

Musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser

En kvalitativ undersøkelse om musikkterapeuters tilnærming til arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser



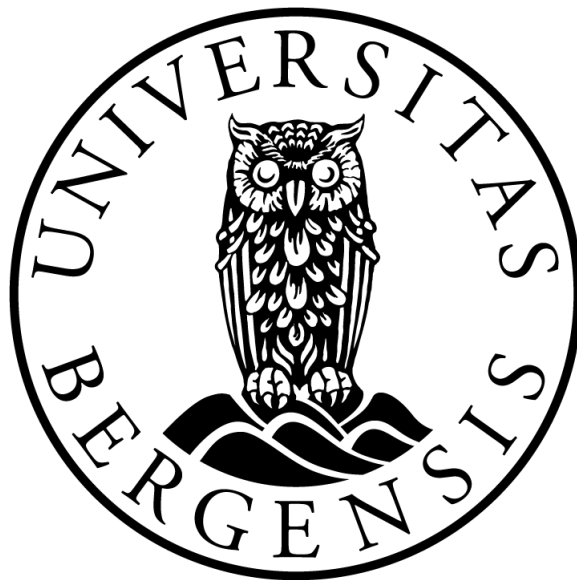
Åshild Hjørnevik

MUTP360: Masteroppgave i musikkterapi

Fakultet for kunst, musikk og design, KMD

Universitetet i Bergen

Våren, 2024



Griegakademiet



Abstract

This qualitative phenomenological study investigates the perspectives of five music therapists on their roles of working with people who have eating disorders. Through semi-structured interviews followed by transcriptions and thematic analysis, I identified four key themes: the therapeutic relationship, emotions, identity, and user involvement. Following these results a model that functions to explain and visualise the relationship between these findings is constructed. It is then argued that the findings show that music therapy with people who have eating disorders can be conceptualized as a collaborative process between client and therapist, with the therapist adapting their approach to meet the unique needs and preferences of each individual. Additionally, the concept of the "working woman" is introduced to highlight the active collaboration in music therapy. This study contributes to a deeper understanding of the perspectives of music therapists in the landscape of eating disorder treatment.

Forord

Takk til:

- Min kjære datter, **Ebba**, som ble født kort tid etter arbeidet med denne oppgaven startet. Du fyller hjertet mitt med uendelig masse kjærighet hver eneste dag.
- Min lillesøster **Ingvild Hjørnevik** som har tegnet det vakre bildet til forsiden min. Du er min favoritt-kunstner.
- Gubbeklubb-medlemmene, **Julie L**, **Ingrid** og **Thea**. Dere har til tider gjort denne skriveprosessen ganske gøy.
- Kontorbuddies, **Julie L** og **Eivind**. Takk for snop, støtte og slakt!
- Veileder (og kanskje onkel?), **Kjetil Hjørnevik**. Takk for gode innspill, tålmodighet og støtte.
- Samboer, **Espen**. Takk for innspill sett fra et ikke-musikkterapi-perspektiv og takk for kontinuerlig støtte i alt jeg gjør.
- Mine foreldre, **Lillian** og **Knut Jarle** og min svigermor, **Lise**. Takk for hjelp og støtte ellers i livet slik at jeg har mer overskudd til studiet.
- Min «gamle klasse» og min nåværende klasse, «**gullkullet**». Takk for gode vennskap og en fin studietid.
- **Viggo Krüger**, **Lasse Tuastad**, **Håkon**, **Julie Amilien** og **Synne** for gode innspill på skriveseminarer.
- Min gode venn, **Elise**. Takk for korrekturlesing og et urokkelig vennskap.
- Min storebror, **Asbjørn**. Takk for gjennomlesing!

Innhold

1.1 Bakgrunn	9
1.1.1 Spiseforstyrrelser	9
1.1.2 Diagnoser	11
1.1.3 Musikkterapi og spiseforstyrrelser	13
1.2 Personlig bakgrunn for valgt tematikk.....	15
1.3 Problemstilling og formål med oppgaven.....	16
1.4 Begrepsavklaring	18
1.4.1 Klientgruppen	18
1.5 En humanistisk tilnærming	19
2. Teori og litteratur	20
2.1 Traumeinformert omsorg	20
2.1.1 Trygghet	21
2.1.2 Troverdighet	22
2.1.3 Valg	23
2.1.4 Samarbeid.....	24
2.1.5 Myndiggjøring/empowerment.....	25
2.1.6 Relasjon	27
2.1.7 Emosjonsregulering	29
2.2 Litteraturgjennomgang	31
2.2.1 Måltidsangst og musikkterapi	31
2.2.2 Studier fra norske musikkterapeuter.....	32
2.2.3 Systematiske analyser.....	33
2.2.4 Sangtekst analyser	34
2.2.5 Øvrig litteratur	35
2.2.6 Oppsummering litteratur.....	37
3 Metode	38
3.1 Teoretisk rammeverk	38
3.1.1 Kvalitativ forskning.....	38
3.1.2 Fenomenologi.....	38
3.1.3 Hermeneutikk.....	40
3.2 Strukturert litteratursøk	42
3.2.1 Første litteratursøk	42
3.2.2 Andre litteratursøk.....	44

3.3 Semistrukturerte intervjuer.....	45
3.3.1 Valg av metode	45
3.3.2 Rekruttering.....	47
3.3.3 Gjennomføring av intervjuer	47
3.5 Analyse	48
3.5.1 Transkribering.....	48
3.5.2 Koding og tematisk analysering.....	49
3.5.3 Analyseprosess av funn	53
3.6 Etske hensyn	59
3.6.1 Søknad til NSD	59
3.6.2 SAFE	59
3.6.3 Samtykkeskjema	60
3.6.4 Forske på mennesker.....	60
3.6.5 Snakke om – ikke med	60
3.6.6 Generalisering.....	61
3.7 Validitet og reliabilitet	61
4 Resultat.....	62
4.1 Emosjoner.....	63
4.1.1 Vanskelige følelser og gode følelser	64
4.1.2 Emosjonsregulering	66
4.1.3 Emosjonsuttrykk	69
4.1.4 Musikk som kan skade.....	71
4.2 Identitet.....	73
4.2.1 Svekket identitetsfølelse.....	73
4.2.2 Bruk av musikk til å styrke identitet	73
4.2.3 Å skjære alle over én kam.....	74
4.3 Terapeutisk relasjon.....	76
4.3.1 Å bygge en relasjon mellom klient og musikkterapeut	76
4.3.2 Relasjonsbygging i gruppe- og individuelle timer.....	78
4.4 Brukermedvirkning	79
4.4.1 Klienten former terapitimen.....	79
4.4.2 En styrket stemme	81
4.5 Oppsummering resultater	82
4.5.1 Emosjoner.....	83
4.5.2 Identitet	83
4.5.3 Terapeutisk relasjon.....	84

4.5.4 Brukermedvirkning	84
5 Diskusjon	85
5.1 Modellen	86
5.1.1 En styrket terapeutisk relasjon gjennom musikkterapi	89
5.1.2 En styrket evne til selvregulering gjennom musikkterapi.....	90
5.1.3 En styrket identitet gjennom musikkterapi	91
5.3.2 En styrket stemme gjennom musikkterapi	91
5.2 Arbeidskvinne	92
5.3 Oppsummering og implikasjoner for praksis.....	96
6 Avslutning	98
6.1 Konklusjon	98
6.1.1 Implikasjoner for praksis.....	99
6.2 Formidling.....	100
6.3 Studiens relevans.....	101
6.4 Kritisk refleksjon rundt egen studie og forslag til videre forskning	102
Epilog	105
Referanser	106
Vedlegg.....	116

Prolog

«Jeg spør jo alltid 'Hva har du lyst til å gjøre i dag?'»

Dette er et sitat fra studien som du nå skal lese. Sitatet kommer fra en musikkterapeut som forteller om sitt arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser. Jeg synes at dette sitatet, til tross for å være relativt kort, rommer veldig mye. I denne prologen skal jeg fortelle hvorfor akkurat dette sitatet stakk seg ut for meg:

Jeg spør – Musikkterapeuten viser at hun er åpen for å motta forslag fra pasientene sine og åpen for å lytte til pasientene sine. Hun ser ikke på seg selv som en utlært ekspert som vet best.

Jo – Ordet «jo» synes jeg er veldig interessant i konteksten av dette sitatet. Dette er fordi ordet «jo» indikerer en viss selvfølgelighet. Jeg tolker altså dette sitatet som at musikkterapeuten anser det som en selvfølge at hun alltid skal spørre pasientene sine om hva de har lyst til å gjøre.

Alltid – Pasientene til musikkterapeuten får alltid uttrykke ønsker for timen, ikke bare ofte eller av og til, men *alltid*.

Hva – Nå er vi på detaljnivå her, men dette ordet mener jeg at viser hvordan musikkterapi kan foregå på flere forskjellige måter. Musikkterapien representerer derfor ikke en ensartet aktivitet, og det blir dermed relevant å reflektere over hva som konkret skal utføres i musikkterapi. Eksempler på potensielle svar på dette spørsmålet kan omfatte aktiviteter som instrumentspill, musikklytting, sang, terapeutiske samtaler, låtskriving eller andre relevante intervensjoner.

Har du lyst til – Denne delen av setningen viser både til det brukermedvirkende aspektet ved musikkterapien, men også til det aspektet som omfatter identitet. Hva man liker og hva man ønsker er sterkt knyttet opp mot hvem man er som person. Derfor mener jeg at gjennom å stille dette spørsmålet viser musikkterapeuten at hun respekterer pasientene sine individuelle identiteter og er klar for å tilpasse seg deres ønsker og behov. I tillegg viser hun at hun ser på sine pasienter som likeverdige i musikkterapien og at de er fullt kapable til å ta en avgjørelse som omfatter eget terapiforløp.

Å gjøre – Dette verbet representerer for meg hvordan musikkterapi er noe som deltaker og musikkterapeut aktivt gjør, og ikke noe som man bare passivt mottar. Man kan ikke bare sitte og ta imot, det kreves faktisk en aktiv innsats mot et helserelatert mål.

I dag – Klientens identitet, fremtidige ambisjoner og ønsker kan variere fra dag til dag. Musikkerapeuten er klar over at tidligere uttrykte ønsker fra pasienten kan endre seg over tid, og hun sørger for å holde seg oppdatert på pasientens nåværende ønsker.

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

I denne oppgaven vil jeg utforske musikkterapi med personer som har spiseforstyrrelser ved å analysere musikkterapeuters uttalelser om deres arbeid med denne brukergruppen. Videre vil jeg presentere teori og allerede eksisterende litteratur som jeg anser som relevant for studien og deretter diskutere funnene i sammenheng med den foreslåtte teorien. Jeg vil så presentere studiens resultater gjennom en modell som visuelt illustrerer sammenhengen mellom funnene. I tillegg vil jeg også introdusere begrepet "arbeidskvinne", som refererer til musikkterapeutenes tilrettelegging for at musikkterapien med personer som har spiseforstyrrelser blir et rom der pasienten kan utøve aktivt eierskap over sitt eget liv og egen helse, både inni og utenfor musikkterapirommet. I dette kapittelet vil jeg begynne med å utforske ulike diagnoser innenfor spiseforstyrrelser, dele min personlige motivasjon for valg av tema, og introdusere studiens problemstilling.

1.1.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en kompleks lidelse som påvirker mange millioner mennesker over hele verden (Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Tradisjonelt sett involverer behandling av spiseforstyrrelser tilnærminger som kognitiv atferdsterapi, ernæringsrådgivning, medisiner, medisinsk behandling eller en kombinasjon av flere av disse tilnærmingene (National Institute of Mental Health, 2021). Samtidig er musikkterapi en mindre utbredt, men også relevant behandlingsmetode som kan brukes til å bistå i tilfriskningsprosessen til mennesker med spiseforstyrrelser. Musikkterapi kan gjerne komme i tillegg til kognitiv atferdsterapi og/eller medisinsk behandling.

Forekomsten av spiseforstyrrelser er et økende samfunnsproblem som truer den norske folkehelsen, særlig blant ungdom og unge voksne. Folkehelseinstituttet melder om en kraftig økning i spiseforstyrrelser hos unge jenter under Covid-19-pandemien (Surén et al., 2022). Nyere forskning (Dahlgren et al., 2023) indikerer at nesten én av ti (9.4%) norske ungdommer lever med en spiseforstyrrelse, hvor kun en tredjedel har søkt hjelp fra helsevesenet. Spesielt for jenter i alderen 16 til 19 år, hvor studien viser en enda høyere andel på 16.4% som lever med en spiseforstyrrelse. Videre viser statistikken at så mange som én av tre jenter i

aldersgruppen 16 til 19 år opplever problematiske tanker og handlinger knyttet til mat, kropp og spising.

Det kan sies at det finnes en relativt utbredt antakelse om at spiseforstyrrelser hovedsakelig dreier seg om ungdom, kroppsidealer påvirket av sosiale medier og retusjerte bilder. Selv om dette kan være sant for enkelte personer, er det samtidig – eller alternativt – vanlig at spiseforstyrrelser har sin rot i dype emosjonelle utfordringer, lav selvværd og et sterkt behov for kontroll (Ruscitti, C et al., 2016).

Spiseforstyrrelser finnes i ulike aldersgrupper og på tvers av kjønn, men det er en klar overvekt av kvinner som rammes, med kvinne-mann-forhold fra 2:1 til 10:1, avhengig av den spesifikke diagnosen (Culbert et al., 2021). Samtidig argumenteres det for at enkelte spiseforstyrrelser hos menn – som for eksempel utfordringer relatert til trening og proteininntak – ikke like lett blir plukket opp av det nåværende helsesystemet. I denne oppgaven vil ikke spiseforstyrrelser og de kjønnsmessige forskjellene, spiseforstyrrelser blant menn som ikke blir oppdaget av helsevesenet, samfunns- og kulturelle forskjeller og lignende temaer bli diskutert. Dette er på grunn av at slike temaer er veldig omfattende og en slik diskusjon ville gått utover rammene av denne oppgaven.

Mange mennesker som lever med spiseforstyrrelser benytter seg av destruktive atferdsmønstre, slik som overspising, restriksjon av mat eller kompensatoriske handlinger i etterkant av matinntak – for eksempel oppkast – som en mestringsstrategi for å unnsnippe ubehagelige følelser (Haedt-Matt & Keel, 2015; Heatherton & Baumeister, 1991; Henderson et al., 2019; Wildes et al., 2010). Det er også utbredt blant personer med spiseforstyrrelser å oppleve vanskeligheter med å få kontakt med og håndtere egne følelser, noe som resulterer i manglende evne til emosjonsregulering samt manglende emosjonell bevissthet (Oldershaw et al., 2019).

I tillegg til at spiseforstyrrelsen ofte har røtter i vonde følelser, kan sykdommen i seg selv også gi opphav til nye negative følelser. Mennesker som lever med overspisingsslidelse, kan for eksempel erfare betydelig skam og anger knyttet til episoder med overspising. Spiseforstyrrelsen kan videre påvirke personlige relasjoner negativt, enten ved at den berørte isolerer seg fra sosiale situasjoner hvor mat tilbys, eller ved at vedkommende manipulerer omsorgspersoner eller andre i nær relasjon. Et eksempel som kan være med på å forklare en slik oppførsel kan være at den berørte ønsker å opprettholde spiseforstyrrelsen sin i hemmelighet. En litteraturanalyse som undersøkte forholdet mellom spiseforstyrrelser og

ensomhet (Levine, 2011), argumenterer for viktigheten av å støtte personer med spiseforstyrrelser i å utvikle og vedlikeholde sosiale relasjoner.

Dette komplekse landskapet av følelser, atferdsmønstre og relasjonelle utfordringer understreker behovet for en helhetlig og tilpasset tilnærming i behandlingen av spiseforstyrrelser – i tillegg til at den økende forekomsten av spiseforstyrrelser blant ungdom i Norge indikerer at det trengs økt oppmerksomhet rundt tematikken.

1.1.2 Diagnoser

Mens det å ha en spiseforstyrrelse kan være en alvorlig og livsendrende lidelse, er det viktig å huske på at diagnosene som brukes for å beskrive disse lidelsene er en måte å kategorisere symptomer og atferdsmønstre, og ikke en person i seg selv. For noen kan diagnoser virke begrensende, for eksempel ved at en diagnose kan sees på som en forenkling av et veldig komplekst problem. På en annen side kan det argumenteres for at det er viktig å ha litt informasjon om de ulike diagnosene, så man ikke behandler i blinde (Craddock & Mynors-Wallis, 2014). På denne måten kan man kunne tilby best mulig behandling og støtte til de som lever med spiseforstyrrelser. Det kan derfor argumenteres for viktigheten av å forstå forskjellene mellom de ulike diagnosene, samt deres symptomer og konsekvenser slik at man ikke ender opp med å behandle noen på en måte som ikke gir mening for deres spesifikke diagnose.

Denne tilnærmingen kan betraktes som inspirert av prinsippene bak traumebevisst omsorg, der omsorg gis med en forståelse av at enkeltpersoner kan ha opplevd traumatiske hendelser, uten at fokuset primært rettes mot traumene (Andersen, 2014). Med andre ord, innenfor sammenhengen av spiseforstyrrelser og musikkterapi, innebærer det å være bevisst om klientens spesifikke diagnose, symptomer og de vanlige konsekvensene av denne diagnosen, uten å la diagnosen overskygge andre viktige aspekter av musikkterapien og omsorgen.

Med det ovenstående som bakteppe vil dette kapittelet presentere ulike diagnoser av spiseforstyrrelser, inkludert anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse, samt kort nevne noen mindre kjente varianter av slike lidelser.

Anoreksi – eller anorexia nervosa – er den spiseforstyrrelsesdiagnosen som er den eldste anerkjente spiseforstyrrelsen, og derfor har tidligere «anoreksi» og «spiseforstyrrelse» vært synonymmer (Vedul-Kjelsås & Gøtestam, 2004). Sykdommen har flere kjennetegn, blant annet

undervekt, stor frykt for å gå opp i vekt, selvbegrensing på hvor mye man spiser og en tro om at man har en større kropp enn hva man faktisk har (Torgersen, 2016). Ifølge diagnosekriteriene i ICD-10 må personen ha en kroppsmasseindeks på 17,5 eller mindre for at en anoreksi diagnose kan stilles (Helsedirektoratet, 2017).

Bulimi – eller bulimia nervosa – har vært en diagnostisk kategori innen spiseforstyrrelser siden 1970-tallet. Imidlertid har tilstanden også vært anerkjent tidligere, selv om den historisk sett ble betraktet som en tilstand preget av dårlig selvkontroll og griskhet (Vedul-Kjelsås & Gøtestam, 2004). Bulimi er en diagnose som er generelt godt kjent blant befolkningen. Denne diagnosen kjennetegnes blant annet ved at man ofte har episoder hvor man inntar store mengder mat for så å kompensere for matinntaket etterpå. Den mest vanlige metoden for slik kompensering er ved selvfrekalt brekninger, men det kan også være andre metoder, som for eksempel misbruk av avføringsmidler eller vekslende sulteperioder (Helsedirektoratet, 2017). Sykdommen kan være vanskeligere å oppdage for andre, enn ved anoreksi, da mennesker med bulimi vanligvis ikke er undervektige (Torgersen, 2016). Sykelig frykt for overvekt er allikevel et av symptomene på bulimi (Helsedirektoratet, 2017).

Overspisingslidelse er en nyere anerkjent spiseforstyrrelse, og ble en formell diagnose i USA i 2013 (Kunkeova, 2016). Diagnosen kjennetegnes av regelmessige episoder hvor man føler at man mister kontroll over seg selv og inntar store mengder mat. Dette skjer ofte i hemmelighet, da det ofte er veldig skambelagt (Torgersen, 2016). Ifølge DSM-5 skjer en slik overspisingsepisode i gjennomsnitt minst én gang per uke i minst tre måneder (American Psychiatric Association, 2013). Det er svært vanlig for de som har overspisingslidelse at de overspiser i forbindelse med vanskelige følelser (Gøtestam et al., 2004). Diagnosen kan minne om bulimi, men én av forskjellene er at en person med overspisingslidelse vanligvis ikke kompenserer for matinntaket – for eksempel ikke fremkaller brekninger. Dette er årsaken til at 70-83% av mennesker som har overspisingslidelse er overvektige, selv om overvekt ikke er et diagnostisk kriterium for lidelsen (Schousboe et al., 2020).

En studie som utforsket utbredelsen av spiseforstyrrelser i Australia fant at den mest vanlige spiseforstyrrelsen er overspisingslidelse (Hay et al., 2015) Allikevel er overspisingslidelse ikke særlig godt kjent i den generelle befolkningen (Rådgivning om spiseforstyrrelser, u.d.). I Norge bruker vi fortsatt diagnosesystemet ICD10 fordi ICD11 ikke er oversatt til norsk. Overspisingslidelse er en anerkjent diagnose i ICD11, men ikke i ICD10, noe som utgjør store

konsekvenser for mennesker som har overspisingslidelse blant annet på grunn av at det er vanskelig å finne noen som tilbyr behandling for denne brukergruppen i Norge (Helmikstøl, 2021).

Det er også viktig å huske at mange personer som lever med spiseforstyrrelser ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene som er satt, men kan likevel ha lignende symptomer og utfordringer. Disse får ofte en diagnose kalt EDNOS som står for «eating disorder not otherwise specified» – eller på norsk; «uspesifisert spiseforstyrrelse». Et eksempel er om man har symptomene på anoreksi, men en sjelden gang iblant overspiser og derfor ikke er undervektig (ROS - Råd om spiseforstyrrelser, u.d.). Helsedirektoratet (2017) spesifiserer at også disse menneskene som faller utenfor de spesifiserte spiseforstyrrelsene har behov for behandling.

Det finnes også andre diagnoser som jeg ikke har utdypet, slik som for eksempel ortoreksi, megareksi, pica, og selektiv spiseforstyrrelse. På grunn av oppgavens omfang har jeg begrenset denne gjennomgangen til de mest vanlige diagnosene. Dette kapittelet berører ikke graden av lidelse eller rett til behandling og hjelp. Det er viktig å presisere at alle mennesker med utfordringer knyttet til mat og kropp – selv om de ikke nødvendigvis omtales i slike kortfattede gjennomganger av diagnoser og symptomer – bør ha rett til å bli anerkjent, forstått, og møtt på lik linje med de som faller inn under de nevnte diagnosene. Diagnosen man har gir nemlig ikke nødvendigvis innsikt i den indre smerten man kan oppleve. Denne tilnærmingen støttes også av ROS, der jeg gjennomførte min musikkterapi praksis i løpet av høsten 2023. ROS er et lavterskeltilbud som tar imot alle mennesker med problematikk knyttet til mat, kropp og spising – også pårørende.

1.1.3 Musikkterapi og spiseforstyrrelser

Helsedirektoratets retningslinjer for spiseforstyrrelser nevner såvidt musikkterapi som en behandlingsform som "kan gis i kombinasjon med andre behandlingsformer". I kontrast til dette finner man en tydelig anbefaling om bruk av musikkterapi for psykoselidelser, og også en anbefaling om musikkterapi i behandling av rusproblematikk (Helsedirektoratet, 2017). Det kan tenkes at dette skyldes lite forskning på temaet, som har resultert i et snevert evidensgrunnlag.

Det var ikke tilgjengelig informasjon angående antall musikkterapeuter som spesifikt jobber med mennesker som har spiseforstyrrelser, men en kartleggingsstudie (Halås, 2019) fant at 39 av 133 musikkterapeuter som har svart på undersøkelsen jobber innenfor psykisk helsevern for

voksne, og 20 av 133 musikkterapeuter arbeidet innenfor psykisk helsevern for barn. Her vil jeg presisere at ikke alle arbeidet *kun* innenfor dette fagfeltet. Jeg ser det også hensiktsmessig å nevne at noen musikkterapeuter kan ha svart at de arbeider både med barn og med voksne, altså er det ikke nødvendigvis her snakk om 59 forskjellige musikkterapeuter. Til sammenligning viser tall fra helsedirektoratet (2021) at omtrent 254 000 mennesker var i kontakt med psykisk helsevern i år 2020. Hvor stor andel av disse 254 000 menneskene som var i kontakt med psykisk helsevern i forbindelse med en spiseforstyrrelse er ikke oppgitt, men jeg vil argumentere for at det er logisk å anta ut fra denne informasjonen at musikkterapi ikke er en veldig utbredt behandlingsform for mennesker som har spiseforstyrrelser – og heller ikke innenfor psykisk helsevern generelt.

FNs bærekraftsmål nummer 3.4 omfatter den globale målsettingen om å redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredjedel innen 2030. Dette skal gjøres ved å fokusere på forebygging, behandling og å fremme mental helse og livskvalitet (FN-sambandet, 2023). Dette målet er særlig relevant innenfor behandling av spiseforstyrrelser, da det å ha en spiseforstyrrelse øker betydelig risikoen for tidlig død (van Hoeken & Hoek, 2020). Mennesker som har anoreksia nervosa opplever ofte å både ha psykiske og fysiske utfordringer, noe som gjør denne spiseforstyrrelsen til den mest dødelige blant de psykiske lidelsene (Brown & Mehler, 2015; Moskowitz & Weiselberg, 2017).

Det kan hevdes at musikkterapi kan bidra til å "fremme mental helse og livskvalitet" (Hilliard, 2003; Ruud, 1997). FNs bærekraftsmål viser til et globalt samarbeid for å bekjempe fattigdom, ulikheter og klimaendringer. Det kan derfor sies at vi har et overordnet ansvar overfor hele verden for å adressere prematur dødelighet, fremme mental helse og øke livskvaliteten til verdens befolkning. Én strategi for å oppnå dette kan da inkludere å øke tilgjengeligheten av musikkterapi som en del av behandlingen for mennesker som har spiseforstyrrelser.

Det kan tenkes at musikkterapi er en god tilnærming til mennesker som har spiseforstyrrelser. Dette er på grunn av musikkens muligheter til å for eksempel utforske ens identitet og selvuttrykk gjennom valg av sanger, instrumenter og måter å fremføre musikk på. Det kan i tillegg være på grunn av musikkens muligheter til å utvikle positive mestringsstrategier for å håndtere stress og vanskelige følelser istedenfor å ty til skadelige atferdsmønstre knyttet til spiseforstyrrelser.

I Norge har musikkterapeut Gro Trondalen markert seg som en sentral talsperson for integreringen av musikkterapi i behandlingen av spiseforstyrrelser. Hennes doktorgradsavhandling fra 2004 dokumenterer at musikkterapi kan ha positiv virkning på problemer knyttet til spiseforstyrrelser. Det tok nesten to tiår før en ny musikkterapeut forsvarte sin doktorgradsavhandling om musikkterapi og spiseforstyrrelser. I 2023 publiserte musikkterapeut Ingvild Stene sin avhandling, der hun utforsker musikklyttingsmetoden TML (terapeutisk musikklytting) i gruppemusikkterapi rettet mot kvinner med spiseforstyrrelser. Studien indikerer gunstig effekt på aspekter som affektbevissthet og regulering gjennom bruk av musikklytting som terapeutisk metode. Kapittel 3.2 vil videre utforske litteraturen som omhandler musikkterapi og spiseforstyrrelser.

1.2 Personlig bakgrunn for valgt tematikk

Menneskers forhold til mat og kropp har i mange år vært et interessefelt for meg. Mat og spising er en stor del av det å være menneske og vi trenger alle mat og drikke for å leve. Det er nettopp derfor jeg synes at det er så spennende (og skremmende) at så mange opplever utfordringer knyttet til dette. Videre synes jeg det er spennende å lære mer om hvordan maten som vi spiser påvirker oss både psykisk og fysisk og hvilken innvirkning det har på aspekter som humør, konsentrasjon, energinivå og søvn med mer.

Selv om denne oppgaven spesifikt handler om spiseforstyrrelser, er jeg også interessert i matkultur generelt – hvordan vi bruker mat når vi er samlet til middag, til fest, til begravelser eller hvordan noen mennesker bruker mat som trøst eller kos. I tillegg er jeg opptatt av hvordan samfunnets utvikling har fått oss til å gå fra å konsumere råvarer vi selv dyrker, jakter eller sanker, til dagens kosthold preget av omfattende bruk av ultraprosessert mat. Jeg reflekterer også over hvordan hurtigmatkjeder, gjennom en kombinasjon av sukker, fett og reklame, manipulerer oss til å utvikle avhengighet til deres matvarer. Jeg er i dag altetende, men har levd omtrent åtte år som vegetarianer – altså uten kjøtt og fisk – hvor tre av disse var som veganer – altså uten noe mat som stammer fra dyr. Denne erfaringen har vekket min interesse for å forstå hva som motiverer enkeltpersoner til å utelukke store matvaregrupper over lengre perioder. Det bør bemerkes at til tross for min over gjennomsnittet store interesse for menneskers forhold til mat, er min entusiasme for matlaging og kulinariske aktiviteter under gjennomsnittet.

Da jeg først leste om musikkterapi i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser eller kompleksitet rundt mat, var det klart for meg at dette var et tema som jeg ville undersøke nærmere. Jeg har selv egenerfaring med spiseforstyrrelser, og det var i behandling hos

kunstterapeut i forbindelse med dette at jeg hørte om musikkterapi for første gang – det føles derfor nesten poetisk å fordype meg i tematikk som omhandler musikkterapi i arbeid med spiseforstyrrelser. Både fra egenerfaring og fra musikkterapeutisk praksis har jeg fått se hvordan musikk kan skape mestringsfølelse, livsglede, distrahere fra vonde følelser og skape musikalske mål som ikke handler om mat eller kropp. På grunn av dette har jeg stor tro på at musikkterapi i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser kan bidra til at disse menneskene kan få økt livskvalitet og nye *handlemuligheter* (jf. Ruud, 1990).

Høsten 2023 hadde jeg min egenpraksis hos ROS (rådgivning om spiseforstyrrelser) hvor jeg, hver onsdag, hadde individuelle timer med forskjellige brukere. Egenpraksis er en selvstendig praksis som man har det femte året ved musikkterapiutdanningen ved Griegakademiet. Denne praksisen åpner opp for at man kan være i praksis på et sted hvor det ikke allerede finnes et etablert musikkterapitilbud, og man har da følgelig muligheten til å i større grad enn tidligere stå på egne ben. Det var veldig spennende å få gi et tilbud til ROS sin brukergruppe som ROS ikke har hatt muligheten til å tilby sine brukere tidligere. I tillegg fikk jeg styrket min mistanke om at dette er en brukergruppe som jeg ønsker å få arbeide med når jeg er ferdig utdannet musikkterapeut. Jeg synes det er spennende at jeg får møte så mange forskjellige mennesker med ulike ressurser og ønsker. I løpet av praksisperioden min fikk jeg blant annet møte mennesker som ville lære gitar, lære piano, skrive egne låter, improvisere på mange ulike instrumenter, synge, snakke om musikk og lytte til musikk. Dette gjorde at jeg fikk noen veldig varierte dager, som aldri ble kjedelige – og som gikk veldig fort. Videre opplevde jeg at min egenerfaring med spiseforstyrrelser var en stor styrke på grunn av at jeg hadde muligheten til å relatere til klientene mine samtidig som jeg sto foran som et eksempel på at det er mulig å bli helt frisk fra spiseforstyrrelser.

1.3 Problemstilling og formål med oppgaven

Når man skal utforme en problemstilling innen kvalitativ forskning, er det ikke uvanlig at problemstillingen blir endret på flere ganger og blir mer presis i takt med analysen av datamaterialet (Andersen G., 2019). Én betegnelse som ofte benyttes for denne typen studier er "eksplorerende studie" (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2010). Det kan hevdes at denne studien passer inn under denne betegnelsen, da min egen problemstilling også har gjennomgått flere endringer. Tidlig i prosessen visste jeg at jeg skulle skrive en masteroppgave om musikkterapi og spiseforstyrrelser, men presist hva jeg ønsket å avdekke om dette temaet har utviklet seg over tid.

Ved starten av arbeidet med masteroppgaven utformet jeg forhåndsplanlagte spørsmål til mine semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i problemstillingen «Hvordan arbeider musikkterapeuter i Norge med mennesker som lever med spiseforstyrrelser og hvordan ønsker mennesker med spiseforstyrrelser at musikkterapi skal foregå?» med underspørsmål som var «Hvilke metoder og faglige tilnærminger brukes i terapien?» og «Hvilke teorier og perspektiver forholder musikkterapeuter seg til i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser?».

Etter en relativt omfattende prosess med flere revisjoner og kontinuerlig endring av formuleringer, kom jeg frem til en mer konkret, men samtidig åpen problemstilling: «Hva sier musikkterapeuter om musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser?» Denne problemstillingen syntes jeg reflekterte godt den eksplorative essensen som denne studien har hatt helt fra starten av, men etter noen runder på skriveseminar sammen med medstudenter konkluderte jeg med at denne problemstillingen var litt i overkant generell. Som et resultat av denne refleksjonen utviklet jeg nok en problemstilling:

Hva legger musikkterapeuter vekt på i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser og hvorfor?

Denne endelige problemstillingen anser jeg som en optimal kombinasjon av å være både åpen og samtidig mer presis. Den formulerer tydelig målet med studien – nemlig å finne ut hva som er essensen i hvordan musikkterapeuter tenker om musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser. Samtidig inviterer problemstillingen til en forståelse av bakenforliggende årsaker til musikkterapeutenes vektlegging. Det er verdt å merke seg at bruken av ordspillet «legger vekt på» ikke er gjort med overlegg, men likevel prissatt nok av meg selv som skribent til å bli stående.

