



Bachelorgradsoppgave

Musikk for mennesker med angst Music for people with anxiety

Kan musikk dempe angst?
Can music reduce anxiety?

Forfatter: Edel Marie Mathiassen

VPL310

Bachelorgradsoppgave i Vernepleie

Helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

Sammendrag

I denne litteraturstudien har jeg tatt for meg fem forskningsartikler med tema rundt musikkens egenskaper og innvirkning på menneskekroppen- og mennesker med angst. Målet med studien var å finne ut hva forskningen sier om hvilke virkning musikk kan ha på mennesker som lider av angst. Forskning viser at musikk lenge har vært brukt som en angst-, smerte- og stressreducerende metode i forbindelse med medisinske inngrep. Funnene fra denne studien indikerer at selvvalgt og spesialdesignet musikk har angstreducerende effekt, og at musikk kan ha aktiverende- eller avslappende virkning på mennesker med angst.

Abstract

This literature study I focused on five research articles themed around *how music influence on the human physiology and people with anxiety*. The aim of the study was to find out what the literature says about the effect that music can have on people suffering from anxiety. Previous research shows that music has been, and is used as an anxiety-, pain- and stress reduction, associated with medical intervention. The findings in this study indicate that self-selected and specially designed music has anxiety -reducing effect and that music can have activating - or relaxing effect on people with anxiety.

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1. Problemstilling	2
1.2. Forforståelse/forkunnskap av tema.....	2
1.3. Avgrensning	3
1.4. Begrepsavklaring.....	3
1.5. Oppgavens oppbygging	4
2. TEORETISK REFERANSERAMME	5
2.1. Angstlidelser	5
2.1.1. Forklaringsmodeller	7
2.1.2. Angstlidelser inndelt i grupper	8
2.1.3. Behandlingsmetoder	9
2.2. Musikk og helse	10
2.2.1. Musikk i behandling.....	11
2.2.2. Musikk og psykisk helse	13
2.2.3. Musikk, hjerne og angst	14
3. METODE	15
3.1. Litteraturstudie.....	15
3.2. Litteratursøk.....	15
3.3. Forskningsetikk og kildekritikk.....	17
4. PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE	18

4.1. Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters	18
4.2. Treatment of psychiatric patients suffering from anxiety using MusiCure – a pilot study.....	19
4.3. Effect of group music intervention on depression, anxiety and relationship in psychiatric patients: A pilot study.....	20
4.4. The neurochemistry of music	22
4.5. Hvordan virker musikk på menneskekroppen?	23
5. DRØFTING.....	25
5.1. Musikk som avslapping og avledning	25
5.2. Virker all musikk på alle med angst?.....	26
5.3. Musikkens fysiologiske effekt hos mennesker med angst	27
6. OPPSUMMERING	29
7. LITTERATURLISTE.....	31

Vedlegg 1 (Søkematrise)

1. INNLEDNING

«Når jeg spiller, forsvinner angsten» sier Bård Wessel Gynnild i et intervju av journalisten Ivar Værnesbranden i Stjørdalens blad. Gynnild er psykiatrisk pasient, og medlem i musikkgruppen «Placebo», som er et behandlingstilbud gjennom distriktpsikiatrisk senter i Stjørdal. Et annet bandmedlem forklarer at musikk er et universelt språk, og de får vist hva de kan, noe som bidrar til økt selvtillit. Institusjonsleder Ann Inger Leirtrø, kan også se at musikk som behandling tilsynelatende er med på å forhindre noen innleggelses (Værnesbranden, 2014). Denne artikkelen fanget min interesse, da Wessels subjektive opplevelse av å spille kunne få han til å glemme angsten. Dette pirret nysgjerrigheten min rundt musikkens egenskaper og om musikk virker på flere mennesker som lider av angst. Man kan lese faglitteratur og forskningsartikler som omhandler temaet, men det blir kanskje mer ekte når pasientene selv stiller til intervju, og deler sin erfaring. Dette ble starten på denne oppgaven, å undersøke hvilken virkning musikk kan ha på mennesker med angst. Musikk er noe de aller fleste kjenner til, og som er en del av vår kultur. I følge Mykletun og Knudsen (2009), kan det fastslås at rundt en fjerdedel av befolkningen vil rammes av angstlidelser i løpet av livet, og ca. 15 % i løpet av et år, noe som viser at dette er et aktuelt tema.

