

# Musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd

Masteroppgave i musikkterapi  
Norges musikkhøgskole, våren 2013  
Karoline Rånes Fagerheim

**Karoline Rånes Fagerheim**

**Musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd**

**Masteroppgave i Musikkterapi**

**© Norges musikkhøgskole**

**2013**

## Takk

I arbeidet mitt med denne masteroppgaven har jeg fått muligheten til å intervju to musikkterapeuter om deres erfaringer med brukergruppen ungdommer som viser innagerende atferd. I tillegg har jeg fått tak i 15 musikkterapeuter som var villige til å svare på en spørreundersøkelse per telefon. Uten disse musikkterapeutene hadde det ikke vært noe datamateriell eller noen masteroppgave. Tusen takk til dere for spennende innsikt i et felt jeg håper blir mer synlig med denne oppgaven.

Jeg vil også takke min veileder Hans Borchgrevink for den veiledningen jeg har fått til denne oppgaven.

Min søster Hanne Tommelstad skal også ha takk for velvillige gjennomlesinger, pirkete tilbakemeldinger og ivrige diskusjoner om temaet jeg har skrevet om og masterskriving generelt.

Og takk til mannen min som er der uansett. Og i tillegg kommer med skikkelig gode idéer.

Oslo, mai 2013

Karoline Rånes Fagerheim

## Sammendrag

**Introduksjon:** Studien tar for seg hvordan musikk og musikkterapi virker på ungdommer som viser innagerende atferd.

**Metode:** Forskningsmetodene som brukes er litteraturstudie av internasjonale forskningsstudier, semistrukturerte dybdeintervjuer med to norske musikkterapeuter, og spørreundersøkelse med 15 norske musikkterapeuter med erfaring med denne gruppen.

**Resultater:** Av 42 inkluderte studier i litteraturstudien hevder 31 å ha funnet positiv effekt av musikk og musikkterapi. I dybdeintervjuene blir betydningsfulle temaer trukket frem: aktivitet, tilrettelegging/tolking, musikkvalg/musikksmak, relasjon, mulighet til å komme i bevegelse, emosjonsregulering, uttrykke seg og forstå egne følelser, opplevelse av mestring og bekreftelse/anerkjennelse. Respondentene i spørreundersøkelsen vurderte effekten av relasjonstrening i musikkterapi til å være statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ) god, med en middelvei på 3,2 og effekten av bekreftelse/anerkjennelse til å være statistisk signifikant ( $p < 0,05$ ) god til svært god, med en middelvei på 3,6<sup>1</sup>. Musikkterapeutenes vurdering av effekt av metoder benyttet på målgruppen viste en middelvei på 3,14, som tilsvarer god til svært god effekt<sup>2</sup>.

**Diskusjon:** Funnene gjort i litteraturstudien, dybdeintervjuene og spørreundersøkelsen er i stor grad i tråd med hverandre. Funnene viser noe uenighet om musikk eller musikkterapi kan ha negativ effekt på brukergruppen.

**Emneord:** musikkterapi, musikk, innagerende atferd, ungdommer.

---

<sup>1</sup> Benyttet skala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.

<sup>2</sup> Benyttet skala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.

<sup>2</sup> Benyttet skala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.

## Abstract

**Introduction:** This study presents how music and music therapy may influence adolescents with shyness, introvert behaviour or social withdrawal.

**Methods:** The methods used are a literature review of international research studies, semi-structured in-depth interviews with two Norwegian music therapists, and a survey with 15 Norwegian music therapists, who had experience with the target group, as respondents.

**Results:** 31 of the 42 studies included in the literature review claim to have found positive effects of music and music therapy. The findings in the in-depth interviews describe the importance of activity, facilitation / interpretation, music selection / taste in music, relation, possibility for movement, regulation of emotion, self-expression and understanding of own feelings, the experience of mastering and confirmation / recognition. The respondents to the survey assessed the effect of relational training in music therapy to be statistic significant ( $p < 0.05$ ) good, with a mean value of 3.2, and the effect of confirmation / recognition to be statistic significant ( $p < 0.05$ ) good to very good, with a mean value of 3.6<sup>3</sup>. The music therapists' assessment of the efficiency of methods used in the target group showed a mean value of 3.14, which corresponds to an effect of good to very good<sup>4</sup>.

**Discussion:** The results from the literature review, the in-depth interviews and the survey are for the most part coherent. In the discussion about whether music and music therapy has a negative effect or not on these adolescents there are some disagreements.

**Keywords:** music therapy, music, shyness, adolescent.

---

<sup>3</sup> Scale used: 1 = no effect, 2 = some effect, 3 = good effect, 4 = very good effect.

<sup>4</sup> Scale used: 1 = no effect, 2 = some effect, 3 = good effect, 4 = very good effect.

# Innholdsfortegnelse

Takk .....	iii
Sammendrag .....	iv
Innholdsfortegnelse .....	vi
<b>1. Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Formål med studien / problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.4 Studiens begrensninger og avgrensning .....	6
1.5 Forskningsdesign og prosjektbeskrivelse .....	6
1.6 Metodisk tilnærming .....	7
1.7 Etske problemstillinger .....	10
1.8 Oppsett .....	11
<b>2. Litteraturstudie.....</b>	<b>12</b>
2.1 Litteraturstudien – endelig problemstilling.....	12
2.2 Metode for litteraturstudie .....	12
2.3 Resultater: inkluderte studier i litteraturstudien.....	15
2.3.1 Angst og depresjon – effekt av musikk og musikkterapi.....	18
2.3.2 Sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme – effekt av musikk og musikkterapi....	23
2.3.3 Mental helse, egenomsorg og sårbarhet – effekt av musikk og musikkterapi .....	27
2.5 Sammenfatning .....	35
2.6 Endelig problemstilling – norske musikkterapeuters erfaringer med ungdom med innagerende atferd.....	38
<b>3. Kvalitative dybdeintervjuer .....</b>	<b>39</b>
3.1 Innledning .....	39
3.2 Metode for kvalitative dybdeintervjuer .....	39
3.3 Musikkterapeutenes oppmerksomhet mot og erfaring med ungdommer som viser innagerende atferd, og deres forståelse av dem .....	43
3.3.1 Musikkterapeuters erfaring med ungdommer med innagerende atferd / beskrivelse av kjennetegn.....	43
3.3.2 Musikkterapeutenes tanker rundt begrepet innagerende atferd.....	46
3.3.3 Musikkterapeutenes årsaksforklaringer for ungdoms innagerende atferd og oppmerksomhet mot mulige vansker .....	47
3.4 Musikkterapeutenes bruk av musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd.....	49

3.4.1 Aktivitet .....	49
3.4.2 Opplevelse av mestring.....	51
3.4.3 Tilrettelegge og tolke/gjette .....	53
3.4.4 Musikkvalg/musikksmak.....	54
<b>3.5 Musikkterapeutenes forståelse av hva musikken og musikkterapien bidrar med i møte med ungdommer som viser innagerende atferd .....</b>	<b>55</b>
3.5.1 Relasjon.....	56
3.5.2 Mulighet til å komme i bevegelse.....	57
3.5.3 Emosjonsregulering.....	58
3.5.4 Uttrykke seg og forstå seg selv og sine egne følelser .....	59
3.5.5 Bekreftelse/anerkjennelse .....	60
<b>3.6 Sammenfatning .....</b>	<b>61</b>
<b>4. Spørreundersøkelsen .....</b>	<b>64</b>
4.1 Innledning .....	64
4.2 Metode for kvantitativt spørreskjema .....	64
4.3 Resultater av spørreskjemaene.....	67
4.3.1 Personopplysninger, respondentene .....	67
4.3.2 Samhandling med målgruppen.....	69
4.3.3 Arbeidet .....	71
4.3.4 Effekt .....	74
<b>4.4 Sammenfatning .....</b>	<b>83</b>
<b>5. Samlet diskusjon .....</b>	<b>85</b>
5.1 Oppsummering av hovedfunn .....	85
5.2 Sammenlikning av funn i dybdeintervju, spørreundersøkelsen og litteraturstudien.....	86
5.3 Oppgavens begrensninger .....	93
5.2.1 Begrepsforståelse .....	93
5.2.2 Metodekritikk.....	94
5.4 Veien videre.....	95
<b>6. Konklusjon.....</b>	<b>96</b>
<b>Litteratur.....</b>	<b>97</b>
<b>Figurliste .....</b>	<b>103</b>
<b>Tabelliste.....</b>	<b>104</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>104</b>





# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Innagerende atferd er et begrep det fort stilles spørsmålstegn ved. Hva er innagerende atferd? Innagerende atferd betegner de stille, de usynlige, de som trekker seg tilbake. Men er dette egentlig en atferd? Eller er det mangel på atferd? Å tie er også å kommunisere noe. Atferden er kanskje ikke synlig eller aktiv i form av en fysisk handling, men den kommuniserer noe.

Jeg ble kjent med begrepet innagerende atferd da jeg avsluttet mitt bachelorstudium i musikk. Tilfeldigvis var jeg på et foredrag med Ingrid Lund (2006, 2010, 2012) fordi jeg skulle synge noen sanger som et kulturelt innslag som en start på dagen. Jeg ble værende, for dette temaet interesserte meg. Jeg opplevde å endelig få et fokus på, og et begrep for, de barna og ungdommene som forsvinner i mengdene. Jeg hadde mange ganger tidligere tenkt på disse. Jeg hadde irritert meg i mange sammenhenger fordi det bare var fokus på at de utagerende trengte hjelp. Endelig møtte jeg noen som hadde fokus på det motsatte, som forsket på innagerende atferd.

I løpet av foredraget ble det i en setning nevnt at musikk og musikkterapi kunne være en hjelp for ungdommer med innagerende atferd. Musikken kunne gi en uttrykksmulighet. Skulle jeg bli musikkterapeut? Veien førte meg til musikkterapistudiet, og i løpet av de tre siste årene har jeg hatt fokus på elevene med innagerende atferd. Temaet for min masteroppgave ble tidlig satt.

Ingrid Lund trekker frem utviklingspsykolog Daniel Stern sine prinsipper som relevante i møte med ungdommer som viser innagerende atferd (Lund, 2006). Da Stern er en viktig person i musikkterapien, der hans forståelse og ideer om spedbarns kommunikasjon vekker klangbunn (Stern, 2010; Trondalen, 2004), ser jeg at dette kan være en spennende sammenheng. Med dette som bakteppe var det ønskelig å finne ut hva internasjonal faglitteratur sier om musikkterapi med ungdommer med innagerende atferd, som i den engelske litteraturen blant annet er uttrykt med begrepene *shyness* (Crozier, 2001), *introvert*

*behaviour* (Slee og Rigby, 1993) og *social withdrawal* (Miller og Coll, 2007).

Denne studien vil presentere en kort litteraturstudie av internasjonale studier, kvalitative intervjuer og en kvantitativ spørreundersøkelse.

For å belyse temaet var det interessant å dybdeintervjue norske musikkterapeuter om deres erfaring med denne gruppen. For å få en bredere oversikt over norske musikkterapeuters erfaring med arbeid med innagerende ungdommer ble det også gjennomført en spørreundersøkelse. Målgruppen var norske musikkterapeuter i østlandsområdet som hadde erfaring med musikkterapi med ungdommer som viste innagerende atferd.

Det er interessant at flere hevder at musikk og musikkterapi kan være bra for ungdommer som viser innagerende atferd (Lund, forelesning Volda 2010; Shaughnessy og Lehtonen, 1998), da jeg finner lite forskning på dette feltet. Av den grunn mener jeg denne studien er relevant og nødvendig for å gjøre rede for dette temaet. Hvilken effekt har musikkterapi på ungdommer som viser innagerende atferd?

## ***1.2 Formål med studien / problemstilling***

Jeg ønsker med denne studien å finne ut av hvordan norske musikkterapeuter har erfart sitt arbeid med ungdommer med innagerende atferd, og hvilken grad deres erfaringer er i samsvar med internasjonal faglitteratur. Mitt ønske er å studere musikkterapiens virkning og betydning for denne brukergruppen.

### **Foreløpig problemstilling**

Problemstillingene det fra starten ble arbeidet ut fra var:

”1. Hva sier internasjonal forskningslitteratur om musikk og musikkterapiens effekt på ungdommer med innagerende atferd, 2. hvilken erfaring har norske musikkterapeuter med dette?”

### **1.3 Begrepsavklaring**

Innagerende atferd defineres av Lund (2012) som ”en atferd der følelser, opplevelser og tanker holdes og vendes innover mot en selv. Uttrykk som kommuniseres, kan være sårbar, avvisende, deprimert, tilbaketrukket, angst og usikkerhet” (Lund, 2012:15).

Begrepet innagerende atferd vekker oppmerksomhet. Det er for mange fortsatt en ukjent betegnelse, noe som etter min erfaring har gjort at folk stopper opp og spør hva det betyr før de er klare for at samtalen fortsetter. Å bruke begrepet agere i denne sammenheng er blitt problematisert, blant annet av mine informanter. Agere dreier seg om en handling. Begrepet innagerende forteller at ageringen skjer innover. Jeg stiller meg spørrende til om Lund egentlig mener *innagerende* atferd – altså aktiv agering innover – eller om hun heller burde ha valgt begrepet *inagerende*, det vil si manglende agering. Slik begrepet forklares opplever jeg at det i størst grad beskriver fravær av agering. Samtidig opplever jeg at jeg har fanget opp begge disse gruppene i min studie. Dette kan dreie seg om at definisjonen er vag nok til å romme begge grupper. Det er gjort ulike studier de siste årene om innagerende atferd. Lite av denne forskningen dreier seg om musikk eller musikkterapi, men er interessant for å se omfanget av begrepets inntog i pedagogikk-literaturen.

Innagerende atferd er et relativt nytt begrep. Så vidt jeg kjenner til er det Ingrid Lund, førsteamanuensis ved Universitetet i Agder, som har utbredt bruken av begrepet. Definisjonen hennes har utviklet seg gjennom hennes arbeid. I starten av mitt eget arbeid brukte jeg derfor en annen definisjon enn den som er gjengitt over. Denne fant jeg i tidligere arbeid av henne. Hennes definisjon fra 2006 lyder som følger:

*Innagerende atferd* kjennetegnes av nervøs og hemmet atferd. Det kan vise seg som barn med personlighetsvansker, nevrotiske trekk og angst, overdreven bekymring spesielt i forhold til nye situasjoner og unngåelsesatferd. De viser ofte atferd preget av tristhet, viser sjelden glede og spontanitet. Atferden er preget ”agresjonshemming”. Andre kjennetegn er passivitet, der disse elevene er mer preget av overkontroll enn mangel på kontroll, (Aasen 1987). Sørli og Nordahl(1998) nevner begreper som ensomhet, alenehet, dårlig selvoppfatning, passivitet i

undervisningssituasjoner, depresjoner, angst og usikkerhet, overdreven bekymring og psykosomatiske plager, som eksempler på innagerende atferd. I utgangspunktet er det vanlig å se på atferdsproblemer som variasjoner over allmennmenneskelige problemer. Variasjonene finner en først og fremst i *antall* problemer, hvor *intense* de er, og i deres *varighet* (Ogden 1987). Det vil si at alle kan utvise en innagerende atferd, slik at det nødvendigvis ikke er atferden i seg selv som er uvanlig, men når og hvor ofte den fremvises. Når atferden utvises på gale steder, til gal tid, i nærvær av feil mennesker og i uhensiktmessig omfang, da blir atferden oppfattet som avvikende. Problemet er ofte ikke kvaliteten på atferden, men kvantiteten (Aasen 1987, Sørli & Nordahl 1998).

Det som er felles er at atferdsbeskrivelsen må være av en slik art at varighet, intensitet og frekvens i hvert fall dekker tre av punktene i definisjonen til Sørli og Nordahl:

1. Bryte med det som er forventet atferd
2. Hemme læring og/eller utvikling hos eleven selv
3. Hindre positiv samhandling med andre

(Lund, 2006:5)

Årsaken til at Ingrid Lunds definisjonen er valgt, er at begrepet innagerende atferd er et begrep hun har innført i pedagogikkfeltet i Norge gjennom sin forskning på dette området. Hun begrunner begrepet med at hun ønsket å understreke at den innagerende atferden også finnes, ikke bare den utagerende. Ser man på dagens masteroppgaver i pedagogikk og spesialpedagogikk, ser man også at begrepet er på vei inn i fagkretsen. Som resultat av et søk på ordene ”innagerende atferd” i BIBSYS-ASK (u.å.) kom det 36 treff, 9 av disse var duplikater, altså 27 ulike treff. 17 av disse hadde begrepet ”innagerende atferd” i tittelen. Av de 27 treffene var det 16 masteroppgaver, 13 av disse med begrepet ”innagerende atferd” i tittelen. Alle treffene er funnet i litteratur fra tidsrommet 2003-2012.

Selv om begrepet innagerende atferd er relativt nytt, betyr ikke det at området er helt nytt å

forske på. Inn under begrepet går også introvert, innadventd atferd, kjennetegn av skyhet, tilbaketrekning (Befring, 2008) og sosial isolasjon (Befring, 2008; Nordahl, Sørli, Manger et al., 2005). Lund (2006, 2010, 2012) viser til internasjonale kilder for å forklare sitt begrep i den engelskspråklige verden. I internasjonal faglitteratur blir begrepene *shyness* (Crozier, 2001), *introvert behaviour* (Rigby og Slee, 1993) og *social withdrawal* (Miller og Coll, 2007) brukt om denne atferden. Om valg av ulike søkeord se metodekapittel i kapittel 2.

Innagerende atferd kan ses i sammenheng med psykologi og ikke kun pedagogikk. I denne sammenhengen er begrepet kanskje mindre korrekt å bruke, da den er for vid. Jeg ønsker derfor å se begrepet i sammenheng med andre psykiatriske diagnoser.

I et forberedende søk til studien ble det ikke funnet noen studier med kvantitative eller kvalitative data om effekten av musikk eller musikkterapi på ungdommer med innagerende atferd. Dette kan skyldes ulik begrepsbruk i litteraturen, men også at ungdom med innagerende atferd er en meget sammensatt gruppe. Med bakgrunn i dette ble det forsøkt å søke opp aktuell litteratur ved å kombinere søk om musikkterapi og musikk med ord som brukes i definisjonen av innagerende atferd. Disse begrepene er hentet i Ingrid Lunds definisjon av innagerende atferd fra 2006, gjengitt tidligere i dette kapitlet.

Med bakgrunn i denne definisjonen er ordene angst, hemmet atferd, ensomhet, dårlig selvoppfatning, depresjon, usikkerhet og innagerende trukket ut som kjennetegn på innagerende atferd, og valgt som søkeord. Disse begrepene er oversatt til anxiety (angst og bekymring), impaired behaviors, loneliness, poor self-esteem, depression, uncertainty, shyness, introvert behavior og social withdrawal. I tillegg er det valgt å ta med søk på selektiv mutisme og selvskading, da disse begrepene ses relevante for å fange opp aktuelle artikler. Disse begrepene er oversatt til selective mutism, self mutilation. Angst, depresjon, selektiv mutisme og selvskading er de begrepene som går inn i et diagnoseperspektiv.

I en psykologisk sammenheng er det av betydning å se på forskjellen på å agere innover og å ikke agere. Begrepet innagerende atferd slik det presenteres av Lund (2006, 2012) kan omfatte begge disse typene atferd.

## ***1.4 Studiens begrensninger og avgrensning***

Den metodiske gjennomgangen av forskningslitteraturen er begrenset til søk i PubMed, Répertoire International de Littérature Musicale (RILM) og International Index to Music Periodicals (IIMP).

De kvalitative intervjuene er begrenset til et antall av to informanter som jobber i hvert sitt felt, en i skole og en i psykisk helsevern. I et kvalitativt perspektiv kan to intervjuer gi informasjon som er valid og brukbar for å forstå en sammenheng, eller et fenomen, selv om det ikke gir grunnlag for valid og reliabel generalisering.

Siste del av empirien er hentet fra en spørreundersøkelse som er gjennomført med 15 respondenter. Kriteriene for deltakelse i spørreundersøkelsen var utdannede musikkterapeuter i østlandsområdet som hadde erfaring med arbeid med ungdommer som viser innagerende atferd. I en statistisk sammenheng er dette et ikke-statistisk utvalg, men funnene kan likevel si noe om i hvilken grad slike ungdommer får tilbud om musikkterapi og i hvilke sammenhenger de henvises.

Da jeg av etiske grunner har valgt å ikke intervju ungdommer med innagerende atferd, men musikkterapeuter med erfaring med denne gruppen, må vi være oppmerksomme på hvor datamaterialet kommer fra, og hva studien hevder å påstå. Intervjuene og spørreundersøkelsen gir kun opplysninger om musikkterapeuters opplevelse av effekt, og ikke klientenes opplevelse av effekt.

## ***1.5 Forskningsdesign og prosjektbeskrivelse***

For å få mest mulig utfyllende data er det valgt tre ulike datainnsamlingsmetoder. Det var ønskelig å få en oversikt over hva forskningslitteraturen kan fortelle om bruk av musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd. Dette var det et poeng å få en oversikt over da dette ikke ser ut til å være samlet i noen grad tidligere. Denne målgruppen samles ikke nødvendigvis under ett i alle felt, slik det ser ut til at pedagogikkfeltet i Norge har

begynt å gjøre. Videre var det ønskelig å finne ut hva norske musikkterapeuter har erfart i arbeid med denne gruppen. Kvalitative dybdeintervju ble valgt i denne sammenheng for å få en større forståelse av hvilken erfaring musikkterapeutene sitter på, og deres opplevelse av arbeidet med ungdommer som viser innagerende atferd. Da dybdeintervjuer begrenser mengden informanter, var det også ønskelig å gjennomføre en spørreundersøkelse med flere norske musikkterapeuter som kunne ha erfaring med målgruppen, for på den måten å få en større oversikt over erfaring av arbeidet med målgruppen.

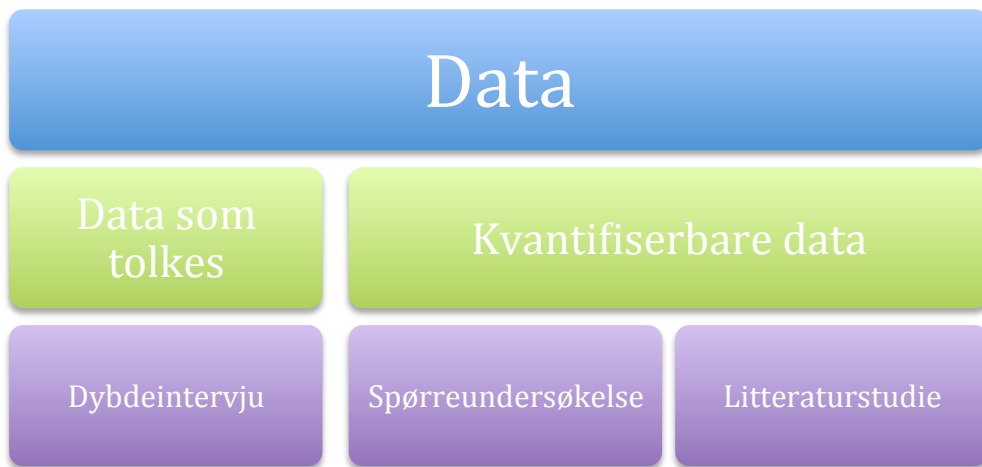
Forskningsdesignet er altså litteraturstudie, semistrukturerte dybdeintervjuer i en kvalitativ metoderamme og som videre danner basis for en spørreundersøkelse i en kvantitativ metoderamme.

## ***1.6 Metodisk tilnærming***

Hva er vitenskapelig viten? Hva er absolutt sikker kunnskap? Rasjonalismen, med René Descartes (1596-1650) som en sentral person, forholdt seg til en oppsplitting av mennesket i kropp/sjel. Dualismetanken har gjort at en retning av tenkningen om mennesket har vært fokusert på det rent materielle/fysiske, dermed naturlig forklart i matematiske termer. Dette synet på tellbarhet benyttes fortsatt i mange kretser. I empirismen og hos etterfølgere av denne retningen er tesen om *enhetsviten* gjeldende: Alt skal undersøkes og forklares på én måte, det skal ligge én form for vitenskapelig metode til grunn. I denne tradisjonen er det også matematikkens termer og språk de forholder seg til. Disse idéene kan samles i en kvantitativ metodeforståelse (Thornquist, 2003).

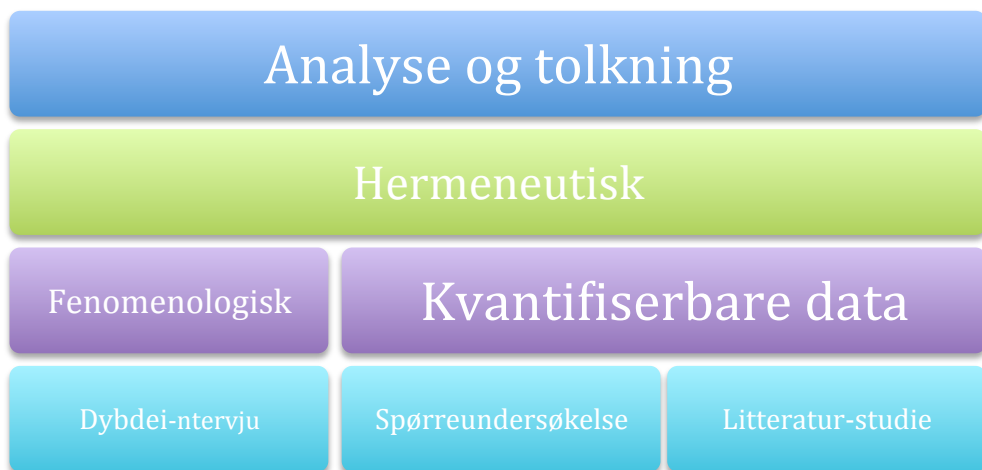
I kvalitativ metodeforståelse inngår fenomenologien og hermeneutikken som metodologiske områder. *Fenomenologien* tar utgangspunkt i at verden erfares av subjektet. ”Menneskets bevissthet er alltid rettet *mot* noe og *fra* noe; det er alltid en bevissthet om noe.” (Thornquist, 2003:14). I *hermeneutikken* er det tolkningen som er i sentrum. Tekster er selvstendige produkter, og de kan tolkes uavhengig av forfatteren og dennes intensjoner. I denne forståelsen er tekst ”alle former for meningsfylte fenomener”. (Thornquist, 2003:15).

## Metodekart



**Figur 1 Innsamling av data**

De innsamlede data kan kategoriseres i kvantifiserbare data og i data som tolkes. Spørreundersøkelsen og litteraturstudien har begge funn som kan gå under kvantifiserbare data. Dybdeintervjuet går under data som tolkes.



**Figur 2 Tolkning av data**

I analysen av dataene i sammenheng vil plutselig kartet se annerledes ut, da de kvantifiserbare dataene blir tolket sammen med funnene fra de andre dataene som allerede er tolket i innhentingene. I denne tolkningen hører dybdeintervjuet under fenomenologi, da informantene er antatt å ha en sannhet de leverer til forsker. Samtidig er denne informasjonen tolket i møte med de andre forskningsdataene, og alle tre metodene kan sies å være med i en hermeneutisk



tolkning. En del av de kvantifiserbare dataene er forholdsvis klare uten tolkning. I min presentasjon vil de likevel være berørt av min forståelse. Derfor velger jeg å plasser alle dataene under den hermeneutisk rammen.

### **Metodevalg, metode triangulering**

Det er altså valgt å både ha med kvalitative og kvantitative metoder i denne studien. Det å blande kvalitative og kvantitative funn, og innsamlingen av disse, er ikke bare uproblematisk, og har lenge vært diskutert i forskningsmiljøer (Bonde, 2005).

Det å blande disse paradigmenes/metodene handler ikke bare om å blande ulike typer data og måter å samle dem inn på. Forskningsparadigmenes har også i seg grunnleggende forskjeller i sin filosofi. Det er verdiforskjeller i synet på livet, sannheten, mennesket, relasjon, kunnskapen og forskningen. De har ulike forskningsinteresser (Bruscia, 1995).

Samtidig kan vi se at noen taler til fordel for å blande ulike metoder. "Using more than one [method] can have substantial advantages, even though it almost inevitably adds to the time investment required" (Robson, 2002:370). Fordelene Robson (2002) omtaler er muligheten til å redusere misvisende sikkerhet –altså unngå å tro man har funnet det eneste riktige svaret ved kun å undersøke på en måte, triangulering, muligheten til å adressere ulike men komplementære forskningsspørsmål med én studie, og større mulighet for å tolke resultatene.