Allerede fra før jeg begynte å planlegge denne masteroppgaven så visste jeg at jeg ville finne ut mer om musikkterapi og spiseforstyrrelser – og denne studien har bidratt til å realisere denne intensjonen. Det er mitt håp at du som leser vil få en økt forståelse av musikkterapi i behandling av spiseforstyrrelser gjennom denne studien. Videre har jeg også en visjon om at musikkterapi vil bli betraktet som en naturlig del av behandlingen for spiseforstyrrelser i fremtiden. Jeg håper at denne masteroppgaven kan bli et skritt mot å realisere denne visjonen.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Klientgruppen

Det har vist seg å være en utfordrende oppgave å bestemme seg for hvordan jeg i denne oppgaven skal beskrive den aktuelle gruppen mennesker som studien tar for seg. Det å sette mennesket først når man snakker om diagnoser er noe som har fått oppmerksomhet innen helsesektoren med det formål å vise at man verdsetter mennesker først og at mennesker ikke er definert av diagnosene sine – men denne måten å uttrykke seg på har også møtt motstand fordi vi vanligvis ikke omtaler mennesker uten diagnoser på denne måten (Gernsbacher, 2017). I tillegg kan vi se at for eksempel autister ofte foretrekker å bli kalt «autister» heller enn «mennesker med autisme» (Sinclair, 2012). Min begrunnelse for å likevel i denne kontekst bruke formuleringer hvor mennesket kommer først, som for eksempel "mennesker som lever med spiseforstyrrelser," er forankret i at spiseforstyrrelser er sykdommer som man kan bli bedre av eller bli frisk fra. Derfor synes jeg ikke det er hensiktsmessig å identifisere disse menneskene med en diagnose som – forhåpentligvis – ikke er kronisk. I tillegg prøver jeg å være konsekvent med å skrive «lever med» istedenfor «lider av» da jeg ikke føler at det er opp til meg å bestemme hvorvidt alle i denne målgruppen «lider».

Hos ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser), hvor jeg hadde min musikkterapipraksis, er det ikke et kriterium at man skal ha en spiseforstyrrelse for å kunne oppsøke rådgivning der. Man kan også trenge rådgivning – eller musikkterapi – dersom man har annen problematikk knyttet til mat og spising, uten at det er blitt en spiseforstyrrelse. Dette er en filosofi som jeg støtter meg til, og derfor vil jeg også implementere dette i min studie. Jeg har derfor valgt å veksle mellom «mennesker som lever med spiseforstyrrelser» og «mennesker som har problematikk knyttet til mat og spising» eller variasjoner av disse to gjennom denne studien. Jeg vil dog allikevel presisere at alle mine informanter arbeider med mennesker som har spiseforstyrrelser – flere i en sykehuskontekst.

Valget av terminologi for å omtale deltakerne i musikkterapien har også vist seg å være utfordrende. Jeg har valgt å veksle mellom ordene «pasient», «klient», «deltaker», og «bruker». Årsaken til denne variasjonen i ordvalg er knyttet til de ulike kontekstene jeg beskriver musikkterapien i denne studien. Ved omtale av personer innlagt på sykehus, finner jeg det mest hensiktsmessig å anvende begrepet «pasient». I min egen musikkterapipraksis ved ROS foretrekker jeg selv ordet «deltaker», til tross for at de ansatte der hovedsakelig benytter

«brukere». En av informantene i denne studien refererte til deltakerne som «klienter», derfor har jeg også valgt å benytte denne betegnelsen på noen steder i oppgaven.

Hvilke ord jeg bruker for å beskrive den aktuelle gruppen mennesker som denne studien tar for seg er altså avhengig av kontekst, og vil derfor variere gjennom hele denne oppgaven.

1.5 En humanistisk tilnærming

Innenfor et humanistisk perspektiv er det å bistå mennesker i å fremme sitt eget potensiale hovedfokus, i tillegg til et fokus på klientens opplevelse av seg selv og deres subjektive opplevelser og verdier (Diseth, 2021). Innenfor dette perspektivet er det å «behandle» eller det å løse problemer noe som faller lenger bak i rekken. Med andre ord, man setter klientens indre utvikling og trivsel i sentrum, fremfor å bare prøve å eliminere eller redusere symptomer (Bunt & Stige, 2014). Det kan likevel argumenteres for at når man står innenfor et humanistisk perspektiv og fokuserer på å bistå en person i å fremme ens eget potensiale – via å for eksempel styrke hens mestringsfølelse og å bedre hens livskvalitet, istedenfor å forsøke å bedre symptomer på sykdom som i et medisinsk perspektiv – så vil det likevel kunne føre til en bedring i symptomer. For å si det med andre ord i kontekst av musikkterapi med mennesker som lever med spiseforstyrrelser: En musikkterapideltaker som har fått styrket sin selvtillit og fått bedret sin livskvalitet, vil kanskje (forhåpentligvis) ikke ha en like stor trang til å overspise, å sulte seg selv ned i vekt eller å utføre en annen form for spiseforstyrrelsesatferd.

Et annet aspekt med det humanistiske perspektivet er at klienten selv som blir ansett som eksperten på sitt eget liv (Tveiten, 2006), og musikkterapeuten fungerer som en støtte og veileder for klienten i deres personlige vekst og utvikling.

Ruud (2008) diskuterer sentrale kjennetegn ved humanistisk musikkterapi, som skiller seg fra naturvitenskapelig pregede modeller i en tid der helsefagene vektlegger evidensbasert behandling. Videre hevder han at kravet om kvantifisering av forskning i musikkterapi kan føre til metodeproblemer og overfokus på visse arbeidsformer og klientgrupper, med fare for å svekke den økologiske validiteten knyttet til mangfoldig praksisvirkelighet.

Til tross for at jeg personlig setter meg selv innenfor et humanistisk perspektiv, er det også sterke argumenter for å vurdere en mer medisinsk tilnærming når det gjelder behandling av mennesker med spiseforstyrrelser – kanskje spesielt for andre yrkesgrupper som for eksempel en medisinsk lege. Et av de viktigste argumentene er at i tilfeller av alvorlig underernæring,

hvor liv er i fare, kan det være mer pressende å gripe inn med medisinske tiltak enn å fokusere utelukkende på å forbedre livskvaliteten.

2. Teori og litteratur

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant teori med perspektivet om traumeinformert omsorg som forankringspunkt. Jeg vil blant annet utforske begreper som ressursorientert musikkterapi, brukermedvirkning, empowerment, og selvdetermineringsteorien. Dette er tema som jeg anser som relevante for denne studien basert på en blanding av hva informantene i studien har sagt, min oppfatning av relevans for musikkterapi i norsk kontekst, og også mer spesifikt den bergenske konteksten som er stor på blant annet ressursorientert musikkterapi. Deretter vil jeg gå gjennom litteratur som jeg har funnet gjennom mine litteratursøk og som jeg har vurdert som relevante for denne studien.

2.1 Traumeinformert omsorg

Traumebevisst omsorg, også kjent som traumeinformert omsorg er en tilnærming hvor hjelperen ikke direkte fokuserer på klientens traumer, men er bevisst på traumatikken personen kan ha opplevd og hva slags ettervirkninger det kan ha gitt (Søftestad & Andersen, 2014). Som musikkterapeut i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser kreves det ikke at man kjenner til pasientens traumehistorie for å møte dem med en traumebevisst tilnærming, men man er bevisst på at pasienter *kan* ha traumer, og da kan vi gi omsorg deretter. Dette kan være en relevant tilnærming i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser med bakgrunn av mange personer med spiseproblematikk kan ha opplevd traumer. I tillegg kan det å ha en alvorlig spiseforstyrrelse over lenger tid være traumatisk i seg selv.

Brewerton (2019) diskuterer hvordan spiseforstyrrelser ofte er knyttet til traumatiske hendelser, og nødvendigheten av integrerte behandlingsprotokoller som kombinerer evidensbaserte metoder for både spiseforstyrrelser og PTSD. I tillegg fremhever han også en økende aksept for traumesensitiv omsorg blant klinikere, og forventer at en slik aksept vil resultere i bedre resultater i behandlingen av spiseforstyrrelser og relaterte lidelser.

Psykolog og traumeforsker Howard Bath (2008) har beskrevet tre grunnpilarer for traumeinformert omsorg. Disse pilarene omfatter trygghet, relasjon og emosjonsregulering, også kjent som affektregulering. Målet med traumeinformert omsorg er å styrke disse tre

pilarene gjennom den omsorgen som tilbys. Falloot og Harris (2011) utviklet en selvvurderingsprotokoll hvor de på sin side har identifisert fem prinsipper for traumeinformert omsorg. Disse prinsippene er *safety* (trygghet), *trustworthiness* (troverdighet), *choice* (valg), *collaboration* (samarbeid) og *empowerment* (myndiggjøring). Jeg vil videre gå nærmere inn på hver av disse fem prinsippene.

2.1.1 Trygghet

The most important aspects of personal safety – identity, autonomy, and firm boundaries – are created through present meetings of minds (such as the me-you dialogue at the boundaries of the self) within a relationship that is characterized by unconditional acceptance, empathy, presence, congruence, and the invitational mode (Podolan, 2022, s. 198).

Jeg leser dette sitatet fra Podolan som at disse viktigste aspektene ved personlig trygghet skapes gjennom åpne samtaler i et ekte, empatisk og ubetinget aksepterende forhold. Et slikt forhold med disse trygge rammene, er mulig å skape i et musikkterapiforløp mellom klient og musikkterapeut. Den terapeutiske relasjonen mellom musikkterapeut og pasient står sentralt innenfor musikkterapiens verden. McIvor (2023) intervjuet fire musikkterapiklienter ved ulike distriktspsykiatriske sentre i Norge om hva som er viktige faktorer for å skape en god relasjon til musikkterapeut, hvor hovedresultatene viser at de ønsket maktbalanse og trygghet.

Man kan få traumer fra alle situasjoner som oppleves utrygge. I tillegg så kan man reagere ulikt på samme situasjon slik at om to personer står i samme hendelse så kan det hende at kun den ene får en traumerespons. Når vi føler oss utsatt for en trussel er det hjernen (amygdala) som sier ifra til hele nervesystemet at kroppen må aktiveres. Denne reaksjonen kan komme både fortere og oftere hos mennesker som har opplevd traumer (Brickel, 2018). Dette kan derfor støtte opp påstanden om at mennesker som har opplevd traumer, eller som *kan* ha opplevd traumer har en økt viktighet for å føle på trygghet.

En studie som så på musikkterapi og ungdom i barnevernet fant at selv om Baths tre grunnpilare var like viktige, var det tryggheten som ble fundamentet for videre utfoldelse og kreativitet (Kruger; Nordanger; Stige, 2017). Dette støttes opp av blant annet psykiater og forsker Judith Herman (2015) som hevder at trygghet er et av de viktigste stegene mot tilfriskningsprosessen fra traumer og av Bath (2008) som jo har satt «trygghet» som én av de tre grunnpilarene innen traumeinformert omsorg. Samtidig er også trygghet den mest tydelige

fellesnevneren mellom Baths (2008) grunnpilarer og Fallot og Harris (2011) sine prinsipper for traumeinformert omsorg.

Å være oppmerksom på at reell trygghet ikke nødvendigvis korrelerer med pasientens subjektive opplevelse av trygghet er essensielt. Musikkterapeutene Scrine og Koike (2022) påpeker viktigheten av å utvise forsiktighet når man betrakter musikk som ensbetydende med det som er utelukkende positivt og trygt. De argumenterer for at musikk ikke nødvendigvis oppleves som trygt for alle, og at andre faktorer i musikkterapien også kan bidra til klientens følelse av utrygghet – som for eksempel musikkterapeutens oppførsel. Videre hevder Scrine og Koike at musikkterapien i fremtiden ikke bare må fokusere på å løse opplevde problemer hos våre klienter, men også på å ta skritt for å endre de underliggende forholdene som tillater vold og skade.

Innenfor aspektet "trygghet" adresserer Fallot og Harris (2011) både emosjonell og fysisk trygghet. De argumenterer for nødvendigheten av å vurdere ulike aspekter, inkludert – men ikke begrenset til – tilstedeværelsen av andre mennesker (slik som andre pasienter eller ansatte), sikkerheten rundt bygningen, tilstanden til dører (åpne eller lukkede), utformingen av venterommet, og ansattes oppmerksomhet på klientens signaler om ubehag.

2.1.2 Troverdighet

Fallot og Harris (2011) skriver at dette punktet handler om å maksimere forutsigbarheten gjennom å gi tydelige oppgaver, være konsekvent og å sette tydelige interpersonlige grenser. Eksempler på aspekter som man bør tenke over er: Har klienten fått tilstrekkelig informasjon om hva som skal skje, med hvem, når og hvorfor? Når går relasjonen ut fra de profesjonelle rammene? Hvordan kommuniseres det til klienten angående avslutning av oppgaver/behandlingen?

Heiderscheit og Murphy (2021) beskriver «tillit» og «åpenhet» som de to viktigste komponentene i en troverdig relasjon i musikkterapien. De legger vekt på betydningen av bevisst grensesetting i den terapeutiske konteksten. I tillegg oppmuntrer de blant annet til økt oppmerksomhet rundt hvordan klienten kan feiltolke ansiktsuttrykk fra terapeuten.

2.1.3 Valg

Brukermedvirkning innenfor musikkterapi inkluderer ulike tilnærminger og varierende grader av deltakelse. En kvalitativ studie av Rolvsjord (2014) identifiserte flere former for medvirkning i musikkterapi, inkludert forslag til aktiviteter, deltakelse i utvalg av musikk i timene, deling av tanker og erfaringer, samt å initiere endringer i musikkuttrykket. Et annet eksempel på brukermedvirkning fremkommer i musikkterapeut Gro Trondalens doktorgradsavhandling, "Signifikante øyeblikk" (Trondalen, 2004), der hun blant annet påpeker at pasientene tar initiativ til pauser i improvisasjonene.

Selvdetermineringsteorien, også referert til som selvbestemmelsesteorien på norsk eller self-determination theory på engelsk, utgjør en motivasjonsteori som sentralt handler om at mennesker kan rette seg mot psykologisk vekst og utvikling når de opplever oppfyllelse av behovene for tilhørighet, kompetanse og autonomi (Lopez-Garrido, 2023). Det blir altså hensiktsmessig å arbeide mot å møte disse behovene om man vil at klienter skal bli motiverte for tilfriskning (av spiseforstyrrelsen sin i denne kontekst), noe som er sentralt fordi det kan argumenteres for at det er vanskelig – faktisk nesten umulig – å bli frisk om man ikke er motivert for det selv.

"[Self-determination theory] is an approach to human motivation and personality that uses traditional empirical methods while employing an organismic metatheory that highlights the importance of humans' evolved inner resources for personality development and behavioral self-regulation" (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997; sitert fra Ryan & Deci, 2000)

Man ser altså på mennesket som innehaver av ressurser som kan fremme bedring hos seg selv dersom forholdene ligger til grunn for det. Dette konseptet harmonerer med et ressursorientert perspektiv, som i korte trekk handler om å bygge på klientens egne styrker i musikkterapien. En motivasjonsmodell med tre fundamentale behov er ikke eksklusiv for selvbestemmelsesteorien; andre modeller, som Alderfers (1969) behovspyramide med existence (eksistens), growth (vekst) og relatedness (tilhørighet), eller McClellands (1985) modell med power (makt), achievement (mestring) og affiliation (tilhørighet), deler denne strukturen. Selvbestemmelsesmodellen kan også trekke likheter til Maslows behovspyramide (Maslow, 1943). Det som samtidig gjør at selvbestemmelsesteorien skiller seg ut fra lignende modeller er at den presiserer viktigheten av det som man kaller for «intrinsic motivation», altså en indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000).

Innenfor selvdetermineringsteorien skilles det ofte mellom intrinsic motivation og extrinsic motivation – altså indre og ytre motivasjon – hvor den indre motivasjonen kommer fra inni oss selv, og den ytre motivasjonen kommer utenfra – for eksempel i form av en pengebelønning eller en premie. Selvbestemmelsesteorien – eller selvdetermineringsteorien – legger altså vekt på viktigheten av at motivasjonen kommer innenfra, for da føler vi at vi har mest autonomi og vi bestemmer over oss selv (Ryan & Deci, 2000).

«When people's goal-directed behaviour is autonomous rather than controlled, the correlates and consequences are more positive in terms of the quality of their behaviour as well as their health and well-being.» (Deci & Ryan, 2000)

Manger & Wormnes (2015) presiserer at autonomi ikke nødvendigvis innebærer å handle på tvers av andres innflytelse eller å være upåvirkelig av andre individer. Å endre sin oppfatning etter å ha diskutert en sak med noen, impliserer ikke nødvendigvis mangel på autonomi. Videre knytter Manger & Wormnes følelsen av autonomi til identitet, og argumenterer for at opplevelsen av autonomi kan bidra til å styrke selvfølelsen og identiteten.

Ifølge Fallot og Harris (2011) er det viktig at man innenfor traumebevisst omsorg forsøker å maksimere valg og kontroll hos klienten. Eksempel på spørsmål som de foreslår å stille seg selv er: Hvor mye valg har klienten over sitt behandlingsløp? Kan klienten velge hvordan hen ønsker å kontaktes? Hvor mye kontroll har klienten over å starte eller stoppe behandlingen? Er klienten informert om valg og valgmuligheter?

2.1.4 Samarbeid

«Medvirkning handler om at de som bruker en tjeneste, er med på å påvirke hvordan tjenesten skal være. [...] Medvirkning er å bli tatt på alvor. Medvirkning er en rettighet, men først og fremst er medvirkning samarbeid.» (Mental Helse Ungdom, 2024).

Innenfor musikkterapien kan man da altså se på brukermedvirkning som et samarbeid mellom klient og musikkterapeut. Brukermedvirkning blir da en viktig og avgjørende faktor for om en klient *mottar* musikkterapi, eller om en klient *tar i bruk* musikkterapi som et hjelpemiddel i egen bedringsprosess. Stige (2008) understreker viktigheten av et likeverdig samarbeid mellom terapeut og klient. Her legges det vekt på at klienten aktivt deltar og bidrar til terapien sammen med terapeuten, noe som fremmer et samarbeid mellom begge parter.

Fallot og Harris (2011) skriver at dette aspektet innebærer å optimalisere samarbeid og fordeling av makt. Dette kan man da gjøre blant annet gjennom å gjøre ting «sammen med» klienten istedenfor å gjøre noe «til» eller «for» klienten. Det inkluderer også å sikre at klienten er aktivt involvert i planleggingen og fastsettelsen av behandlingsmål. Videre er det viktig å kommunisere klart at klienten innehar ekspertisen om sitt eget liv og egne behov.

2.1.5 Myndiggjøring/empowerment

Innenfor et ressursorientert musikkterapierspektiv handler det om å lete etter og å ta i bruk klientenes ressurser, heller enn det motsatte som ville vært å lete etter hvilke hemninger klienten har som følge av sin (i denne kontekst) spiseforstyrrelse. Med andre ord kan man si at man ser på hva klienten *kan*, ikke på hva klienten *ikke* kan. Rolvsjord (2010) påpeker at ressursorientert musikkterapi også involverer å identifisere ressurser i klientens kontekst, hos musikkterapeuten og i musikken, i tillegg til å avdekke klientens egne ressurser (Rolvsjord, 2010). Hun understreker videre at ressursorientert musikkterapi opprettholder et ressursorientert fokus gjennom hele terapiprosessen.

“Resources are seen as an essential part of the focus of therapy at every stage of the therapy: in other words, they should be a significant part of the assessments, of the therapeutic collaborations, and of the evaluation of the therapy.” (Rolvsjord, 2010, s. 75)

Ressursorientert musikkterapi handler altså om mye mer enn å «bare» se på hva klienten er flink til, men er en gjennomgående prosess gjennom hele terapiforløpet hvor man ser på ressurser hos klient, i miljøet rundt klient, i musikkterapeuten og i musikken.

Et sentralt begrep som man ofte snakker om innenfor et recovery perspektiv er *empowerment*. Ifølge Rolvsjord (2010) er det et bredt spekter av definisjoner på empowerment, og hver definisjon fanger opp ulike aspekter ved empowerment. Et eksempel på en slik definisjon vil bli presentert her:

«Empowerment er en aktiv prosess som reduserer maktesløshet, og forsterker det enkelte individets muligheter for å selv treffe avgjørelser over forhold som vedrører egne eksistensielle hverdagsvilkår» (Faureholm, 1999 s. 52, sitert fra Borgersen, 2016).

Empowerment handler altså i Faureholms definisjon om det å ta avgjørelser på egne vegne.

Rolvjord (2010) skriver om flere forskjellige aspekter ved empowerment; *psychological empowerment, organizational level of empowerment* og *community level of empowerment*. Her viser *psychological* (psykologisk) empowerment til det som skjer når et menneske får en endring i oppførsel, tanker og følelser og kan ofte involvere at man blir mer skeptisk til å bare finne seg i ting som man har funnet seg i før – og kan også involvere større politisk engasjement. *Organizational* (organisatorisk) level og empowerment kan vise til to forskjellige former for organisasjoner 1) organisasjoner som legger til rette for ansvarsdeling, støtte og sosiale aktiviteter (*empowering organizations*) og 2) organisasjoner som påvirker samfunnet slik ved å for eksempel mobilisere økonomien (*empowered organizations*). *Community* (samfunn) level of empowerment handler her om å påvirke samfunnet for å hjelpe dens innbyggere og gi innbyggerne flere muligheter.

Følelsen av at man er kompetent og i stand til å mestre ting er ett av de tre grunnleggende behovene innenfor selvdetermineringsteorien. Denne følelsen av kompetanse synes jeg at er svært nærliggende til det vi snakker om som mestringsfølelse, at det føles hensiktsmessig å greie litt ut om mestringsbegrepet her. Ryan & Deci (2017, s. 11) knytter begrepet «kompetanse» selv opp mot mestring; *“competence refers to our basic need to feel affectance and mastery”*.

Skaalvik og Skaalvik (2015) beskriver to andre former for mestring; *opplevd mestring* og *reell mestring*. *Opplevd mestring* handler om enkeltpersonens opplevelse av mestring, hvor det å oppnå eller ikke oppnå en følelse av mestring ikke nødvendigvis er avhengig av konkrete resultater. For eksempel kan en person spille en låt på piano, men likevel ikke oppleve mestring hvis vedkommende ikke anser prestasjonen som tilfredsstillende. På den annen side er *reell mestring* en mer objektiv vurdering av hvorvidt en person faktisk mestrer en ferdighet eller oppgave, som kan illustreres i det samme eksempelet der en person lykkes med å spille en låt på piano. Skaalvik og Skaalvik (2015) beskriver en slags sirkulær modell hvor forventning om mestring påvirker den reelle mestringen. Denne faktiske mestringen påvirker deretter opplevelsen av mestring som igjen påvirker forventning om mestring. Denne syklusen skaper da motivasjon.

Ifølge Fallot og Harris (2011) handler dette aspektet om myndiggjøring og ferdighetsutvikling innenfor traumebevisst omsorg. Spørsmål som de foreslår at man stiller seg selv i sin traumebevisste praksis er for eksempel: Hvordan anerkjennes hver klients styrker og ferdigheter? Hvordan kan klienten føle seg validert og bekreftet ved hver kontakt? Fremmer du

klientens deltakelse i sentrale roller hvor det er mulig (for eksempel i planlegging, gjennomføring eller evaluering av tjenester)?

I en artikkel av Scrine (2021) argumenteres det for et paradigmeskifte av traumebevisst omsorg. Hun diskuterer hvordan musikkterapi kan utforske og utfordre konvensjonelle tilnærminger til traumebehandling, ved å vektlegge styrker, motstand og politisk bevissthet hos unge mennesker i skolemiljøet, samtidig som forfatteren kritiserer individualiserte tilnærminger og fremmer en mer systemisk forståelse av traumer. Jeg forstår det slik at Scrine ønsker å utforske hvordan visse aspekter, som "trygghet", kan tas ut av det isolerte terapirommet og integreres mer fullstendig i samfunnet som helhet. Samtidig fremhever hun behovet for å styrke og prioritere aspekter som "myndiggjøring" innen musikkterapi.

2.1.6 Relasjon

Behovet for en god relasjon viser ikke bare til relasjonen mellom klient og (musikk)terapeut, men kan også handle om en persons relasjon til venner, familie eller andre. Innenfor selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2000) blir *følelse av tilhørighet* sett på som ett av de tre grunnleggende behovene som må bli møtt for å bli motivert for psykologisk utvikling og personlig forbedring. Reeve (2015, s.176) argumenterer for at det er *kvaliteten* på ens relasjoner som bestemmer om behovet for følelse av tilhørighet blir møtt, og ikke *kvantiteten* på relasjoner som er viktige. Dette støtter opp på betydningen av den terapeutiske relasjonen mellom musikkterapeuten og klienten. Samtidig vektlegger det også musikkterapeutens rolle i å legge til rette for at klienten kan styrke sine relasjoner også utenfor musikkterapirommet.

Bruscia (1998) diskuterer begrepet "musikk som kollektiv identitet" som en del av musikk som en kollektiv opplevelse. Fra et gruppemusikkterapierspektiv kan det hevdes at det skapes en opplevelse av tilhørighet blant deltakerne, da de deler musikk som både "inkluderer og går forbi deltakernes identiteter" (s. 261, egen oversettelse). Flere kvalitative studier innen musikkterapi støtter opp om ideen om at gruppemusikkterapi fremmer en følelse av tilhørighet. For eksempel, i Gjertsen (2017) sin masteroppgave, som utforsket deltakernes opplevelser av musikkterapi i gruppe for personer med spiseforstyrrelser. Etableringshåndboken for musikkterapi i rus- og psykisk helsetjeneste (Kielland et al., 2020, s. 8) påpeker at gjennom musikkterapi kan enkeltpersoner erfare en positiv tilknytning til et fellesskap (gruppe/kor/band), der ens egne bidrag og ressurser har betydning for andre.

Om forholdet mellom klient og terapeut snakkes det ofte om «den terapeutiske alliansen», spesielt innenfor psykoterapi, men også i musikkterapifeltet. Den terapeutiske alliansen refererer til kvaliteten og styrken på det samarbeidende forholdet mellom terapeut og klient (Norcross, 2010). En styrket terapeutisk allianse er knyttet til et bedre utfall av terapiforløpet (Nahum et al., 2019). Silverman (2019) hevder at musikalske faktorer så vel som ikke-musikalske faktorer kan være med å styrke den terapeutiske alliansen innenfor musikkterapien.

Relasjon er også én av de tre grunnpilarene som Bath (2008) har beskrevet for traumeinformert omsorg. En god relasjon er en mellommenneskelig forbindelse hvor vi har tillit til hverandre og er trygge på at våre emosjoner og opplevelser blir tatt seriøst av den andre (Søftestad & Andersen, 2014). Innenfor det humanistiske perspektivet står støtte og tillit sentralt i relasjonen mellom terapeut og pasient, og i tillegg bygges relasjonen på varme, autentisitet, åpenhet og terapeutens evne til å akseptere klienten med ubetinget positiv betraktning (Aigen, 2013, s.110). Ansdell (2016, s. 166) presiserer at relasjonen mellom musikkterapeut og pasient ikke er en «ting», og at forholdet blir påvirket av forholdet som enhver person har til musikken fra før av. I tillegg argumenterer han for at det musikalske forholdet tilbyr noe som er eget og unikt og som skiller seg fra andre terapeutiske relasjoner.

Innenfor samfunnsmusikkterapi ligger det et overordnet fokus på klienten som deltaker i et større samfunn og tar utgangspunkt i at mennesker er biologisk predisponert for å la seg tiltrekke av sosiale samhandlinger, og til å ta til seg informasjon og lærdom av kultur, som i seg selv er en ressurs for dynamisk samspill mellom selvet og samfunnet (Bunt & Stige, 2014, s.47).

«I musikkterapi deler klient og terapeut en musikalsk relasjon. Basert på erfaring vet jeg at en slik musikalsk opplevelse noen ganger deles i form av en ordløs fortettet pause eller et smil, mens andre ganger skjer det gjennom en verbal dialog i etterkant» (Trondalen, 2008, s. 40)

Det som Trondalen trekker frem i dette sitatet ser jeg på som et viktig argument for å bruke musikkterapi i behandling av spiseforstyrrelser (og andre brukergrupper); nemlig den musikalske relasjonen og de musikalske opplevelsene som klient og terapeut deler. Dette musikalske forholdet blir også trukket frem av McCaffrey, som ser på forholdet som en fin måte å kommunisere på når ord ikke strekker til:

“The musical relationship provides opportunities for service users to find ways of managing their distress, to reflect upon relationships with others, and to

communicate experiences that are not always easy to put into words” (McCaffrey et al, 2018, s.5)

Ifølge Bauer (2010) har det en positiv effekt på pasientene allerede fra starten av at terapeuten oppmerksomt lytter til dem, tar deres følelser og det de sier seriøst, og uttrykker sin sympati med dem.

«Mennesket forstås både som en organisme, en person og et samfunnsvesen» innenfor det humanistiske perspektivet (Ruud, 2008, s.9). Med andre ord får vi kroppslige reaksjoner på musikk, gir mening til musikk, og bygger relasjoner og kultur gjennom musikk.

2.1.7 Emosjonsregulering

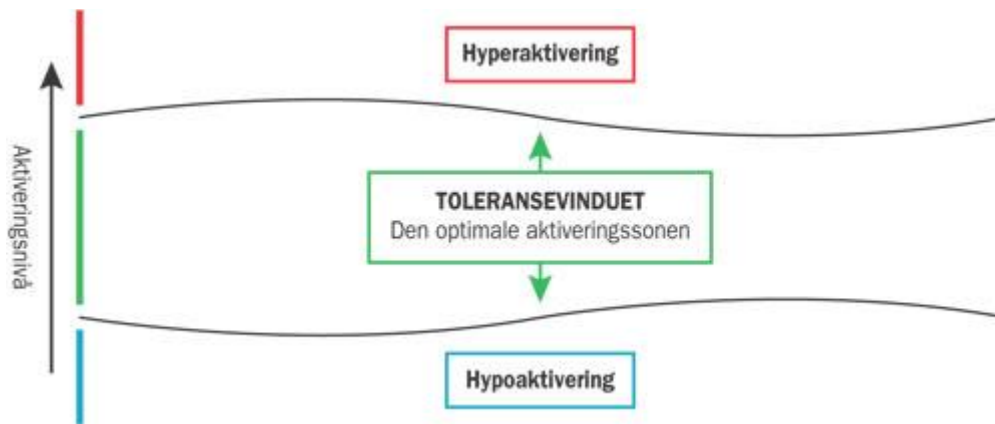
Det å ha både gode og vonde følelser er en naturlig del av det å være menneske, og kan ha flere adaptive funksjoner, for eksempel kommunikative eller signaliserende funksjoner (Svartdal, 2000). Det kan også hende at følelser er ødeleggende for oss, for eksempel ved at en følelse blir så intens at den blir for vanskelig å forholde seg til.

Selvregulering kan sees på som evnen til å håndtere, adaptere og respondere på emosjoner i henhold til hvordan vi oppfatter at sosiale normer tilsier at vi skal respondere i den aktuelle situasjonen (Berger, 2011). Målet med emosjonsregulering kan være å øke, senke, hemme eller å opprettholde den kroppslige aktiveringen man har i den gitte situasjonen (Thompson, 1994). Affektregulering kan bli sett på som en viktig del av å fungere godt i ens eget liv og i forhold til andre mennesker som er rundt seg (Søftestad & Andersen, 2014). Ordene “emosjonsregulering”, “selvregulering”, “emosjonell regulering” og “emosjonell selvregulering” vil i de aller fleste kontekster bety det samme.

Vi snakker ofte om emosjonsregulering i sammenheng med barn og babyer, da barn ikke har så stor evne som oss voksne til å regulere seg selv – da dette er en evne som (vanligvis) modnes med tiden (Backer-Grøndahl & Nærde, 2015). Å snakke om emosjonsregulering i henhold til spiseforstyrrelser kan allikevel bli sett på som høyst aktuelt da flere studier har sett at det er en klar sammenheng mellom spiseforstyrrelser og svekket evne til selvregulering (Oldershaw et al., 2015; Dingemans et al., 2017; Puttevils et al., 2021).

Toleransevindummodellen viser til den grad av aktivering som er optimalt for en person til å lære lettest og være mest mottakelig for ekstern informasjon og sosial samhandling (Siegel, 1999;2012). Nordanger og Braarud (2014) argumenterer for at toleransevindummodellen (**Figur 1**) kan “være samlende og representere et felles språk for hjelpere med ellers ulik faglig

orientering” i tillegg til at modellen kan “være et godt visuelt samlingspunkt for alle involverte, inkludert dem som trenger hjelp”. På grunn av dette så kan det derfor være nyttig for musikkterapeuter å vite om denne modellen.



Figur 1. Toleransevindummodellen (Tilpasset fra Ogden et al., 2006, hentet fra Nordanger og Braarud, 2014)

Regulering sett i et traumebevisst perspektiv viser da til å forsøke å komme seg tilbake til toleransevinduet dersom man er underaktivert eller overaktivert.

Dette med å regulere følelsene våre er noe som man iblant kan trenge hjelp til av andre mennesker. Et vanlig eksempel er et lite barn som gråter og får trøst av sine foreldre, da bysset de barnet og trøster med rolig stemme og hjelper derfor barnet med å roe seg ned. Dette blir da det man kaller for «relasjonell regulering» eller «samregulering», altså at man blir regulert ved hjelp av et annet menneske, ofte foreldre/omsorgspersoner (Bath, 2008). Dette er et fenomen som også blir kalt for ytre emosjonsregulering (Eisenberg og Spinrad, 2004; Gross og Thompson, 2007; Sannes, 2012), altså at en person hjelper en annen person med å regulere følelser. I kontekst av musikkterapi vil da musikkterapeuten hjelpe sin klient med å regulere følelser. Dette kan gjøres gjennom ord, kroppsspråk eller gjennom musikken. Musikken i seg selv kan også fungere som ytre emosjonsregulering, også utenfor musikkterapirommet. Som DeNora (2000, s. 17) skriver: «At the level of daily life, music has power». Ytre emosjonsregulering står i motsetning til indre emosjonsregulering som beskriver når man regulerer seg selv, for eksempel gjennom tankene sine (selvregulering).