Av egen erfaring vet jeg det er mye påvirkningskraft i musikk, da jeg selv har satt på oppmuntrende toner dersom jeg har følt meg litt slapp eller trist. Spørsmålet denne oppgaven vil finne svar på er om musikk har en vitenskapelig effekt som kan redusere angst, og er dette et verktøy jeg som vernepleier kan ta i bruk når jeg jobber med mennesker som opplever angst? I nasjonal omsorgsplan 2011-2015, gir regjeringen lovnader om at den kommunale helse- og omsorgssektoren skal videreutvikles slik at den gir brukeren gode muligheter for livskvalitet, mestring og i større grad kan oppfylle ambisjoner om forebygging og tidlig innsats (Meld. St. 16, 2010-2011). Og med dette utgangspunktet er det for meg en spennende tanke å bruke musikk som forebygging og behandling. I følge Ruud (2006) er det forskning som tyder på at aktiv deltakelse i amatørmusikklivet har betydning for den enkeltes helse og livskvalitet.

Som vernepleier ligger vår kompetanse i å se det helhetlige mennesket, og i å kunne bruke metoder som bidrar til mestring og økt livskvalitet hos mennesker som trenger hjelp for å fungere i hverdagen. Vi skal kunne gi dem verktøy for selvmestring ved å la bruker delta i

egen behandlingsprosess, og hjelpe dem til å hente fram sine ressurser. Folkestad beskriver vernepleiefaglig arbeid som, «*støtte, hjelp og eventuelt trening til mennesker med nedsatt funksjonsevne – i stor grad koblet til hverdagslivets utfordringer.*» (Folkestad, 2009 s. 65). Å ha en angstlidelse kan gi nedsatt funksjonsevne i hverdagen da det kan hindre deg i å utføre enkelte eller flere oppgaver på grunn av angst og/eller panikkangst. Å bruke musikk som en del av behandlingen av dette kan skape både mestring og økt livskvalitet, samtidig som det gir lite bivirkninger, og er billig - eller nesten gratis å bruke (Myskja, 2005).

1.1. **Problemstilling**

Hvilken virkning har musikk på mennesker som lider av angst?

Problemstillingen er valgt for å kartlegge hvorvidt det eksisterer nyere forskningsbaserte resultater på bruk av musikk som behandling for mennesker som lider av angst. For å finne svar på problemstillingen min ønsker jeg også å undersøke;

- Kan musikk gi en avslappende effekt for mennesker med angst?
- Er det andre faktorer som kan påvirke en eventuell effekt når musikkterapi eller musikkmedisinsk metode benyttes i behandling?

1.2. **Forforståelse/forkunnskap av tema**

Musikk har vært et stort interesseområde for meg, og jeg har drevet med musikk i mange år. For meg er musikk et eget språk, og noe som kan koble mennesker sammen på en unik måte. Jeg ønsker å undersøke om musikk er et verktøy som blir brukt, eller kan brukes som en komplementær ressurs i behandling for mennesker med angst, da jeg har hørt flere historier om dette. Da jeg kom over artikkelen om «*Placebo*», som nevnt i innledningen, ble jeg nysgjerrig på hva som er forsket på, og om det er vitenskapelige funn som tyder på at musikk har en virkning på mennesker med angst. Selv om jeg har et nært forhold til musikk, ønsker jeg å forholde meg kritisk til temaet og fokusere på et bredere perspektiv, med kritisk blick på kildene og gjennomføring av forskningen jeg har valgt å bruke.