Mitt synspunkt er at det er betydningsfullt å ta hensyn til begge disse sidene i nyere forskning. Kvalitative funn og data kan fortelle oss noe kvantitative funn og data ikke kan, og kvantitative funn og data kan fortelle oss noe kvalitative funn og data ikke kan. Det blir et poeng å vise at begge disse perspektivene på en sak er vurdert og tatt hensyn til i et forskningsprosjekt. Bonde (2005) viser til Robson (2002) og poengterer at en blanding av metodene krever mer arbeid. Dette kan muligens forringe resultatene. Det er viktig å være oppmerksom på dette, og være klar over hva en setter seg som mål å besvare, og hva dette innebærer for arbeidet.

## ***1.7 Etiske problemstillinger***

Det dukker opp ulike etiske problemstillinger i arbeidet med en studie som denne. Kvale og Brinkmann (2009) poengterer at etiske spørsmål inngår i alle faser av forskningsprosessen. Jeg har forholdt meg til dette gjennom den innledende planleggingsfasen, ved innsamling av data, transkribering, tolkning og analyse, verifisering og presentasjon. I den innledende planleggingsfasen av forskningsprosjektet vurderte jeg ungdommer med innagerende atferd til å være for utsatt til å søke etter informasjon direkte hos dem. Derfor falt valget på datainnsamling blant musikkterapeuter med erfaring med denne gruppen.<sup>5</sup>

I gjennomføringen av intervjuer og spørreundersøkelse innhentet jeg godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Godkjenningen kommer med forbehold om at jeg følger deres krav til informert samtykke, anonymisering, oppbevaring av opplysninger, innsynsrett og taushetsplikt. Med dette sikres personvernet til informanter og respondenter.

Ryen (2002) viser til at det er et asymmetrisk forhold mellom intervjuer og den intervjuede, med intervjuer i maktposisjon. I mitt tilfelle har jeg følt meg underdanig mine intervjuobjekter da jeg har intervjuet musikkterapeuter med en erfaring jeg selv ikke har. Samtidig opplevde jeg i løpet av intervjuene at det ble unnskyldt at begrepet jeg etterspurte ikke var kjent og innarbeidet. Dette bekrefter nettopp det asymmetriske forholdet mellom forsker og informant. Jeg understreket i denne sammenhengen at jeg var opptatt av å få vite hva denne musikkterapeuten hadde av erfaringer, nettopp fordi begrepet er nytt.

I transkriberingen og måten jeg forholdt meg til dataene, har jeg valgt å skrive om en muntlig tone til en mer skriftlig, da en direkte transkribering høres lite faglig. Dette gjør jeg dels for å gjøre materialet mer tilgjengelig, men også for å unngå å fremstille mine informanter i et

---

<sup>5</sup> Andre forskere (Lund, 2006; 2012) har vært i direkte kontakt med ungdommer med innagerende atferd, men da jeg er i min utdanning, og ikke har stor erfaring fra direkte kontakt med disse, fant jeg det problematisk å sette mitt forskningsprosjekt over hensynet til klientene. Jeg mener det også kan være problematisk å kategorisere dem, og på den måten stigmatisere dem ved å skulle intervju dem i funksjon av å være ”innagerende”.

dårlig lys ut fra deres formuleringer, eller stadig gjentakende vendinger. Ingen uttalelser er skrevet om, kun kortet ned i gjentakelser og tenkepauser. Alt er tatt ut fra informantenes uttalelser, ingen ting er mine erstatninger, da har jeg heller valgt å ta ut deler av innholdet.

Ved presentasjon av studien må jeg være oppmerksom på min påvirkningskraft. Jeg er etisk ansvarlig for det jeg presenterer som funn i min studie.

## ***1.8 Oppsett***

De ulike forskningsresultatene vil bli presentert i hvert sitt kapittel. Disse kapitlene følger datainnsamlingen kronologisk, med funn fra litteraturstudien i kapittel 2, funn fra dybdeintervjuene i kapittel 3 og funn fra den kvantitative spørreundersøkelsen i kapittel 4. Hvert av disse kapitlene vil inneholde en metodeutgreiing før resultatene presenteres og til sist en sammenfatning. Videre vil funnene diskuteres i kapittel 5 før det konkluderende kapitlet, kapittel 6.

## **2. Litteraturstudie**

I dette kapitlet blir de inkluderte studiene i litteraturstudien gjennomgått.

### ***2.1 Litteraturstudien – endelig problemstilling***

Ut fra de forberedende begrepsavklaringer og forberedende litteratursøk beskrevet i kapittel 1.3, valgte jeg følgende problemstilling for litteraturstudien:

”Hva sier internasjonal forskningslitteratur om musikk og musikkterapiens effekt på ungdommer med innagerende atferd?”

### ***2.2 Metode for litteraturstudie***

Metodisk er arbeidet med litteraturstudien utført ved litteratursøk i aktuelle databaser og tidsskrifter. Hovedvekt er lagt på PubMed og Répertoire International de Littérature Musicale (RILM). Det er også gjort søk i International Index to Music Periodicals (IIMP).

#### **Metode og resultat av søk i databaser**

Søk ble foretatt med de kombinasjoner av ulike søkeord som i forberedende datasøk viste seg å gi flest relevante treff. Antall treff ved søk står i parentes bak søkeordene.

I databasen PubMed er det foretatt søk med søkeordene ”music therapy effects adolescent anxiety” (29), ”music effects adolescent anxiety” (48), ”music therapy impaired behavior” (11), ”music adolescent impaired behavior” (8), ”music therapy effects adolescent loneliness” (1), ”music effects adolescent loneliness” (2), ”music therapy effects adolescent poor self-esteem” (1), ”music adolescent poor self-esteem” (5), ”music therapy effects adolescent depression” (10), ”music effects adolescent depression” (14), ”music therapy uncertainty” (4),

”music adolescent uncertainty” (3), ”music therapy shyness adolescent” (2), ”music therapy anxiety depression effects” (59), ”music adolescent anxiety depression effects” (5), ”music therapy adolescent behavior problem” (8), ”music adolescent behavior problem” (37), ”music therapy adolescent emotional problems” (5), ”music adolescent emotional problem” (14), ”selective mutism music therapy” (6), ”music therapy self mutilation” (1), ”music self mutilation” (4), ”music therapy effect adolescent avoidance behavior” (1), ”music therapy adolescent avoidance behavior” (2), ”music therapy avoidance behavior” (6), ”music adolescent avoidance behavior” (8), ”social withdrawal music therapy adolescent” (1), ”social withdrawal music adolescent” (2), ”social withdrawal music therapy” (12), ”social withdrawal music” (17), ”introvert behavior music therapy” (0), ”introvert behavior music” (0). (315)

Søkeord i IIMP er ”music therapy adolescent anxiety” (2), ”music adolescent emotional problem” (2), ”music therapy adolescent loneliness” (1), ”shyness music therapy” (0), ”social withdrawal music therapy” (1) ”social withdrawal music” (2), ”introvert behavior music therapy” (0), ”introvert behavior music” (0). (8)

Søkeord i RILM er ”music therapy effects adolescent anxiety” (6), ”music effects adolescent anxiety” (10), ”music therapy impaired behavior” (6), ”music impaired behavior” (8), ”music therapy effects adolescent loneliness” (2), ”music therapy effects adolescent depression” (3), ”music therapy uncertainty” (12), ”music therapy anxiety depression effects” (19), ”music anxiety depression effects” (23), ”music therapy adolescent behavior problem” (6), ”music adolescent behavior problem” (15), ”music therapy adolescent emotional problem” (6), ”music adolescent emotional problem” (13), ”selective mutism music therapy” (7), ”music self mutilation” (2), ”music avoidance behavior” (8), ”social withdrawal music therapy” (5), ”social withdrawal music” (16), ”introvert behavior music therapy” (1). (168)

### **Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

En del studier kom frem i flere databaser, og under ulike kombinasjoner av søkeord. Disse ble inkludert kun én gang. Inklusjonskriterier var ut fra sammendragene angst, depresjon, sosiale ferdigheter, problematferd, selektiv mutisme, mental helse, egenomsorg og sårbarhet, alle i kombinasjon med musikk eller musikkterapi. Eksklusjonskriterier var medisinske prosedyrer,

somatisk sykdom og behandling, autisme, døve, demens og annen problematikk knyttet til eldre, og angst hos musikkutøvere. Studier med sammendrag som ikke fortalte om resultatet av studien ble også ekskludert.

## **Systematisering av inkluderte studier**

De inkluderte studiene ble vurdert i forhold til relevans inn mot kjennetegn hos ungdommer med innagerende atferd. Studiene ble vurdert etter klientgruppene/symptomgruppene og delt opp i

1. Angst og depresjon,
2. Sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme,
3. Mental helse, egenomsorg og sårbarhet.

De inkluderte studiene ble deretter systematisert på følgende måte: kvalitative studier og kvantitative kontrollerte og ukontrollerte studier med musikk, og kvalitative studier og kontrollerte og ukontrollerte studier med musikkterapi.

- a) Kvalitative studier med musikk
- b) Kvantitative studier med musikk
- c) Kvantitative, kontrollerte studier med musikk
- d) Kvalitative studier med musikkterapi
- e) Kvantitative studier med musikkterapi
- f) Kvantitative, kontrollerte studier med musikkterapi

491 studier ble vurdert og av disse var det 42 som ut fra sammendragene overholdt inklusjonskriteriene.

Mange av beskrivelsene av studiene er relativt direkte oversatt fra de engelske sammendragene av studiene. Sammendragene er så konsise at omskrivninger kan gjøre resultatene vanskeligere å forstå.

## Reliabilitet og validitet

Funnene i litteraturstudien tolkes ut fra et lite sammendrag av hver enkelt studie. Disse sammendragene er mest sannsynlig skrevet av forfatter eller andre som distribuerer studiene. Å kun ha disse sammendragene som utgangspunkt for å forstå funnene studiene har kommet frem til gir mulighet for at viktige funn er utelatt eller mangelfullt beskrevet. Det er en stor fare for å misforstå og unnlate viktige observasjoner og funn fra de faktiske studiene. Dette gjør at jeg ikke kan ha ukritisk tiltro til alle funnene i litteraturstudien. På en annen side er sammendragene skrevet av de som har laget studien, og skulle derfor referere de funn forfatterne mener er viktigst og mest representative.

### 2.3 Resultater: inkluderte studier i litteraturstudien

#### Oversikt over inkluderte studier

\*= ikke angitt i abstrakt/sammendrag, M=musikk, MT=musikkterapi, Kvl.=kvalitativ, Kvnt.=kvantitativ, K=kontrollert, R=randomisert

Førsteforfatter, år	Klientgruppe:	Utvalg	Alder	M/MT:	Kvl./Kvnt.	R	K
Amir, 2005	jente med selektiv mutisme	1	6 år	MT	Kvl.		
Angell, 2005	utsatte tenåringsjenter	36	11-18 år	M	Kvl.		
Band, 2001-2002	studenter	317	*	M/MT	Kvnt.	R	K
Behne, 1997	ungdom	*	*	M	Kvl.	*	*
Blood, 1993	konverserende	104	*	M	Kvnt.	*	K
Bryan, 1998	skoleelever (7.klasse)	96	7.kl	M	Kvnt.		K
Buchanan, 2000	utsatt ungdom	*	*	MT	Kvl.		
Burkhardt-Mramor,	barn med	*	*	MT	Kvl.		

1996	tilknytningsforstyrrelse						
Burns, 2002	psykologistudenter	60	*	M	Kvnt.	R	K
Choi, 2010	tenåringsflyktninger	9	*	MT	Kvl.		
Daghighi-Asli, 1995	randomisert utvalgt	*	*	M	Kvnt.		K
Davies, 1990	selektiv mutisme, voksen	1	20 år	MT	Kvl.		
Erkkilä, 2011	voksne med depresjon, målt med ICD-10	n=79	arb.dyktig alder	MT	Kvnt.	R	K
Gold, 2001	psykisk syke barn	7	4-11 år	MT	*		K
Gooding, 2011	barn med underskudd av sosiale ferdigheter	45	6-17 år	MT	Kvnt.		
Gupta, 2005	unge menn	80	19-24 år	M	Kvnt.	*	
Harrison, 2003	skoleelever	50.168	9.kl	M	Kvnt.	*	*
Jorm, 2004		108	*	M	review	*	*
Keen, 2004	Ungdommer med emosjonelle vansker	*	ungdom	MT/M	Kvl.	*	*
Kim S, 2006	tenåringsjenter	35	ungdom	MT	Kvl.	*	
Knight, 2001	studenter	87	studenter	M	Kvnt.	*	K
Koelsch, 2008	selektiv mutisme			MT	Kvnt.		
Koelsch, 2012				M	Kvnt.		
Lin, 2011	mennesker med psykisk sykdom			MT	review		
Lonie, 2009	ungdom->voksen	kvl.18		M	Kvnt.		
Maratos, 2008	deprimerte	5	*	MT	review	R	K
Martin, 1993	ungdom	*	≈ 14,76 år	M	Kvnt.	R	
Miranda, 2009	ungdom	418	ungdom	M	Kvnt.		
Mun, 2008	voksne	225	≈ 28,56 år	M	Kvnt.		
North, 2005	studenter	80	studenter	M	Kvnt.	*	K
Okasha, 2007	psykodynamisk musikkterapi-pasienter	*	*	M	Kvnt.	*	K
Plener, 2010	selvskadende jenter	5	14-16 år	MT	Kvnt.		
Recours, 2009	heavy metall-fans	333	≈ 22.67 år	M	Kvnt.		



Rüütel, 2004	jenter med angst, lav selvfølelse og kroppssyn	10	15-18 år	MT	Kvl.		
Salamon, 2003	naive personer		* *	M	Kvnt.		K
Scheel, 1999	skoleelever	121	vgs stud.	M	Kvnt.		
Schulz, 2011	selektiv mutisme	1	*	MT	Kvl./Kvnt.		
Schwantes, 2010	meksikanske immigranter, gårdsarbeidere	5	21-53 år	MT	Kvl./Kvnt.		
Seidl, 1995	barn med selektiv mutisme	1	8 år	M	Kvl.		
Smith, 1991	suicidal kvinne	1	27 år	MT	Kvl.		
Stegemann, 2010	ungdom i psykisk helsevern	40	13-18 år	M	Kvnt.		
Winterbach, 1992	ungdom		* *	M	Kvl.		

**Tabell 1 Inkluderte studier**

### **Studiene kan klassifiseres slik:**

#### **Angst/depresjon:**

- 1 kvalitative studier med musikk.
- 5 kvantitative studier med musikk.
- 5 kontrollerte, kvantitative studier med musikk.
- 2 kvalitative studier med musikkterapi.
- 3 kvantitative studier med musikkterapi.
- 2 kontrollerte, kvantitative studier med musikkterapi.

#### **Sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme:**

- 2 kvalitative studier med musikk.
- 2 kvantitative studier med musikk.
- 2 kontrollerte, kvantitative studier med musikk
- 4 kvalitative studier med musikkterapi.

3 kvantitative studier med musikkterapi.  
0 kontrollerte, kvantitative studier med musikkterapi.

**Mental helse, egenomsorg og sårbarhet:**

4 kvalitative studier med musikk.  
5 kvantitative studier med musikk.  
4 kontrollerte, kvantitative studier med musikk  
5 kvalitative studier med musikkterapi.  
0 kvantitative studier med musikkterapi.  
2 kontrollerte, kvantitative studier med musikkterapi.

### **2.3.1 Angst og depresjon – effekt av musikk og musikkterapi**

#### **Kvalitative studier med musikk**

Winterbach og Stuart (1992) undersøkte hvilken effekt bruk av musikalsk drama hadde på ungdom. Studien indikerer at det hadde en positiv effekt på selvforståelse, prestasjon, motivasjon og angstnivå.

#### **Kvantitative studier med musikk**

Gupta og Gupta (2005) gjennomførte en studie hvor fysiologiske og psykologiske effekter av å lytte til en innspilling av en langsom raga (desi-todi), spilt på fløyte, ble målt. Lytting til den langsomme instrumentalmusikken forårsaket en betydelig økning i alpha EEG frekvens (som er forbundet med avslapning) og en nedgang i depresjon, angsttilstand, engstelse og angstkomponenter. Blodtrykk og hjertefrekvens var upåvirket.

Jorm, Christensen, Griffiths et al. (2004) gikk gjennom dokumentasjonen for effekten av komplementære- og selvhjelpsbehandlinger for angstlidelser. Funnene er begrenset, og gir ikke støtte til at musikk har effekt på generalisert angst.

Miranda og Claes (2009) utførte en studie med 418 fransk-kanadiske ungdom fra Montréal for å finne sammenhenger mellom deres tilknytning til jevnaldrende, lyttemåter, depresjon og musikkpreferanser. (De ønsket å se på hvordan deltakerne taklet problemer ved å lytte til musikk på ulike måter, (følelsesorientert, problemorientert og avledende). Resultatene indikerte en sammenheng mellom musikksmak og depresjonsnivåer i gruppen. Problemorientert lytting til musikk var assosiert med lavere depresjonsnivåer hos jenter. Følelsesorientert lytting til musikk var assosiert med høyere depresjonsnivåer hos gutter. Lytting til metallmusikk var relatert til høyere depresjonsnivåer hos jenter, men bare dersom de var sammen med jevnaldrende som var mer deprimerte.

Mun (2008) undersøkte effekten av psykologiske ikke-musikalske faktorer på emosjonell respons til musikk. For å samle data om dette ble Continuous Response Digital Interface (CRDI) brukt. Variansanalyse (MANOVA) viste at ikke-musikalske faktorer (angst, depresjon og stress) hadde en signifikant påvirkning på de følelsesmessige reaksjonene folk hadde på musikken ( $p < 0.05$ ).

Lin, Yang, Lai et al. (2011) har gjennomført en review over hvor vi står i dag når det gjelder effekten av musikk på psykisk lidelse og nevrobiologiske teorier som kan forklare effekten. Vitenskapelige studier har vist at musikk kan påvirke komplekse nevrobiologiske prosesser i hjernen og foreslår at den potensielt kan spille en viktig rolle i behandling. Bruk av musikk har både vist seg å virke angstdempende og øke positive emosjoner, men en studie har også vist økt uttrykk av negative emosjoner etter å ha hørt musikk, der man tenker seg at ubevisste følelser kan vekkes ved hjelp av emosjonell musikk. Effekten kan ha sammenheng med ungdommers måte å lytte til musikken på. Kliniske studier tilsier at musikkterapi kan brukes som en type terapi i behandling av depresjon, autisme, schizofreni og demens, samt problemer med agitasjon, angst, søvnløshet og stoffmisbruk. Om det faktisk kan erstatte andre behandlingsformer er ikke kartlagt.

### **Kvantitative, kontrollerte studier med musikk**

Burns, Labbé, Arke et al. (2002) undersøkte hvordan ulik musikk påvirker fornemmelsen av stress, og stress registrert i fysiske mål (hudtemperatur, muskelaktivitet i frontalis og hjertefrekvens). Studien viser signifikant forskjell mellom kontrollgruppen og den

eksperimentelle gruppen på målene av angst og hjerterefrekvens. Resultatet av undersøkelsen tyder på at musikk kan ha en effekt på den kognitive komponenten av stressrespons.

Daghighi-Asli (1995) undersøkte effekten avslapping ved bruk av musikk som avslapping og påvirkning av stemningsleiet. Man dannet en profil av hver forsøksperson sitt humør basert på et spørreskjema og målte ulike aspekter ved selvbiografisk minne. En avspenningsteknikk med musikk var den eneste variabelen som skilte den eksperimentelle gruppen fra kontrollgruppen. Pasienter som fikk avslapping, i form av å lytte til 10 minutter med rolig musikk, var mindre engstelige. For gruppen som hadde hørt på musikk, fant man også økt velbehag ved selvbiografisk gjenkalling.

Knight og Richard (2001) undersøkte virkningen av beroligende musikk på forsøkspersoners subjektive og fysiske respons på stress ved gjennomføring av en kognitivt stressende oppgave med eller uten musikk i bakgrunnen. Studien viser signifikant effekt av musikk, da målene av kontrollgruppen viste at oppgaven gjorde dem stresset. Deltakerne som hadde musikk i bakgrunnen hadde signifikant lavere mål. Dette viste seg ved målinger av deltakernes rapportering av opplevd angstnivå, hjerterefrekvens, systolisk blodtrykk, kortisolnivå og hormonnivå i spytt.

Okasha (2007) undersøkte den følelsesmessige kraften i musikken ved å sammenlikne påvirkning av musikalsk uttrykk sammenliknet med verbalt uttrykk. Målet med studien var å avdekke hvilken betydning det hadde å bruke musikk for å få tilgang på affektive tilstander, da Okasha mener det kan være en utfordring for behandling at disse affektene kan ligge skjult, og ikke kommer frem i terapien. Resultatene underbygger de eksisterende kvalitative data som støtter bruk av musikk som et middel for å få frem emosjonelle uttrykk i psykodynamisk terapi. Funnene viste økt selvrapporing og med det signifikant effekt av (a) spenning/anspenthet  $t(34)=2.57$   $p < .015$ , (b) depresjon  $t(34)=4.27$ ,  $p < .0001$ , (c) forvirring  $t(34)=2.99$ ,  $p < .005$ , (d) spirituell-religiøs  $t(34)=3.54$ ,  $p < .001$ , og (e) eksponert/blottstilt  $t(34)=2.87$ ,  $p < .007$ .

Salamon, Bernstein, Kim et al. (2003) undersøkte om naive forsøkspersoner utsatt for sine musikkpreferanser viser en nedgang i angst, målt ved systoliske og diastoliske blodtrykksverdier. Disse verdiene ble vurdert opp mot verdier oppnådd når ikke-foretrukket

musikk ble spilt. De fant statistisk signifikant reduksjon av angst kun da forsøkspersonene ble utsatt for deres foretrukne musikkvalg.

### **Kvalitative studier med musikkterapi**

Smith (1991) beskriver en casestudie av musikkterapi individuelt og i gruppe som ble brukt for en 27 år gammel suicidal kvinne, dobbeltdiagnostisert med depresjon og borderline personlighetsforstyrrelse. Gjennom sangskrivning fant kvinnen en kreativ måte å dele sine tanker og følelser og samtidig utvikle selvspekt. Den kreative prosessen bidro også til å få tilgang på ubevisste minner som var viktige for å få bedre selvinnsikt.

Studien av Schwantes og McKinney (2010) er beskrevet i dette kapitlet under kvantitative studier med musikkterapi (se 2.3.1).

### **Kvantitative studier med musikkterapi**

Plener, Sukale, Ludolph et al. (2010) gjennomførte en pilotstudie der de blandet elementer av dialektisk atferdsterapi for ungdom med musikkterapi for å redusere selvskading i et prosjekt for tenåringsjenter som skar seg selv (N = 5; gjennomsnittsalder: 14 år 8 mnd, aldersgruppe: 14-16 år). Fire av de fem kvinnelige tenåringene hadde stoppet sin selvskading på slutten av programmet, og depresjonen hos disse fire var redusert. Programmet viste seg å være et troverdig alternativ i en poliklinisk setting, selv om alvorlige selvmordstanker var et problem.

Schwantes og McKinney (2010) utforsket effektene av musikkterapi på depresjon, angst og opplevd velvære blant gårdsarbeidere som hadde immigrert til USA fra Mexico. Resultatene indikerte at musikkterapi betydelig senket gjennomsnittlig nivå av depresjon som målt ved CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale). Ingen vesentlig endring ble funnet for gjennomsnittlig nivå på BSI® 18 (Brief Symptom Inventory-18). Kvalitative data samlet inn gjennom fokusgruppeintervju konkluderte med at deltakerne var mottakelig for denne tilnærmingen.

Studien av Lin, Yang, Lai et al. (2011) er beskrevet i samme kapittel under kvantitative studier med musikk (se 2.3.1).

### **Kvantitative, kontrollerte studier med musikkterapi**

Erkkilä, Punkanen, Fachner et al. (2011) gjennomførte en studie om sammenhengen mellom musikkterapi og depresjon. Deltakere som mottok 20 sesjoner individuell musikkterapi i tillegg til standard behandling viste ved 3 måneders oppfølging større forbedring enn de som kun mottok standard behandling. Dette gjaldt både depresjonssymptomer, angstsymptomer og generell fungering. De fant at individuell musikkterapi kombinert med standard behandling er effektiv for deprimerte mennesker i arbeidsdyktig alder.

Maratos, Gold, Wang et al. (2008) gjorde en review av randomiserte og kontrollerte studier som så på hva slags virkning musikkterapi hadde på depresjon. Fem studier ble inkludert. Fire av fem studier rapporterte større reduksjon av symptomer for depresjon på individnivå blant dem som fikk musikkterapi sammenliknet med dem som kun fikk standard behandling. Uteblivelse fra musikkterapibehandling så ut til å være lav i alle studiene.

### **Sammenfatning av studiene**

Studier viser at musikk og musikkterapi kan virke beroligende på stress og redusere angst (Winterbach og Stuart 1992; Gupta og Gupta 2005; Lin, Yang, Lai et al. 2011; Burns, Labbé, Arke et al. 2002; Daghighi-Asli 1995; Knight og Richard 2001; Salamon, Bernstein, Kim et al. 2003; Erkkilä, Punkanen, Fachner et al. 2011), og virke positivt på depresjon (Gupta og Gupta 2005; Lin, Yang, Lai et al. 2011; Smith 1994; Plener, Sukale, Ludolph et al. 2010; Schwantes og McKinney 2010; Erkkilä, Punkanen, Fachner et al. 2011; Maratos, Gold, Wang et al. 2008).

Én studie viste at ikke-musikalske faktorer påvirket følelsesresponsen på musikken (Mun, 2008).

Én studie påviser at musikk påvirker affektive tilstander (Okasha, 2007).

### **2.3.2 Sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme – effekt av musikk og musikkterapi**

#### **Kvalitative studier med musikk**

Angell (2005) undersøkte hvilken mening utsatte tenåringsjenter fikk ut av å se og høre på de verbale og nonverbale sosiale tegnene og symbolene i musikkvideoer. De kvalitative metodene som ble brukt i denne avhandlingen var individuelle dybdeintervjuer, fokusgrupper, deltakende observasjon og innsamling av bilder av rommet og mediedagbøker. Studien identifiserte fem temaer som tyder på at denne gruppen bruker musikkvideoer som sosial tekst for å danne identitet og forstå ungdomskulturens tegn og symboler. Deltakere indikerte at noen musikkvideoer er prososiale, gir informasjon om sunn psykososial atferd, for eksempel uavhengighet, problemløsning og åndelighet.

Seidl (1995) beskriver hvordan musikk ble brukt med en åtte år gammel jente med selektiv mutisme. Musikk ses som en potensielt ikke-truende intervensjon for et barn med diagnosen selektiv mutisme. Forsker konkluderer med at musikalske intervensjoner ble oppfattet som hyggelig av barnet, og oppmuntret nonverbal og verbal kommunikasjon. Kommunikasjon økte ettersom forholdet mellom barnet og forsker utviklet seg, barnet viste en preferanse for visse musikalske aktiviteter (for eksempel tromming til polkamusikk) fremfor andre (for eksempel sang).

#### **Kvantitative studier med musikk**

Harrison og Narayan (2003) undersøkte gjennom spørreundersøkelse om deltakelse i skolens lagidrett, utelukkende eller i kombinasjon med andre fritidsaktiviteter, her medregnet musikkaktiviteter, er assosiert med høyere nivåer av psykososial fungering og sunn atferd enn deltakelse i andre fritidsaktiviteter alene eller ikke-deltakelse. Oddsratene for dem som var involvert i begge typer aktiviteter var betydelig høyere enn for alle de andre gruppene for all

sunn atferd og betydelig lavere for alle, bortsett fra en, av de usunne atferdene. Studenter involvert i idrett, alene eller i kombinasjon med andre aktiviteter, hadde signifikant høyere odds enn de to andre gruppene for trening, melkeforbruk og sunt selvbilde, og betydelig lavere odds for emosjonelle plager, suicidal atferd, familiært rusmisbruk, og fysiske og seksuelle overgrep. Studenter involvert i andre aktiviteter, alene eller i kombinasjon med idrett, hadde signifikant høyere odds enn de to andre gruppene for å gjøre lekser og betydelig lavere odds for alkoholbruk, narkotikabruk, og hærverk.

Koelsch og Stegemann (2012) diskuterer nevrofysiologien ved musikalsk opplevelse. Musikkens rolle i syv dimensjoner av sosiale funksjoner er spesifisert: kontakt, sosial erkjennelse, co-pathy<sup>6</sup>, kommunikasjon, koordinering av tiltak, samarbeid og sosial utjevning. Musikkfremkalte følelser påvirker det endokrine systemet og immunsystemet. En tabell med positive følelser og bio-kjemikalier er presentert. Musikkens virkning på angst og nedstemthet (i psykologisk normale populasjoner) blir diskutert, og kliniske studier er kartlagt i områdene musikk og kirurgi, andre medisinske intervensjoner, demens og depresjon.