2.2 Litteraturgjennomgang

I dette delkapittelet vil jeg presentere litteratur som ble innhentet gjennom litteratursøk. Det er til sammen 21 studier, og for å lage litt system i måten de blir presentert på har jeg kategorisert dem i fem ulike kategorier: 1) måltidsangst og musikkterapi, 2) studier fra norske musikkterapeuter, 3) systematiske analyser 4) sangtekstanalyser 5) øvrig litteratur. Rekkefølgen som disse kategoriene er presentert i er tilfeldig.

2.2.1 Måltidsangst og musikkterapi

The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa (Bibb et al., 2015) er en kvantitativ studie som har inspirert flere påfølgende studier. Denne studien målte selvrapporterte angstnivåer hos mennesker med anoreksi som var innlagt på sykehus. Disse angstnivåene ble målt i etterkant av inntatt måltid både før og etter musikkterapi eller «vanlig» støtteterapi. Studien fant at det var en signifikant forskjell på de to intervensjonene, og konkluderer med at musikkterapi kan minke ettermåltidsangst hos mennesker med anoreksi. De kvalitative forskningsresultatene ble også publisert gjennom en studie kalt *'Circuit breaking' the anxiety: Experiences of group music therapy during supported post-meal time for adults with anorexia nervosa* (Bibb et al., 2016). De kvalitative resultatene viste da at deltakerne syntes at musikkterapien var en effektiv måte å få tankene bort fra måltidet på, i tillegg til at de følte de fikk en pause fra angsten og at musikkterapi i gruppe var en fin arena for å bli kjent med andre mennesker på. Noen år senere ble det publisert en lignende studie, men denne gangen var ikke deltakerne innlagt på sykehus. Denne studien ble kalt *Reducing Anxiety through Music Therapy at an Outpatient Eating Disorder Recovery Service* (Bibb et al., 2019) hvor deltakerne fikk gruppemusikkterapi i én time rett etter et lunsjmåltid. Nok en gang viste resultatene signifikant forskjell på angstnivåene før og etter musikkterapi. I Norge ble det utført en replikasjonsstudie ved regionalt senter for spiseforstyrrelser sommeren 2023 med musikkterapistudent Joachim Dalgård og nevrolog Are Brean. Denne studien ble utført gjennom midler fra POLYFON sin ordning for sommerstipend. Resultatene er i skrivende stund fortsatt ikke publisert, men de kvantitative resultatene ble presentert ved poster på Polyfonfestivalen 2023 og disse resultatene er ikke signifikante, men studien viser til at en lignende studie er mulig å gjennomføre i Norge (Dalgard & Brean, 2023).

I 2022 ble det publisert en ny studie som istedenfor å se på ettermåltidsangst, så på førmåltidsangst. Denne studien heter *Effects of Music Therapy in the Reduction of Pre-Meal Anxiety in Patients Suffering from Anorexia Nervosa* (Ceccato og Roveran 2022) og studien målte selvrappporterte angstnivåer før måltid, både på dager hvor deltakerne ikke fikk musikkterapi og på dager hvor deltakerne hadde vært i musikkterapi. Studien viste signifikant lavere angstnivåer hos deltakerne før måltid på de dagene som deltakerne hadde vært i musikkterapi.

2.2.2 Studier fra norske musikkterapeuter

Når det kommer til spiseforstyrrelser og musikkterapi er Gro Trondalen et stort navn. I studien ved navn «*Self-Listening*» in Music Therapy with a Young Woman Suffering from Anorexia Nervosa (Trondalen, 2003) får pasienten lytte til lydopptak av egen improvisasjon. Pasienten fikk da igjen kontakt med de positive følelsene som hun kjente på da hun aktivt utførte improvisasjonen. Om hva musikken bidrar med for pasienten blir det skrevet at «she was able to benefit from the music to ‘fill’ her emptiness, bear her ambivalence and promote ‘peace in mind’». Forfatteren argumenterer også for at denne metoden bidrar til å føle en kontakt med tid og rom, kontakt med «her og nå», kontakt med fortiden og kontakt med fremtiden. Resultatet av dette blir da at pasienten utvikler en mer sammenhengende selvfølelse, får støtte til emosjonsregulering og blir anerkjent.

Den neste studien er godt kjent blant norske musikkterapeuter, og er Gro Trondalen sin doktoravhandling. Denne studien heter *Klingande relasjoner: en musikkterapistudie av ‘signifikante øyeblikk’ i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi* (Trondalen, 2004) og ser på det som forfatteren kaller «signifikante øyeblikk» som for eksempel kan være et lite øyeblikk i et langt samspill hvor det skjer noe signifikant. Dette kan være alt fra et smil, til noe musikalsk og til noe som blir sagt. Det blir klienten og musikkterapeuten sine subjektive vurderinger om hva som er et signifikant øyeblikk og hva som ikke er det. Trondalen argumenterer blant annet for at de intersubjektive møtene som skjer gjennom musikken kan virke som et terapeutisk virkemiddel som bidrar til at klienten kan «se seg selv med nye øyne» (s.21), noe som igjen kan bidra til at klienten som lever med spiseforstyrrelser når viktige mål i sin tilfriskningsprosess.

Studien *Playing with affects ... and the importance of «affect attunement»* (Trondalen og Skårderud, 2007) tar for seg det man kaller for «affect attunement» eller «affektinntoning» på norsk, som handler om når man deler en *affekt* eller en *følelse* sammen – i denne kontekst utarter det seg musikalsk gjennom samspill hvor klient og terapeut deler noe gjennom musikken og klienten blir møtt gjennom matching av for eksempel rytme, melodi, dynamikk og takt. Forfatterne av studien argumenterer for at bruk av affektinntoning i samspill med påfølgende verbal prosessering kan lage en forbindelse mellom kropp og sinn som kan styrke selvfølelse hos klienten.

Studien ved navn «*I've started to move into my own body*»: *Music therapy with women suffering from eating disorders* (Lejonclou og Trondalen, 2009) tar for seg to damer, Susan og Helen, som har spiseforstyrrelser. Susan lever med anoreksi og Helen har lenge hatt problematikk som samsvarer med en bulimidiagnose. Begge klientene går i musikkterapi ved en spesialenhet for spiseforstyrrelser. Studien støtter seg til et psykodynamisk perspektiv og legger vekt på relasjonsbygging gjennom musikk med formål å optimalisere helse. Gjennom musikkterapiforløpene som er beskrevet kan man blant annet følge Helen som arbeider med å prosessere vanskelige følelser gjennom improvisasjon og som en time sier; «*It's like I've started to move into my own body*» (s. 85).

Nylig har musikkterapeut Ingvild Stene (2023) ferdigstilt sin doktorgradsavhandling som heter *Musikk som reguleringsstøtte. En studie av Terapeutisk Musikklytting (TML) og spiseforstyrrelser*. Denne studien tar for seg musikkterapi som et gruppetilbud for kvinner som har spiseforstyrrelser og bruker metoden «*terapeutisk musikklytting*» som er inspirert av blant annet musikkterapi metoden «*Guided Imagery and Music (GIM)*». Studien viser at terapeutisk musikklytting bidrar til økt affektbevissthet, økt emosjonell tåleevne, reguleringsstøtte og at musikklyttingen har en relasjonell og regulerende funksjon som bidrar til flere handlemuligheter.

2.2.3 Systematiske analyser

Den systematiske analysen kalt *Music therapy interventions for eating disorders: Lack of robust evidence and recommendations for future research* (Coutinho, et al. 2022) utforsket om det finnes beviser på at musikkterapi virker i behandling av spiseforstyrrelser. På grunn av en rekke eksklusjonskriterier – som involverer blant annet forskningsdesign og forskningsdeltakere – var det bare to studier som ble inkludert i studien (Bibb et al. 2015; Bibb et al. 2016). Studien

hevder at det trengs mer forskning på musikkterapi og spiseforstyrrelser – særlig når det kommer til kvantitative studier.

Music-based intervention impacts for people with eating disorders: A narrative synthesis systematic review (Chang, et al. 2023) inkluderte 16 studier, hvorav fem studier omhandlet musikkterapeutisk intervensjon – de andre elleve var enten musikkmedisin eller musikkintervensjoner uten utdannet helsepersonell eller musikkterapeut. Studien konkluderer med at musikkterapi kan ha verdi for å gi emosjonelt velvære og psykologisk utvikling. Metodene som blir nevnt er diverse sangaktiviteter, låtskriving og GIM (guided imagery and music). Studien presiserer at det mangler forskning når det kommer til vektbaserte mål og musikkterapiintervensjoner.

A Systematic Review of Scientific Studies on the Effects of Music in People with or at Risk for Eating Disorders (Testa, et al. 2020) analyserte 16 studier som så på musikkbasert terapi – blant annet musikkterapi – med mennesker som har anoreksi og bulimi. Studien foreslår at det trengs flere RCT (randomized controlled trials) studier på den gjeldende tematikken, men hevder ut fra sine funn at musikkbasert terapi kan ha nytteverdi for mennesker med anoreksi og bulimi.

Music Therapy Programming for Persons With Eating Disorders: A Review With Clinical Examples (Pasiali, et al. 2020) tar for seg seks ulike musikalske metoder/teknikker; klinisk improvisasjon, selvbiografisk sang (egen oversettelse fra «song autobiography»), låtdiskusjon, låtskriving, musikkassistert avslapping og GIM (guided imagery and music) sammen med kliniske eksempler fra litteraturen. Studien hevder at et behov som går igjen i de kliniske eksemplene er behovet for å utforske og finne egen identitet. Dette mener studien at de nevnte musikalske metodene kan bidra til.

2.2.4 Sangtekst analyser

En studie fra 2006 kalt *A Retrospective Lyrical Analysis of Songs Written by Adolescents with Anorexia Nervosa* (McFerran et al., 2006) analyserte 17 sangtekster som var skrevet av 15 forskjellige tenåringer som var innlagt på sykehus da de skrev sangene i musikkterapi, og fant ut at så mye som 28 prosent av sangtekster som var skrevet av ungdommer med anoreksi omhandlet temaet «identitet». Artikkelen argumenterer for at disse resultatene kan reflektere forholdet mellom ungdommer, musikk og identitet. Alternativ kan vektleggingen av temaet «identitet» skyldes sykdommen – altså anorexia nervosa – og hvordan den er kjent for å innebære symptomer som går på problematikk knyttet til selvbylde.

Fra resultatene i den forrige nevnte studien (McFerran et al., 2006) kunne forskerne se at i tillegg til at temaet «identitet» var det temaet som fremkom mest i sangtekstene til tenåringene som har spiseforstyrrelser, så var det et annet tema som også kom frem i flere av tekstene, nemlig forholdet mellom tenåringene og deres mødre. I en påfølgende studie kalt *Avoiding Conflict: What Do Adolescents with Disordered Eating Say about Their Mothers in Music Therapy?* (McFerran et al., 2008) gikk derfor forskerne inn for å finne ut hva som blir sagt om mødrene til pasientene, og dette mor-barn-forholdet. Ungdommen med spiseforstyrrelser uttrykket gjennom sangtekster blant annet ønsker om nærere relasjon til mødrene sine, uttrykket positive følelser knyttet til mødrene og satte lys på omsorgsaspektene ved forholdet. I tillegg var sangtekstene som handlet om mor-datter-forholdet ofte i form av en unnskyldning eller en forklaring til mødrene og det var tydelig gjennom sangtekstene at ungdommen ikke skyldte på mødrene sine for sine spiseforstyrrelser.

2.2.5 Øvrig litteratur

I case-studien som heter *Music Therapy and Eating Disorders- A Single Case Study about the Sound of Human Needs* (Bauer, 2010) blir vi presentert for klienten «Mrs. H» som har hatt bulimi i omtrent ti år innen hun først kommer til musikkterapi. Studien bygger på en artikkel fra Christoph Stucki og Klaus Grawe (2007) som handler om «The Bernese concept of need adapted and motivational attunement in psychotherapy», hvor det trekkes frem 4 forskjellige behov som mennesker har som bestemmer motivasjonsoppførsel; 1) behov for tilknytning 2) behov for kontroll og orientering 3) behov for økende selvtillit 4) behov for å augmentere nytelse og unngå ubehageligheter. Gjennom improvisasjoner som ble spilt i musikkterapiforløpet argumenterer forfatteren for at man kan høre at Mrs. H uttrykker disse fire behovene. Det musikalske og verbale samspillet i musikkterapitimene var sterkt farget av konflikten som pasienten følte på knyttet til det å ville være nær noen, men samtidig være redd for å komme for nær noen og bli tilbakevist. Forfatteren konkluderer med at musikkterapeuter må uttrykke, både verbalt og nonverbalt, forskjellen på å tenke og føle med tanke på «behov» og «konflikt».

Den neste studien som jeg har valgt å inkludere i min litteraturgjennomgang heter *The Use of Cognitive-Behavioral Music Therapy in the Treatment of Women with Eating Disorders* (Hilliard, 2001) og tar for seg kognitiv atferdsterapibasert musikkterapi på en institusjon for damer med spiseforstyrrelser. De musikalske metodene som ble brukt var låtskriving, sang, tromming, og verbale diskusjoner rundt sangtekster. Prosjektet viste at musikkterapien hjalp

med å motivere pasientene mot tilfriskning, samt gjorde prosessen mer positiv for dem. Innenfor terapien ble det lagt mål for forløpet basert på tre overordnede kategorier; 1) atferdsproblemer, 2) tankefeller, og 3) underliggende årsaker for spiseforstyrrelsen.

Music Therapy and Adolescents with Anorexia Nervosa (Robarts, 2000) er en artikkel som jeg har trukket frem som relevant for min oppgave da den i bunn og grunn argumenterer for at man gjennom det forfatteren kaller «poietic processes in music therapy» kan styrke klientens identitet og selvfølelse. Her viser «poietic processes in music therapy» til en modell (**Figur 2**) med tre «felt» (egen oversettelse fra «fields») hvor feltene skal vise inter-relaterte musikalske, utviklingsbaserte og psykodynamiske perspektiver. Denne modellen er tiltenkt til bruk i musikkterapi med mennesker som av forskjellige årsaker opplever dissosiering.

POIETIC PROCESSES IN MUSIC THERAPY	
J.Z. Robarts (2000)	
Field 1 FOUNDATIONS OF POIETIC EXPERIENCES	TONAL/RHYTHMIC FIELD OF SYMPATHETIC RESONANCE "evoked response" - motivational field – "innate musicality" Poietic processes underpinning emergent sense of self <hr/> BIOMUSICOLOGICAL MUTUAL INFLUENCE STRUCTURES sensory - motor - affective – motivational - impulsive <hr/> EARLY OBJECT RELATIONS Dynamic (sound-shape-intensity-timing) "introjects"/projective identification RESISTANCE/DEFENCE PHENOMENA Fragmentation or fixation - possibly with obsessive-compulsive features
Field 2 MEANING ARISING IN EMERGING MUSICAL - POIETIC FORMS	GESTALTS - MOTIFS – INDIVIDUAL CHARACTERISTICS more apparent musically Poietic forms being more overtly articulated <hr/> MUTUAL INFLUENCE STRUCTURES More cohesion and intentionality in self-expression reflecting underlying schemas of motivation and symbolization <hr/> NETWORK OF OBJECT RELATIONS SCHEMAS DEVELOPING via further and varied (musical and other) processes of introjection and projective identification, transference/countertransference <i>(c/transf. phenomena may have to be "contained", not acted upon, by therapist until client ready)</i>
Field 3 SYMBOLS OF SELF	SONG FORMS, MORE COMPLEX MUSICAL STRUCTURES, IDIOMATIC INDIVIDUALISED MUSICAL EXPRESSION <hr/> METAPHOR- AUTOBIOGRAPHIC- MEMORIES - FANTASIES evolving spontaneously from 1 &/or 2; <u>OR</u> danger of being split-off from other field - need to keep connected via 'open channel' to Fields 1 and 2 <hr/> MORE OVERT IMAGINAL AND NARRATIVE EXPRESSIONS IN TRANSFERENCE/COUNTER-TRANSFERENCE

Figur 2. Poietic processes in music therapy

Under mitt litteratursøk fant jeg en studie som bærer likhetstrekk med min egen masterstudie. Den heter *Explanatory sequential descriptive analysis of music therapists' clinical practice for individuals with eating disorders* (Dvorak 2023). Studien har brukt et mixed methods forskningsdesign og har derfor en kvantitativ del og en kvalitativ del. Dvorak har samlet data i

form av spørreundersøkelser og fra intervjuer fra syv forskjellige musikkterapeuter som jobber med mennesker som har spiseforstyrrelser. Musikkterapeutene har rapportert at de jobber med fokus på selv-uttrykk, mestringsstrategier, depresjon, identitet og emosjonsuttrykk. I tillegg har de uttrykt at de er godt fornøyde med jobbene sine og at de bruker ulike metoder for å jobbe med terapeutiske mål.

2.2.6 Oppsummering litteratur

Samlet sett viser litteraturgjennomgangen at musikkterapi kan bidra til signifikant bedring i både førmåltidsangst og ettermåltidsangst hos mennesker som har anoreksi (Bibb et al., 2015; Bibb et al., 2019; Ceccato & Roveran, 2022). I tillegg viser de kvalitative resultatene fra den ene studien om ettermåltidsangst blant annet at deltakerne syntes musikkterapien hjalp til å få tankene bort fra måltidet, og at de opplevde å få en pause fra angsten (Bibb et al., 2016).

I tillegg så har vi en del kvalitative studier som hevder at musikkterapi kan bidra til at mennesker med spiseforstyrrelser får bedre kontakt med seg selv, sine følelser og med omverdenen (Trondalen, 2003). Det snakkes om å se seg selv med nye øyne (Trondalen, 2004), flytte inn i egen kropp (Lejonclou og Trondalen, 2009), og om å få en forbindelse mellom kropp og sinn som kan styrke selvfølelsen (Trondalen og Skårderud, 2007). Det er også studier som trekker tråder mellom emosjonsregulering og musikkterapi innenfor arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser. I tillegg så snakkes det om musikkterapiens evne til å styrke eller utforske identitet – noe som er et sentralt tema hos mennesker med spiseforstyrrelser, ifølge en studie som analyserte sangtekster som ungdom med anoreksi hadde skrevet i musikkterapi på sykehus. Her fant de ut at identitet var et tema som gikk igjen i 28% av sangtekster (McFerran et al., 2006).

I tillegg er det flere systematiske analyser som argumenterer for nødvendigheten av flere studier som viser effekten av musikkterapi hos mennesker som har spiseforstyrrelser, spesielt kvantitative studier.

Litteraturgjennomgangen min viser også en klar overvekt av studier som omhandler anoreksi, i forhold til hvor stor prosentdel av de som har spiseforstyrrelser som faktisk har anoreksi – og derfor naturligvis også en klar undervekt av studier som omhandler diagnoser som for eksempel overspisingslidelse i forhold til hvor mange som lever med overspisingsproblematikk.

3 Metode

3.1 Teoretisk rammeverk

3.1.1 Kvalitativ forskning

Denne studien benytter et kvalitativt forskningsdesign for å adressere problemstillingen. Problemstillingen er også samtidig tilpasset et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitativ forskning har som mål å forstå fenomener og hendelser ut fra deltakernes perspektiv, og er ofte åpen for å oppdage nye temaer og sammenhenger (Kvale & Brinkman, 2015). Jeg liker tanken om å gå inn i en studie med blanke ark, og ikke vite hvilke temaer som vil dukke opp i analyseprosessen av datamaterialet – her er kvalitativ forskning en god tilnærming. Semistrukturerte intervjuer, som jeg har brukt, gir en fleksibel og åpen tilnærming til å samle inn data, der jeg kan følge opp spørsmål og utforske deltakernes tanker og ideer i dybden. Semistrukturerte intervjuer, transkripsjon og koding er alle teknikker som er vanlige i kvalitativ forskning (Malterud, 2017), og teknikker som jeg har tatt i bruk i denne studien.

Kvalitativ forskning skiller seg fra kvantitativ forskning ved at den ikke fokuserer på målbare variabler, men heller forsøker å gi innsikt i komplekse fenomener. Kvalitative tilnærminger tillater en dypere forståelse – istedenfor en forklaring – av et fenomen, mens kvantitative metoder ofte legger vekt på målbare og generaliserbare resultater (Tjora, 2021). Derfor er valget av kvalitativ forskning i denne studien begrunnet av intensjonen om å utforske subjektive opplevelser og tanker knyttet til musikkterapi i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser.

3.1.2 Fenomenologi

Det er ikke uvanlig at kvalitative studier blir betegnet som fenomenologiske, selv om de ikke nødvendigvis faller innenfor det man kan kalle en fenomenologisk studie. Ifølge Worthington (2019) – som er en anerkjent forsker på området – skyldes dette i stor grad manglende forståelse for hva fenomenologisk forskning faktisk innebærer. Videre hevder Worthington at det har blitt stadig mer vanlig å klassifisere kvalitative studier som ikke er case-studier, etnografiske studier eller grounded theory-studier som fenomenologiske studier. Jeg argumenterer likevel for at min studie kan betraktes som fenomenologisk, og vil heretter kort redegjøre for fenomenologisk forskningsmetodikk, samt hvorfor mitt perspektiv og min tilnærming harmonerer godt med en fenomenologisk tenkemåte.

Et fenomenologisk perspektiv innebærer å undersøke hvordan enkeltpersoner opplever og gir betydning og mening til fenomener i deres liv. Sentralt i denne tilnærmingen står begrepet "beskrivelse," og fenomenologiske forskere søker altså å beskrive et gitt fenomen (Johansson, 2016). For å forankre fenomenologien i et historisk perspektiv kan det være relevant å merke seg at selv om en fenomenologisk tankegang har eksistert i flere århundrer, tilskrives filosofen Husserl (1859–1938) ofte æren for å være opphavet til den fenomenologiske skolen (Smith, 2018). Filosofer som Descartes med sitt "cogito ergo sum - jeg tenker, derfor er jeg," Lockes "conception of the mind," og Humes "empiricism" har alle inspirert utviklingen av fenomenologien slik den praktiseres i dag. Husserl snakker om bevisstheten som enten ytre bevissthet eller indre bevissthet. Denne oppfatningen av selv og bevissthet ble senere utfordret av filosofen Merleau-Ponty (1945), som argumenterte for at bevisstheten ikke kan sees som et subjekt adskilt fra vår levende og ekspressive kropp.

For å forklare hva fenomenologi er, snakkes det ofte om tid og tidsperspektiv. At tiden beveger seg fremover i lik hastighet hele tiden med 60 sekunder i ett minutt og 60 minutter i én time og så videre er en objektiv sannhet. Innenfor et fenomenologisk perspektiv beveger tiden seg raskere eller tregere basert på ens subjektive opplevelse. For eksempel kan tiden virke som å gå saktere når man kjeder seg eller venter på noe spennende, mens den kan virke som å gå raskere når man har det gøy i godt selskap. Et sitat fra Thomas Sheehan gir en innsikt i fenomenologiens kjerneprinsipper:

«The fundamental insight into the necessity of the return to consciousness; the radical and explicit determination of the path of, and the procedural rules for, this return; the principle-based determination and systematic exploration of the field that is to be disclosed in this return – this we designate as phenomenology» –
Thomas Sheehan (Fra Kisiel & Sheehan, 2007 s. 307)

Jeg leser dette sitatet som at Sheehan mener at fenomenologi dreier seg om å forstå hvorfor det er viktig å være bevisst, bestemme hvordan man skal være bevisst, og systematisk utforske det man blir klar over ved å være bevisst.

Fenomenologisk forskning går altså ut på å beskrive et fenomen fra de som har opplevd fenomenet sine perspektiver. "A reader of a phenomenological [sic] should have a strong sense of 'now I understand what it is like to have experienced that particular phenomenon.'" (Worthington, 2019, s. 1). Denne studien karakteriseres som fenomenologisk fordi den tar for seg musikkterapeutenes subjektive opplevelser av

hvordan musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser er, uten å forsøke å gi et objektivt perspektiv på terapiprosessen. Ifølge Postholm (2010, s. 17) er hensikten til fenomenologisk forskning å få tak i den felles opplevelsen som informantene har hatt om et fenomen. I denne sammenhengen blir fenomenet "musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser", der musikkterapeutene som ble intervjuet er de som har opplevd dette fenomenet. Det vil si at målet mitt er at leseren av denne masteroppgaven skal kunne tenke «nå vet jeg hvordan det er å jobbe som musikkterapeut for mennesker som lever med spiseforstyrrelser» innen hen er ferdig med å lese seg gjennom studien. I tillegg til dette handler studien også om min subjektive forståelse og tolkning av hva informantene forteller meg under datainnsamlingen, og med det er vi inne på hva vi kaller for *hermeneutikk*.

3.1.3 Hermeneutikk

Hermeneutikk er en kompleks tilnærming – eller filosofi – som tar for seg hvordan mennesker forstår og tolker kommunikasjon fra andre (som regel tekst). Man snakker ofte om hermeneutikk i forbindelse med Bibelen og oversettelsen av denne – som ikke bare går på tross av språk, men også kulturer og tidsalder (George, 2021). Det kan argumenteres for den store betydningen av filosofi, spesielt hermeneutikk, når det kommer til arkeologisk forskning (Johnsen & Olsen, 1992).

Selv om hermeneutikk tilsynelatende kan reduseres til å kun handle om tolkning av språk, innebærer det også en kompleks prosess som går utenfor en enkel forståelse av skrift og/eller muntlige utsagn. Hermeneutikk omfatter også en vurdering av flere faktorer, inkludert situasjon og kontekst knyttet til både den som kommuniserer og den som mottar kommunikasjonen, samt eventuelle andre involverte parter (McCaffrey et al., 2012). Videre må språkets særegenheter også tas i betraktning.

Et eksempel er et scenario hvor jeg skriver et brev til min venninne og bruker uttrykket "her er det ugler i mosen". Om to tusen år kan en som leser dette brevet tolke dette bokstavelig og tro at jeg refererte til faktiske ugler, mens vi i dagens samfunn forstår dette som et idiomatisk uttrykk. Som påpekt tidligere blir bibelen ofte nevnt når man snakker om hermeneutikk. En betydelig del av bibelen består av brev som er rundt to tusen år gamle og rettet mot spesifikke mennesker som også levde i den tidsalderen. Det er derfor nødvendig å tolke bibelen ved å ta hensyn til kontekstuelle, kulturelle, forfatterrelaterte og mottakerrelaterte faktorer og vår egen leserkontekst – ikke bare gjennom språklig oversettelse.

Hermeneutikk blir sett på som et grunnleggende rammeverk for å forstå komplekse fenomener innen musikkterapi (Johansson, 2016). Johansson understreker betydningen av å være reflektert og bevisst den subjektive tilnærmingen til forskningen. Videre peker hun på viktigheten av å synliggjøre ens egne forforståelser og forutsetninger – både som en bevisstgjørende prosess for forskeren selv og som en informasjonskilde for leseren. Hun argumenterer videre for at hun ønsker en vitenskapelig tilnærming som utforsker fenomener fra ulike perspektiver, og hevder at hermeneutikk kan bidra til å fremme kreativitet og dypere forståelse i tolkningsprosessen ved å legge til rette for flere tolkningsmuligheter.

I denne sammenhengen står jeg som forsker i rollen som tolker av hva musikkterapeutene formidler til meg gjennom individuelle intervjuer. Etter fem års studier innen musikkterapi og personlig erfaring med spiseforstyrrelser, har jeg en betydelig forforståelse av begge emnene. Informantene snakket til meg i en kontekst hvor den delen av min identitet som er «musikkterapistudent» var veldig fremtredende og kan derfor ha tatt i bruk ord og uttrykk deretter. I tillegg er det rimelig å anta at de også ubevisst snakket til min sensor som også i konteksten av å evaluere denne oppgaven har en mest fremtredende identitet som «musikkterapeut» og «akademiker». Det er derfor mulig at en person uten forhåndskunnskap om musikkterapi eller spiseforstyrrelser, som leser resultatene fra denne studien, vil tolke dem annerledes enn det jeg selv har gjort. Selv om jeg streber etter å tolke informantenes utsagn på en måte som gjenspeiler deres intensjoner så nøyaktig som mulig, er det viktig å erkjenne at informasjonen går gjennom flere ledd før den fanges opp av leseren. Som forsker er det derfor avgjørende for meg å prøve å forstå og formidle informantenes historier på en slik måte at du som leser ikke blir sittende igjen med en helt annen oppfatning enn det som informantene prøvde å formidle.

Gjennom transkribering av intervjuene og kodingsprosessen har jeg fått en unik mulighet til å dykke ned i informantenes erfaringer og perspektiver. Dersom vi skal betrakte hermeneutikk som en prosess for å nærme oss sannheten, må jeg som forsker nøye meg med å fremheve hva informantene mine faktisk har uttrykt og prøve å tolke intensjonen bak deres ord. Transkriberingen har involvert over 20 sider med datamateriale fra intervjuene, og dette har vært en omfattende prosess for meg, hvor jeg har forsøkt å ekstrahere det som jeg har oppfattet som kjerneelementene i informantenes budskap.

3.2 Strukturert litteratursøk

Studien har strukket seg over en betydelig tidsperiode, fra høsten 2021 til våren 2024, med en avbruddsperiode på grunn av foreldrepermisjon i hele 2022. I løpet av denne perioden har jeg gjennomført to separate litteratursøk med omtrent to års mellomrom. Det andre litteratursøket, utført etter min retur fra permisjon, ble motivert av to hovedårsaker: 1) Identifisering av litteratur publisert i 2022 eller 2023 som ikke var tilgjengelig under det første søket, og 2) Endringer i problemstillingen underveis i masteroppgaveskrivingen, med potensiale for inkludering av studier ekskludert i 2021.

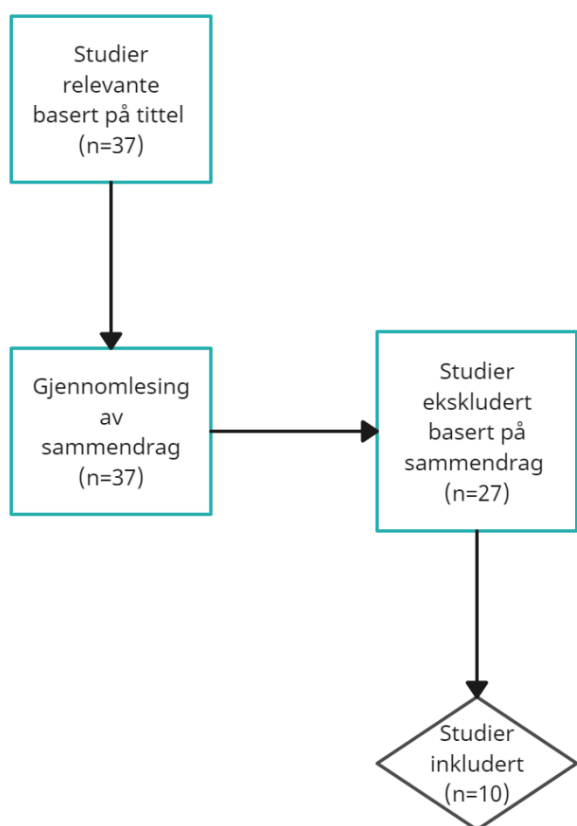
Det første litteratursøket ble utført med en baktanke om å kartlegge musikalske metoder og aktiviteter anvendt i musikkterapien med mennesker som har spiseforstyrrelser. Det senere søket hadde som mål å utforske eksisterende litteratur for å finne ut hva som er skrevet om temaet "musikkterapi og spiseforstyrrelser". Disse to søkene brukte derfor forskjellige inklusjons- og eksklusjonskriterier, og det siste søket inkorporerte i tillegg studier publisert i nyere tid. I dette delkapittelet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg gikk frem for å utføre litteratursøkene samt informasjon om inklusjon- og eksklusjonskriterier.

3.2.1 Første litteratursøk

For å finne relevant litteratur i denne studien ble det fastsatt visse kriterier i forkant av litteratursøket. Artiklene måtte være skrevet på norsk eller engelsk og omhandle musikkterapi i forbindelse med personer som har spiseforstyrrelser eller utfordringer knyttet til mat, kropp og spising. Fremmedspråklige artikler ble ekskludert, og det samme gjaldt artikler som ikke var tilgjengelige. Jeg gjennomførte ulike databaser og bibliotek, inkludert Oria, RILM, MEDLINE, PubMed, og Web of Science, og brukte søkeord som "eating disorder", "music therapy", samt andre relevante begreper, på både engelsk og norsk.

I den første runden med litteratursøk fant jeg 37 artikler som jeg anså som relevante basert på tittelen. I neste fase gjennomgikk jeg sammendragene, og dette resulterte i eksklusjon av 27 tekster. Årsaker til at artikler ble ekskludert var: 1) De beskrev ikke spesifikke musikkterapiforløp, men skrev mer generelt om musikkterapi eller studerte effekten av musikkterapi uten å beskrive selve terapien – 2) De omhandlet ikke musikkterapi med mennesker som lever med spiseforstyrrelser, men omhandlet for eksempel musikkterapi med pårørende til ungdom med spiseforstyrrelser 3) Musikkterapien beskrevet var den samme som musikkterapien beskrevet i en artikkel som har blitt inkludert. 4) Artikkelen var en oversikt

over musikkterapi i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser og lignet derfor min første påtenkte egen oppgave i utforming. 5) Artikkene omhandlet musikk, men uten utdannet musikkterapeut. 6) Underveis som jeg leste sammendragene gikk det også opp for meg at jeg ville ekskludere artikler publisert tidligere enn år 2000. Dette på grunn av at jeg i denne oppgaven først hadde tenkt at skulle finne ut hvordan musikkterapien i arbeid med mennesker som lever med musikkterapi foregår og da ser jeg på det som irrelevant hvordan musikkterapien foregikk for over 20 år siden da nyere forskning kan ha påvirket musikkterapien siden den gang. Det kan argumenteres for viktigheten av å være bevisst på vår historie, og derfor vil ikke disse artiklene bli ignorert, men bare ekskludert fra denne spesifikke analysen.

