

FOREBYGGENDE ARBEID I SKOLEN

*En integrert litteraturstudie
om forebyggende arbeid ved bruk av musikkterapi
med barn og i grunnskolen*

Siv Vuilliomenet



Masteroppgave i Musikkterapi

Griegakademiet, Fakultet for Kunst, Musikk og Design

Universitetet i Bergen

2018

Forord

Denne masteroppgaven anser jeg som et verdig punktum etter fullført studie i Musikkterapi ved UIB. Selve skriveprosessen har vært tidskrevende og til tider utløser for frustrasjon og motløshet. Da var det godt å ha min samboer Stig som støttespiller og motivator.

På den andre siden har det vært en veldig lærerik og inspirerende prosess. Det å gå så grundig inn i et tema gir en helt spesiell mestringsfølelse som jeg opplevde som svært berikende og ikke minst positivt for troen på egne evner. I den forbindelse må jeg nevne min fantastiske veileder Simon – uten deg ville jeg fortsatt ha vandret i villrede i et hav av litteratur uten en sti å gå på. Videre vil jeg takke min svigermor, Lillian, for kloke ord og motiverende samtaler underveis.

En takk går også til min klassevenninne Marte for gode studietimer sammen, og til resten av mine medstudenter som gjorde studietiden helt fantastisk.

Til slutt må jeg også få takke familie og venner for god støtte under vegs.

Tusen takk!

Abstract

This master thesis is based upon an integrated literature review of music therapeutic literature and prevention in elementary school. The research question is:

What does literature between 2008-2018 say regarding preventive work with music therapy with children in primary school (6-16 years)?

I will try to find out what focus music therapeutic literature has had on research until now. The task, as stated by the research question, is limited to literature that has been published in the last ten years. The aim of this study is to get a broader understanding of what preventive measures already exist in elementary school, and what may be the contribution of music therapy. Furthermore, I will analyze and discuss different focus areas that emerge from the results of this Master Thesis. These focus areas, through a constructivist analysis of the results, are seen in the light of a humanistic and resource-oriented view in addition to theories from pedagogy, to bring out nuances in the analysis and discussion.

It appears from the results that there has been little music therapy research on preventive measures in elementary school. The analysis and discussion section indicate a need for more early intervention efforts. The Music therapeutic research that already exists, and that I will present later on, is mainly based on secondary prevention measures, whose goal is to stop disease from developing. The study concludes with a need for more research in the field, to create a new arena for music therapeutic practice.

Sammendrag

Denne masteroppgaven er en integrert litteraturgjennomgang av musikkterapeutisk litteratur som omhandler musikkterapi og forebygging i grunnskolen. Forskningsspørsmålet er:

Hva sier litteratur mellom(fra) 2008-2018 om forebyggende arbeid med musikkterapi med barn i grunnskolen (6-16 år)?

Underproblemstillingen retter fokuset mot hvilket fokus den musikkterapeutiske litteraturen har hatt i forskningen frem til nå. Oppgaven begrenser seg, som det kommer frem av forskningsspørsmålet, til litteratur som har blitt publisert i løpet av de siste ti årene. Målet med studien er å få en bredere forståelse for hvilke forebyggende tiltak som allerede finnes i grunnskolen, og hva som kan være musikkterapien sitt tilskudd til dette. I teoridelen trekkes viktigere teoretiske perspektiver frem for definisjon av begrep men også belysning av fokusområde i oppgaven. Videre analyserer og drøfter jeg ulike fokusområder som kommer frem av resultatet i denne masteroppgaven. Disse fokusområdene blir gjennom en konstruktivistisk analyse av resultatdelen sett i lys av humanistiske, ressursorienterte, relasjonelle og teorier fra pedagogikken for å få frem nyanser i analyse og diskusjonsdel.

Det kommer frem av resultatdelen at det finnes lite musikkterapeutisk forskning på forebyggende tiltak i grunnskolen, samtidig som analyse og diskusjonsdelen viser til et behov for flere tiltak ved tidlig innsats. Musikkterapeutisk forskning som allerede finnes, og som jeg vil presentere senere i oppgaven, baserer seg i hovedsak på *sekundærforebyggende* tiltak der målet er å henholdsvis stanse sykdomsutviklingen og bedre negative symptom. Studien konkluderer med et behov for mer forskning på området, for i neste omgang skape en ny arena for musikkterapeutisk praksis.

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	4
SAMMENDRAG	5
FIGURER	8
TABELLER	8
1.0 INNLEDNING	9
1.1 TEMA, BAKGRUNN OG MOTIVASJON FOR STUDIET	9
1.2 FORMÅLET MED STUDIEN	11
1.3 PROBLEMSTILLING	11
1.3.1 Begrepsavklaring i problemstillingen	11
1.4 AVGRENSNING	13
1.5 DISPOSISJON	13
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	15
2.1 HVA ER MUSIKKTERAPI?	15
2.1.1 Å definere musikkterapi	15
2.1.2 Terapibegrepet i musikkterapi	17
2.1.3 Terapibegrepets utfordringer i skolen	18
2.1.4 Helsebegrepet i musikkterapi	19
2.2 MUSIKKTERAPI I MØTE MED MUSIKKPEDAGOGIKKEN	20
2.3 FOREBYGGENDE ARBEID I GRUNNSKOLEN	21
2.4 SOSIALE LÆRINGSTEORIER OG MUSIKKTERAPI	23
3.0 METODE	25
3.1 VALG AV METODE	25
3.1.1 Hermeneutikk	25
3.2 INTEGRERT LITTERATURSTUDIET	25
3.2.1 Inklusjonskriterier i litteraturgjennomgangen	26
3.2.2 Søkeord og treff	27
3.3 ANALYSEPROSESS	29
4.0 RESULTAT	31
4.1 STUDIE 1 – CHONG, J. C., & KIM, S. J., (2010)	35
4.2 STUDIE 2 - CLEMENTS-CORTÉS, A., (2013)	36
4.3 STUDIE 3 - GOLD, C., SAARIKALLIO, S., CROOKE, A., & MCFERRAN, K., (2017)	37
4.4 STUDIE 4 – SHAFER, K. S., & SILVERMAN, M. J., (2013)	39
4.5 STUDIE 5 – UHLIG, S., JANSEN, E., & SCHERDER, E., (2018)	40
5.0 ANALYSE	43
5.1 PRESENTASJON AV UTVALGTE FOKUSOMRÅDER	47
5.1.1 Finnes det en sammenheng mellom sosio-emosjonelle og akademiske ferdigheter?	47
5.1.2 Kan lengde på intervensjonen ha noe å si for effekten av intervensjonen?	48
5.1.3 Musikkterapi som intervensjon etter synlig problematikk (sykdomsforebyggende) eller som intervensjon før synlig problematikk (helsefremmende)?	50
5.1.4 Hvor viktig er tilstedeværelsen av en musikkterapeut?	52
5.1.5 Jobber en annerledes med barn på barneskoletrinnet sammenlignet med barn på ungdomsskoletrinnet?	54
6.0 DISKUSJON	57
6.1 INNLEDNING	57
6.1.1 Diskusjon av sammenheng mellom sosio-emosjonelle og akademiske ferdigheter	57
6.1.2 Diskusjon av hva lengde på intervensjon noe å si for effekten av intervensjonen	59
6.1.3 Diskusjon om musikkterapi som intervensjon etter synlig problematikk (sykdomsforebyggende) eller som intervensjon før synlig problematikk (helsefremmende) ..	61

6.1.4 Diskusjon om hvor viktig er tilstedeværelsen av en musikkterapeut	63
6.1.5 Diskusjon om hvorvidt en jobber annerledes med barn på barneskoletrinnet sammenlignet med barn på ungdomsskoletrinnet.....	65
6.2 IMPLIKASJONER FOR MUSIKKTERAPEUTISK PRAKSIS I GRUNNSKOLEN	67
6.3 IMPLIKASJONER FOR FORSKNING.....	70
6.4 IMPLIKASJONER FOR UTDANNING.....	71
6.5 KRITISK BLIKK PÅ EGEN FORSKNING.....	71
7.0 AVSLUTNING.....	73
REFERANSELISTE.....	75

Figurer

Figure 1: Litteratursøkets flytdiagram. Antall treff på data og manuelt søk	30
--	----

Tabeller

Tabell 1: Karakteristikk og detaljer i de inkluderte studiene	32
--	----

Tabell 2: Analyse: Musikkterapeutiske intervensjoner og teorier	41
--	----

1.0 INNLEDNING

1.1 Tema, bakgrunn og motivasjon for studiet

Eva åpner døren og kommer inn døren sammen med støttepedagogen sin. Jeg hilser og presenterer meg selv. De setter seg ned i sofaen, mens jeg tar en stol og setter meg på enden vendt mot dem. Jeg retter meg mot Eva og spør om hun spiller noen instrumenter, men får ikke noe til svar, foruten om en nesten usynlig risting på hodet. Eva ser ned i gulvet, mens støttepedagogen begynner å svare for henne. På gulvet foran oss ligger det flere instrumenter. Jeg reiser meg fra stolen og tar opp ett og ett instrument. Jeg demonstrerer hvordan en kan spille på hvert instrument og hvilke lyder det lager mens jeg snakker rolig for å fange Eva sin oppmerksomhet. Eva unngår å møte blikket mitt. Jeg tar opp et klokkespill og gir det til henne. Hun tar nølende i mot. Jeg tar opp en kølle og demonstrerer hvordan man bruker klokkespillet ved å slå noen toner før jeg gir den til henne. Hun spiller forsiktig de samme tonene jeg nettopp spilte. Jeg oppmuntrer henne til å spille mer mens jeg forsiktig henter opp gitaren på fanget mitt og drar fingrene mine over strengene mens jeg holder en C-dur. Eva spiller fortsatt bare de samme tonene jeg spilte, men hun stopper ikke lenger opp. Sammen opplever jeg at vi skaper et øyeblikk, hvor vi spiller noe harmonisk sammen, og hun løfter blikket når jeg bytter til E-moll. Hun tar sjansen og bytter ut tonene hun har repetert til nå. Hun ser opp på meg for å få en respons og blikkene våre møtes i et smil. Jeg smiler, og sier så fint du spiller. Hun ser raskt ned og fortsetter. Jeg lytter. Følger, og vi bytter på å vise vei. Støttepedagogen henvender seg til Eva og spør om vi ikke vil spille litt alene. Eva ser bort på meg og nikker tilbake til støttepedagogen sin med litt mer selvtillit. Den neste aktiviteten vi gjør er å improvisere og lage rytmer på hver vår jambe. Dette blir vår faste aktivitet i ukene som følger. Eva åpner seg raskt opp, og bruker musikken til å kommunisere hvordan hun føler seg og ting hun ønsker å kommunisere. Med musikken som felles referansepunkt har vi startet en relasjon og et felt hvor Eva begynner å utfolde sine sterke sider, som hun demonstrerer gjennom musiseringen i timene vi har sammen.

I en av mine praksisperioder under min musikkterapiutdannelse har jeg vært på en barneskole, hvor jeg fikk øynene opp for musikkterapeutilbud på barneskole. I studietiden min leste jeg lite om praksis i barneskolen, men derimot masse om musikkterapi som integrert tilbud i spesialpedagogikken, men da som oftest i barnehager, eller på spesialskoler. I løpet av min praksis på barneskolen fikk jeg jobbe med barn med ulike *skjulte lidelser*, som angst og

skolevegring, men også med barn med mer synlige syndromer og diagnoser som downs-syndrom og autisme.

Det at hele 15-20% av barn og unge mellom 3-18 år kan ha nedsatt funksjon som følge av psykiske vansker (Helsedirektoratet, 2016b) gjør det desto viktigere å fange opp barn og unge som er utsatt før en eventuell skade har skjedd. Videre viser nye befolkningsstudier i Norge til at ”syv prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer forenelige med en psykisk lidelse” (Folkehelseinstituttet, 2018). Psykiske lidelser har de siste årene vært et økende problem særlig blant jenter i ungdomsalder. Hvordan kan skolen klare å fange opp disse barna tidlig nok? I følge Befring (2012) kan man styrke barns motstandsdyktighet (resiliens) og fremme deres ressurser ved å jobbe forebyggende. I min praksisperiode stilte jeg meg selv flere spørsmål rundt forebyggende arbeid og hva musikkterapeutens rolle kunne vært i et slikt arbeid. Jeg opplevde et behov hos enkelte elever for mer musikkterapi en det vi fikk tid til i løpet av min praksisperiode. Jeg tenker derfor at optimalt sett vil *alle* barn i grunnskolealder ha bruk for å utvikle verktøy for å takle skolegangen bedre, og utvikle både sosiale og emosjonelle ferdigheter de vil få bruk for senere. På denne måten vil vi kanskje forhindre at flere barn også i senere alder vil “falle utenfor” og trenge ekstra hjelp.

Flere kilder viser til at musikkterapi kan brukes for å danne et fellesskap, utvikling av sosio-emosjonell kompetanse sammen med jevnaldrende eller en trygg voksen, og opplevelse av mestring og deltakelse gjennom tilrettelagte musikkaktiviteter (Eriksen, 2012; Krüger, 2008; Krüger, Nordanger & Stige, 2017; Krüger & Stige, 2013; Krüger & Strandbu, 2015). Dette gjenspeiler at musikkterapien kan ha en viktig rolle i forebyggende arbeid med barn og unge. Terje Ogden (2005) skriver om to ulike måter en kan jobbe forebyggende i skolen. Det ene er i forhold til vansker som oppstår i forbindelse med skolegangen, det andre er å jobbe forebyggende mot rus, kriminalitet og helseproblemer. Mitt perspektiv retter seg her mot sistnevnte ved å forebygge eventuelle helseproblem, og psykiske lidelser før de oppstår. Jeg ønsker i denne oppgaven å se på musikkterapien som et tiltak for å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel.

Både i teoridelen og drøftingen vil jeg gjennomgå og diskutere terapibegrepet. Bakgrunnen for dette er skolens ønske om å drive undervisning eller spesialundervisning, ikke terapi. Det er derfor viktig å vurdere om musikkterapi vil defineres som terapi, og hva vil begrepet ha å si for dets innpass i skolen som et forebyggende tiltak? Mitt ønske og håp er at musikkterapi på sikt skal kunne integreres i grunnskolen, og bli en større del av den musikkterapeutiske praksisen i Norge. Jeg har valgt å gjøre en litteraturundersøkelse for å se på hvilken litteratur som finnes om musikkterapi som forebyggende arbeid i grunnskolen, hva

som er praksis i andre land enn Norge, og hvordan musikkterapien muligens kunne blitt implementert som et integrert forebyggende tiltak i grunnskolen.

1.2 Formålet med studien

Hensikten med studiet er å gjøre en integrert litteraturgjennomgang om forebyggende arbeid i grunnskolen. Målet er å få en forståelse for hvilke teoretiske perspektiver, musikkterapeutiske metoder og målsettinger som ligger til grunn dersom det er forsøkt å implementere musikkterapi i grunnskole tidligere. Hva sier resultatene? Hva er kvaliteten på tidligere studier, og hvilke eventuelle metoder brukes i det forebyggende arbeidet? Dette er først og fremst en studie gjort for egen forståelse og av nysgjerrighet på emnet, ettersom dette til dags dato ikke virker å ha blitt forsket på i Norge før. Forebyggende instanser er godt dokumentert gjennom PPT og andre spesialhelsetjenester fra barnehage alder av. En finner også mye forebyggende arbeid i skolen når det kommer til mobbing (Utdanningsdirektoratet, 2015) Det en jeg derimot finner mindre av i litteraturen er praksisbasert *helsefremmende* (Schancke, 2005) arbeid, satt inn før en eventuell synlig problematikk, og dette er også noe av det jeg ønsker å se nærmere på i denne oppgaven.

1.3 Problemstilling

Basert på motivasjon, formål og eksisterende litteratur (opplevelser i praksis) ...

Hovedproblemstilling er som følgende:

Hva sier litteratur mellom(fra) 2008-2018 om forebyggende arbeid med musikkterapi med barn i grunnskolen (6-16 år)?

Underproblemstilling:

Hvilket fokusområde har forskning hatt til nå når det gjelder forebyggende arbeid i grunnskolen?

1.3.1 Begrepsavklaring i problemstillingen

Litteraturen omhandler i denne studien musikkterapeutisk litteratur som beskriver forebyggende tiltak i grunnskolen fra de siste ti årene.

Forebyggende arbeid deles i tre grupper ut i fra hvem det rettes mot. Disse er universelle forebyggende tiltak som rettes mot alle grupper, selektiv forebyggende tiltak som rettes mot risikogrupper av befolkningen og indikativ som rettes mot personer ”som viser tegn til å utvikle en sykdom/lidelse, men som ikke oppfyller diagnostiske kriterier for en lidelse med ”høy eksponering” ” (Helsedirektoratet, 2016, s. 45). En kan også snakke om primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging. De forebyggende tiltakene settes inn fortrinnsvis før sykdom, for å stanse sykdomsutvikling og for å hindre forverring av sykdom (Helsedirektoratet, 2016, s. 46). Jeg vil i denne oppgaven omtale forebyggende arbeid som alle typer instanser av forebyggende tiltak som er iverksatt.

Grunnskolen er et dekkende begrep for den obligatoriske skolegangen og går over 10 år. I lovverket defineres grunnskolen også som et samlebegrep bestående av et barnetrinn som omfatter 1-7 årstrinn og et ungdomstrinn som omfatter 8-10 årstrinn (Opplæringsloven, 1998, § 2-3). Når det kommer til privat skoler, uten tilskudd av midler for drift fra det offentlige omtales de i opplæringsloven § 2-12, og har samme regler når det kommer til lengde, alder og innhold som grunnskoleopplæring som offentlige skoler.

Musikkterapi har opp igjennom årene fått flere definisjoner, og virker å være et komplekst fag som kan være vanskelig å definere (se kapittel 2.1.1). Den mest kjente definisjonen i Norge er Even Ruud sin fra 1979: ”Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter”. Denne definisjonen er vid, og rommer dermed de fleste praksiser av musikkterapeutisk arbeid i dag. Den beskriver også mye om hva forebyggende og helsefremmende arbeid kan være – nettopp å gi barn og unge nye handlingsmuligheter og slik jeg forstår det, se deres ressurser i stedet for mangler (Rolvsvjord, 2008). Den kan også karakteriseres som mangelfull da den ikke beskriver noe videre om hva musikkterapi gjør. Derimot kan en trekke inn Bruscia sin definisjon fra 2014, der han beskriver hvordan musikk kan brukes for å fremme helse gjennom relasjonelle musikkterapeutiske øyeblikk:

Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client's health, using various facets of music experiences and the relationships formed through them as the impetus for change. As defined here, music therapy is the professional practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research. (Bruscia, 2014, s. 36)

Han legger også vekt på profesjonaliteten musikkterapi fagfeltet har, på bakgrunn av teori og praksis. Jeg vil i denne oppgaven se musikkterapeutisk praksis som *musikkterapeutisk* arbeid gjort av en *musikkterapeut*.

Bruscia (2014) definerer hva en *musikkterapeut* er slik: ”A music therapist is a person who makes a commitment to help a client with a health-related goal through music, using his expertise and credentials within a professional relationship” (Bruscia, 2014, s. 37) Denne definisjonen rommer både hvilken rolle og forpliktelse terapeuten har, men også retning for behandling. Bruscia (2014) nevner profesjonaliteten i relasjonen, og at terapien skal strekke til så lenge både helse og musikk er en del av jobben (Bruscia, 2014, s. 38). Det er også viktig å presisere at jeg ser på en musikkterapeut som en med musikkterapeutisk utdannelse, til tross for at musikkterapi ikke er en beskyttet tittel i Norge, og at enhver som måtte ønske det kan kalle seg musikkterapeut.

1.4 Avgrensning

Denne oppgaven har følgende avgrensninger:

- Inkludering av studier og litteratur er hentet fra de 10 siste årene.
- Jeg har brukt søkemotorene Oria, PubMed, og Google Scholar.
- Oppgaven begrenser seg til elever i grunnskolen (6-16 år)
- Det må være musikkterapi utført av en musikkterapeut, som et forebyggende arbeid i en skolesetting.

Disse avgrensningene er gjort basert på oppgavens omfang, og for å spisse oppgaven mest mulig inn på valgt problemstilling. Ved å se på de siste ti årene med forskning på musikkterapi + forebygging + skole, vil jeg kun se hva de siste ti årene sier om disse temaene, og ikke få med eventuell tidligere forskning som kunne ha vært relevant. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode, noe som også begrenser oppgaven i form av at mine eventuelle funn og hypoteser for hvordan forebyggende arbeid i grunnskolen kunne foregått, ikke vil bli testet ut. Dette er noe jeg går mer inn på i diskusjonsdelen under *kritikk av egen metode* (avsnitt 6.5).

1.5 Disposisjon

I innledningskapittelet har jeg kort beskrevet min bakgrunn for valg av tema og trukket inn noe av litteraturen jeg kommer tilbake til senere i oppgaven. I kapittel 2 vil jeg utdype teori

som omhandler forebygging i skolen. Jeg vil kort gå inn på musikkterapiens historie i Norge og hvordan det kan påvirke dets innpass i en pedagogisk setting. Jeg vil også trekke frem teorier jeg ser som relevant for det forebyggende arbeidet innenfor grunnskolen og se på musikkterapiens grunnlag for arbeid innenfor disse. I kapittel 3 vil jeg gå igjennom metode og hvilket vitenskapssyn jeg tar med meg inn i oppgaven som kan påvirke eventuelle fokusområder. Videre vil jeg i kapittel 4 presentere resultatet av litteraturgjennomgangen der jeg kort beskriver de ulike artiklene jeg sitter igjen med etter litteraturanalysen. Kapittel 5 inneholder en analyse av resultatet jeg presenterte i foregående kapittel der jeg sorterer materiale i fokusområder. I kapittel 6 skal drøfte analysen sett i forhold til relevant teori, i tillegg til å trekke frem forslag til implementering for praksis, forskning og utdanning. Avslutningsvis vil jeg i kapittel 7 komme med en kort oppsummering av oppgaven.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

2.1 Hva er musikkterapi?

2.1.1 Å definere musikkterapi

Hva er musikkterapi? Dette er spørsmål jeg antar er velkjente for mange musikkterapeuter over hele verden. Svaret på dette spørsmålet er derimot ikke like åpenbart. En musikkterapeut vil ofte ha flere roller på en og samme tid. Eksempler på dette kan være tilrettelegger, terapeut, motivator for å nevne noen. I tillegg finnes det et stort mangfold av metoder å utøve musikkterapien på, alt fra fri improvisasjon til struktur og rammer. Med dette mangfoldet av metoder, roller og arenaer fører det til vanskeligheter i å gi en presis definisjon på hva musikkterapi er, og hvordan musikkterapeutisk arbeid gjennomføres. I følge Ruud (2017, s.203) blir definisjonene ofte preget av aktørens egen praksis. Videre påpeker han at en definisjon av et så stort fagfelt krever overblikk og en omfattende gjennomgang for å avgrense og klargjøre alle begrep som omfattes av definisjonen. Ruud (2017) henviser til Bruscia (2014) sin *working definisjon* som han først publiserte i *Defining Music Therapy* (1998) som et godt eksempel på hvor omfattende definisjonen bør være. I 2014 oppdaterte han definisjonen i den nyeste utgivelse av boken (les definisjonen i avsnitt 1.3.1.). Bruscia (2014) problematiserer det å definere musikkterapi og påstår at musikkterapi er for komplekst og bredt til å bli definert på et universelt akseptert nivå. Musikkterapi må heller sees på innenfor den gitte tilnærmingen, metoden og konteksten, med hvilke utøver innenfor de kulturelle, filosofiske og den individuelle oppfattelsen den står i (Bruscia, 2014).