### **Kvantitative, kontrollerte studier med musikk**

Blood og Ferriss (1993) undersøkte hvilken effekt bakgrunnsmusikk hadde på angst, tilfredshet med kommunikasjon og produktivitet. Konversasjon med bakgrunnsmusikk ble vurdert til mer tilfredsstillende. Durpreg på musikken ga større svarprosent vedrørende tilfredshet med kommunikasjonen enn mollpreg. Bakgrunnsmusikk påvirket ikke produktiviteten sammenliknet med når det ikke var musikk, mens de som hadde bakgrunnsmusikk ble mer produktive når musikken var i dur.

Bryan, Sullivan-Burstein og Mathur (1998) undersøkte innvirkningen av affekter på sosial informasjonsbehandling blant 96 syvendeklassinger. Resultatene viste ikke signifikante forskjeller mellom elever med og uten lærevansker. Elever med selvpåført positiv affektpåvirkning genererte flere løsninger, mens elever i musikkpåvirket positiv affekt genererte flere utbroderinger og oppfattet i mindre grad fortolkning enn elever i gruppene

---

<sup>6</sup> Co-pathy beskrives av Koelsch (2013, s. 209) som en sosial funksjon av empati.



nøytral og negativ affektpåvirkning.

### **Kvalitative studier med musikkterapi**

Amir (2005) belyser musikkterapi med klienter med selektiv mutisme gjennom en case-studie av to års behandling av en seks år gammel jente. Den terapeutiske prosessen er beskrevet og analysert, herunder betydningen av den musikalske handling og terapeutrollen, med vekt på bruk av improvisasjon og det å behandle uløste problemer i klientens liv.

Davies og Mitchell (1990) beskriver enkelte musikkterapitimer med en 20 år gammel mann med kommunikasjonsvansker som kom til uttrykk som upassende atferd og selektiv mutisme. Fra et psykodynamisk synspunkt beskrives det hvordan sider ved spillet kan bli omfavnet i den terapeutiske relasjonen og hvordan problemene kan bearbeides gjennom både musikalske og ikke-musikalske interaksjoner.

Kim, Kverno, Lee et al. (2006) lot 35 koreanske friske tenåringsjenter ta del i en skolebasert musikkgruppe som varte i seks sesjoner. Opplegget var designet til å fremme relasjoner og forbedre selvkontroll. De fant at deltakerne identifiserte flere egenskaper som kan tjene som beskyttende faktorer i deres videre sosiale og emosjonelle utvikling.

Schulz og Sarimski (2011) beskriver et forløp med musikkterapi med en jente med selektiv mutisme. I artikkelen analyseres videodokumentert behandling med en jente med selektiv mutisme. I tillegg til kvalitativ beskrivelse av individuelle økter, er det dokumentert kvantitative funn på bruk av en rekke spørsmålsformer brukt av terapeut, og jentas reaksjoner. Dataene indikerer en markert økning i verbale reaksjoner i løpet av terapi.

### **Kvantitative studier med musikkterapi**

Gooding (2011) undersøkte effekten av et musikkterapiprogram for å bedre sosiale ferdigheter og kompetanse hos barn og unge med underskudd på disse ferdighetene. Aktive tiltak som utøvende musikk, bevegelse til musikk og improvisasjon ble brukt. Resultatene indikerte at betydelige forbedringer i sosial fungering ble funnet. Ytterligere endringer ble

notert i lærerens vurdering, egen og jevnaldrendes vurdering, og saksbehandlers vurderinger (etter skoletid). Resultatene fra disse studiene tyder på at musikkterapiintervensjonene var effektive i å forbedre sosial kompetanse hos barn og ungdom med sosiale underskudd.

Koelsch (2008) beskriver hvordan forskjellige nervesystemer har ansvaret for produksjonen av emosjonell vokalisering. Det hevdes at musikalske elementer i en forelders tale (som den emosjonelle rytmen til foreldre), like mye som foreldres synging av sanger som voggesanger og lekesanger, fremmer emosjonell, kognitiv og sosial utvikling av et barn, men også utviklingen av barnets stemme. På grunn av den sterke overlappingen av sang og tale i hjernen, kan musikkterapi hjelpe barn med spesifikke språksvekkelser, og selektiv mutisme.

Studien av Schulz og Sarimski (2011) er beskrevet i dette kapitlet under kvalitative studier med musikkterapi (se 2.3.2).

### **Kvantitative, kontrollerte studier med musikkterapi**

Ingen studier.

### **Sammenfatning av studiene**

Studier viser at musikk og musikkterapi kan virke positivt på sosiale ferdigheter (Angell 2005; Koelsch og Stegemann 2012; Blood og Ferris 1993; Kim, Kverno, Lee et al. 2006; Gooding 2011), problematferd (Harrison og Narayan, 2003) og selektiv mutisme (Seidl 1995; Amir 2005; Davies og Mitchell 1990; Schulz og Sarimski 2011; Koelsch 2008).

Én studie viste at musikk påvirker sosial informasjonsbehandling (Bryan, Sullivan-Burstein og Mathur, 1998).

### **2.3.3 Mental helse, egenomsorg og sårbarhet – effekt av musikk og musikkterapi**

#### **Kvalitative studier med musikk**

Behne (1997) gjør rede for begrepet *Musikerleben* og legger frem en longitudinell studie som tar for seg utvikling i ungdomsårene. *Musikerleben* er definert som en intens form for musikalsk opplevelse, en sterk reaktiv involvering som overgår det å sette pris på musikk og lytting. Ungdommers ulike lyttestiler og deres forhold til musikkpreferanser kan tolkes i sammenheng med individuell biografi. Personlig depresjon har for eksempel vist seg å motivere til spesifikk lyttestil; ungdom bruker ofte musikk for øyeblikkelig tilfredsstillelse og som en hjelp til å håndtere sine følelser og problemer.

Keen (2004) hevder at musikk er et brukbart verktøy for å nå gjennom kommunikasjonsbarrieren til ungdommer med emosjonelle vansker. Testing før og etter terapi ved bruk av Psychosocial Functioning Inventory for Primary School Children (PFI-PSC) viser positive resultater. Musikk har ofte hjulpet disse tenåringene til å engasjere seg i den terapeutiske prosessen, med minimal motstand da de relaterer seg til musikken og terapeuten blir en trygg voksen de stoler på. Variable teknikker ble brukt, som diskusjon og sang, lytting, skriving av tekster, komponering av musikk og framføring.

Studien av Lonie (2009) er beskrevet i dette kapitlet under kvantitative studier med musikk (se 2.3.3).

Studien av Winterbach og Stuart (1992) er beskrevet i kapitlet om angst og depresjon under kvalitative studier med musikk (se. 2.3.1).

#### **Kvantitative studier med musikk**

Lonie (2009) identifiserer hvordan musikalsk identitet er relatert til helse og velvære i overgangen fra ungdom til voksen. Musikkpreferanser endret seg for de fleste i overgangen fra ungdom til voksen, og dette påvirket sammenhengen mellom musikalsk identitet og helse. Sterke musikalske identiteter er assosiert med høyere nivåer av risikofyllt helseatferd, men

dette er også i stor grad begrenset til en bestemt periode av ungdomstiden. De med sterke musikalske identiteter hadde også mer sofistikert bruk av musikk for terapeutiske formål. Fordelen som er forbundet med en sterk musikalsk identitet, blir værende også inn i voksenidentiteten.

Martin, Clarke og Pearce (1993) undersøkte mulige sammenhenger mellom ungdoms musikkpreferanser og aspekter av deres psykiske helse og livsstil. Det viste seg en markert skjevhet i kjønn. 74% av jentene foretrakk popmusikk sammenlignet med at 70,7% av guttene foretrakk rock/metal. Signifikante sammenhenger synes å eksistere mellom en preferanse for rock/metal og suicidale tanker, bevisst selvskading, ”depresjon”, ”lovovertrедelser”, narkotikabruk, og dysfunksjonelle familier. Dette gjaldt særlig for jenter. Det å føle seg tristere etter å ha lyttet til den foretrukne musikken syntes å kjennetegne den mest utsatte gruppen.

Recours, Aussaguel og Trujillo (2009) undersøkte om det er en sammenheng mellom mental helse og interessen for heavy metal-musikk i Frankrike. De undersøkte 333 forsøkspersoner kategorisert som heavy metal fans. Deres mentale helse ble evaluert med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Resultatet indikerer at heavy metal fans i hovedsak er unge voksne (gjennomsnittsalder=22.67, SD=5.29)<sup>7</sup> og i hovedsak er menn (87.85%). I sin helhet hadde de angst og depresjon i lik grad eller lavere enn den generelle befolkningen.

Stegemann, Brüggemann-Etchart, Badorrek-Hinkelmann et al. (2010) studerte hvilken sammenheng det er mellom musikk og ikke-suicidal selvskading blant ungdom. I studien inngår 40 klienter på en barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk mellom 13 og 18 år. Stegemann et. al. fant at musikk har en emosjonelt hevende funksjon, og i noen tilfeller var en integrert del av selvskadingen, assosiert med affektiv regulering, anti-assosiasjon og mellommenneskelig innflytelse. De fant at musikk oppfyller samme selvregulerende funksjoner som selvskading, og kan virke som en erstatning for dette.

Studien av Harrison og Narayan (2003) er beskrevet i kapitlet om sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme under kvantitative studier med musikk (se 2.3.2).

---

<sup>7</sup> SD betyr Standard Deviation, et uttrykk for spredning i gruppen.

## **Kvantitative, kontrollerte studier med musikk**

Band, Quilter og Miller (2001-2002) undersøkte innflytelsen av to kontrasterende valg av klassisk musikk og strukturert og ustrukturert innføring i mentale bilder med studentene under en sesjon med Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). Analysen av dataene indikerte signifikante forskjeller i livaktigheten av forestillingene, opptak, og energi/aktivitet under forestillingene på grunn av musikken. Musikken økte også betydelig visuelle detaljer, lyse farger, opplevelser av bevegelse, og følelser og erfaringer fra tidligere tider. Resultatene av denne studien støtter effektiviteten av bruk av musikk til å forbedre flere aspekter av mentale bilder.

North og Hargreaves (2005) undersøkte om oppfatninger av skadelige effekter av poplåter på lytterne kan skyldes tidligere merking av disse låtene som ”problemmusikk”. Åtti studenter fikk høre sanger de ble fortalt var enten selvmordfremkallende eller livsbekreftende. Påfølgende rangeringer av sangene indikerte at de som ble presentert som ”selvmordfremkallende” ble oppfattet som sådan, mens presentasjon av de samme sangene i en ”livsbekreftende” ramme førte til oppfatningen av dem som sådan. Disse funnene tyder på at sensur og merking av visse sanger som ”problematisk” i seg selv kan føre til at disse sangene kan ha skadelige effekter på lytterne.

Scheel og Westefeld (1999) gjorde en empirisk undersøkelse om sammenhengen mellom preferanser for heavy metal-musikk og sårbarhet for selvmord blant 121 elever i high school. Heavy metal fans hadde færre sterke grunner for å leve (spesielt mannlige fans), og hadde flere tanker om selvmord (spesielt kvinnelige fans). For et stort flertall hadde det å lytte til musikk (alle typer) en positiv effekt på humøret. Resultatene tyder totalt sett på at preferanse for heavy metal blant ungdom kan være en advarsel om økt suicidal sårbarhet, men forfatterne foreslår også at kilden til problemet kan ligge mer i personlige og familiære egenskaper enn i noen direkte effekter av musikken.

Studien av Okasha (2007) er beskrevet i kapitlet om angst og depresjon under kvantitative, kontrollerte studier med musikk (se 2.3.1).

## **Kvalitative studier med musikkterapi**

Buchanan (2000) undersøkte effektene av musikkterapiintervensjoner i kortsiktig behandling med utsatte tenåringer. Studier tyder på at gruppemusikkterapi kan gi et miljø for utsatte ungdom hvor de kan forvandle frustrasjon, sinne og aggresjon til en opplevelsen av kreativitet i aktiv musisering. Musikkmiljøet kan fjerne bekymringer knyttet til lav selvfølelse, fylle ubehagelige øyeblikk og gi mulighet for gruppeutforskning og utforskning av selvtillit og uttrykk.

Burkhardt-Mramor (1996) undersøkte sammenhengen mellom musikkterapi og tilknytningsforstyrrelse. Det hevdes at musikkterapi er et innbydende, mindre truende medium som kan henvende seg til unge med atferd og utfordringer i forbindelse med en tilknytningsforstyrrelse.

Choi (2010) identifiserte de psykologiske temaene som ble funnet i arbeidet med tenåringsflyktninger fra Nord-Korea i løpet av CARING-programmet hos Columbia-Music Therapy (CAC-MT), bestående av 25 musikkterapisesjoner. Det ble funnet fem felles psykiske temaer – unngåelse, mistillit, ensomhet, tapsfølelse og frykt – blant flyktingene.

Rüütel, Ratnik, Tamm et al. (2004) gjennomførte en kvalitativ studie der de undersøkte opplevelsen av vibroakustisk terapi i terapeutisk intervensjon med tenåringsjenter. Dette ble sammen med andre metoder (humørvurdering og tegning) lagt til behandlingsplan. Deltakerne var ti jenter i alderen 15 til 18 år med økt angst, kombinert med lav selvfølelse og problemer med kroppsbildet. På bakgrunn av intervjuer ble betydningen av terapiprosessen delt inn i tre kategorier: balansert selvoppdagelse, avspenning, og interessant og nyttig erfaring. Vibroakustisk terapi kan betraktes som en viktig terapikomponent, nyttig for å styrke mestringsevne gjennom å oppfylle kroppslige behov for avslapning, bedre selvinnsikt gjennom fysisk selvbevissthet, og gi fredelig tid for refleksjon.

Schiltz (2004) hevder at dersom musikklytting er kombinert med det formelle arbeidet med å skrive historier i en støttende atmosfære i en terapeutisk relasjon, kan det oppstå en rekke kognitive og emosjonelle strategier for å arbeide seg gjennom problemer og tilpasse seg situasjoner. Disse kan berike personens psykologiske liv, og kan også føre til strukturell

endring. Denne oppdagelsen er spesielt viktig for det forebyggende arbeidet med ungdom som viser tidlige tegn på psykopatologisk dysfunksjon.

### **Kvantitative studier med musikkterapi**

Ingen studier.

### **Kvantitative, kontrollerte studier med musikkterapi**

Gold, Wigram og Berger (2001) introduserer et forskningsdesign for å måle effekten av individuell musikkterapi på psykisk syke barn og unge. De målte effekten på ulike symptomer og på klientenes kompetanse og livskvalitet. I et pilotprosjekt ble sju barn (fem gutter og to jenter, fire til 11 år) som led av ulike psykiske og atferdsmessige problemer vurdert. Fem barn fikk musikkterapi, to fikk ikke musikkterapi. De to gruppene ble sammenlignet med hensyn til type og alvorlighetsgrad av sine problemer. De viktigste terapeutiske aspektene ved musikkterapi var barnas behov for relasjonen og tilstedeværelse og muligheter for emosjonelle uttrykk. Ved post-behandling, viste målingene at alle utfallene var forbedret hos barna som mottok musikkterapi.

Studien av Band, Quilter og Miller (2001-2002) er beskrevet i dette kapitlet under kvantitative, kontrollerte studier med musikk (se 2.3.3).

### **Sammenfatning av studiene**

Studier viser at musikk og musikkterapi kan virke positivt på mental helse (Buchanan 2000; Burkhardt-Mramor 1996; Gold, Wigram og Berger 2001; Harrison og Narayan 2003; Keen 2004; Rüütel, Ratnik, Tamm et al. 2004; Schiltz 2004; Stegemann, Brüggemann-Etchart, Badorrek-Hinkelmann et al. 2010; Winterbach og Stuart 1992) og egenomsorg (Lonie 2009; Scheel og Westefeld 1999). Andre studier viser at musikk og musikkterapi påvirker ungdommers sårbarhet og virker negativt på deres mentale helse (Behne 1997; Lonie 2009; Martin, Clarke og Pearce 1993; Okasha 2007; Scheel og Westefeld 1999; Stegemann,

Brüggemann-Etchart, Badorrek-Hinkelmann et al. 2010). Én studie fant ikke sammenheng mellom heavy metal fans og deres mentale helse, egenomsorg og sårbarhet (Recours, Aussaguel og Trujillo, 2009). Én studie fant signifikante funn av at musikk påvirker opplevelsen av mentale bilder (Band, Quilter og Miller, 2001-2002). Én studie fant sammenheng mellom måten musikk blir fremstilt med måten den blir oppfattet (North og Hargreaves, 2005). Én studie viser at musikkterapi kan virke positivt i en utredningssammenheng (Choi, 2010).

## 2.4 Tabelloversikt over inkluderte studier

### Effekt

\*= ikke angitt i abstrakt/sammendrag, a-EEG=alpha EEG frekvens, ang=angst, bt=blodtrykk, dep=depresjon, eks=eksponert, engst=engstelse, for=forvirring, fu=generell fungering, føl.l=følelseorientert lytting, gjf=gjennomføring, hf=hjertefrekvens, Kvl.=kvalitativ, Kvnt.=kvantitativ, M=musikk, metml=lytting til metal-musikk, mot=motivasjon, MT=musikkterapi, pat=patologiske, prml=problembasert lytting, rel=spirituell-religiøs, s.ang=selvopplevd angst, self=selvforståelse, sp=spenning, spaf=selvpåført positiv affekt, ss=selvskading, st=stress,

Førsteforfatter, år	Utvalg	M/MT:	Kvl./Kvnt.	Måleenhet	Effekt
Amir, 2005	1	MT	Kvl.		uklar
Angell, 2005	36	M	Kvl.		uklar
Band, 2001-2002	317	M/MT	Kvnt.	1) livlig forestillingsevne 2) økte visuelle detaljer 3) sterke farger 4) opplevelse av bevegelse 5) følelser	1) økning 2) økning 3) økning 4) økning 5) økning
Behne, 1997	*	M	Kvl.		uklar
Blood, 1993	104	M	Kvnt.	1) bakgrunnsmusikk 2) dur vs moll	1) mer tilfredsstillende med enn uten 2) dur mer tilfredsstillende enn moll
Bryan, 1998	96	M	Kvnt.	1) spaf 2) musikkpåvirket	1) flere løsninger 2) flere utbroderinger, oppfattet mindre tolkning
Buchanan, 2000	*	MT	Kvl.		
Burkhardt-Mramor, 1996	*	MT	Kvl.		
Burns, 2002	60	M	Kvnt.	1) ang 2) hf	1) Ja 2) Ja



Choi, 2010	9	MT	Kvl.		
Daghighi-Asli, 1995	*	M	Kvnt.	1) ang	1) Ja
Davies, 1990	1	MT	Kvl.		uklar
Erkkilä, 2011	n=79	MT	Kvnt.	1) dep 2) ang 3) fu	1) Ja (median 4.65, 95% CI 0.59 til 8.70) 2) Ja (1.82, 95% CI 0.09 til 3.55) 3) Ja (-4.58, 95% CI -8.93 til -0.24)
Gold, 2001	7	MT	*		
Gooding, 2011	45	MT	Kvnt.		
Gupta, 2005	80	M	Kvnt.	1) a-EEGf 2) hf 3) bt 4) ang 5) engst 6) dep	1) stigning 2) upåvirket 3) upåvirket 4) Ja 5) Ja 6) Ja
Harrison, 2003	50,168	M	Kvnt.	1) sportsaktivitet  2) andre aktiviteter	1) høyere odds for å trene, drikke melk, sunt selvbilde, og lavere odds for emosjonelt stress, suicidal atferd, stoffmisbruk i familien, 2) høyere odds for å gjøre lekser, og lavere odds for bruk av alkohol eller marihuana, og vandalisme
Jorm, 2004	108	M	review	ingen	ingen
Keen, 2004	*	MT/M	Kvl.		
Kim S, 2006	35	MT	Kvl.		
Knight, 2001	87	M	Kvnt.	1) s.ang 2) hf 3) bt	1) Ja 2) Ja 3) Ja
Koelsch, 2008		MT	Kvnt.		
Koelsch, 2012		M	Kvnt.		
Lin, 2011		MT	review	ingen	uklar
Lonie, 2009	kvl.18	M	Kvnt./Kvl.		uklar
Maratos, 2008	5	MT	review	ingen	ingen
Martin, 1993	*	M	Kvnt.	1) preferanse for rock / metall	1) signifikant høyere mål for: suicidale tanker, tilsiktet selvskading, depresjon, ungdomskriminalitet, stoffmisbruk, dysfunksjon i familien

Miranda, 2009	418	M	Kvnt.	1) dep	jenter: prml= lavere dep gutter: føl.l.= høyere dep jenter: metml= høyere dep
Mun, 2008	225	M	Kvnt.	1) ang 2) dep 3) st	1) ja (p<0.05) 2) ja (p<0.05) 3) ja (p<0.05)
North, 2005	80	M	Kvnt.		uklart
Okasha, 2007	*	M	Kvnt.	1) sp 2) dep 3) for 4) rel 5) eks	1) Ja (34)=2.57 p <.015 2) Ja (34)=4.27, p <.0001 3) Ja (34)=2.99, p <.005 4) Ja (34)=3.54, p <.001 5) Ja (34)=2.87, p <.007
Plener, 2010	5	MT	Kvnt.	1) sluttet ss 2) nedgang dep	1) 4 av 5 2) 4 av 5
Recours, 2009	333	M	Kvnt.	1) pat symptomer 2) nivåer av dep og ang	1) <5 % viste patologiske symptomer 2) som resten av befolkningen, eller lavere
Rüütel, 2004	10	MT	Kvl.	1) mening	uklar
Salamon, 2003	*	M	Kvnt.	1) bt	1) Ja
Scheel, 1999	121	M	Kvnt.		uklart
Schulz, 2011	1	MT	Kvl./Kvnt.	1) verbal reaksjon	1) markert økning
Schwantes, 2010	5	MT	Kvl./Kvnt.	1) dep CES-D 2) dep BSI® 18	1) Ja 2) Nei
Seidl, 1995	1	M	Kvl.		uklar
Smith, 1991	1	MT	Kvl.		uklar
Stegemann, 2010	40	M	Kvnt.		
Winterbach, 1992	*	M	Kvl.	1) selvf 2) gjf 3) mot 4) ang	1) Ja 2) Ja 3) Ja 4) Ja

**Tabell 2 Effekt av inkluderte studier**

## ***2.5 Sammenfatning***

### **Angst/depresjon – effekt av musikk og musikkterapi**

Av de 42 inkluderte studiene beskriver 16 studier effekten av musikk eller musikkterapi på angst/depresjon. Av disse brukte 6 musikkterapi som intervensjon (Erkkilä, Punkanen, Fachner et al. 2011; Lin, Yang, Lai et al. 2011; Maratos, Gold, Wang et al. 2008; Plener, Sukale, Ludolph et al. 2010; Schwantes og McKinney 2010; Smith 1991).

Fem kvantitative, kontrollerte og ukontrollerte, studier viser at musikk og musikkterapi har statistisk signifikant positiv effekt på angst, stress og depresjon (Burns, Labbé, Arke et al. 2002; Erkkilä, Punkanen, Fachner et al. 2011; Gupta og Gupta 2005; Knight og Richard 2001; Salamon, Bernstein, Kim et al. 2003). Tre kvalitative studier bekrefter denne effekten av musikk og musikkterapi (Winterbach og Stuart 1992; Smith 1991; Schwantes og McKinney 2010). Fem andre kvantitative studier viser også funn som støtter dette (Daghighi-Asli 1995; Maratos, Gold, Wang et al. 2008; Lin, Yang, Lai et al. 2011; Plener, Sukale, Ludolph et al. 2010; Schwantes og McKinney 2010).

Én review hevder bevisene for at musikk er effektiv i selvhjelpsbehandling for angstlidelser er begrenset (Jorm, Christensen, Griffiths et al., 2004). Én studie fant sammenhenger mellom type musikklytting og depresjonsnivåer (Miranda og Claes, 2009). Én studie fant at angst, depresjon og stress hadde signifikant påvirkning på følelsesmessige reaksjoner folk hadde på/av musikk (Mun, 2008). Én studie påviser med statistisk signifikans at musikk påvirker affektive tilstander (Okasha, 2007).

### **Sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme – effekt av musikk og musikkterapi**

Av de 42 inkluderte studiene beskriver 12 studier effekten av musikk eller musikkterapi på sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme. Av disse brukte 7 musikkterapi som intervensjon (Amir 2005; Choi 2010; Davis og Mitchell 1990; Gooding 2011; Kim, Kverno, Lee et al. 2006; Koelsch 2008; Schulz og Sarimski 2011).

Ingen av studiene viste statistisk signifikante funn for at musikk og musikkterapi har positiv effekt på sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme. Én studie som innlemmer musikkaktivitet viser positive signifikante funn, men dette kan ikke knyttes direkte til musikkaktiviteten (Harrison og Narayan, 2003).

Fem andre kvantitative studier hevder å vise en positiv effekt av musikk og musikkterapi på sosiale ferdigheter, problematferd og selektiv mutisme (Blood og Ferriss 1993; Gooding 2011; Koelsch 2008; Koelsch og Stegemann 2012; Schulz og Sarimski 2011).

Seks kvalitative studier viser også funn som støtter dette (Angell 2005; Seidl 1995; Amir 2005; Davies og Mitchell 1990; Kim, Kverno, Lee et al. 2006; Schulz og Sarimski 2011).

Én studie viste statistisk signifikante funn for at musikk påvirker sosial informasjonsbehandling (Bryan, Sullivan-Burstein og Mathur, 1998).

### **Mental helse, egenomsorg og sårbarhet – effekt av musikk og musikkterapi**

Av de 42 inkluderte studiene beskriver 16 studier effekten av musikk eller musikkterapi på mental helse, egenomsorg og sårbarhet. Av disse brukte 7 musikkterapi som intervensjon (Band, Quilter og Miller 2001-2002; Buchanan 2000; Burkhardt-Mramor 1996; Choi 2010; Gold, Wigram og Berger 2001; Rüütel, Ratnik, Tamm et al. 2004; Schiltz 2004).

Ingen av studiene viste statistisk signifikante funn for at musikk og musikkterapi har positiv effekt på mental helse og egenomsorg. Seks kvalitative studier hevder at musikk og musikkterapi virker positivt på mental helse og egenomsorg (Buchanan 2000; Burkhardt-Mramor 1996; Keen 2004; Rüütel, Ratnik, Tamm et al. 2004; Schiltz 2004; Winterbach og Stuart 1992). Fire andre kvantitative studier viser også funn som støtter dette (Harrison og Narayan 2003; Lonie 2009; Scheel og Westefeld 1999; Stegemann, Brüggemann-Etchart, Badorrek-Hinkelmann et al. 2010).

To kvantitative, kontrollerte og ukontrollerte, studier viser at musikk og musikkterapi har statistisk signifikant negativ effekt på ungdommers mentale helse og sårbarhet (Martin,

Clarke og Pearce 1993; Okasha 2007). To kvalitative studier bekrefter denne effekten av musikk og musikkterapi (Behne 2007; Lonie 2009). Fire andre kvantitative studier viser også funn som støtter dette (Lonie 2009; Martin, Clarke og Pearce 1993; Scheel og Westefeld 1999; Stegemann, Brüggemann-Etchart, Badorrek-Hinkelmann et al. 2010).

Én studie fant ikke sammenheng mellom heavy metal fans og mental helse, egenomsorg og sårbarhet (Recours, Aussaguel og Trujillo, 2009).

Én studie fant signifikante funn av at musikk påvirker opplevelsen av mentale bilder (Band, Quilter og Miller, 2001-2002).

Én studie fant sammenheng mellom måten musikk blir fremstilt med måten den blir oppfattet (North og Hargreaves, 2005).

Én studie viser at musikkterapi kan virke positivt i en utredningssammenheng (Choi, 2010).

### **Samlet ser vi:**

4 studier viser statistisk signifikant positiv effekt, alle i gruppen angst/depresjon

14 kvalitative studier viser positiv effekt av musikk og musikkterapi innenfor områdene undersøkt i denne studien.

14 kvantitative studier viser positiv effekt av musikk og musikkterapi innenfor områdene undersøkt i denne studien.

Samlet sett hevder 31 av 42 studier å ha funnet positiv effekt av musikk og musikkterapi, 9 av 42 studier å ha funnet negativ effekt av musikk, 2 av 42 studier ingen sammenheng mellom musikk og områdene undersøkt i denne litteraturstudien. Resterende studier (6) kan ikke kategoriseres i positiv eller negativ effekt.<sup>8</sup>

Inkluderte studier:

6 kvalitative studier, musikk.

11 kvantitative studier, musikk.

---

<sup>8</sup> Summene kan ikke automatisk summeres, da noen studier viser både positiv og negativ effekt.

11 kontrollert, kvantitative studier, musikk.

12 kvalitative studier, musikkterapi.

5 kvantitative studier, musikkterapi.

4 kontrollerte, kvantitative studier, musikkterapi.