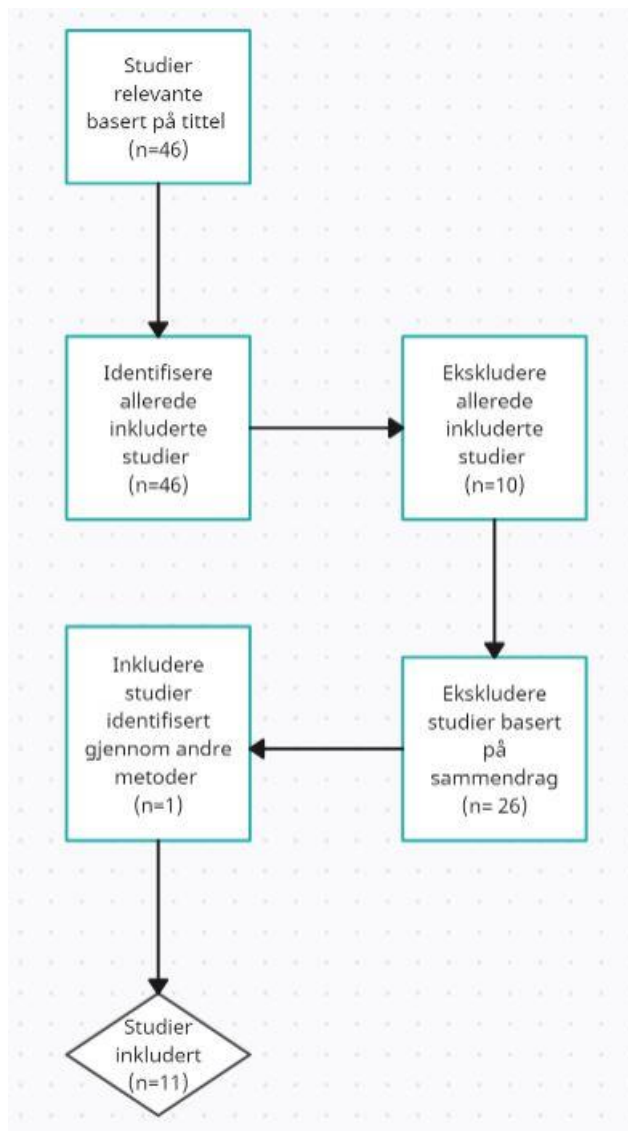


Figur 3. Illustrasjon av litteratursøk

3.2.2 Andre litteratursøk

Det andre litteratursøket ble utført i august 2023. Som i det første litteratursøket ble inkluderingskriterier bestemt på forhånd og var igjen at artiklene skulle være på norsk eller engelsk og at de skulle omhandle musikkterapi og mennesker med spiseforstyrrelser eller mennesker med utfordringer knyttet til mat, kropp og spising. Igjen ble artikler som var på et fremmedspråk ekskludert og artikler som jeg ikke fant tilgang til ble også ekskludert. På grunn av oppgavens begrensninger i henhold til omfang og mine begrensede språkkunnskaper er også svensk og dansk inkludert i kategorien «fremmedspråk». I tillegg ble de artiklene som jeg allerede hadde funnet i mitt første litteratursøk ekskludert. Jeg gjorde nok en gang søk i forskjellige databaser/bibliotek (Oria, RILM, MEDLINE, PubMed, Web of Science) og brukte søkeord som for eksempel «eating disorder», «music therapy» og andre relevante ord – både på engelsk og på norsk. Denne gangen hadde jeg mye friere tøyler enn i forrige søk, ekskluderingspunkt én, tre og fire fra det første litteratursøket ble derfor ikke gjeldende denne gang. I tillegg ble systematiske oversikter som bare *blant annet* så på musikkterapi sammen med flere andre ulike terapiformer ekskludert, så lenge ikke de andre terapiformene også var musikkbaserte – i det tilfellet ble studien inkludert. Etter at det andre søket var gjennomført satt jeg igjen med ti flere studier enn fra forrige runde, så altså til sammen 20 artikler.

I tillegg ble Ingvild Stene sin doktorgradsavhandling (2023) publisert i etterkant av litteratursøket mitt, men denne avhandlingen er også tatt med i litteraturgjennomgangen siden den er høyst relevant for min egen studie. Derfor har jeg til slutt landet på 21 artikler.



Figur 4. Illustrasjon av det andre litteratursøket

3.3 Semistrukturerte intervjuer

3.3.1 Valg av metode

På bakgrunn av at intervjumetoden er én av de vanligste metodene for datainnsamling i kvalitative studier (Pathak et.al., 2013) var det automatisk én av de første metodene jeg vurderte da jeg skulle velge forskningsmetode for denne studien. Intervjumetoden er en tilnærming som jeg anser som en tidssparende og effektiv måte å samle inn innholdsrik informasjon. Videre betrakter jeg denne metoden som hensiktsmessig for å fange opp andres forståelse og meningsdanning om fenomener – i dette tilfellet musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser. Dette støtter oppfatningen til Thagaard (2009), som påpeker at intervjuer er

effektive for å få innsikt i hvordan enkeltpersoner opplever ting, deres synspunkter og hvordan de forstår seg selv.

Valget om å bruke denne metoden er også begrunnet av meg med et ønske om god kontakt med informantene. Dessuten muliggjør intervjumetoden vurdering av toneleie, ansiktsuttrykk, stemmebruk og kroppsspråk av forskeren, med det formål å skape en helhetlig forståelse av informantenes perspektiver. Gjennom denne tilnærmingen tar jeg sikte på å presentere informantenes perspektiver på en så virkelighetsnær måte som mulig.

Det var viktig for meg å anvende en semistrukturert tilnærming i intervjuene for å oppnå en mer organisk samtalestrøm og også for å unngå bråe overganger i tilfeller der diskusjoner plutselig berørte interessante aspekter som fortjente ekstra oppmerksomhet. Denne tilnærmingen muliggjorde en grundigere utforskning av emner som spontant fremkom som mer fremtredende enn andre. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver et semistrukturert intervju som en samtale som er både planlagt og fleksibel, og som har til hensikt å samle beskrivelser av intervjupersonens livsverden med det formål å tolke meningen bak de fenomenene som blir beskrevet. Med andre ord, et semistrukturert intervju brukes når man ønsker å forstå hvordan mennesker opplever og tolker sin egen livsverden. Selv om dette intervjuet ligner på en vanlig samtale, har det et spesifikt formål med å innhente data, noe som krever spesielle tilnærminger og teknikker. Jeg utarbeidet en forhåndsdefinert intervjuguide som inkluderte syv planlagte spørsmål, men underveis i intervjuene ble også spontane spørsmål introdusert – disse varierte fra informant til informant. Dette resulterte i at jeg ikke alltid stilte alle de syv forhåndsplanlagte spørsmålene, ettersom enkelte informanter allerede hadde besvart visse spørsmål før jeg rakk å stille dem.

De syv forhåndsplanlagte spørsmålene var som følger: 1) Hvordan ser en typisk musikkterapitime ut i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser eller symptomer på dette? 2) Hva er målet med terapiforløpet med disse menneskene? / Er det ulike mål for ulike pasienter? 3) Hvilke musikkterapeutiske metoder bruker du i terapien? 4) Hvilke faglige tilnærminger bruker du i terapien? 5) Hvilke teorier og musikkterapeutiske perspektiver forholder du deg til i musikkterapi med mennesker som lever med spiseforstyrrelser eller symptomer på spiseforstyrrelser? 6) Hva er det viktig å tenke på som terapeut i arbeid med den nevnte brukergruppen? 7) Har du noe mer som du har lyst til å fortelle, som vi ikke har snakket om? Intervjuguide utgjør en retningslinje for å strukturere intervjuet, men det er ikke obligatorisk å følge den nøye (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.3.2 Rekruttering

Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å gjennomføre omtrent fem intervjuer med musikkterapeuter. Til tross for det relativt lave antallet informanter, kan det argumenteres for at tilstrekkelig og relevant informasjon kan bringes frem selv med et begrenset antall deltakere, gitt at disse har den tilstrekkelig innsikt i temaet (Malterud et al., 2016).

For å rekruttere musikkterapeuter til intervju, publiserte jeg en annonse i Facebook-gruppen "Musikkterapi i Norge," der jeg oppfordret musikkterapeuter som arbeider med den aktuelle brukergruppen å ta kontakt for å la seg intervju, eller om de ønsket mer informasjon om prosjektet. Valget om å benytte Facebook som rekrutteringsplattform er basert på et ønske om å nå ut til musikkterapeuter geografisk spredt over hele landet, med det formål å unngå en ensidig undersøkelse av musikkterapi praksis begrenset til Bergen. Et annen gode med å kontakte musikkterapeuter utenfor Bergen er at da kan jeg forhindre at studien kun reflekterer musikkterapi praksis ved Grieg Akademiet, idet andre byer kan ha flere musikkterapeuter med utdanning fra alternative institusjoner (slik som Norges musikkhøgskole eller diverse utenlandske utdanningsinstitusjoner) – og dermed potensielt introdusere variasjoner i tilnærminger og metoder.

Totalt var det fem musikkterapeuter som tok kontakt med meg og samtykket til å bli intervjuet. Disse fem var alle kvinner, hvorav tre arbeider i Norge og to arbeider i utlandet. Det er verdt å nevne at de to musikkterapeutene som jobber i utlandet, jobber også med andre brukergrupper i tillegg til mennesker med spiseforstyrrelser. Etter ønske fra én av de to informantene vil det ikke bli spesifisert hvilket spesifikt land disse musikkterapeutene jobber i – dette er grunnet anonymisering. Jeg forsøkte også å inkludere noen spesifikke mannlige musikkterapeuter som jeg vet at arbeider innen psykiatri og derfor potensielt med mennesker med spiseforstyrrelser, men de fleste mannlige terapeutene, med unntak av én, indikerte at de ikke arbeidet med pasienter med spiseforstyrrelser. Den ene mannlige terapeuten med erfaring på dette området avsto imidlertid fra deltakelse i studien på grunnlag av kort arbeidserfaring.

3.3.3 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført via Zoom på avtalte datoer og klokkeslett. Før starten av hvert intervju ble deltakerne muntlig informert om personvernregler, i tillegg til å bli påminnet om at det ble gjort lydopptak av samtalen. Intervjuene var semistrukturerte, med syv forhåndsplanlagte spørsmål. Øvrige spørsmål oppsto spontant avhengig av retningen samtalen

tok. Varigheten av intervjuene varierte, fra et minimum på 20 minutter til et maksimum på 47 minutter. På grunn av bruk av Zoom opplevdes ikke samtaleene like autentiske som de potensielt kunne vært ved fysisk møte, men dette alternativet var ikke mulig grunnet informantenes geografiske avstand fra Bergen. Et annet relevant aspekt som potensielt kunne ha påvirket samtaleene var mulige følelser av nervøsitet fra både intervjueren og informantene. Videre ble to av intervjuene gjennomført på engelsk, som ikke er morsmålet for verken meg eller informantene i disse tilfellene. Intervjuene ble gjennomført i løpet av våren 2023.

3.5 Analyse

3.5.1 Transkribering

I prosessen med å konvertere lydfiler til skriftlige transkripsjoner, prioriterte jeg å utføre transkripsjonen umiddelbart etter hvert intervju. Dette valget ble tatt for å opprettholde friskheten av intervjuet i hukommelsen, noe som lettere tillot forståelse av innholdet, selv når lyd kvaliteten var utfordrende. Bucholtz (2000) understreker viktigheten av at forskeren er bevisst på utfordringene og begrensningene knyttet til transkripsjonspraksis og man må derfor ta ansvar for å bruke den transkripsjonsmetoden som best egner seg til å belyse hva informantene har sagt. I lys av dette valgte jeg å unngå å transkribere unødvendige elementer som pauser eller fyll-ord – altså såkalt verbatim transkripsjon (McMullin, 2021) – da jeg så det som irrelevant i konteksten av hva jeg prøvde å finne ut via intervjuene.

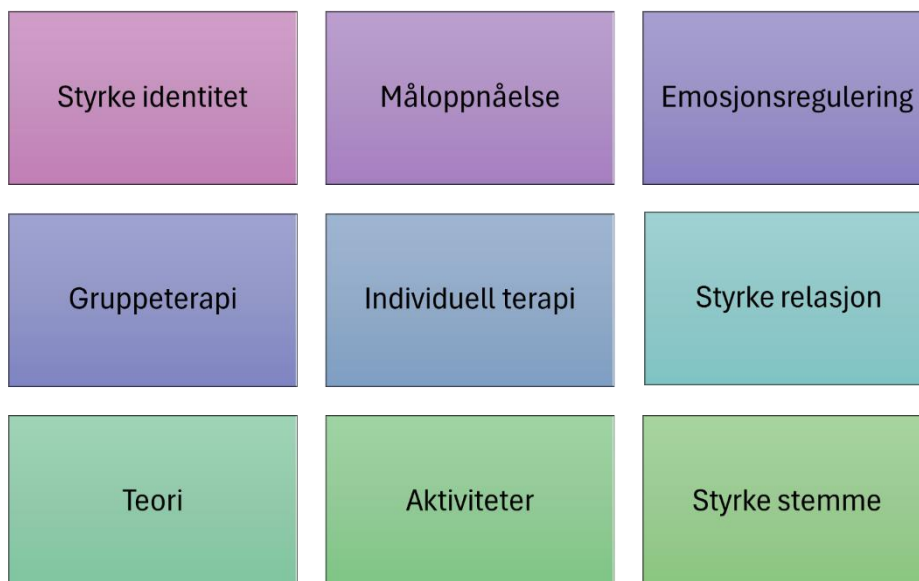
Jeg prøvde imidlertid å opprettholde den flyten som gjerne er karakteristisk for muntlig tale, med det formål å bevare en autentisk samtaleopplevelse. Et illustrerende eksempel på denne muntlige flyten fra mine intervjuer er følgende sitat: «Også er det det at det å ... motivasjon og da er jo motivasjonen for musikk å ville mer, bli nysgjerrig, bli overrasket, og så videre ... en form for motivasjon.» Et ytterligere argument for å unngå å korrigere alt som ble sagt til fullstendige og grammatisk korrekte setninger, er at dette kan øke risikoen for at informantens budskap går tapt i min tolkning av det som ble uttrykt. Et motargument mot å transkribere på en måte som ikke retter opp grammatikalske feil og lignende er at publisering av slike sitater kan bidra til en uetisk stigmatisering (Kvale, 1996, s. 172-173). Jeg anser dog ikke dette som problematisk i denne konteksten, og har derfor valgt å beholde denne transkripsjonsmetoden.

3.5.2 Koding og tematisk analysering

I analysen av datamaterialet har jeg anvendt Braun og Clarke (2006) sin tilnærming til tematisk analyse, som innebærer en systematisk prosess delt inn i seks trinn: Trinn 1: Bli kjent med datamaterialet, trinn 2: Generer innledende koder, trinn 3: Søk etter temaer, trinn 4: gjennomgå temaer, trinn 5: definer temaer, trinn 6: rapporter. (Braun & Clarke, 2006, s. 87). I det følgende vil jeg grundig beskrive analysens forløp fra start til slutt, og jeg vil følge Braun og Clarke sin struktur gjennom denne gjennomgangen.

Trinn 1 – Bli kjent med datamaterialet: Min kjennskap til datamaterialet utviklet seg gjennom ulike faser. For det første gjennomførte jeg intervjuene selv, noe som ble mitt aller første møte med datamaterialet. Etter dette gikk jeg gjennom opptakene av intervjuene og transkriberte dem. Under transkriberingen lyttet til opptakene med en redusert hastighet for å ikke gå glipp av noe. Denne prosessen bidro til ytterligere innsikt, da jeg skrev ned hvert eneste ord som ble sagt. Til slutt leste jeg gjennom transkripsjonene grundig for å få en enda dypere forståelse av datamaterialet.

Trinn 2 – Generer innledende koder: Alle transkripsjonene ble utskrevet og gjennomgått grundig flere ganger. Ved bruk av fargerike markeringstusjer markerte jeg ulike seksjoner av intervjuene i forskjellige farger basert på selvskapte koder. Disse kodene tok form ut fra temaer som jeg anså som interessante eller gjentakende. Her er kodene visuelt presentert – merk at fargevalg har ingen spesifikk betydning:



Figur 5. De første kodene

Det var altså ni forskjellige koder som sprang ut av den innledende kodingsprosessen. *Styrke identitet* ble raskt identifisert som en kode, da flere informanter diskuterte arbeidet med å styrke identiteten til deres pasienter eller observerte en svekket følelse av identitet hos dem. Det var også andre mål som ble beskrevet, og et av mine forhåndsplanlagte spørsmål var «Hva er målet med musikkterapien med mennesker som har spiseforstyrrelser?» så derfor ble *måloppnåelse* en egen kode. Denne koden refererer til alle typer mål innenfor musikkterapien. Den neste koden er *emosjonsregulering* som rommer alt som musikkterapeutene forteller om hvordan musikken og musikkterapien bidrar til å regulere følelser. *Gruppeterapi* og *individuell terapi* er koder som kom frem da flere av musikkterapeutene snakket om musikkterapi i grupper og musikkterapi i individuelle sesjoner, og jeg tenkte at det kunne være interessant å undersøke forskjellen. *Styrke relasjon* handler om alt som blir gjort for å styrke relasjonen mellom klient og terapeut eller klient og deres venner/familie eller klienter seg imellom. *Teori* er en kode som representerer mine informanternes teoretiske grunnlag og perspektiver. *Aktiviteter* viser til det som informantene forteller om at de gjør i musikkterapien, altså for eksempel låtskriving, musikklytting, improvisasjon, instrumentlære eller annet. *Styrke stemme* representerer det som musikkterapeutene forteller om at de gjør i sitt arbeid som har som mål å styrke stemmen til deres klienter.

Alle kodene fikk hver sin farge, og jeg brukte deretter en markeringstusj til å streke over de sitatene som jeg syntes at passet til kodene. Deretter lagde jeg ett word-dokument for hver kode som jeg satt alle tilhørende sitater inn i. Et utsnitt fra et slikt word-dokument kan du se her:

KODE: EMOSJONSREGULERING

«Det å erfare muligheten for emosjonsregulering og for å erfare at de kan i større og større grad ta aktørskap i det selv altså at de kan selv utvikle selvregulering gjennom kontakt med musikk med meg og på egenhånd.»

«Jeg har jobbet veldig mye med det reguleringsbegrepet slik at musikken skal bidra til å utforske og regulere det som er vanskelig istedenfor at sykdommen på en måte skal ha den funksjonen helt alene da.»

«For da har det jo skjedd en emosjonsregulering. Det har skjedd en kontakt. Det har begynt å åpne seg de stedene og der det er mulig å lete etter mer og kjenne på mer av ‘hvem er jeg i musikken?’»

Figur 6. Eksempel på et dokument med sitater sortert etter kode

Trinn 3 – Søk etter temaer. Braun og Clarke (2006) skriver at det i denne fasen er lov til å smått starte med å forsøke å se sammenhenger i kodene som kan bli til temaer. For min del betydde dette i første omgang å slå sammen koder slik at jeg ikke skulle ende opp med ni forskjellige temaer. I tillegg fikk noen koder «leve videre» som underkategorier. Koden «måloppnåelse» ble fullstendig tatt bort. Årsaken til dette var at alle kodene føltes som et implisitt aspekt ved musikkterapi og trenger derfor ikke å være et eget tema eller underkategori i akkurat denne studien. Her er en visuell fremstilling av de første temaene som ble generert:

Musikkterapi arbeider med emosjoner

Musikkterapi arbeider mot å styrke identitet

Musikkterapi tar i bruk ulike metoder

Musikkterapi er informert av teori

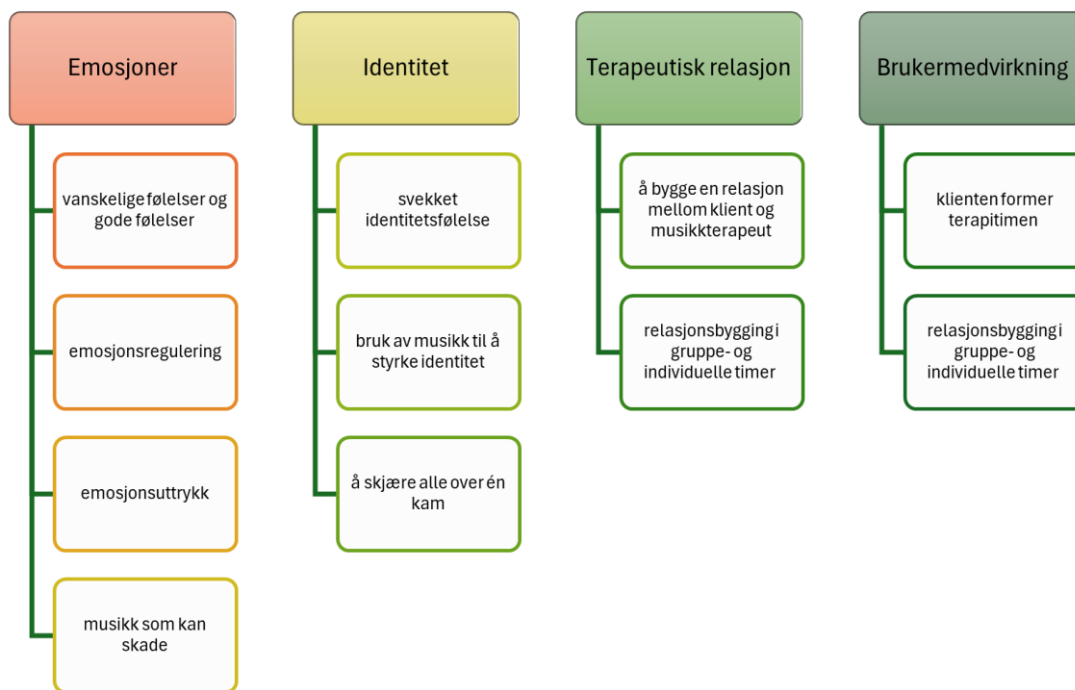
Musikkterapi har et brukerstyrt fokus

Musikkterapi har relasjon i fokus

Figur 7. De første temaene

Trinn 4 – Gjennomgå temaer. I denne fasen skal man slå sammen temaer med lignende innhold, luke ut temaer, eller lage helt nye temaer. Når jeg hadde kommet til dette punktet bestemte jeg meg for å lese gjennom transkripsjonene nok en gang, for å se på det med nye øyne. Det gikk da opp for meg at teori og metoder er mer et bakteppe for de andre temaene, og trenger ikke å være egne temaer. Jeg tok derfor bort temaene «musikkterapi er informert av teori» og «musikkterapi tar i bruk ulike metoder».

Trinn 5 – Definer temaer. Jeg var ikke helt fornøyd med mine temaer da de fremsto mer som påstander enn egentlige temaer, og jeg vurderte at analyseprosessen var for tidlig til å frembringe påstander. Videre bestemte jeg meg for å formulere korte og presise temaer.. Jeg landet derfor til slutt på «emosjoner», «identitet», «terapeutisk relasjon» og «brukermedvirkning». Disse fire temaene fikk også tilhørende underkategorier, som illustrert her:



Figur 8. Endelige temaer og underkategorier

Trinn 6 – Rapporter. I dette trinnet skal jeg presentere temaene i sammenheng med sitater. Jeg har i denne fasen fjernet sitater som sa noe lignende som andre sitater. Videre har jeg presentert sitatene sammen med deres tilhørende temaer og gitt relevant bakgrunns- eller tilleggsinformasjon. Dette materialet er tilgjengelig i kapittel fire.

3.5.3 Analyseprosess av funn

I dette underkapittelet vil jeg presentere min tilnærming til analysen av forholdet mellom de fire temaene som fremkom gjennom analysen av datamaterialet. Jeg vil argumentere for at disse temaene kan konseptualiseres som ulike arbeidsformer innen musikkterapi, og at de ikke eksisterer isolert som fire distinkte måter å arbeide på, men heller kontinuerlig påvirker hverandre. Disse fire arbeidsformene har jeg valgt å kalle «emosjonsarbeid», «identitetsutforskning», «relasjonsarbeid» og «brukermedvirkning». Her vil emosjonsarbeid referere til alt som har med emosjoner å gjøre i musikkterapien – altså emosjonsregulering, emosjonsuttrykk, emosjonsutforskning og lignende. Identitetsutforskning viser til alt som man gjør i musikkterapien for å utforske, styrke eller finne ens egen identitet. Brukermedvirkning er det man gjør i musikkterapien når man arbeider for at klienten skal få være med å påvirke og ta valg for seg selv både i terapien og i livet sitt generelt. Relasjonsarbeid vil i denne sammenhengen bety alt man gjør for å styrke og trygge den terapeutiske relasjonen mellom musikkterapeut og klient.

3.5.3.1 Forholdet mellom funnene mine

Gjennom denne studien er den gjennomgående hensikten å presentere for leseren hva som er essensen i informasjonen formidlet av informantene. Jeg anser at jeg har klart å fange denne essensen når jeg hevder at informantene mine arbeider med fokus på emosjoner, identitet, den terapeutiske relasjonen og brukervedvirkning. Imidlertid blir dette bildet mindre tydelig ved nærmere undersøkelse av hver enkelt informant. Ved en revisjon av datamaterialet observerer jeg at selv om samtlige fem informanter berører alle de fire temaene, legger de likevel ulik vekt på disse under intervjuene. Eksempelvis fokuserer én informant betydelig på emosjonsregulering, mens en annen informant adresserer alle fire temaene, men tilpasser fokuset individuelt basert på pasientenes særegne behov.

På bakgrunn av akkurat denne variasjonen er det utfordrende for meg å uttale noe om hvilket aspekt ved musikkterapien i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser som anses som mer betydningsfullt enn de øvrige tre. I senere tid har jeg lært at det er helt vanlig og helt uproblematisk når det kommer til kvalitativ forskning å ikke kunne rangere funn etter «viktighet». Forsøket på å identifisere hvilke temaer som bærer større vekt enn andre, har ledet meg til den konklusjon at det gir mening å argumentere for at samtlige fire temaer har like stor betydning og utgjør sammen et helhetlig perspektiv på musikkterapeuters tilnærming til personer med spiseforstyrrelser. I det følgende vil jeg redegjøre for analyseprosessen som ledet til denne konklusjonen.

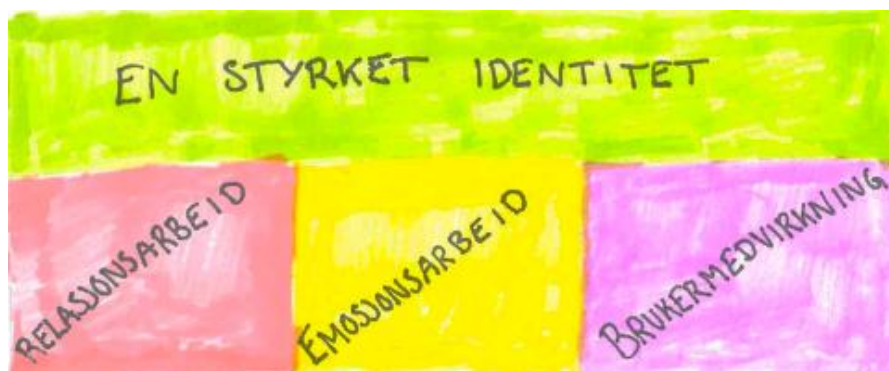
Når jeg startet forsøket på å avgjøre om ett av mine fire funn er viktigere enn de andre, konsentrerte jeg meg først og fremst om temaet knyttet til brukervedvirkning og det terapeutiske målet – som jeg anser som at hører sammen med brukervedvirkning – om å styrke klientens stemme. Jeg vurderte dermed om relasjonsarbeid i kombinasjon med emosjonsarbeid og identitetsutforskning kunne legge til rette for brukervedvirkning og dermed bidra til å styrke klientens stemme. Denne resonneringen virket fornuftig, idet det kunne argumenteres for at dersom en klient utvikler en trygg og solid relasjon til musikkterapeuten, tilegner seg effektive verktøy for selvregulering, og oppnår en styrket identitet – vil dette også fremme klientens trygghet til å uttrykke sine ønsker og behov. Dermed kan klienten få en styrket stemme. Denne tenkemåten kan visuelt fremstilles gjennom en enkel modell (*Figur 9*).



Figur 9. En styrket stemme

Figuren illustrerer altså hvordan relasjonsarbeid, emosjonsarbeid og identitetsutforskning sammen støtter opp klienten til å få en styrket stemme.

Etter å ha beundret modellen min i noen minutter, ble det gradvis klart for meg at man kan like gjerne snu og vende på denne modellen og argumentere for at den gir mening uansett hvilke aspekter som støtter opp hva. Med andre ord kan det også forsvares at ved å tilrettelegge for klientens utvikling av verktøy for selvregulering og emosjonelt uttrykk, i tillegg til å dyrke en solid og trygg terapeutisk relasjon, samt å fremme klientens deltakelse og styrking av klientens stemme – kan klienten oppleve en forsterket følelse av identitet. Da vil modellen se slik ut:



Figur 10. En styrket identitet

Her ser vi altså at ved samme prinsipp som i forrige modell så kan man argumentere for at det er relasjonsarbeid, emosjonsarbeid og brukermedvirkning som sammen gir en styrket identitet hos klienten.

På samme måte kan man attpåtil argumentere for at denne modellen også gir mening for de to siste kombinasjonene (*Figur 11; Figur 12*).



Figur 11. En styrket evne til selvregulering

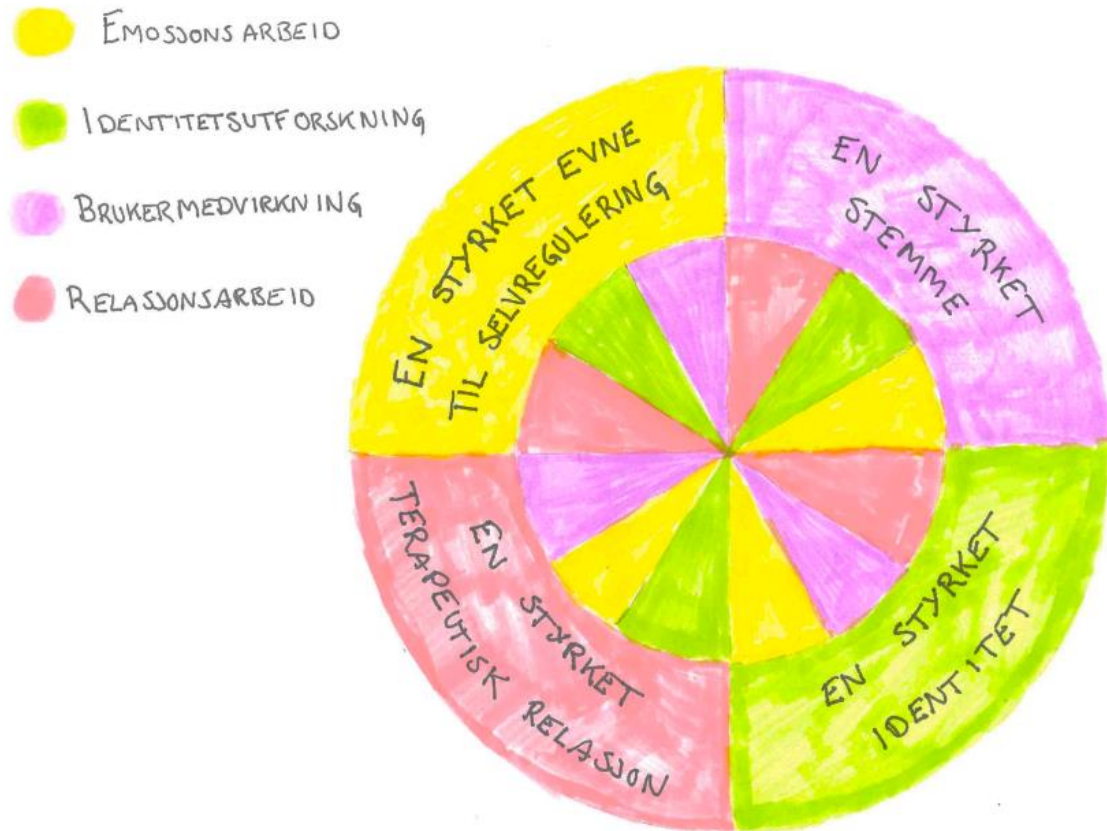
Denne modellen illustrerer hvordan relasjonsarbeid sammen med identitetsutforskning og brukermedvirkning i musikkterapien sammen gir klienten en styrket evne til selvregulering.



Figur 12. En styrket terapeutisk relasjon

Denne modellen illustrerer hvordan identitetsutforskning, emosjonsarbeid og brukermedvirkning sammen skaper en styrket terapeutisk relasjon mellom klient og musikkterapeut.