En definisjon som ofte blir brukt i Norge er Even Ruud sin definisjon fra 1979 om musikkterapi som omhandler å bruke musikk til ”å gi mennesker nye handlingsmuligheter”. Det som karakteriserer denne definisjonen er at den er vid, og spørsmålet er om den blir for vid? Definisjonen viser ikke til metoder eller arbeidsområder. Dersom musikkterapien ikke åpner for nye handlingsmuligheter, vil det fortsatt være musikkterapi som blir utøvd? Ruud (2017) peker selv på utfordringen i å finne en definisjon av musikkterapi som alle musikkterapeuter kan føle seg hjemme i. Definisjonene av musikkterapi har i størst grad vært knyttet til klinisk praksis. Behandlingsmetoder, intervensjonsmodeller og den terapeutiske tilnærmingen har dermed vært ledende og prioritert i defineringen av musikkterapi (Stige, 2002). Dette henger sammen med musikkterapiens historie, og det faktumet at musikkterapien i utgangspunktet vokste frem som et praksisfelt, i følge Stige (2002). Musikkterapien utvikler seg stadig, ikke i et vakuum, men som oftest gjennom interaksjon med andre disipliner. Er det

da i det hele tatt mulig å se på musikkterapi som en egen disiplin? Om dette skriver Stige (2002) at noen vil se på musikkterapi som et fagfelt som trekker inn teorier og begreper fra andre veletablerte disipliner, og på denne måten kan musikkterapi kun sees på som en multidisiplinær profesjon. Musikkterapi må kanskje derfor heller se på seg selv som en "disiplin i utvikling" (Stige, 2002, s. 197).

En definisjon jeg ser på som relevant med tanke på en skolekontekst med forebyggende arbeid, er Stige sin definisjon om hva samfunnsmusikkterapi (*Community music therapy*¹) er. "I samfunnsmusikkterapeutisk praksis er mål knytt til samspelet mellom individ og samfunn, prosessen er deltagerstyrt, arenaene er open og inkluderende og musikkbruken kontekstrelatert og økologisk." (Stige, 2003, referert i Stige, 2008b, s. 151). Stige (2002) beskriver musikkterapi i samfunnet og musikkterapi som bidrag til forandringer i samfunnet, som to aspekter i forhold til hva samfunnsmusikkterapi kan være. Dette gir med andre ord musikkterapien både samfunnet som en kontekst å jobbe i, samtidig som det er en kontekst å jobbe med. Dette er begge dimensjoner som krever en sensitivitet til den sosiale og kulturelle konteksten, med ønske og oppmerksomhet mot sosial og kulturell forandring (Stige, 2002). Rolvsjord og Stige (2015) identifiserte tre typer kontekst i musikkterapi basert på musikkterapeutisk praksis og det økologiske aspektet rundt dette. Disse er; *music therapy in context*; *music therapy as context*; and *music therapy as interacting contexts* (Rolvsjord & Stige, 2015, s. 44). De henviser videre til Ruud (2010) som skriver om kontekst som bakgrunn for opplevelse av musikk.

The development of musical creativity involves a subtle process of learning patterns
How we experience music and how music will affect us will depend on our musical
background, the influence of the music we have chosen, and the particular situation in
which we experience the music. In other words, in such a contextual understanding,
the music, the person, and the situation work together in a relational or mutual relation
where changes in any of these components will change the meaning produced. (Ruud,
2010, s. 57 referert i Rolvsjord & Stige, 2015).

¹ Begrepet *community music therapy*, eller på norsk, *samfunnsmusikkterapi*, har blitt diskutert av flere musikkterapeuter, som for eksempel Stige (se bl.a. 2002, 2003, 2004, 2008b, 2012), Bruscia (1998, 2014), Ansdell (2002), Pavlicevic (2004) og Ruud (2004, 2008).

Bevissthet om barnets kontekst, skolens kontekst og samfunnets kontekst, er viktig for en musikkterapi, da en ofte blir nødt til å jobbe på flere økologiske nivå samtidig.

En av grunnene til at musikkterapi kan være vanskelig å definere er fordi musikkterapi er en krysning av to fagområder, nemlig musikk og terapi. Her opplever jeg ofte at språket skaper en begrensning i hvordan jeg uttrykker hva *jeg er* og hva *jeg gjør*. Det er vanskelig med enkle ord å beskrive hvordan man anvender musikk for å oppnå noe som kan kalles terapi. Det oppleves også ofte uklart hva en legger i begrepet *terapeut* og *terapi* når man jobber med musikk som behandlingsverktøy. Jeg ønsker derfor å gå nærmere innpå selve terapibegrepet.

2.1.2 Terapibegrepet i musikkterapi

Det å definere terapi kan være like vanskelig som å definere musikk. Bruscia (2014) skriver at: "The components of therapy, like the elements of music, are quite numerous and overlapping, and the experiences within therapy, like music experiences, are varied and multilayered." (Bruscia, 2014, s. 15). Han tar også opp spørsmål om hvorfor en terapeut må være tilstede for at det kan kunne oppstå terapi, og hvilke egenskaper en terapeut har som gjør den essensiell for den terapeutiske prosessen (Bruscia, 2014, s. 66). Videre definerer Bruscia (2014) terapi som "(...) an effort to optimise the client`s health, and a therapist, by profession, is a person who helps the client to do so" (Bruscia, 2014, s. 69). Terapibegrepet og selve terapien retter seg her mot et mål om en bedre helse, men også mot profesjonaliteten av begrepet. Å være en terapeut tilsier her at en innehar en rekke egenskaper som kan hjelpe klienten mot å nå overordnede mål, der musikkelementet ikke alene kan stå for terapien i den musikkterapeutiske prosessen.

Terapibegrepet har i musikkterapi tidligere blitt beskrevet som "sykdom begrenser handlemuligheter, terapi vil si å gi nye" (Ruud, 1980, s. 42). Allerede da gikk definisjonen vekk fra helseprofesjonenes senere definisjon på terapi som "treatment of disease and disorder" (Stige, 2002, s. 182). I denne definisjonen dreier seg mer om å *kurere enn å vise omsorg* som begreper originalt var relatert til. I Ruud (1980) sin definisjon, kan terapibegrepet virke uklart da det kan være vanskelig å si hvilken bruk av terapi som vil gi nye handlingsmuligheter og ikke. Bruscia (1998) fant det utfordrende å betegne hva som skiller terapi fra andre funksjoner som hjelp i form av utdanning, utvikling, vekst og helbredelse. Bruscia (2014, s. 15) finner det også vanskelig å separere *terapi* fra læring, utvikling, vekst,

behandling og andre fenomen som ofte assosieres med "helse", som han sammenligner med separasjonen mellom musikk og kunst. Terapi er tradisjonelt definert ut ifra sin greske opprinnelse, fra ordet *therapeia*, som betyr: "to attend, serve, help, or treat." (Bruscia, 2014, s. 15). Sammensatt vil de være essensielle elementer i terapien, men de vil ikke dermed danne definisjonen av terapi. En kan diskutere om musikk skal brukes *som* terapi, eller *i* terapi, og hvorvidt vi skal snakke om mennesker *i* terapi, eller terapi *på* mennesker (Aigen, 2005). Det vil i musikkterapeutiske kontekster også være relevant å diskutere hva som er musikkens rolle i terapien og hva som er terapeutens rolle.

2.1.3 Terapibegrepets utfordringer i skolen

Skolens oppgave er i hovedsak å drive med undervisning eller spesialundervisning, ikke terapi eller behandling (Eriksen, 2012). Som musikkterapeut i skolen blir det derfor nødvendig å være tydelig på hvilken rolle man har som fagperson. Det kan for eksempel som musikkterapeut lønne seg å bruke begreper som tilbud, musikkverksted eller musikkstund istedenfor behandling. Et annet begrep kan være tilpasset læring (Kruger, 2008, 2015).

I Kari Hodne sin undersøkelse fra 2007 fant hun at det var flest musikkterapeuter som jobbet innenfor det spesialpedagogiske feltet. Mulige grunner til dette til la hun til etterspørsel og utdanning (Hodne, 2008, s. 219). I Norge var det i de spesialpedagogiske feltene musikkterapien først fikk etablert seg, da musikkimprovisatorisk arbeid med barn med ulike behov viste seg tidlig å ha effekt (Næss, 2008). I dag jobber musikkterapeuter innenfor flere praksisfelt med ulike arbeidsoppgaver og derav ulike roller. Dette har bidratt til forvirring om både musikkterapeutrollen og terapibegrepet (Hernes, 2012). Innenfor praksis som psykisk helsevern er det i dag naturlig å snakke om musikkterapi som kurativ behandling, etter paradigmeskiftet fra psykiatrisk behandling til psykisk helse (Solli, 2009). Dette skiftet førte også til en endring av terapitilbudet på institusjonene fra å være et fokus på bearbeiding av negative livshendelser til å vektlegge mestring, normalisering og brukervedvirkning (Solli, 2009, s. 17). Terapibegrepet i skole, barnevern, barnehage eller fengsel vil derimot oppleves som et litt mer belastet uttrykk. Her er konteksten og viktigheten av sensitiviteten over for den viktig (Stige, 2002). En må også være bevisst på hvordan en definerer terapi (se avsnitt 2.1.1.) Terapibegrepet i seg selv kan for mange musikkterapeuter virke mot sin hensikt dersom det tillegges egenskapen å kunne behandle sykdom og funksjonssvikt. Et bedre begrep ville da

være *helsefremmende* arbeid, som igjen har fått sin plass innenfor pedagogiske settinger (Utdanningsdirektoratet, 2015).

Kari Aftret (2008) beskriver i artikkelen hvordan hun i sin kommunepraksis med *Musikk i livets begynnelse* fant det problematisk å kalle praksisen hennes for terapi da hun mente at en ”terapi-merkelapp vil kunne virke stigmatiserende” Aftret, 2008 s. 250). Begrunnelsen for dette var at mange gjerne forbinder terapi med kurering av sykdom. Hun valgte heller å legge vekt på at det var et helsefremmende tilbud tilgjengelig for alle familier med små barn i kommunen. I gruppene *Læring gjennom musikk og bevegelse* fant hun derimot terapibegrepet mer passende da deltakerne hadde definerte funksjonshemminger, og dermed fulgte individuelle opplæringsplaner. Selv om hun hadde praksiser som ikke benevnes som terapi, opplevde hun at den faglige kompetansen og hennes personlige egenskaper var viktige i utformingen av et godt tilbud for deltagerne. Videre skriver hun at hun opplevde tilbudet som forebyggende og helsefremmende, og at hun fikk rollen som en slags veileder, i stedet for musikkterapeut (Aftret, 2008).

2.1.4 Helsebegrepet i musikkterapi

Begrepet ”helse” ble allerede i 1948 definert av WHO på følgende måte: "State of complete physical, mental, and social well being, and not merely the absence of disease or infirmity." Altså definerer WHO helse som et barometer for fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom i patologisk forstand. Denne definisjonen underbygges av det salutogenetiske perspektivet som den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky utviklet. Det Salutogenetiske perspektivet deler helse inn i ”grader” (*kontinuum*) (Bruscia, 2014 s. 99), til motsetning av patogenese perspektivet der man enten er syk eller frisk (s.98-100).

I musikkterapien har den salutogenetiske tenkningen blitt utgangspunktet for helseperspektivet i musikkterapi, og utspringet til ressursorienterte perspektiver med empowerment og fokus på det klient styrte (Bruscia, 2014). Ruud (2008) skriver hvordan samfunnsmedisinenens forskning kan være med å gi empiri til hvordan helse oppleves.

Samfunnsmedisinen og den framvoksende helsepsykologien gir en mer empirisk fremstilling av hvordan de fleste opplever at helse handler om det lille overskuddet, en følelse av harmoni og balanse i livet som gir energien til å utføre det vi helst ønsker å drive med ut fra lyst og glede. (Ogden, 2000, referert i Ruud, 2008, s. 21).

Videre påpeker Ruud at helsebegrepet er pragmatisk, altså at faktorer som for eksempel alder vil påvirke forventningene til det respektive individets helse.

Bruscia (2014) velger å oppsummere helsebegrepet med fem slutninger konklusjon (1) Den første er at helsen er holistisk og går forbi kroppen for å inkludere det åndelige, ens samfunn, kultur og miljø. (2) Den neste er eksistensen av helse som et multidimensjonalt kontinuum av konstant endring. En kan ikke bevege seg inn og ut av helse, men er forankret i både det sunne og usunne på mange forskjellige nivå. (3) Som et tredje punkt trekker han frem helse som en aktiv prosess og vår eksistens i den prosessen. (4) Punkt fire ser på helse som et fenomen av både det objektive og det subjektive . (5) Til slutt trekker han frem at helse ikke bare er hvor godt de fysiske prosessene i kroppen fungerer, men heller hvordan vi er i forhold til disse prosessene. På bakgrunn av dette trekker Bruscia (2014) følgende konklusjon: ”Health is the process of becoming one`s fullest potential for individual and ecological wholeness” (Brucia, 2014, s. 105).

2.2 Musikkterapi i møte med musikkpedagogikken

Musikkpedagogikk og musikkterapi er to forskjellige vitenskapsfag, som både kan sies å utfordre, men også komplimentere hverandre. En begrunnelse for utskilling av musikkterapi som et selvstendig vitenskapeligfelt ligger i at faget ”bredt formulert handler om forholdet mellom ”musikk og helse” (Ruud, 2017, s. 204). Ved å avgrense disiplinen og vise til teoretiske og praksisrelaterte grunnlag vil en ha ytterligere flere argumenter for et skille mellom de to disiplinene. Dette mener han på bakgrunn av at selv om musikkterapi ”berører forholdet mellom musikk og mennesker generelt”, er ikke musikkterapien spesielt opptatt av ”den didaktiske drøfting av musikkformidlingsproblemer” (Ruud, 2017, s. 204). Ved et forsøk på å polarisere feltene kan en si at musikkundervisning primært handler om å oppnå musikalske ferdigheter i forhold til instrument og stemme i tillegg til musikalske kvaliteter omhandlende musikklytting. Musikkterapien kunne som en motsetning blitt sett på som kun terapi, der instrumentopplæring eller kunnskap om musikk ikke var en del av terapien (Ruud, 2017, s. 205). Dette påpeker han at vil være en forenkling som ikke samsvarer med praksis, da instrumentopplæring og fokus på mestring er noe som går igjen i begge fagfelt (Ruud, 2017, s. 205).

Lars Ole Bonde (2002) definerer de to fagfeltene slik:

Terapi og pædagogik er/kan være forskjellige veje til samme (lærings)mål: Inden for musikområdet er der særlige muligheder for at lade musikterapi og-pædagogik komplettere hinanden via bevidst tilrettelæggelse af læringens specifikke affektive komponent: musikoplevelsen (Bonde, 2002, s.121-122).

Her beskriver han selve musikkoplevelsen som en viktig komponent mot det samme læringsmålet, og som et fellestrekk i både terapien og pedagogikken. Likevel er det en distinktiv forskjell da en i musikkpedagogikken er opptatt av å jobbe mot det musikalske *produktet*, mens i musikkterapien orienterer seg mot den musikalske *prosessen* (Bonde, 2002, s. 130 – 131). Hernes (2012) finner også i sin masteroppgave at terapeuter og pedagoger opplever sin egen rolle i en kulturskolesetting som ulik med tanke på målsetninger for arbeidet og det relasjonelle aspektet med samhandlingen. Det dukker likevel opp likhetstrekk som å gi eleven mestringsopplevelser og fokus på prosessen og øyeblikket i samhandlingen.

Bruscia (2014) beskriver pedagogiske kontekster, hvor han også inkluderer psykiatriske sykehus og pleiehjem, som en kontekst der læring og utvikling kommer foran den terapeutiske prosessen (Bruscia, 2014, s. 2010). Bruscia (2014) viser til likheter og ulikheter ved undervisning og terapi, som for eksempel tilegning av kunnskap som mål til forskjell fra terapi der kunnskap er et middel til noen fasetter av helse. Videre gir han en beskrivelse av hvordan undervisningssystemet og helse henger sammen: ”(...) education gives a student knowledge about the world, whereas therapy provides a client with access or insight into her own way of being and living in the world” (Bruscia, 2014, s. 212).

Undervisning gir mennesket de verktøy de trenger for å tilpasse seg samfunnet, mens terapien reparerer eventuelle problem mennesket opplever undervegs. Ved å bruke dette bilde på de to fagfeltene sett under ett kan en argumentere for at alle mennesker har behov for dem begge.

2.3 Forebyggende arbeid i grunnskolen

Befring (2008) skriver om forebyggende tiltak som noe en setter i gang for å komme uheldig utvikling i forkjøpet eller for å motvirke at en tilstand forverrer seg. Dette kan her dreie seg om *helsefremmende* tiltak og *sykdomsforebyggende* tiltak (Schancke, 2005). I andre omgang kan dette handle om å forsterke positive og utviklingsfremmende faktorer. Et forebyggende tiltak kan bare beskrives som virksomt hvis antall nye tilfeller blir lavere etter innsatt tiltak (Gillham, Shatte, & Freres, 2000). Helsedirektoratet foreslår en modell hvor forebyggende arbeid kan foregå på tre nivåer:

- ”Universell forebygging (tiltak rettet mot alle)
- Selektiv forebygging (risikogrupper i befolkningen)
- Indikativ forebygging (personer med tegn på utvikling av sykdom/lidelser) - tiltak rettet mot alle”

(Helsedirektoratet, 2016a s. 45)

Effektive forebyggingsinnsatser kan styrke elevenes akademiske prestasjoner gjennom et bedre læringsmiljø, økt sosial kompetanse og derav bedre faglige prestasjoner (Schancke, 2005, s. 3). Forskning underbygger dette da det viser til en klar sammenheng mellom elevers atferdsproblemer og deres akademiske kompetanse (Nordahl, 2007). Weissberg et al., (2003) peker på viktigheten av å ha et stabilt tilbud over tid i det forebyggende arbeidet. De vektlegger inkludering av familie, jevnaldrende, skole og samfunn der tilbudet må tilpasses målgruppens alder og sosiokulturelle miljø. Schancke (2005) identifiserer flere ulike utfordringer med forebyggende tiltak i skolen. Dette kan handle om mangel på kunnskap, svak metodikk og mangelfull didaktisk kunnskap (Schancke, 2005 s. 79-85). Han påpeker også at mange av de forebyggende tiltakene gjennomføres uten å følge konkrete tiltaksplaner for forebyggende arbeid i skolen.

Skaalvik og Skaalvik (2005) trekker frem begrepene motstandsdyktighet(resiliens) som han knytter til forebygging. Skaalvik og Skaalvik (2005, referert i Befring 2008, s. 183) skriver at resiliens kan utvikles gjennom ”å lære seg formålstjenlige tolknings- eller attribusjonsmåter”. Gjennom å attribuere nederlag til ytre faktorer kan en bevare selvilliten og mestringsfølelsen. Gode attribusjonsferdigheter kan bli en del av beskyttende faktorer hos mennesket, sammen med evne til selvregulering, positivt selvilde, positiv selvoppfattelse og nære relasjoner til kompetente, prososiale og støttende voksne (Masten et al., 2009, s. 126). På utdanningsdirektoratet sine nettsider står det at skolene skal jobbe med å forebygge og fremme barns psykiske helse (Utdanningsdirektoratet, 2015). Jeg tror at en god psykisk helse er nødvendig for å kunne takle skolehverdagen. I en masteroppgave av Kjellesvik (2017) understreker hun at elevene synes det er viktig med en opplevelse av egenverdi uavhengig av karakterer, noe som kan være vanskelig sett i et sosiokulturelt perspektiv der en ser seg selv i lys av andre, og vurderer egne evner opp mot andre, for eksempel klassekamerater.

2.4 Sosiale læringsteorier og musikkterapi

Det sosiokulturelle læringssynet springer tilbake til 1920-30 tallet der det hadde sin opprinnelse i Sovjetunionen ved Lev Vygotsky. Vygotsky (Bråten, 1998) mente at høyere mental utvikling kan føres tilbake til erfaringer individet gjør gjennom praktisk og sosial aktivitet i et gitt miljø. Han hevder at barnet sine ferdigheter alltid må forstås i relasjon til de ferdighetene det er på vei til å mestre, og at det er sosial samhandling som fungerer som drivkraft i denne prosessen (Bråten, 1998) Det sosiokulturelle perspektivet legger vekt på at om vi ønsker å lære, vil avhenge om vi opplever det som viktig. Det vil igjen avhenge av om kunnskap og læring blir verdsett i de fellesskapene som vi er en del av. Mer enn noe annet understreker Vygotskys teori at kognitiv utvikling ikke er noe som "bare skjer", men at ytre omgivelser i form av fellesmenneskelig historie, aktuell kulturell virkelighet og undervisning er med på å bestemme hvert enkelt individs utvikling (Thurmann & Moe, 1996 s. 158) Dette handler i praksis om at læringen i er påvirket av kulturen på skolen, i klassen og i venneflokkene, om samspillet lærer- elev og alle fellesskap den enkelte er en del av.

Gjennom begrepet "self-efficacy" har Bandura satt fokus på mennesket sitt behov for å utøve kontroll over hendelser som påvirker den enkeltes liv. Mennesket har behov for å planlegge fremtiden. Det vesentlige med dette er at vi vil kunne styre livet vårt selv. Befring (2004) forklarer at "det sentrale spørsmålet er korleis vi kan utvikle tru på eigen operasjonaltet og livskontroll" (Befring, 2004, s. 88). Han kaller det "å vere herre i eige liv" (Befring, 2004, s. 88). Dette kan vi knytte opp mot empowermentfilosofien og det å ta kontroll over eget liv, som står sterkt i det ressursorienterte perspektivet innenfor musikkterapien (Rolvsgjard, 2008). Skaalvik og Skaalvik (2006) viser til Bandura (1997) og skriver: "Forskning viser at lave forventninger om mestring (lav "self- efficiacy") vil ha store konsekvenser for elevens motivasjon" (Skaalvik & Skaalvik, 2006 s. 11). Konsekvensene er som tidligere omtalt; lave forventninger om mestring fører til at en klarer mindre. Bandura (1997) mener at en slik livskontroll kan utvikles gjennom fire essensielle kilder: mestringsopplevelser, sosiale modeller, motivering/ overtaling og å bruk stress og spenning som positiv energi. Det sistnevnte handler om det emosjonelle. Disse områdene påpeker Bandura som nøkkelroller i selvregulering av motivasjon.