1.3. Avgrensning

Jeg vil fokusere på voksne mennesker med angstlidelser, og bruk av musikk for å redusere angst. Angst og depresjon er nært knyttet, og opptrer i mange tilfeller sammen (Hougaard, 2004). Jeg velger å nevne begge diagnosene, men vil ikke gå inn i depresjonsdiagnosen, og gir dermed ingen inngående forklaring av sykdommen. Denne avgrensningen har jeg gjort på grunnlag av oppgavens omfang.

1.4. Begrepsavklaring

I dette kapitlet ønsker jeg å gi en kort forklaring på noen sentrale begreper som jeg har brukt i oppgaven. En bredere og mer detaljert beskrivelse vil komme i teorikapitlet.

1 Angstlidelser

I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet *angst* som en tilleggsdiagnose eller et symptom for andre psykiske lidelser, og ikke nødvendigvis som enkeltstående diagnose, da jeg har sett i litteraturgjennomgangen at angst også kan forekomme som symptomer ved forskjellige psykiske plager. *Angst* kan beskrives som et naturlig beskyttelsesfenomen der kroppen sender signaler om at det er fare, og man må være på vakt (Hougaard, 2004; Snoek & Engedal, 2008). Når dette skjer uten at det ligger noe tilsynelatende til grunn, kalles det angst. Det kan da oppstå fysiske reaksjoner i kroppen som hjertebank, åndenød, svetting, kvalme, svimmelhet og skjelving. Av psykiske symptomer kan man oppleve skrekkfylte forestillingsbilder, angst om å dø eller tap av kontroll og dissosiasjonssymptomer, som er følelsen av å være utenfor seg selv. Angstlidelser er delt opp i to hovedgrupper; fobier og andre angstlidelser som er mer uspesifisert (Snoek & Engedal, 2008).

2 Musikk i helse

Musikk kan brukes som et arbeidsverktøy innenfor helsearbeid, og kan også utføres av helsepersonell uten musikkterapeutisk utdanning. I denne oppgaven vil begrepene *musikkterapi* og *musikkmedisin* stå sentralt, og i denne sammenhengen gjengir Aagaard (2006 s.66) Ruuds bruk av begrepet *musikkterapi* som «*bruk av musikk til å gi mennesker nye handlingsmuligheter.*» Denne formen for terapi foregår i grupper eller individuelt, der målet er å hente fram ressursene i hvert enkelt menneske for å mestre egen helse (Darnley-Smith &

Patey, 2007). Det dreiere seg altså om en terapeutisk og årsaksfokusert metode der musikk står sentralt.

Musikkmedisin forstås her som en etablert betegnelse på terapeutisk bruk av musikk innen helsevesenet, og som primært utføres av helsepersonell (Myskja, 2005). Her er fokuset på symptomlindring av smerte, angst og depresjon, og det blir oftest brukt ferdiginnspilt musikk (Myskja, 1999). Altså, musikk kan ha en symptomlindrende funksjon for mennesker i klinisk sammenheng.

1.5. Oppgavens oppbygging

I denne oppgaven har jeg benyttet Introduction, Method, Result And Discussion (IMRAD) metode, som inneholder:

- Innledning, en introduksjon på hvorfor denne undersøkelsen ble utført.
- Teoretisk referanseramme, der jeg presenterer faglitteratur og teoretisk perspektiv av begrepene *angst* og *musikk innenfor helse*.
- Metode, presenterer jeg hvordan datainnsamlingen foregikk.
- Resultater og analyse, vil jeg presentere hovedfunn fra valgt data, og analyse av dette.
- Drøftingen vil inneholde en diskusjon av funn fra datainnsamlingen og den teoretiske referanserammen.

Oppsummering av hovedfunn og avsluttende kommentar, sammendrag, litteraturliste og søkematrise som vedlegg, vil komme i tillegg i oppgaven (Støren, 2013).

2. TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet vil jeg presentere en litteraturgjennomgang av relevante teoretiske perspektiver innenfor angstlidelser, der jeg beskriver ulike angstlidelser, samt forklaringsmodeller og behandlingsformer. Innen musikk og helse vil jeg presentere bruk av musikkterapi og musikkmedisin, som er rettet mot angstproblematikk, samt teoretiske utgangspunkt for de valgte begrepene. Dette vil være basis for videre drøfting i oppgaven.

2.1. Angstlidelser

Å gi en konkret definisjon av angst kan være utfordrende, men man kan fastslå at tilstanden medfører en ubehagelig følelsestilstand som igjen fører til psykiske og kroppslige reaksjoner. Alle mennesker kjenner på angsten, men det er individuelt hvordan vi opplever den (Hougaard, 2004). Angst i ulike former er en forholdsvis hyppig lidelse (Snoek & Engedal, 2008). Når angsten opptrer uten at det foreligger en reel fare eller trussel og forekommer ukontrollerbart samt vedvarer over lengere tid, er det blitt til en sykdom (Schmidbauer, 2006). I følge en omfattende rapport om psykisk helse fra 2009, kan det fastslås at rundt en fjerdedel av befolkningen vil rammes av angstlidelser i løpet av livet, og ca. 15 % i løpet av et år. Det viser seg også at kvinner er mer utsatt enn menn er, uten at det er funnet en kartlagt grunn for dette. I Oslo kan man eksempelvis se at kvinner er over dobbelt så utsatt for angst og depresjoner, som menn. Det kommer også fram i rapporten at angstlidelser debuterer i forholdsvis ung alder, fra symptomer allerede i barne- og ungdomsalder, helt ned til 11 år. Generelt for psykiske lidelser er også for mange et kronisk forløp med spontan bedring etterfulgt av tilbakefall, men med angst kan man i Norske studier se et mer stabilt sykdomsforløp (Mykletun & Knudsen, 2009).

Det kan være utfordrende å finne årsaksforklaring, men man kan se det ut fra en såkalt *sårbarhets-stressmodell*, som er et verktøy for å finne ut hva som hjelper å forstå opprettholdelsen av angst eller hva som motvirker den (Stress-sårbarhetsmodellen (SS), 1999). Hougaard (2004) og Snoek & Engedal (2008) mener at vi i ulik grad er utstyrt med spesielle biologiske og psykologiske anlegg for å reagere med angst, dersom det oppstår en truende situasjon. Her kan det være situasjoner som har utløsende årsak, helt tilbake fra barndommen, og skaper en frykt for de samme tingene senere i livet. Vi vet også at arvelige faktorer spiller inn (Håkonsen, 2011). Man kan altså arve en allmenn beredskap for angst, og

dette kan dreie seg om et overaktivt autonomt nervesystem, som medfører større aktivitet under stress. De ulike forklaringsmodellene gir også grunnlag for forskjellige behandlingstiltak. *«Angst følges ofte av en sterk opplevelse av sårbarhet og av at vi undervurderer egne evner til å mestre og løse vanskelige og forsterker farene og truslene i en problemfylt situasjon»* (Håkonsen, 2011:310).

I følge Hougaard (2004), kan symptomene som oppstår ved de forskjellige angstlidelser deles i to kategorier. Den første er angst som plutselig oppstår, og kan medføre hjertebank og rask pust, svetting, skjelving, munntørrhet, følelsen av ikke å få puste, kvelningsfølelser, trykk/smerter i brystet, kvalme og uro i magen, svimmelhet eller ørhet, uvirkelighetsfølelse, frykt for å miste kontroll og bli gal, dødsangst, varme- eller kuldefølelser- og prikkende følelser i deler av kroppen. Symptomene utløses av den sympatiske delen av det autonome nervesystemet, og skal forberede kroppens ressurser til kamp eller flukt i forbindelse med fare. Dersom angsten er vedvarende, som eksempelvis generalisert angst, kan symptomene være muskelspenninger og smerter, rastløshet, følelsen av psykisk anspenning, følelsen av vansker med å svelge, tendens til å fare sammen, konsentrasjonsvansker, irritabilitet og innsøvningsvansker.