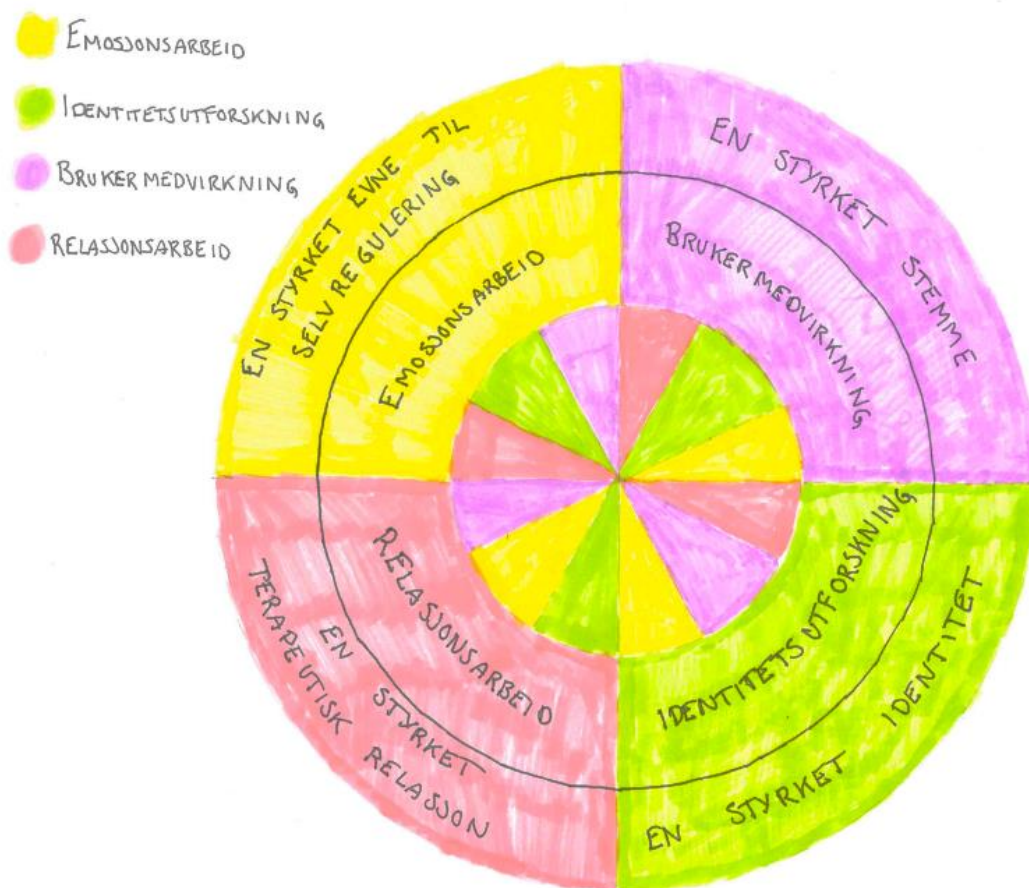
Basert på min oppfatning av at alle disse modellene synes å være gjeldende samtidig, bestemte jeg meg for å tegne en ny modell som illustrerer nettopp denne samtidige gyldigheten – at alle fire modellene er sanne samtidig (**Figur 13**).



Figur 13. En styrket stemme, en styrket identitet, en styrket terapeutisk relasjon og en styrket evne til selvregulering

Denne modellen tar sikte på å illustrere hvordan alle de fire temaene, fremkommet gjennom analysen av datamaterialet i studien, gjensidig kan påvirke hverandre og fasilitere arbeid rettet mot terapeutiske mål som jeg har formulert ut fra hvordan jeg har forstått informantenes budskap. Med andre ord vil jeg postulere at gjennom emosjonsarbeid, identitetsutforskning, brukermedvirkning og relasjonsarbeid så jobber informantene i studien mot at deres klienter skal få en styrket evne til selvregulering, en styrket stemme, en styrket identitet og en styrket terapeutisk relasjon.

Dersom jeg skal fremheve en begrensning ved denne modellen, vil jeg bemerke at den ikke eksplisitt fremstiller hvordan, for eksempel, relasjonsarbeid konkret bidrar til å styrke den terapeutiske relasjonen, eller hvordan identitetsutforskning fasiliterer utviklingen av en styrket identitet hos klienten. Det kan også påpekes tilsvarende angående brukermedvirkning når det gjelder å styrke klientens stemme, samt emosjonsarbeid og dets rolle i å forbedre klientens evne til selvregulering. Dette er i strid med hva jeg prøver å formidle. Som et forsøk på å adressere denne problematikken, har jeg utarbeidet en modell som illustrerer hvordan tre arbeidsmetoder/temaer støtter opp under den fjerde arbeidsmetoden som igjen da arbeider mot det tilhørende terapeutiske målet (*Figur 14*).



Figur 14. Modell som representerer datamaterialet i studien

Denne endelige modellen illustrerer hvordan identitetsutforskning, brukermedvirkning, og emosjonsarbeid danner grunnlaget for relasjonsarbeid, som i sin tur styrker den terapeutiske relasjonen mellom klient og musikkterapeut. Samtidig legger emosjonsarbeid, brukermedvirkning, og relasjonsarbeid grunnlaget for identitetsutforskning, som kan resultere i en styrket identitet for klienten. I tillegg støtter identitetsutforskning, relasjonsarbeid, og

brukermedvirkning opp emosjonsarbeid, som igjen kan bidra til en styrket evne til selvregulering for klienten. Endelig danner emosjonsarbeid, identitetsutforskning, og relasjonsarbeid fundamentet for brukermedvirkning, som videre kan gi klienten en styrket stemme.

Det har altså fremkommet ut fra analysen av datamaterialet at det finnes en gjensidig og kompleks relasjon mellom de fire identifiserte temaene og at dette følgelig er årsaken til den vanskeligheten jeg opplevde med å hierarkisere ett funn som mer eller mindre «viktig» enn de øvrige tre.

3.6 Etiske hensyn

3.6.1 Søknad til NSD

Som en nødvendig forholdsregel grunnet behandlingen av personopplysninger under intervjuprosessen i denne studien, ble det sendt inn en søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) i forkant av intervjuprosessen. Det er verdt å påpeke at NSD senere har endret navn til Sikt. I søknaden presenterte jeg en beskrivelse av studien, identifiserte de planlagte deltakerne for intervjuer, og skisserte typene spørsmål som ville bli stilt. Denne søknaden ble godkjent av NSD/Sikt den 31. januar 2023, som betyr at NSD/Sikt anså min studie som forskningsetisk forsvarlig å gjennomføre (se vedlegg).

3.6.2 SAFE

Alt datamateriale som ble samlet inn gjennom intervjuprosessen ble forsvarlig lagret på SAFE (sikker adgang til forskningsdata og E-infrastruktur) – som er IT-avdelingen ved UiB sin løsning for sikker behandling av sensitive personopplysninger i forskning.

I tillegg til dette sikkerhetstiltaket så ble navn og kontaktopplysninger erstattet med en kode som jeg lagret på en egen navneliste som var adskilt fra øvrig data. Dette ble gjort for å sikre at ingen uvedkommende fikk tilgang til informantenes personopplysninger. All data vil også bli slettet ved studiens avslutning.

3.6.3 Samtykkeskjema

Jeg utformet et samtykkeskjema som intervjuobjektene måtte signere i forkant av intervjuet (se vedlegg). Disse samtykkeskjemaene ble utformet for å sikre at informantene var klar over at de deltok helt frivillig og kunne trekke seg når som helst uten konsekvenser. I tillegg ble det gjort klart at det ville bli tatt lydopptak av intervjuene og at personopplysninger ville behandles konfidensielt. Informantene ble også informert om retten til innsyn i de registrerte personopplysningene og muligheten til å be om sletting av disse når som helst og at enhver informasjon som kunne føre til gjenkjenning av informantene ikke ville bli publisert i oppgaven, for å sikre deres anonymitet.

3.6.4 Forske på mennesker

Selv om det i denne studien ikke er mennesker som blir forsket på direkte, men heller musikkterapien og informasjonen som informantene gir, har jeg allikevel gått frem med stor forsiktighet siden det er mennesker involvert i tematikken – både musikkterapeuter og klienter som har spiseforstyrrelser. Ingen av klientene som musikkterapeutene snakket om i sine intervjuer ble nevnt med navn eller annen identifiserbar informasjon. Jeg vil argumentere for viktigheten av forskning som angår psykisk helse da det kan sees på som å være en nødvendig og verdifull kilde til ny kunnskap og innsikt. Forskning på temaer som angår mennesker og menneskers psykiske helse kan bidra til å utvikle mer effektive behandlingsmetoder og bidra til å forbedre livskvaliteten for mennesker som har psykiske lidelser og i dette tilfellet spiseforstyrrelser.

3.6.5 Snakke om – ikke med

Jeg innser at informantene (musikkterapeutene) og meg selv som forfatter i denne studien snakker *om* en gruppe mennesker, istedenfor å snakke *med* dem. Selv om jeg har gjort et forsøk på å også snakke med denne gruppen mennesker under denne studien – og ikke lykkes – så har jeg forsøkt å hele tiden ha i bakhodet at denne studien nå fanger opp perspektivene til musikkterapeutene, og ikke nødvendigvis deres pasienter sine perspektiver. Et etisk hensyn som opprettholdes gjennom studien, er å tydeliggjøre for leseren at det er musikkterapeutenes erfaringer og refleksjoner som blir utforsket og ikke brukerperspektivet, selv om jeg selvfølgelig anser brukerperspektivet som viktig og nødvendig for stadig forbedring av praksisfeltet.

3.6.6 Generalisering

Under datainnsamlingen i denne studien viste det seg blant annet at flere av musikkterapeutene som ble intervjuet presiserte at inn under gruppen «personer som har spiseforstyrrelser» så er alle unike og forskjellige, og man skal være forsiktig med å dra alle under én kam da det som er riktig for én person kan bli feil for en annen. Det er usikkert om informantene tok opp dette temaet som følge av en oppfattelse av at intervjueren generaliserte, eller om det var et poeng de ønsket å klargjøre som en del av sin egen praksis. Det kan også være en kombinasjon av begge. Uansett vektlegger jeg betydningen av å reflektere over dette aspektet under skriveprosessen av denne masteroppgaven. Målet er at leseren skal erkjenne at enkeltpersonene innenfor en gruppe med lignende problematikk kan ha ulike behov, utfordringer og ønsker.

For å integrere min personlige erfaring med denne brukergruppen, kan det nevnes at jeg gjennom min musikkterapipraksis hos ROS (rådgivning om spiseforstyrrelser) ofte fremhevet variasjonen blant brukerne når jeg snakket om praksis til andre. Jeg har trivdes godt i denne praksisen nettopp på grunn av mangfoldet blant brukerne som jeg har møtt, og jeg har – kanskje litt overraskende – erfart en betydelig diversitet når det gjelder ønsker, behov og personlighet blant dem. Jeg er derfor helt enig i det som informantene mine sier – at man må være forsiktig med å generalisere basert på diagnose, fordi alle mennesker er forskjellige.

3.7 Validitet og reliabilitet

Kvale & Brinkmann (2015) understreker viktigheten av at forskeren reflekterer over validiteten, altså den gjennomgående kvaliteten i studien som inkluderer forskerens moralske integritet. Man kan si at når en studie er fullstendig feilfri så vil resultatene være valide (Villasís-Keever et al., 2018). I denne studien er det jeg som har formulert problemstillingen, gjennomført intervjuer, analysert data, presentert funn og diskutert resultater. Selv med veiledning fra både veileder, medstudenter og andre musikkterapeuter, erkjenner jeg at denne personlige involveringen kan medføre en risiko for partiskhet. Innenfor en kvalitativ studie vil den som forsker også automatisk bli en del av studien (Stige et al, 2009). Dette støtter derfor viktigheten av å være klar over denne partiskheten som blir uunngåelig. For å adressere dette har jeg bevisst reflektert over mine egne forutsetninger og holdninger.

I forsøket på å styrke validiteten har jeg variert utvalget av musikkterapeuter ved å inkludere intervjuobjekter fra tre ulike norske byer og to musikkterapeuter fra et annet europeisk land. Dette ble gjort for å gi en bredere kontekst og et mer helhetlig bilde, og dermed øke

generaliserbarheten av funnene. Samtidig erkjenner jeg at kulturelle forskjeller kan være en begrensende faktor, og det er viktig å være åpen om disse potensielle påvirkningene.

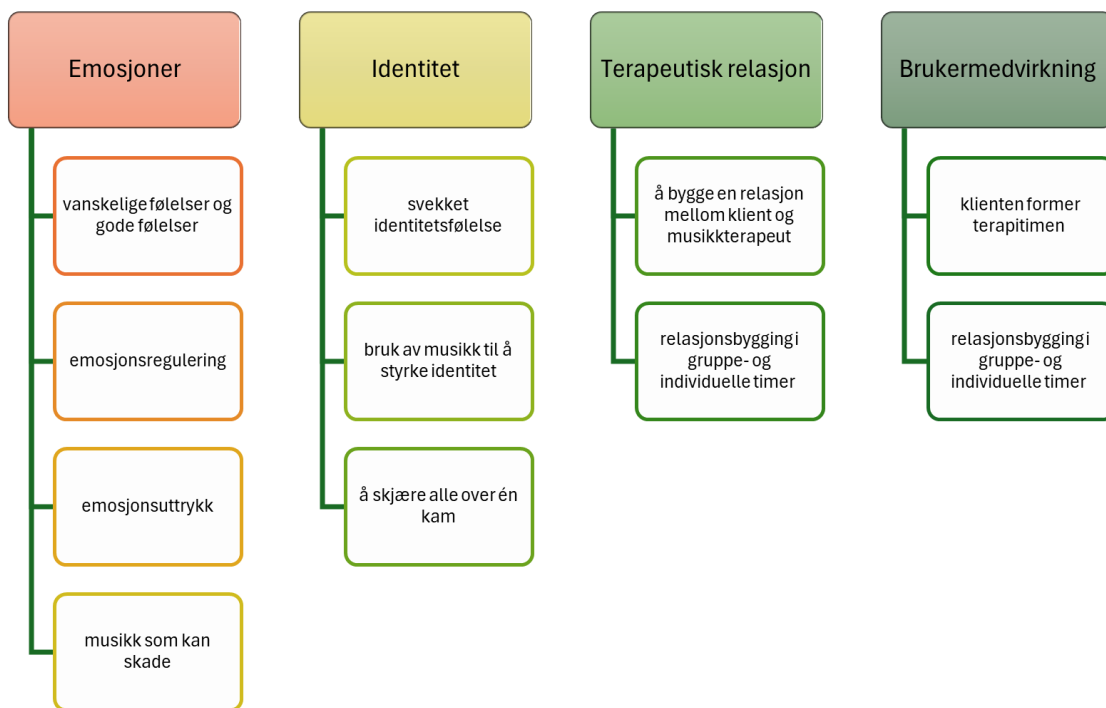
Når det gjelder reliabilitet og etterprøvbarehet, kan denne studien sees på som å være mindre etterprøvbare på grunn av min rolle. Allikevel støttes reliabiliteten av geografisk spredning blant informantene. Samtidig vil det alltid være problematisk å etterprøve en kvalitativ intervjustudie på grunn av at alle mennesker er forskjellige. Le Compte og Goetz (1982) hevder at ingen studier – uansett forskningsmetode og design – kan etterprøves nøyaktig. Dette er på grunn av at menneskelig atferd aldri er statistisk.

4 Resultat

I dette kapitlet vil temaene som kom frem under analysen av datamaterialet bli presentert i kontekst med relevante sitater fra intervjuene. For å beskytte informantenes anonymitet er individuelle pseudonymer tildelt hver informant: *Elise, Ingrid, Sandra, Linnea, og Wilma*. Et annet grep som er tatt av meg som forfatter for å opprettholde anonymiteten til musikkterapeutene er at jeg har oversatt de intervjuene som ble avholdt på engelsk til norsk. På denne måten blir det større flyt for leseren og høyere grad av anonymitet for informantene. Dette kommer da følgelig med en viss risiko for at oversettelsen ikke beskriver godt nok hva som opprinnelig ble ment med et sitat, eller at nyansene i originalsitatene ikke blir oversatt helt nøyaktig. Jeg har allikevel valgt å oversette de til norsk, da jeg har vurdert det som at fordelene ved å oversette er større enn de potensielle ulempene.

De fire hovedtemaene er *emosjoner, identitet, terapeutisk relasjon og brukermedvirkning*. I tillegg har jeg delt opp resultatene i underkategorier som er *vanskelige følelser, emosjonsregulering, emosjonsuttrykk, gode følelser, svekket identitetsfølelse, bruk av musikk til å styrke identitet, å dra alle under én kam, å bygge en relasjon mellom klient og musikkterapeut, relasjonsbygging i gruppe – og individuelle timer, klienten former terapien og en styrket stemme*. Til slutt vil jeg kort og presist oppsummere resultatene fra studien.

Alle temaer og underkategorier er visuelt representert (**Figur 15**). Dette er for å demonstrere hvilke underkategorier som hører til hvilke tema, og for å få en oversiktlig presentasjon av resultatene mine og av hva som venter i dette kapitlet.



Figur 15. Oversikt over tema og underkategorier

4.1 Emosjoner

Alle musikkterapeutene fortalte om hvordan arbeid med emosjoner og emosjonsregulering står sentralt i musikkterapien. Det bemerkelsesverdige er at ingen av dem ble eksplisitt spurt om temaet emosjoner under intervjuene; det var noe som naturlig kom til overflaten i samtaleforløpet. Ingrid trakk frem musikken som et slags hjelpemiddel for å gjøre det lettere å kjenne på følelser:

Ingrid: Det kan være fint å jobbe med at man skal eksponeres litt for følelser og for å kjenne på kropp og at det kan ofte føles lettere å gjøre i en kontekst når musikken er til stede som et sånn tredje element istedenfor at det bare blir samtale. (intervju, 25.01.23)

Dette sitatet fremhever tydelig at informanten mener det er en forskjell mellom musikkterapi og tradisjonell samtaleterapi. Musikken blir her anerkjent som en uunnværlig komponent som deltar aktivt i terapiprosessen, og som skaper en plattform for å utforske og uttrykke følelser på en måte som kan oppleves som mer tilgjengelig og komfortabel for klienten.

4.1.1 Vanskelige følelser og gode følelser

Det kommer tydelig frem i intervjuene at musikkterapeutene opplever klientene sine som eiere av flere vanskelige følelser, både følelser som følger med det å være menneske, men også følelser som ofte akkompagnerer en spiseforstyrrelse. Flere av musikkterapeutene som jeg intervjuet nevnte at deres pasienter med spiseforstyrrelser ofte lever med en slags ambivalens knyttet til det å bli frisk, altså at de på én side vil bli frisk fra spiseforstyrrelsen, men på en annen side ikke. En slik ambivalens kan også være knyttet til andre ting enn det å bli frisk, for eksempel hvordan de føler seg her og nå – altså kanskje føler seg bra på én side, men samtidig ikke føler seg bra i det hele tatt.

Videre skal jeg presentere et sitat fra Linnea som forteller om en spesifikk klient som slet med en slik ambivalens:

Linnea: Klienten min ville ha et normalt liv, være frisk og så videre, men den anorektiske siden av henne gjorde alt den kunne for å ødelegge for denne friske versjonen av henne. (intervju, 20.01.23)

Linnea forteller videre hvordan musikken hjalp denne klienten med å uttrykke følelsene sine – hovedsakelig gjennom at de to improviserte sammen på ulike instrumenter.

Neste sitat som jeg skal presentere, kommer fra Elise som snakker om denne ambivalensen som er til stede under flere aspekter enn bare spørsmålet om pasientene vil bli friske eller ikke. Elise svarer her på spørsmålet «Hva er det viktig å tenke på som terapeut i arbeid med den nevnte brukergruppen?»

Elise: Det første jeg tenker på da er jo den her ambivalensen. Du vil ha hjelp, men du vil ikke ha hjelp. Det kan veksle mange ganger i løpet av en dag, om dem egentlig har lyst til å være her eller ikke. Om de vil spille musikk eller ikke. Hva de tenker om seg selv. Hva de tenker om oss. Så det er en utfordring som er spesiell med den gruppen her. (intervju, 19.01.23)

Videre forteller Elise -- som videre svar på spørsmålet -- om hvordan man kan bruke musikken som en «icebreaker» for å komme i kontakt og jobbe med disse vanskelige følelsene. Dette resonnerer bra med det som Ingrid sa om hvordan musikken er til stede som et tredje element som gjør det lettere å møte følelsene sine.

Under intervjuene som jeg hadde med musikkterapeutene ble det også nevnt andre vonde følelser -- som for eksempel skam og sinne -- knyttet til sykdommen. Wilma, som jobber på sykehus, forteller om hvilke følelser hennes pasienter noen ganger kommer inn i musikkterapirommet med:

Wilma: Noen ganger er de veldig veldig sinte på seg selv for at de har spist noe. Da kan de også kjenne på stor skam knyttet opp mot dette. (intervju, 31.01.23)

Wilma forteller også om noen mislykkede forsøk med pusteøvelser for sine pasienter som har spiseforstyrrelser:

Wilma: For meg ble det en stor utfordring med pusteøvelser. Jeg prøvde noen ganger i musikkterapien, men jeg stoppet å prøve å gjøre dette fordi pusteøvelser handler om å kjenne på magen og kjenne på kroppen og hvordan kroppen pulserer, og det er veldig vanskelig å konfrontere denne følelsen når man har en spiseforstyrrelse. (intervju, 31.01.23)

Wilma legger til at dette eksempelet gjelder mennesker som var livstruende syke. Hun spekulerer derfor på om resultatet ville vært annerledes dersom hun hadde utført lignende pusteøvelser med en annen gruppe, for eksempel mennesker som ikke er innlagt på sykehus og befinner seg på et annet stadium av spiseforstyrrelsen. Det er imidlertid verdt å påpeke at Wilma ikke har hatt anledning til å teste denne hypotesen, ettersom hennes profesjonelle erfaring utelukkende er knyttet til arbeid ved sykehusmiljøer.

Det fremkommer altså flere vonde følelser som musikkterapeutene har observert og erfart at tilhører den gitte sykdommen, og som de opplever at pasientene kan ta med seg inn i musikkterapirommet og dele med musikkterapeuten -- direkte eller indirekte.

Innen musikkterapien skapes det derimot også gode følelser. Begrepet "mestringsfølelse" er antakelig kjent for de fleste musikkterapeuter og studenter innen musikkterapistudiet. Det var derfor ikke uventet at dette temaet ble berørt av flere musikkterapeuter når de diskuterte sin tilnærming til musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser. På spørsmål om hva som utgjør målet med musikkterapiforløpet for denne bestemte brukergruppen, svarte Elise følgende:

Elise: Det som er et felles mål for alle er at dem skal få gode følelser og at det skal være mestring knyttet til det. Det er veldig mange som sliter med lav selvtillit, lav selvfølelse. Spesielt de som sitter og gnager på at dem aldri er god nok. De kommer liksom aldri i mål med noen ting for dem må hele tiden gjøre noe som er bedre. Så mestringsfølelse, det er veldig viktig. (intervju, 19.01.23)

En annen musikkterapeut, Sandra, forteller om en pasient som ville lære seg en sang på piano som var litt komplisert og gikk i et veldig hurtig tempo i forhold til pasientens nivå på pianospilling, men at hun da foreslo for pasienten å spille låten i et saktere tempo slik at pasienten kunne få mestringsfølelse knyttet opp mot pianospillingen sin.

Sandra: Vi starter så rolig at hun allikevel får mestring på å få til i et samarbeid med meg, en intro som jo gir både mestring og motivasjon for «det her vil jeg mer». (intervju, 25.01.23)

Denne tilnærmingen mener Sandra at kan hjelpe pasienten med å føle seg tryggere og mer motivert for videre deltakelse i musikkterapien. Sitatet reflekterer hennes forsøk på å skape en positiv og støttende terapeutisk atmosfære for pasienten.

4.1.2 Emosjonsregulering

Flere av musikkterapeutene i studien bemerket at en essensiell del av deres arbeid i musikkterapi med mennesker som lever med spiseforstyrrelser er å bistå og støtte klientene i å håndtere og regulere sine følelser. De oppnår dette ved å benytte musikken som et verktøy for emosjonsregulering. Et sentralt poeng som ble fremhevet av en av informantene i studien, er at

bruk av musikk i denne sammenhengen gir klientene muligheten til å regulere sine følelser selv når de ikke er i musikkterapirommet – for eksempel ved å lytte til eller å spille musikk hjemme.

På spørsmål om hva informantene så på som målet for terapiforløpet med den nevnte brukergruppen var det to av musikkterapeutene som ble intervjuet under denne studien som delte at dem så på emosjonsregulering som et sentralt mål i musikkterapien – Sandra og Ingrid. Jeg skal først presentere ett sitat fra Sandra hvor hun snakker om dette:

Sandra: Det å erfare muligheten for emosjonsregulering og for å erfare at de kan i større og større grad ta aktørskap i det selv altså at de kan selv utvikle selvregulering gjennom kontakt med musikk med meg og på egenhånd. (intervju, 25.01.23)

Her fremhever Sandra viktigheten av å gi pasientene muligheten til å arbeide med emosjonsregulering gjennom musikkterapi. Hun understreker at gjennom kontakt med musikken, både sammen med terapeuten og på egenhånd, kan pasientene gradvis utvikle evnen til å regulere sine egne følelser også utenfor musikkterapirommet – altså en styrket evne til selvregulering. Med andre ord; musikkterapien blir her oppfattet som et verktøy som gir pasientene ferdigheter til å håndtere følelser på egenhånd.

Denne tankegangen utdypes ytterligere av Ingrid som har jobbet mye med begrepet "regulering," og hun ønsker at musikken skal være et verktøy som hjelper pasientene med å utforske og regulere de vanskelige følelsene knyttet til deres spiseforstyrrelse. Hun ser på det som en kontrast til den gjeldende situasjonen hvor sykdommen i seg selv blir den primære mekanismen for å takle vanskelige følelser. Musikkterapien innebærer derfor å flytte fokus fra sykdommen som eneste mestringsmekanisme til musikken som et positivt alternativ for å håndtere følelser.

Ingrid: Jeg har jobbet veldig mye med det reguleringsbegrepet slik at musikken skal bidra til å utforske og regulere det som er vanskelig istedenfor at sykdommen på en måte skal ha den funksjonen helt alene da. (intervju, 25.01.23)

Ingrid sier videre at hun tror at det gjerne er i spiseforstyrrelsen sin natur at man bruker en spiseforstyrrelsesatferd som tilnærming til vanskelige følelser – altså at denne atferden blir utviklet som en måte å døyve eller fjerne seg selv fra slike følelser, eller nettopp fordi man ønsker å regulere følelser. Hun presiserer også at hun ikke mener at dette er en strategi som en nødvendigvis velger selv, men at hvis man har en disposisjon for å utvikle en slik sykdom, så er det slik det kan utarte seg når man kommer i en posisjon hvor det føles nødvendig å distansere seg selv fra vonde følelser.

Elise gir også et synspunkt på hvordan musikkterapi kan være til hjelp for mennesker med spiseforstyrrelser. Hun fremhever bruk av musikken som en avledningsmetode når pasientene opplever vanskelige tanker og følelser. Dette innebærer å bruke musikk som en måte å skifte fokus fra de negative tankene og følelsene som kan utløse spiseforstyrrelsesatferd. Musikk blir dermed en sunn og konstruktiv avledningsressurs for pasientene.

Elise: Vi kan bruke musikken som en avledning når du kjenner på vanskelige tanker og følelser.
(intervju, 19.01.23)

En spesifikk tilnærming som nevnes av Elise er instrumentlære. Dette innebærer å lære pasientene å spille musikkinstrumenter, noe som gir dem en ny ferdighet og ressurs som de kan bruke på egenhånd, også utenfor musikkterapisesjonene. Dette sees på av Elise som å være spesielt nyttig som en avledningsmetode fra negative følelser.

Sandra forteller om hvordan emosjonsreguleringen som skjer underveis i musikkterapitimene åpner for at pasientene får bedre kontakt med seg selv og hvem de er i musikken.

Sandra: For da har det jo skjedd en emosjonsregulering. Det har skjedd en kontakt. Det har begynt å åpne seg de stedene og der det er mulig å lete etter mer og kjenne på mer av «Hvem er jeg i musikken?» (intervju, 25.01.23)

Hun forteller videre at denne kontakten også åpner for at pasientene kan bli mer vokale om hva de vil fylle musikktimene med.

4.1.3 Emosjonsuttrykk

Mange av musikkterapeutene understreker viktigheten av musikken som et svært effektivt verktøy for å gi uttrykk for følelser når det oppstår vanskeligheter med å uttrykke seg på andre måter. Dette innebærer at musikken gir en alternativ kanal for å uttrykke og bearbeide følelser som kanskje er for komplekse, smertefulle eller overveldende til å bli uttrykt gjennom vanlige ord og samtaler. Gjennom musikkens språk mener flere informanter at pasientene deres kan finne en trygg og kreativ måte å dele og utforske sine emosjonelle opplevelser, noe som sees på som en sentral del av tilfriskningsprosessen.

Linnea: Jeg tenker at det er også et veldig veldig godt verktøy med musikk – det å endelig kunne uttrykke alle disse følelsene (intervju, 20.01.23)

Wilma nevner blant annet i intervjuet at følelser hos hennes pasienter ofte kan komme til uttrykk gjennom at pasientene for eksempel kontrollerer deres inntak av mat, og at det derfor gjennom musikkterapien blir en god arena for å uttrykke følelser på en mindre destruktiv måte. Videre forteller hun:

Wilma: Jeg tenker på musikk som et godt verktøy for å uttrykke seg selv. Hvis de føler på sinne så kan de for eksempel tromme det ut, hvis de føler på glede så kan de uttrykke det gjennom musikken. Gjennom musikken kan de få uttrykk for følelser som er så dype at de alltid blir holdt inne. (intervju, 31.01.23)

Musikkterapeutene har påpekt flere varierte musikalske metoder som de benytter i musikkterapi, og disse metodene sees på av informantene som noe som gir pasientene muligheter til å uttrykke følelsene sine på ulike måter. Elise fremhever betydningen av å bruke musikk som et middel for å lette samtalen om følelser:

Elise: Noen ganger så lytter vi bare til musikk også så det kommer an på om dem liker den også snakker vi litt rundt det. (intervju, 19.01.23)

Dette viser hvordan musikken blir sett på som en bro som kan hjelpe pasientene med å åpne opp om tanker og emosjonelle opplevelser.

For noen musikkterapeuter blir improvisasjon ved pianoet sett på som en effektiv metode for klienten til å uttrykke sine følelser, som nevnt blant annet av Elise:

Elise: Noe som går igjen med veldig mange er jo improvisasjon ved pianoet. (intervju, 19.01.23)

Denne tilnærmingen gir pasientene muligheten til å uttrykke seg musikalsk på en spontan og intuitiv måte, uten behov for ord. Elise legger også til at improvisasjon ved pianoet kan fint utføres uten noen som helst forkunnskap om pianospill.

Ingrid forteller at hun tradisjonelt sett har brukt mye musikklytting, men at hun også har begynt å bruke noen ekspressive metoder, som sangskriving:

Ingrid: Også har du de ekspressive eller de andre metodene etter hvert inni bildet, men da har jeg brukt mest sangskriving egentlig. Og hvor man også bruker ferdig komponerte sanger at man bare endrer litt på tekst for å jobbe med et annet uttrykk. (intervju, 25.01.23)

Sangskriving kan gi pasientene muligheten til å sette ord på sine følelser og tanker gjennom tekst og melodi.

Samlet sett viser disse sitatene hvordan musikkterapeutene anvender ulike tilnærminger for å hjelpe pasientene med å uttrykke sine følelser når det verbale språket i seg selv kan være utilstrekkelig. Musikk blir sett på som et allsidig verktøy som gir pasientene mulighet til å kommunisere, utforske, og bearbeide emosjonelle opplevelser på en måte som er tilpasset deres individuelle behov og preferanser.

4.1.4 Musikk som kan skade

Flere av informantene i denne studien forteller om pasienter som bruker musikken til å enten bevisst eller ubevisst gjøre skade på seg selv. Det snakkes blant annet om å bevisst bruke musikk til å trigge egen spiseforstyrrelse. Elise greier ut om hvordan hun i musikkterapi arbeidet med en slik pasient:

Elise: Én pasient jeg hadde brukte nesten musikken som selvskading. For hun hadde en depresjon og den musikken hun valgte å høre på trakk henne lenger ned. (intervju, 19.01.23)

Videre snakker Elise også om hvordan hun og en pasient utforsket sammen hvordan musikken og stemningen i musikken påvirket pasientens eget følelsesmessige tilstand. Dette ble gjort blant annet gjennom at de lyttet til og sang forskjellige sanger sammen i musikkterapien. Hun sier blant annet dette om prosessen:

Elise: Vi utforsket hele tiden på hva musikken og stemningsleiet i musikken gjorde med henne og hennes stemningsleie (intervju, 19.01.23)

På denne måten kunne pasienten ta bevisste og informerte valg når det gjaldt hvilken musikk hun satte på, for å bistå i selvregulering når hun ikke er sammen med musikkterapeut. Elise avslutter denne historien med en solskinnsavslutning:

Elise: Og hun etter hvert fant frem til musikk som gjorde henne godt i istedenfor. Og hun var mer bevisst på hva musikken gjorde med henne. (intervju, 19.01.23)

Linnea fortalte om en annen måte hun mener at musikken kan skade -- nemlig gjennom at pasientene hennes setter for høye krav til seg selv:

Linnea: *Musikk her kan være en stor risiko mener jeg – det kan bli veldig målorientert. Det er veldig motiverende, og det er bra at de involverer seg i prosessen, men det er veldig risikabelt her at det blir til at det bare handler om at «jeg vil spille denne sangen perfekt» og det kan fort bli litt uheldig, og spesielt her så synes jeg at musikk kan være en stor risiko for dette. (intervju, 20.01.23)*

Hun forteller videre om hvordan hun arbeider sammen med pasientene mot å kvitte seg med denne idéen om at alt skal være perfekt.

Linnea: *Jeg forteller jo at det er lov å spille feil. (intervju, 20.01.23)*

Hun sier også at flere pasienter opplever det som skummelt å improvisere fritt på et instrument, på grunn av denne perfeksjonismen, så hun forteller hvordan dette skjer gradvis i musikkterapien og at den terapeutiske relasjonen må være på plass i forkant av slik fri improvisasjon. En annen informant forteller om akkurat det samme, at fri improvisasjon kan i noen tilfeller bidra til at pasientene snakker nedlatende om seg selv:

Wilma: *Det er veldig vanskelig med improvisasjon fordi de må ha en form for struktur. For eksempel fri improvisasjon – det er nokså uaktuelt. Flere av dem sier «dette er helt elendig», «det høres ikke bra ut» og så videre. (intervju, 31.01.23)*

Informanten legger derfor videre vekt på å lage rammer som skaper mestringfølelse, og være forsiktig med å bruke musikken slik at pasientene føler at de feiler.

4.2 Identitet

4.2.1 Svekket identitetsfølelse

Selvfølelse og identitet er sentrale temaer som flere musikkterapeuter som har blitt intervjuet i forbindelse med denne studien har bemerket når de reflekterer over deres arbeid med personer som lever med spiseforstyrrelser.