Imsen (1998) har denne forklaringen på hva motivasjon er: "Motivasjon handler om hvordan følelse, tanker og fornuft tvinner seg sammen og gir farge og glød til handlingene vi utfører" (s. 226). Hun definerer motivasjon som det som setter i gang aktivitet hos individet, det som holder aktiviteten vedlike, og som gir den mål og mening (Imsen, 1998). Det er

videre vanlig å skille mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er når aktiviteten i seg selv er drivkraften. Ytre motivasjon er innebærer at motivasjonen kommer som følge av noe ytre, for eksempel respons fra andre og betaling (Skaalvik & Skaalvik, 2006).

Den nettbaserte obligatoriske brukerundersøkelsen ”Elevinspektørene” (nå kalt Elevundersøkelsen) som for elever for på 7. og 10. årstrinn i grunnskolen og for grunnkurs i videregående skole, delte inn motivasjon i tre kategorier: interesse for å lære, trivsel på skolen og innsats. Skaalvik og Skaalvik (2006) viser til at i resultatet for undersøkelsen gjennomført i 2005, har elever med lavt karakternivå, lav motivasjon. Nesten halvparten av elevene med dårlige karakterer hadde lav motivasjon. Tilsvarende elever med middels karakter 20% lav motivasjon. Skaalvik og Skaalvik (2006) tolker den lave motivasjonen i gruppa med lavt prestasjonsnivå som en konsekvens av mangel på tilpassing av undervisningen. Videre skriver han:

Mangel på tilpasning fører til at denne elevgruppen i større grad enn andre elever arbeider med lærestoff og oppgaver som de ikke mestrer, at de ikke får mestringserfaring i skolen og at de har lave forventninger om å mestre det faglige arbeidet (Skaalvik & Skaalvik, 2006, s.11).

I dette avsnittet har sosiokulturelt læringsperspektiv blitt knyttet opp mot motivasjon og mestring, da jeg mener dette er begreper som en må se sammen i en undervisnings *kontekst*.

3.0 METODE

3.1 Valg av metode

Forskningsdesign blir ofte omtalt som undersøkelsesstrategier (*strategies of inquiry*) (Denzin & Lincoln, 2011, referert i Creswell, 2014) oftest innenfor kvalitative, kvantitative og mixed method tilnærminger. Disse forskningstilnærmingene har spesifikke retningslinjer og fremgangsmåter avhengig av hvilket forskningsdesign en forsker bestemmer seg for å bruke (Creswell, 2014). Gamle og nye metoder har utviklet seg de siste tiårene, mye på grunn av datateknologi, som har økt mulighetene for data-analyser og mulighetene for å analysere komplekse modeller, og fordi forskere individuelt har utviklet og artikulert nye fremgangsmåter for å gjennomføre forskning innenfor ulike vitenskaper (Creswell, 2014, s. 12). Ifølge Johannesen et al., (2010, s. 29) er det å bruke en metode å følge en bestemt vei mot et mål. Dalland (2007) skriver at metoden forteller oss noe om hvordan vi kan gå frem for å etterprøve kunnskapen. Vi velger en bestemt metode etter hva vi mener kan belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte og hva som kan gi oss gode data (Dalland, 2007, s. 83). For å svare på min problemstilling, har jeg valgt å bruke en integrert litteraturstudie som forskningsdesign.

3.1.1 Hermeneutikk

”Det kan stilles mange spørsmål til en tekst, og ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten. En forskers antakelser gjør seg gjeldende i de spørsmålene han eller hun stiller til teksten” (Kvale & Brinkmann 2009, s. 218). Jeg vil understreke at innenfor en hermeneutisk tradisjon, vil min bakgrunn som forsker få betydning for hvordan jeg tolker datamaterialet. Blant annet vil min kjennskap til målgruppen, min kompetanse og min utdanning være med på å forme hva jeg finner interessant og betydningsfullt i min prosess. Dette betyr at andre forskere vil kunne tolke det samme datamaterialet annerledes. ”Fra et hermeneutisk synspunkt er fortolkningen av mening det sentrale tema i forbindelse med spesifisering av de formene for mening som søkes, og oppmerksomhet overfor de spørsmålene som stilles til en tekst” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69).

3.2 Integrert litteraturstudiet

En litteraturstudie beskrives som en systematisk måte å gå gjennom allerede eksisterende litteratur på et spesifikt tema (Thomas & Hodge, 2010). Det kan bli brukt til å identifisere

nøkkelpunkter relevant til et gitt tema, vurdere kvaliteten på eksisterende forskning, undersøke om det finnes støtte for en teori eller argumenter eller evaluere metoder som er brukt i tidligere forskning på det aktuelle temaet (Thomas & Hodge, 2010, s.105).

Nylige evidens-basert praksisinitiativer har økt behovet for og produksjon av flere typer metoder for å gjennomgå litteratur (integrrert gjennomgang, systematisk gjennomgang, meta-analyse og kvalitative gjennomganger) (Whittemore & Knafl, 2005). I startfasen så jeg det mest hensiktsmessig å gjøre en integrert litteraturgjennomgang, og endte opp med denne tilnærmingen. Denne tilnærmingen muliggjør kombinasjonen av ulike metoder (for eksempel eksperimentell og ikke-eksperimentell forskning), hvor forskeren oppsummerer tidligere empirisk eller teoretisk litteratur for å gi en mer omfattende forståelse av et bestemt fenomen eller et helseproblem (Broome,1993, referert i Whittemore & Knafl, 2005, s. 546). Integrrerte litteraturgjennomgang har potensialet til å bygge helsepraktiserende vitenskaper, informere forskningsfeltet, praksis og politiske tiltak (Whittemore & Knafl, 2005), fordi godt gjennomarbeidete integrerte litteraturgjennomganger kan representere og gi et bilde av den vitenskapelige tilstanden og bidra til teoriutvikling, og derfor ha direkte anvendelighet til ulike praksiser og politisk (Whittemore & Knafl, 2005, s. 546).

3.2.1 Inklusjonskriterier i litteraturgjennomgangen

Relevant studier for denne litteraturgjennomgangen ble identifisert ved å søke i følgende databaser: Pubmed, Oria og Google Scholar. Søkene ble utført mellom 01. august og 04.oktober 2018. Etersom det ikke finnes så mye forskning på musikkterapi i barneskolen valgte jeg å inkludere artikler som omhandlet hele grunnskolen for å få flere treff, dersom de var relevant og inneholdt kriteriet om forebyggende arbeid. Det har også vært viktig at det er spesifisert at det har vært musikkterapeutisk arbeid som har blitt gjort av en musikkterapeut.

I mitt litteratursøk har jeg brukt følgende inklusjonskriterier:

1. Barn i grunnskolen (alder 6-16 år)
2. Forskning fra de siste 10 årene (mellom 2008-2018)
3. Forskingen må omhandle musikkterapi gjort av en musikkterapeut
4. Fokus på forebyggende arbeid
5. Artikkelen må være skrevet på norsk eller engelsk

3.2.2 Søkeord og treff

Her kommer en oversikt over søkeord å treff jeg har brukt for innhenting av relevant litteratur. Jeg har brukt tre forskjellige databaser, og gjort ulike søk med utvalgte søkeord for å få mest mulige relevante treff. Hovedsøkeordene er som det kommer frem i resultatlisten under School, education og therapy. Jeg valgte å ikke avgrense til tekster som omhandlet forebyggende arbeid, da jeg ville være sikker på at jeg fikk med meg alle tekster omhandlende musikkterapi i skolen i treffene mine.

Søkeord på engelsk og treff

PubMed	Treff:
Music therapy AND school	640
<i>Avgrens ved å ta bort ord</i>	
NOT medicine NOT treatment NOT patients NOT Hospital NOT dementia NOT consultation NOT adults	110
Music therapy AND education	445
<i>Avgrens ved å ta bort ord</i>	
NOT medicine NOT treatment NOT patients NOT Hospital NOT dementia NOT consultation NOT adults	136
<i>Avgrens til de siste 10 årene</i>	59
Music therapy AND school NOT medicine NOT treatment NOT patients NOT Hospital NOT dementia NOT consultation NOT adults	66

Google Scholar	Treff:
“Music therapy” AND school	18200
“Music therapy” AND education	22400
“Music therapy” AND school NOT prison NOT “special education” NOT autism NOT medicine NOT treatment NOT patients NOT Hospital NOT dementia NOT adults	92
“Music therapy” AND education NOT prison NOT “special education” NOT autism NOT medicine NOT treatment NOT patients NOT	

Hospital NOT dementia NOT adults 93

Oria	Treff:
“Music therapy” AND school	4946
“Music therapy” AND education	6350
“Music therapy” AND school NOT prison NOT “special education” NOT autism NOT medicine NOT treatment NOT patients NOT Hospital NOT dementia NOT adults (begrenset til music therapy i emne)	
“Music therapy” AND school NOT prison NOT “special education” 255 NOT autism NOT medicine NOT treatment NOT patients NOT Hospital NOT dementia NOT adults (begrenset til music therapy i emne)	105

Søkeord på Norsk og treff

Oria	Treff:
Musikkterapi AND skole	30
Musikkterapi AND undervisning	49
Musikkterapi AND undervisning + 2008-2018	7
Musikkterapi AND skole AND forebygging	3

Google scholar	Treff:
Musikkterapi AND skole	473
Musikkterapi AND skole AND forebygging	226
Musikkterapi AND undervisning	398
Musikkterapi AND skole AND forebygging NOT medisn NOT demens NOT barnevern NOT pasienter NOT spesialscole NOT sykehus	49

De fleste av treffene omhandlet forebyggende arbeid i barnevernet, i tillegg til en artikkel fra psykisk helsearbeid. Ingen av artiklene ble inkludert i den endelige listen av litteratur i studiet da de ikke foregikk innenfor skolens kontekst. I Pubmed fikk jeg ingen resultater da jeg søkte på norske ord.

Etter at jeg hadde funnet en fremgangsmåte som dekket kriteriene i litteratursøket, ble treffene analysert med utgangspunkt i tittel eller abstract (sammendrag). Et ekstra datasøk ble utført i fase nummer to, for å kontrollere at jeg ikke hadde gått glipp av viktige studier med de kriteriene jeg hadde satt. I dette søket fant jeg noen flere artikler, men ingen av de hadde alle kriteriene jeg hadde satt for innsamling av litteratur materiale. Totalt ble 35 artikler analysert mer i dybden. Artikler fra bokkapitler ble også inkludert i studien. Overlappende artikler ble kun telt en gang. Referanselister av relevante artikler, bøker og anmeldelser ble deretter kontrollert for å unngå at en studie kunne mangle i data søket. Til slutt resulterte dette i et utvalg på fem artikler som blir presentert i resultatdelen. Se fremgangsmåte i analyseprosessen for hvordan studier ble kvalifisert eller ekskludert, presentert i Figur 1 i neste avsnitt.

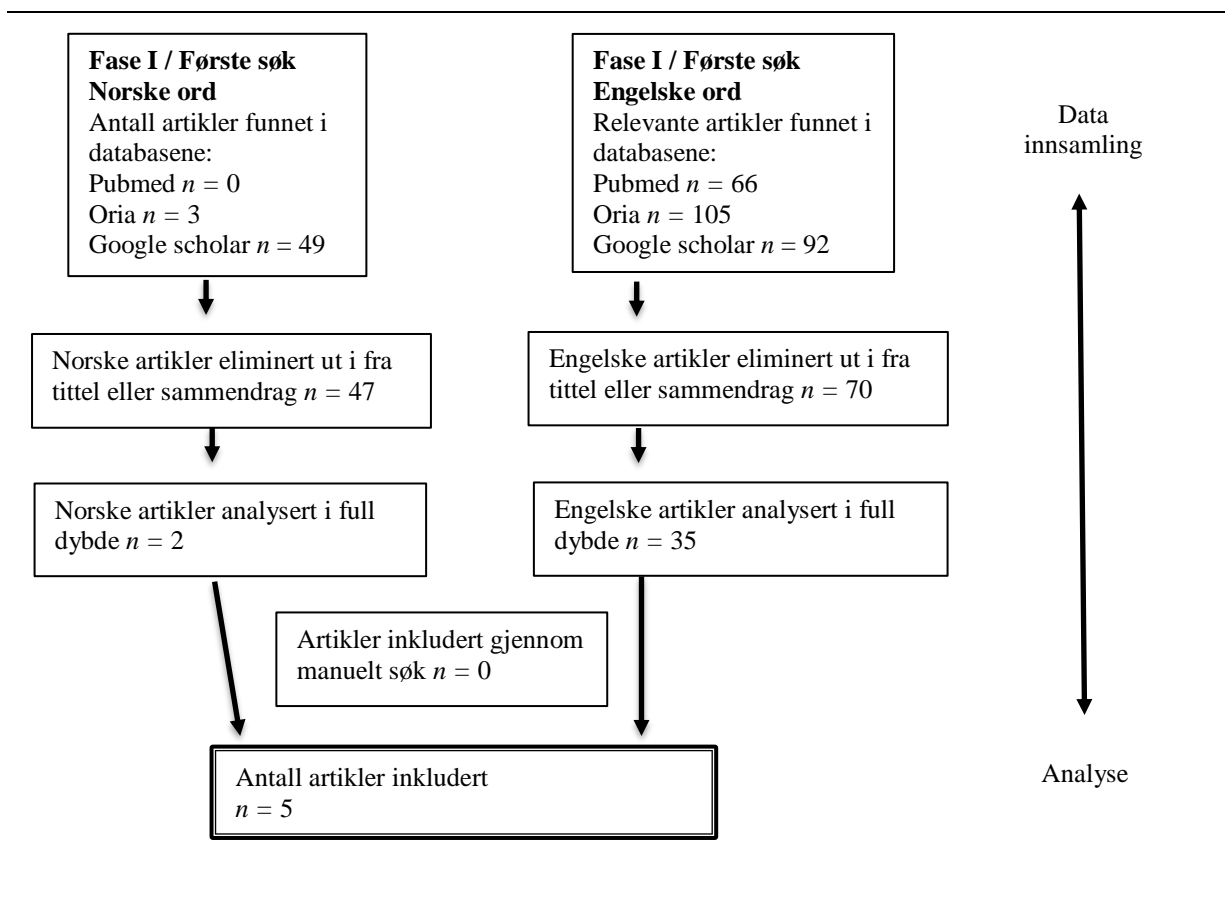
3.3 Analyseprosess

Dataanalysen i litteraturgjennomganger krever at dataen fra primærkilder blir satt i rekkefølge, kodet, kategorisert og blir oppsummert til en samlet og integrert konklusjon som omhandler forskningsproblemet (Cooper, 1998, referert i Whitemore & Knafl, 2005, s. 550). En grundig og objektiv tolkning av de primære kildene, samt en innovativ syntese av bevisene er målet for prosessen under dataanalysen (Whitemore & Knafl, 2005). Det kan stilles mange spørsmål til en tekst, og ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten. En forskers antakelser gjør seg gjeldende i de spørsmålene han eller hun stiller til teksten” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 218).

Analysen har blitt informert av teorier som er knyttet til min forforståelse. Den norske vitenskaplige forankringen bunner i en humanistisk tenkning om hva musikkterapi (Ruud, 2008; Ansdell & Stige, 2018) noe som jeg også støtter meg på. Mitt kunnskapssyn baserer seg på et konstruktivistisk teoretisk perspektiv, hvor meningen blir konstruert mellom forsker og deltakere – her teorien. Dette betyr at det ikke finnes noen absolutt sannhet, men at konteksten påvirker utfallet (Bjørnestad, 2005). Derfor blir det viktig med refleksivitet rundt konteksten og resultatet i min masteroppgave. I kapittel 1.1 forklarte jeg hvorfor jeg ville gjøre denne litteraturstudien på bakgrunn av egne praksiserfaringer med musikkterapeutisk arbeid i skolen. Disse erfaringene har jeg tatt med meg inn i studien, men samtidig vært åpen og objektiv mot det jeg fant i søkene mine

Oppsettet og pilene i Figur 1 er hentet fra Aannø (2010), men tallene og fordelingen av Norske ord og Engelske ord er gjort av meg.

Figure 1: Litteratursøkets flytdiagram. Antall treff på data og manuelt søk



4.0 RESULTAT

Av de 5 inkluderte studiene fant jeg forskjeller i forskningsdesign, studiested, grad av fokus og deltagere. Tre av studiene var kvantitative studier hvorav ett var et mixed method RTC-studie (Uhlig et al., 2018), multicenter parallel cluster-randomized control trial (Gold et al., 2017) og ett var post-test-design (Chong et al., 2010). Av de gjenværende to var et kvalitativt evidens-basert studie (Clements-Cortés, 2013) og det siste en litteraturstudie (Shafer et al., 2013). Studien var blitt gjennomført i Sør-Korea, Canada, Australia, USA og Nederland. Noen av studiene har medforfattere som har samarbeidet fra andre land. De fem studiene har til felles forskjellig grader av fokus på sosioøkonomisk status, sosio-emosjonelle ferdigheter. Et av studiene har fokus på sosio-emosjonelle ferdigheter og akademiske ferdigheter (Chong et al., 2010), og to av studiene har fokus på mobbing og forebygging (Shafer et al., 2013; Uhlig et al., 2018). Forskningspopulasjonen som har blitt forsket på rangerer fra 7 deltakere til 190 stykker med et aldersspenn fra 7 til 15 år. Begge kjønn er inkludert i alle studiene, og deltagere har ikke blitt utelatt av studiet dersom de tilhører landets nasjonalitet. Deskriptive karakteristikker og resultater av de fem studiene i utvalget er presentert i Tabell 1 på neste side.

Tabell 1: Karakteristikk og detaljer i de inkluderte studiene

Studiet	Tittel	Deltagere	Alder (SA ²)	Forskningsdesign og varighet	Fokus/Måling	Resultat
Studiet 1 Chong et al., (2010) Sør Korea	Education-oriented Music Therapy as an after-school program for students with emotional and behavioral problems	Elever med sosio-emosjonelle vansker og akademiske utfordringer 89 elever fra 13 ulike skoler (1. til 6.klasse)	7-13 år	Post-test-design 16 uker – 2 ganger 50 min per uke	Promotere akademiske, sosiale og emosjonelle ferdigheter gjennom et musikkterapiprogram (EoMt – Education-oriented music therapy) ved bruk av musikkaktiviteter og intervensjoner i et tilbud etter skolen (ASP – After school programs). SSRS (Social Skill Rating System) ble brukt for å måle sosiale ferdigheter.	Resultatene viser reduksjon i atferdsproblematikk ved positive forandringer i sosio-emosjonelle ferdigheter, men viser ingen forandring i akademisk kompetanse.
Studiet 2 Clements-Cortés (2013) Canada	HealthRHYTHMS: Adolescent drum protocol project with at-risk students	Elever i <i>at-risk</i> (i risiko) med emosjonell- og atferdsproblematikk 7 elever (9.klasse og 10.klasse)	14-15 år	Kvalitativt evidens-basert program Multiple baseline design Pilot prosjekt 6 uker – 1 time i uken	Målet til dette pilot prosjektet var å utvikle en musikkterapeutisk tilnærming for elever som viser lite deltagelse i skolen og fasilitere økt selvtilitt, selvbevissthet og transcendens mot personlig empowerment med hensikt i å øke deltagelse på skolen. Det ble brukt en forskningsbasert protokoll; HealthRHYTHMS for ungdommer. Det ble brukt et multiple baseline design for å måle elevenes engasjement (engagement) og åpenhet (disclousure). Elevene fullførte også en avslutningsurvey og skrev en kort uttalelse om deres personlige refleksjoner og opplevelser rundt det å delta på HealthRHYTHMS tilbudet.	I artikkelens resultatdel har forsker beskrevet timeforløp og fremgangsmåte. En tabell viser en økning av både deltagelse og engasjement for hver time hos hver enkelt student, uavhengig om de har fravær fra enkelte timer. Selv om datamaterialet i denne artikkelen er begrenset, hevder forsker at psykologiske og emosjonelle forbedringer ble observert i hver enkelt elev, men understreker at noen av elevene viser behov for individuelle musikkterapi timer på bakgrunn av individuelle utfordringer som dukket opp under prosjektet. Forskeren påstår at HealthRHYTHMS er et verktøy som kan bidra med å dekke sosiale, fysiske og emosjonelle behov og at litteratur underbygger dette.