## ***2.6 Endelig problemstilling – norske musikkterapeuters erfaringer med ungdom med innagerende atferd***

Etter å ha (1) gjennomgått internasjonal forskningslitteratur var det ønskelig å spisse problemstillingen, og fokusere på norske forhold. Med ønske om å få innsikt i både dybde og bredde ble det valgt å (2) gjennomføre dybdeintervjuer, for å få frem trekk ved klientgruppen, arbeidet og betydningen og (3) en kvantitativ spørreundersøkelse, for å få frem hvor hyppig musikkterapeuter møter brukergruppen, i hvilke typer institusjoner/stillinger og hvilken effekt de opplever at arbeidet har. Den endelige problemstillingen for studiens del 2 og 3 ble som følger:

”Hvilken erfaring har norske musikkterapeuter med arbeid med musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd, hvilken effekt har de erfart, og hvordan forholder dette seg til det den internasjonale forskningslitteraturen sier om dette feltet?”

### **3. Kvalitative dybdeintervjuer**

#### ***3.1 Innledning***

Ut fra endelig problemstilling (se 2.6) vil jeg i denne delen av studien legge frem dybdeintervjuer av to norske musikkterapeuter med lang erfaring med arbeid med ungdommer som viser innagerende atferd. Jeg ser det relevant å samle denne informasjonen. Jeg gjengir dybdeintervjuene og sammenfatter funnene som grunnlag for diskusjonen i kapittel fem.

#### ***3.2 Metode for kvalitative dybdeintervjuer***

Jeg ønsket å bruke semistrukturert intervju som metode, dette var på grunn av en forventning om historier/narrativer, og mye ulik informasjon, dannet ut fra konkrete erfaringer som hver av de ulike informantene har. For å få best mulig tak i denne informasjonen ønsket jeg å la informantene få forholdsvis stor frihet i hva de snakket mye om. Deres interesse og engasjement antok jeg også ville gi meg en idé om hvor intervjuet burde ledes. I tillegg ønsket jeg mer utfyllende informasjon enn det som var mulig å få gjennom spørreskjemaer alene.

Det semistrukturerte intervjuet er karakterisert ved at hovedspørsmål og temaer er tatt opp på forhånd, mens spørsmål og rekkefølge ikke er fastsatt. Ryen (2002) sammenlikner det med vanlig kommunikasjon, med den forskjell at intervjuer har en hensikt om å stille flere spørsmål. Det er altså en konversasjon med bestemte hensikter. Forskningsintervjuet har visse særtrekk. Det er fokus på dynamikken i interaksjonen mellom intervjuer og informant, og med det en metodisk bevissthet rundt spørreform.

## **Informantutvalg**

To informanter er intervjuet i denne delen av studien. De er begge musikkterapeuter, av ulikt kjønn, begge med tilleggsutdanning etter musikkterapiutdanningen. De arbeider på ulike områder, henholdsvis i skole og psykisk helsevern. Dette var ønskelig for å få innspill fra to ulike arenaer der musikkterapeuter har møtt ungdommer som viser innagerende atferd. Det er valgt et såpass lite antall informanter, da informasjonen som kommer ut av slike intervjuer er i et meget stort omfang. Det var ønskelig å heller føye til en kvantitativ spørreundersøkelse for å få større oversikt over flere musikkterapeuters erfaring, enn å ha flere informanter med i delen med dybdeintervjuene. Vi kan si det er foretatt et hensiktsmessig informantutvalg. Det var ikke formål i denne delen av studien å presentere statistiske generaliserbare data (Ryen, 2002).

## **Gjennomføring av intervjuer**

Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn fra litteratur funnet om ungdommer med innagerende atferd og litteraturstudien i kapittel 2. Det var nødvendig med en definisjon av innagerende atferd, da dette begrepet er ukjent for flere. Definisjonen som ble brukt her er den samme som er brukt i litteraturstudien fra Lund (2006), se kapittel 1.3. Det var ønskelig å få kjennskap til musikkterapeutenes erfaring og opplevelse av musikkterapiens funksjon, da det er dette de selv kan vite noe om. Jeg gjennomførte et pilotintervju før intervjuene med informantene tok til. Informantene hadde i forkant av intervjuene fått intervjuguiden (se vedlegg 2) tilsendt på mail for at de kunne være forberedt og ha fått mulighet til å tenke litt over temaene jeg ønsket å intervju dem om. Dette ble gjort fordi det var narrativene og historiene deres jeg ønsket å avdekke. Uten mulighet til å forberede seg med spørsmålene, kunne mye informasjon bli glemt i øyeblikket. Informantene fikk et informasjonsskriv (se vedlegg 3), med samtykkeerklæring, der de ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Gjennomføringen av intervjuene ble gjort på den ene informantens arbeidsplass og på min arbeidsplass, etter informantenes ønsker. Jeg ønsket å la dem føle seg trygge i intervjusituasjonen. Under intervjuene tok jeg opp intervjuene på en iPod med tilhørende mikrofon. Dermed kunne jeg ha større fokus på informant, og få tilgang på alt som ble sagt i ettertid. Jeg lot være å notere, for at intervjuet kunne bli nærmest lik en samtale.



For å sikre anonymitet vil jeg omtale begge informantene med hunkjønn, selv om det var en kvinne og en mann som ble intervjuet.

### **Interaksjonen mellom intervjuer og informanter**

Jeg kommer med en egen forforståelse. Jeg har en idé om at musikk skal være en brukbar måte å nå inn til innagerende ungdommer. Dette kan bidra til at jeg ikke er åpen nok i spørsmålsstilling, og stiller ledende spørsmål. I en intervjusituasjon er det et dilemma at informant gjerne vil tilfredsstille intervjuer, sånn sett kan min forforståelse prege intervjuene. Vanligvis vises det til at det er et asymmetrisk forhold med intervjuer i en maktsituasjon (Ryen, 2002). I forkant så jeg på meg selv som under mine informanter i dette forholdet, da jeg så på dem som mer erfarne innen feltet jeg ønsket å undersøke, samtidig som jeg intervjuer dem i kraft av å være utdannede musikkterapeuter, noe jeg selv ennå ikke er. Jeg undersøker deres erfaringer som musikkterapeuter, selv er jeg ikke ferdig utdannet, og har ikke den erfaringen. Likevel opplevde jeg at en informant unnskyldte seg med at temaet ikke var så kjent, og at hun ikke visst så mye om dette, da jeg stilte et oppfølgingsspørsmål. Det opplevdes som om informantene følte seg ”tatt” i sin uvitenhet. Dette gjorde at jeg underveis i intervjusituasjonen forsøkte å stille mindre direkte spørsmål som kunne oppfattes som personlig utfordrende.

### **Etiske vurderinger**

Informasjonen om musikkterapeutene kan avsløre dem. Det er ikke mange musikkterapeuter i Norge, og informantenes måte å uttrykke seg på kan også være avslørende. I tillegg vil informasjonen om at den ene er psykolog innskrenker mulighetene for hvem det kan være. Det er likevel valgt å la dette komme frem. Teksten er anonymisert i den grad det er mulig, samtidig er det en viktig opplysning at den ene informanten er psykolog. Dette gir en annen forståelse av svarene. Det er avgjørende for å forstå opplysningene korrekt.

Begge informantene skrives om til kvinner, da det finnes flest kvinnelige musikkterapeuter i Norge, selv om det er en kvinne og en mann som har deltatt som informanter. Slik jeg leser dataene er det ikke en tydelig forskjell i svarene som kan begrunnes med kjønn. Med kun to

informanter er det også lite påviselig om det er kjønn det i så tilfelle dreier seg om. Av den grunn er det ikke lagt vekt på å tydeliggjøre kjønn i presentasjonen av dataene.

Prosjektet ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)<sup>9</sup>. De godkjente forskningsprosjektet ut fra mine beskrivelser (se vedlegg 1).

## **Presentasjon av data**

Det er valgt å gjengi mange sitater fra informantene uten større tolkning av disse. Dette er for å gi et godt bilde av informantenes erfaringer med brukergruppen. Informantene har begge verdifull erfaring med tematikken som berøres i denne studien. Sitatene gir mange gode beskrivelser som ikke kunne kommet frem i spørreundersøkelsen. Deres stemme blir fremtredende, dette er et bevisst valg, for å sette leser inn i situasjonene.

Sitatene er kategorisert i temaer forsker avdekket gjennom arbeidet i etterkant av intervjuene. Mye av datamaterialet er utelatt, for å la essensen komme frem. Materialet presenteres i tre kapitler. Det første legger frem musikkterapeutenes opplevelse og forståelse av innagerende atferd, dette kapitlet åpner presentasjonen for å legge informantenes ståsted til grunn for hva de forteller. Denne vinklingen viser informantenes forståelse av innagerende atferd, og de to neste kapitlene må leses i lys av dette. Deretter kommer et kapittel som forteller hvordan musikkterapeutene jobber med denne målgruppen. Det siste kapitlet i presentasjonsdelen legger frem musikkterapeutenes erfaring av hva musikkterapi kan bidra med i møte med ungdommer med innagerende atferd.

---

<sup>9</sup> ”NSD er et kompetansesenter som veileder forskere og studenter i forhold til datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk.” (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, 2012) <http://www.nsd.uib.no/nsd/omnsd.html>

### ***3.3 Musikkerapeutenes oppmerksomhet mot og erfaring med ungdommer som viser innagerende atferd, og deres forståelse av dem***

Begge informantene bekrefter å ha jobbet med ungdommer med innagerende atferd. Den ene uttrykker å ha jobbet med disse over lang tid.

#### **3.3.1 Musikkerapeuters erfaring med ungdommer med innagerende atferd / beskrivelse av kjennetegn**

Ungdommene som viser innagerende atferd beskrives av informantene som en sammensatt gruppe, gjerne med sammensatte vansker.

Det er de med litt utsatte hjemmeforhold, og i kombinasjon med tungt på skolen, vanskelig i mange fag. Og få venner.

Den andre informanten forteller:

Jeg har hatt flere grupper med stille ungdommer. Det var jo også en sammensatt problematikk selvfølgelig.

Den ene informanten uttrykker en opplevelse av at symptomene ungdommene viser kan være like hos de som viser innagerende og utagerende atferd:

Ensomhet, alenehet, dårlig selvoppfatning, passivitet i undervisningssituasjon, depresjon, angst, usikkerhet, overdreven bekymring, psykosomatiske plager. Dette er jo ikke bare kjennetegn for de innagerende barna. Det er jo kjennetegn for de utagerende også.

Diagnostiseringskjemaer og avvikskjemaer kan brukes for å vurdere om problematferden er representert så sterkt at det skal gjøres tiltak. Den ene informantene uttrykker at en trenger

bekreftelse på sine antakelser. Skjemaer som SDQ<sup>10</sup> og andre blir brukt til å fange opp mistanke. Informantene gir begge uttrykk for at dette er en undermeldt gruppe.

Den ene informanten beskriver hvordan noen av disse ungdommene har en forventning om at menneskene rundt dem ikke liker dem, eller orker dem.

... de tar kontakt med andre på en svært uhensiktsmessig måte, og får bekrefte at verden er sånn som jeg trodde. De orker ikke med meg.

Handlemåtene som noen ungdommer tyr til kan være veldig uheldig for å oppnå kontakt med andre.

Ungdommer som viser innagerende atferd har flere felles kjennetegn. Informantene trekker frem ulike uttrykk. De synger lavt, lager ikke høye lyder, derfor velges det fort ballader framfor rockesanger:

Du kan ikke komme å synge veldig lavt på rockesanger. Det går jo bare ikke. Da må de ta balladen. Dempa uttrykk.

Noen av dem tilpasser seg godt i mange ulike situasjon:

Men hun er jo som disse barna ofte er, hun tilpasser seg enhver situasjon, uten å yte motstand. Tilpasser seg vettu. Så hun er med på alt.

Noen av ungdommene kan ha en indre uro som omgivelsene oppfatter:

Hun vekslet mellom å være veldig stille og..., og men du merket en sånn indre uro.

---

<sup>10</sup> SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire. SDQ er et kort screeninginstrument for vurdering av mental helse hos barn/unge. Den første versjonen (for foreldre) ble utviklet av Robert Goodman i England (RBUP, 2013).

Den ene informanten hevder at kjennetegn hos disse er opplevelsen av manglende kontroll og et indre kaos. Dette kan komme til uttrykk gjennom redsel for å gjøre feil i nye situasjoner.

Barnets opplevelse kjennetegnes av kaos eller ikke ha kontroll.

Videre poengteres det at

...mye av det stille mennesker er redd for er ... når de begynner å bli aktive å gjøre noe feil, eller gjøre noe som ikke passer.

Begge informantene legger vekt på betydningen av å ikke alltid snakke om alt som er så vanskelig:

...og det ble overhode ikke snakket om spiseforstyrrelser eller symptomer eller vansker.

På spørsmålet om musikkterapeutene hadde erfart at musikkterapi hadde negativ virkning på klientene, var begge avkreftende på dette. De trekker begge frem at det aldri er en stillstand, og at et tilfelle av noe som ikke fungerer kan repareres igjen. Musikkterapeutenes forståelse av negativ virkning var der en mislyktes i å synkronisere seg eller matche den andre. Det ble her igjen poengtert at da må man justere seg, forsøke å fange opp feilen man gjør. Det hele kan repareres.

For musikkterapi er jo ikke som mat. Det er jo ikke som forgifta, eller dårlig mat eller god mat. Men det er noe som en tilrettelegger.

Det ble også uttrykt at om det ble gjort en feil, fornemmet musikkterapeuten dette veldig fort.

På spørsmålet om musikk alene kunne ha en negativ effekt svarte den ene musikkterapeuten:

Men det kommer igjen an på, hvis du isolerer seg, og drukner deg selv i musikk, og det i seg selv blir en hindring i å bevege seg ut og være i kontakt og, holde på med skole og venner, så, så, så kan jo det bli en veldig alvorlig hindring i utvikling, og selvutfoldelse.

### 3.3.2 Musikkterapeutenes tanker rundt begrepet innagerende atferd

Begrepet innagerende atferd er et noe nytt begrep også for informantene. Etter å ha fått presentert Ingrid Lund sin definisjon fra 2006 (se 1.3, eller intervjuguide, vedlegg 2) var reaksjonene på begrepsbruken av forskjellig grad. Det kom til uttrykk at begrepet har noe i seg som også henviser til selvskading, og ikke kun den atferden som ikke synes. Den ene informanten reagerte på bruken av ordet agere:

...og så er det noe med agerende. Når jeg leser innagerende atferd, så tenker vel jeg mest på selvskading. Å agere er på en måte noe aktivt.

Et poeng informanten kommer med er at disse elevene ikke gjør noe aktivt. Etter hennes mening agerer de ikke:

... mange av disse elevene de gjør virkelig ingen ting. Det er verken agering innover eller utover.

Den andre informanten opplevde begrepsbruken og definisjonen som utfyllende for hva denne hadde erfart og tenkt.

Diagnose ble et tema med begge informantene. ADD ble av den ene informanten knyttet til denne atferden. Samtidig uttrykker de begge at diagnostisering ikke nødvendigvis er løsningen:

Diagnoser har tatt av litt på den måten at hvis vi tenker at vi skal finne en ting, for eksempel angst eller depresjon, eller ADHD, så risikerer vi å miste barnets totale vanskeligheter.

Dette synet på vanskene forteller noe om fokuset på mennesket fremfor diagnosen, noe det tydelig kommer frem at begge informantene er opptatt av. Den andre informanten omtaler diagnoser på en tankevekkende måte:

Det er typisk, det er så menneskelig, det er så gjenkjennbart alt det de sliter med. Men det blir ukontrollert mengde av menneskelige kjennetegn. ... Det er jo liksom en mengden av menneskelige trekk på ett område, som bare er overrepresentert hos noen barn. Og noen ganger er det bare halvveis, og da er det litt vanskelig. De slår liksom ikke ut tilstrekkelig.

Her kommer det til uttrykk problemet med at alle ikke kan puttes inn i noen diagnose. Vårt hjelpeapparat i dag leter fort etter diagnoser, for å kunne motta økonomiske midler til videre behandling eller hjelp. Informantene hevder at diagnostisering belaster.

### **3.3.3 Musikkterapeutenes årsaksforklaringer for ungdoms innagerende atferd og oppmerksomhet mot mulige vansker**

Den ene informanten trekker frem relasjonsskade som en viktig årsak til denne atferden:

...de som sliter med de tinga, det er de som har en relasjonsskade ofte. Som har en vanskelig barndom, eller som er fosterhjemsbarn, fosterhjemshistorikk, eller barnevernet. Eller mye ut og inn av foreldre eller hjemmeforhold, og slitne foreldre eller syke foreldre eller, ustabil miljø, eller nettverk rundt seg.

Den andre informanten legger vekt på at det ikke kan legges til grunn at problemet skyldes omsorgssvikt:

...det blir veldig vanskelig å tenke at alle stille elever har opplevd omsorgssvikt.

Hun har møtt ungdommer som har mistet foreldrene i tsunamien, men som hadde erfart gode relasjoner.

Den ene informanten uttrykker at hun har møtt ungdom det er vanskelig å komme inn på. Hun hevder det dreier seg om at

...de vegrer seg for å gå inn i relasjon og kontakt, for de har dårlig erfaring med det, fra før.

Det har tårna seg opp for deg. Og du verner deg mot, eller du ønsker å bekrefte all avvisningen du har fått.

Den ene informanten trekker frem hvordan mange av disse ungdommene er vant med skuffelser, og hvordan noen i målgruppen er vant med å ikke strekke til, eller har liten erfaring med å mestre.

Ellers kan det være mistanke om at det er noe familiært, eller en underliggende generell vanske. Depresjon og psykiske vansker er andre årsaker som trekkes frem. Traumer er en annen viktig årsak til innagerende atferd.

...det kan ligge til grunn for det å ikke våge å snakke, eller delta sosialt.

Hva som er årsaken vil at de velger å være stille og skjule sine vansker har de flere tanker om. En årsak kan være at de ønsker å skjule sine opplevelser.

Skjule ensomhet, alenehet, dårlig selvoppfatning, depresjon, angst og usikkerhet og bekymring. Skjule alt det. De hadde strategier på å skjule dette for omverdenen. De var så vanvittig gode.

I kapittel 3.3.1 ble ungdommer med innagerende atferd beskrevet som tilpasningsdyktige. Informanten forteller om en tidlig opplevelse i sin praksis der opplevelsene ble så godt skjult at hun aldri oppfattet det.

...og jeg kjørte i gang, og så kom de aldri igjen. For jeg hadde skremt vettet av dem. Uten at jeg så det.

En annen årsak til den stille atferden kan være situasjonene ungdommene er i, at det skjer for mye på en gang, dermed våger de ikke å snakke.



### ***3.4 Musikkterapeutenes bruk av musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd***

#### **3.4.1 Aktivitet**

Den ene informanten har utdannet seg til psykolog etter musikkterapiutdanningen, men uttrykker at hun bruker mye musikkterapi i arbeidet sitt.

Jeg har veldig nytte av de verktøyene jeg har lært som musikkterapeut når jeg arbeider.

Hun uttrykker at hun med musikkterapien som bakgrunn for sitt arbeid tenker musikkterapeutisk på mye av det som skjer.

Fordi jeg er musikkterapeut, ... vet at i det musikalske landskapet så finnes det også mye av det emosjonelle som en kan knytte an til.

Hun beskriver et møte med en klient som ikke ville noe annet en å spille fotballspill. Hun forklarer hvordan hun spilte fotballspill med ham som en musikkterapeut.

For jeg sier ååååååå, ahhh, neiiii.

Hun demonstrerer hvordan hun brukte ord og lyder i ulike tonehøyder og med ulik intensitet og forklarer at han i starten var helt stille, men plutselig kommer det lyd fra klienten også.

Jeg forsøkte litt sånn forsiktig, ”Der, å der, var det dit du skulle!”, og ”Fort!”, ”Men hvor ble det av ballen?”, litt sånn holde interessen på det som skjedde. Og så plutselig så begynner han, og nå er han sånn ”yeeeeee”.

Musikkterapeuten beskriver dette som musikkterapi, fordi det er utveksling av ”lys og bevegelse” som hun uttrykker det. Hun lager ”et musikalsk rom med stemmen”.

Det er improvisasjon, med lys og bevegelse. Det er bare tilfeldig at det er fotballspill. Det er utveksling, av lyd og bevegelser som, hvor nettopp, den gjensidige synkroniseringen og min inntoning til han er helt vesentlig for at han skal bli vitalisert.

Her trekker hun inn begrepet vitalisert som vi kjenner fra Stern (2010). Inntoning og synkronisering er viktige begreper i den musikkterapeutiske improvisasjonen.

For enkelte av ungdommene kan det være vanskelig å sette i gang med aktiviteter da de har liten tro på seg selv, eller har dårlig erfaring med likende situasjoner. Da kan det være viktig å forsøke å motivere ungdommene og kanskje også presse litt på.

Musikkterapeutene trekker frem improvisasjon, reproduksjon og komponering/sangskrivning som brukbare aktiviteter.

Hvis en tenker at dette på en eller annen måte dreier seg om å, altså utvikling, og komme i bevegelse, så vil jo improvisasjon eller ulike musikkaktiviteter være veldig gode måter tenker jeg. – Å komme i bevegelse.

Det trekkes frem betydningen av å være sammen og det å få til noe. Samværet er en stor del av musikkterapien.

Jeg har til og med en jente som jeg har jobbet med, som jeg har truffet igjen som voksen. Og hvor hun sa. ”Så fint at du presset meg den gangen.” Det sa hun. ”For ellers så hadde jeg aldri begynt å snakke.” Og da brukte vi musikk.

Her trekker musikkterapeuten frem et eksempel som bekrefter teori om disse ungdommene. Mennesker med innagerende atferd både trenger og ønsker å møte forventning (Lund 2012).

### 3.4.2 Opplevelse av mestring

Det er av betydning at ungdommene opplever mestring i det de holder på med. Den ene informanten jobber i PP-tjenesten, og viser til hvordan ungdommene som har vansker på skolen er vant med at de skal øve på alt de ikke får til. Hun uttrykker at det er viktig å gi ungdommene opplevelse av mestring. Hun jobber ut fra to mål;

...én: det skal være morsomt sånn at de vil komme igjen neste gang, og to: de skal oppleve at de er tilstrekkelig sammen med jevnaldrende og får til noe og lærer noe.

Musikkterapeuten uttrykker at det hjelper disse ungdommene å ha noe å vise frem, at de er faglig sterke eller er gode i gym. Dette kan de også få i musikkterapien, mye handler om å mestre.

En gylden anledning til å komme med sin egen stemme. Når de tør å komme med stemmen sin, i mikrofon, og tør å høres. Jeg bare får en sånn, - jeg bare får en opplevelse som jeg stoler på. Dette er bra for deg! Og dette opplever alle sammen som noe bra. Noen ganger stoler man mer på opplevelsen sin, den er overveldende på en måte.

Hun uttrykker at ungdommene må få erfare å lykkes i samspill med andre. Her trekker hun frem betydningen av å samhandle med jevnaldrende, og bli anerkjent av jevnaldrende.

Og du må få erfare at du lykkes med, ikke bare med voksne, men med de som er like gamle som deg. Og det er så mye mer verdt, særlig for ungdomsskolebarn, og for alle egentlig. I forhold til dem du identifiserer seg med, og ønsker å identifisere deg med, der du ønsker å være, og der du egentlig hører til.

Musikkterapeuten fremhever viktigheten av hvem ungdommene identifiserer seg med. Hun hevder at anerkjennelse fra disse er av større betydning enn fra henne som musikkterapeut.

Musikkterapeuten opplever at det kun øves på det ungdommene ikke mestrer i en vanlig skolesituasjon.

Når de er i små grupper i skolen så er det for å trene på ting de ikke får til.

Hun er opptatt av å gi ungdommene noe annet i sine timer, gi dem mestringsopplevelser, og ikke gi dem noen form for skuffelser.

...vi må gi dem det motsatte. Og hva er det å gi, å gi et barn det motsatte av en skuffelse? ...

Det må jo være noe som skaper en forventning, og innfri. Skape en forventning, innfri, få til.

Oppleve en, dele en følelse for eksempel. Ikke være alene om den. Og da gjerne dele begeistring.

Det kan være av stor betydning å gjøre aktiviteter som er enkle nok, og gjennomførbare.

...da kan det være sånne plaine rockelåter på tre grep og sånne ting, som er helt ukompliserte.

Og som vi får til gjerne på første time, for det er så rett fram, det er litt kult da.

Den andre musikkterapeuten uttrykker også at det er viktig med enkle aktiviteter.

...litt sånn helt enkelt. Spille etter hverandre, lytte til slagene, og så spille to ganger, eller...

Altså sånn lek med at nå kan jo du foreslå for han, skal ha spille to, tre, fire slag? Så det er alle mulige måter å gjøre det på. Men det må være enkelt. Det er jo bare fantasien som setter grenser. Jeg tror ofte vi tenker for vanskelig jeg, for det er tilstrekkelig å være helt nedpå. Helt enkelt. Bare det å spille.

Musikkterapeuten beskriver en gutt som gjennom musikken fant noe han var veldig god på.  
Han sang

...på en måte sånn at voksne som hørte på begynte å gråte. Han gjorde det så inderlig. Han hadde et sånt uttrykk og han hadde et sånt talent. Og da ble musikken også viktig for ham, ikke bare samspillet med de andre og få til noe. Men musikken ble viktig for ham for han hadde en kime i seg på en måte.

### 3.4.3 Tilrettelegge og tolke/gjette

Informantene beskriver begge hvordan de med musikkterapien tilrettelegger for ungdommene. Det må legges til rette for den enkelte. Den ene musikkterapeuten legger vekt på viktigheten av å jobbe på ungdommenes nivå for å opprettholde kommunikasjonen: Hun beskriver ungdom som har

...manglende evne til å kunne reflektere, og hvor du risikerer å krenke hvis du selv legger deg på et litt avansert refleksjonsnivå. Og da får du jo ikke svar, da bryter jo kommunikasjonen sammen.

Det kan også handle om å forstå og tolke riktig. Her trekkes improvisasjon frem som en viktig metode. Gjennom improvisasjon kan det være lettere å være åpen for at alle svarene ikke er gitt.

Men altså, det er klart at noe av det som ligger i improvisasjon er jo nettopp det der å finne frem til sammen, og da vil det jo være mange, altså, mange små svar som ikke passer.

Musikkterapeuten nevner her svar som ikke passer. Det kan være vanskelig å forstå og tolke det som kommer frem av kommunikasjon. Det beskrives en måte å bruke improvisasjon sammen med en gjettelek for å kunne snakke om det som ikke er bra.

En måte jeg har brukt tromme er jo til å fortelle om seg selv på trommen. At noen som synes det har vært vanskelig å fortelle om seg selv, eller å skulle fortelle noe i det hele tatt, og jeg har foreslått at de kunne fortelle meg det på trommen. Og så kan jeg gjette. Musikk er litt sånn som lek at, kanskje er det sånn, kanskje er det slik. En hindring til å uttrykke seg er jo at man ikke vet. Mange barn og unge ber meg gjette. Det å uttrykke seg, det innebærer at av og til føler du at du har sagt noe dumt, eller gjør noe som ikke passer. At man ikke alltid blir forstått eller hørt. Men det er ikke så farlig. Det går an å bli forstått i neste omgang.

Musikkterapeuten beskriver at hun er veldig forsiktig i sin gjetting, og er tydelig på at alt hun gjetter kanskje ikke er riktig.

Også er jeg veldig nøye da på å bruke lang tid, sånn at jeg sier. HmMMM, hmm, kanskje.

Merker hun manglende respons på sin gjetting er hun raskt ute med å rette på det hun har foreslått:

Og da kan jeg si ”det passet ikke”. Eller: ”var det for sterkt kanskje?”. ”Alt for sterkt!”. Og det er jo en måte å bli kjent.

Musikkterapeuten beskriver her hvordan hun selv bruker musikalsk improvisasjon istedenfor å snakke om følelser med ord. Hun kan bruke tromme for å forsøke å speile ungdommenes stemning, deretter sjekker hun med ungdommen om det hun gjorde kunne passe. Denne gjettingen uttrykker hun som mer åpen og at det gir mer rom i situasjonen enn om hun skulle krevd et konkret svar.

### **3.4.4 Musikkvalg/musikksmak**

Ungdommer som viser innagerende atferd har ikke nødvendigvis en lik musikksmak. Samtidig fremhever den ene informanten en overvekt av rolige sanger og at teksten har betydning.

Nei, jeg tror det er en forskjell der. Når jeg tenker fort tilbake på ungdomsskoleelever jeg har møtt og jeg har erfaring med, så er det noen som vil spille ”Tears in heaven” for eksempel, eller Susanne Vega. Jeg tror at de med innagerende atferd ønsker å uttrykke seg på den måten, framfor å braute avgårde med ”State too scow” eller ACDC-låt og sånt noe. Ja, det har jeg erfart da.”

Tekstene skal gjerne ha en mening, balladene blir gjerne valgt fremfor de høyt-lydene rockelåtene.