Elise: Så det er på en måte sånn det rokker litt med identiteten da, og man kan ofte oppleve at man er på leit etter egen identitet når man har spiseforstyrrelser. (intervju, 19.01.23)

Sitatet fra Elise belyser hvordan spiseforstyrrelsens symptomer, spesielt de som påvirker selvbilde og kroppsbilde, kan forvirre og utfordre pasientenes opplevelse av sin egen identitet. Det antydes her at pasientene ofte føler seg desorienterte når det kommer til egen identitet, og kan derfor være «på leit» etter identiteten sin.

Linnea sier at hun opplever at svekket identitetsfølelse er noe som går igjen hos flere av pasientene som har spiseforstyrrelser. Når hun reflekterer rundt dette temaet, sier hun:

Linnea: Kanskje er det også et slags tap av identitet eller ønske om å forsvinne. (intervju, 20.01.23)

Linnea sier videre at et spesifikt mål for musikkterapien som ofte går igjen hos den gitte pasientgruppen er at de skal føle at de får en styrket identitet, og at hun mener at musikkterapi er en passende arena for å oppnå slike mål på grunn av dens helhetlige tilnærming.

4.2.2 Bruk av musikk til å styrke identitet

Flere av musikkterapeutene nevnte musikken som en slags «løsning» på det som flere av pasientene deres opplever som en svekket identitetsfølelse. Elise refererer til Even Ruud sin bok «musikk og identitet» (1997) hvor han sier blant annet at musikk kan sees i sammenheng med tilhørighet, hvor en kommer fra, familie og verdier man har i livet. Videre sier Elise at hun mener at det er nettopp på grunn av dette at det føles nærliggende å koble på musikken når man

er på leit etter egen identitet. Hun refererer også til Trygve Aasgaard (2006) – som har skrevet om langtidssyke barn på sykehus – og knytter det til eget arbeid med ungdom og voksne på sykehus, som kan oppleve et slags tap av identitet ved å bli innlagt:

Elise: Man blir liksom plukka rett ut fra livet sitt og plassert på en ukjent plass med ukjente mennesker og i en ukjent hverdag, og det kan jo rokke veldig i deres opplevelse av identitet. Alle og enhver. Så det med å kunne ta med seg musikken sin som man har i seg, kan minne deg om hvem du er og hvor du kommer fra historien du har med deg og finne litt tilbake til deg selv (intervju, 19.01.23)

Å bruke musikken som et verktøy for å oppnå ulike mål er et gjennomgående tema i alle intervjuene. Linnea snakker om musikk som verktøy for å finne sin identitet:

Linnea: Jeg ser på musikk som et verktøy man kan ta i bruk for å finne sin identitet (intervju, 20.01.23)

Linnea påpeker videre at det å finne sin identitet gjennom musikk kan utarte seg på flere forskjellige måter. Et eksempel som blir tatt frem er at en pasient som opplever å ikke ha en klar identitet utenfor å være syk, kan lære seg et instrument. Derved kan betegnelser som "musiker" eller "pianist" inkorporeres i identiteten, og gradvis overskygge den sykdomsrelaterte delen av selvidentifiseringen. En annen nevnt mulighet, ifølge Linnea, er at utforskningen av personlig musikalsk preferanse også kan bidra til å styrke opplevelsen av identitet.

4.2.3 Å skjære alle over én kam

I de fleste av mine intervjuer understreket musikkterapeutene betydningen av å unngå generalisering selv når vi adresserer en spesifikk brukergruppe. De fremhevet at sannheter som gjelder for noen, ikke nødvendigvis gjelder for andre. Flere musikkterapeuter poengterte spesielt viktigheten av dette prinsippet i henhold til valg av aktiviteter i musikkterapiene. Dette innebærer at det som kan være mest hensiktsmessig for én pasient med spiseforstyrrelser

-- for eksempel å improvisere på piano -- kan være mindre nyttig for en annen pasient som kanskje drar mer nytte av å skrive sin egen låt. Nedenfor er et eksempel på hvordan en musikkterapeut fremhever denne individuelle tilnærmingen til sine pasienter:

Sandra: Nå er det litt viktig å få fram med utgangspunkt i den målgruppen du spør meg i – at de er jo veldig veldig forskjellige (intervju, 25.01.23)

Ingrid sier at hun ikke legger så mye vekt på, eller snakker så mye om symptomer, vekt og sånn som ofte følger med en spiseforstyrrelse. Samtidig presiserer hun at man ikke nødvendigvis skal hoppe over det, men at det er viktig å fokusere på det friske i klientene sine. Her kommer det ressursorienterte perspektivet klart til syne:

Ingrid: Så jeg har prøvd meg litt frem og tenker at man skal være åpen for nettopp hvem man har foran seg og noen pasienter som jeg har jobbet med som har vært innlagt har jo også hatt for eksempel nydelig sangstemme og har kanskje til og med sunget i kor eller har noen ressurser knyttet til det med seg da, som er viktig å ta utgangspunkt i musikkterapien da og begynne og hele tiden lete etter hva er det friske og hva er det som er identitet i den her personen og ikke bare tenke «Nå har vi en person med spiseforstyrrelser foran oss» så det legger ikke jeg så stor vekt på. (intervju, 25.01.23)

Dette sitatet fra Ingrid var en del av et svar på spørsmålet «Når pasient kommer inn i musikkterapirommet, vet du da allerede hva dere skal gjøre?» og musikkterapeuten er klar på at hva som blir gjort under en musikkterapisesjon avhenger av den spesifikke klientens ønsker og behov, og at disse ønskene og behovene ikke er like for alle. Hun presiserer at hun allikevel som regel har en idé om hva de skal gjøre basert på hva de har gjort i tidligere timer.

Dette aspektet med hvordan mennesker med spiseforstyrrelser er unike mennesker med individuelle ønsker, behov og ressurser kommer også opp i intervjuet til Linnea når vi snakker om musikkterapi i gruppe på sykehus. Hun forteller hvordan det for noen er veldig hjelpsomt å improvisere, mens for andre er det større nytteverdi i å spille mindre fritt. Hun sier:

Linnea: *Det er veldig komplisert. Jeg synes at det hadde vært best og hatt individuelle sesjoner.*
(intervju, 20.01.23)

4.3 Terapeutisk relasjon

4.3.1 Å bygge en relasjon mellom klient og musikkterapeut

Samtlige musikkterapeuter snakker om relasjonen mellom seg selv og sine klienter, og trekker relasjonen frem som en viktig og sentral del av musikkterapien.

Ingrid forteller at hun er opptatt av å knytte bånd mellom terapien og hverdagssituasjonen til sine klienter. Hun vil ikke at terapi skal bli noe som er isolert som man gjør én gang i uken i frykt for at klienten blir usikker på hvordan hun skal forholde seg til det ellers. Ingrid prøver derfor å lage en naturlig forbindelse mellom hverdagen og musikkterapien. Dette gjør hun ved å også være tilgjengelig for pasientene utenfor musikkterapirommet for å kunne holde litt på kontinuiteten og hjelpe klienter med å holde fokus.

Ingrid: *Og at jeg også har valgt å være veldig tilgjengelig i arbeidet. At det er lov å sende mail og ringe også eller lage avtaler hvis ting blir vanskelig.* (intervju, 25.01.23)

Hun nevner også at hun er klar over at mange blir lært opp til at man ikke skal ha så mye kontakt med pasienter eller familier utenfor arbeidssituasjonen, men argumenterer allikevel for at man må finne måter å gjøre det på som fungerer for alle parter dersom det er ønskelig.

Noen musikkterapeuter nevner musikken og musikkterapisettingen som hjelpemiddel for relasjonsbyggingen. Et eksempel kommer fra Sandra, som mener at musikk situasjonen legger grunnlag for følelsen av trygghet, noe som kan bistå i relasjonsbyggingen:

Sandra: *Målet med å merke at de i musikk situasjonen kan være på en måte som ikke krever så mye av dem men som gir dem en sånn grunnleggende start på bare å kjenne på trygghet og da kan du si at relasjonen til meg og relasjonsbygging er jo en gradvis prosess så lenge det umiddelbart kan kobles på den musikken eller på noe som virker der og da mer direkte.*
(intervju, 25.01.23)

Sandra forteller også at hun ofte starter timen hvor pasienten får improvisere litt sammen med henne – for eksempel på piano. Hun forteller videre at de trenger ikke å si noe i forveien hvis de ikke føler seg klare for å snakke, men sier at denne improvisasjonen ofte kan fungere som en oppstart for verbal samtale:

Sandra: Også er da den biten av samspillet som en oppvarmingsstart en mulighet for å komme i kontakt sånn gjennom hva som skjer under samspillet og i etterkant for da starter gjerne kommentarer som «hvordan ble det her?» (intervju, 25.01.23)

Senere i samme intervju snakker Sandra om hvordan man kan være sammen i musikken og dele sammen at det er noe som ikke deles, men som den terapeutiske relasjonen kan gi rom for at deles etter hvert som relasjonen blir sterkere:

Sandra: Det å kunne være sammen på en måte hvor man også kan dele det å ikke dele og anerkjenne at det er noe her som ikke deles, men det deler vi – at det er greit nå [...] og når tilliten begynner å utvikle seg med det så kan også det gi rom for mer mulig deling. (intervju, 25.01.23)

Elise forteller at når musikken er til stede så blir hun og sine pasienter mer likestilt, noe som gjør det lettere å komme i kontakt:

Elise: Jeg får en bedre kontakt med dem i en sånn musikkterapisetting da. [...] at vi blir mer likestilt på en måte. Vi er likeverdige i rommet. Det er ikke noe sånn «behandler-pasient» eller «lærer-elev» eller noe sånn. (intervju, 20.01.23)

4.3.2 Relasjonsbygging i gruppe- og individuelle timer

Når det ble spurt om positive og negative aspekter ved gruppebasert musikkterapi i forhold til individuelle musikkterapitimer for personer med spiseforstyrrelser, fremhevet Ingrid betydningen av tilrettelegging og tilknytning. Hun påpekte at dette ofte oppleves som enklere å oppnå under individuelle musikkterapitimer sammenlignet med gruppesesjoner. Hun forankret denne relasjonen mellom klient og terapeut innenfor et utviklingspsykologisk rammeverk, men nevner også at hun forholder seg til traumebevisst omsorg.

Ingrid: De individuelle sesjonene så er det jo selvfølgelig lett å tilrettelegge da for hver enkelt samtidig som man kan jobbe litt med tilknytning og hvert fall det som jeg har vært veldig opptatt av å jobbe i et utviklingspsykologisk perspektiv da. (intervju, 25.01.23)

Ingrid: Også litt traumebevisst omsorg da. (intervju, 25.01.23)

Linnea og Wilma jobber på sykehus hvor de hovedsakelig møter pasientene sine i grupper, og nesten aldri til individuelle sesjoner. Begge disse to musikkterapeutene jobber med flere forskjellige brukergrupper – så ikke utelukkende mennesker med spiseforstyrrelser. Under intervjuene svarer de på spørsmål knyttet til arbeid med den gitte brukergruppen. De arbeider begge på avdelinger hvor pasientene ikke ligger særlig lenge av gangen og musikkterapeutene opplever da følgelig at gruppene forandrer seg hver uke ved at noen drar hjem/videre og nye pasienter kommer inn. De nevner i den forbindelse vanskeligheter med relasjonsbygging på grunn av rask utskiftning av pasienter i arbeid på sykehus. Linnea forteller om hvordan det innenfor det humanistiske perspektivet er viktig med relasjonsbygging. Hun jobber derfor med relasjonsbygging kontinuerlig til tross for at hun ikke møter pasientene sine over lenger perioder.

Linnea: Jeg må bygge relasjoner. Det er ikke alltid at jeg lykkes med det selvfølgelig. Jeg tenker at innenfor det humanistiske perspektivet er et av målene at relasjonen kommer først også kommer alt det andre etterpå. I mitt arbeid er det hele tiden relasjoner. Siden jeg har veldig lite tid med dem må jeg hele tiden bygge relasjoner på ny og på ny. (intervju, 20.01.23)

Den andre musikkterapeuten som ikke har lange musikkterapiforløp med pasientene sine, Wilma, forteller om at relasjonsbyggingen er vanskelig på grunn av tidsmangel:

Wilma: De fleste pasientene møter jeg bare den ene gangen. Derfor er det ofte at jeg ikke vet noe særlig om deres bakgrunn [...] så vi får ikke tid til å skape en veldig dyp relasjon. (intervju, 31.01.23)

Flere musikkterapeuter trekker også frem positive aspekter med gruppemusikkterapi, som for eksempel at pasientene kan relatere til hverandre, støtte hverandre og at det er en fin arena til å komme i kontakt med andre mennesker og være sosial på.

4.4 Brukermedvirkning

Det fjerde temaet som har kommet frem under analysen av datamaterialet fra intervjuene med musikkterapeuter som arbeider med mennesker som har spiseforstyrrelser er «brukermedvirkning». Det innebærer at klientene oppfordres til å delta aktivt i terapiprosessen, dele sine perspektiver, mål og preferanser, og ta del i beslutninger som påvirker deres egne behandlingsløp. Brukermedvirkning blir av informantene sett på som en viktig faktor når det kommer til å skape et samarbeid mellom terapeuten og klienten, der klientens egen stemme og eierskap til terapien er like viktige som terapeutens kunnskap og erfaring.

4.4.1 Klienten former terapitimen

Sandra forteller at hun i starten av hver time, planlegger musikkterapitimen sammen med pasientene sine:

Sandra: Jeg spør jo alltid «Hva har du lyst til å gjøre i dag?» (intervju, 25.01.23)

Ut ifra datamaterialet kan det virke som at musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser (men jeg kan ikke utelukke at det gjelder flere brukergrupper) er veldig brukerstyrt. Selv om brukere selvfølgelig får påvirke i veldig varierende grad ut fra hvilken

musikkterapeut de går til så sa alle musikkterapeutene at deres pasienter fikk være med å påvirke musikkterapien på én eller annen måte.

Én ting som gikk igjen i flere av intervjuene var at musikkterapeutene fortalte at valget av den musikalske metoden som skulle benyttes i musikkterapitimene var opp til klientene selv. Noen av musikkterapeutene nevnte allikevel at pasientene får medvirke, men det må være innen visse gitte rammer. Én musikkterapeut fortalte for eksempel at hun ikke hadde tilgang til noen band-instrumenter, og en annen musikkterapeut fortalte at hun ikke hadde kompetanse til å lære klienter å lese noter dersom de skulle ønske dette. Allikevel fikk klientene være med å påvirke musikkterapitimen innenfor de gitte rammene. Linnea sier at hun lister opp de forskjellige alternativene som pasientene hennes har:

Linnea: I starten spør jeg dem alltid hva de har lyst til å gjøre, hvert barn i gruppen. Jeg forteller dem alle alternativene; å synge, å spille, å lytte til musikk. (intervju, 20.01.23)

Hun forteller videre at i en gruppemusikkterapisetting så kan det komme flere forskjellige ønsker, og at hun prøver å ta hensyn til alle barna i gruppen sine ønsker, noe som betyr at alle barna får gjøre noe som de har lyst til, men at det samtidig da blir gjort aktiviteter som noen barn *ikke* har lyst til. Hun presiserer at ingen pasienter tvinges til å delta på aktiviteter som de ikke vil være med på, og de er velkomne til å bare sitte og lytte.

En annen musikkterapeut, Elise, forteller om hvordan det ikke bare er musikkaktivitet som tas høyde for når musikkterapisesjonene planlegges, men også den enkelte klients musikksmak:

Elise: Vi kan også ha samtaler om ellers også er det helt opp til hver enkelt hva dem vil fylle timene med om dem vil finne frem til noen favorittsanger. Jeg spør alltid om hva slags musikk de liker. (intervju, 20.01.23)

Ingrid forteller at hun allerede før klienten kommer til musikkterapitimen så har musikkterapeuten allerede en plan for hva de skal gjøre den timen, men sier at hva de skal gjøre var planlagt sammen med klient i starten av musikkterapiforløpet, og det er tatt høyde for hva klienten ønsket eller ikke ønsket:

Ingrid: *Jeg har jo pasienter som jeg har avtalt med på forhånd og da har dem også noen preferanser som er knyttet til gjerne musikklytting da, og mange har jo ikke hatt lyst til å delta hvis det har vært for eksempel ekspressiv tilnærming så har mange syns at det har vært vanskeligere å tenke at dem skal bruke stemme eller kropp på den måten, mens andre kan synes at det å bruke stemme og det å lage egne ting er trygt og godt i en individuell sesjon. (intervju, 25.01.23)*

Flere musikkterapeuter nevnte at etter hvert som pasientene går opp i vekt, så kan sykdommen og symptomene de opplever forandre seg da de kan bli litt mer tilgjengelige for kontakt, få mer kontakt med sine egne følelser og bli mer kognitivt til stede. Dette resulterer da ofte i at pasientene utover i musikkterapiforløpet kommer med nye ønsker for musikkterapien, og/eller forandrer på ønsker som de tidligere har hatt. Elise gjorde det klart at hun er åpen for at planer kan forandres på i musikkterapien:

Elise: *Og en kan ofte og oppleve at det der kan være en forandring i måten de ønsker musikkterapi på da [...] jeg har alltid holdt meg åpen for at dem kan ta med nye ting. Hvis vi legger en plan for hva vi skal gjøre i musikkterapien så er alltid det alltid mulig å forandre den planen [...] at de blir mer obs på alle de her vanskelige tankene og følelsene som kommer at de får et annet behov for uttrykk. (intervju, 20.01.23)*

4.4.2 En styrket stemme

Noen informanter forteller under intervjuene at de ofte opplever klientene sine som har spiseforstyrrelser som mennesker som nøler med å si ifra om egne ønsker og behov. Flere musikkterapeuter forteller at de arbeider for at klientene deres skal finne sin egen stemme og vite at de har mulighet til å påvirke. På spørsmål om det er noen spesifikke mål som går igjen i musikkterapien med den gitte brukergruppen, svarer to forskjellige musikkterapeuter dette:

Sandra: *[Et mål for terapiforløpet er] at de kjenner seg mer styrket til å selv kunne være med å påvirke mer.* (intervju, 25.01.23)

Wilma: *Jeg arbeider for at de skal føle seg mer hørt og styrke den følelsen av å få lov til å ta plass.* (intervju, 31.01.23)

Det ble også nevnt av flere musikkterapeuter hvordan de opplever pasientene sine som uvillige til å ta plass i rommet, og uvillige til å prøve å påvirke musikkterapien gjennom for eksempel å si ting som «vi kan spille det som de andre vil spille» når de blir spurt om de har en ønskelåt for gruppemusikkterapitimen.

Linnea forteller at når det kommer til valg av instrument i gruppetimer ser hun at hennes pasienter med spiseforstyrrelser ofte også er redde for å ta plass musikalsk:

Linnea: *Jeg har en bitteliten tromme og flere av [pasientene som har spiseforstyrrelser] velger akkurat den trommen. Det er den minste trommen, så det er veldig interessant, og de spiller veldig forsiktig på den for å ikke bli hørt. De bekymrer seg mye for hva de andre i gruppen skal tenke om dem.* (intervju, 20.01.23)

Det var derfor et fokus for flere musikkterapeuter å styrke stemmen til sine pasienter slik at de skal tørre å påvirke mer, og tørre å ta større plass både verbalt, fysisk og musikalsk.

4.5 Oppsummering resultater

Før jeg nå går i gang med å oppsummere resultatene mine, ser jeg det som hensiktsmessig å minne om hva som er problemstillingen i denne studien. Dette er for å enklere vite hva det er jeg lurer på, og hvorvidt jeg har fått svar på dette. Problemstillingen er altså:

Hva legger musikkterapeuter vekt på i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser og hvorfor?

Jeg vil nå derfor gå gjennom resultatene tema for tema og prøve å oppsummere hva som ble sagt av mine informanter om hva de vektlegger og hvorfor.

4.5.1 Emosjoner

Hva vektlegges?

Oppsummert gir resultatene fra denne studien innsikt i hvordan musikkterapeutene som ble intervjuet, håndterer følelsesmessige aspekter hos klientene sine i musikkterapiforløpet. Musikkterapeutene fokuserer på å skape positive følelser, som for eksempel mestringsfølelse. De arbeider også med å tilrettelegge for uttrykk av følelser og emosjonsregulering. Dette inkluderer ulike tilnærminger som musikklytting, improvisasjon, opplæring i musikkinstrumenter og låtskriving. Gjennom disse musikkterapeutiske metodene forteller informantene at de bistår klientene med å utforske, forstå og uttrykke sine emosjonelle opplevelser på en kreativ måte innenfor trygge rammer.

Hvorfor?

Flere av klientene som deltar i terapiprosessen, kommer med en rekke vanskelige følelser, hvorav et eksempel som flere ganger ble nevnt av informantene, er en følelse av ambivalens knyttet til det å bli frisk fra spiseforstyrrelser. I tillegg blir det nevnt av informantene at de har tro på at musikk kan brukes som emosjonsregulering, noe som de opplever at er nyttig for mennesker som har spiseforstyrrelser. Musikkens evne til å hjelpe pasienter med å uttrykke seg når de ikke klarer eller ønsker å gjøre dette verbalt blir også trukket frem som begrunnelse for å bruke musikk til emosjonsuttrykning.

4.5.2 Identitet

Hva vektlegges?

Informantene som ble intervjuet i denne studien jobber blant annet for å styrke følelsen av identitet, eller utforske identitet hos sine pasienter, noe som blir gjort ved bruk av musikk. I tillegg blir det presisert av flere musikkterapeuter at selv om alle pasienter som det blir snakket om i denne studien har spiseforstyrrelser, er de også forskjellige og unike individer med forskjellige liv, følelser, ønsker, behov og forutsetninger.

Hvorfor?

Flere musikkterapeuter opplever at sine pasienter lever med en svekket identitetsfølelse og at noen kan være «på leit» etter egen identitet. Det blir blant annet sagt at musikk og identitet er

sterkt knyttet sammen, og en informant refererer blant annet til Even Ruuds bok *Musikk og identitet* (1997).

4.5.3 Terapeutisk relasjon

Hva vektlegges?

Datamaterialet fra intervjuer med musikkterapeuter som arbeider med mennesker som har spiseforstyrrelser viser at samtlige musikkterapeuter som ble intervjuet ser på relasjonsbygging mellom seg selv og sine pasienter som en essensiell del av musikkterapien. Flere bruker musikken som hjelpemiddel til å styrke denne relasjonen. Videre viser mine resultater at selv om noen musikkterapeuter ser nytteverdien i å ha gruppetimer med den gitte brukergruppen, så er det en generell konsensus om at relasjonsbyggingen mellom musikkterapeut og pasient er bedre tilrettelagt for under individuelle musikkterapi-sesjoner.

Hvorfor?

En musikkterapeut forteller om den terapeutiske relasjonen som et av aspektene ved musikkterapien som også strekker seg utenfor musikkterapirommet, og at denne relasjonen derfor skaper en bro mellom musikkterapien og det hverdagslige livet. Det blir også nevnt i intervjuene at den terapeutiske relasjonen bidrar til at klienten og musikkterapeuten blir mer likeverdige i rommet. Dessuten snakkes det om at når relasjonen styrkes, gis det også mer rom for deling i musikkterapien.

4.5.4 Brukermedvirkning

Hva vektlegges?

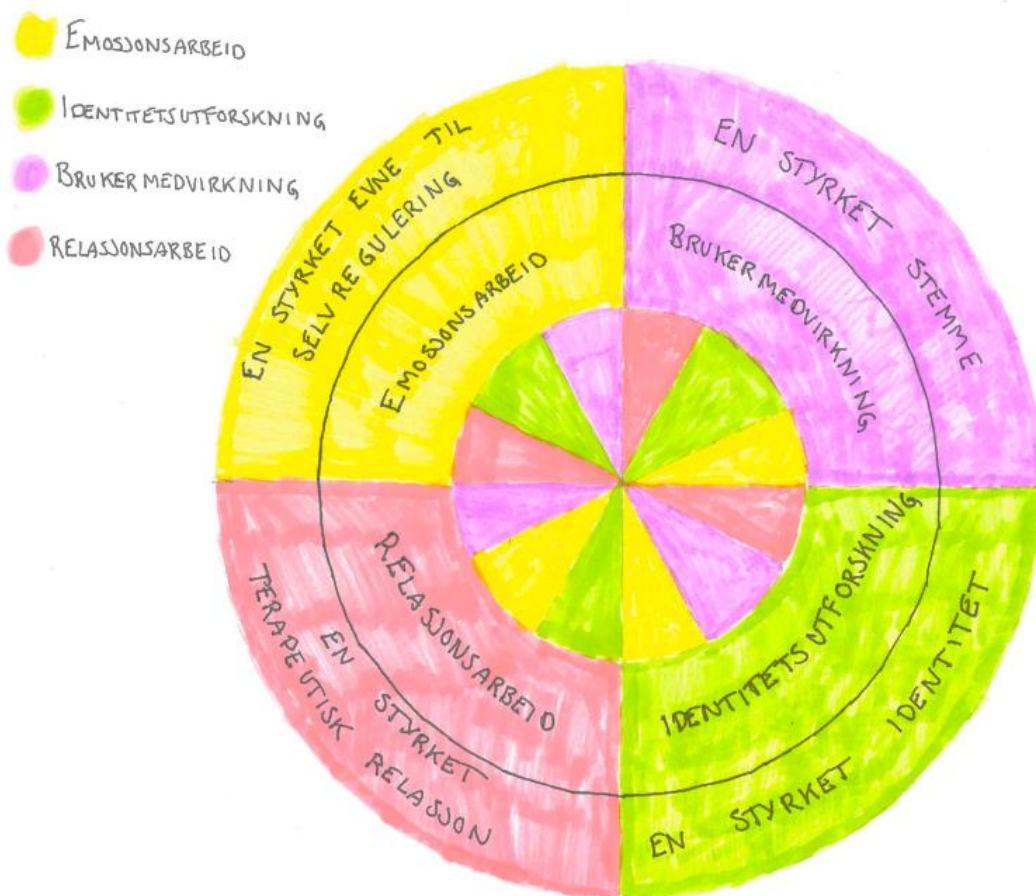
Mine resultater viser altså at innenfor temaet «brukermedvirkning» så er det en generell konsensus blant mine informanter om at det er viktig for dem at deres klienter får være med å påvirke sin musikkterapi-behandling. Dette gjøres blant annet ved at pasienter får være med på å bestemme hvilke musikkaktiviteter som blir gjort i musikkterapitimene.

Hvorfor?

Flere av informantene opplever sine pasienter som uvillige til å ta plass, og usikre på hva de selv ønsker og føler. Et mål som går igjen hos flere musikkterapeuter er at de vil at deres pasienter skal få en styrket stemme – både i musikkterapien, men også utenfor.

5 Diskusjon

Denne studien handler om hvordan musikkterapeuter forteller om og reflekterer rundt sitt eget arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser. Hva forteller studien oss om hvordan musikkterapeuter i feltet tenker, jobber, hva de vektlegger, hvordan de rettferdiggjør valgene sine og hvilke teoretiske perspektiver de legger til grunn? Etter å ha analysert datamaterialet (kap. 3.5) har jeg kommet frem til følgende modell som illustrerer de overordnede temaene i det informantene har fortalt:



Figur 16. Modell som representerer datamaterialet i studien

Jeg vil gjerne presisere at denne modellen og det som modellen skal skildre ikke er ment for å sees på som en sannhet eller klar fakta, men heller en illustrasjon på hvordan jeg som forsker tolker forholdet mellom resultatene som jeg har innhentet gjennom denne studien – og et svar på hvorfor jeg ikke føler at jeg kan se på ett aspekt ved resultatene mine som mer viktige enn de andre.

I denne diskusjonsdelen vil jeg knytte modellen opp mot eksisterende teori innen det aktuelle feltet, samt introdusere konseptet *arbeidskvinne* for å belyse informantenes vektlegging av pasientenes medvirkning og agentskap i den musikkterapeutiske prosessen. Dette konseptet vil jeg videre knytte til selvdetermineringsteorien og empowerment.

5.1 Modellen

I kapittel to presenterte jeg ulike teorier og perspektiver som traumebevisst omsorg, selvdetermineringsteorien, empowerment og ressursorientert musikkterapi. I dette delkapittelet vil jeg ta for meg modellen min fra et helhetlig perspektiv og knytte tråder mellom min modell og relevant teori fra kapittel to. Deretter vil jeg gå gjennom de fire ytterkantene av modellen, én etter én, for å dykke dypere i hva disse innebærer.

Nesten uavhengig av tolkningsperspektiv kan man finne sammenhenger mellom min modell og selvdetermineringsteorien, som kort oppsummert hevder at opplevelsen av autonomi, kompetanse og tilhørighet utgjør et solid grunnlag for motivasjon. Tre hovedområder hvor disse to tilnærmingene overlapper, inkluderer: 1) Begge modellene refererer til et visst antall (tre eller fire) aspekter som danner basisen for måloppnåelse. 2) Selvdetermineringsteoriens vektlegging av autonomi og kompetanse harmonerer med min modells fokus på brukermidvirkning og identitetsutforskning. 3) Selvdetermineringsteoriens aspekt som handler om tilhørighet kan knyttes til det relasjonelle aspektet i min modell.

Samtidig er det også forskjeller mellom selvdetermineringsteorien og min modell, der den mest fremtredende kanskje er at selvdetermineringsteorien betrakter disse tre aspektene – autonomi, kompetanse og tilhørighet – som fundamentet for å bygge opp det fjerde aspektet, motivasjon, mens min modell presenterer alle de fire aspektene som gjensidig avhengige og danner et likestilt "tannhjulsystem".

Motivasjon for tilfriskning, motivasjon for behandling eller motivasjon for aksjon kan sies å være essensielle for mennesker som har spiseforstyrrelser – og kanskje kan slik motivasjon også «erstatte» motivasjon for (f.eks.) slanking eller annen atferd knyttet til spiseforstyrrelsen. Den tette forbindelsen mellom selvdetermineringsteorien og modellen som ble utviklet gjennom analyseprosessen av datamaterialet som ble innhentet i denne studien, kan være grunnlag for å argumentere for at informantene som ble intervjuet *implisitt* arbeider mot at deres klienter skal få økt motivasjon for tilfriskning. Dette gjøres gjennom å fokusere på brukermidvirkning,

identitetsbygging, emosjoner og den terapeutiske relasjonen i musikkterapien. Begrepet "implisitt" brukes her fordi alle musikkterapeutene ble spurt om målet med musikkterapien, og kun én av de fem nevnte ordet "motivasjon". Dette antyder at selv om målet med terapien ikke alltid uttrykkes eksplisitt som økt motivasjon, indikerer de nevnte fokusområdene at arbeidet likevel bidrar til å styrke motivasjonen for tilfriskning hos klientene.

I tillegg kan det trekkes tråder mellom min modell og traumebevisst omsorg som tar for seg viktigheten av trygghet, relasjon og emosjonsregulering (Bath, 2008) eller Fallot og Harris (2011) prinsipper om trygghet, troverdighet, valg, samarbeid og myndiggjøring. Å arbeide mot at klienten får en styrket stemme kan knyttes til Fallot og Harris (2011) prinsipper om "valg" og "myndiggjøring", mens å bygge en sterk terapeutisk relasjon samsvarer med deres prinsipper om "samarbeid" og "troverdighet", i tillegg til Baths (2008) grunnpilar om "relasjon". Arbeidet med å styrke klientens evne til selvregulering kan også relateres til Baths pilar om "emosjonsregulering".

Selv om ikke alle musikkterapeutene nevnte traumebevisst omsorg direkte under intervjuene, antar jeg som musikkterapistudent at de trolig er kjent med begrepet fra sin egen studiebakgrunn. Det kan være mulig at tidligere ervervet kunnskap om traumebevisst omsorg, blant annet fra studietiden, har påvirket hva de vektlegger i musikkterapien i dag. Én studie som utforsket et musikkterapi tilbud for ungdom i barnevernet (Kruger, Nordanger og Stige, 2018) indikerte at musikkterapi styrket de tre fundamentale elementene (Bath, 2008) i traumebevisst omsorg – trygghet, relasjon og emosjonsregulering – selv om dette ikke nødvendigvis var det uttalte fokuset. Resultatene viste at musikkterapi allerede skapte trygge rammer, etablerte gode relasjoner og bidro til affektregulering gjennom musikalske uttrykk.

I Dvorak (2023) ble det funnet at musikkterapeuter som arbeider med mennesker som har spiseforstyrrelser har et fokus på selv-uttrykk, mestringsstrategier, depresjon, identitet og emosjonsuttrykk. Selv om disse temaene delvis overlapper med temaene i min studie, er det også forskjeller. For eksempel ble det ikke nevnt at depresjon var et sentralt fokus blant mine informanter, selv om noen nevnte at de hadde pasienter med depresjon som en tilleggsproblematikk. Videre indikerer Dvorak (2023) at musikkterapeutene i deres studie uttrykte høy tilfredshet med jobbene sine og benyttet ulike metoder for å nå terapeutiske mål. Selv om det allerede er fastslått at mine informanter anvender ulike metoder i musikkterapien,

ble graden av jobbtilfredshet ikke diskutert. Likevel vil jeg argumentere for at mine informanter tydelig viste stort engasjement i sitt arbeid under våre intervjuer.

En nøye vurdering av min modell kan selvsagt avdekke mangler og begrensninger. Det kan være at det eksisterer aspekter i musikkterapien som er like essensielle, men som ikke finner sin representasjon i modellen. Et eksempel på dette kan være fraværet av et «etisk» aspekt, hvor min modell ikke tar opp etiske spørsmål som tema. Selv om etikken ikke ble direkte diskutert under intervjuene, ble den betraktet som en implisitt selvfølgelighet som lå som et usynlig bakteppe over samtalene. Praktiske eksempler på etisk praksis inkluderte respektert taushetsplikt, individuelt tilpasset tilnærming basert på klientens ønsker og behov, opprettholdelse og fokus på klientens autonomi og en generell forpliktelse til å unngå skadelige handlinger. Argumentet for å unngå inkluderingen av ordet «etikk» i modellen er altså basert på oppfatningen om at etisk praksis er en fundamentalt forankret forutsetning for musikkterapeuters arbeid.