² SA = Standardavvik

<p>Studiet 3 Gold et al. (2017)</p> <p>Australia</p>	<p>Group music therapy as a preventive intervention for young people at risk: Cluster-randomized trial</p>	<p>Elever i <i>at-risk</i> (i risiko). Elevene som ble valgt ut hadde lav sosioøkonomisk status (socio-economic status – SES) og høy risiko for å utvikle psykiske problemer.</p> <p>89 elever fullførte studiet, fra 16 ulike skoler. (8. og 9.klasse).</p>	<p>13-15 år</p>	<p>Kvantitativt School-based multicenter parallel cluster-randomized control trial</p>	<p>Om gruppetimer med musikkterapi (Group music therapy -GMT) kan være en intervensjon som reduserer usunn bruk av musikk og øker potensialet for sunn bruk av musikk, sammenlignet med selvstyrt musikklytting (Self-directed music listening - SDML).</p> <p>Intervensjonene varte 8 uker.</p> <p>Psykiske målinger over 3 mnd.</p> <p>Utvalget ble plukket ut gjennom surveys. Sunn og usunn bruk av musikk ble målt via Healthy-Unhealthy Music Scale (HUMS). Depressive symptom ble vurdert gjennom Kessler 10 depression scale (K10). Psykososialt og emosjonelt velvære ble målt av Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Drøftning og refleksjon ble vurdert ved bruk av en 24-punkts Rumination-Reflection Questionnaire (RRQ). Personlighetstrekk ble også målt før intervensjonen ved bruk av Ten-Item Personality Inventory (TIPI).</p> <p>Primær analyse av effekt var utført med intensjon om å behandle (Intention To Treat - ITT). Alle analyser av effekten fra GMT og SDML ble gjort ved å bruke R versjon 3.2.0.</p>	<p>I ITT analysen ble det ikke funnet noen signifikant forskjell på de som mottok GMT og de som hadde SDML (all $p > 0.05$), men resultatene antyder at yngre deltakere fikk bedre resultat av GMT mens de eldre elevene hadde mest utbytte av SDML, da alder var en nominelt signifikant predikator ($p = 0.018$). Denne indikatoren ville muligens blitt endret dersom det ble gjort <i>multiple testings</i>.</p> <p>Målingene over tre måneder viser til en liten bedring i mental helse, selv om clustering effektene var lave ($ICC < 0.01$ for endring i HUMS Healthy; $ICC = 0.01$ for endring i HUMS Unhealthy).</p> <p>Ingen andre effekter av alder, kjønn, depresjons nivå, SES eller personlighetstrekk ble sett for de to primære utfallene.</p>
<p>Studiet 4 Shafer et al., (2013)</p> <p>USA</p>	<p>Applying a social learning theoretical framework to music therapy as a prevention and intervention for bullies and victims of bullying</p>	<p>Ingen deltagere</p> <p>Implementerings model i artikkel er foreslått for elever for amerikansk elementary-, middle- og high school.</p>	<p>Litteraturstudie</p>	<p>Studien er en litteraturgjennomgang av teorier og utbredelsen av mobbing som et sosialt problem. Artikkelen foreslår et konseptuelt rammeverk for musikkterapeuter, med utgangspunkt i implementering av musikkterapeutisk arbeid med mobbere og mobbeoffer som forebyggende tiltak i skolen.</p> <p>Teorier som blir lagt vekt på i delen om implementering av musikkterapi er kombinasjonen av sosial læringsteori</p>	<p>Studien konkluderer med at både sosiale læringsteorier og Orff Schulwerk kan ligge til grunn for å utarbeide et rammeverk musikkterapeuter kan bruke i arbeid mot mobbing i skolen. Sammen kan teorien danne grunnlaget for en modellering, og brukes til både forebyggende arbeid og som en intervensjon mot mobbing.</p>	

					(Bandura, 1977) og Orff Schulwerk sin musikkterapeutiske tilnærming som fokuserer på læring gjennom aktiv deltagelse og engasjement, og understreker metoden “music for children by children” (Colwell, Pehotsky, Gillmeister, & Woolrich, 2008).	
Studiet 5 Uhlig et al., (2018) Nederland	“Being a bully isn’t very cool...”: Rap & Sing Music Therapy for enhanced emotional self-regulation in an adolescent school setting – a randomized controlled trial	Alle elever i 8.klasse ved en offentlig skole. 190 ungdom totalt	8-12 år	Mixed-method Randomized control trial (RCT) Kvalitativt intervju 13 timer utført over 4 mnd, 45 minutter per gang.	Studien undersøker metoden «Rap & Sing Music Therapy» i et skolebasert program, for å støtte selvregulerende ferdigheter for velvære. Målet for Rap&SingMT er å styrke selvoppfatning, selv beskriving og selvtilitt gjennom utviklingen av selvregulerende ferdigheter for modulasjon av positive og negative følelser. Målinger: <i>Primary outcomes:</i> psykologisk velvære ble målt ved å svare på et spørreskjema omhandlende styrker og svakheter (Strength and Difficulty Questionnaire - SDQ). Evne til å regulere følelser ble målt ut i fra Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) , og evaluering av selvoppfatning ble målt gjennom Self Perception Profile Children (SPPC) . <i>Secondary outcomes:</i> En kvalitativ undersøkelse gjennom intervju med ungdom undersøkte hvordan musikken påvirket dem og deres emosjonelle virkelighet som opplevd musikalske opplevelser.	Resultatet av SDQ testen som lærerne tok viser en forskjell mellom gruppen som fikk musikkterapi og gruppen som fikk ordinær undervisning. Musikkterapi deltakerne sin score endret seg ikke overtid, mens gruppen som fikk ordinær undervisning viste økt emosjonelle og hyperaktive problem. SDQ testen foreldrene tok viste også større grad av problem i kontrollgruppen. DERS-testen viser også til større grad av problem i forhold til følelsesregulering i kontrollgruppen. Totalscore av problemer gikk ned i gruppen som fikk musikkterapi, mens den forble den samme i gruppen som fikk ordinær undervisning. Selv hos barn med psykiske lidelser eller umotivert ungdom gjorde resultatet seg gjeldende ved minkende grad av problem.

4.1 Studie 1 – Chong, J. C., & Kim, S. J., (2010)

Studie 1 (Chong, et al., 2010) hadde som mål å maksimere akademiske ferdigheter ved å skape positive endringer i studentens atferdsmønster, hvor hensikten var å skape endringer i allerede tillært atferd og/eller akademisk kompetanse. Studiet varte 16 uker hvor de trente musikkterapeuter til å bruke musikkaktiviteter for å øke akademiske, sosiale og emosjonelle ferdigheter. Sosial-ferdighets vurderings system (Social Skill Rating System - SSRS) (Gresham & Elliott, 1990) ble brukt for å måle sosiale ferdigheter før og etter intervensjonen, mens akademiske ferdigheter og atferdsproblemer ble målt av kontaktlærerne på skolene.

Selve musikkterapien ble integrert i et After School Program (ASP) som er et program som ble opprettet på 1980-tallet. Programmet tilbyr akademisk hjelp til studenter som trenger det, men også for studenter med foreldre som jobber eller av ulike grunner ikke er hjemme rett etter skoletid. Deltakelse i slike program har blitt assosiert med reduksjon i negativ atferd og ungdomskriminalitet (Gottfredson, Gerstenblith, Soule, Wirner & Lu, 2004; Mahoney, 2000 i Chong et al., 2010) stoffmisbruk (Carlini-Cotrim & de Carvalho, 1993; Morrison et al., 2000 i chong et al., 2010), frafall fra skole og andre negative utfall relatert til fravær av foreldre oversyn.

Undervisningsorientert musikkterapi ble utformet på bakgrunn av tidligere funn som støttet opp under musikkterapiens effekt på emosjonell- og atferdsfunksjon, samt akademisk oppnåelse. I studiet presenterer Chong et al. (2010) en tredelt fremgangsmåte:

- 1) Musikkaktiviteter blir tilpasset studenter som har følelses og atferdsmessige problem på skolen.
- 2) Musikk aktivitetene blir raffinert av evaluering av atferdsproblem assosiert med temperament og individuelle personlighetstrekk.
- 3) Tilpasse studenten til skolens miljø og praksis. Gi studenten verktøy til å takle skolehverdagen, og styrke dens motivasjon og selvbylde.

Deltakerne i studien bestod av 89 studenter fra 13 forskjellige barneskoler, som ikke hadde noen tidligere musikalsk kompetanse. Deltakerne ble rekruttert av lærere fra de forskjellige skolene, ved at de sendte inn et henvisningsskjema som inneholdt deltakernes personlighetstrekk og vansker. Det trengte ikke ligge noen diagnose til grunn, men det måtte være barn med sosio-emosjonelle vansker. Musikkterapitimene varte over en periode på 16 uker, 2 ganger i uken på 50 minutter hver gang. Deltakerne ble delt i grupper på 4-6 personer i

hver. Gruppene ble delt ut i fra alderstrinn (1-6 klasse) hvor deltakerne i en gruppe var på cirka samme alder. Med tanke på elevenes variasjon i alder og dermed kognitiv utvikling ble timene lagt opp og tilpasset 3 forskjellige grupper; 1-2 klasse, 3-4 klasse og 5-6 klasse.

Etter hver musikkterapitime skrev den aktuelle musikkterapeut logg som skulle inneholde en beskrivelse av timen, deltakerne og intervensjonen. Disse ukerapportene ble samlet inn og analysert for å se om de fant noen endring i atferd. En uke etter studieslutt ble en post-test utført og en analyse utført der en sammenlignet den med pre-testen. Disse ble utført i en ikke musikalsk setting for å kunne se om det var noen overføringsverdi, og deretter en ny evaluering gjennom social skill rating system (Gresham & Elliot, 1990).

Resultatet i studien (Chong et al., 2010) viser til reduksjon i atferdsproblematikk ved positive forandringer i emosjonelle, sosiale ferdigheter ($p = .000$) og atferdsmessige problem ($p = .004$), men viste ingen forandring i akademisk kompetanse.

4.2 Studie 2 - Clements-Cortés, A., (2013)

Studie 2 (Clements-Cortés, 2013) sitt formål var å utvikle en musikkterapeutisk tilnærming som kunne bli brukt med uengasjerte tenåringer for å øke selvfølelse, selvbevissthet og transcensens mot personlig empowerment som igjen kan lede til nytt engasjement i skoleaktiviteter.

Verktøyet de tok i bruk, var HealthRHYTHMS, som er et program rettet mot ungdom (at-risk) og bestod av 6-12 ukentlige timer der hver time varte i 60 minutter. Programmet hadde tidligere evidens i annen forskning og bygger på teoriene opplysnings teori av James W. Pennebaker og operant betinging av B. F. Skinner. Gjennom HealthRHYTHMS er hensikten at musikkterapeuten skal tilby ungdommene aksept, i håp om å fostre og støtte opp under personlig empowerment og identifisering. Musikkterapeutens rolle blir en slags guide, hvor de musikalske opplevelsene potensielt skal kunne lage muligheter for ungdommene til å bli selvbevisst og ta valg mot personlig vekst basert på den selvbevisstheten.

Antall deltakere i studiet var 7 studenter, hvor fire gikk i 9.klasse og tre i 10.klasse (14-15 år). Studentene fikk selv velge om de ville være med i programmet, og foreldre måtte skrive under på et samtykkeskjema. Deltakerne som ble spurt om å være med var i *at-risk* gruppen, og slet med mye skolefravær og rusmisbruk.

I artikkelen beskrives den musikkterapeutiske intervensjonen og dens fremgangsmåte med korte avsnitt. Første time startet med å lage lyd på trommene. Deretter skulle de tromme navnene sine en etter en der resten av deltakerne gjentar navnet. Så ble de oppfordret til å

tromme følelser (sinne, forvirring, tristhet og lykke). Studentene ble også utfordret på spørsmål som; ”Kan du tromme navnet på en du er glad i?” og ”Hva kan du kontrollere i livet?”. De hadde også billedlige aktiviteter der de skulle tenke på et sted de følte seg rolige og trygge. Gruppen ble mer og mer sammensveiset og delte personlige beretninger seg i mellom.

Resultatet er beskrevet i timeform, hvor det kommer frem hva intervensjonen av hver time var. Deltakerne ble i etterkant av siste time oppfordret til å skrive en liten setning om hvordan de så på seg selv der og da sammenlignet med før første time. Her kommer det frem ting som at noen er mindre sjenert, andre har funnet nytt fokus, og økt selvtillit og mindre stress. Studien (Clements-Cortés, 2013) konkluderer med at en kan se psykologiske og emosjonelle fordeler ved å bruke HealthRHYTHMS med ungdom, men ettersom dette er en pilotstudie vil det være vanskelig å bruke den til noe annet enn som en mal for senere større studier.

4.3 Studie 3 - Gold, C., Saarikallio, S., Crooke, A., & McFerran, K., (2017)

Formålet med studie 4 (Gold et al., 2017) var å undersøke om gruppetimer med musikkterapi (Group Music Therapy - GMT) kan være en effektiv intervensjon for ungdom i feresonen for å utvikle psykiske helseproblemer via usunn bruk av musikk. Hovedspørsmålet var om GMT kunne redusere usunn bruk av musikk og øke sunn bruk av musikk sammenlignet med selvstyrt musikk lytting (Self-directed music listening - SDML). For å finne svar på dette brukte de et utforskende cluster randomisert forsøksmodell med 100 studenter som hadde rapportert usunn musikk bruk. Disse ble randomisert til å enten få gruppe musikkterapi eller selvstyrt musikklytting over 8 uker. Endringer i psykisk helse ble målt over 3 måneder.

Metoden de tok i bruk i studiet var skolebasert multisenter parallell cluster-randomisert kontrollert studie (school-based multicenter parallel cluster-randomized controlled trial) for å sammenligne effekten av GMT og SDML i ungdom som står i fare for å utvikle psykisk helseplager. Studien ble godkjent av etikk komitéen av universitetet i Melbourne i 2012. Elevene som var med i studien ble randomisert via en computer til enten GMT eller SDML. Målet var å inkludere 20 skoler, men ettersom noen trakk deltakelsen endte de opp med totalt 16 skolen i studien.

Deltakerne i studie var elever som gikk på år 8 eller 9 ble invitert til å delta i undersøkelsen. Utvalget ble valgt ut på bakgrunn av at de hadde lavere sosioøkonomisk status, sunn/usunn bruk av musikk, psykososial-velvære, utadvendthet, ansvarsbevissthet,

emosjonell stabilitet og åpenhet mot nye opplevelser. Foreldre ble gitt et samtykkeskjema og informert om deltagelsen dersom barnet deres ble blant topp 6 i faresonen for den aktuelle skolen. Hvis de takket ja ble de tatt inn i fasen med intervensjon, eller så gikk forespørselen videre til neste elev som hadde høyest risikofaktor. 100 deltakere ble med i studien i alderen 13-15 år, hvorav 67 av disse var kvinner. 89 av elevene fullførte intervensjonene.

Intervensjonen GMT (Group Music Therapy) ble holdt av fire kvalifiserte musikkterapeuter, der alle var kvinner med erfaringer i fra 2-20 år. GMT ble holdt ukentlig over 8 uker og erstattet en annen skoletime. Intervensjonens oppbygging var som følger:

- 1) Først startet timen med gruppeimprovisasjon for å dele humør og oppføre til verbal refleksjon over meningen av det som nettopp ble spilt.
- 2) Deretter ble deltakere spurt om å ta med en sang og vise og fortelle hvorfor den var viktig for dem.
- 3) Sangskrivning ble brukt for å utvikle strategier for sunt engasjement med musikk og
- 4) spillelister ble lagd for å øve på å lytte på musikk med hensikt.

Noen av disse fire elementene ble tatt med spesielt for å øke bevisstheten rundt det å lytte til musikk, andre av elementene ble tatt med som mer generelle verktøy innenfor musikkterapi tilnærmingen og ikke direkte designet mot mål om bevisstgjøring av musikk lyttingens effekt på ungdom. Den andre intervensjonen, Self-directed music listening (SDML), ble utført ved at deltakerne ble gitt et musikkapparat der de selv kunne laste ned musikk etter eget ønske sammen med en instruksjon om å høre på musikk som får deg til å føle deg bedre eller å høre på musikk så ofte du ønsker. Etterpå ble deltakerne spurt om de brukte musikkapparatet til å laste ned musikk som fikk dem til å føle seg bedre, og om dette endret måten de vanligvis hørte på musikk.

Sunn og usunn bruk av musikk ble målt via Healthy-Unhealthy Music Scale (HUMS) (Saarikallio et al., 2015). Depressive symptom ble vurdert gjennom Kessler 10 depression scale (K10) (Kessler et. al., 2002). I likhet med Australsk norm ble en score på 16 eller høyere sett på som moderat deprimert, mens 30 og høyere svært deprimert (høy risiko). Psykososialt velvære ble målt ved å bruke Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) ungdoms skjema (Keyes, 2006), et måleinstrument som vurderer emosjonell, psykologisk og sosial velvære med 14 punkt der hver har en 6 poengs Likert skala fra 1 = ikke i det hele tatt, til 6 = hver dag. Drøftning og refleksjon ble vurdert ved bruk av en 24-punkts Rumination-Reflection Questionnaire (RRQ) (Trapnell & Campbell, 1999), med to underkategorier på 12

punkt hver. Personlighetstrekk ble også målt før intervensjonen ved bruk av Ten-Item Personality Inventory (TIPI) (Gosling, Rentfrow & Swann, 2003).

Primær analyse av effekt var utført på en intensjon om å behandle (Intention To Treat - ITT) basis, der alle deltakernes data blir inkludert, uavhengig om intervensjonen ble mottatt i det fulle eller utført korrekt. For å analysere effekten av kontinuerlige utfall ble endring i score fra baseline til oppfølging kalkulert og sammenlignet med grupper som brukte LME på skolen som en random effekt. Påvirkning av kluster ble også undersøkt sammen med alder, kjønn og depresjonslevel (K10). Alle analyser ble gjort ved å bruke R versjon 3.2.0 (R Core Team, 2015).

Det var liten forskjell på de to gruppene (all $p > 0.05$), men resultatene viste at yngre deltakere fikk bedre resultat av GMT mens de eldste elevene hadde mest utbytte av SDML. Resultatene over tre måneder viser til en bedring i mental helse, men ettersom det ikke var en kontrollgruppe som ikke fikk musikkterapi er det vanskelig å si om disse forbedringene ville ha skjedd uansett eller om det var en effekt av musikkterapien.

4.4 Studie 4 – Shafer, K. S., & Silverman, M. J., (2013)

Studie 4 (Shafer et al., 2013) er en litteraturstudie som undersøkte utbredelsen av mobbing som et sosialt problem, og ønsker å gi et konseptuelt rammeverk for musikkterapeuter å utnytte i implementasjon av arbeid med mobbere og mobbeoffer.

Studien beskriver noen karakteristika for både mobbere og de som blir mobbet. Disse er dårlige karakterer, svake sosiale evner, lav sosioøkonomisk status og family discord (familie diskord). De deler også dermed en karakteristikk av at de er sårbare, sosialt isolert, dårlig selvbevissthet og effektive sosiale ferdigheter. Basert på disse funnene kan intervensjoner settes inn for å forebygge mobbing ved å fokusere på disse områdene elevene sliter på og jobbe med både mobbere og mobbeofre samtidig. Studien kom frem til et forslag på noen tiltak musikkterapeuter kan gjøre i forbindelse med mobbing på skoler. Den legger sosial læringsteori til grunn for dette rammeverket, der musikkterapeuten kan forsterke positiv oppførsel slik at studentene kan lære hva som er ønskede sosiale og atferdsmessige utfall og hensiktsmessige foreninger. Gjennom musikkaktiviteter kan musikkterapeuten legge til rette for rollespill i ekte situasjoner som lekeplassen eller lunsjrommet, for å legge til rette for generalisering av læring og ønsket oppførsel i forhold til målsetningen om mindre mobbing. Musikkterapeuter kan bruke en realistisk tilnærming til situasjoner, og utnytte dette i en sosial læringssituasjon.

Studien underbygger hovedsakelig Orff – Schulwerk sin teori, som fokuserer på læring gjennom engasjement og deltakelse, og understreker “music for children by children” (Colwell, Pehotsky, Gillmeister, & Woolrich, 2008) som fremmer tanken om at musikk for barn burde også spilles og lages av barn. Tilnærmingen er designet slik at alle skal kunne delta, være suksess-orientert, og få fremdrift fra det konseptuelle til det erfaringsmessige. Orff- Schulwerk bygger på fire områder innenfor musikalsk utvikling. Disse er utforskning, imitasjon, improvisasjon og rekreasjon. I artikkelen har de tatt med sangen “just walk away” som et eksempel der elevene først får utforske låten kroppslig ved å tromme rytmer, deretter imitere rytmen og teksten sammen med læreren. Når hele arrangementet er lært kan improvisasjon oppstå, ettersom melodien i stykket legger opp til improvisasjon. Elevene får mulighet til å legge til et andre vers, og dermed sette sitt eget preg på stykket. Målet er at de vil ta innholdet i tekst og melodi med seg og kan bruke det for å takle situasjoner omhandlende mobbing. Både sosial læringsteori og Orff-tilnærmingen kan la barn få oppleve det å ta valg i en musikalsk kontekst, samtidig som de tilbyr et strukturelt miljø som støtter opp under følelsesuttrykk og bekreftelse.

Studien konkluderer med at både sosiale læringsteorier og Orff-schulwerk kan ligge til grunn for å utarbeide et rammeverk musikkterapeuter kan bruke i arbeid mot mobbing i skolen. De kan danne grunnlaget for modellering, og brukes til både forebyggende arbeid og som en intervensjon mot mobbing.

4.5 Studie 5 – Uhlig, S., Jansen, E., & Scherder, E., (2018)

Studie 5 (Uhlig et al., 2018) undersøker Rap & Sing Music Therapy i et skolebasert program, for å støtte selvregulerende ferdigheter for velvære. Målet for Rap&SingMT er å styrke selvoppfatning, selv beskriving og selvtillit gjennom utviklingen av selvregulerende ferdigheter for modulasjon av positive og negative følelser. Studien ønske var å finne ut om deltakere som deltok på Rap&SingMT ville bli bedre rustet på å regulere egne følelser, da både positive og negative følelser. Studien tok sikte på å øke elevenes selvoppfatning, velvære, og selvbilde gjennom rap som et følelser regulerende middel. Dette er den første studien der musikk blir brukt som en terapeutisk intervensjon for følelserregulering i en skolesetting for ungdom i denne aldersgruppen (8-12 år).

Rap & Sing Music Therapy blir beskrevet som en musikkterapeutisk intervensjon og redskap hvor man kombinerer instrumental musikk, sang og stemmebruk (vocalization). Rap med dens rytmiske koblinger til en fast beat, stemmebruk for å uttrykke primærfølelser og gjøre dem om til ord kan føre til en bevisst modningsprosess (Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor, 1987). Rap&SingMT er basert på den underliggende stemmebruken for å uttrykke følelser, og på enkle og forutsigbare rytmiske mønstre for å stabilisere eller modellere positive og negative følelser. Dette kan fungere som en trygghet mellom snakking og sang der det rytmiske kan strukturere ens evne til å synkronisere til en ekstern takt - en menneskelig evne som kan stimulere hjernen ved å integrere og organisere sanseintrykk (Koelsch, 2015). Rap&SingMT ble strukturert rundt kognitiv atferdsterapi (Cognitive Behavioural Therapy - CBT), som omhandler følelser, tanker, atferd og psykologi og elementer av psyko-undervisning. Rap&SingMT tok i bruk en terapeutisk struktur, støttet opp under det generelle uttrykket av sanne følelser, og tilbydde en vei for modulasjon av følelser, spesielt negative ettersom de ofte er vanskelige å regulere.

Dette er et randomized control trial (RCT) studie med ungdom ved en offentlig skole i Nederland. Studiet brukte ulike måleinstrument, og dere resultatene som primære og sekundære. *Primary outcomes:* psykologisk velvære ble målt ved å svare på et spørreskjema omhandlende styrker og svakheter (Strength and Difficulty Questionnaire - SDQ). Dette er et 25-punkts spørreskjema som vurderer psykososiale trekk på en 3-punkts skala. En total problemscore på denne testen varierer fra 0 - 40, hvor høyere en 14 tilsier en økt risiko for utvikling av psykiske helselidelser. Evne til å regulere følelser ble målt ut i fra (Difficulties Emotion Regulation Scale - DERS), og evaluering av selvoppfatning ble målt gjennom (Self Perception Profile Children - SPPC). *Secondary outcomes:* En kvalitativ undersøkelse gjennom intervju med ungdom undersøkte hvordan musikken påvirket dem og deres emosjonelle virkelighet som opplevd musikalske opplevelser.