Men, hvis jeg sier, skal vi synge, for eksempel ”forelska i lærern” eller ”killing me softly”. Da velger de ”killing me softly”. Ja. For de har, tror jeg, en sånn var sensitivitet.

Hun beskriver musikken som noe som speiler ungdommene, og en opplevelse av at de velger sanger som speiler seg selv.

”Men når de, særlig når de er vokalist, så har de et tettere forhold til låten, enn når de bare spiller. De leverer den mer, og de tar den mer, og de uttrykker den med stemmen sin. Og da velger de, det har jeg mange eksempler på, da velger de rolige sanger. De rolige, de stille. Og de dempa og forsiktige. Og man liker jo musikk som på en måte speiler deg. Følelsesbruset. Men du har den ikke i all musikken. AC-DC er ikke like mangfoldig følelsesvar. Eller bølgelandskap på samme måten.”

Selv om ungdommene ikke velger de høyt-lydende låtene selv, er de med på dem som en del av gruppen. Informanten mener derimot å merke stor forskjell på deltakelsen.

...ja, men hun leverer ikke seg sjøl da.

Informanten nevner en rent praktisk grunn til å gjøre rolige låter med de innagerende ungdommene.

Hun synger veldig lavt. Det gjør disse barna ofte. Du kan ikke komme å synge veldig lavt på rockesanger. Det går jo bare ikke. Da må de ta balladen. Dempa uttrykk.

### ***3.5 Musikkterapeutenes forståelse av hva musikken og musikkterapien bidrar med i møte med ungdommer som viser innagerende atferd***

Musikkterapeuten har erfart hvordan de unge selv tar i bruk musikk spontant. Det kan være musikkterapeuten som tar initiativ, men det kan også være den unge selv. Dette gjelder også i

en setting der musikkterapi ikke var en forventning, da terapeuten virker som psykolog. Her har hun også brukt musikk som et tema i samtale, ved at de kan snakke om musikk som ungdommen liker eller ikke liker, og knytte musikken sammen med arbeidet med følelser. Begge musikkterapeutene uttrykker at de har opplevd effekt ved bruk av musikkterapi med denne gruppen.

### **3.5.1 Relasjon**

En viktig del av musikkterapien er muligheten til relasjoner. Begge musikkterapeutene jobber aktivt med relasjoner i gruppene og i det individuelle arbeidet. Den ene musikkterapeuten reagerer på at spørsmålet om relasjon i det hele tatt stilles.

Hvis en ikke er opptatt av det relasjonelle, så tenker jeg at du bommer, eller mister noe vesentlig. ... Jeg tenker at det er noe av det som gjør at det virker. At det nettopp skjer i en relasjon.

Det å ha noe felles er av betydning. I musikkterapien er det mulig å gi en felles historie når de er sammen over flere år. Den ene musikkterapeuten forklarer hvordan hun kan bruke deres felles historie til å trekke frem gode opplevelser som er delt.

...husker og opplever det sammen og. Lager en historie sammen når vi jobber over tre år. Så kan vi si; husker du når vi var på, og husker du når du sa, og husker du når vi lo så fælt. Sånne ting blir verdifulle også.

Musikkterapeutene hevder at musikkterapien og aktiviteten de er sammen om med klienter gir mulighet til relasjon.

...være sammen om en musikkopplevelse. Være sammen, dele begeistring, dele balladen, dele tempo. Og dele felles start og slutt. Så enkelt.



Ungdommene i grupper får relasjonstrening med hverandre innenfor trygge rammer. På spørsmålet om musikkterapeuten bruker musikkterapien til relasjonstrening er svaret at

Relasjonstreningen den skjer mellom gruppemedlemmer.

Ungdommene må ta hensyn til hverandre, og avpasse seg hverandre.

Og dele det der å ta hensyn, eller ta hensyn til hverandre, avpasse seg til, avpasse seg i samspillet.

Musikken er funksjonell som en veileder til dette. I gruppe lærer ungdommene hvordan alle må lytte til hverandre i musikken, de må kanskje skru lyden av seg selv opp eller ned for å være sammen med de andre.

Betydningen av relasjonen mellom musikkterapeut og klient er også viktig. Den ene musikkterapeuten uttrykker hvor viktig det er at hun liker ungdommene, og viser dem det. I tillegg gjør hun mye for at ungdommene skal like henne. Hun må være en...

...det går an å for dem som elever å forholde seg til.

### **3.5.2 Mulighet til å komme i bevegelse**

Den ene informanten trekker frem betydningen av å komme i bevegelse. Hun forteller at hun har møtt mange ungdommer som holder pusten.

...pust, aktivitet, kroppslig aktivitet. Som ofte er det som, hva skal vi si, går tapt. Eller går i stå. Hvis du er stille.

Hun er opptatt av hva hun kan gjøre med pusten til klienten.

Det er veldig vanskelig å merke følelser hvis du ikke puster, eller kjenner deg nummen, eller har koblet ut.

Jeg begynte med trommer, for min erfaring er at det å bli kroppslig, det å bruke armer og ben, setter i gang noen bevegelsesprosesser som hjelper veldig å puste.

Hun beskriver ungdommer som trenger å komme i bevegelse, og som uttrykker glede over å komme i bevegelse.

...det er i hvertfall min erfaring gjennom mange år. Jeg tror nesten ikke jeg har møtt noen som ikke uttrykker glede ved å komme i bevegelse.

Og med en gang du kommer i bevegelse, sånn som disse stille guttene, så er det lettere å være aktiv.

Informanten er bevisst på hvor stort steg det er for ungdommene å gjøre noe med sin innagerende atferd.

...tenk den overgangen mellom å ikke uttrykke seg og skulle snakke. Den er ganske stor.

Det er betydningsfullt å gi ungdommene rom for en overgang, en måte å komme i bevegelse på. De må få en mulighet for utprøving av en annen atferd.

### **3.5.3 Emosjonsregulering**

Emosjonsregulering handler jo både om å aktivere og oppmuntre, men også å regulere ned hvis det er for mye. Stressnivå blir for høyt, sånn overaktivering. Eller, det er klart at dette kan også være en del av en underaktivering. Det å være passe aktivert, det tenker jeg emosjonsregulering handler om. Jeg tenker at, å jobbe med såkalt innagerende atferd handler også mye om å jobbe med emosjonsregulering.

Informantene beskriver begge hvordan musikken virker emosjonsregulerende på ungdommene. En kjent form for emosjonsregulering er selvskading.

Hva er selvskading? Det er stor enighet blant klinikere at i hvertfall så har selvskading med emosjonsregulering.

Den ene informanten beskriver møte med ungdommer som spør henne hvorfor det hjelper å selvskade seg.

Hvorfor hjelper det? De stiller spørsmålet. Hvorfor hjelper det? Og det er jo ungdom som skjærer seg.

De opplever at det hjelper dem å selvskade seg, men de forstår ikke hvorfor. Selvskading kan som musikk altså være en form for emosjonsregulering.

Jeg tenker at man kan bruke alt mulig til å forsøke å regulere vanskelige emosjoner. Også musikk.

Det å finne en måte å takle de vanskelige emosjonene er noe en alltid vil prøve på.

For jeg tenker med denne jenta som hadde denne indre fantasiverden, så er jo også det en form for flukt. Som også er en form for emosjonsregulering.

Informanten forklarer at det ikke bare er for ungdommene å slutte med selvskadingen, det må jobbes med emosjonsregulering. Hun kan foreslå for ungdommene om de kan høre på musikk, eller om det er noe annet de kan gjøre som hjelper. Hun vil ikke beskrive bruk av musikk for emosjonsregulering som selvskading.

### **3.5.4 Uttrykke seg og forstå seg selv og sine egne følelser**

Den ene informanten beskriver en jente som tok med en sang i timen som hun ønsket å spille.

En sang som handler om en jente som blir slått. Og det var den måten hun fortalte det på. Det handler om, særlig andre verset handler om meg, sa hun.

Her brukte eleven selv musikken for å uttrykke seg. Hun valgte musikk som hun opplevde kunne si noe om hennes situasjon. Hun fortalte sin historie gjennom å synge en sang i en musikktime.

Den andre informanten beskriver hvordan hun bruker musikk for å hjelpe ungdommene med å forstå sine egne følelser. Hun hjelper dem med å bli fortrolige med sine egne følelser, og hjelper dem å merke følelsene kroppslig.

Først skal du merke følelsen, så er det veldig fordel at noen forstår at du er sint, setter ord på det og at det deles.

Her kan trommen være en hjelp til å uttrykke seg. Informanten har benyttet tromme for at klienten skal spille hva hun eller han føler, og så har informanten gjettet.

Med dette her med å fortelle om ting på en tromme, det er jo noe av det første som er spennende å høre etter. Hvilke følelser hørte jeg her?

Hun beskriver også hvordan klienter kan mangle erfaring med å bli forstått eller at de ikke har opplevd inntoning til sine følelser. Gjennom musikken kan man inntone seg til klienten og på denne måten dele følelsen. På den måten kan følelsen bli tydeligere og mer forståelig for klienten.

### **3.5.5 Bekreftelse/anerkjennelse**

Noen ungdommer opplever stor anerkjennelse gjennom det de får til i musikkterapigruppene.

Og dra på turne, det er veldig anerkjennende, skrive autografer til barneskoleelever er veldig anerkjennende opplevelse.

I etterkant av musikkterapigruppene har de noen ganger produkter å vise til.

Vi spilte inn CD. Liveopptak på konsert. Tok med hjem. Spilte for broren sin. Spilte for mor. En annen jente, som jeg gjorde det samme med, spilte til og med sin i konfirmasjonsselskap. Så ble sangen hvor hun sang spilt for alle gjestene. For det var noe av det flotteste hun kunne vise fram.

Dersom produktene er gode kan disse være med på å gi anerkjennelse. Ungdommene kan bli bekreftet av sine jevnaldrende, noe som er viktigere enn å bli bekreftet av læreren. Et tydelig eksempel på dette har informanten fra en opplevelse med en ungdomsskolejente som fikk vendt om hele sin situasjon fra å bli mobbet for måten hun sang på til å bli anerkjent for en sang hun hadde spilt inn med musikkterapeuten. Informanten vektlegger samtidig at produktene ikke er det eneste av betydning. Blir det ikke et godt produkt, fokuseres det ikke på dette.

Musikkaktiviteten kan være en viktig form for motivasjon for enkelte av elevene. Den ene informanten har stor erfaring med at elever som er lite motivert for skolen og har stort fravær kommer på skolen den dagen det er musikk.

Ja, de kommer på skolen den dagen det er musikk. Det er, hvert år er det noen som har det sånn. Ja, de sier det. De sier det sjøl. Den dagen hvor det er en og en halv time musikk så er de på skolen.

### ***3.6 Sammenfatning***

Dybdeintervjuene gir en tilgang til narrativer fra musikkterapeutenes arbeid. Vi får innblikk i hvordan musikkterapi kan virke i kontakt med ungdommer med innagerende atferd.

Gjennom intervjuene er ni betydningsfulle temaer i musikkterapi med ungdommer med innagerende atferd avdekket: aktivitet, opplevelse av mestring, tilrettelegging/tolking, musikkvalg/musikksmak, relasjon, mulighet til å komme i bevegelse, emosjonsregulering, uttrykke seg og forstå egne følelser, bekreftelse/anerkjennelse.

Temaene fordeler seg på to ulike områder. De fire første beskrives under temaet ”Musikkterapeutenes bruk av musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd”. De fem siste beskrives under temaet ”Musikkterapeutenes forståelse av hva musikken og musikkterapien bidrar med i møte med ungdommer som viser innagerende atferd”.

*Aktiviteten* poengteres som viktig som noe ungdommene kan samle seg om. De kan oppleve fellesskap og får en struktur for å være sammen.

*Opplevelse av mestring* bidrar til å styrke selvfølelsen til ungdommene. Det hevdes at dette er en god ressurs å bygge videre på.

Musikkterapeutene beskriver hvordan de *tilrettelegger* og *tolker* gjennom sitt arbeid med klientene. Improvisasjon er et nyttig verktøy i denne sammenhengen.

Temaene *musikkvalg/musikksmak* kom opp i dybdeintervjuene. Erfaring tilsier at ungdommer som viser innagerende atferd gjerne velger roligere låter, og har et stort fokus på tekstene.

*Relasjon* fremheves som et betydningsfullt element som musikkterapi gir gjennom mulighet til samhandling mellom mennesker. Det hevdes at relasjonen er et kriterium for at noe kan skje i terapien.

*Å komme i bevegelse* oppfattes som en forutsetning for å sette i gang prosesser med klientene. En aktivitet som er fysisk vil kunne få klienten i bevegelse. Informanten trekker her inn den kroppslige dimensjonen av musikkterapien.

Begge informantene har erfart at musikk virker *emosjonsregulerende* på ungdommene. Musikkterapi kan være en arena der klienter kan bli kjent med andre måter å oppnå

emosjonsregulering enn ved for eksempel selvskading, som var et tema for klienter musikkterapeutene hadde vært i kontakt med.

Musikkterapeutene opplever at musikken har hjulpet klientene til å få tak i sine *egne følelser*, og at de har brukt musikken for å *uttrykke seg*.

Musikkterapi beskrives av informantene som et godt redskap for å vise *anerkjennelse* og gi *bekreftelse*. Informantene erfarer at de kan gi anerkjennelse, men også at ungdommene gir hverandre anerkjennelse i musikkterapien.

## 4. Spørreundersøkelsen

### 4.1 Innledning

Ut fra endelig problemstilling (se 2.6) vil jeg i denne delen av studien legge frem funnene av spørreundersøkelsen gjort med 15 musikkterapeuter med erfaring med gruppen ungdommer med innagerende atferd. Jeg gjengir og sammenfatter funnene som grunnlag for diskusjonen i kapittel fem.

### 4.2 Metode for kvantitativt spørreskjema

Det finnes mange former for spørreskjema og spørreundersøkelser. Mange av dem har kommersielle formål, og er av forskningsmiljøer blitt mistenkt for å være ”lettbeinte bestillingsverk hvor konklusjonene skal tjene et formål.” (Holand, 2006, s. 42)

Grunnforskning er derimot forutsatt å være objektiv, nøytral og valid. Holand (2006) poengterer at dette skillet ikke nødvendigvis er så enkelt. Han mener vi har mye å lære av de kommersielle kreftene, i det å utvikle og forbedre våre spørreundersøkelser.

Spørreundersøkelse betegnes gjerne som survey. ”Alle former for survey involverer det å identifisere en populasjon, og, om nødvendig, finne et representativt utvalg som skal delta i undersøkelsen.” (Wigram, 2005).

”Forskningskvalitet er ikke et spørsmål om formål, men om målingers validitet, reliabilitet og etiske forankring.” (Holand, 2006, s. 42) Reliabiliteten forteller oss om forskningens resultat har konsistens og er troverdig (Kvale og Brinkmann, 2009), om resultatet kan reproduseres ved en gjentakende undersøkelse foretatt av andre forskere. Validiteten forteller om metoden er egnet til undersøkelsen som er gjort, og undersøker det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 250-251).

I utvalget av svarpersoner er snøballutvalg (Haraldsen 1999; Robson 2002) brukt. Dette er en form for ikke-statistisk utvalg. Jeg startet med et lite utvalg, og ba disse om å foreslå nye deltakere. Det var ikke mulig å trekke de første kontaktpersonene – for å etterlikne



sannsynlighetsutvalg – da det var viktig å spørre alle jeg hadde kjennskap til.

Kriteriene for å være respondent ble altså satt til å være utdannet musikkterapeut med erfaring med arbeid med ungdommer som viser innagerende atferd, boende i østlandsområdet av Norge.

For å få størst mulig svarprosent valgte jeg å ringe mulige informanter isteden for kun å sende ut spørreskjema på mail, eller gjennom andre kanaler, som musikkterapeutenes side på facebook.com, eller gjennom musikkterapiforbundet *Norsk forening for musikkterapi*. Dette kan ha begrenset respondentutvalget. Samtidig ville jeg sikre et utvalg, da mange kunne valgt seg selv vekk som aktuell respondent, selv om de var aktuelle, på grunn av lite kjennskap til begrepet innagerende atferd. Dette valget støttes også av Gillham (2000) og risikofaktorene han setter opp for bruk av spørreskjema per post. Ved å ringe omgår jeg vanskelighetene med å motivere respondenter, unngår at lesevansker kommer i veien for besvarelsen, muliggjør oppklaring av misforståelser, og gir mulighet til at det kan være lettere å få svar, da mennesker snakker lettere enn de skriver (Gillham, 2000).

NSD ga meg klarsignal til å sette i gang med undersøkelsen, det var ingen krav til melding av denne typen spørreundersøkelse (se vedlegg 4).

Definisjonen det jobbes ut fra i spørreundersøkelsen er:

Innagerende atferd er en benevnelse på en atferd der følelser, opplevelser og tanker holdes og vendes innover mot en selv. Uttrykk som kommuniseres, kan være sårbar, avvisende, deprimert, tilbaketrukket, angst og usikkerhet (Lund, 2012, s. 27).

Årsaken til at denne definisjonen er valgt, er utviklingen i Lund sitt arbeid. Da hun har valgt å definere innagerende atferd på en enklere måte enn i sitt arbeid fra 2006, er dette mer brukbart i en spørreundersøkelse som skal gjennomføres over telefon.

Jeg utførte en prøvespørring over telefon for å få testet spørreskjemaet, kjent på hvordan det var å gjennomføre det over telefon og for å få en oversikt over hvor lang tid det tok. Ut fra dette ble noen spørsmål i skjemaet forenklet, før jeg startet innhenting av respondentsvar.

Spørreskjemaet (se vedlegg 5) besto av spørsmål om personopplysninger, spørsmål om antall klienter musikkterapeutene hadde møtt, arbeidsplass, arbeidsmetoder og effekten av disse, bruk av musikkterapi for å øve relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse og effekten av dette. Respondentene ble bedt om å angi prosentfordeling på ulike svaralternativer på spørsmålene om bruk av metode, og angi opplevelsen av effekt ved å rangere fra 1 til 4, der 1 tilsvarte ”ingen effekt”, 2 ”noe effekt”, 3 ”god effekt” og 4 ”svært god effekt”.

### **Reliabilitet og validitet**

Statistikk forbindes med spørreskjema. I mitt tilfelle er antall respondenter svært få i en statistisk sammenheng. Det er 15 respondenter som har gitt svar. Sammenliknet med Norges befolkning eller norske musikkterapeuter, er det få som er innlemmet. Ser vi derimot på norske musikkterapeuter som har erfaring med arbeid med ungdommer med innagerende atferd, er representativiteten større. Dette er samtidig en uviss størrelse. Jeg har innlemmet alle musikkterapeuter med denne erfaringen som jeg har kjennskap til som bor i østlandsområdet av Norge. Likevel er dette antallet såpass lite, at det ikke kan danne grunnlag for generalisering – konklusjonen er altså ikke representativ for musikkterapi. Jeg har likevel valgt å presentere funnene ved grafer for å synliggjøre mine funn. Wigram (2005) problematiserer også at populasjonen musikkterapeuter ikke er stor, og poengterer at dette fører til at det ikke er like lett å gjøre et representativt utvalg. Da respondentene har såpass klar avgrensning har forsker vært nødt til å gå aktivt inn i innhenting av respondenter. Dette gjør utvalget mindre representativt for en vitenskapelig basert survey.

I spørreundersøkelsen er respondentene musikkterapeuter. Det spørres etter deres *oppfatning* og *opplevelse* av musikkterapiens effekt på ungdommer som viser innagerende atferd. Disse dataene viser således ikke en objektiv målbar effekt. Svaret vi får er hvilket inntrykk musikkterapeuten har. Samtidig er dette verdifullt, da det muliggjorde å komme i kontakt med flere resultater og erfaringer med brukergruppen.

Det kunne vært interessant å spørre alle norske musikkterapeuter om deres erfaring med ungdommer med innagerende atferd, for å på den måten også få oversikt over prosentandel

som har jobbet med denne målgruppen. Det er derimot lite sannsynlig at man ville fått en så høy svarprosent i en slik undersøkelse at det ville gjort at svarene ble representative. Det er derfor valgt å utelukke dette, og fokusere på en gruppe musikkterapeuter som har møtt målgruppen og få svar på hvilken erfaring de sitter på.

### ***4.3 Resultater av spørreskjemaene***

#### **4.3.1 Personopplysninger, respondentene**

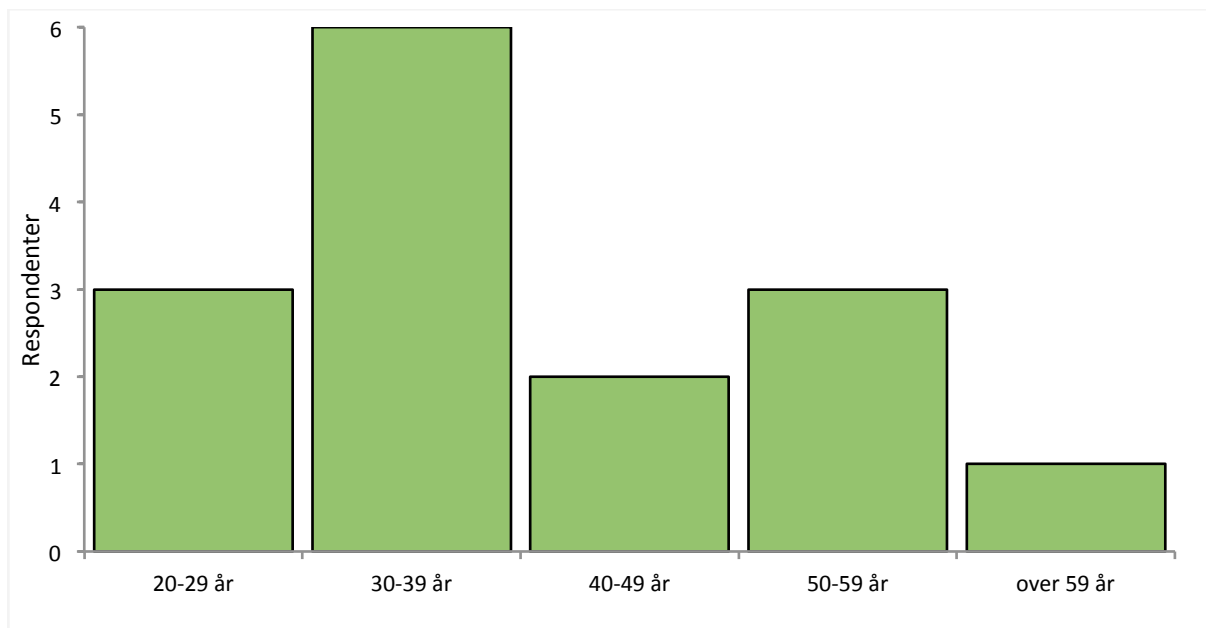
##### **Kjønn**

	<b>Totalt</b>	
<b>Kjønn</b>	<b>Prosent</b>	<b>Antall</b>
Mann	20 %	3
Kvinne	80 %	12
<b>Totalt</b>	<b>100 %</b>	<b>15</b>

**Tabell 3 Fordeling kjønn blant respondentene**

Av 15 informanter var det 3 menn og 12 kvinner. Det var altså 20 % menn og 80 % kvinner blant de spurte.

## Aldersfordeling



**Figur 3 Respondentenes alder**

Blant respondentene var 3 personer mellom 20 og 29 år, 6 personer mellom 30 og 39 år, 2 personer mellom 40 og 49 år, 3 personer mellom 50 og 59 år, og 1 var over 59 år.

Middelverdien av dette blir 40 år, når man går ut fra antall respondenter i hver aldersgruppe og bruker medianen i hver kategori som verdier.

## Utdanning før musikkterapi

2 førskolelærer

2 sykepleier

3 cand mag

2 musikk mellomfag, andre grunnfag

1 uspesifisert mellomfag, musikk og spesialpedagogikk

1 bachelor i musikkvitenskap

1 lærer, allmennlærer

1 universitetsfag, musikk og psykologi

1 faglærer i musikk

1 grunnfag og medisin grunnstudium

### Videreutdanning etter musikkterapi

8 av 15 har tatt masterutdanningen i musikkterapi etter at de begynte å jobbe

5 av 15 har tatt videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid (psykisk helsearbeid, psykoterapi, psykologi, nevropsykologi, gestaltterapi)

2 av 15 har tatt videreutdanning i Praktisk Pedagogisk Utdanning (PPU)

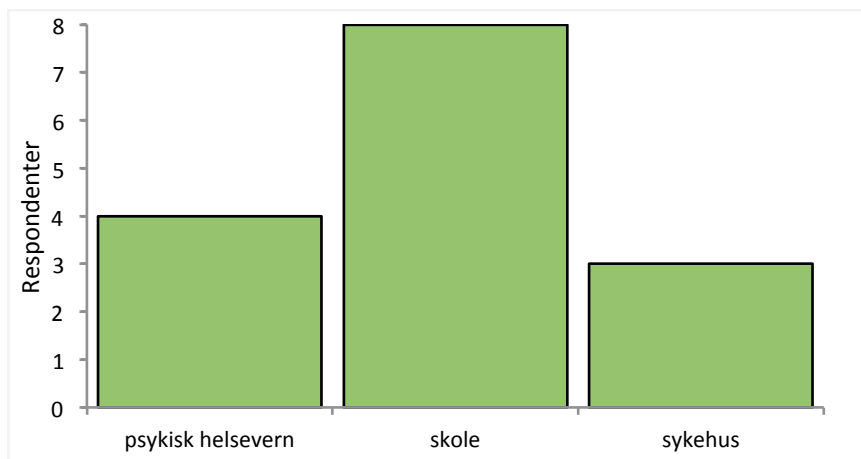
1 av 15 har tatt spesialisering i Pedagogisk-Psykologisk tjeneste (PPT)

2 av 15 har tatt GIM 1, Bonny Method of Guided Imagery and Music

1 av 15 har tatt GIM 2, Bonny Method of Guided Imagery and Music

Til sammen er det 19 svar, da noen respondenter hadde flere videreutdanninger.

### 4.3.2 Samhandling med målgruppen



Figur 4 Institusjon hvor respondentene hadde møtt klientene<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Hver respondent er her registrert ved kun én institusjon, selv om enkelte hadde arbeidet i flere felt. Arbeidssted hvor respondent har jobbet i flest år er registrert.

Respondentene hadde møtt klientene for det meste gjennom skole, psykisk helsevern og sykehus. Av de 15 respondentene er 8 registrerte i skole, 4 i psykisk helsevern og 3 på sykehus.

Klienter	Musikkterapeuter i skole	Musikkterapeuter på sykehus	Musikkterapeuter psykisk helsevern
2-3	3		
4-5	2	1	
6-9	1		
10-14	1		
15-20		1	
21-30		1	1
31-40	1		
100			2
150-200			1
<b>Sum</b>			
<b>Musikkterapeuter</b>	8	3	4

**Tabell 4** Antall ungdommer med innagerende atferd som musikkterapeutene har møtt

Av de 8 respondentene som har erfaring fra skole har 3 av dem møtt 2 til 3 klienter, 2 møtt 4 til 5 klienter, én møtt 6 til 9 klienter, én møtt 10 til 14 klienter, og én møtt 31 til 40 klienter i skolen. Samlet antall klienter de 8 respondentene som har jobbet i skole har møtt er 62, middelverdien blir 7,75 klienter per musikkterapeut i skole, når vi bruker medianen som verdi.

Av de 3 respondentene som har erfaring fra sykehus har én møtt 4 til 5 klienter, én møtt 15 til 20 klienter, og én møtt 21 til 30 klienter på sykehus. Samlet antall klienter de 3 har møtt er 47, middelverdien blir 15,67 klienter per musikkterapeut på sykehus.

Av de 4 respondentene som har erfaring fra psykisk helsevern har én møtt 21 til 30 klienter, 2 møtt over 100 klienter, og én møtt 150 til 200 klienter i psykisk helsevern. Samlet antall

klienter de har møtt er 400, middelveiden blir 100 klienter per musikkterapeut i psykisk helsevern.

Klienter per musikkterapeut i skole	7,75
Klienter per musikkterapeut på sykehus	15,67
Klienter per musikkterapeut i psykisk helsevern	100

### Sammensetning av gruppe

Respondentene ble spurt om hva som var en gunstig sammensetning av gruppe med innagerende ungdommer etter deres erfaring. På dette spørsmålet var svarene meget variable, og heller ikke satt i et kvantitativt system. Det er dermed ikke mulig å gjengi svarene i noen form for tabell. Noen av respondentene har erfaring med at det er bra å ha homogene grupper både med tanke på kjønn (2)<sup>12</sup> og problematferd (3), mens andre mener det er bra å blande både kjønn (1) og atferd (6). Et mer entydig svar var at det ikke fungerer å ha spesielt utagerende ungdommer på samme gruppe som de innagerende ungdommene (8).