Forbindelsen mellom min modell, traumebevisst omsorg, selvdetermineringsteorien og likheten til Dvorak (2023) sin lignende studie, kan hevdes å gi støtte til modellens validitet. Gjennom å identifisere klare koblinger og paralleller mellom modellen og disse anerkjente teoretiske rammeverkene, bekreftes modellens relevans og troverdighet. Man kan derfor også argumentere for et større potensial for modellen min som et nyttig verktøy innenfor musikkterapi for personer med spiseforstyrrelser.

Samtidig kan det hevdes at modellens validitet svekkes, gitt at den er utformet av meg selv og dermed bare reflekterer min individuelle tolkning av studieresultatene. En potensiell forbedring av validiteten kunne vært å utvikle modellen i samarbeid med informantene mine. Dette kan potensielt være en idé til videre forskning på feltet. På en annen side har jeg diskutert og fått innspill fra medstudenter og veiledere, noe som kan sies å styrke validiteten.

Det er viktig å anerkjenne at denne modellen ikke er fullkommen på noen måte, og det er sannsynligvis flere aspekter som kunne vært inkludert for å gjøre den mer omfattende. Videre vil graden av representasjon i modellen variere avhengig av ulike terapiforløp, samt individuelle forskjeller blant klienter og terapeuter. En modell er som regel en forenkling av virkeligheten, og min modell er ikke et unntak for denne regelen. Derfor er også min egen modell en forenkling av et mer komplekst bilde.

5.1.1 En styrket terapeutisk relasjon gjennom musikkterapi

Rolvjord (2010) beskriver ressursorientert musikkterapi som en tilnærming som ikke bare fokuserer på klientens ressurser, men også som en metode for å jobbe mot en likeverdig relasjon mellom klient og musikkterapeut. Terapeuten har en rolle i å skape en trygg og støttende atmosfære der klienten føler seg respektert og anerkjent som en person med unike erfaringer og behov. Dette kan bidra til å styrke klientens selvfølelse og motivasjon til å ta ansvar for egen utvikling og velvære, i tråd med prinsippene i recovery-perspektivet.

Ved å gi klienten en følelse av egenverdi og tro på egne evner til å styre sin egen behandlingsprosess, i samsvar med prinsippene i selvdetermineringsteorien, legger terapeuten til rette for økt motivasjon for bedring. Bauer (2010) beskriver dette støttende samarbeidet mellom terapeut og klient som en iboende ressurs innenfor rammen av det ressursorienterte perspektivet. En solid terapeutisk relasjon kan også bidra til at klienten opplever musikkterapien som en trygg arena for å dele vanskelige temaer som kanskje ikke deles andre steder. Disse perspektivene gjenspeiles i resultatene fra denne studien, der en musikkterapeut for eksempel fremhevet den innledende fasen av terapeutiske relasjoner, hvor man også deler det at noe ikke deles. Etter hvert som tilliten utvikler seg, kan det åpne opp for mer åpenhet og deling.

Samlet sett kan relasjonsbygging i musikkterapi med mennesker med spiseforstyrrelser bidra til å styrke helsefremmende ressurser og opplevelse av sammenheng, som er sentrale faktorer i teorien om salutogenese, som i korte trekk fokuserer på hva det er som gjør at vi holder oss friske istedenfor å fokusere på hva det er som gjør oss syke (Antonovsky, 1987). Musikkterapi har potensial til å etablere en trygg og støttende atmosfære der klienten får anledning til å utforske egne ressurser og styrker. Samtidig kan terapeuten bidra til å forsterke klientens opplevelse av sammenheng gjennom fellesskap og samhørighet. Trondalen (2019) karakteriserer musikalsk improvisasjon som en metode for å etablere kontakt og for å erfare intersubjektiviteten mellom klient og musikkterapeut. Dette perspektivet er også tidligere formulert av musikkterapeut og psykolog Even Ruud:

«Improvisasjonen tilbyr samtidig en ny kontaktform, ikke minst på grunn av den frihet som tilbys i den musikalske dynamikken, symmetrien i samhandlingsformen, med andre ord en gjensidig opplevelse av den andre som subjekt» (Ruud, 2008, s. 13)

Basert på relevant teori, som jeg forutsetter at mine informanter er kjent med, er det forståelig hvorfor den terapeutiske relasjonen mellom dem og deres pasienter blir vektlagt i så stor grad

som den gjør. Da mennesker er sosiale vesener, er det rimelig å anta at behovet for en trygg og positiv relasjon under terapi er universelt, spesielt gitt den allerede sårbare situasjonen mange befinner seg i. Dette konseptet er ikke eksklusivt for musikkterapien. I boken "The Therapeutic Relationship in Counselling and Psychotherapy" (Knox & Cooper, 2015) argumenteres det for at den terapeutiske relasjonen må innebære et sterkt partnerskap og samarbeid for at terapien skal være effektiv. Studier innenfor dette feltet støtter også opp om denne påstanden, og forskning indikerer at en positiv terapeutisk relasjon kan korrelere med bedre resultater i terapi (Norcross & Lambert, 2018).

Til tross for at flere kanskje ville oversatt det engelske ordet «trustworthiness» til «troverdighet» eller «pålitelighet», så mener jeg at det i denne konteksten handler mer om det som vi på norsk kaller for «forutsigbarhet».

5.1.2 En styrket evne til selvregulering gjennom musikkterapi

Gjennom mine forskningsresultater har det blitt demonstrert hvordan musikkterapeuter anvender metoder for å redusere ubehagelige følelser og regulere følelsesmessige tilstander, med mål om å gjøre dem mer håndterbare for pasienten som er eier av disse følelsene. Denne tilnærmingen reflekteres også i litteraturgjennomgangen, hvor det påvises hvordan musikkterapi kan bidra til å redusere angst i forbindelse med nylig inntatte måltider hos personer med anoreksi (Bibb et al., 2015; Bibb et al., 2016), samt umiddelbart før måltider (Ceccato og Roveran, 2022). I tillegg formidlet noen av mine informanter viktigheten av å innføre musikk som et verktøy for emosjonsregulering, med ønsket om at pasientene gradvis kan erfare å ta større aktørskap i denne prosessen og utvikle selvregulerende ferdigheter uavhengig.

Studien "Comparison of Food-Based and Music-Based Regulatory Strategies for (Un)Healthy Eating, Depression, Anxiety and Stress" (Czeczor-Bernat et al., 2022) indikerer en sammenheng mellom hyppig bruk av mat som et middel for emosjonsregulering og samtidig sjelden bruk av musikk for samme formål, og en økt forekomst av depresjon, angst, usunne matvaner og stress. Det kan dermed argumenteres for nødvendigheten av å undervise klienter om anvendelsen av musikk som et verktøy for selvregulering i dagliglivet. Dette aspektet kan betraktes som en kompetanse klienten kan tilegne seg gjennom musikkterapi, og dermed benytte utenfor terapirrommet. Validiteten av musikkterapi som en effektiv tilnærming for

emosjonsregulering er ikke kun basert på antagelser og mine informanternes utsagn, men støttes også av forskning (Uhlig et al., 2018; Moore, 2013; Stene, 2023).

Viktigheten av å jobbe med emosjonsregulering støttes også opp av tankegangen bak traumeinformert omsorg, da det inngår i Bath (2008) sin tredje grunnpilar for slik omsorg. Videre hevder Bath (2015) at traumatiserte mennesker lærer seg egne mestringsstrategier på hvordan de skal mestre følelses- og livssituasjonen de er i. Han presiserer derimot at ikke alle mestringsstrategier er sunne, og at noen mestringsstrategier er kontraproduktive. En slik mestringsstrategi kan da for eksempel vise seg i form av en spiseforstyrrelse, og det er derfor jeg opprettholder en overbevisning på at traumebevisst omsorg er et perspektiv som man burde forholde seg til i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser fordi flere i denne brukergruppen i tillegg har opplevd traumer.

5.1.3 En styrket identitet gjennom musikkterapi

En retrospektiv lyrisk analyse (egen oversettelse) av låter skrevet av unge mennesker med anoreksi viste at «identitet» var et sentralt tema som gikk igjen i 28% av låtene i analysen (McFerran, et al., 2006). Mine funn fra musikkterapien med mennesker som lever med spiseforstyrrelser reflekterer også at identitet utgjør et sentralt tema. Årsakene til at flere personer med spiseforstyrrelser opplever en svekket identitetsfølelse er diskutabelt. Dette kan for eksempel skyldes at spiseforstyrrelsen utvikler seg i tenårene, en periode der mange former sin identitet, eller det kan knyttes til at atferden knyttet til spiseforstyrrelsen – med regler og verdier rundt mat – overskygger personens faktiske verdier og interesser (The Emily Program, 2020). Det antas også at en svekket identitetsfølelse kan være en sentral årsak som ligger bak en spiseforstyrrelse (Amianto et al., 2016; Bruch, 1981, 1982; Casper, 1983; Crose et al., 2024; Garfinkel & Garner, 1983; Goodsitt, 1997). Uansett årsak kan det argumenteres for betydningen av å arbeide mot å styrke pasientenes identitet gjennom musikkterapien – et aspekt mine resultater indikerer at musikkterapeutene allerede fokuserer på.

5.3.2 En styrket stemme gjennom musikkterapi

Betydningen av brukermedvirkning i musikkterapi med mennesker som lever med spiseforstyrrelser anerkjennes som spesielt viktig av enkelte på bakgrunn av en generell konsensus av at spiseforstyrrelser ofte handler om et kontrollbehov som man får utløp for gjennom å kontrollere matinntak, eller gjennom å kompensere for inntatt mat. Det kan da altså argumenteres for at pasienter gjennom musikkterapien kan få ta kontroll over både musikken

og musikkterapien, men også utvikle ressurser til å kunne ta aktørskap over eget liv og egen situasjon også på privat plan. Dette står i overensstemmelse med mine funn, hvor musikkterapeutene indikerte at de gir rom for at klientene kan forme musikkterapien, samtidig som de arbeider aktivt for å styrke pasientenes stemme, slik at de også kan føle seg kapable til å påvirke sine egne liv utenfor musikkterapirommet.

Når det gjelder musikkterapi med mennesker med spiseforstyrrelser, kan brukermedvirkning ha flere viktige fordeler. For det første kan det bidra til å øke klientens følelse av kontroll og autonomi over sin egen behandlingsprosess. Ved å la klienten være med på å velge musikk, sette mål og bestemme innholdet i øktene, kan musikkterapien bli mer meningsfull og relevant for dem. Det kan argumenteres for at gjennom brukermedvirkning kan klienten tilfredsstille sitt behov for kontroll og orientering (Stucki & Grawe 2007). Dette samsvarer også med et traumeinformert perspektiv hvor «valg» og «myndiggjøring» blir sett på som essensielle prinsipper (Fallot & Harris, 2011).

I konteksten av musikkterapi med mennesker med spiseforstyrrelser kan brukermedvirkning betraktes som en vei mot empowerment, hvor pasientene aktivt engasjerer seg i musikkterapien, tar ansvar for sine egne terapeutiske mål og utvikler ressurser for å påvirke sin egen livssituasjon positivt. Dette harmonerer med Deci & Ryan's (2000) påstand om at når individets atferd er autonom og målrettet, i stedet for kontrollert, er konsekvensene mer positive for atferdens kvalitet, helse og velvære.

5.2 Arbeidskvinne

Dette delkapittelet vil ta for seg ordet «arbeid» i kontekst av modellen min, datamaterialet mitt og mine egne refleksjoner rundt det å ta aktørskap i sitt eget liv. Videre vil jeg introdusere og undersøke konseptet "arbeidskvinne" og utforske dets betydning for musikkterapi med en målgruppe som lever med spiseforstyrrelser.

I modellen jeg utviklet i kapittel tre bruker jeg ordene «emosjonsarbeid og relasjonsarbeid» noe som reflekterer min egen tolkning av datamaterialet om hvordan det å delta i musikkterapi er et kontinuerlig arbeid som klienten og musikkterapeuten gjør sammen – et *samarbeid*. Dette indikerer at man har ett eller flere klare mål for musikkterapien og klienten arbeider mot dette/disse målet/ene på lik linje med musikkterapeuten, og er ekspert på sitt eget liv og sin egen sykdom i tråd med recovery-tenkning og empowermentprosessen.

Jeg vil nå introdusere begrepet "arbeidskvinne". Det er like gyldig å erstatte dette ordet med lignende termer som "arbeidskar" eller "arbeidsperson" dersom det er hensiktsmessig. Imidlertid velger jeg å benytte "arbeidskvinne" innenfor denne konteksten av flere grunner: 1) Samtlige av mine informanter er kvinner. 2) En betydelig majoritet av mine informanters pasienter er jenter eller kvinner. 3) Alle brukere som jeg har stiftet bekjentskap med gjennom min musikkterapi praksis innenfor spiseforstyrrelsesfeltet er jenter eller kvinner. 4) Jeg er selv kvinne.

Begrepet *arbeidskvinne* i denne sammenhengen refererer til en person som samarbeider med en annen arbeidskvinne for å oppnå spesifikke mål knyttet til førstnevntes helsetilstand. Innenfor dette samarbeidet identifiseres to ulike roller for arbeidskvinnene: 1) Den ene arbeidskvinnen innehar omfattende kunnskap og erfaring, spesielt knyttet til sin egen diagnose, livssituasjon, ønsker og behov. Denne kvinnen tar også endelige beslutninger angående sitt eget liv og behandlingsforløp. Rollen til den første arbeidskvinnen er i harmoni med McCaffrey et.al (2018) sitt første av de fire sentrale punktene for recovery-perspektivet om «Å anerkjenne og respektere at klientene sitter på ekspertise på grunn av sin erfaring med det å leve med en psykisk sykdom». 2) Den andre arbeidskvinnen har en musikkterapiutdannelse og erfaring innen musikkterapi praksis. I tillegg bærer hun et overordnet etisk ansvar for å handle i samsvar med etiske og profesjonelle retningslinjer og unngå å påføre skade. I fellesskap utgjør disse to arbeidskvinnene et samarbeid preget av likeverdighet, med ulike ressurser som komplementerer hverandre – man kan si at de nå er *samarbeidskvinner*.

Jeg vil presisere at selv om klient og terapeut er likeverdige, betyr ikke det at de har lik mengde ansvar eller samme arbeidsoppgaver. Bruscia (2014) poengterer at innen musikkterapi er den ene personen klient og den andre personen terapeut. Trondalen (2016, s. 82) henviser til Bruscia og skriver videre: «I think that to reject such a thought at the practical level does not take into account the deep responsibility involved in being a therapist». Jeg stiller meg enig med Trondalen i dette. Når jeg skriver at de to arbeidskvinnene er likeverdige så henviser jeg til at klienten har en stemme som skal bli hørt på lik linje med terapeuten, og at terapeuten må være varsom på at hun sitter i en maktposisjon som ikke må misbrukes.

Konseptet *arbeidskvinne* er formulert av meg som forsker og basert på datamaterialet fra denne studien. Resultatene indikerer tydelig at musikkterapeutene legger vekt på brukervedvirkning, den terapeutiske relasjonen og samarbeidet mellom terapeut og klient. Selv om mine informanter ikke direkte benyttet begrepet «arbeidskvinne» eller «samarbeidskvinner» under

intervjuene, har jeg tolket det slik at samtlige informanter fungerer som samarbeidskvinner innenfor musikkterapien.

Man kan trekke tråder mellom mitt formulerte konsept om samarbeidskvinner og det allerede eksisterende begrepet «den terapeutiske alliansen». Begge to konsepter handler om en terapeutisk relasjon hvor terapeut og klient er likeverdige, og relasjonen er et samarbeid hvor begge er delaktige og har ansvar for klientens bedring. For meg er hovedforskjellen at den terapeutiske alliansen – hvert fall sett fra mine øyne – først og fremst handler om *kvaliteten* og *styrken* på den terapeutiske relasjonen – og at samarbeidskvinner først og fremst refererer til *handling* og det å ta *aktørskap* for eget liv og bedring, innenfor rammene av en relasjon med god styrke og kvalitet. Med andre ord argumenterer jeg for at man kan ha en sterk terapeutisk allianse samtidig som man er arbeidskvinner. Den ene informanten min, Ingrid, fortalte under intervjuet at hun tradisjonelt sett har brukt mest reseptive metoder, men jeg vil hevde at dette ikke utelukker handling fra klienten sin side.

Jeg vil argumentere for at betraktningen av klienten som en arbeidskvinne som arbeider for å forbedre sin egen helse, også er nært knyttet til selvdetermineringsteorien, spesielt når det gjelder aspekter som omhandler kompetanse og autonomi. Med andre ord kan det hevdes at når klienten aktivt deltar i sin egen bedringsprosess, blir en "kollega" med musikkterapeuten og oppnår ekspertise innenfor sin egen diagnose, samtidig som vedkommende samarbeider aktivt for å nå individuelle terapeutiske mål, kan dette potensielt øke motivasjonen for tilfriskning. Resultatene fra min studie støtter også denne observasjonen, hvor musikkterapeuter rapporterer at samarbeidet mellom klient og terapeut bidrar til mestring og motivasjon hos klienten.

Dette samarbeidet mellom de to arbeidskvinnene i musikkterapi synes å falle inn under flere av Rolvsjords (2010) aspekter ved empowerment. For det første kan det hevdes at det foregår en form for "psychological empowerment," der klienten gjennom samarbeid med musikkterapeuten oppnår endringer i adferd, tanker og følelser. For det andre kan det påpekes at det skjer en "organizational level of empowerment," ettersom musikkterapien legger til rette for ansvarsdeling og støtte. Videre kan man argumentere for at det, i det minste på sikt, skjer en "community level of empowerment," idet man påvirker samfunnet til gradvis å betrakte innbyggere med helseutfordringer som ressurser, snarere enn byrder for samfunnets økonomi og helseressurser.

Musikkterapi kan i tillegg styrke klientens opplevelse av sammenheng (Trondalen, 2004), en sentral faktor i salutogenese. Sammenheng refererer til opplevelsen av at livet har mening, at man opprettholder en følelse av sammenheng og kontroll over sin situasjon, samt en følelse av at ens handlinger har betydning. Det kan argumenteres for at aktiv deltakelse i eget helsefremmende arbeid innenfor musikkterapien kan styrke klientens opplevelse av sammenheng på flere måter. Dette inkluderer å bidra til økt selvforståelse, opplevelse av mestring og kontroll, samt å skape en følelse av fellesskap og samhørighet med andre.

Stucki og Grawe (2007) fremhever behovet for kontroll og orientering som én av de fire grunnleggende behovene som styrer menneskelig motivasjonsatferd. Det kan hevdes at når klienten aktivt deltar i samarbeidet om sin egen helse, i motsetning til å passivt motta helsehjelp, vil dette bidra til å øke motivasjonsatferden til klienten. Konseptet om at musikkterapi kan forsterke motivasjonen for tilfriskning hos pasienter med spiseforstyrrelser støttes av forskning innen musikkterapi, både direkte og indirekte (Bauer, 2010; Hilliard, 2001; Trondalen, 2004). Resultatene fra denne masterstudien indikerer at musikkterapeutene legger til rette for kontroll og orientering for sine klienter, spesielt gjennom fokus på brukermedvirkning. Dette illustreres tydelig gjennom sitatene til Sandra og Wilma, henholdsvis "Jeg spør alltid, 'hva har du lyst til å gjøre i dag?'" og "Jeg arbeider for at de skal føle seg hørt og styrke følelsen av å få lov til å ta plass." Disse sitatene belyser både musikkterapeutenes innsats for å gi klienten følelse av kontroll i øyeblikket og hvordan de arbeider for å styrke følelsen av kontroll over livet på lang sikt.

Innenfor musikkterapien med mennesker som har spiseforstyrrelser kan to arbeidskvinner samarbeide innenfor en likeverdig relasjon. Dette samarbeidet har potensial til å frembringe følelser av mestring, motivasjon, en styrket følelse av sammenheng og kontroll. Slike resultater finnes både i relevant litteratur og støttes av mine egne forskningsfunn. I lys av den utviklede modellen gjennom analyseprosessen av datamaterialet, kan det hevdes at de to arbeidskvinnene adresserer de fire sentrale temaene: emosjonsarbeid, identitetsutforskning, relasjonsarbeid og brukermedvirkning. Disse fire aspektene av arbeidet styrker hverandre som tannhjul i et maskineri, og sammen arbeides det mot å forbedre klientens evne til selvregulering, styrke klientens identitet, styrke den terapeutiske relasjonen og å styrke klientens stemme.

Overordnet kan musikkterapien betraktes som et verksted hvor de to – eller flere, i tilfelle av gruppebehandling – arbeidskvinnene opererer. Musikken fungerer som verktøyet, mens emosjonsarbeid, identitetsutforskning, relasjonsarbeid og brukermedvirkning utgjør

tannhjulene i et integrert maskineri. Den kollektive innsatsen retter seg mot optimalisering av helse og livskvalitet.

Langsiktige effekter av samarbeidet mellom arbeidkvinnene i musikkterapien kan være betydningsfulle og varige. Gjennom kontinuerlig samarbeid og fokus på klientens mål og behov, kan arbeidkvinnene bidra til å fremme en dypere forståelse av seg selv og sine utfordringer. Dette kan føre til en mer stabil følelse av mestring hos klienten over tid. Ved å utvikle ferdigheter innen selvregulering, identitetsutforskning, selvbestemmelse og relasjonsbygging, kan klienten oppleve økt evne til å håndtere følelser, takle vanskelige situasjoner, stå opp for seg selv og opprettholde sunne relasjoner. Denne forbedrede evnen til å navigere i livet kan ha positive ringvirkninger på klientens generelle livskvalitet og trivsel på lang sikt. Samtidig kan samarbeidet mellom arbeidkvinnene også ha en mer vidtrekkende innvirkning på samfunnet som helhet, ved å fremme en tilnærming til behandling som i større grad gir aktørskap og makt til klienten. Dette kan bidra til å redusere stigma og øke bevisstheten om viktigheten av å støtte enkeltpersoner med psykiske helseutfordringer.

5.3 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Selv om min studie ved første øyekast utforsker aspekter av musikkterapien som allerede er etablerte – nemlig emosjoner, identitet, brukermedvirkning og den terapeutiske relasjonen – presenterer den også funn som ikke er like representert i tidligere musikkterapeutisk forskning om spiseproblematikk. Disse funnene kan kategoriseres på følgende måter: 1) Musikkterapeuter har rapportert at deres klienter anvender musikken på en måte som nærmest kan assosieres med selvskading, og 2) Musikkterapeutene som ble intervjuet i denne studien understreker viktigheten av å anerkjenne den unike karakteren blant individene i klientgruppen "mennesker med spiseforstyrrelser," med sine distinkte ønsker, behov og ressurser. Derfor kreves det en kollektiv anerkjennelse av at det ikke eksisterer en universell "riktig" tilnærming til å utføre musikkterapi i arbeid med den gitte brukergruppen.

Vi kan starte med den første kategorien om å bruke musikk som selvskading. Selv om musikkterapeuter ikke per dags dato faller inn under kategorien «autorisert helsepersonell», krever arbeid innen helse- og omsorgssektoren likevel at vi overholder helsepersonellovens bestemmelser. I henhold til helsepersonelloven (1999), paragraf 4, fastslås det at "Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig". Dette tolker jeg som at musikkterapeuter er pliktet til å være våkne

nok til å kunne fange opp når slik «selvskading» forekommer hos en klient. I tillegg må vi vise faglig forsvarlighet og passe på at vi ikke bruker musikk i terapien som kan skade klienten. På én side kan man se på dette med musikk som kan skade og å arbeide med faglig forsvarlighet som et argument for at musikkterapeuter skal få autorisasjon som helsepersonell. Slik kan man for eksempel unngå at noen som mangler faglig forankring for musikkterapien utfører sitt arbeid på en måte som kan skade. På en annen side så er konseptet med at musikkbasert intervensjon kan skade kontroversielt og mangler solid forankring i empirisk forskning. Det mangler nemlig adekvat forskning på dette temaet. Allikevel argumenteres det av noen for at musikkterapi potensielt kan skade (Brea, 2021). En systematisk analyse (Testa, et al. 2020) som så på musikkbaserte intervensjoner med mennesker som har spiseforstyrrelser fant ut at det var én form for musikkaktivitet som økte spiseforstyrrelsessymptomer, nemlig det å se på musikkvideoer. I tillegg er det allment kjent at eksponering for ekstremt høy musikk kan skade hørselen. Det er altså blandede meninger om hvorvidt musikk faktisk *kan* skade eller ikke, men i henhold til mine forskningsfunn har minst to musikkterapeuter erfart at musikk kan være skadelig.

Når det gjelder den andre kategorien om å være forsiktig med å skjære alle mennesker med spiseforstyrrelser over én kam, fremhever Sandra at *«Nå er det litt viktig å få fram med utgangspunkt i den målgruppen du spør meg i – at de er jo veldig veldig forskjellige»*. På bakgrunn av dette kan man hevde at man må være forsiktig med utsagn som for eksempel: *«personer som har spiseforstyrrelser trenger å få styrket sin identitet gjennom låtskriving i musikkterapien»*. Dette begrunnes med at det som kan være en passende tilnærming for én person, ikke nødvendigvis vil være adekvat for en annen. Musikkterapeutene som er intervjuet i denne studien deler hvordan de tilpasser terapien basert på – og i samarbeid med – den enkelte personen de arbeider med. Derfor eksisterer det ikke en "one size fits all"-tilnærming innen musikkterapi for denne spesifikke brukergruppen. Dette reflekteres også i modellen jeg utviklet under analyseprosessen av datamaterialet, hvor ingen aspekter ved musikkterapien veier tyngre enn andre. Dette skyldes at for noen pasienter kan emosjonsarbeid være prioritert, mens for andre kan identitetsutforskning være av større vekt, og så videre. Musikkens subjektive natur gjør at det aldri vil være faglig forsvarlig å formulere en "oppskrift" på hvordan man skal anvende musikk i terapi med mennesker som har spiseforstyrrelser. Videre er musikk dypt forankret i kulturen, og musikkterapeuter kan møte klienter med ulike kulturelle bakgrunner. Derfor argumenteres det for nødvendigheten av at musikkterapeuten tilpasser seg klientens kulturelle og individuelle kontekst.

6 Avslutning

6.1 Konklusjon

I denne undersøkelsen har jeg gjennomført fem semistrukturerte intervjuer med musikkterapeuter som arbeider med mennesker som har spiseforstyrrelser. Resultatene har identifisert fire sentrale temaer: *emosjoner*, *identitet*, *terapeutisk relasjon* og *brukermedvirkning*. Disse temaene har blitt drøftet i lys av relevant teoretisk rammeverk, inkludert konsepter som traumebevisst omsorg, empowerment og ressursorientert musikkterapi. En modell (*Figur 16*) er utviklet for å illustrere samspillet mellom disse fire temaene, med fokus på gjensidig påvirkning og støtte. Det er likevel nødvendig med ytterligere forskning for å validere teorien om forholdet mellom disse temaene og deres potensielle bidrag til å styrke stemmen, den terapeutiske relasjonen, selvreguleringsferdigheter og identitet hos individer med spiseforstyrrelser.

Nå som denne oppgaven går mot en avslutning anser jeg det som hensiktsmessig å understreke nok en gang at funnene i denne studien er basert på musikkterapeutenes/informantenes subjektive meninger og perspektiver. Det er viktig å påpeke at disse funnene ikke nødvendigvis gjenspeiler perspektivene til deres pasienter. Studien har vært rettet mot å belyse fenomenet "musikkterapi med mennesker som har spiseforstyrrelser" sett fra musikkterapeuters ståsted, i tråd med et fenomenologisk forskningsperspektiv (se kapittel 3.1.2).

Studien kan konkludere med at musikkterapeutene opplever at pasientene er på leit etter egen identitet, bruker spiseforstyrrelsesatferd for å mestre følelser, trenger å få musikkterapi innenfor en trygg relasjon og er redde eller uvillige til å ta plass og si sin mening. Med dette som bakgrunn fokuserer terapeutene på å styrke klientenes identitet, selvreguleringsevne, den terapeutiske relasjonen og klientens stemme. Dette oppnås gjennom et samarbeid med klientene, der de sammen arbeider mot terapeutiske mål ved hjelp av aktiviteter som låtskriving, improvisasjon, musikklytting og instrumentlære. Samtidig gis klientene muligheten til å påvirke sitt eget musikkterapiforløp innenfor en sterk terapeutisk relasjon.

6.1.1 Implikasjoner for praksis

Disse resultatene kan ha implikasjoner for praksis for eksempel ved at musikkterapeuter som arbeider med mennesker som har spiseforstyrrelser kan ta hensyn til følgende aspekter i sitt arbeid:

1. Individualisert musikkterapi: Å anerkjenne viktigheten av å styrke klientens identitet, finne klientenes individuelle ressurser, behov og ønsker, i tillegg til at musikkterapeuten hjelper klienten til å få en styrket stemme og fasiliteter for selvbestemmelse innenfor klientens eget behandlingsløp. Dette krever at man som musikkterapeut er fleksibel til å forme musikkterapien for hver enkelt klient slik at klienten kan nå sine individuelle terapeutiske mål.

2. Musikkterapi som et samarbeid (samarbeidskvinner): Å samarbeide med klientene for å sette terapeutiske mål og inkludere dem i beslutningsprosesser angående musikkvalg og terapiforløp kan øke klientenes følelse av kontroll og engasjement i behandlingen såfremt som å øke motivasjon for egen tilfriskning. Å støtte klientenes autonomi og opplevelse av kompetanse er avgjørende for å fremme selvdeterminasjon og recovery. Musikkterapeutene kan hjelpe klientene med å identifisere og forsterke deres egne ressurser og mestringsevner, såfremt som klientene kan hjelpe musikkterapeuten med verdifull innsikt i hvordan det er å leve med den aktuelle diagnosen som klienten har.

Musikkterapeutene kan også arbeide aktivt med å skape en terapeutisk relasjon som er påvirket av idéen om traumebevisst omsorg. Dette inkluderer å tilby en trygg og forutsigbar atmosfære som legger til rette for at klienten kan få være seg selv i et felles (ofte musikalsk) samspill med musikkterapeuten, samtidig som musikkterapeuten også har et ansvar for å ikke gjøre skade. I tillegg kan musikkterapeuten legge til rette for at klienten får utforske og uttrykke ulike emosjoner, og kan hjelpe klienten til å få en styrket evne til selvregulering gjennom å sammen bruke musikken som verktøy for dette.

Musikkterapeuter kan ta i bruk modellen som jeg utviklet i denne studien som et verktøy til å illustrere hvordan det å arbeide mot et spesifikt mål i musikkterapien kan støttes opp av andre aspekter i terapien. På denne måten unngår musikkterapeuten at hun behandler med skylapper hvor hun kun fokuserer på målet, men ikke på faktorer som kan påvirke måloppnåelse. Et eksempel er en musikkterapeut og en klient som vil arbeide mot at klienten får en styrket stemme, og derfor bare fokuserer på dette aspektet alene, men glemmer at det å utforske identitet, ha en sterk terapeutisk relasjon og å arbeide med emosjoner kan støtte opp arbeidet med å styrke stemmen til klienten.

Samtidig kan musikkterapeuter som skal arbeide med mennesker som har spiseforstyrrelser bruke modellen min for å få inspirasjon til hvilke aspekter en kan fokusere på gjennom å se på hva andre musikkterapeuter har fokus på i sitt arbeid med samme brukergruppe. Videre kan musikkterapeuter som leser denne studien og som skal arbeide med mennesker som har spiseforstyrrelser vurdere å se på musikkterapien som en samarbeidsprosess mellom klient og terapeut, der terapeuten tilpasser sin tilnærming for å imøtekomme de unike behovene og preferansene til hver enkelt klient.

6.2 Formidling

I løpet av tiden som jeg har brukt til å skrive denne masteroppgaven, har jeg underveis vært så heldig at jeg har fått muligheten til å fortelle andre om min pågående studie. Dette har vært spennende, både for egen selvutvikling som foredragsholder, men også fordi jeg sitter med et brennende ønske om at flere skal vite hva musikken kan by på i møte med mennesker som har spiseforstyrrelser.

Mitt første foredrag ble holdt hos ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser) i mai 2023 på en temakveld som jeg ledet hvor temaet var «målrettet bruk av musikk». Her formidlet jeg hva jeg hadde lært så langt rundt temaet musikkterapi og spiseforstyrrelser, og fortalte også om min pågående masterstudie. I tillegg fortalte jeg om min kommende egenpraksis på ROS og hva det ville innebære å melde seg på til individuelle sesjoner med meg.

I september 2023 holdt jeg en presentasjon i regi av Alrek-helseklynge på «Day Zero - Alrekdagene» hvorav den ene dagen var en temadag som het «spiseforstyrrelser – den nye folkesykdommen?» hvor jeg igjen fortalte om mitt pågående masterprosjekt, samt min pågående musikkterapipraksis hos ROS.

I desember 2023 hadde jeg en presentasjon på ett av GAMUT sine forskningsmøter hvor jeg både fortalte om min pågående masterstudie og gikk gjennom mine foreløpige resultater og refleksjoner rundt dette. I tillegg fortalte jeg om min praksis hos ROS som på den tiden var i en avsluttende fase hvor jeg nærmet meg å være ferdig der – og presentasjonen inneholdt derfor en del refleksjoner rundt denne praksisen som jeg knyttet opp til mine funn i denne masterstudien.

I mars 2024 ble jeg invitert som gjest i podkasten «Vi i musikkterapi» hvor jeg fikk presentere masterarbeidet mitt og snakket litt om hvordan det er å være masterstudent, hva jeg skriver om, og hvordan det er å skrive masteroppgave samtidig som jeg er mamma til en toåring.