ICD-10 er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (Kodeverket ICD-10 (og ICD-11), 2015), og inndeling av utvalgte angstlidelser innenfor denne klassifikasjonen er som følger;

- F40: Fobiske angstlidelser
- F40.0 Agorafobi
- F40.1 Sosial fobi
- F40.2 Spesifikke fobier.
- F41: Andre angstlidelser
- F41.0 Panikklidelser
- F41.1 Generalisert angst
- F41.2 Blandet angst og depressiv lidelse
- F41.3 Andre blandede angstlidelser (ICD-10, Helsedirektoratet, 2015).

2.1.1. Forklaringsmodeller

I følge Snoek og Engedal (2008) tar den biologiske forklaringsmodell utgangspunkt i de ulike signalstoffene kroppen sender ut, og kan på denne måten forstå de fysiske symptomene når angsten er tilstede. Men denne modellen gir ingen forklaring for hvorfor kroppens signalstoffer aktiveres.

Psykodynamisk forståelsesmodell vektlegger at angsten utløses og opprettholdes av fortrenge og ubevisste konflikter (Snoek & Engedal, 2008). Mennesker som lider av angst er ofte redde for egen og andres aggresjon, og de er behersket i sine handlinger. En slik beherskelse kan kalles «*jeg-styrke*» og det vil ofte oppstå en unngåelsesatferd eller flukt fra vanskelige eller konfliktfulle situasjoner. Denne modellen forklarer ikke de fysiske symptomene, men godtar dem som en naturlig angstreaksjon i kroppen.

Læringsteoretisk modell tar utgangspunkt i at angst er en lært reaksjon som er betinget av en viss stimulus i omgivelsene (Snoek & Engedal, 2008). Her kan den fremkallende stimuli være andre menneskers handlinger. Dersom man opplever tilsvarende situasjoner med stadig samme negativ reaksjon, kan dette øke angsten og resultere i unngåelsesatferd, som gir belønning av at angsten opphører.

Den siste forklaringsmodellen jeg tar med er den kognitive modellen. Denne tar utgangspunkt i personens tolkning og opplevelse av det som skjer, som skaper en følelse av angst (Snoek & Engedal, 2008). Altså skapes det et kognitivt skjema. Kognitive skjema i forbindelse med angst er forbundet med opplevelse av fare, for eksempel sykdom, skade eller død. Man kan si at angsten oppstår fordi personen feiltolker en situasjon, og angsten opprettholdes ved at den delen av situasjonen som bekrefter faresignaler vedvarer.

Snoek og Engedal (2008) poengterer at ingen av disse forklaringsmodellene kan gi en helhetlig forståelse ved alle angsttilstander, men alle er nyttig i forståelsen av enkeltpasienter. En integrert forståelsesmodell vil måtte ta med flere elementer fra alle modellene.

2.1.2. Angstlidelser inndelt i grupper

Angst kan være både akutt og kronisk. Vi kan dele angstlidelser inn i fem kategorier.

Generalisert angst – som er en tilstand av «*frittflytende*» angst, som vil si at angsten ikke er knyttet til en spesifikk situasjon eller gjenstand, men mer generell. Det er ofte hverdagslige ting som utløser angsten (Tamb, 2013).

Panikkangst er en akutt opplevelse av noe dramatisk der flere kroppslige symptomer oppstår, og fører til at pasienten ofte oppsøker lege for mistanke om alvorlig fysisk sykdom. (Snoek & Engedal, 2008)

Fobier er en irrasjonell og intens frykt for en situasjon, gjenstand eller aktivitet som man gjør alt for å unngå. Fobier kan også deles inn i tre deler der sosial angst er frykt for å omgås andre mennesker. Spesifikke fobier går på spesifikke situasjoner eller objekter, som edderkopper, katter, høyder eller flyreiser. Agorafobi er frykten av å forlate hjemmet eller gå ut i områder som ikke oppfattes som trygge og kjente. (Tamb, 2013).