### 4.3.3 Arbeidet

Individuelt arbeid	Arbeid i gruppe
100 %	
75 %	25 %
75 %	25 %
65 %	35 %
60 %	40 %
50 %	50 %

---

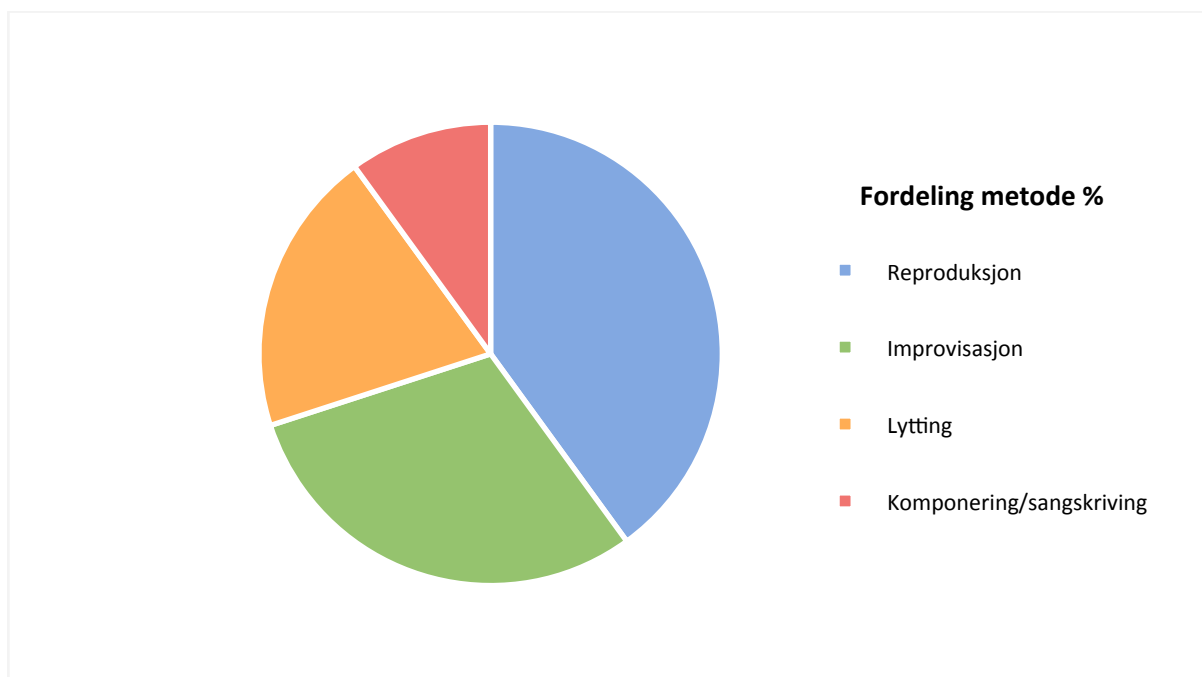
<sup>12</sup> Tallene i parentes viser til antall respondenter som har gitt dette svarene.

	50 %	50 %
	50 %	50 %
	50 %	50 %
	40 %	60 %
	40 %	60 %
	30 %	70 %
	10 %	90 %
		100 %
		100 %
<b>Middelverdi</b>	<b>46 %</b>	<b>54 %</b>

**Tabell 5 Musikkterapeutenes arbeidsfordeling på arbeid individuelt/i gruppe**

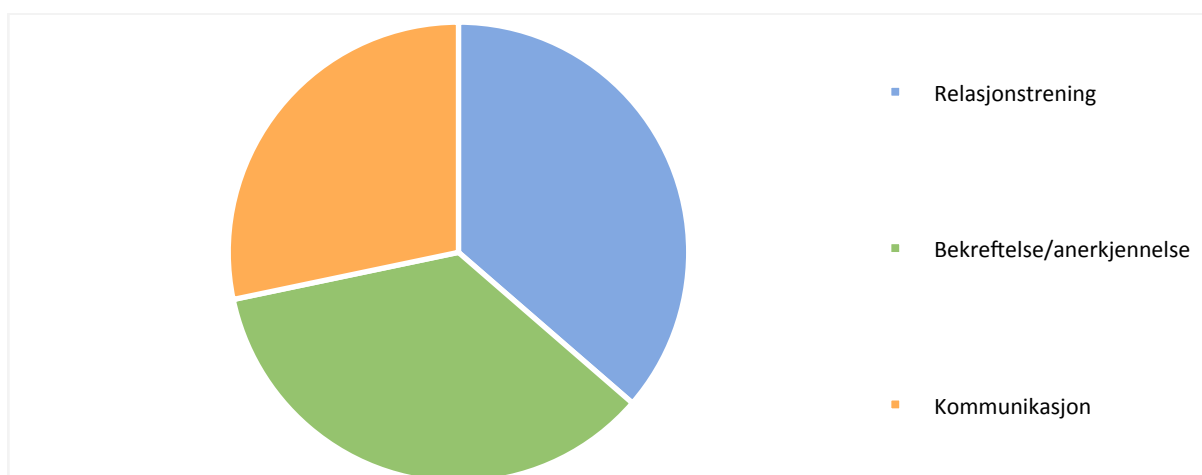
Arbeidsfordelingen mellom individuelt arbeid og arbeid i grupper fordeler seg fra 100 % individuelt arbeid til 100 % arbeid i grupper mellom respondentene. Én musikkterapeut har kun arbeidet individuelt med målgruppen, og to har kun arbeidet med målgruppen i gruppeterapi. Sju musikkterapeuter har nokså lik fordeling mellom individuell og gruppemusikkterapi (40/60%). Middelverdien av arbeidet (gjennomsnittet) er fordelt på 46 % arbeid individuelt og 54 % arbeid i grupper, forutsatt at terapeutene arbeider like mye med musikkterapi.





**Figur 5 Fordeling av metode brukt i musikkterapien**

Av arbeidsmetoder brukt av respondentene fordeler arbeidet seg på 40 % reproduksjon, 30 % improvisasjon, 20 % på lytting og 10 % på komponering/sangskrivning. Dette er middelveiden av metodebruken til alle respondentene. Prosentfordelingen til hver av musikkterapeutene har store variasjoner.

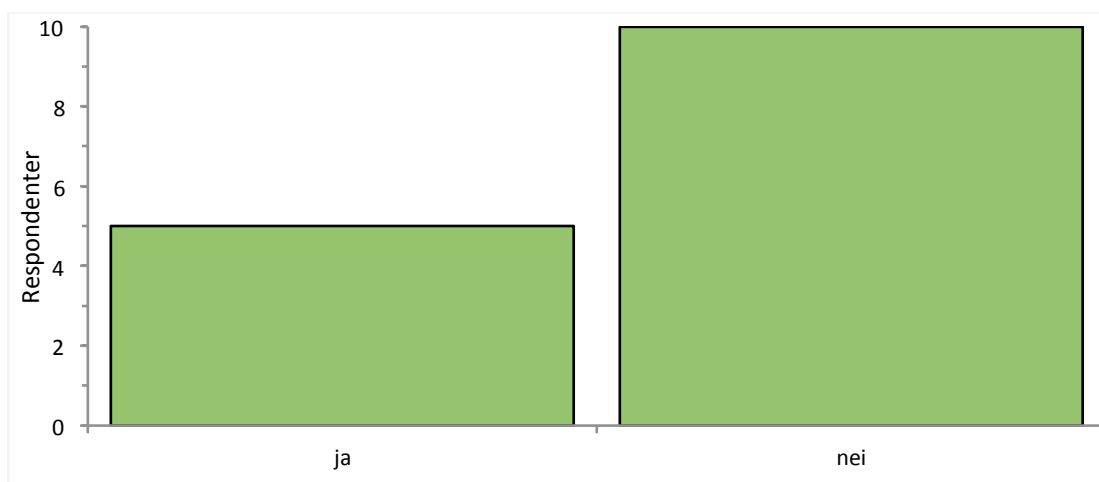


**Figur 6 Fordeling av relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekræftelse/anerkjennelse**

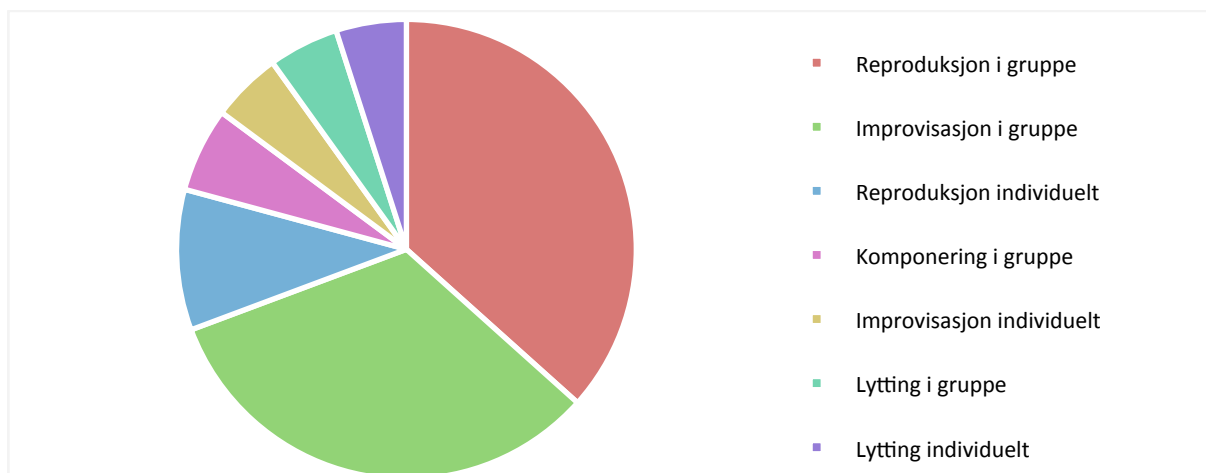
På spørsmålet om hvordan arbeidet fordelte seg på relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse, var middelerdien av svarene fordelt til 37 % relasjonstrening, 28 % kommunikasjonstrening og 35 % bekreftelse/anerkjennelse.

#### 4.3.4 Effekt

##### Opplevd negativ effekt av musikk/musikkterapi



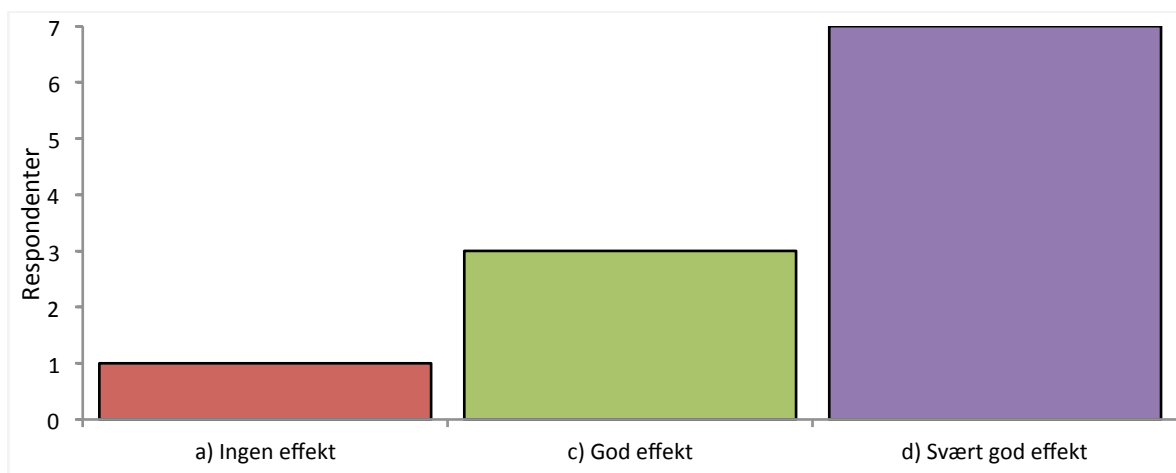
Figur 7 Opplevd negativ effekt av musikk/musikkterapi



Figur 8 Negativ effekt fordelt på metode

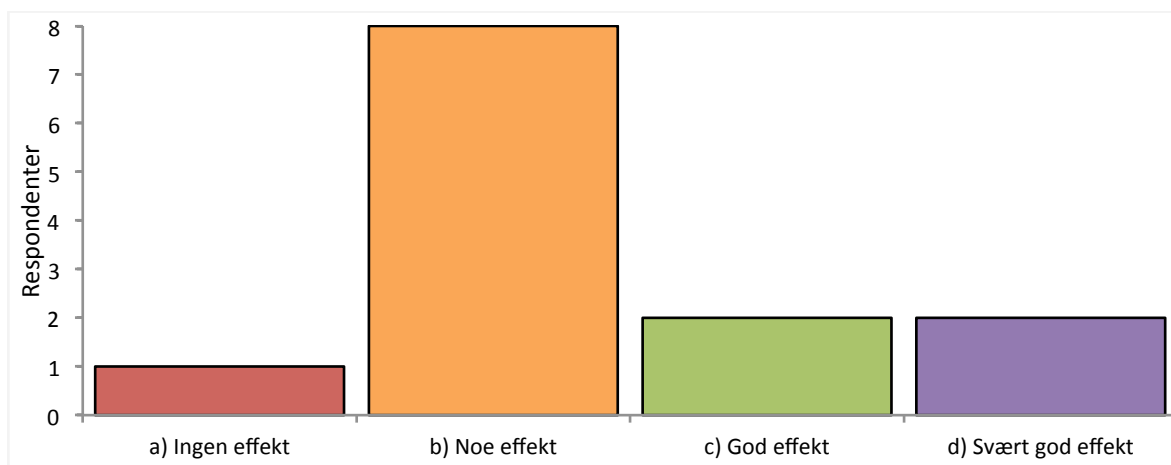
En tredjedel av de intervjuede musikkterapeutene har opplevd at musikkterapien har hatt negativ effekt. Arbeidsmetodene som ble brukt ved negativ effekt er fordelt mellom reproduksjon i gruppe 36 %, improvisasjon i gruppe 33 %, reproduksjon individuelt 10 %, komponering i gruppe 6 %, og improvisasjon individuelt, lytting individuelt og lytting i gruppe, hver på 5 %, regnet ut fra respondentenes prosentangivelser. Negativ effekt var altså størst for reproduksjon og improvisasjon i gruppe.

### Opplevd effekt av metoder



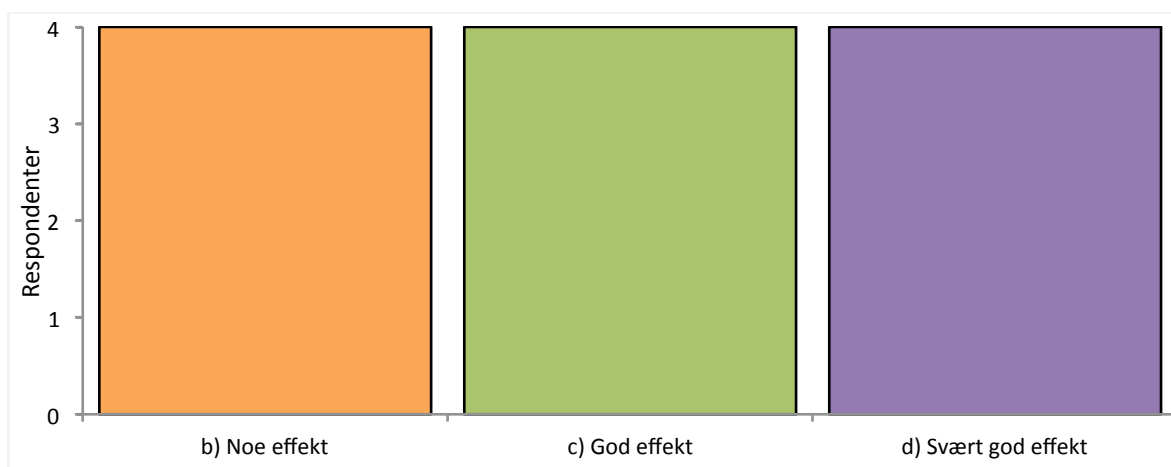
Figur 9 Improvisasjon individuelt

I følge 10 musikkterapeuter hadde improvisasjon i inividuell terapi god eller svært god effekt, mens én hevdet at dette hadde ingen effekt (11 respondenter). Middelerdi: 3,45 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.



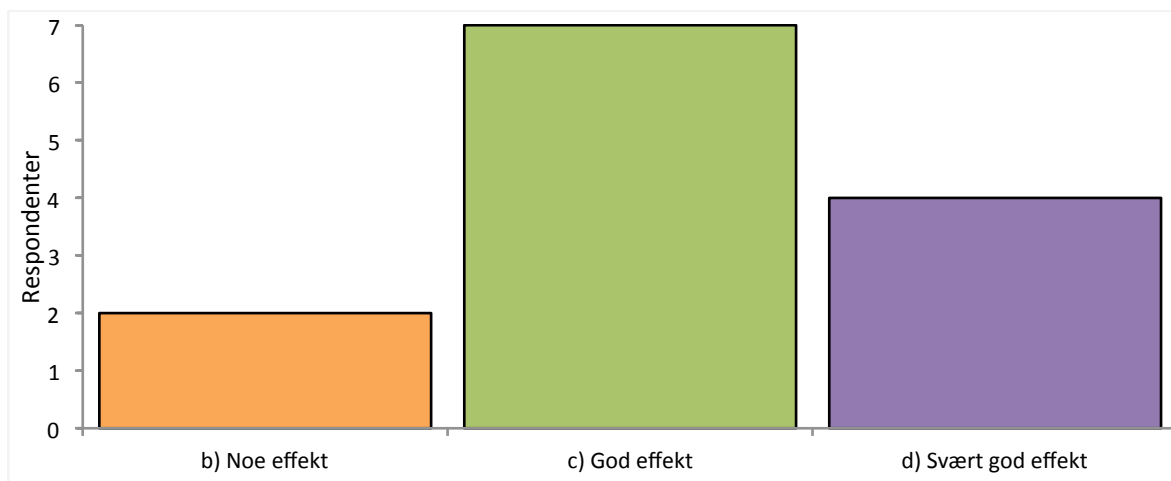
**Figur 10 Improvisasjon i gruppe**

I følge 4 musikkterapeuter hadde improvisasjon i gruppe god eller svært god effekt, mens 9 hevdet dette hadde ingen eller kun noe effekt (13 respondenter). Middelerdi: 2,38 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.



**Figur 11 Reproduksjon individuelt**

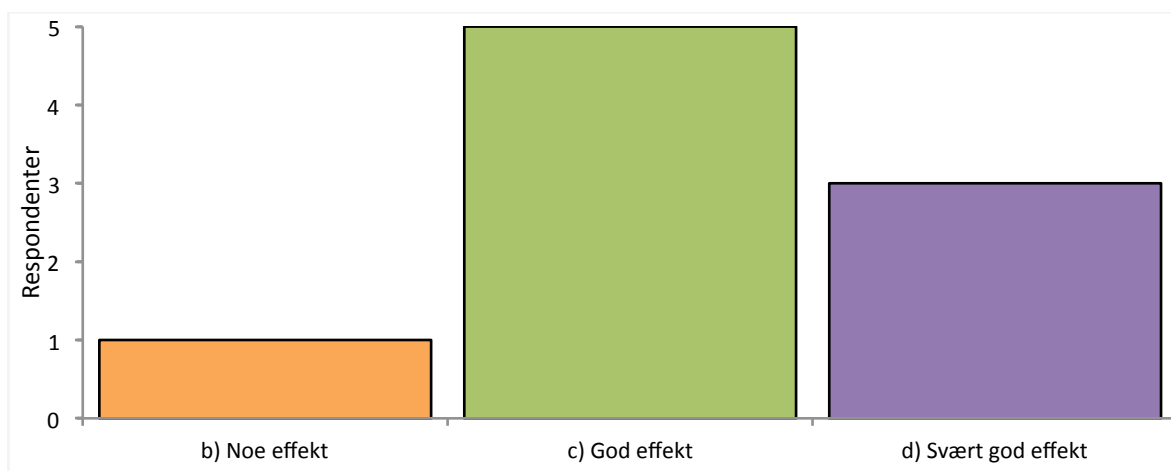
I følge 8 musikkterapeuter hadde reproduksjon i individuell terapi god eller svært god effekt, mens 4 hevdet at dette kun hadde noe effekt (12 respondenter). Middelerdi: 3,0 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.



**Figur 12 Reproduksjon i gruppe**

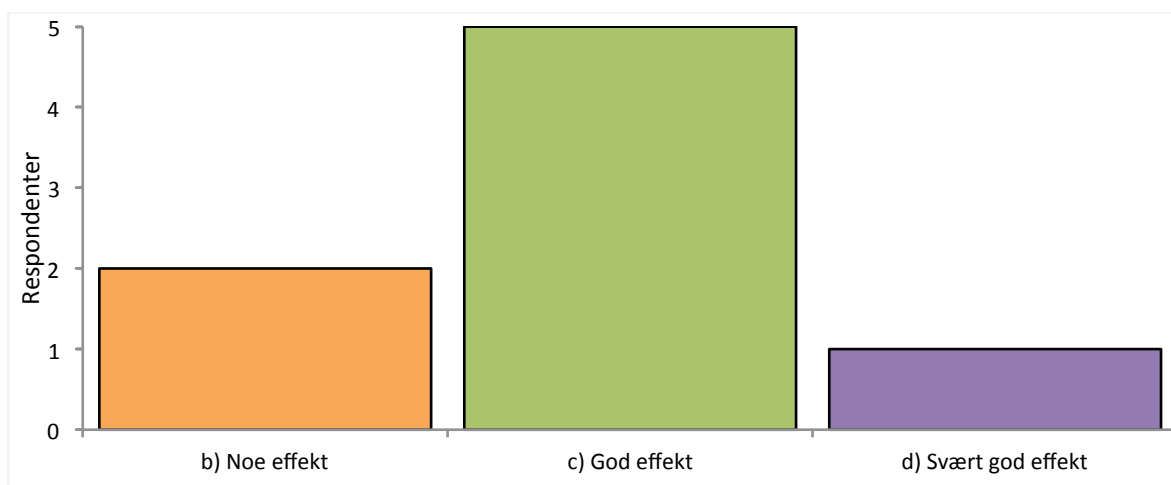
I følge 11 musikkterapeuter hadde reproduksjon i gruppe god eller svært god effekt, mens 2 hevdet at dette kun hadde noe effekt (13 respondenter). Middelerdi: 3,15 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.

Ingen musikkterapeuter vurderte at reproduksjon individuelt eller i gruppe var uten effekt.



**Figur 13 Lytting individuelt**

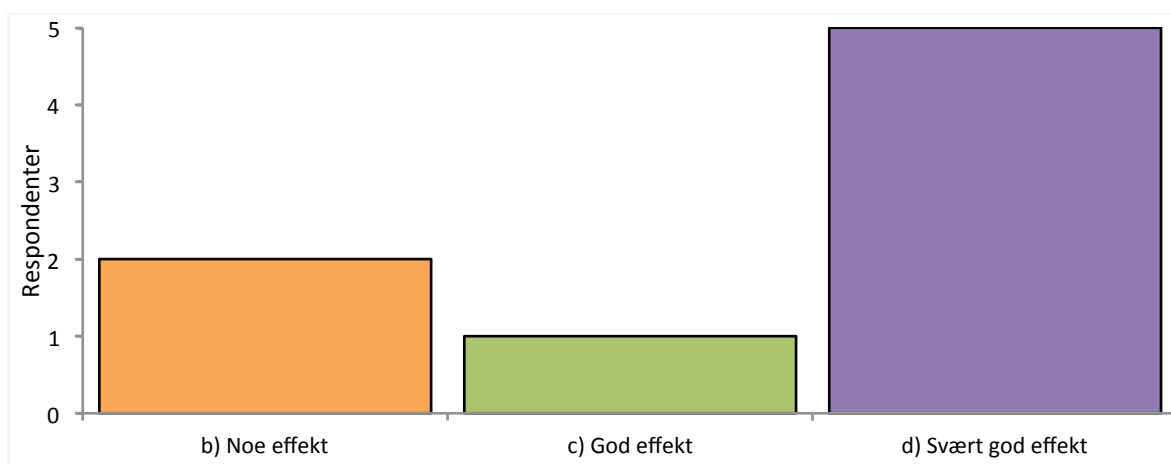
I følge 8 musikkterapeuter hadde lytting i individuell terapi god eller svært god effekt, mens 1 hevdet dette kun hadde noe effekt (9 respondenter). Middelerdi: 3,22 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.



**Figur 14 Lytting i gruppe**

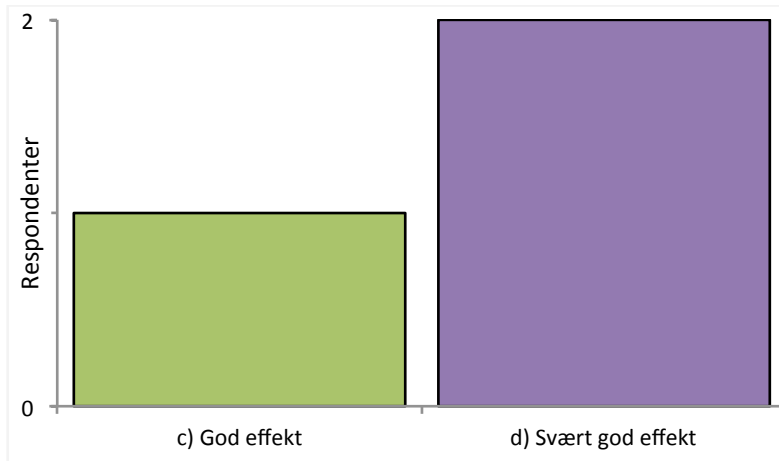
I følge 6 musikkterapeuter hadde lytting i gruppe god eller svært god effekt, mens 2 hevdet at dette kun hadde noe effekt (8 respondenter). Middelerdi: 2,88 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.

Ingen musikkterapeuter vurderte at lytting i individuell terapi eller i gruppe var uten effekt.



**Figur 15 Komponering individuelt**

I følge 6 musikkterapeuter hadde komponering/sangskrivning i individuell terapi god eller svært god effekt, mens 2 hevdet dette kun hadde noe effekt (8 respondenter). Middelerdi: 3,38 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.

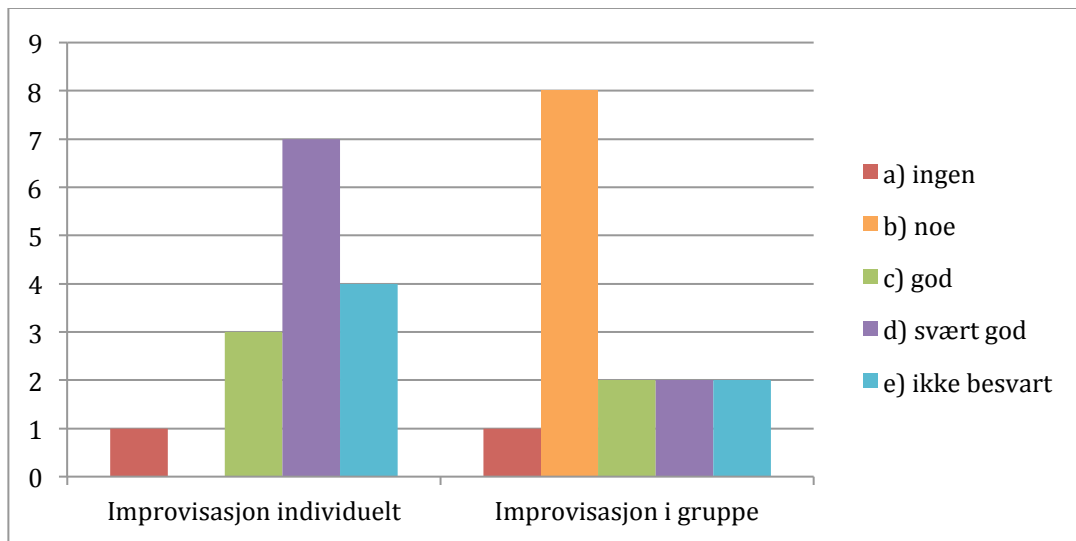


**Figur 16** Komponering i gruppe

I følge 3 musikkterapeuter hadde komponering/sangskrivning i gruppe god eller svært god effekt (3 respondenter). Middelerdi: 3,67 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.

Ingen musikkterapeuter hevdet at komponering/sangskrivning individuelt eller i gruppe var uten effekt.

## Sammenlikning av opplevd effekt av individuelt arbeid og grupparbeid



Figur 17 Improvisasjon individuelt sammenliknet med improvisasjon i gruppe

Musikkterapeutene vurderte at effekten av improvisasjon i individuell terapi var statistisk signifikant<sup>13</sup> høyere enn improvisasjon i gruppeterapi ( $p=0,0097$ )<sup>14</sup>.

I dette tilfellet,  $p=0,0097$ , er det mindre enn 1% sannsynlig at funnene er tilfeldige. Det vil si at musikkterapeutene mente improvisasjon har klart bedre effekt individuelt enn i gruppe.