I april 2024 ble det arrangert en fagdag for musikkterapi hvor jeg fikk holde et litt lengre innlegg om hvordan jeg har gått frem for å skrive masteroppgave. Innlegget var rettet mot musikkterapistudenter som skal skrive masteroppgave i fremtiden, derfor fortalte jeg en del om selve prosessen ved å planlegge oppgaven, gjennomføre intervjuer, transkribere, analysere og skrive oppgaven i tillegg til å fortelle om selve studien og dens resultater.

6.3 Studiens relevans

Som nevnt innledningsvis er spiseforstyrrelser et økende samfunnsproblem som truer den norske folkehelsen, særlig blant unge mennesker. Folkehelseinstituttet kunne melde om en kraftig økning i spiseforstyrrelser hos unge jenter under Covid pandemien (Surén et al., 2022). Ifølge preliminare resultater fra en pågående studie viser det seg at én av ti norske ungdommer har en spiseforstyrrelse, hvorav kun en tredjedel har oppsøkt hjelp fra helsevesenet. Videre viser tallene at så mange som én av tre jenter opplever utfordringer knyttet til mat, kropp og spising (Dahlgren & Wisting, 2022).

Min studie gir en innsikt i musikkterapeuters tilnærminger og perspektiver i arbeidet med den aktuelle klientgruppen. Samtidig legger studien grunnlaget for en diskurs om hvilke aspekter som kan vektlegges i terapeutisk praksis med mennesker som lever med spiseforstyrrelser. Det bør bemerkes at min tolkning av datamaterialet ikke nødvendigvis representerer den eneste optimale tilnærmingen til musikkterapi med denne gruppen. Derfor understrekes nødvendigheten av ytterligere forskning på denne tematikken.

Med denne studien håper jeg å bidra til økt bevissthet om potensielle anvendelser av musikkterapi i behandlingen av mennesker som lever med spiseforstyrrelser. Selv om denne studien isolert sett ikke kan påvise at musikkterapi er effektiv i å fremme tilfriskning fra spiseforstyrrelser, bidrar den til å styrke eksisterende litteratur på området. Dette begrunnes med at funnene mine kan sammenkobles med allerede eksisterende forskning, og dermed beriker den overordnede kunnskapsbasen på temaet.

Etableringen av ytterligere musikkterapistillinger innen behandling av personer med spiseforstyrrelser kan være avhengig av en aktiv dialog om temaet "musikkterapi og

spiseforstyrrelser". Jeg håper at denne studien kan bidra til at det blir mer naturlig å tenke på musikkterapi i sammenheng med behandling av spiseforstyrrelser. Dette er også årsaken til at jeg har vært veldig villig til å holde presentasjoner om min masterstudie og om min praksis hos ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser).

Det er av stor betydning for meg å etablere flere stillinger innen musikkterapi. I denne forbindelse har jeg nå, i samarbeid med ROS, sendt inn en søknad til Stiftelsen Dam, hvor vi søker om midler til å opprette en to-årig prosjektstilling. Målet er at dette kan bli en fast stilling på sikt. ROS tilbyr et lavterskeltilbud og driver derfor ikke med terapi, men jeg ønsker å tilby veiledning gjennom musikk, noe som har sterke koblinger til musikkterapi. Å tilby veiledning gjennom musikk på et lavterskelnivå for mennesker med utfordringer knyttet til mat og spising er nyskapende, og det ville være svært spennende om denne drømmen kunne bli virkelighet. Dersom søknaden om midler blir innvilget, og jeg får muligheten til å jobbe med denne brukergruppen fra august 2024, vil jeg kunne bruke denne masterstudien til å styrke og informere min egen praksis.

6.4 Kritisk refleksjon rundt egen studie og forslag til videre forskning

Jeg hadde et brennende ønske om å intervjuere brukere i musikkterapi som har spiseforstyrrelser, med mål om å innhente deres perspektiver på dette temaet. Brukermedvirkning er en sentral verdi for meg, også i forskningssammenheng. Dessverre opplevde jeg manglende respons fra potensielle brukere, og dermed ble denne tilnærmingen ikke realisert. En studie som også – eller kun – intervjuer mennesker med spiseforstyrrelser kunne bidratt til å få et bredere spekter av perspektiver innenfor det gitte temaet.

På grunn av at jeg selv har studert musikkterapi i fem år så vet jeg at det også gjennom studieløpet snakkes mye om identitet, den terapeutiske relasjonen, brukermidvirkning og emosjoner. Det kan derfor tenkes at de subjektive opplevelsene som informantene i denne studien forteller om har blitt farget av deres egne studieløp. I tillegg er min subjektive forståelse av informantenes utsagn under datainnsamlingen påvirket av mitt eget studieløp. Dette betyr at resultatene mine kanskje ikke fullstendig reflekterer essensen av musikkterapi i arbeid med mennesker som har spiseforstyrrelser, men heller kan ha fokusert på essensen av musikkterapiutdannelsen.

Et ytterligere eksempel på dette fenomenet er hvordan flere av informantene i denne studien refererer til musikken som et "verktøy" for å oppnå ulike terapeutiske mål. Diskusjonen kan rettes mot spørsmålet om informantene omtaler musikken som et verktøy fordi musikken faktisk fungerer som et instrument, eller om det er en refleksjon av deres læring gjennom studiene, som har understreket musikkens potensiale som et terapeutisk verktøy. Det blir altså en selvoppfyllende profeti.

Det eksisterer et betydelig behov for ytterligere forskning rettet mot å undersøke pasienters forventninger og preferanser knyttet til musikkterapi i behandlingen av spiseforstyrrelser. Fremtidige studier bør aktivt integrere perspektivene til pasientene for å oppnå en mer omfattende og bredere forståelse av hvordan musikkterapi kan mest effektivt støtte deres individuelle behov og fremme prosessen mot bedring. I tillegg kreves det en dypere utforskning av potensialet og effektiviteten til ulike musikkterapeutiske tilnærminger i konteksten av spiseforstyrrelser. Jeg er overbevist om at videre forskning kan bidra til å skape tilstrekkelig evidens, som igjen muliggjør helsedirektoratets formulering av anbefalinger angående integrasjonen av musikkterapi i behandling for mennesker med spiseforstyrrelser. En positiv konsekvens av dette ville være etableringen av flere musikkterapistillinger ved relevante institusjoner som betjener denne pasientgruppen, og dermed ville flere enkeltpersoner som lever med spiseforstyrrelser eller relaterte utfordringer knyttet til mat få tilgang til musikkterapi som en del av behandlingsalternativene.

Gitt den nåværende dominansen av kvalitative studier innen dette feltet – som denne studien også har bidratt til – mener jeg det ville være både interessant og hensiktsmessig å utføre flere kvantitative studier om musikkterapi og spiseforstyrrelser i fremtiden. Jeg argumenterer for at utførelsen av kvantitative studier med variabler som baserer seg på vekt eller matinntak er problematisk, da graden av angst og den subjektive belastningen en person opplever som følge av spiseforstyrrelsen kan være uavhengig av matinntak og vekt. Dette kompleksitetsnivået illustreres ved situasjoner der en person som opprinnelig har anoreksi utvikler bulimi, resulterende i økte matinntak og vekt, selv om vedkommende ikke nødvendigvis har blitt frisk fra spiseforstyrrelsen. De kvantitative studiene som ble referert til i litteraturgjennomgangen (Bibb, et al., 2015; Bibb, et al., 2019; Ceccato & Roveran, 2022) undersøkte selvrapportert grad av måltidsangst, og jeg anser denne variabelen som mindre problematisk. For fremtidig musikkterapiforskning anbefaler jeg også å inkludere måling av selvrapportert mengde tid viet til bekymringer om mat og kropp, da det å ha en spiseforstyrrelse kan virke veldig altoppslukende.

Jeg vil avslutningsvis argumentere for kraftig utbredelse av bruken av musikkterapi i behandling av spiseforstyrrelser eller problematikk knyttet til spising. I tillegg trengs det også en bredere kartlegging av hvor og hvem som får tilbud om musikkterapi i landet, slik at man får bedre oversikt over hvor det trengs flere musikkterapeuter. Dette går hånd i hånd med FNs bærekraftsmål nummer 3.4: «*Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet*» (FN-sambandet, 2023) som nevnt innledningsvis.

Jeg er overbevist om at det må bli mer fokus på å skaffe flere behandlingstilbud for mennesker som lever med overspisingsproblematikk. Dette er et økende samfunnsproblem, og de som lever med overspisingslidelser trenger også terapeutisk hjelp, da det er typisk at det følger med stor skam, stigmatisering og andre vonde følelser til en overspisingslidelse.

Epilog

Helt til slutt vil jeg dele et brev som jeg fikk av en bruker i praksis hos ROS. Jeg synes dette brevet viser hvor mye musikk kan bety for en person med spiseforstyrrelser, og poengterer viktigheten av å skaffe midler slik at vi kan tilby veiledning gjennom musikk til enda flere mennesker med spiseproblematikk på et lavterskelnivå. Brevet er gjengitt med tillatelse.

Kjære Åshild

Tusen takk for at jeg fikk være med på dette musikkterapiprosjektet her på ROS. Det har vært fantastisk givende å få oppleve gleden av å synge igjen, og det å tørre å slippe løs stemmebåndet etter snart 23 år. Det har gitt en aldri så liten selvtillits-boost. Bare det å slippe spiseforstyrrelsestankene og senke skuldrene den lille timen vi har hatt, har vært gull verdt. Det har gitt en uvurderlig ro så lenge det har vart. Du er en utrolig god, varm og inspirerende person, og jeg håper virkelig at de kan finne en stilling her for deg. For det du gjør her er fantastisk godt og positivt i en ellers så tung og kaotisk hverdag for så mange. Masse lykke til videre. Håper veiene våre krysses igjen. Klem fra [anonym]

Referanser

- Aigen, K. (2013). *The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts*. New York: Routledge.
- Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior & Human Performance*, 4(2), pp. 142-175. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-X)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Amianto, F., Northoff, G., Abbate Daga, G., Fassino, S., & Tasca, G. (2016). Is anorexia nervosa a disorder of the self? A psychological approach. *Frontiers in Psychology*, 7, pp. 849-849. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00849>
- Andersen, G. (2019, 01 31). *NDLA - nasjonal digital læringsarena*. (Holbergprisen i skolen, UIB) Retrieved from Valg av forskningsmetode .
- Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst tilnærming. In S. Sjøftestad, & I. L. Andersen, *Seksuelle overgrep mot barn, traumebevisst tilnærming* (pp. 54-65). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ansdell, G. (2016). *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life*. London and New York: Routledge: Taylor & Francis Group.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4, pp. 47-55.
- Backer-Grøndahl, A., & Nærde, A. (2015). Den viktige og vanskelige selvreguleringen hos barn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52(6), pp. 497-503.
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), pp. 17-21.
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 23(4), pp. 5-11.
- Bauer, S. (2010). Music Therapy and Eating Disorders - A Single Case Study about the Sound of Human Needs. *Voices*(2). Retrieved from <https://doi.org/10.15845/voices.v10i2.258>
- Berger, A. (2011). Introduction. In A. Berger, *Self-Regulation: Brain, Cognition and Development* (pp. 3-17). American Psychological Association. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/12327-000>
- Bibb, J., Castle, D., & McFerran, K. (2019). Reducing anxiety through music therapy at an outpatient eating disorder recovery service. *Journal of Creativity in Mental Health*, 14(3), pp. 306-314.
- Bibb, j., Castle, D., & Newton, R. (2015). The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3(50). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0088-5>
- Bibb, J., Castle, D., & Newton, R. (2016). 'Circuit breaking' the anxiety: Experiences of group music therapy during supported post-meal time for adults with anorexia nervosa. *The Australian Journal of Music Therapy*, 27, pp. 1-11.

- Borgersen, G. (2016). *NAPHA*. Retrieved from Min reise - Recovery som en personlig prosess: <https://napha.no/content/20657/min-reise---recovery-som-en-personlig-prosess>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), pp. 77–101. Retrieved from <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brea, M. (2021). The music therapy and harm model (MTHM). Conceptualizing harm within music therapy practice. *ECOS - Revista Científica de musicoterapia y Diciplinas Afines, 6*(1). Retrieved from <https://doi.org/10.24215/27186199e003>
- Brewerton, T. (2019). An Overview of Trauma-Informed Care and Practice for Eating disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 28*(4), pp. 445-462. doi:<https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1532940>
- Brickel, R. E. (2018). *Brickel & Associates* . Retrieved from How to Grow When You Don't Like Change (Especially for Trauma Survivors): <https://brickelandassociates.com/how-to-grow-change-after-trauma/>
- Brown, C., & Mehler, P. (2015). Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: an update on some critical aspects. *Eat Weight Disord., 20*(4), pp. 419-425. doi:10.1007/s40519-015-0202-3
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal of Psychiatry, 26*(4), pp. 212-217. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/070674378102600402>
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry, 139*(12), pp. 1531-1538. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/ajp.139.12.1531>
- Bruscia, K. (1998). *The dynamics of music psychotherapy* . Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy*. University Park: Barcelona Publishers.
- Bucholtz, M. (2000). The politics of transcription. *Journal of Pragmatics, 32*, pp. 1439-1465. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(99\)00094-6](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(99)00094-6)
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music Therapy An Art Beyond Words*. New York: Routledge.
- Casper, R. C. (1983). Some provisional Ideas concerning the psychologic structure in anorexia nervosa and bulimia. *Anorexia Nervosa: recent developments in research*, pp. 387-392.
- Ceccato, E., & Roveran, C. (2022). Effects of Music Therapy in the Reduction of Pre-Meal Anxiety in Patients Suffering from Anorexia Nervosa. *Brain sciences, 12*(6). Retrieved from <https://doi.org/10.3390/brainsci12060801>
- Chang, E. X., Brooker, J., Hiscock, R., & O'Callaghan, C. (2023). Music-based intervention impacts for people with eating disorders: A narrative synthesis systematic review. *Journal of music therapy, 60*(2), pp. 202–231. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/jmt/thac018>
- Coutinho, E., Criekeing, T. V., Hanford, G., Nathan, R., Maden, M., & Hill, R. (2022). Music therapy interventions for eating disorders: Lack of robust evidence and recommendations for future research. *British Journal of Music Therapy, 36*(2), pp. 84-93. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/13594575221110193>

- Craddock, N., & Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), pp. 93-95. doi:10.1192
- Croce, S. R., Malcolm, A. C., Ralph-Nearman, C., & Phillipou, A. (2024). The role of identity in anorexia nervosa: A narrative review. *New Ideas in Psychology*. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101060>.
- Culbert, K., Sisk, C., & Klump, K. (2020). A Narrative Review of Sex Differences in Eating Disorders: Is There a Biological Basis? *Clinical Therapeutics*, 43(1), pp. 95-111. doi:10.1016/j.clinthera.2020.12.003
- Czepczor-Bernat, K., Modrzejewska, A., Modrzejewska, J., & Majzner, R. (2022). Comparison of Food-Based and Music-Based Regulatory Strategies for (Un)Healthy Eating, Depression, Anxiety and Stress. *Nutrients*, 14(1). doi:10.3390/nu14010187
- Dahlgren, C. L., & Wisting, L. (2022). *1 av 10 ungdommer på videregående skole har en spiseforstyrrelse*. Regional Seksjon for Spiseforstyrrelser (RASP).
- Dahlgren, C. L., Reneflot, A., Brunborg, C., Wennersberg, A., & Wisting, L. (2023). Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. *International Journal of Eating Disorders*. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/eat.24032>
- Dalgard, J., & Brean, A. (2023). Musikkterapi som distraksjon fra ettermåltidsangst i behandling av anoreksi. *Poster ifb. polyfonkonferansen*. POLYFON kunnskapsklynge for musikkterapi; Norges musikkhøgskole; Forskergruppe for spiseforstyrrelser OUS.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), pp. 227-268. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/1449618>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2010). *Forskningsetikk*. Retrieved from Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(11). doi:10.3390/nu9111274
- Diseth, Å. (2021). Vitenskapelige tilnærminger og perspektiver på psykologi. In Å. Diseth, *Psykologi 1* (p. 31). Cappelen Damm.
- Dvorak, A. (2023). Explanatory sequential descriptive analysis of music therapists' clinical practice for individuals with eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*(85). Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102067>
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), pp. 334-339. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x.
- Fallot, R., & Harris, M. (2011). *Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol*. Retrieved from Community Connections:

https://www.researchgate.net/publication/272167009_Creating_Cultures_of_Trauma-Informed_Care_A_Self-Assessment_and_Planning_Protocol

- Faurenholm, J. (1999). Er det ved at ske et paradigmeskifte i sosialt arbejde? *Paper på ORSA-konferanse i Århus*.
- FN-sambandet. (2023). *FN-SAMBANDET*. Retrieved from God helse og livskvalitet: <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Garfinkel, P., & Garner, D. (1983). The multidetermined nature of anorexia nervosa. *Anorexia nervosa: Recent developments in research*, pp. 3-14.
- George, T. (2021). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from Hermeneutics: <https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/hermeneutics/>
- Gernsbacher, M. A. (2017). The use of person-first language in scholarly writing may accentuate stigma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(7), pp. 859-861.
- Gjertsen, K. (2017). *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*. Norges musikkhøgskole.
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. In *Handbook of treatment for eating disorders* (2 ed., pp. 205-228). The Guilford Press.
- Gøtestam, K. G., Skårderud, F., Rosenvinge, J., & Vedul-Kjelsås, E. (2004). Patologisk overspising - en oversikt. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 16(124), pp. 2118-2120. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/patologisk-overspising-en-oversikt>
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. (. Gross, *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). The Guilford Press.
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2015). Affect regulation and purging: An ecological momentary assessment study in purging disorder. *J Abnorm Psychol.*, 124(2). doi:10.1037
- Halås, M. S. (2019). *musikkterapeuter som profesjonsgruppe i norge*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3(19). doi:10.1186/s40337
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), pp. 86–108. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Heiderscheit, A., & Murphy, K. M. (2021). Trauma-Informed Care in Music Therapy: Principles, Guidelines, and a Clinical Case Illustration. *Music Therapy Perspectives*, 39(12). doi:10.1093/mtp/miab011
- Helmikstøl, Ø. (2021). De forsømte pasientene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), pp. 556-562. Retrieved from <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/07/de-forsomte-pasientene>
- Helsedirektoratet. (2017). Retrieved from spiseforstyrrelser/ Definisjon og diagnostiske kriterier: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske->

kriterier#:~:text=F%2050.0%20Anorexia%20nervosa%20(anoreksi)&text=a)%20Kroppsvekten%20holdes%20minst%2015,n%C3%A5%20forventet%20vekt%C3%B8k

- Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Retrieved from 4. Terapeutiske tilnærminger i rusbehandling.
- Helsedirektoratet. (2021). Retrieved from Antall pasienter i psykisk helsevern uendret fra 2019 til 2020: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/antall-pasienter-i-psykisk-helsevern-uendret-fra-2019-til-2020>
- Helsepersonelloven. (LOV-1999-07-02-64). Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse. § 4. *Forsvarlighet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Henderson, Z. B., Fox, J. R., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders: A qualitative metasynthesis. *Clin Psychol Psychother.*, 26(4), pp. 440-457. doi:10.1002
- Herman, J. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. United States: Basic Books.
- Hilliard, R. (2001). The Use of Cognitive-Behavioral Music Therapy in the Treatment of Women with Eating Disorders. *Music Therapy Perspectives*(2), pp. 109–113. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/mtp/19.2.109>
- Hilliard, R. (2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music Therapy*, 40(2), pp. 113-137. doi:10.1093/jmt/40.2.113
- Johansson, K. (2016). . Mellom hermeneutikk og fenomenologi – et essay i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi*. Retrieved from <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>
- Johnsen, H., & Olsen, B. (1992). Hermeneutics and Archaeology: On the Philosophy of Contextual Archaeology. *American Antiquity*, 57(3), pp. 419-436. doi:10.2307/280931
- Kielland, Solli, & Trondalen. (2020). *Eableringshåndbok for musikkterapi i rus- og psykisk helsetjeneste*. (2). Oslo.
- Kisiel, T., & Sheehan, T. (2007). *Becoming Heidegger: On the Trail of His Early Occasional Writings, 1910-1927*. Northwestern University Press.
- Knox, R., & Cooper, M. (2015). *The therapeutic relationship in counselling and psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- Kruger, V., Nordanger, D. Ø., & Stige, B. (2017). Musikkterapi og traumebevisst omsorg i barnevernet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, pp. 998-1008.
- Kunkeova, M. (2016). Skam og overspisingslidelse - En litteraturstudie av skammens relevans i forståelsen av overspisingslidelse. *Hovedoppgave ved Psykologisk institutt*. Universitetet i Oslo.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed.). Gyldendal akademisk.

- LeCompte, M., & Goetz, J. (1982). Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Educational Research*, 52(1), pp. 31-60. Retrieved from <https://doi.org/10.3102/00346543052001031>
- Lejonclou, A., & Trondalen, G. (2009). "I've started to move into my own body": Music therapy with women suffering from eating disorders. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(1), pp. 79-92.
- Levine, M. P. (2011). Loneliness and Eating Disorders. *The Journal of Psychology*, pp. 243-257. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>
- Lopez-Garrido, G. (2023). *SimplyPsychology*. Retrieved from Self-Determination Theory: How It Explains Motivation: <https://www.simplypsychology.org/self-determination-theory.html>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V., & Guassora, A. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), pp. 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Manger, T., & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring* (2 ed.). Fagbokforlaget.
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), pp. 370-396. doi: <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- McCaffrey, G., Raffin-Bouchal, S., & Moules, N. J. (2012). Hermeneutics as Research Approach: A Reappraisal. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(3), pp. 214-229. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/160940691201100303>
- Mccaffrey, T., Carr, C., Solli, H. P., & Hense, C. (2018). Music Therapy and Recovery in Mental Health. *Voices*, 18(1). Retrieved from <https://doi.org/10.15845/voices.v18i1.918>
- McClelland, D. C. (1985). How motives, skills, and values determine what people do. *American Psychologist*, 40(7), pp. 812-825. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.7.812>
- McFerran, K., Baker, F., Kildea, C., Patton, G., & Sawyer, S. (2008). Avoiding Conflict: What Do Adolescents with Disordered Eating Say about Their Mothers in Music Therapy? *British Journal of Music Therapy*, 22(1), pp. 16-23.
- McFerran, K., Baker, F., Patton, G., & Sawyer, S. (2006). A retrospective lyrical analysis of songs written by adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(6), pp. 397-403.
- McIvor, D. (2023). Exploring the Client-Therapist Relationship in Music Therapy - A Qualitative Study in Adult Mental Healthcare. *Voices*, 23(3). Retrieved from <https://doi.org/10.15845/voices.v23i3.3931>
- McMullin, C. (2021). Transcription and Qualitative Methods: Implications for Third Sector Research. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 34, pp. 140-153. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00400-3>
- Mental helse ungdom. (2024). *mentalhelseungdom*. Retrieved from Medvirkning: <https://mentalhelseungdom.no/prinsipprogram/medvirkning/>

- Moore, K. (2013). A Systematic Review on the Neural Effects of Music on Emotion Regulation: Implications for Music Therapy Practice. *Journal of Music Therapy*, 50(3), pp. 198–242. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/jmt/50.3.198>
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 47(4), pp. 70-84. doi:10.1016/j.cppeds.2017.02.003
- Nahum, D., Alfonso, C., & Sönmez, E. (2019). Common Factors in Psychotherapy. In A. Javed, & K. Fountoulakis, *Advances in Psychiatry* (pp. 471-481). Cham: Springer.
- National Institute of Mental Health. (2021). *Eating Disorders: About More Than Food*. Bethesda: U.S department of health and human services.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble, *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 113–141). American Psychological Association.
- Norcross, J., & Lambert, M. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), pp. 303–315. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), pp. 530-536.
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, pp. 83-95. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.005
- Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Sec. Psychology for Clinical Settings*. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>
- Pasiali, V., Quick, D., Hassall, J., & Park, H. A. (2020). Music Therapy Programming for Persons With Eating Disorders. *Voices*, 20(3). Retrieved mars 30, 2021, from <https://doi.org/10.15845/voices.v20i3.2785>
- Pathak, V., Jena, B., & Kalra, S. (2013). Qualitative research. *Perspect Clin Res.*, 4(3), p. 192. doi:10.4103/2229-3485.115389
- Podolan, M. (2022). The functions of safety in psychotherapy: A comparative analysis across therapeutic schools. doi:<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1697053/v1>
- Ponty, M. M. (1945). *Phenomenology of Perception*. Frankrike: Éditions Gallimard, Routledge & Kegan Paul.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kausstudier* (2 ed.). Universitetsforlaget.
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M., Horczak, P., & Vervaet, M. (2021). Differences in the use of emotion regulation strategies between anorexia and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 109.
- Reeve, J. (2015). *Understanding motivation and emotion* (6 ed.). Hoboken: Wiley.

- Robarts, J. (2000). Music Therapy and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*(3), pp. 3-12. doi: 10.1080/08098130009477981
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Rolvjord, R. (2014). What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(4), pp. 296-321. doi:<https://doi.org/10.1080/08098131.2014.964753>
- ROS - Råd om spiseforstyrrelser. (u.å). ROS. Retrieved from Uspesifiserte spiseforstyrrelser : <https://nettros.no/fa-kunnskap/uspesifiserte-spiseforstyrrelser/>
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. doi:10.1186/s40479-016-0037-1
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling : teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum Forlag.
- Ruud, E. (1997). Music and the Quality of Life. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*, 6(2), pp. 86-97. doi:10.1080/08098139709477902
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi . *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi*, pp. 5-28.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), pp. 68-78.
- Sannes, I. (2012). *Musikk som uttrykkshjelp for følelser i psykoterapi med barn og unge*. Oslo: UiO.
- Schousboe, B. H., Clausen, L., Støving, R. K., & Hecht, L. K. (2020). *Kort & godt om SPISEFORSTYRRELSE* (1 ed.). København: Dansk psykologisk forlag.
- Scrine, E. (2021). The Limits of Resilience and the Need for Resistance: Articulating the Role of Music Therapy With Young People Within a Shifting Trauma Paradigm. *Frontiers in Psychology*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.600245
- Scrine, E., & Koike, A. (2022). Questioning the Promise of Safety in Trauma-Informed Music Therapy Practice. In L. E. Beer, & J. C. Birnbaum, *Trauma-Informed Music Therapy* (pp. 37-44). New York : Routledge.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind : How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford Publications.
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), pp. 362-371. doi:10.1097/YCO.0000000000000818
- Silverman, M. (2019). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*, 56(1), pp. 90-116. doi:doi: 10.1093/jmt/thy019

- Sinclair, J. (2012). Don't Mourn for Us. *Autonomy, the Critical Journal of Interdisciplinary Autism Studies*, 1(1), pp. 1-4.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2015). *Motivasjon for læring: Teori og praksis*. Universitetsforlaget.
- Smith, D. W. (2018). Phenomenology. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University. Retrieved from <https://plato.stanford.edu/archives/sum2018/entries/phenomenology/>
- Stene, I. (2023). Musikk som reguleringsstøtte. En studie av Terapeutisk Musikklytting (TML) og spiseforstyrrelser. Norges musikkhøgskole.
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk . In G. Trondalen, E. Ruud, & S. f. helse (Ed.), *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi* (Vol. 3, pp. 139-160). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19, pp. 1504–16.
- Stucki, C., & Grawe, K. (2007). Bedürfnis -und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. *Psychotherapeut* 52, pp. 16-23.
- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A., & Hart, R. K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, 5(7). doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.22079
- Svartdal, F. (2000). *Innføring i psykologi : studieveiledning og kommentarer* (3 ed.). NKI fjernundervisningen.
- Søftestad, S., & Andersen, I. (2014). *Seksuelle overgrep mot barn. Traumebevisst tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Testa, F., Arunachalam, S., Heiderscheit, A., & Himmerich, H. (2020). A Systematic Review of Scientific Studies on the Effects of Music in People with or at Risk for Eating Disorders. *Psychiatr Danub.*, 32(3-4), pp. 334-345. doi:10.24869/psyd.2020.334
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3 ed.). Fagbokforlaget.
- The Emily Program. (2020, april). *Emilyprogram*. Retrieved from Who Am I Without My Eating Disorder: <https://emilyprogram.com/blog/who-am-i-without-my-eating-disorder/>
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), pp. 25-52, 250–283. Retrieved from <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4 ed.). Gyldendal.
- Torgersen, L. (2016). *Folkehelseinstituttet*. Retrieved mars 27, 2021, from Fakta om spiseforstyrrelser - anoreksi, bulimi og overspisingslidelse: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Trondalen, G. (2003). "self-listening" in music therapy with a young woman suffering from anorexia nervosa. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(1), pp. 3-17.
- Trondalen, G. (2004). Klingende Relasjoner. *Doktoravhandling for graden PHD*. Retrieved from NMH Brage

- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi: et relasjonelt perspektiv. In G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse : 30 år med norsk musikkterapi* (pp. 29-48). Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy: an intersubjective perspective*. Barcelona Publishers.
- Trondalen, G. (2019). Musical Intersubjectivity. *The Arts in Psychotherapy*, 65. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101589>
- Trondalen, G., & Skårderud, F. (2007). Playing With Affects...and the Importance of "Affect Attunement". *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(2), pp. 100-111. doi:10.1080/08098130709478180
- Tveiten, S. (2006). *Den vet best hvor skoen trykker - Om veiledning i empowermentprosessen* (1 ed.). Fagbokforlaget.
- Uhlig, S., Jansen, E., & Scherder, E. (2018). "Being a bully isn't very cool...": Rap & Sing Music Therapy for enhanced emotional self-regulation in an adolescent school setting – a randomized controlled trial. *Psychology of Music*, 46(4), pp. 568–587. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/0305735617719154>
- van Hoeken, D., & Hoek, H. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry*, 33(6), pp. 521-527. doi:10.1097
- Vedul-Kjelsås, E. K., & Gøtestam, G. (2004). Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 124, pp. 2369-2371.
- Villasís-Keever, M., Márquez-González, H., Zurita-Cruz, J., & Miranda-Navales, G. (2018). Research protocol VII. Validity and reliability of the measurements. *Revista Alergia Mexico*, 65(4), pp. 414-421. Retrieved from <https://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v65n4/2448-9190-ram-65-04-414.pdf>
- Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2010). Emotion Avoidance in Patients with Anorexia Nervosa: Initial Test of a Functional Model. *Int J Eat Disord*, 43(5), pp. 398-404. doi:10.1002
- Worthington, M. (2019, juli 11). Differences between Phenomenological Research and a Basic Qualitative Research Design . Capella .
- Aasgaard, T. (2006). Musikk i arbeid med barn på sykehus. In T. Aasgaard, *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Vedlegg

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Musikkterapi i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan musikkterapeuter arbeider med mennesker som lever med spiseforstyrrelser, og hvordan mennesker som lever med spiseforstyrrelser ønsker at musikkterapien skal foregå. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er et masteroppgaveprosjekt som del av musikkterapi-studiet.

Formålet med prosjektet er å finne ut hvordan musikkterapeuter arbeider med mennesker som lever med spiseforstyrrelser, hvilke metoder og faglige tilnærminger som brukes i teorien, samt hvilke teorier og perspektiver musikkterapeuter forholder seg til i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser eller symptomer på spiseforstyrrelser. I tillegg til dette vil prosjektet som nevnt utforske hvordan mennesker som lever med spiseforstyrrelser ønsker at musikkterapien skal foregå.

For å samle data til dette prosjektet vil det bli intervjuet ca 5 musikkterapideltakere, og ca 5 musikkterapeuter. Intervjuene vil så analyseres og behandles, og resultatene vil deretter publiseres i masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Kjetil Hjørnevik (veileder) er ansvarlig for prosjektet. Universitetet i Bergen er behandlingsansvarlig.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er en aktuell kandidat til dette prosjektet. Dette innebærer for deg at du har minst fullført en mastergrad i musikkterapi, at du er ansatt i en stilling som musikkterapeut og at du arbeider med minst 1 person som lever med spiseforstyrrelser eller symptomer på en spiseforstyrrelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju holdt av musikkterapistudent (Åshild Hjørnevik). Intervjuet kan vare fra 10 minutter opptil 1 time, avhengig av hvor mye du vil fortelle. Det vil bli spurt spørsmål som omhandler hvordan musikkterapi med den nevnte brukergruppen foregår, hvilke teorier og musikkterapeutiske perspektiver du forholder deg til, hva som er målet med terapien, og lignende spørsmål. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Lydopptaket vil ikke bli hørt av utenforstående, og vil bli slettet etter prosjektets avslutning.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til dine data blir student (Åshild Hjørnevik) og veileder (Kjetil Hjørnevik).
- For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til dine personopplysninger, vil navnet og kontaktopplysningene dine erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. I tillegg vil datamaterialet bli lagret på SAFE (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur) – som er IT-avdelingen ved UiB sin løsning for sikker behandling av sensitive personopplysninger i forskning.
- Det blir hovedsakelig student (Åshild Hjørnevik) som vil samle inn, bearbeide og transkribere data.
- Opplysninger om deg som gjør at du kan gjenkjennes, vil ikke publiseres i oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er til sommeren 2024 (NB! Kan forlenges). Da vil lydopptak og personopplysninger slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen ved Kjetil Hjørnevik (veileder) epost: kjetil.hjornevik@uib.no eller Åshild Hjørnevik (student) epost: ashild.hjornevik@student.uib.no
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim - epost: personvernombud@uib.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kjetil Hjørnevik
(Forsker/veileder)

Åshild Hjørnevik
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Musikkterapi i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju som det blir gjort lydopptak av.
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

187742

Vurderingstype

Standard

Dato

31.01.2023

Tittel

Musikkterapi i arbeid med mennesker som lever med spiseforstyrrelser

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Fakultet for kunst, musikk og design / Griegakademiet - Institutt for musikk

Prosjektansvarlig

Kjetil Hjørnevik

Student

Åshild Hjørnevik

Prosjektperiode

22.09.2021 - 30.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.