Deltakerne i studie var totalt 190 ungdom i 8.klasse i en offentlig skole i Nederland ble plassert i enten Rap & Sing Music Therapy gruppen eller i kontrollgruppen. deltakerne var både jenter og gutter i alderen 8-12 år, der de deltok sammen med sin egen klasse i skoletid. Alle ble tatt med i studien, uavhengig av diagnose eller atferdsproblematikk. Det ble ikke utført noen "pre-screening" i forkant av studien.

Den musikkterapeutiske intervensjonen ble holdt i seks klasser, en gang i uken i 16 uker, over fire måneder. Klassestørrelsen var på 32-33 elever per klasse, der de hadde intervensjon av to utdannede musikkterapeuter per klasse. Etter åtte uker ble klassene delt i to der 15 elever ble fordelt på en musikkterapeut i de neste åtte ukene. Klassene jobbet med

spesifikke temaer og forberedte lyd og videoopptak for individuelle og gruppe rap-sanger. Samtidig ble de vanlige klassene holdt av to lærere pr. klasse og holdt ordinær undervisning. Planlagt intervensjon på 16 uker ble redusert til 13 da noen av timene kom i veien for ordinære skolerutiner.

Resultatet av SDQ testen som lærerne tok viser en forskjell mellom gruppen som fikk musikkterapi og gruppen som fikk ordinær undervisning. Musikkterapi deltakerne sin score endret seg ikke overtid, mens gruppen som fikk ordinær undervisning viste økte emosjonelle og hyperaktive problem. SDQ testen foreldrene tok viste også større grad av problem i kontrollgruppen. DERS-testen viser også til større grad av problem i forhold til følelsesregulering i kontrollgruppen. Totalscore av problemer gikk ned i gruppen som fikk musikkterapi, mens den forble den samme i gruppen som fikk ordinær undervisning. Selv hos barn med psykiske lidelser eller umotivert ungdom gjorde resultatet seg gjeldende ved minkende grad av problem.

5.0 ANALYSE

I dette avsnittet skal jeg beskrive de temaer jeg har kommet frem til gjennom analyse. Jeg har grundig gått igjennom artiklene for å identifisere sentrale temaer som kommer frem. Jeg har sett på kontraster og sammenlignet de, og forsøkt å finne forskjeller. Jeg har lett etter unike temaer, men også temaer som går igjen i flere av artiklene. For å få en bedre oversikt har jeg gått tilbake til resultatdelen og sett i detaljer av deltakere og type intervensjon for å identifisere viktige temaer for videre analyse (se tabell 2 nedenfor).

Tabell 2: Analyse: Studienes musikkterapeutiske intervensjoner og teorier

<p>Studiet 1 Chong et al., (2010)</p>	<p>Deltagere og lengde på intervensjonen Grupper på 4-6 elever (1. og 2., 3. og 4., og 5. og 6.klasse), foregikk etter skoletid (After school program). En økt i uken (vanlig skoletime) over 6 uker. 3 jenter og 4 gutter i 9. og 10. klasse.</p> <p>Metodikk og teori Education-oriented music therapy (EoMT)</p> <p>Musikkterapeutisk intervensjon Intervensjoner:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gjenkjenning av toner, mønster, tema og repetisjon- Mestre instrumenter og samspill- Imitasjon, call and response- Identifisere følelser og mening i musikk- Sangskrivning
<p>Studiet 2 Clements- Cortés (2013)</p>	<p>Deltagere og lengde på intervensjonen En økt i uken (vanlig skoletime) over 6 uker. 3 jenter og 4 gutter i 9. og 10. klasse.</p> <p>Metodikk og teori HealthRHYTHMS er en nyutviklet metode, hvor det brukes tromming i grupper. Forskningsbasert teori og konsepter fra disse, inkluderer «disclosure theory» av J.W. Pennebaker og operant betinging av B. F. Skinner blir brukt i metoden.</p> <p>Gjennom HealthRHYTHMS kan musikkterapeuten tilby aksept, håp og støtte personlig «empowerment» og identifisere formasjon.</p> <p>Musikkterapeutisk intervensjon Elevene ble spurt om <i>Inspirational Beat Questions (IBQ)</i> for hver økt. Ikke alle disse spørsmålene er representert i artikkelen om pilotprosjektet.</p>

	<p>Økt 1 – Åpne døren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fri improvisasjon på tromme (jambe) - Spille rytmen til navnene sine på trommen, deretter bli imitert av de andre - Invitert til å lage lyder på trommene som skulle representere følelser (sinne, forvirring, sorg, osv) <p>Økt 2 – Lage sammenhenger</p> <ul style="list-style-type: none"> - «Pass the egg» – gi/kaste egget videre til andre elever - IBQ - «What can you relate in real life to the action of passing the egg shakers during the shaker pass activity?» <p>Økt 3 – Skape ro midt i stormen</p> <ul style="list-style-type: none"> - IBQ – «What is out of your controll in your life? What can you controll in your life?» - Spille navnet til noen de var glad i - I denne timen ble det brukt Guided Imagery activity (guidet avslapning med bakgrunnsmusikk) hvor de skulle se for seg et trygt sted som de ble oppmuntret til å se for seg når de var i stressede situasjoner. <p>Økt 4 – Viktigheten og verdien av ærlighet</p> <p>Økt 5 – Årsak og virkning</p> <p>Økt 6 – Affirmasjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> - De prøvde ut «Pass the egg» aktiviteten med ekte egg til en fast rytme. De gjorde øvelsen igjen utenfor, hvor musikkterapeuten mistet egget i bakken og inviterte elevene til å gjøre det sammen. - IBQ – «When I recall the person I was at the first drum session, and think of myself now, I realize...».
<p>Studiet 3</p> <p>Gold et al. (2017)</p>	<p>Deltagere og lengde på intervensjonen</p> <p>89 elever, fra 16 ulike skoler (8. og 9. klasse). Intervensjonene varte i 8 uker.</p> <p>Metodikk og teori</p> <p>Gruppebasert musikkterapi (Group Music Therapy -GMT)</p> <p>Selvstyrt musikklytting (Self-directed music listening – SDML)</p> <p>Musikkterapeutisk intervensjon</p> <p>Group Music Therapy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppe improvisasjon - Ice-breakers - Impro - Lytting til 3 stykker - Sangskrivning - Komposisjon

	<p>Self-selected music listening (SDML)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fikk kupong for å lytte på musikk på egenhånd
<p>Studiet 4</p> <p>Shafer et al., (2013)</p>	<p>Deltagere og lengde på intervensjonen</p> <p>Ingen deltagere eller intervensjon.</p> <p>Hensikten var å lage ett rammeverk for bruk av musikkterapi mot mobbing i en undervisnings setting.</p> <p>Teorier</p> <p>Sosial læringsteori (Bandura)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observere andres personers oppførsel og dets konsekvenser for dem. - Bruke spesifikke positive forsterkninger <p>Orff- Schulwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Læring gjennom aktivt engasjement og deltakelse. <p>Litteraturgjennomgang</p> <p>Sosial læringsteori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rollespill ved bruk av realistiske situasjoner - Modellering <p>Observasjonell læringsmodell (Bandura 1977) inkluderte fire komponenter: bevissthet prosesser, retensjons prosesser, motor-reproduksjons prosesser, motivasjonsprosesser.</p> <p>Orff Schulwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utforskning - Imitasjon Improvisasjon - Kreasjon <p>Terapeutiske mål for Orff Schulwerk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selvsikkerhetstrening - Promotere sunn og passende emosjonelle uttrykk <p>Overføre musikk tekster fra musikkrommet til det daglige liv, som en potensiell “coping” mekanisme.</p>
<p>Studiet 5</p> <p>Uhlig et al., (2018)</p>	<p>Deltagere og lengde på intervensjonen</p> <p>45 min, 16 ganger over 4 måneder. Gutter og jenter i alderen 8-12 år.</p> <p>Gruppene som mottok MT hadde rundt 30 elever og to musikkterapeuter i åtte uker, deretter ble gruppene delt på 15 med en musikkterapeut hver de siste åtte ukene.</p> <p>Metodikk og teori</p>

	<p>SingMT, en metode utviklet av forskeren - ble anvendt for å stimulere regulative emosjonell prosessering. Metoden er konstruert rundt komponenter fra Kognitiv atferdsterapi (KAT), som følelser, tanker, atferd og fysiologi, og elementer fra psyko-educasjon.</p> <p>Musikkterapeutisk intervensjon</p> <p>Rap&SingMT baserer seg på tre elementer:</p> <p><i>1. Rytme</i></p> <p>For å lage rytmiske mønster ble det brukt programmerte loops (allerede innspilte lydklipp som repeteres) og kropps-perkusjon (lage lyd ved å slå på ulike kroppsdelene), dette for å kombinere visuell og fysiske uttrykk og for å oppmuntre til synkroniserings prosesser. Ved å variere tempo og dynamikk, ble forutsigbarheten forbedret i gruppens helhetlige rytmiske stabilitet.</p> <p><i>2. Vokalt uttrykk gjennom sang og rap</i></p> <p>Sang og rap ble brukt som en gøy aktivitet, og for å engasjere en større del av den emosjonelle delen av hjernen.</p> <p><i>3. Utvikling av ordrytme for sangtekst</i></p> <p>Vokalisering av stavelser og ord, konstruert for å lage rytmer og til en sammenhengende sangtekst. Mål om å øke selvtillit ved å akseptere tekster, problemløsningsferdigheter ble betinget og destruktive følelser modulert eller redusert. Ulike rap-stiler ble vist og diskutert med en invitasjon for improvisasjon og selv-eksperiment. Sangskrivning med «fill in the blank» teknikker og gjenkalle ord ble brukt, med videre refleksjon over relevansen for elevenes egne emosjoner og tanker.</p>
--	--

Etter flere gjennomlesninger av artiklene, en egen indre refleksjon og et forsøk på å sette opp fokusområder jeg fant i utvalget, men også artiklene som havnet utenfor de som er tatt med i studien har jeg utvidet min forståelse for de sentrale fokuseneområdene jeg finner av resultatdelen. Gjennom samtaler med veileder, spesialpedagog, og klassekamerater gjorde jeg et subjekt utvalg av forskjellige forskningsfokus. De endelige fokusområdene for forskningen ble:

- Finnes det en sammenheng mellom sosio- emosjonelle og akademiske ferdigheter?
- Kan lengde på intervensjonen ha noe å si for effekten av intervensjon?
- Musikkterapi som intervensjon etter synlig problematikk (sykdomsforebyggende) eller som intervensjon før synlig problematikk (helsefremmede)?
- Hvor viktig er tilstedeværelsen av en musikkterapeut?
- Jobber en annerledes med barn på barneskoletrinnet sammenlignet med barn på ungdomsskoletrinnet?

Jeg har også valgt å forkaste noen fokusområder av pragmatiske grunner og på bakgrunn av oppgavens omfang som kanskje kan danne et grunnlag for fremtidig forskning.

Disse temaene var:

- Musikkterapi som en integrert del av skoletilbudet eller som et tilbud etter skoletid?
- Hva har deltakernes sosio- emosjonelle status å si for utbytte av musikkterapi?
- Hvilke verktøy gir musikkterapien ungdommene?
- Hvordan er bruken av improvisasjon blant musikkterapi Intervensjonene?

5.1 Presentasjon av utvalgte fokusområder.

5.1.1 Finnes det en sammenheng mellom sosio-emosjonelle og akademiske ferdigheter?

Det finnes flere andre studier som ser på sammenhengen mellom sosio-emosjonelle og akademiske ferdigheter (Wentzel., 1991; Welsh et al., 2001; Malecki & Elliot., 2002; Eisenberg, Valiente, et al., 2010; Gresham & Elliott, 2011; Mischel, 2014). I flere av disse er det funnet en klar sammenheng mellom den sosio-emosjonelle og den akademiske kompetansen. Studie 1 (Chong et. al., 2010) bygget sin hypotese på at et undervisningsorientert musikkterapiprogram som foregikk etter skoletid kunne påvirke studenters sosio-emosjonelle atferdsproblematikk, som igjen kunne føre til økt akademisk kompetanse. Funnene viser at en økning i sosio-emosjonelle ferdigheter ikke gav økt akademisk kompetanse. Chong et al. (2010) argumenterer for at grunnen til at studiet ikke viste noe økning av akademisk kompetanse kunne ha noe med hyppighet av timer eller lengde på studien. To timer i uken i løpet av seksten uker kan argumenteres for å være for lite til å påvirke akademiske ferdigheter, men nok til å påvirke atferdsmessige og sosiale ferdigheter. Chong et al., (2010) påpeker også at det er mulig det trengs mer struktur i musikkterapi timene for å kunne overføre ferdigheter tilegnet gjennom musikkterapi over til akademiske oppgaver og utførelse. Hele studien varte over seks måneder, mens selve intervensjonen varte bare i fire måneder.

Resultatene i studie 1 (Chong et al., 2010) kan sees på som et avvik, ettersom det tidligere er vist en klar sammenheng mellom sosio-emosjonelle ferdigheter og akademiske ferdigheter (Masten et al., 2005). Masten et al. (2005) forsket over en periode på 20 år, på 205 barn fra en barneskole på 8-12 år. innvendige og utvendige faktorer og akademisk kompetanse ble vurdert av flere metoder etter 7, 10 og 20 år. En serie kaskade modeller ble

testet gjennom strukturell ligningsmodellering. Den endelige modellen gav 2 hypoteser for kaskadeeffekter: utvendige problemer som var tydelig i barndommen synes å undergrave akademisk kompetanse ved ungdomsårene, som igjen senere viste en negativ effekt på innvendige problemer i ung- voksenliv. Ettersom dette var en studie som varte over flere år kan en se på tidsrom for studien til Chong et al. (2010) i tillegg til å se på studiens struktur og målinger for å finne ut hvorfor de ikke fant noen sammenheng mellom sosio-emosjonell kompetanse og akademisk kompetanse. Spørsmål som kommer opp kan være: Ble akademiske ferdigheter målt for tidlig? Er dette noe som eventuelt ville ha kommet til syne senere? I fravær av en kontrollgruppe kan en også stille spørsmålstegn om resultatene i forhold til akademiske ferdigheter er noe som i en kontrollgruppe potensielt kunne ha sunket, og at ingen endring dermed kan sees på som stabilitet, selv om det ikke i seg selv er en økning. Sammenligner vi denne studien med studie 5 (Uhlig et al., 2018) viser studie 5 til økt grad av emosjonelle og hyperaktive problem i kontrollgruppen, mens musikkterapideltakerne sin score ikke endret seg over tid. Denne studien (Uhlig et al., 2018) gikk også over fire måneder og en kan dermed argumentere for at det kunne kommet til syne flere forskjeller i studie 1 (Chong et al., 2010) uten fravær av en kontrollgruppe.

Av de fem studiene som er tatt med i dette studiet er det bare studie 1 (Chong et al., 2010) som omhandler akademiske prestasjoner sett i sammenheng med sosio-emosjonell kompetanse. Det akademiske fokuset virker å ha blitt et mindre fokus i studier med de eldste barna, samtidig som fokuset på psykiske lidelser er mer fremtredende i studiene gjort på ungdomsskoletrinnet (Clements-Cortès, 2013; Gold et al., 2017; Uhlig et al., 2018). Mulige konklusjoner på hvorfor det er slik kan en trekke til synlighet av symptom, da disse gjerne ikke er så tydelige ved yngre barn. En kan da stille spørsmål til om det er det akademiske presset som "skaper" psykiske lidelser, eller om dette er noe underliggende som ikke kommer til syne før det har fått manifestert seg og ligget latent noen år. En kan også trekke kulturelle slutninger til at fokuset på akademisk kompetanse hos barn er noe som tillegges kulturen i Sør Korea.

5.1.2 Kan lengde på intervensjonen ha noe å si for effekten av intervensjonen?

Fire av studiene (Chong et al., 2010; Clements-Cortès, 2013; Gold et al., 2017; Uhlig et al., 2018) som ble inkludert i resultatet i denne litteraturstudien har brukt intervensjoner av ulik lengde for å måle effekt av musikkterapi, bortsett fra studie 4 (Shafer et al., 2013), som er en litteraturstudie. Lengden på timene i de fire studiene med empirisk forskning varierer fra 45

minutter til en time, mens antall varierer fra seks ganger over seks uker til tretten ganger over fire måneder. Uansett lengde på intervensjon og antall timer, viser studiene positive resultater når det kom til musikkterapien sin innvirkning på sosio-emosjonell atferdsproblematikk. I studie 2 (Clements-Cortes, 2013) viser de gjennom en tabell (table 4) at tre av deltakerne brukte to timer før de fikk en økning av økt formidling og engasjement på timene. Hos en av deltakerne viser tabellen først en økning for så en nedgang for så en økning igjen. Dette kan tyde på at mengde og trygghet i gruppe kan være viktig for positivt resultat.

Intervensjonslengde i studiene som blir presentert i resultatdelen (Chong et al., 2010; Clements-Cortés, 2013; Gold et al., 2017; Uhlig et al., 2018) tilsier at en musikkterapitime på en time vil ha god effekt på ungdom, mens lengden på intervensjonen er noe kortere i arbeid med barn (se studie 1, Chong et.al). Dette kan ha noe med oppmerksomhet og fokus, der yngre barn gjerne ikke klarer å holde fokus over en lengre periode. Det å ha like lange terapiøkter med et barn på ni år som med en ungdom på fjorten vil dermed virke mot sin hensikt. Med dette mener jeg at barn kan bli umotivert og oppleve mindre grad av mestring mot slutten av timen, og det er derfor viktig at musikkterapeuten viser hensyn til når på døgnet økten er og hvor lange øktene skal være for å tilpasse seg barnets kapasitet der og da.

Noen av studiene har erstattet musikkterapi-intervensjonene med vanlig skoletimer (studie 2 - Clements-Cortés 2013, studie 3 - Gold et al., 2017; studie 5 - Uhlig et al., 2018), mens andre har implementert musikkterapi-intervensjonen som et arbeid etter skoletid (studie 1 - Chong et al., 2010). Musikkterapitimer etter skoletid kan bli påvirket negativt med tanke på at elevene kan være trøtte etter en lang skoledag, og dermed kan tid på døgnet være kritisk for resultatet. Musikkterapitimer som erstatning for ordinær undervisning ville i Norge kunne være timer på 45 eller 60 minutter, både på barne- og ungdomsskoletrinnet. I 2014 publiserte utdanningsdirektoratet nye retningslinjer med forslag om timeforløp på 60 minutter (Utdanningsdirektoratet, 2014), men det er ikke alle skoler som har lagt om undervisningsforløpet etter denne malen enda. Å ha en musikkterapitime over en time ser jeg som fordelaktig da jeg tror en vil få tid til å både starte opp og avslutte på en god måte. Jeg tenker derimot at musikkterapi med mindre barn vil trenge kortere økter, da konsentrasjonen og oppmerksomheten kan være vanskelig å holde på i en hel klokke. Derfor tenker jeg at i en skolesetting hvor musikkterapeuter har mulighet til å bruke musikkterapi som en erstatning i stede for ordinær undervisning vil trenge en fleksibel ramme, hvor en vurderer lengden på musikkterapitimen ut i fra problemstillinger tilknyttet hvert enkelt barn/ungdom, tiden på døgnet og eventuelt ut i fra størrelsen på gruppen.

Størrelsen på gruppene i studiene varierer med alt fra 6 stykker til 15 stykker. I studie 5 (Uhlig et al., 2018) er antall elever per musikkterapeut 15 stykker. Det er i dette studie tatt utgangspunkt i at elevene deltar i grupper på størrelse med klasser, hvor musikkterapi erstatter den ordinære undervisningen. Studie 5 (Uhlig et al., 2018) er det elever i en 8.klasse i Nederland der alderen på deltakerne er fra 8-12 år. Intervensjonene varte i 45 minutter, der effekten ikke hadde noen økning i negative symptom sammenlignet med kontrollgruppen. Med denne studien som bakgrunn kan en se effekt ved økter på en standard skoletime med yngre barn. En konklusjon på hvor lang intervensjonene må være for å ha effekt blir dermed svevende da det ikke finnes nok forskning å legge til grunn for et eksakt svar. Da akademiske ferdigheter ikke ble målt i denne studien blir det også vanskelig å sammenligne den med studie 1 (Chong et al., 2010), for å se på varighet og tid på dagen som innvirkning på akademisk kompetanse i lik aldersgruppe.

5.1.3 Musikkterapi som intervensjon etter synlig problematikk (sykdomsforebyggende) eller som intervensjon før synlig problematikk (helsefremmende)?

I de fem studiene inkludert i litteraturstudien var det blitt gjort en musikkterapeutisk intervensjon i fire av studiene etter måling av ulike graderinger av synlig problematikk. Studie 1 (Chong et al., 2010) hadde i utvalget sitt elever med sosioemosjonelle vansker i tillegg til akademiske utfordringer. Studie 2 (Clements-Cortès, 2013) bestod av elever i *at-risk* gruppen, der enkelte tok skoleåret opp igjen. Studie 3 (Gold et al., 2017) omhandlet elever med lav sosioøkonomisk status med høy risiko for å utvikle psykiske problemer. Studie 5 (Uhlig et al., 2018) inkluderte alle elever i 8.klasse uansett bakgrunn og problematikk. Ut i fra det kan en si at 75% av studiene omhandler forebygging etter synlig problematikk og kan dermed defineres som *sykdomsforebyggende* (Schancke, 2005, s. 13). Av folkehelseinstituttet (2011) betegnes sykdomsforebyggende arbeid som å «forebygge sykdom ved å redusere nivået av kjente risikofaktorer hos personen selv og i miljøet» (Folkehelseinstituttet, 2011, s 16). Risikofaktorer kan være arvelige trekk, miljømessige forhold, sosioøkonomiske forskjeller, relasjonsskader og traumer (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 48-49).