Ingen andre sammenlikninger mellom ulike metoder eller mellom effekten av individuell versus gruppeterapi viste signifikante forskjeller.

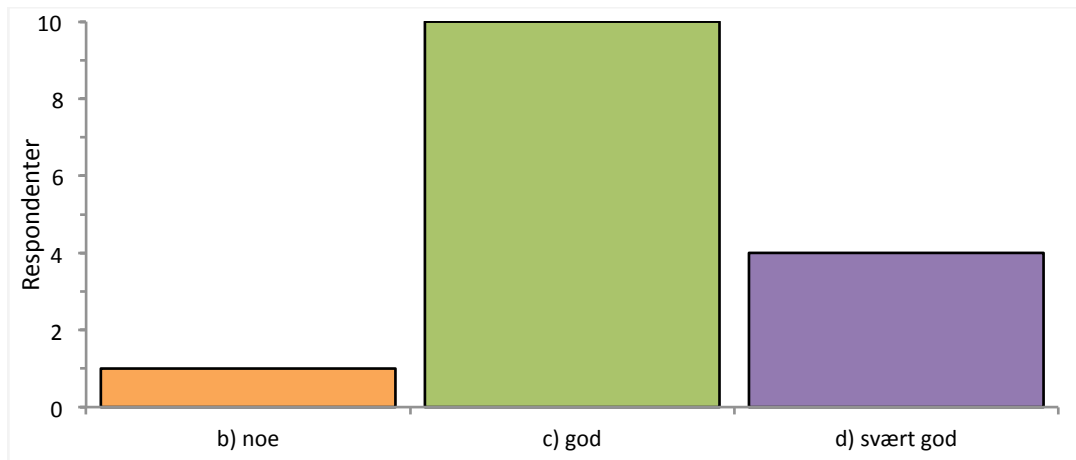
---

<sup>13</sup> Statistisk signifikans med p-verdi mindre enn 0,05 (5%) forteller at funnene ikke er tilfeldige. Det er mindre enn 5 % sannsynlighet for at resultatene har oppstått ved tilfeldighet når  $p<0,05$ . P står for probability (sannsynlighet).

<sup>14</sup> Målt med parett t-test med statistikkprogrammet "Analyse-it".



## Opplevd effekt av relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse



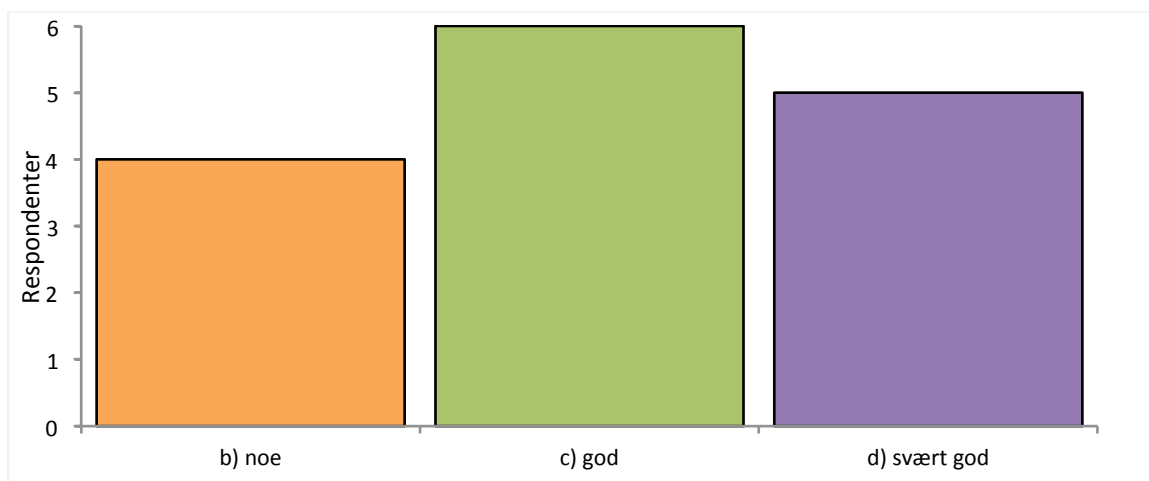
**Figur 18** Effekt av relasjonstrening

Ingen av musikkterapeutene mente at relasjonstrening var uten effekt. 14 mente effekten var god eller svært god. Middelerdi 3,2 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.

Disse resultatene vurdert med metoden parametrisk bootstrap<sup>15</sup> viste en statistisk signifikant effekt av relasjonstrening ( $p=0,0011$ ).

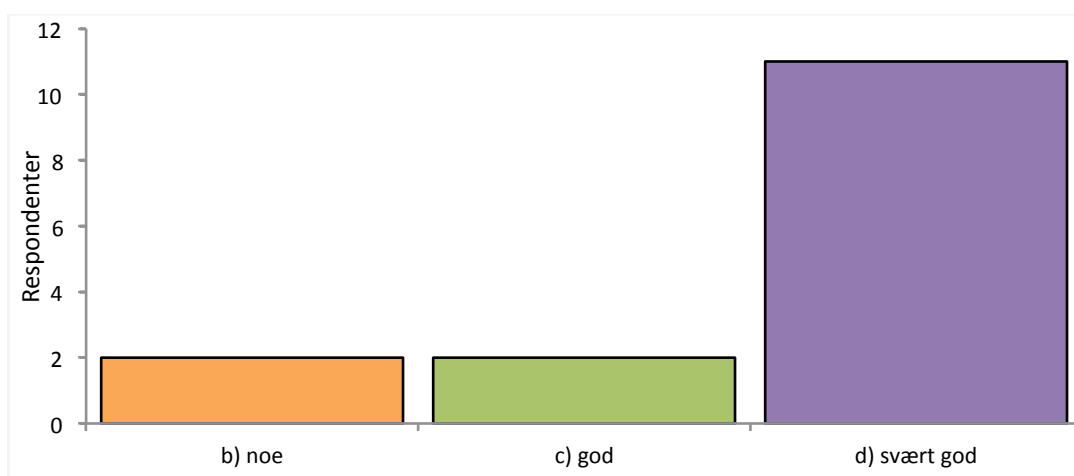
---

<sup>15</sup> Siden ingen av respondentene rapporterte at relasjonstrening var uten effekt, måtte man ta i bruk en spesiell statistisk metode for å kalkulere signifikansverdi. Metoden heter "parametrisk bootstrap", som kort fortalt simulerer 10000 tilsvarende undersøkelser der respondentene svarer helt tilfeldig. I hvert forsøk regner man ut Q og lager en slags nullhypotese-fordeling for Q. Da kan vi se hvor uvanlig den observerte Q er i forhold til disse, og vi kan finne en p-verdi.



**Figur 19 Effekt av kommunikasjonstrening**

Ingen av musikkterapeutene mente at kommunikasjonstrening var uten effekt. 11 mente effekten var god eller svært god, mens 4 mente det kun var noe effekt. Middelerdi 3,07 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.



**Figur 20 Effekt av bekreftelse/anerkjennelse**

Ingen av musikkterapeutene mente at arbeidet ikke hadde effekt av bekreftelse eller anerkjennelse. 13 mente effekten var god eller svært god, av disse mente 11 svært god. Middelerdi 3,6 på en skala der 1=ingen, 2=noe, 3=god, 4=svært god effekt.

Disse resultatene vurdert med metoden parametrisk bootstrap viste en statistisk signifikant effekt av bekreftelse/anerkjennelse ( $p=0,0004$ ).

#### ***4.4 Sammenfatning***

Musikkterapeutene vurderte at effekten av improvisasjon i individuell terapi var langt bedre enn effekten av improvisasjon i gruppeterapi. Forskjellen var statistisk signifikant vurdert med paret t-test ( $p=0,0097$ ).

Musikkterapeutene ble bedt om å vurdere effekt av metodene etter en tallskala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt. Ikke alle responderte svarte på alle spørsmålene, men utfra respondentens svar kan den opplevde effekten av hver enkelt metode sammenliknes ved å se på middelveiden (gjennomsnittet) av deres svar for hver metode.

Improvisasjon individuelt: Middelveidi 3,45 (11 respondenter).

Improvisasjon i gruppe: Middelveidi 2,38 (13 respondenter).

Reproduksjon individuelt: Middelveidi 3,0 (12 respondenter).

Reproduksjon i gruppe: Middelveidi 3,15 (13 respondenter).

Lytting individuelt: Middelveidi 3,22 (9 respondenter).

Lytting i gruppe: Middelveidi 2,88 (8 respondenter).

Komponering individuelt: Middelveidi 3,38 (8 respondenter).

Komponering i gruppe: Middelveidi 3,67 (3 respondenter).

Da 3 tilsvarer god, og 4 svært god, betyr det at alle metodene, unntatt improvisasjon i gruppe og lytting i gruppe, anses å ha god effekt, eller bedre.

Ser vi på metodene som er besvart av flere enn 10 respondenter finner vi at improvisasjon i individuell terapi har størst effekt, etterfulgt av reproduksjon i gruppe og reproduksjon individuelt.

Ser man individuell terapi og gruppeterapi under ett, finner man bare små forskjeller i middelveidi, henholdsvis 3,26 og 3,02.

Opplevd effekt for alle metodene samlet viser middelveidi 3,14.

Musikkterapeutenes vurdering av effekten av relasjonstrening i musikkterapien vurdert med metoden parametrisk bootstrap viste en statistisk signifikant effekt ( $p=0,0011$ ), med en

middelverdi på 3,2 i en skala der 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.

Musikkterapeutenes vurdering av effekten av kommunikasjonstrening i musikkterapien hadde en middelverdi på 3,07.

Musikkterapeutenes vurdering av effekten av bekreftelse/anerkjennelse i musikkterapien vurdert med metoden parametrisk bootstrap viste en statistisk signifikant effekt ( $p=0,0004$ ), med en middelverdi på 3,6.

## 5. Samlet diskusjon

Studiens problemstilling er: *Hvilken erfaring har norske musikkterapeuter med arbeid med musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd, hvilken effekt har de erfart, og hvordan forholder dette seg til det den internasjonale forskningslitteraturen sier om dette feltet?*

I det følgende sammenfatter jeg funn og diskuterer hvordan de ulike funnene forholder seg til hverandre.

For å skille musikkterapeutene i dybdeintervjuene fra musikkterapeutene i spørreundersøkelsen, vil musikkterapeutene i dybdeintervjuene omtales som informantene, mens musikkterapeutene i spørreundersøkelsen omtales som respondentene.

### 5.1 Oppsummering av hovedfunn

Litteraturstudien viser at av de 42 inkluderte studiene hevder 31 studier å ha funnet positiv effekt av musikk og musikkterapi. Av disse var det imidlertid kun 3 kontrollerte studier som viste en positiv statistisk signifikant effekt, og dette var kun på angst/depresjon (Burns, Labbé, Arke et al. 2002; Erkkilä, Punkanen, Fachner et al. 2011; Knight og Richard 2001). Ni studier har funnet negativ effekt av musikk, og 2 studier viser ingen sammenheng mellom musikk/musikkterapi og områdene undersøkt i denne litteraturstudien. Av de kvalitative studiene viser 14 av 18 studier positive funn. Av de resterende kvantitative studiene viser 14 av 16 positive funn.

Dybdeintervjuene med to musikkterapeuter avdekker 9 betydningsfulle temaer i musikkterapien med ungdommer med innagerende atferd: aktivitet, opplevelse av mestring, tilrettelegging/tolking, musikkvalg/musikksmak, relasjon, mulighet til å komme i bevegelse, emosjonsregulering, uttrykke seg og forstå egne følelser, bekreftelse/anerkjennelse.

Temaene fordeler seg på to ulike områder. De fire første beskrives under overskriften ”Musikkterapeutenes bruk av musikk og musikkterapi med ungdommer som viser innagerende atferd” (se 3.4). De fem siste beskrives under overskriften ”Musikkterapeutenes forståelse av hva musikken og musikkterapien bidrar med i møte med ungdommer som viser innagerende atferd” (se 3.5).

Spørreundersøkelsen med 15 musikkterapeuter viser enkelte statistisk signifikante funn. Musikkterapeutene vurderte at effekten av improvisasjon i individuell terapi var langt bedre enn effekten av improvisasjon i gruppeterapi. Forskjellen var statistisk signifikant vurdert med paret t-test ( $p=0,0097$ ). Musikkterapeutenes vurdering av effekten av relasjonstrening i musikkterapien vurdert med metoden parametrisk bootstrap viste en statistisk signifikant effekt ( $p=0,0011$ ). Musikkterapeutenes vurdering av effekten av bekreftelse/anerkjennelse i musikkterapien vurdert med metoden parametrisk bootstrap viste en statistisk signifikant effekt ( $p=0,0004$ ).

## ***5.2 Sammenlikning av funn i dybdeintervju, spørreundersøkelsen og litteraturstudien***

Ved sammenlikning av funnene i dybdeintervjuene med litteraturstudien kommer det frem at mine informanters opplevelser og erfaringer stort sett var i tråd med funn i internasjonal forskningslitteratur.

### **Aktivitet**

Musikkterapeutene trekker begge frem betydningen av å ha en *aktivitet* å holde på med. Aktiviteten som noe ungdommene kan samle seg om, og oppleve fellesskap gjennom, har de gode erfaringer med. Den ene musikkterapeuten beskriver det som en struktur for å være sammen. De forteller begge om en opplevelse av at ungdommene setter pris på aktiviteten, og det å komme i aktivitet eller bevegelse.

Musikk ble her brukt som aktiviteten. Bruken av aktivitet støttes av Buchanan (2000) som hevder at musikkmiljøet kan strippe bort bekymringer knyttet til lav selvfølelse, fylle ubehagelige øyeblikk og gi mulighet for gruppeutforskning og utforskning av selvtillit og uttrykk.

### **Opplevelse av mestring**

Mestring gjør noe med selvfølelsen til ungdommene. Musikkterapeutene i dybdeintervjuene hevder at dette er viktig å bygge videre på, og fokusere på sammen med ungdommene. Dette finner jeg ikke konkret kommentert gjennom studiene i litteraturstudien.

### **Tilrettelegge/tolke**

Musikkterapeutene beskriver hvordan de tilrettelegger og tolker gjennom sitt arbeid med klientene. Improvisasjon er et nyttig verktøy i denne sammenhengen. Dette finner jeg ikke konkret kommentert i litteraturen i litteraturstudien.

Generelt viser funnene fra spørreundersøkelsen som gjelder musikkterapeutenes opplevelse av effekt på ulike metoder at musikkterapien hadde god effekt. Av åtte kategorier ble seks av kategoriene vurdert til en middelvei over 3, der 3 tilsvarte god effekt. Disse funnene står til dels alene da musikkterapeutene i dybdeintervjuene ikke vurderte metodene i samme grad. Informantene i dybdeintervjuene fremhevet kun improvisasjon og reproduksjon som gode metoder. Studiene i litteraturstudien vektlegger heller ikke metode utover de som nevner improvisasjon (Amir 2005; Gooding 2011) i sammendragene.

### **Musikkvalg/musikksmak**

Temaet *musikkvalg/musikksmak* kom opp i dybdeintervjuene. Erfaring tilsier at ungdommer som viser innagerende atferd gjerne velger roligere låter og har et stort fokus på teksten. Informanten trekker frem betydningen av at musikken treffer ungdommene. Dette bekreftes av Scheel og Westefeld (1999) som i sin undersøkelse fant at det å lytte til musikk hadde en

positiv effekt på humøret for et stort flertall av informantene, uansett musikksmak. Et argument for å la ungdommene bruke musikken de anser som sin finner vi også i forskningen til Salamon, Bernstein, Kim, og Stefano (2003). De fant statistisk signifikant reduksjon av angst kun da forsøkspersonene ble utsatt for deres foretrukne musikkvalg.

## **Relasjon**

Musikkterapeutene hevder at musikkterapiens effekt har en sammenheng med at det er en samhandling mellom mennesker i en *relasjon*.

Forskningen til Gold, Wigram og Berger (2001) bekrefter betydningen av relasjonen, da de i sin studie fant at barnas behov for forholdet var blant de viktigste terapeutiske aspektene ved musikkterapien.

## **Komme i bevegelse**

*Å komme i bevegelse* settes i sammenheng med å la klientene få prøve ut en annen atferd enn den innagerende og inaktive. En aktivitet som er fysisk vil kunne få klienten i bevegelse. Den ene informanten trekker frem betydningen av det kroppslige i musikkterapien.

Betydningen av fysisk aktivitet bekreftes av Gooding (2011). I en undersøkelse av effekten av et musikkterapiprogram som skulle bedre sosiale ferdigheter og kompetanse hos barn og unge med underskudd på disse ferdighetene, ble aktive tiltak som utøvende musikk, bevegelse til musikk og improvisasjon brukt. Resultatene indikerte en betydelige forbedringer i sosialt funksjonsnivå.

## **Emosjonsregulering**

Den ene informanten hevder at mye av arbeidet med innagerende atferd handler om å jobbe med *emosjonsregulering*. Hun understreker betydningen av å være passe aktivert, verken



over- eller underaktivert. Temaet selvskading blir av informanten knyttet sammen med emosjonsregulering.

Plener, Sukale, Ludolph et al. (2010) gjennomførte en studie som bekrefter tanken om at emosjonsregulering kan løses på annen måte enn ved selvskading. De undersøkte om musikkterapi kunne være med på å redusere selvskading. De fant at 4 av 5 jenter som selvskadet seg hadde stoppet sin selvskading på slutten av programmet.

At musikk kan virke emosjonsregulerende bekreftes også av Stegemann, Brüggemann-Etchart, Badorrek-Hinkelmann et al. (2010). De fant at musikk hadde en emosjonell hevende funksjon for ungdommer som selvskadet seg. Selvskadingen er assosiert med affektiv regulering. De fant at musikk gir samme selvregulerende funksjoner som selvskading, og på den måten kan virke som en erstatning for selvskading.

Viktigheten av emosjonelt uttrykk kom også Gold, Wigram og Berger (2001) frem til i sin studie. De fant at de viktigste terapeutiske aspektene ved en musikkterapeutisk intervensjon for psykisk syke barn var muligheter for emosjonelle uttrykk, barnas behov for forholdet og tilstedeværelse.

### **Uttrykke seg og forstå seg selv og sine egne følelser**

Musikkterapeutene opplever at musikken har hjulpet klientene til å få tak i sine *egne følelser*, og at de har brukt musikken for å *uttrykke seg*.

Hvordan musikkterapi kan hjelpe klienter å forstå sine følelser beskriver også Smith (1991) i sin casestudie. Det ble funnet at gjennom sangskrivning fant klienten en kreativ måte å dele sine tanker og følelser og samtidig utvikle selvrespekt. Den kreative prosessen bidro også til å få tilgang på ubevisste minner som var viktige for å få innsikt om seg selv.

## **Bekreftelse/anerkjennelse**

Musikkterapi beskrives av informantene som et godt redskap for å vise anerkjennelse og gi bekreftelse. Informantene erfarer at de kan gi anerkjennelse, men også at ungdommene gir hverandre anerkjennelse i musikkterapien. Dette uttrykkes som vesentlig, da ungdommer er opptatt av sine jevnaldrenes meninger. Dette finner jeg ikke konkret kommentert gjennom studiene i litteraturstudien.

## **Relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse**

I dybdeintervjuene kommer temaene *relasjon, uttrykke seg og bekreftelse/anerkjennelse* opp. At disse temaene er betydningsfulle blir bekreftet av spørreundersøkelsen. På spørsmålet om musikkterapeutene bruker/benytt seg av relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse svarer alle bekreftende. Respondentene angir at de har opplevd effekt gjennom musikkterapi av relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse. Funnene er statistisk signifikante for relasjonstrening ( $p=0,0011$ ) og bekreftelse/anerkjennelse ( $p=0,0004$ ). Middelverdien av musikkterapeutenes svar er 3,2 for relasjonstrening, 3,07 for kommunikasjonstrening, og 3,6 i sammenheng med bekreftelse/ anerkjennelse<sup>16</sup>. Mangelen av studier i litteraturstudien med dette temaet behøver ikke bety at disse studiene ikke finnes, men at søkeverktøyet som er benyttet i denne studien ikke har fanget dem opp.

Funnene fra spørreundersøkelsen gir komponering en god vurdering som metode i musikkterapien. Dette funnet støttes av Smith (1991). Han beskriver et case der sangskrivning fungerte som en måte å få dele sine tanker og følelser i tillegg til at klienten fikk tilgang på ubevisste minner. Dette funnet kan knyttes mot funn gjort i dybdeintervjuene, der muligheten til å få uttrykke seg og få større selvinnsikt gjennom musikkterapien fremheves. Også studien av Okasha (2007) støtter bruk av musikk som et middel for å få frem emosjonelle uttrykk.

---

<sup>16</sup> Benyttet skala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.

## Negativ effekt

Da flere studier i litteraturstudien hevder at lytting til visse typer musikk kan ha sammenheng med depresjon og selvmordstanker (Scheel og Westefeld 1999; Miranda og Claes 2009; Martin, Clarke og Pearce 1993) var det av interesse å finne ut om musikkterapeutene i dybdeintervjuene og spørreundersøkelsen hadde erfart at musikk eller musikkterapi hadde negativ effekt på ungdommer med innagerende atferd. Informantene i dybdeintervjuene var klare på at musikkterapi ikke virker negativt på klienter, og forklarte dette med at det i musikkterapien foregår en prosess, det er ingen stillstand. Noe som ikke fungerer kan repareres igjen (se kapittel 3.3.1, Musikkterapeuters erfaring med ungdommer med innagerende atferd/beskrivelse av kjennetegn). I spørreundersøkelsen svarer derimot 5 av 15 respondenter at de har opplevd negativ effekt av musikk eller musikkterapi. En mulig årsak til dette avviket kan være en ulik forståelse av hva negativ effekt er, informantene og respondentene har ikke samme mulighet til å forklare sine svar. Det kan også forklares ut fra at i et utvalg på 15 stykker finner man nettopp større ulikhet i svarene enn i en utvalg på 2 stykker. Av litteraturstudien ser vi at begge funnene støttes av ulike studier. Scheel og Westefeld (1999) fant at heavy metal fans hadde færre sterke grunner for å leve (spesielt mannlige fans), og hadde flere tanker om selvmord (spesielt kvinnelige fans). Samtidig fant de at musikklytting generelt hadde en positiv effekt på humøret. Miranda og Claes (2009) fant i sin studie at følelsesorientert lytting til musikk var knyttet til høyere depresjonsnivåer hos gutter. Lytting til metallmusikk var relatert til høyere depresjonsnivåer hos jenter, men bare dersom de følte seg knyttet til jevnaldrende som er mer deprimerte. Martin, Clarke og Pearce (1993) fant signifikante sammenhenger mellom en preferanse for rock/metal og suicidale tanker. Lin, Yang, Lai et al. (2011) trekker i sin review fram en studie som viser et økt uttrykk av negative emosjoner etter å ha hørt musikk, der man tenker seg at ubevisste følelser kan vekkes ved hjelp av emosjonell musikk. Lonie (2009) fant at sterke musikalske identiteter hos ungdom er assosiert med høyere nivåer av risikofylt helseatferd.

Andre studier hevder at det ikke eksiterer en sammenheng mellom musikk og depresjon/selvmordstanker. Recours, Aussaguel og Trujillo (2009) fant at heavy metal fans i sin helhet hadde angst og depresjon i lik grad eller lavere enn den generelle befolkningen. Stegemann, Brüggemann-Etchart, Badorrek-Hinkelmann et al. (2010) studerte hvilken sammenheng det er mellom musikk og ikke-suicidal selvskading blant ungdom. Stegemann et al. fant at musikk har en emosjonell hevende funksjon, og i noen tilfeller var en integrert

del av selvskadingen, assosiert med affektiv regulering, anti-assosiasjon og mellommenneskelig innflytelse. De fant at musikk oppfyller samme selvregulerende funksjoner som selvskading, og kan virke som en erstatning for dette. Disse funnene kan oppfattes som både negativ og positiv effekt, da musikken kan holde ved like selvskadingen, men også være en erstatning for selvskading.

Vi må være oppmerksom på at alle disse studiene omtaler musikk og ikke musikkterapi. Både informantene i dybdeintervjuene og respondentene i spørreundersøkelsen ble spurt om de hadde opplevd at musikk eller musikkterapi hadde negativ effekt. Samtidig var oppfølgingsspørsmålene i stor grad musikkterapirettet, så det er usikkert om spørsmålet om musikk alene hadde negativ effekt ble oppfattet og besvart. Jeg vil likevel hevde at svarene fra dybdeintervjuene tyder på at musikkterapeutene har oppfattet begge sider av spørsmålet.

Vi kan av svarene se at musikk og musikkterapi kan virke negativt på ungdommer som viser innagerende atferd, men at det også er mange funn som går i motsatt retning.

### **Spørreundersøkelsen**

Funn fra spørreundersøkelsen viser at respondentene har bedre erfaring med improvisasjon i individuell terapi enn i gruppe. Funnet er statistisk signifikant ( $p=0,0097$ ). Dette funnet har ingen parallell i litteraturstudien. Flere studier her viser at individuell terapi har positiv effekt, men sammenliknes ikke med gruppeterapi.

Funn fra spørreundersøkelsen viser at musikkterapeuter har møtt langt flere ungdommer med innagerende atferd i psykisk helsevern enn i skole og på sykehus. Dette funnet har ingen paralleller i studiene i litteraturstudien eller dybdeintervjuene.

## ***5.3 Oppgavens begrensninger***

### **5.2.1 Begrepsforståelse**

I løpet av arbeidet med denne studien har jeg blitt oppmerksom på hvor ukritisk jeg i starten tok i bruk begrepet innagerende atferd. Dette har hatt betydning for hva jeg fra starten av har valgt å inkludere og ekskludere av funn. I innhenting av studier til litteraturstudien valgte jeg å forholde meg til Lund (2006) sin begrepsavklaring fra 2006. Da begrepet ikke ga resultater, brukte jeg andre begreper fra denne definisjonen for å finne relevante studier.

Det samme gjelder for innhenting av empiriske data i mine dybdeintervjuer og i spørreundersøkelsen. Definisjonene jeg valgte å bruke i disse studiene var ulike. I dybdeintervjuene brukte jeg Lund (2006) sin definisjon fra 2006, men jeg i spørreundersøkelsen brukte Lund (2012) sin definisjon fra 2012. Disse definisjonene er etter min mening ikke motstridende. Det jeg imidlertid fant i resultatene i denne oppgaven er at de kanskje er avvikende i seg selv. I dybdeintervjuene med musikkterapeuter beskrives både ungdommer som ikke agerer og ungdommer som agerer innover. Som jeg nevner i begrepsavklaringen i innledningen er dermed begrepet og dens definisjon noe uklar.

Betyr dette at mine funn er uten betydning? Det at begrepet, slik jeg oppfatter det, ikke tydelig nok skiller mellom de som ikke agerer og de som agerer innover, fører med seg en sammensatt brukergruppe som kanskje burde ha vært delt opp. Definisjonen og begrepet ble diskutert under dybdeintervjuene, og begge disse gruppene ble inkludert av informantene.

Behovet for å skille disse er kanskje større i en psykologisk sammenheng enn i en pedagogisk. Da begrepet i hovedsak brukes i pedagogikken, og oppsto her, forteller dette kanskje at det ikke er avgjørende å skille mellom disse gruppene i denne sammenhengen. Målet er, slik jeg forstår det, at man blir oppmerksom på dem, slik at de videre kan henvises til riktig instans og får den hjelpen de trenger. Målet i en pedagogisk sammenheng er ikke å kategorisere dem for behandling.

En interessant observasjon jeg har gjort gjennom dette arbeidet er at forskningen jeg finner på feltet om innagerende atferd er innenfor pedagogikkforskning. Dette handler antakeligvis om at begrepet har fått klangbunn i dette feltet, i mangel på et tidligere samlebegrep. Det har derimot dukket opp lite litteratur fra psykologifeltet ved søking på dette begrepet. Det kan forklares med at de i psykologifeltet benytter andre begreper, og at de heller ikke definerer en slik type atferd som kun én type atferd. Samtidig er det spennende at respondentene i spørreundersøkelsen som jobber innenfor psykisk helsearbeid har møtt langt flere som passer inn i definisjonen enn de som jobber innenfor skolesektoren. Dette bekrefter kanskje behovet for et slikt begrep i en pedagogisk sammenheng, da ungdommene med innagerende atferd mest sannsynlig finnes her også. Det nye fokuset i pedagogikken forteller at pedagogene har sett et behov for et slikt begrep i skolesammenheng.