Tre av studiene (Chong et al., 2010; Clements-Cortès, 2013; Gold et al., 2017) valgte ut deltakere på bakgrunn av allerede oppstått problem, mens studie 5 (Uhlig et al., 2018) inkluderte alle elever ved en skole. Sistnevnte fokuserte på en bestemt metodikk for å arbeide forebyggende mot mobbing, og kan også betegnes som *helsefremmende* (Folkehelseinstituttet, 2011, s 15). Helsefremmende arbeid betegnes som å «øke grad av velvære, selvbilde,

optimisme, positiv atferd, mestring samt evne til å takle motgang og belastninger i livet» (Folkehelseinstituttet, 2011, s 15). Studie 5 (Uhlig et al., 2018) bruker rap og vokal intervensjoner som hovedmetodikk i sin studie. De viser til flere tilfeller hvor musikkterapeuter rapporterer om fordelene ved å bruke rap og vokal intervensjoner med tanke på selvregulering, utvikling av mestringsstrategier og atferdsendringer i tenåringer (Ahmadi & Oosthuizen, 2012; Donnenwert, 2012; Ierardi & Jenkins, 2012; Lightstone, 2012; MacDonald & Viega, 2012; McFerran, 2012; Travis, 2013; Viega, 2013, 2015). Selv om rap-musikk har mange negative konnotasjoner for noen personer, hvor den har blitt anklaget for å manipulere unge mennesker med sine emosjonelle uttrykk, hvor rappen ofte har et sterkt språk, med seksualiserte og voldelige uttalelser og beskrivelser, påstår Cundiff (2013) og Odgen (2015, referert i Uhlig et al., 2018, s. 570) at mange kan ha misforstått rappens kulturelle melding og marginalisert musikkens bakenforliggende politiske kritikk.

Det interessante i studie 5 (Uhlig et al., 2018) er at den viste større grad av problem i kontrollgruppen mens scoren til de som fikk musikkterapi ikke endret seg over tid. En svakhet og som kan forklare dette resultatet utenom den musikkterapeutiske intervensjonen, er at spørreskjemaer ble utfylt av foreldre og lærere. De kan tolke ting ulikt da de ikke fikk noen innføring i hvordan utføre spørreskjemaet. Det ble også noen begrensning i datainnsamling da noen av ungdommene ikke ønsket å skrive ned musikalske følelser (SPPC). Likevel kan disse resultatene vise til at ungdomstiden er en tid med mange ytre påvirkninger, og uten noen verktøy til å takle dem kan det gå utover psykisk helse. Studie 5 (Uhlig et al., 2018) siktet på å styrke selvoppfatning, selv beskriving og selvtillit gjennom utvikling av selvregulerende ferdigheter for modulasjon av positive og negative følelser. En kan tenke seg at at de jobbet med *empowerment* (Rolvsjord, 2008), gjennom et ressursorientert perspektiv, eller at det er store likheter. En annen måte å jobbe forebyggende mot mobbing er beskrevet i studie 4 (Shafer et al., 2013) der de trekker frem sosial læringsteori som en grunnstein i det forebyggende arbeidet:

Given the documented need for both prevention and intervention for bullies and victims of bullying and the characteristics of these populations, it seems that music therapists may be able to utilize social learning theory as a conceptual framework from which to treat these populations (Shafer et al., 2013, s. 499).

Sett i sammenheng med musikkterapiens praksis kan sosiokulturelt læringssyn være å lage rollespill der realistiske situasjoner blir modellert, som for eksempel lekeklassen eller klasserommet, for å legge til rette for generalisering av læring om ønsket oppførsel i gitte situasjoner (Shafer et al., 2013). En skaper da en forventning til hva som er mobbing, hvordan det føles og hvordan det kan håndteres i gitte situasjoner. Elevene må være deltakende og da det sosiokulturelle læringssynet baserer seg på kognitiv læring i samhandling. Dialogen med lærere og medstudenter fører til stadig utvikling av kunnskapsstrukturer, og gjennom de kan fortolkninger og forståelse utvikles og endres (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Musikkterapiintervensjoner og teknikker kan implementeres etter en rollespillaktivitet der elevene blir bedt om å mentalt lokalisere seg i en sinneutfordrende situasjon. Ved å tilnærme og utnytte realistiske situasjoner, kan elevene mer sannsynlig generalisere de ønskede lærte atferdene som følge av musikkterapi. Bruk av rollespill omfatter realitetstesting og modellering som potensielle terapeutiske mekanismer for endring (Corsini, 2008 referert i Shafer et al., 2013, s. 498).

Som nevnt bygget både studie 4 (Shafer et al., 2013) og studie 5 (Uhlig et al., 2018) sine teorier og hypoteser på tidlig innsats før synlige tegn til at elevene var i faresonen for å utvikle negative symptomer. Overordnede spørsmål en kan stille er:

1. Når bør forebyggende tiltak settes i gang?
2. Hvordan vet en når noe er signifikant nok til å kreve en respons? Her sett i form av forebyggende tiltak.

Dette er komplekse spørsmål som er vanskelig å gi et konkret svar på, og som jeg skal gå mer inn på i kapittel 6.1.3.

5.1.4 Hvor viktig er tilstedeværelsen av en musikkterapeut?

I studie 3 (Gold et al., 2017) ser de på om det er noen forskjell på bruk av musikk mellom de som får musikkterapi i grupper og de som selv skal lytte til musikk alene med instruksjonen; “lytt til musikk som gjør deg glad”, og “lytt så ofte du vil” (Gold et al., 2017, s. 138) Resultatene viser ingen signifikant forskjell mellom gruppene, men at eldre kan ha bedre utbytte av å lytte selv mens yngre av gruppemusikkterapi (Gold et al., 2017). Dette konkluderer studien med at kan ha en sammenheng med selvstendighet og selvstendig arbeid.

Ser vi nærmere på studie 3 (Gold et al., 2017) fant de at de ungdommene som deltok på studiet som var tretten år var mer åpen til musikkterapi enn ungdommene på femten år. Det

kan dermed tenkes at musikkterapitimene ikke var tilpasset alderstrinnet godt nok. En kan stille spørsmål ved studiets design og fremgangsmåte og vurdere om ungdommene heller burde blitt satt i grupper basert på alder i stedet for skole for å få et mer alderstilpasset musikkterapitilbud. Basert på en aldersgruppering og tilpasset musikkterapeutiske aktiviteter, ville studiet kanskje fått andre resultater der det kommer frem andre forskjeller mellom de to intervensjonene. En kunne dermed sett på om tilstedeværelsen av en musikkterapeut ville vært viktig, eller om det er nok med en instruks og viten om sunn musikk-bruk. Hvor viktig tilstedeværelse av musikkterapeuten er kan være aldersbetinget, noe som også kom frem i studien til Gold et al. (2017) da de fant at barn på tretten år var mer åpne til de nye opplevelsene musikkterapitimene kunne tilby. En kan også argumentere for at 8 sessions med GMT kan ha vært for kort da det kan ta tid å skape relasjoner og få et felles fokus i gruppen. I tillegg til dette fant forskerne (Gold et al., 2017) at det så ut til at HUMS valgte ut deltakere som allerede hadde en sterk relasjon til musikk og brukte musikk for å takle ulike utfordringer i livet. Studien hadde kanskje fått et annet resultat med ungdom som aldri hadde vurdert musikk som et verktøy i hverdagen, og en ville kanskje sett signifikante forskjeller mellom gruppene.

I Beckmann (2014) sin doktorgradsavhandling kommer det frem at det å lytte til musikk vil ha en emosjonell og sosial effekt da en kan bruke musikk til følelsesregulering og som et artefakt i sosiale settinger. Beckmann (2014) skriver videre at ungdommene lager egne personlige spillelister de bruker i gitte situasjoner for å støtte opp under eller bearbeide egne følelser, og at musikken dermed blir en viktig del av hverdagen til ungdommen. Tia DeNora (2000) beskriver hvordan mennesker bruker musikk til hverdagsbruk og viser til at musikk kan brukes bevisst som et verktøy for stemningsregulering, følelsesk kontroll eller for å oppnå et bestemt energinivå. Her peker DeNora (2000) på noe av de sosio-emosjonelle aspektene som Gold et al. (2017) også studerte i sin studie, i tillegg til sunn og usunn bruk av musikk. På bakgrunn av det tror jeg, som Gold et al. (2017) også gav som mulig resultatforklaring, at tilstedeværelsen av en musikkterapeut er mindre viktig dersom ungdommen selv innehar verktøy til å bruke musikk selvstendig som et følelsesregulerende og identitetsskapende verktøy.

Om musikkterapeutens rolle som veileder i skolen skriver Shafer et al (2013):

Music therapists can offer clients experiential learning opportunities via role playing and simulating realistic situations with a creative and engaging medium. In music education, the Orff Schulwerk approach focuses on learning through active engagement and participation and emphasizes “music for children by children” (Colwell, Pehotsky, Gillmeister, & Woolrich, 2008, p. 12). The philosophy of Orff-based music therapy is based on similar principles as interventions are designed to allow everyone participation, to be success-oriented, and progress from conceptual to experiential (Shafer et.al., 2013, s. 498).

Her skriver Shafer et al (2013) om læring gjennom aktiv deltakelse og et musikkprogram som er lagt til rette for at alle skal kunne delta. Studie 4 (Shafer et al., 2013) baserer det meste av sitt teoretiske ståsted på et sosiokulturelt læringsperspektiv hvor læring skjer i samhandling med andre, gjennom deltakelse og observasjoner. Med et slikt perspektiv i bunn vil en kunne argumentere for viktigheten av tilstedeværelsen av en musikkterapeut som dermed kan danne et fellesskap for læring.

5.1.5 Jobber en annerledes med barn på barneskoletrinnet sammenlignet med barn på ungdomsskoletrinnet?

Gjennom lesning og sortering av de fem artiklene finner jeg en (Chong et al., 2010) som har deltakere fra barneskoletrinnet, tre (Clements-Cortés 2013., Gold et al., 2017., Uhlig et al., 2018) som forsker på musikkterapi ved ungdomsskoletrinnet og en (Shafer et al., 2013) som gir en generell oversikt over hvordan en kan jobbe musikkterapeutisk med barn og unge i skolen. I Studie 4 (Shafer et al., 2013) har de laget en tabell som deler opp intervensjonen for Orff-Schulwerk i barneskolealder, ungdomsskole og videregående (tabell 1, Shafer et al., 2013). Der kommer det frem flere musikalske virkemidler som kan brukes i barneskolen sammenlignet med ungdomsskolen. Et eksempel er under punktet: *improvisation: initiate appropriate behavior* (Shafer et al., 2013, s. 498). Under står det at barn på barneskolen kan bruke “body percussion/instruments playing-improvise patterns.” På ungdomsskolen under samme punkt står det “instrument playing”. Bakgrunn for denne modellen er de fire musikalske områdene som ligger til grunn for Orff-Schulwerk modellen; utforskning,

imitasjon, improvisasjon og kreasjon. En større bruk av improvisasjon og forskjellige aktiviteter på barneskolen tror jeg kan komme av hvor barna er i utviklingen, og hva de er komfortable med å gjøre. Ungdommer er kanskje mindre interessert i arbeid som inkluderer armer og ben en barn på barneskolen, og har behov for et større fokus på det emosjonelle (Kruger & Strandbu, 2015) kontra barn som kanskje trenger bevegelse til musikk for å få ut eventuell indre uro (Fugle, 2012).

Even Ruud (2013) skriver om musikk og identitet i flere livsfaser, om hvordan “musikken gir tilgang til opplevelser og erfaringer som danner råstoffet i fortellingen om oss selv” (Ruud, 2013, s. 45). Dette kan omfatte tro på egen mestring, kjønnsidentitet og verdier. I grunnskolen vil en få nye opplevelser med musikk i form av å spille et instrument, og derav oppleve en mestringsfølelse og ny handlingskompetanse (s. 46). I ungdomstiden skjer det endringer som kan sette preg på både musikksmak og identitet. Slike endringer som har henvisninger til musikalsk praksis beskriver Ruud (2013) som “Sosial avgrensning, konformitet, gruppeidentitet eller tilknytning til andre (...)” (s. 46). Med dette kan en si at musikkfaringer i barneårene består mer av å spille og beherske et instrument, mens det i ungdomsårene kan bety å skape seg en tilhørighet og identitet, både utad og innad. En kan dermed forvente et annet musikkterapiforløp med barn enn ungdom da de vil ha forskjellige behov og interesser. Disse forventningene kan gå på instrument (akustisk, band eller elektronisk), sanger (humor/emosjonelt uttrykk) og temaer som går på relasjoner (vennskap/kjæreste).

Selv om en kan argumentere for et skille i identitetsutviklingen fra barneskolen til ungdomsskolen vil det også være et skille for hvert klassetrinn i form av kognitiv og sosial utvikling. I studie 1 (Chong et al., 2010) har de differensiert vanskelighetsgrad og innhold helt ned på klassenivå på barneskolen, hvor de har satt sammen tre grupper i forhold til alder der de har forskjellig kompleksitet, lengde og struktur på musikkterapi intervensjonen (1&2, 3&4, 5&6 klasse). Intervensjonen inneholdt deler av improvisatoriske musikkterapeutiske elementer men også undervisningsorienterte elementer. Studien (Chong et al., 2010) begrunner differensieringen med studentenes kognitive utvikling og funksjonsnivå. Musikkterapeutene møttes ukentlig for å diskutere hvor godt musikkintervensjonen møtte de terapeutiske og akademiske målene, og også for å se om det måtte noen tilpasninger til intervensjonen basert på gruppenivået.

I studie 3 (Gold et al., 2013) snakker de også om hvilken rolle alder kan ha på hvilken effekt terapeutiske intervensjoner kan ha. De skriver blant annet at Self Directed Music Listening (SDML) kan fungere bedre for ungdom enn barn, grunnet deres evne til

selvrefleksjon og kognitiv-emosjonell utvikling. Videre skriver de at Group Music Therapy (GMT) kan ha virket bedre på yngre deltakere, noe musikkterapeutene i studien bekreftet da 13-åringene var opplevdes mer åpne til GMT mens 15-åringene heller ønsket å velge deres gruppedeltakere uavhengig. Slik jeg forstår det, på bakgrunn av hva som kommer frem av studiene, at et alderstilpasset innhold i musikkterapien være en viktig faktor for synlig effekt av musikkterapi.

6.0 DISKUSJON

6.1 Innledning

I analysen har jeg gått videre inn på studiene og trukket dem frem tematisk med utgangspunkt i egne tanker støttet til teori og egen kunnskap. Videre skal jeg se på de samme temaene knyttet opp mot nye teoretiske perspektiver og diskutere de opp mot temaene fra analysen.

6.1.1 Diskusjon av sammenheng mellom sosio-emosjonelle og akademiske ferdigheter.

I analysen så jeg nærmere på resultatene i studie 1 (Chong et al, 2010) der de ikke fant noen sammenheng mellom sosio-emosjonelle og akademisk kompetanse. Dette er interessant ettersom flere tidligere, og senere studier konkluderer med at det nettopp er en sammenheng mellom barnets sosio-emosjonelle ferdigheter og dets akademiske kompetanse (Wentzel, 1991; Welsh et al., 2001; Malecki & Elliot., 2002; Eisenberg, Valiente, et al., 2010; Gresham & Elliott, 2011; Mischel, 2014). Gresham og Elliott (1990) beskriver fem ulike ferdighetsdimensjoner som kan være til hjelp når en skal operasjonalisere sosiale og emosjonelle ferdigheter i klasserommet. Disse er: selvhverdelsesferdigheter, empatiferdigheter, samarbeidsferdigheter, selvkontrollferdigheter, og ansvarlighet. Ogden (2009) beskriver sosiale ferdigheter som viktig i integrering i jevnaldergrupper og i relasjonen til en voksen, og i en undervisningskontekst.

I studie 1 (Chong et al., 2010) beskrives det ingen psykiske lidelser som ligger til grunn hos de som ble med i utvalget, men de ble plukket ut på bakgrunn av deres emosjonelle vansker som gikk ut over læring, trivsel og sosialisering. Cosmovici Idsøe og Idsøe (2012) skriver om sammenhengen mellom emosjonelle vansker og akademiske resultater, og ser videre på hvordan skolen kan legge til rette for en slags “behandling” av barn som har emosjonelle vansker. De ser også på begrepet i forhold til når det er snakk om emosjonelle vansker og når det er psykiske lidelser, og bruker Mathiesen (2009) sin inndeling der det regnes som psykiske lidelser når symptomene er så store at man kan få det vi kaller en diagnose (f.eks. angst, depresjon eller ADHD). Begrepet psykiske vansker blir dermed brukt når symptomene som barn og unge fremviser i stor grad går ut over det vi kaller funksjonsnivået (læring, trivsel, å være sammen med andre.), men at kriterier for diagnoser ikke er tilfredsstillt (Cosmovici Idsøe & Idsøe., 2012). Nordahl (2000) beskriver også en problemstilling med tanke på årsakssammenhengen mellom lærevansker og problematferd, hvor han stiller spørsmål om “det er slik at lærevansker er årsak til problematferd eller om

problematferd er årsak til lærevansker” (Nordahl, 2000, s. 265). Gresham og Elliott (2010) skriver at “lav sosial kompetanse fører til lav fungering akademisk og psykososialt”. Det har derimot ikke vært like klart hvorfor og hvordan disse kompetansene henger sammen.

Gustavsens (2017) undersøkelse i perioden 2012-2014 forholdet mellom sosial kompetanse og akademisk kompetanse, med utgangspunkt i om det var korrelasjoner mellom kjønnene. Resultatene viste at sosial kompetanse gradert av lærere hadde en signifikant påvirkning på akademiske oppnåelser hos elevene to år senere, men at det varierte fra fag til fag. Sosiale ferdigheter synes å forklare forskjeller i matematikk og norsk, men ikke i engelsk. I denne studien var det ingen kjønnsforskjeller i forhold til påvirkning av sosiale ferdigheters påvirkning av akademiske ferdigheter. Når det kommer til akademiske forskjeller mellom jenter og gutter er dette noe som har blitt forsket på i flere ti-år der klasseromsstudier fra slutten av 1970-tallet og begynnelsen av 80-tallet tegnet et bilde av klasserom med stille jenter og dominerende gutter (Bjørnstad & Røthe 2012, s. 409). Nå er det omvendt, da jenter blir sett på som de skoleflinke mens gutter henger litt bak (Nielsen, 2009). Bjørnstad & Røthe (2012, s. 409) henviser også til kilder som drar frem det sosiale bakgrunnsaspektet der barn med akademisk flinke og ressurssterke foreldre gjør det bedre på skolen (Se: Bakken, 2008). Kjønnsforskning i skolen der det er en historie som tilsier at gutter gjorde det bedre i skolen før, mens jenter gjør det bedre nå er av en historisk karakter, som jeg tenker går på det politiske og likestilling mellom kjønnene. Jeg mener dette er en gammeldags idé hvor en kun fokuserer på karakterer og ikke andre ferdigheter en får med seg ut i fra grunnskolen. Ingen av studiene tatt med i denne litteraturstudien har hatt noe fokus på forskjeller mellom kjønn og læringsutbytte, ettersom det ikke har vært en signifikant forskjell i kjønn og resultat.

Gustavsens (2017) studie gikk over to år, og det kan tenkes at studie 1 (Chong et al, 2010) hadde vist endringer i akademiske ferdigheter dersom de musikkterapeutiske intervensjonene hadde vart over lengre tid. Det kan tenkes at effekten av akademiske ferdigheter ikke hadde fått til å manifestere seg, da målingene ble gjort kun etter fire måneder. Det vil i så tilfelle ha vært viktig å fortsette med de musikkterapeutiske intervensjonene, i tillegg til å ha en kontrollgruppe for å kunne underbygge og kvalitetssikre muligheten for at det er intervensjonene som kan øke akademiske ferdigheter, og ikke andre faktorer. Samtidig må en være bevisst det faktum at en skolehverdag består av mer en bare undervisning, og at det er mange ukontrollerte og underliggende faktorer som kan påvirke menneskets sosio-emosjonelle og akademiske kompetanse.

6.1.2 Diskusjon av hva lengde på intervensjon noe å si for effekten av intervensjonen.

Unni Johns (2008) skriver om tid i terapitimen, og hvor mye tid som er nok for at barnet skal få utbytte av den terapeutiske relasjonen.

Tid kan da sees som et selvtuttrykk for opplevelsen av å kunne utforske og påvirke hendelser og bli forstått. Svaret på hva som er tilstrekkelig tid er da ikke nødvendigvis mye kronostid, men å skape en tilstrekkelig god ramme for å erfare felles opplevelsestid. Å bruke tiden kan da forstås som kvalitative opplevelser av å være i relasjon (Johns, 2008, s. 81).

Her trekker hun frem det å kunne være fleksibel i tidsrammen for å skape øyeblikk sammen med klienten. I denne artikkelen er konteksten arbeid med barn og unge, og utsagnet må dermed sees i sammenheng med det. Johns (2008) skiller mellom *kronostid* og *kairostid* som en kan kalle den lineære og den sirkulære tiden. Kronostid kan også sees på som klokketiden mens kairostid som en subjektiv opplevelse av tid (Johansson, 2017). Bergson (1990, 1991) bruker betegnelsene homogen og heterogen om tiden, der den homogene tid betegnes som den mekaniske, matematiske eller kvantitative tiden og kan deles opp i minutter og sekunder. Ansdell & Pavlicevic (2005) betegner den musikalske tiden som *kairos*, der både det tidløse og det å ”være sammen i tiden” eksisterer samtidig. Videre skriver de at ”Communicative musicality, musical companionship, and musical community all operate within the opportunity, appropriateness, and purposefulness of musical time as *kairos*” (Ansdell & pavlicevic, 2005, s. 211).

Ansdell & Pavlicevic (2005) skriver om viktigheten av timing i dialog, og det å finne det de beskriver som delt tid med klienten. Trevarthen og Aldridge (Henvist til i Ansdell & Pavlicevic, 2005) beskriver også tid som essensen i dialogen. Ansdell & Pavlicevic (2005) henviser videre til Aldridge (2001) som beskriver hvordan musikken kan tilby en form for strukturert tid:

”(...) when the relationship fails, then the mutuality of time is lost (...) We literally fall out with each other, fall out of time and thereby understanding. This is the process

of becoming isolated. To repair performance, then we have to offer a structure in time (Aldridge, 2001, s. 10 referert i Ansdell & Pavlicevic, 2005, s. 204).

Tid i terapi blir ofte referert til som lengde på time, der en jobber ut i fra en klokke time eller egendefinert tid på en sesjon. Ofte kan en oppleve at denne lengden ikke er nok, eller forenelig med det som foregår i terapien, da vi kan være midt i et samspill eller ferdig før tiden (Johansson, 2017, s 286). Johansson (2017, s. 288) referer til ulike begrep der tiden føles å stoppe opp:

Det finnes flere perspektiver som beskriver opplevelser og øyeblikk hvor opplevelsen av tid ikke sammenfaller med klokketiden, for eksempel opplevelser av flyt (flow) (Csikszentmihalyi, 2005; Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988), høydepunktsopplevelser (Maslow i Ruud, 2013; Whaley, Sloboda, & Gabrielson, 2009), signifikante øyeblikk (Trondalen, 2004), gyldne øyeblikk (Trondalen, 2007a), pivotal moments (Grocke, 1999) eller meaningful moments (Amir, 1992).

Det å skape en opplevelse av opphold i tiden gjennom musikk kan være viktig i terapi, da en kan få en transcendentale opplevelse og se selvet i en større sammenheng (Nilsen, 2010 s. 26). Når fokuset og konsentrasjonen er konsentrert rundt en aktivitet i flow-opplevelsen, forsvinner bekymringene for hvordan vi oppfattes som en sosial aktør, og vi mister dermed vårt selvkritiske blikk på det som fremføres og spilles (Csikszentmihalyi 1988, 1991, 2008 referert i Nilsen, 2010). Dette henger sammen med at hjernen fokuserer kun på aktiviteten og har ikke kapasitet til å vurdere en selv.

6.1.3 Diskusjon om musikkterapi som intervensjon etter synlig problematikk (sykdomsforebyggende) eller som intervensjon før synlig problematikk (helsefremmende).

Rolvjord (2007) pekte for rundt 10 år siden på en av manglene i det daværende helsesystemet, som hun mener omhandler diagnostisering:

The traditional stance within psychology and psychiatry towards dealing with problems, trauma, and negative emotions is problematic, firstly because it locates these within the individual, and secondly because it tends to equate the person with their illness or problem. (Rolvjord, 2007, s. 153)

Rolvjord (2007) mente det var problematisk å se sykdommen og ikke menneske bak sykdommen og de ressurser og handlingsmuligheter individet fortsatt har. Hun mente diagnostiseringen lokaliserte problem som traumer og negative følelser til individet i stedet for å se på utvendige faktorer. Historisk sett har tankesettet endret seg fra en sykdomsforebyggende tankegang (biologisk perspektiv) til et større fokus på forebygging og helsefremmende tankegang (salutogenesisk perspektiv). Dette underbygges av Ansdell og Pavlicevic (2005) ved at en beskrivelse for hvordan musikkterapien skiller seg fra den medisinske behandlings modellen.

As a discipline, music therapy attempts to balance empirical perspectives og musical communication with the philosophical, spiritual, and musical discourses on the values of musikal dialogue as a way of "being in the world with others". Here music therapy moves from a medical model of treatment to a humanistic one of relationship and are; for the "mechanism" of communication to the value of dialogue (Ansdell & Pavlicevic, 2005 s. 204)

I Norsk musikkterapi ønsker en å se menneske som et individ med en sykdom, i motsetning til å bare fokusere på sykdommen. Målet er å se alle aspektene av livet, en er ikke enten syk eller frisk, en kan ha god helse selv om en har en diagnose. Dette går på livskvalitet, glede, ressurser og ferdigheter mer en et svart hvitt bilde - syk/frisk. En går vekk fra det patologiske

perspektivet og mot det salutogenese perspektivet (Ruud, 2008). Gjennom en salutogenesisk tenkning fokuserer en på klientens ressurser samtidig som dets vansker sees på i en større samfunnsmessig sammenheng. Klienten kan dermed få nytt handlerom ved å bruke egne ressurser i større grad en tidligere (Ruud, 2008 s. 10). Ansdell & Pavlicevic (2005) pekte på hvilken helsefremmende effekt musikkterapien kunne ha i arbeid med sykdom. De skriver: ”Music therapy, in which music is both the medium and the tool, can allow the creative ”performance of health” even from within illness” Ansdell & Pavlicevic, 2005, s. 206). Dette er et eksempel på hvordan musikkterapien kan brukes til å fremme helse i det salutogenese perspektivet. Aaron Antonovski kom med begrepet i 1978, gjennom å forske på hva som holder mennesket friskt. Han trakk frem grader av håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet i aktiviteter og oppgaver som avgjørende for vellykket håndtering av stressfaktorer, og dermed fremme en bedre helse (Antonovski, 1996). Bruscia peker på hva det vil si for menneskets utvikling av motstandsdyktighet å kunne bruke både et patologisk og et salutogenesisk perspektiv i arbeid med individet.

The pathogenic orientation helps us to recognize those parts of the individual that threaten health, whereas the salutogenic orientation helps us to realize that these threats to health have to be contextualized in terms of those assets of the individual that can be used to resist or fight these threats (Bruscia, 2014, s. 107).

Helsefremming defineres av verdens helseorganisasjon (World Health Organization - WHO) som “prosessen med å gjøre mennesker i stand til å ta kontroll over og bedre egen helse” (WHO, 2016). Dette kan sees i sammenheng med et ressursorientert perspektiv og empowerment, der mennesket selv tilegner verktøy gjennom terapitimene til å bedre takle egne utfordringer i hverdagen. Holsen (2009, s. 66) Definerer helsefremmende arbeid blant barn og unge som en prosess med aktiv involvering fra individet der en fokuserer på å øke mestring på områder som fører til økt tilskudd av livsglede og energi.

I en rapport fra utdanningsdirektoratet sine sider omhandlende forebyggende tiltak i skolen (Nordahl, 2006) med utgangspunkt i forebyggingsmodellen til Schancke (2005, s. 77) anbefaler de å sette inn forebyggende tiltak så tidlig som mulig. Dette er slik jeg tolker det ment som primærforebygging og dermed *helsefremmende*. Rapporten legger videre frem at forebygging bør ha et kontinuerlig fokus på sosial kompetanse og mestring uansett alderstrinn. Forebyggende tiltak med fokus på røyking bør settes inn på barnetrinnet, og

alkohol fra mellomtrinnet og ut. Forebyggende tiltak av rus skal settes inn fra ungdomsskolen og ut utdanningsløpet. Dette bør være i et konstruktivt samarbeid med foresatte og fokuset på forebygging i denne modellen er basert på tidlig innsats før debut av røyking, alkohol og rusmidler (Schancke, 2005 referert i Utdanningsdirektoratet, 2006).

Tall fra 2017 viser til at 9 av 10 barn er fornøyd med livet og trives på skolen (Folkehelseinstituttet, 2018). Sosio-økonomisk status og kjønn spiller inn på hvordan godt fornøyd en er da barn fra økonomisk velstående familier er mer fornøyd på skolen. Jenter synes å ha en ”hyppighet av depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser (...)” (Folkehelseinstituttet, 2018), hvor gutter synes å være mer tilfreds en jenter. Denne tilfredsheten synes å synke hos begge kjønn fra 11-16 års alderen. Dette kan henge sammen med utvikling av selvet, og identitetsutviklingen (Imsen, 1998; Ruud, 2013a). I ungdomstiden utvikler individet seg fra barn til ung voksen gjennom blant annet kjønnsutvikling og abstrakt tenkemåte. I tillegg til nye interesseområder (motsatte kjønn, fremtiden, jobb) tillegger omgivelsene nye krav til individets selvoppfattelse. Dette kan bidra til usikkerhet knyttet til seksualitet, selvilde, egne ferdigheter og livssynsvalg. Behovet for å avklare eget ståsted dukker opp, samtidig som denne avklaringen kan være problematisk for individet (Engedal, 1999, s. 72). I en slik søken etter identitetsavklaring og tilhørighet i tillegg til nye hormonelle forandringer kan skolehverdagen oppleves utfordrende, og dermed kan en lettere utvikle angst, depresjon eller andre psykiske plager. Tidlig innsats og forberedelse i form av ”verktøy” for å takle denne overgangen tror jeg er viktig i det forebyggende arbeidet i skolen. Med et kontinuerlig fokus på sosial kompetanse og mestring vil musikkterapien kunne ha en rolle i det forebyggende arbeid, med dets kompetanse rundt aspekter som ressursorientert musikkterapi, samfunnsmusikkterapi og den relasjonelle musikkterapien for å nevne noen. (Rolvsjord, 2008; Kruger, 2015; Ruud, 2013a; Stige, 2008b; Trondalen, 2008)

6.1.4 Diskusjon om hvor viktig er tilstedeværelsen av en musikkterapeut.

I kapittel 5.1.4 så jeg på om det ville være nok å bare lytte til musikk, og om en musikkterapeut eventuelt kan tilby noe annet enn det musikk kan. Jeg stilte meg også det spørsmål om viten om sunn bruk av musikk være nok til å forhindre økning av problematferd. Hege Bjørnestøl Beckmann (2014) undersøker i sin doktoravgradhandling hvordan musikk kan være med å påvirke ungdommers hverdag ved å undersøke hvordan de bruker musikken og hvilken mening og betydning de tillegger den (Beckmann, 2014, s. 275). Beckmann (2014, s. 276) skriver i sin studie at:

En fremtredende tendens er at ungdommene er mer opptatt av å velge musikk etter aktiviteten den skal passe til og behovet den skal fylle, snarere enn å ha fokus på musikalske sjangre og elementer i seg selv.

Her beskriver hun musikk som et medium som spiller på følelsene og ungdommens sinnstilstand, snarere enn det å lytte til en spesiell sjanger og de elementene den sjangeren bringer med seg. Hun beskriver også musikk som en viktig del av sosialiseringarbeidet til ungdommen, der de kan fronte sine verdigrunnlag og skape sin identitet ved å definere sin musikksmak etter slik de ønsker å fremstå. Musikk som en viktig ressurs i ungdommens identitetsskaping er også noe som Ruud (2013a) skriver om, der musikk blir brukt til å finne tilhørighet i en gruppe og for å underbygge hvem en ønsker å være og identifiseres som. Skåland (2009) undersøkte funksjonen av musikklytting i hverdagen og fant at dette kan fungere som en mestringsstrategi eller egenomsorg dersom det gir en opplevelse av kontroll over seg selv. Even Ruud (2013b) har også gjort en undersøkelse med seks informanter, hvor resultatene viser hvordan hverdagsbruk av musikk kan være positivt, i likhet med DeNora (2000) og Skåland (2009). Ruud (2013b) sine informanter beskriver hvordan musikklytting, sangskrivning, deltagelse i kor eller band og dans kan være en kilde til økt trivsel og velvære. Deltakelse i kulturlivet kan ifølge Ruud (2005a) videre bidra til å styrke følelsen av tilhørighet og integritet. Her kan musikkterapeuten være en mellommann for å bidra at deltagelse blir dekket hos barn i grunnskolen.

Det finnes mange nyanser til hvor viktig musikkterapeuten er i det terapeutiske arbeidet med ungdom. Det er ting som burde legges til rette. Spørsmålet blir da hvem som skal legge disse faktorene til rette for barn/unge. Voksne, foresatte, lærere, musikkterapeuter, venner, bekjente og andre mennesker rundt barna og deres holdninger og kunnskap rundt musikk vil påvirke hvordan de bruker musikk i sin hverdag. Et aspekt som barn muligens ikke får når man bruker musikk alene i hverdagen er muligheten for å ha en annen person å reflektere rundt temaene og følelsene som dukker opp når man lytter til musikk. En musikkterapeut har kompetanse og er trent på å hjelpe mennesker med bevisstgjøring, følelsesregulering og ha et metaperspektiv over hvordan musikken påvirker oss, både emosjonelt og fysisk.

6.1.5 Diskusjon om hvorvidt en jobber annerledes med barn på barneskoletrinnet sammenlignet med barn på ungdomsskoletrinnet.

Vi finner i litteraturen forskjeller på musikkterapeutiske intervensjoner med barn og ungdom (Kruger & Strandbu, 2015; Fugle, 2012). Fra et biologisk ståsted finner en forskjeller mellom barn og ungdoms kognitive og sosio- emosjonelle utvikling (Plessen & Kabicheva 2010), og det vil dermed bli naturlig å jobbe annerledes, både med tanke på lengde av intervensjon, men også innhold. Fra eget praksisrelatert arbeid med å jobbe med barn har jeg erfaringer med lek, bevegelse til barnesanger, øvelser for å fremme språklige og motoriske ferdigheter, og teste barnas forståelsesevne gjennom komplekse og overføringsspørsmål. Mange av de overordnede målene for aktivitetene har spesialpedagogisk mål, med et fokus på barnas utvikling. Bestemte aktiviteter kan være ulike rytmeleker med rytmeegg eller trommer, gjemmeleker, avslapningsøvelser og fri improvisasjon basert på barnets initiativ. Viktigheten av gjentakelse av øvelser og kjente sanger er også viktig for barnets mestringsfølelse (Aagre, 2017) Hun beskriver først og fremst en musikkterapeutisk fremgangsmåte med utgangspunkt i barnets initiativ, der musikkterapeuten følger og er med på leken.

Også fra et relasjonelt perspektiv er dette viktig, da det vil fremme forståelsen av intersubjektivitet, og en opplevelsen av gjensidig anerkjennelse (Trondalen, 2008). Hun skriver videre at hvordan intersubjektivitet kan oppstå i musikkterapien ”Overført til musikkterapi innebærer en slik relasjonell tankegang at selvopplevelse og samskaping blir til gjennom en utveksling av følelser og musikalske gester i et medlevende musikalsk-relasjonelt nærvær på det praktiske plan” (Trondalen, 2008, s. 31). Viktige elementer for musikkterapeuten blir følelsesinntoning og en anerkjennende holdning. Hun trekker videre frem at selvet skapes gjennom nettopp en subjektiv anerkjennelse av andre, og opplever seg selv som et subjekt med et eget indre liv” (Trondalen, 2008 s. 31). Anerkjennelse i musikkterapi som en del av det relasjonelle perspektivet beskrives som viktig uansett alder. Fra et utviklingspsykologisk perspektiv utvikles intersubjektivitet gjennom mor-barn dyaden tidlig i utviklingsløpet, og hjelper barnet i utviklingen mot et eget selvstendig og adskilt selv. Senere kan denne intersubjektiviteten underbygge behov om å bli sett, og om å oppleve noe sammen i musikkterapien, men også som en videre utvikling av selvet gjennom samhandling og erfaringer. Trondalen (2008) skriver at en gjennom det musikkterapeutiske samspillet kan legge til rette for en delt – ”men individuelt opplevd – opplevelse” (Trondalen, 2008 s. 44).

Sammenlignet med barneskolen, der gjerne leken brukes for å nå de spesialpedagogiske og selvrealiserende målene, jobber en i ungdomsskolen gjerne mot de samme målene, men med andre innfallsmåter. Dette kan være ved å opprette en god relasjon, trygghet og samarbeid i musikkterapien, der det musikalske produktet der prosessen opp til produktet er minst like viktig for selvutvikling hos den enkelte. Ungdomsalderen blir karakterisert som en overgangsfase, hvor roller og interesser fra barneårene endres. En får nye utviklingsoppgaver, som kan dreie seg om å tilegne seg mer modne sosiale ferdigheter, ansvar i tillegg til utvikling av livssyn, samfunnssyn og identitet (Evenshaug & Hallen, 2001, s. 283,285; Tetzchner, 2012 s.883). Dette er en utvikling som starter i 13-årsalderen, preget av sterke emosjoner og viktige valg for å bli et mer selvstendig og uavhengig individ. Saarikallio (2011) beskriver også hvordan ungdommene går igjennom store psykososiale endringer som blant annet rekonstruksjonen av selv-konseptet og utarbeidingen av en voksen identitet. I denne endringen kan musikken ha en viktig rolle. Hun skriver videre at:

In relation to emotional self-regulation and coping, music provides adolescents with a variety of ways of dealing with stress and negative emotions, but also empowers them through intensive positive and relaxing experiences (Behne, 1997; Saarikallio & Erkkilä, 2007; Wells & Hakanen, 1991 Referert i Saarikallio, 2011, s. 308).

Musikk beskrives her som en måte å jobbe gjennom vanskelige følelser, men også som et verktøy for positive og behagelige opplevelser. Musikkens rolle for følelsesreaksjoner som skaper vår identitet kommer også tydelig frem i Ruud (2013). Ved gjensvar i følelsen musikken skaper vil det øke egen evne til å stole på følelser som oppstår (Ruud, 2013 s. 101). Dette gjensvaret kan komme fra mor i tidlig alder og senere fra venner. Dette viser til et skifte i hva som har størst påvirkningskraft på individet, noe som kan rettes mot Bronfenbrenners økologiske modell (1979) der det fokuseres på interaksjonen mellom individet og konteksten det er en del av. I de første leveårene begrenser denne konteksten seg til foreldrene og den næreste familien. Etter barnehage og skolestart utvides mikrosystemet til å gjelde de nye klassekameratene og vennene og individet vil i samspillet med nye fellesskap også få muligheten til å påvirke disse, samtidig som det selv blir påvirket (Bronfenbrenner, 1979). I ungdomstiden vil gjerne individet være mer med venner enn med familien, og det kan dermed oppstå et skifte i påvirkningskraft og hvem sin mening som vektlegges. Vennene blir de

dominerende andre, og får mest påvirkningskraft på individet (Frønes, 2006). De får videre viktige roller i individets identitetsutvikling og regulering av selvbildet (Skarpeid, 2008). Musikken blir i samspill med venner et viktig moment for å opprettholde et positivt selvbilde, gjennom felles musikksmak og musikkreferanse. Oppsummert forstår jeg det slik at musikken endrer seg fra å være inspirert av lek, sang og dans til å bli et verktøy i ungdommens identitetsutvikling og emosjonsregulering. Dette vil i neste omgang påvirke arbeidsmetoder og samtalene rundt musikk i musikkterapien.

6.2 Implikasjoner for musikkterapeutisk praksis i grunnskolen

I denne oppgaven har jeg hatt fokus på forebygging i stedet for behandling. Jeg mener at et ressursorientert perspektiv, hvor musikkterapi og teori om musikk og bruksområdene til musikken er et godt grunnlag som kan videreføres og fungere som forebyggende arbeid i grunnskolen.

Weissberg et al. (2003, s. 427-429) har gjort en analyse av mange forebyggingsprogram i USA hvor de understreker nødvendigheten av et "helhetsperspektiv". Faktorer de trekker frem er at et forebyggende tiltak burde:

1. "Uses a research-based risk and protective factor frame work that involves families, peers, schools, and communities as partners to target multiple outcomes.
2. Is long term, age specific, and culturally appropriate
3. Fosters development of individuals who are healthy and fully engaged through teaching them to apply social-emotional skills and ethical values in daily life.
4. Aim to establish policies, institutuinal practices, and environmental supports that nurture optimal development
5. Selects, trains, and supports interpersonally skilled staff to implement programming effectively
6. Incorporates and adapts evidence-based programming to meet local community needs through strategic planning, ongoing evaluation, and continuous improvement"

I tillegg til å trekke frem faktorer ved selve forebyggingsarbeidet legger de også vekt på opplæring av de som skal implementere forebyggingsprogrammet i tillegg til å tilpasse det samfunnet.

Knytter en disse faktorene opp mot musikkterapi og det musikkterapien kan tilby vil flere av faktorene være oppfylt i en institusjonell kontekst som det skolen er. Som Weissberg et al. (2003) understreker må forebyggingsopplegget bygge på kunnskaper som beskyttende faktor. Knyttet opp mot ungdomsskolen kan en se på de beskyttende faktorer som en del av ungdommenes ressurser, og her vil den ressursorienterte musikkterapien kunne være et viktig bidrag til det forebyggende arbeidet. Man kan sikre at tiltaket er alderstilpasset og kulturelt adekvat ved å ha fokus på ungdommenes egen musikkinteresse (Eriksen, 2012). I en samfunnsterapeutisk praksis kan en ressursorientert tilnærming ha et fokus på samspillet mellom individ og samfunn, som igjen kan være en ”miljøstøtte som stimulerer til en best mulig utvikling for hver enkelt” (Eriksen, 2012, s. 37).

Befring (2008) skriver om “den nye ungdomsalderen”, hvor skoleelever opplever en utvidet skoleplikt og forventninger om videre utdanning. Dette skaper nye muligheter for noen, men skaper også sårbarhet for andre (Befring, 2008). Eriksen (2012) trekker frem at “skolekrav gjør at arbeids- og samfunnslivet blir mindre tilgjengelig for noen og kan dermed bli en problemskapende kraft som fører unge mennesker inn på uønskede spor” (s.36). Det var bedre muligheter for de som ikke lyktes i skolen å få seg arbeid for noen tiår siden (Befring, 2008). Det er et større press på akademisk kompetanse, og det å “være god på skolen” i dag, og de som ikke lykkes med dette kan få utfordringer med gode alternativer til skolegangen (Befring, 2008). Det er derfor hensiktsmessig for skolen og finne forebyggende og alternative løsninger innenfor skolesystemet, både for å fange opp, men også for å forhindre at de som sliter ikke faller utenfor (Eriksen, 2012, s. 36).

Alle mennesker har behov som må dekkes for at vi skal fungere på en sunn og god måte. Abraham Maslows behovspyramide (Maslow, 1943) har definert fem behovsområder som han mener er grunnleggende for hvert individ. Disse er delt inn i fysiske behov, behov for sikkerhet, sosiale behov, behov for status, aktelse og anerkjennelse og selvrealisering i en hierarkisk modell. De fysiske primærbehovene (mat, husly, trygghet, sikkerhet) finner en nederst på Maslows behovspyramide, og Maslow mener at mennesket i større eller mindre grad må dekke disse behovene for at individet skal kunne bevege seg oppover mot de mer sosial orienterte og humanistiske behovene (anerkjennelse og selvrealisering) (Maslow,

1943). Maslow deler så disse kategoriene opp i mangelbehov (deficiency needs), som er de livsnødvendige vilkårene for mennesket, og vekstbehov (being needs), som er behov for å utforske, være i aktivitet, anerkjennelse og en positivt selvoppfatning. Han understreker også mennesket ønske for mestring og kompetanse; “satisfaction of the self-esteem need leads to feelings of self-confidence, worth, strength, capability and adequacy, of being useful and necessary in the world” (Maslow, 1987, s. 21). Selv om Maslow sin teori har vært gjenstand for kritikk, har den fått stor betydning og blir mye brukt på flere områder, spesielt innenfor pedagogikken (se Evenshaug & Hallen, 1993). Noe av kritikken går på at den underbygger en individualistisk vekstpedagogikk med hovedvekt på behovstilfredsstilling, og at den sosiale og kulturelle konteksten ikke får så mye fokus. Alikevel ønsker jeg å trekke den frem, da jeg ser den relevant i arbeid med barn og unge. Dersom barns primærebehov ikke er tilstrekkelig tilfredsstillt vil barnet, ut i fra Maslow sitt synspunkt, ikke kunne yte tilstrekkelig på et sosiokulturelt og emosjonelt nivå. Dette tenker jeg igjen vil gå ut over barnets evne til konsentrasjon og akademisk kompetanse. Maslow (1987) trekker også frem begrepet *Peak Experience*, (høydepunktsopplevelser), som er en opplevelse som virker som:

“(..) an integration within the person and therefor between the person and the world. In these states of being, the person becomes unified; for the time being, the splits, polarities, and dissociations within him tend to be resolved” (Maslow, 1987, s. 163).