### **5.2.2 Metodekritikk**

En side ved å forske på musikkterapi i Norge er at feltet er veldig lite. Når jeg sammenlikner funn i tidligere studier med funnene i dybdeintervjuene risikerer jeg å bruke studiene informantene selv støtter seg til og reflekterer rundt. Ved å bruke søkemotorene PubMed og RILM (Répertoire International de Littérature Musicale) som har et videre nedslagsfelt enn musikkterapi, håper jeg å ha et bredere datagrunnlag for mine sammenlikninger. Samtidig kan dette unnlate studier som ikke er i disse systemene. Et klart problem i denne studien er begrepet innagerende atferd/shyness som i seg selv ikke er gjeldene innen alle felt, og dermed ikke favner alle aktuelle studier. Det at dette begrepet også kan forstås ulikt og ha ulike fokus i ulike felt vanskeliggjør videre informasjonsinnhenting. Dette ble søkt kompensert ved bruk av en rekke forskjellige og relaterte søkeord (se kapittel 2.2).

I spørreundersøkelsen bes respondenten flere ganger om å angi prosentvis forekomst. Da alle undersøkelsene ble gjort per telefon var det mulig å korrigere misforståelser. Det ble flere ganger nødvendig å forklare betydningen når spørsmål om prosent kom opp.

Telefonkontakten bidro dermed til økt validitet og reliabilitet. Et prinsipp som ble fulgt var å fylle ut en 100%-sum som skulle dekke spørsmålet. Et annet spørsmål i denne sammenheng er om prosentangivelse er et godt verktøy i en slik undersøkelse. Mange respondenter reagerte negativt på spørsmålet og uttrykte at det ikke var mulig å svare helt riktig på et slikt spørsmål.

Spørreundersøkelse som en statistisk studie blir mangelfull i møte med 15 respondenter. Funnene gjort gjennom spørreundersøkelsen blir dermed mindre troverdige. Vi må forholde oss til at det er få musikkterapeuter å spørre om denne erfaringen. Samtidig er funnene absolutt interessante, og gir oss et godt bilde på hvordan dette arbeidet er erfart. Påstanden om statistisk signifikans kan likevel feilaktig overvurdere funnene. Signifikansutregningen i denne sammenhengen forteller oss ikke annet enn at funnene ikke er tilfeldige innenfor de gitte rammer.

#### ***5.4 Veien videre***

I videre studier kan det være interessant å skille de to gruppene innenfor begrepet innagerende atferd til de som agerer innover og de som ikke agerer. Dette gjelder kanskje mest dersom man søker å undersøke i en psykologisk sammenheng. I en pedagogisk setting kan det være verdifullt å la begrepet innagerende atferd leve videre, men samtidig diskutere problematikken i at den favner en såpass sprikende gruppe.

En klar spennende fortsettelse av denne studien er å få høre hvilken erfaring disse ungdommene selv har med musikkterapi. For å få dette til ser jeg det nødvendig å være kjent i felten, og være tilknyttet denne brukergruppen.

Det hadde også vært spennende å sett hvilke svar man fikk ved å sende ut spørreskjemaet brukt i denne studien til alle musikkterapeuter i Norge.

## 6. Konklusjon

Litteraturstudien viser at musikkterapi og musikk har positiv effekt for samme type problemstillinger som ungdommer med innagerende atferd kan ha, jamfør Lund (2006) sin definisjon av innagerende atferd.

Av de 42 inkluderte studiene i litteraturstudien hevder 31 studier å ha funnet positiv effekt av musikk og musikkterapi. Dette er i tråd med funn gjort i spørreundersøkelsen, der musikkterapeutenes vurdering av effekt av metoder benyttet på målgruppen viste en middelvei på 3,14, som tilsvarer god til svært god effekt<sup>17</sup>.

Samlet sett er funnene fra dybdeintervjuene, gjennomført med to norske musikkterapeuter med erfaring fra klientgruppen, i tråd med funn rapportert i internasjonale studier. Funnene beskriver betydningen av aktivitet, tilrettelegging/tolking, musikkvalg/musikksmak, relasjon, mulighet til å komme i bevegelse, emosjonsregulering, uttrykke seg og forstå egne følelser. Unntatt er to områder: opplevelse av mestring og bekreftelse/anerkjennelse, der det ikke ble funnet studier i litteraturgjennomgangen.

Spørreundersøkelsen, med 15 musikkterapeuter som respondenter, bekrefter funnene fra dybdeintervjuene om betydningen av relasjon og bekreftelse/anerkjennelse, da respondentene her vurderte effekten av relasjonstrening i musikkterapi til å være statistisk signifikant ( $p=0,0011$ ) god, med en middelvei på 3,2 og effekten av bekreftelse/anerkjennelse til å være statistisk signifikant ( $p=0,0004$ ) god til svært god, med en middelvei på 3,6<sup>18</sup>.

I tillegg understreker spørreundersøkelsen betydningen av musikkterapi med målgruppen da musikkterapeutene her vurderte effekten av musikkterapi til god, med en middelvei på 3,14 for alle de ulike metodene<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Benyttet skala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.

<sup>18</sup> Benyttet skala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.

<sup>19</sup> Benyttet skala: 1=ingen effekt, 2=noe effekt, 3=god effekt, 4=svært god effekt.



## Litteratur

Amir, D. (2005). Re-finding the voice: Music therapy with a girl who has selective mutism. *Nordic journal of music therapy* , 14 (1), ss. 67-77.

Angell, H. M. (2005). *What music videos teach at-risk adolescent girls: Making a case for media literacy curriculum*. Ann Arbor; MI: Doktoravhandling ved University Microfilms International.

Band, J. P., Quilter, S. M., & Miller, G. M. (2001-2002). The influence of selected music and inductions on mental imagery: Implications for practioners of Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery* , 8, ss. 13-33.

Befring, E. (2007). *Forskingsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Befring, E. (2008). Problematferd. Sosiale og emosjonelle vansker. I E. Befring, & R. Tangen, *Spesialpedagogikk* (ss. 372-392). Oslo: Cappelen Damm.

Behne, K.-E. (1997). The development of Musikerleben in adolescence: How and why young people listen to music. I I. Deliège, & J. Sloboda, *Perception and cognitions of music* (ss. 143-159).

BIBSYS-ASK. (u.d.). *BIBSYS-ASK*. Hentet november 5, 2012 fra <http://ask.bibsys.no/ask/action/result?cmd=&kilde=biblio&q=innagerende+atferd>

Blood, D. J., & Ferriss, S. J. (1993). Effects of background music on anxiety, satisfaction with communication, and productivity. *Psychol Rep.* , 72 (1), ss. 171-177.

Bonde, L. O. (2005). *The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) with Cancer Survivors. A psychosocial study with focus on the influence of BMGIM on mood and quality of life*. Aalborg: PhD, Department of Music and Music Therapy Aalborg University (DK) .

Bruscia, K. E. (1995). Differences between quantitative and qualitative research paradigms: Implications for music therapy. I B. L. Wheeler, *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives* (ss. 65-76). Poenixville: Barcelona Publishers.

- Bryan, T., Sullivan-Burstein, K., & Mathur, S. (1998). The influence of affect on social-information processing. *J Learn Disabil.* , 31 (5), ss. 418-426.
- Burchanan, J. (2000). The effects of music therapy interventions in short-term therapy with teens at risk: An opportunity for self-expression in group setting. *The Canadian journal of music therapy* , 7 (1), ss. 39-50.
- Burkhardt-Mramor, K. M. (1996). Music therapy and attachment disorder: A case study. *Music therapy perspectives* , 14 (2), ss. 77-82.
- Burns, J. L., Labbé, E., Arke, B., Capeless, K., Cooksey, B., Steadman, A., et al. (2002). The effects of different types of music on perceived and physiological measures of stress. *J Music ther* , 39 (2), ss. 101-116.
- Choi, C. M. (2010). A pilot analysis of the psychological themes found during the CARING at Columbia--Music Therapy program with refugee adolescents from North Korea. *J Music Ther.* , 47 (4), ss. 380-407.
- Crozier, W. R. (2001). *Understanding Shyness: Psychological Perspectives*. Hampshire: Palgrave.
- Daghighi-Asli, A. *Anxiety, depression and mood manipulation as predictors of autobiographical mamory recall*. Los Angeles: PhD, California School of Professional Psychology.
- Davies, A., & Mitchell, A. R. (1990). Music therapy and elective mutism: A case discussion. *Journal of British music therapy* , 4 (2), ss. 10-14.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., et al. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* , 199 (2), ss. 132-139.
- Gillham, B. (2000). *Developing a questionnaire*. London: Continuum.
- Gold, C., Wigram, T., & Berger, E. (2001). The development of research design to assess the effects of individual music therapy with mentally ill children and adolescent. *Nordic journal of music therapy* , 10 (1), ss. 17-31.

- Gooding, L. F. (2011). The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. *J Music Ther* , 48 (4), ss. 440-462.
- Gupta, U., & Gupta, B. S. (2005). Psychophysiological responsivity to Indian instrumental music. *Psychology of music* , 33 (4), ss. 363-372.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Harrison, P. A., & Narayan, G. (2003). Differences in behavior, psychological factors, and environmental factors associated with participation in school sports and other activities in adolescence. *J Sch Health* , 73 (3), ss. 113-120.
- Holand, A. Survey-forskning. I K. Fuglseth, & K. Skogen, *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., Parslow, R. A., Rodgers, B., & Blewitt, K. A. (2004). Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Med J Aust* , 181 (7), ss. 29-46.
- Keen, A. W. (2004). Using music as a therapy tool to motivate troubled adolescents. *Soc Work Health Care* , 39 (3-4), ss. 361-373.
- Kim, S., Kverno, K., Lee, E. M., Park, J. H., Lee, H. H., & Kim, H. L. (2006). Development of a music group psychotherapy intervention for the primary prevention of adjustment difficulties in Korean adolescent girls. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* , 19 (3), ss. 103-111.
- Knight, W. E., & Richard PhD, N. S. (2001). Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure, and heart rate in healthy males and females. *J Music Ther* , 38 (4), ss. 254-272.
- Koelsch, S. (2012). *Brain & music*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Koelsch, S. (2008). Die emotionale Stimme. *Musiktherapeutische Umschau: Forschung und Praxis der Musiktherapie* , 29 (3), ss. 221-228.

- Koelsch, S., & Stegemann, T. (2012). The brain and positive biological effects in healthy and clinical populations. I R. A. MacDonald, G. Kreutz, & L. Mitchell, *Music, health and wellbeing* (ss. 436-456). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lin, S. T., Yang, P., Lai, C. Y., Su, Y. Y., Yeh, Y. C., Huang, M. F., et al. (2011). Mental health implications of music: insight from neuroscientific and clinical studies. *Harv Rev Psychiatry*, 19 (1), ss. 34-36.
- Lonie, D. I. (2009). *Musical identities and health over the youth-adult transition*. Glasgow: PhD thesis, University of Glasgow.
- Lund, I. (2010). *"Listening to shy voices": shyness as an emotional and behavioural problem in the context of school*. Stavanger: PhD, Universitetet i Stavanger.
- Lund, I. (2012). *Det stille atferdsproblemet. Innagerende atferd i barnehage og skole*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lund, I. (2006). Hun sitter jo bare der! *SKOLEPSYKOLOGI* (3), ss. 3-16.
- Maratos, A. S., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. J. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* (1).
- Martin, G., Clarke, M., & Pearce, C. (1993). Adolescent suicide: music preference as an indicator of vulnerability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32 (3), ss. 530-535.
- McFerran, K. (2010). *Adolescent, music and music therapy: methods and techniques for clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley.
- Miller, S. R., & Coll, E. (2007). From social withdrawal to social confidence: Evidence for possible pathways. *Current Psychology*, 26 (2), ss. 86-101.
- Miranda, D., & Claes, M. (2009). Music Listening, Coping, Peer Affiliation and Depression in Adolescence. *Psychology of Music*, 37 (2), ss. 215-233.

Mun, J.-Y. (2008). [Emosjonell reaktivitet på musikk i henhold til den psykologiske tilstanden]. *Eum'ag iron yeon'gu/Journal of music and theory* (□□□□□□) , 13, ss. 129-146.

Nordahl, T., Sørli, M., Manger, T., & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, A. (2012). Hentet april 30, 2013 fra <http://www.nsd.uib.no/nsd/omnsd.html>

North, A. C., & Hargreaves, D. J. (2005). Brief report: Labelling effects on the perceived deleterious consequences of pop music listening. *J Adolesc* , 28 (3), ss. 433-440.

Ogden, T. (2010). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. (2. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Okasha, S. J. (2007). *The emotive power of music: A comparison of affect following verbal and musical expression*. Ann Arbor; MI: PhD, University Microfilms International.

Plener, P., Sukale, T., Ludolph, A. G., & Stegemann, T. (2010). "Stop cutting - Rock!" A pilotstudy of a music therapeutic program for self-injuring adolescents. *Music and medicine: An interdisciplinary journal* , 2 (1), ss. 59-65.

Rüütel, E., Ratnik, M., Tamm, E., & Zilensk, H. (2004). The experience of vibroacoustic therapy in the therapeutic intervention of adolescent girls. *Nordic journal of music therapy* , 13 (1), ss. 33-46.

RBUP. (2013, april 5). *Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion ØST og SØR*. (A. Bjørndal, Redaktør) Hentet april 9, 2013 fra <http://www.rbup.no/CMS/cmspublish.nsf/doc/5584FBE3A8FB76C1C12570760043CFD9>

Recours, R., Aussaguel, F., & Trujillo, N. (2009). Metal music and mental health in France. *Cult Med Psychiatry* , 33 (3), ss. 473-488.

Rigby, K., & Slee, P. (1993). Dimensions of interpersonal relating among Australian schoolchildren & their implications for psychological well-being. *Journal of Social Psychology* , 133, ss. 33-42.

- Robson, C. (2002). *Real World Research* (Second edition. utg.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Salamon, E., Bernstein, S. R., Kim, S. A., Kim, M., & Stefano, G. B. (2003). The effects of auditory perception and musical preference on anxiety in naive human subjects. *Med Sci Monit* , 9 (9), ss. 396-399.
- Scheel, K. R., & Westefeld, J. S. (1999). Heavy metal music and adolescent suicidality: an empirical investigation. *Adolescence* , 34 (134), ss. 253-273.
- Schiltz, L. (2004). Psychodiagnostik, Psychotherapie und Forschung mit Hilfe von musikalisch induzierten Geschichten; Rezeptive Musiktherapie in Frankreich. I I. Frohne-Hagemann, *Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Schulz, D., & Sarimski, K. (2011). Entwicklungsorientierte Musiktherapie nach Orff mit einem selektiv-mutistischen Mädchen: Videogestützte Analyse eines Therapieverlaufs. *Musiktherapeutische Umschau: Forschung und Praxis der Musiktherapie* , 32 (2), ss. 128-140.
- Schwantes, M., & McKinney, C. H. (2010). Music therapy with Mexican migrant farmworkers: A pilot study. *Music therapy perspectives* , 28 (1), ss. 22-28.
- Seidl, S. A. (1995). *Therapeutic aspects of music and its effect upon a child with selective mutism*. North Dakota: Dissertation, University of North Dakota.
- Smith, G. H. (1991). The Song Writing Process: a Woman's Struggle Against Depression and Suicide. I K. E. Bruscia, *Case studies in music therapy* (ss. 479-496). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Stegemann, T., Brüggemann-Etchart, A., Badorrek-Hinkelmann, A., & Romer, G. (2010). [The function of music in the context of non-suicidal self injury]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* , 59 (10), ss. 810-830.
- Stern, D. (2010). *Vitalitetsformer. Dymaniske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. (S. opp, Overs.) København: Hans Reitzels Forlag.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wigram, T. (2005). Survey Research. I B. L. Wheeler, *Music therapy reaseach* (Second edition.. utg., ss. 272-281). Gilsum: Barcelona Publishers.

Winterbach, T., & Stuart, A. D. (1992). The effect of a musical drama experience on the adolescent. *Acta academica* , 24 (2), ss. 40-54.

## Figurliste

Figur 1 Innsamling av data.....	8
Figur 2 Tolkning av data .....	8
Figur 3 Respondentenes alder .....	68
Figur 4 Institusjon hvor respondentene hadde møtt klientene .....	69
Figur 5 Fordeling av metode brukt i musikkterapi.....	73
Figur 6 Fordeling av relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse.....	73
Figur 7 Opplevd negativ effekt av musikk/musikkterapi.....	74
Figur 8 Negativ effekt fordelt på metode .....	74
Figur 9 Improvisasjon individuelt .....	75
Figur 10 Improvisasjon i gruppe .....	76
Figur 11 Reproduksjon individuelt .....	76
Figur 12 Reproduksjon i gruppe.....	77
Figur 13 Lytting individuelt .....	77
Figur 14 Lytting i gruppe .....	78
Figur 15 Komponering individuelt.....	78
Figur 16 Komponering i gruppe.....	79
Figur 17 Improvisasjon individuelt sammenliknet med improvisasjon i gruppe.....	80
Figur 18 Effekt av relasjonstrening.....	81
Figur 19 Effekt av kommunikasjonstrening.....	82
Figur 20 Effekt av bekreftelse/anerkjennelse.....	82

## Tabelliste

Tabell 1 Inkluderte studier .....	17
Tabell 2 Effekt av inkluderte studier .....	34
Tabell 3 Fordeling kjønn blant respondentene .....	67
Tabell 4 Antall ungdommer med innagerende atferd som musikkterapeutene har møtt .....	70
Tabell 5 Musikkterapeutenes arbeidsfordeling på arbeid individuelt/i gruppe .....	72

## Vedlegg<sup>20</sup>

Vedlegg 1, Godkjenning fra NSD, 2 sider

Vedlegg 2, Intervjuguide, dybdeintervju, 2 sider

Vedlegg 3, Informasjonsskriv og samtykkeerklæring, informanter dybdeintervju, 1 side

Vedlegg 4, Svar fra NSD på endringsmelding, 1 side

Vedlegg 5, Spørreskjema, 3 sider

---

<sup>20</sup> I vedlegg 1 og 3 brukes navnet Karoline Rånes Tommelstad. Jeg skiftet navn til Karoline Rånes Fagerheim 5. januar 2013.



## Vedlegg 1

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



Hans M. Borchgrevink  
Senter for musikk og helse  
Norges musikkhøgskole  
Slemdalsveien 11  
0369 OSLO

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

Vår dato: 24.08.2012

Vår ref:31204 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.08.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31204	<i>Musikk med innagerende ungdom</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hans M. Borchgrevink</i>
Student	<i>Karoline Rånes Tommelstad</i>

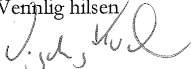
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Karoline Rånes Tommelstad, Frantzeråtteveien 6, 0283 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

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

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 31204

I følge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det forutsettes at det ikke behandles opplysninger om tredjeperson (klienter) som er undergitt taushetsplikt.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

#### Musikk med innagerende ungdommer

Innledende spørsmål:

Fortell om jobben din

Hvor lenge har du hatt denne stillingen?

Hvor stor er arbeidsplassen din?

La oss gå over på temaet for dette intervjuet

Ingrid Lund definerer innagerende atferd:

*Innagerende atferd* kjennetegnes av nervøs og hemmet atferd. Det kan vise seg som barn med personlighetsvansker, nevrotiske trekk og angst, overdreven bekymring spesielt i forhold til nye situasjoner og unngåelsesatferd. De viser ofte atferd preget av tristhet, viser sjelden glede og spontanitet. Atferden er preget ”agresjonshemming”. Andre kjennetegn er passivitet, der disse elevene er mer preget av overkontroll enn mangel på kontroll, (Aasen 1987). Sørli og Nordahl(1998) nevner begreper som ensomhet, alenehet, dårlig selvpoppfatning, passivitet i undervisningssituasjoner, depresjoner, angst og usikkerhet, overdreven bekymring og psykosomatiske plager, som eksempler på innagerende atferd. I utgangspunktet er det vanlig å se på atferdsproblemer som variasjoner over allmennmenneskelige problemer. Variasjonene finner en først og fremst i *antall* problemer, hvor *intense* de er, og i deres *varighet* (Ogden 1987). Det vil si at alle kan utvise en innagerende atferd, slik at det nødvendigvis ikke er atferden i seg selv som er uvanlig, men når og hvor ofte den fremvises. Når atferden utvises på gale steder, til gal tid, i nærvær av feil mennesker og i uhensiktmessig omfang, da blir atferden oppfattet som avvikende. Problemet er ofte ikke kvaliteten på atferden, men kvantiteten (Aasen 1987, Sørli & Nordahl 1998).

Det som er felles er at atferdsbeskrivelsen må være av en slik art at varighet, intensitet og frekvens i hvert fall dekker tre av punktene i definisjonen til Sørli og Nordahl:

1. Bryte med det som er forventet atferd
2. Hemme læring og/eller utvikling hos eleven selv
3. Hindre positiv samhandling med andre

Ingrid Lund (2006) “HUN SITTER JO BARE DER!” SKOLEPSYKOLOGI nr. 3 – 2006

Hva tenker du rundt denne begrepsbruken?

Har du erfaring med ungdommer med innagerende atferd?

Hvor har du møtt dem, og jobbet med dem? (skole, psykisk helsearbeid, annet?)

Har du jobbet med ungdommer med innagerende atferd individuelt eller i grupper?

Har du sett effekt av bruk av musikk eller musikkterapi med innagerende ungdommer?  
Individuelt og/eller i grupper?

Hvilke musikkterapeutiske arbeidsmetoder har du funnet mest brukbare?

Hva bruker du av improvisasjon/reproduksjon/komponering/lytting?

Bruker du de i kombinasjon eller alene?

Individuelt og/eller i grupper?

Har du erfaring med at musikkterapi/musikk har hatt negativ virkning/effekt?

I hvilke situasjoner, og med hvilken type musikkterapi erfarte du dette?

Har du tanker om hvorfor musikkterapi fikk slik effekt i disse tilfeller?

Individuelt og/eller i grupper?

Har du erfart at noen sammensetninger av medlemmene i gruppen fungerer bedre enn andre med denne målgruppen?

Forskning viser at de med innagerende atferd ut fra eget og fagfolks perspektiv har behov for:

Relasjonstrening

Kommunikasjonstrening

Anerkjennelse

Har du brukt musikk eller musikkterapi for å øve/oppnå dette?

På hvilken måte?

### Vedlegg 3

#### Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er bruk av musikk med ungdommer med innagerende atferd, og jeg skal undersøke hvilken erfaring musikkterapeuter har med dette. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 4-5 musikkterapeuter med denne erfaringen. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2013. Dersom du kunne tenke deg å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg. Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 414 07 405, eller sende en e-post til [Karoline.R.Tommelstad@nmh.no](mailto:Karoline.R.Tommelstad@nmh.no). Du kan også kontakte min veileder Hans Borchgrevink ved Norges musikkhøgskole på telefonnummer 970 46 407. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Karoline Rånes Tommelstad  
Frantzebråtveien 6  
0283 Oslo.

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur ..... Telefonnummer .....

## Vedlegg 4

Prosjektnr: 31204. Musikk med innagerende ungdom

04.02.13 15:47

### **Prosjektnr: 31204. Musikk med innagerende ungdom**

**Sondre S. Arnesen** [sondre.arnesen@nsd.uib.no]

**Sendt:** 4. februar 2013 12:52

**Til:** Karoline Rånes Fagerheim

**Kopi:** hmb@rcn.no

Hei Karoline,

Viser til mottatt endringsmelding den 28.01.2013.

Endringen gjelder utvidelse av metode til å inkludere spørreundersøkelse via telefon.

Personvernombudet kan ikke se at det i denne delen av prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med denne delen av prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

--

Vennlig hilsen/best regards

Sondre S. Arnesen  
Rådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
(Norwegian Social Science Data Services)  
Personvernombud for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 25 83  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17  
Faks: (+47) 55 58 96 50  
Email: [sondre.arnesen@nsd.uib.no](mailto:sondre.arnesen@nsd.uib.no)  
Internettadresse: [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

## Vedlegg 5

### Spørreskjema

Bruk av musikk eller musikkterapi med ungdommer med innagerende atferd

1. Hvor mange år har du vært i arbeid som musikkterapeut?
2. Hvilke arbeidsfelt har du jobbet i? Angi antall år i aktuelle kategorier.
  - a. Skole
  - b. Sykehus
  - c. Sykehjem
  - d. Psykisk helse, poliklinisk
  - e. Psykisk helse, institusjon
  - f. Fengsel
  - g. Annet:
3. Hvilken utdanning hadde du før du tok musikkterapi?
  - a. Har du tatt videreutdanning etterpå? Hvis ja, hva slags?
4. Hvilket kjønn har du?
  - a. Mann
  - b. Kvinne
5. Hva er din alder?
  - a. 20-29 år
  - b. 30-39 år
  - c. 40-49 år
  - d. 50-59 år
  - e. over 59 år

Les gjennom følgende definisjon før du svarer videre på spørsmålene.  
/ Nå vil jeg lese en definisjon for deg, før de neste spørsmålene.

*Innagerende atferd er en benevnelse på en atferd der følelser, opplevelser og tanker holdes og vendes innover mot en selv. Uttrykk som kommuniseres, kan være sårbar, avvisende, deprimert, tilbaketrukket, angst og usikkerhet (Lund, 2012, s. 27).*

I internasjonal faglitteratur blir begrepene *shyness* (Crozier, 2001), *introvert behaviour* (Slee og Rigby, 1993) og *social withdrawal* (Miller og Coll, 2007) brukt om denne atferden.

Kan du ut fra denne definisjonen av innagerende atferd svare på følgende spørsmål:

6. Har du erfaring med ungdommer med innagerende atferd?
  - a. Ja
  - b. Nei
7. Har du jobbet som musikkterapeut i møte med denne målgruppen?
  - a. Ja
  - b. Nei

(«Hvis «Nei» skal nedenstående spørsmål ikke besvares).

8. Hvor har du møtt dem, og jobbet med dem?
  - a. Skole
  - b. Psykisk helsevern
  - c. Annet \_\_\_\_\_
  
9. Kan du anslå hvor mange klienter i denne kategorien du har vært i kontakt med som musikkterapeut?
  - a. 1
  - b. 2–3
  - c. 4–5
  - d. 6–9
  - e. 10–14
  - f. 15–20
  - g. 21–30
  - h. 31–40
  - i. Over 40
  
10. Har du som musikkterapeut jobbet med ungdommer med innagerende atferd individuelt og/eller i grupper? Angi ca % individuelt og ca % i gruppe.
  - a. Individuelt
  - b. Grupper
  
11. Hvilke musikkterapeutiske arbeidsmetoder har du brukt? Angi ca % fordeling mellom metodene.
  - a. Improvisasjon
  - b. Reproduksjon (eksisterende sanger/musikk)
  - c. Lytting
  - d. Komponering/sangskrivning
  
12. Hvilke musikkterapeutiske arbeidsmetoder har du funnet brukbare? Ranger din opplevelse av effekt ved bruk av musikkterapi med innagerende ungdommer fra 1 til 4, der 1 = ingen effekt, 2 = noe effekt, 3 = god effekt, 4 = svært god effekt.
  - a. Improvisasjon individuelt
  - b. Improvisasjon i gruppe
  - c. Reproduksjon individuelt
  - d. Reproduksjon i gruppe
  - e. Lytting individuelt
  - f. Lytting i gruppe
  - g. Komponering/sangskrivning individuelt
  - h. Komponering/sangskrivning i gruppe
  
13. Har du erfaring med at musikkaktivitet/musikk har hatt negativ virkning/effekt med ungdommer med innagerende atferd?
  - a. Ja
  - b. Nei
  
14. Dersom ja, i hvilke situasjoner, og med hvilken type musikkterapi erfarte du dette? Angi ca % forekomst for hver situasjon.
  - a. Improvisasjon individuelt
  - b. Improvisasjon i gruppe
  - c. Reproduksjon individuelt
  - d. Reproduksjon i gruppe
  - e. Lytting individuelt
  - f. Lytting i gruppe
  - g. Komponering/sangskrivning individuelt



- h. Komponering/sangskrivning i gruppe
15. Hva er etter din erfaring en gunstig sammensetning av gruppe med ungdommer med innagerende atferd?
- a. Erfaring
  - b. Ingen kommentar
16. Hva er etter din erfaring en ugunstig sammensetning av gruppe med ungdommer med innagerende atferd?
- a. Erfaring
  - b. Ingen kommentar
17. Lund (2012) hevder at ungdommer med innagerende atferd ut fra eget og fagfolks perspektiv har behov for: Relasjonstrening, kommunikasjonstrening og bekreftelse/anerkjennelse
- a. Har du brukt musikk eller musikkterapi for å øve/oppnå dette?
    - i. Ja / nei
  - b. Angi ca % fordeling mellom kategoriene
    - i. Relasjonstrening
    - ii. Kommunikasjonstrening
    - iii. Bekreftelse/Anerkjennelse
18. I hvor stor grad har du opplevd at trening innenfor disse tre kategoriene har gitt resultater gjennom musikkterapien? Ranger fra 1 til 4, der 1 = ingen effekt, 2 = noe effekt, 3 = god effekt, 4 = svært god effekt.
- a. Relasjonstrening
  - b. Kommunikasjonstrening
  - c. Bekreftelse/Anerkjennelse