Jeg tolker dette som at disse opplevelsene har potensialet til å endre personen og dens opplevelse av verden, i det øyeblikket opplevelsen inntreffer. Jeg ser flere sammenhenger mellom høydepunktsopplevelser og mestringsopplevelser. Hvis vi tenker at det er slik, kan man tenke seg at mestringsopplevelser også for enkelte kan være så sterk at den vil kunne kategoriseres som en høydepunktsopplevelse. Her har musikkterapien, dersom den fokuserer på å fremme slike mestringsopplevelser gjennom bruk av musikk, et stort potensialet i arbeid med barn og unge. Beckmann (2014), som jeg trakk inn tidligere (avsnitt 6.1.4) understreker dette også i sin doktorgrad:

Musikk brukes for å forsterke følelser, for å endre følelser, for å få utløp for følelser og for å bearbeide følelser. På denne måten kan musikk gi ungdommene emosjonell bevissthet og emosjonell kunnskap. Videre inngår musikk i ungdommenes hverdag

som en mestringsstrategi. Gjennom økt emosjonell kompetanse bidrar musikk til å håndtere det ungdommene beskriver som hverdagens utfordringer, noe som igjen gir en følelse av mestring (Beckmann, 2014, s. 277).

Musikk har absolutt et virke innenfor skolen, ved at den brukes individbasert og målrettet. Den har forskjellige virkeområder opp gjennom skoletrinnene, men med tilrettelegging og tilpasninger mener jeg det finnes muligheter for å implementere musikkterapeutisk praksis i grunnskolen.

6.3 Implikasjoner for forskning

Ut i fra litteratursøket jeg gjorde, fant jeg til dags dato ingen forskning på norske skoler på området; musikkterapi som forebyggende tiltak i skolen. Jeg finner heller ikke i dagens musikkterapiutdanning innføring i forebyggende arbeid knyttet til grunnskole. Det jeg derimot har opplevd er undervisning omhandlende forebyggende ungdomsarbeid utenfor en pedagogisk setting. Dette gjøres gjennom private sektorer som gir midler til forebyggende tiltak for ungdom som allerede har eller er på vei til å havne utenfor. Tidligere forskning på dette området omhandler barnevernet som kontekst, og hvordan musikk kan brukes som en ressurs for å fremme deltakelse, og også som en politisk arena i den samfunnsmusikkterapeutiske praksisen.

Videre hadde det vært interessant å sett studier der musikkterapi er en del av skolehverdagen til barn og unge over tid. Det trengs mer forskning på hva musikkterapien kan bidra med som forebyggende tiltak i skolen, og ikke minst mer praksis for hvordan det kunne ha blitt gjort. Forebyggende tiltak er i vinden som aldri før (se 6.2 – pressemelding), og musikkterapien kan være en del av den innsatsen som blir gjort på det feltet. Jeg tenker det kunne vært en idé og begynt i det små, ved å presentere hvordan musikkterapien kan bidra i det forebyggende arbeidet i skolen på skoler blant pedagoger og spesialpedagoger. Ved økt interesse og informasjon kunne det kanskje åpnet for utvikling av musikkterapeutisk praksis i skolen, og dermed ny forskning på feltet. Det må her presiseres at musikkterapien lenge har hatt en plass i skolen som et spesialpedagogisk tiltak. Målet med denne oppgaven derimot er å åpne opp for muligheten av å bruke musikkterapi som et forebyggende tiltak rettet mot å styrke elevenes sosio-emosjonelle ferdigheter og utvikle resiliens gjennom å fremme ressurser.

6.4 Implikasjoner for utdanning

I Norge har vi i dag to utdanningsinstitusjoner for musikkterapi. Jeg opplevde ved min institusjon, å få lite informasjon om forebyggende arbeid i grunnskolen. Jeg opplevde derimot et fokus på musikkterapi som forebyggende tiltak for ungdom gjennom praksisopplevelser og forelesninger. Jeg tror at økt fokus på musikkterapi som et forebyggende tiltak i grunnskolen, og utarbeiding av flere praksisplasser i ordinærskole, vil kunne skape interesse for emnet som igjen kunne resultere i mer forskning på dette feltet. En kan tenke seg at utdanning og forskning vil henge sammen.

Mine implikasjoner til utdanning ville vært å gi mer informasjon om hvordan forebyggende tiltak i grunnskolen kunne blitt satt i verk og hva det vil si å jobbe forebyggende i grunnskolen. Musikkterapeutisk arbeid i pedagogiske kontekster har tidligere innebært et fokus på spesialpedagogiske tilnæringsmåter, noe jeg tror ville måtte endres til en helsefremmende tilnærming, ikke ulikt arbeid musikkterapeuter gjør i psykisk helse og rus kontekster. Forebyggende arbeid som undervisning kunne en gjort gjennom fag som samfunnsterapeutiske og/eller musikkterapi i pedagogiske kontekster. Gjennom utvikling av flere praksisplasser i skolen vil forhåpentligvis musikkterapien få en fast plass i en ordinær skolekontekst om noen år.

6.5 Kritisk blikk på egen forskning

I denne oppgaven har jeg fokusert på teori omkring musikkterapi med barn i grunnskolen. Jeg har i mitt litteratursøk gjort spesifikke søk på bakgrunn av hva jeg ønsket å finne, og med en avgrensning til de siste ti årene la det sin begrensning på denne oppgaven. En kritikk til studien kan være selve metoden, da litteraturen kan være annerledes enn det som praktiseres i dag. Jeg vet at det bedrives musikkterapi i ordinær skole – dog i mindre grupper, både på barneskole og ungdomsskole her i Norge. Noe av dette er i skoletid (barneskolen) mens det på ungdomsskoletrinnet for det meste foregår etter skoletid (Aleris, Bergen). En annen kritikk kan legges til selve litteraturen. Da det fantes lite litteratur omhandlende forebyggende arbeid gjort av en musikkterapeut i skolen, kan en stille spørsmål til gyldigheten av studie. Ettersom den baserer seg på fem studier gjort innenfor en åtte-års periode i fem forskjellige land, kan det foreligge konklusjoner i resultatet som ikke viser seg å være gyldig i Norge. En kritikk kan også rettes til metodene i de fem inkluderte studiene, da bare tre av dem var av

evidensbasert forskning. Det er med andre ord lite tyngde i denne studien med tanke på inkludert materialet etter litteraturgjennomgang.

Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på musikkterapeutiske perspektiver som humanistisk, ressursorientert og helsebegrepet sett ut ifra en empowermentfilosofi. Jeg har ikke sett noe på forebygging sett ut i fra et samfunnsperspektiv, noe som kunne vært interessant for å studere forebygging og dets innvirkning på et mer økologisk nivå. Jeg kunne også tatt med andre læringsteorier som konstruktivisme og behaviorisme for å nevne noen, da særlig det behavioristiske synet på læring har sin forankring i det spesialpedagogiske aspektet av skolesystemet. Med belønningsstyrt læring skapes det en ytre motivasjon i mennesket og det har vist seg effektivt, særlig med barn med autisme.

7.0 AVSLUTNING

Dette litteraturstudiet har sett på hva teorien sier om musikkterapi som forebyggende tiltak i grunnskolen. Jeg har tatt utgangspunkt i et humanistisk syn på musikkterapien og tolket materialet jeg samlet inn gjennom et konstruktivistisk kunnskapssyn. Mitt teoretiske fundament som forsker har vært basert på litteratur om ressursorientert musikkterapi og dets tilknytting til helsebegrepet og mestring, som jeg har sett på som relevant for å se på musikkterapien sin plass i det forebyggende arbeidet i skolen.

Jeg har sett på artikler omhandlende musikkterapi i ordinær skolepraksis i tillegg til å se på musikkterapi som et forebyggende tiltak i skolen. Flere artikler og studier jeg har vist til understreker at musikk kan være et godt redskap både til forebyggende arbeid i skolen, og som et helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Likevel finnes det lite forskning som omhandler musikkterapi i en skole og dets kontekst, på tross av at musikkterapien er veletablert i dette praksisområdet.

Metoden jeg valgte å bruke i dette studiet var en integrert litteraturgjennomgang, der jeg systematisk gikk igjennom de artiklene jeg fant relevante i forhold til søkekriteriene mine. Artiklene ble videre presentert i resultatdelen og viser til forskning på barne og ungdomsskoletrinnet med fokus på bedring av barns sosio-emosjonelle ferdigheter (Chong et al., 2010; Clements-Cortes., 2010; Uhlig et al., 2018), i tillegg til metodikk til bruk mot mobbing (Shafer et al., 2013; Uhlig et al., 2018) og musikkterapi og akademiske ferdigheter (Chong et al., 2010). Gjennom disse artiklene fant jeg frem til fem temaer som jeg belyste i analysen og senere diskusjonsdelen. Dette er temaer som går nærmere innpå musikkterapien sin funksjon og virkeområde og hvordan det kan kobles inn mot en pedagogisk kontekst. På nærmere sikt kan de fem temaene være nyttige for å belyse viktige temaer for fremtidig forskning, utdanning og praksis.

Avslutningsvis finnes det noen utfordringer i å implementere musikkterapi i grunnskolen. Dette kan være økonomiske begrensninger, da skolen gjerne ikke har nok midler til å ansette en musikkterapeut i full stilling. I tillegg kan det være andre yrkesgrupper som vil være mer attraktive i første omgang basert på kostnader, kjennskap til arbeid og praksis. Eksempler kan være miljøterapeuter, helsesøstre og psykologer. Likevel vises det til et stadig behov for forebyggende arbeid i skolen, og det legges dermed et større ansvar over på pedagogene. Regjeringen la tidligere i år frem en pressemelding der tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage og skole skulle bli fokusområdet ved ny stortingsmelding høsten 2019 (Kunnskapsdepartementet, 2018). De legger videre frem at det vil komme flere

pedagogspesialister, for oppfølging av elever med skrive og lesevansker. De nevner også oppfølging av ny kunnskap fra ulike ekspertgrupper for det forebyggende arbeidet i skole og barnehage. Videre vises det til svakheter i spesialundervisningen der mye av den skjer av ufaglærte, i tillegg til at det problematiseres at elever blir tatt ut av klasserommet for spesialundervisning. Jeg tror absolutt på bakgrunn av litteratur liggende til grunn for denne oppgaven at musikkterapien kan ha en rolle i det forebyggende arbeidet i skolen. Likevel trengs det mer evidensbasert forskning på området som kan vise til hva som har effekt, og mulige implikasjoner for praksis.

REFERANSELISTE

- Aagre, G. (2017) Den røde bussen. I Næss, T. & Ruud, E. (red.) *Musikkterapi i praksis* (s. 14-19). Oslo: NMH publikasjoner 2017:1.
- Aannø, T. (2010). *Mindfulness- and Acceptance-based Treatment for Older Adults: Literature Review*. Masteroppgave. Universitet i Bergen.
- Aigen, K. (2005). *Music-centered music therapy*. Gilsum, N.H: Barcelona.
- Ansdell, G., & Stige, B. (2018) Can music therapy still be humanistic? *Music Therapy Perspectives*, Volume 36, Issue 2, 31 October 2018, Pages 175–182.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *11*(1), 11-18.
- Atfret, K. (2008). Samspill – om musikkterapeuten i kommunen. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red). *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi* (s.243- 252). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Beckmann, H. (2014). *Den Livsviktige Musikken: En Kvalitativ Undersøkelse Om Musikk, Ungdom Og Helse, 2014:9, X, 339*. Doktorgradavhandling. Norges Musikkhøgskole.
- Befring, E. (2004). *Skolen for barnas beste: Oppvekst og læring i eit pedagogisk perspektiv* (Samlagets bøker for høgare utdanning). Oslo: Samlaget.
- Befring, E., (2008). *Forebygging i en psykososial kontekst*. I Befring, E. & Tangen, R. (red.), *Spesialpedagogikk*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.
- Befring, E. (2012). *Forebygging - tidlig innsats til barns beste* (pp. 21-36). [Oslo].
- Bjørnestad, &, & Høgskulen i Sogn og Fjordane. (2005). *Om konstruktivismen* (Vol. Nr 12/2004, Notat (Høgskulen i Sogn og Fjordane : online)). Høgskulen i Sogn og Fjordane.
- Bjørnestad, E., Røthing, Å. (2012) Kjønn i utdanningsforløpet – gjenkjennelig og komplekst. *Norsk pedagogisk tidsskrift, 06, 97*.
- Bonde, L. O. (2002). *Levende læring gjennom musikoplevelse*. I S. E. Holgersen, K. Fink-Jensen, H. Jørgensen & B.Olsson (Red.), *Musikpædagogiske refleksjoner: festskrift til Frede V. Nielsen 60 år* (s.121-155). København: Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bruscia, K., E. (1998) *Defining Music Therapy* (2.utg.ed.). Gilsum, NH: Barcelona.
- Bruscia, K., E. (2014). *Defining Music Therapy* (3rd ed.). Gilsum NH: Barcelona Publishers.

- Bråten, I., Thurmann-Moe, A., Øzerk, K., & Dale, E. (1996). *Vygotsky i pedagogikken*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Chong, H. J., & Kim, S. J., (2010). Education-oriented Music Therapy as an after-school program for students with emotional and behavioral problems. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 190-196.
- Clements-Cortes, A. (2013). HealthRHYTHMS: Adolescent drum protocol project with at-risk students. (music and health). *Canadian Music Educator*, 54(3), 54-57.
- Cosmovici Idsøe, E., & Idsøe, T. (2012). Emosjonelle vansker. *Respekt & senter for atferdsforskning*.
- Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.; International student ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: University Press.
- Engedal, L. (1999). *Ecce Homo : En Studie Av Psykovitenskapelige Identitetsteorier Med Særlig Henblikk På Identitetserfaringens Konstituerende Elementer Og De Metateoretiske Forutsetningenes Funksjon I Teoriutforming*. (64). Oslo: Unipub.
- Eriksen, E. (2012). *Musikken - en slags Skybert - om musikkterapi som forebyggende ungdomsarbeid*. Masteroppgave. Universitetet i Bergen.
- Folkehelseinstituttet. (2011). *Bedre føre var. Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Hentet 16 oktober 2018 fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet 15 oktober 2018 fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf.
- Frønes, I. (2006). *De likeverdige. Om sosialisering og de jevnaldrendes betydning*. Oslo: Gyldendal.
- Fugle, G. (2012). *Rytmen mellom oss: Bruk av musikk i arbeid med barn og unge*. Leikanger: Skald.
- Gabrielsson, A. (2008). *Starka musikupplevelser. Musik är mycket mer än bara musik*. Kungl.
- Gillham, Shatté, & Freres. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 9(2), 63-88. Musikaliska Akademiens skriftserie nr 113: Gidlunds.
- Gold, C., Saarikallio, S., Crooke, A., & McFerran, K. (2017). Group Music Therapy as a Preventive Intervention for Young People at Risk: Cluster-Randomized Trial. *The*

- Journal of Music Therapy*, 54(2), 133-160.
- Gustavsen, A., M. (2017). Longitudinal Relationship between Social Skills and Academic Achievement in a Gender Perspective. *Cogent Education*, 4(1).
- Helsedirektoratet (2016a). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. (IS-1896) Hentet 19.10 fra:https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/Veileder%20for%20frisklivssentraler/Kap%207%20Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf.
- Helsedirektoratet (2016b). *Psykisk helse i et folkehelseperspektiv*. (IS-2545) Hentet 30.20 fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse%20i%20et%20folkehelseperspektiv.%20Intern%20strategi%20Helsedir.pdf>
- Hernes, S. (2012). *"Fra Enstrengsbass Til Nettverksbygging": En Kvalitativ Undersøkelse Om Musikterapiens Rolle I Kulturskolen*, 76. Masteroppgave. Universitetet i Bergen.
- Hodne, I., H. (2008). Musikterapiene som profesjonsgruppe i Norge. I G. Trondalen, & E. Ruud (red.) *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi* (s.219-232). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Holsen, Ingrid (2009). *Depressive symptomer i ungdomstiden*. I Klepp, K., I. & Aarø, L., E. (red.), *Unngdom, Livsstil og Helsefremmende Arbeid* (s. 59-72). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.
- Imsen, G. (1998): *Elevens verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Tano Aschehoug. 3. opplag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Johns, U. (2008). "Å bruke tiden - hva betyr egentlig det?": *Tid og relasjon - et intersubjektivt perspektiv* (pp. 67-84). Oslo.
- Kjellesvik, K. (2017). *Psykisk helse i skolen*. Masteroppgave. NTNU.
- Krüger, Viggo (2008). *Musikkterapi som læring i praksisfellesskap: en fortelling om et rockeband*. I Trondalen, Gro & Ruud, Even (red.), *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi* (s. 399-413). Oslo, NMH-publikasjoner.
- Krüger, V., & Strandbu, A. (2015). *Musikk, ungdom, deltakelse: Musikk i forebyggende arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2018). Tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage og skole. Meldt inn 01.06.2018. Hentet 08.11.2018 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-stortingsmelding/id2603216/>.

- Kvale, S. & Brinkmann S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. Utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalheim, G., & Bereksten, B. (2011). *Om musikk, språk og mot ved Alrekstad alternative skole* (Vol. [1], Stemmeskifter). Bergen: Kompetansesenter rus - region vest Bergen Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Lovdata. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen (opplæringsloven). Hentet fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19980717-061.html>. Hentet den 10.10.2018.
- Maslow, A., & Langfeld, Herbert S. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslow, A. (1968). Music Education and Peak Experience. *Music Educators Journal*, 54(6), 72-171.
- Maslow, Abraham (1987): *Motivation and Personality*. Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41(5), 733-746.
- Masten, A.S., Cutuli, J.J., Herberts, J.C., & Reed, M.J. (2009). *Resilience in Development*. I Lopez, Shane J. & Snyder, C. R. (red.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (s. 117- 132). New York, Oxford University Press.
- Nordahl, T., & Norge Utdanningsdirektoratet. (2006). *Forebyggende innsatser i skolen : Rapport fra forskergrupper oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet Utdanningsdirektoratet.
- Nordahl, T. (2007): *Hjem og skole – hvordan skape et bedre samarbeid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Næss, T. (2008). Fra terapeutisk improvisasjon til samfunnsmusikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud. (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s.139- 159). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Ogden, Terje (2005). *Skolens mål og muligheter*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ogden, Terje (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (LOV-1998-07-17-61). Hentet 28.10. 2018 fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19980717-061.html>.

- Plessen, K., & Kabicheva, G. (2010). Hjernen og følelser - fra barn til voksen. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 130(9), 932-935.
- Ogden, T. (2011). Sosial ferdighetsopplæring for barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 64-68.
- Rolvsvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s.123-137). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Rolvsvjord, Randi (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum: Barcelona.
- Rolvsvjord, R., & Stige, B. (2015). Concepts of context in music therapy. *24(1)*, 44-66.
- Ruud, E. (1979). *Musikkterapi: Temahefte* (Vol. 1979:4, Musikk i skolen). Oslo: Musikk i skolen.
- Ruud, E. (1980). *Music therapy and its relationship to current treatment theories* (Rev. English ed.). St. Louis, Mo: Magnamusic Baton.
- Ruud, E (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling : Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.
- Ruud, E. (1992). Om forskning i musikkterapien: Metakritikk, verdier og kvalitativ metode. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1 (1), 21-26.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforl.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud. (Red.), *Perspektiver på musikk og helse 30 år med musikkterapi* (3. Utg., s. 5 – 28). Oslo: NMH-Publikasjoner.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Gilsum, NH.: Barcelona.
- Ruud, E. (2013a). *Musikk og identitet* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Ruud, E. (2013b). Can music serve as a “cultural immunogen”? An explorative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8(1), 20597.
- Ruud, E. (2017). Handlemuligheter og musikalsk aktørskap. Om å avgrense musikkterapi fra musikkpedagogikk. Oslo: NMH-publikasjoner:10.
- Saarikallio, Suvi (2011) *Music as emotional self-regulation throughout adulthood*. *Psychology of Music* 2011(39), 307–327.
- Schancke, V. (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis: En kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger* (2. utg. ed., Vol. Nr 1/2005,

- Skriftserie fra Nordnorsk kompetansesenter-rus). Narvik: Nordnorsk kompetansesenter - Rus, ved Nordlandsklinikken.
- Shafer, K., S., & Silverman, M., J. (2013). Applying a social learning theoretical framework to music therapy as a prevention and intervention for bullies and victims of bullying. *The Arts in Psychotherapy*, 40(5), 495-500.
- Skaalvik, E., & Skaalvik, S. (2005). *Skolen som læringsarena : Selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforl.
- Skaalvik, E., & Skaalvik, S. (2006). På veg mot en inkluderende skole? I Østli, A. (red.), *Spesialpedagogikk*. Utdanningsforbundet 2006:2.
- Skarpeid, G. (2008) Unge jenter, musikklytting og psykisk helsevern. I G. Trondalen, & E. Ruud. (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s.427-436). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Skåland, M. S. (2009). (Mobil) musikk som mestringsstrategi. I: Ruud, E. (red.), *Musikk i psykisk helsevern med barn og unge*. Oslo: NMH-publications .
- Solli, H. (2009). *Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern* (s. 15-36). Oslo.
- Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum: Barcelona.
- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Stige, B. (2008a). Musikkterapiforskning – mellom praksis og academia. I G. Trondalen, & E. Ruud. (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s.49-65). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Stige, B. (2008b). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I G. Trondalen, & E. Ruud. (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s.139-159). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. New York: Routledge.
- Trondalen, G., Rolvsjord, R. & Stige, B. (2010). Music Therapy in Norway – Approaching a New Decade. *Voices Resources*. Hentet 8.10.2018 fra:
<http://testvoices.uib.no/community/?q=country-of-the-month/2010-music-therapy-norway-approaching-new-decade>.
- Thomas, D., & Hodges, I. (2010). *Designing and Managing Your Research Project: Core Skills for Social and Health Research*. London: SAGE Publications.
- Weissberg, R., Kumpfer, K., Seligman, M., & Anderson, Norman B. (2003). Prevention That

- Works for Children and Youth. *American Psychologist*, 58(6-7), 425-432.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.
- Uhlig, S., Jansen, & Scherder. (2018). "Being a bully isn't very cool...": Rap & Sing Music Therapy for enhanced emotional self-regulation in an adolescent school setting – a randomized controlled trial. *Psychology of Music*, 46(4), 568-587.
- Utdanningsdirektoratet (2015). *Forebygge og fremme barn og unges psykiske helse*. Hentet fra: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/skolemiljo/psykososialt-miljo/psykisk-helse/>
Hentet den 17.10.2018.
- Utdanningsdirektoratet (2014). *Fag- og timefordeling og tilbudsstruktur for Kunnskapsløftet*. Udir-1-2014. Hentet fra: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/fag-og-timefordeling/Tidligere-rundskriv/Udir-1-2014/Udir-1-2014-Vedlegg-1/1-Bestemmelser-for-hele-grunnpplaringen/> Hentet den 15.10.2018.