Tvangslidelser arter seg ofte som tvangstanker og tvangshandlinger. Dette er forbundet med angstforestillinger. Tvangshandlinger er ofte en konsekvens av tvangstankene, der gevinsten er å få redusert angstnivået. Dersom en person har angst for bakterier som de opplever er over alt, kan tvangstankene være at man må vaske hendene mange ganger på en spesiell måte. Ved å utføre dette gjør man en tvangshandling. Tvangstankene kan være at dersom man ikke vasker hendene kan man bli smittet og dermed syk. Det kan variere individuelt hvordan disse tvangslidelsene opptrer (Snoek & Engedal, 2008).

Den siste kategorien er posttraumatisk stresslidelse. Dette oppstår som en reaksjon, eller en senskade på en hendelse som oppleves ekstremt skremmende og/eller en krise. Symptomer ved kan være at man gjenopplever situasjonen eller deler av den, og at det vender tilbake som et påtrengende minne i form av tanker, drømmer eller mareritt. Personer som lider av dette kan ofte være engstelig for at det skal skje igjen, og samtidig unngå situasjoner som kan minne om hendelsen, da det skaper frykt (Tamb, 2013).

2.1.3. Behandlingsmetoder

I behandlingsmetodene er det noen generelle prinsipper, der symptomfokuserede metoder for angstlidelsen vil være relevant.

Det er vist god virkning ved bruk av kognitiv atferdsterapi (CTB). Ved å benytte denne metoden vil ofte eventuelle depressive symptomer reduseres, og det kan forbedre den sosiale funksjonen, samt bedring av andre komorbide lidelser. Metoden er vanligvis korttidsterapi der varigheten er ca. 5-20 sesjoner (Holte, Lauvsnes, Dyrnes, & Bærøy, 2009). Kognitiv atferdsterapi kan defineres som *«behandling som søker å endre observerbar atferd gjennom der å lære pasienten å endre tanker og tankeprosesser på en åpen aktiv måte»* (Snoek & Engedal, 2008 s.49). Hensikten med dette er at pasienten skal lære seg mestring og problemløsning der det er manglende i enkelte sammenhenger (Snoek & Engedal, 2008).

Irgenes mener at eksponeringsbehandling alene også er dokumentert effektivt for noen angstlidelser. Denne metoden går ut på at pasienten skal utsette seg for situasjoner som gir eller trigger angst og skal bli værende i situasjonen uten å flykte. En fluktmetode kan være å unngå situasjoner som gir angst eller ubehag, tenke på noe annet, utføre praktiske eller tankemessige ritualer, eller søke støtte hos en annen person. Det er flere måter å bruke eksponeringsmetoden på. Det ene er å la pasienten stå i situasjonen som gir ubehag og angst uten at han får flykte, og den andre måten er å legge til kognitive intervensjoner som er å forberede personen på ting han kan fortelle seg selv før og under eksponeringen (Irgenes, 2000). Man kan også kombinere CTB og eksponeringsbehandling ved noen tilfeller. Denne terapiformen er en sentral del av kognitiv adferdsterapi som er bygget på eksponering og responsprevensjon (E/Rp) (Hutchinson, 2009).

Medikamentell behandling er også relevant i kombinasjon med overnevnte metoder. Denne behandlingen kan dempe angsten, men ikke fjerne årsaken til den. Samtidig kan det ofte oppstå bivirkninger av de forskjellige medikamentene, og det er fare for avhengighet. Dersom man avslutter denne behandlingen vil ofte angsten vende tilbake (Rolfsen, 2013). Vanlige medikamenter for angst er Benzodiazepiner, som er det mest brukte medikamentet ved behandling av angst. Antidepressive medisiner kan være virkningsfulle ved panikk lidelser, sosiale fobier og obsessiv-kompulsive tilstander og nevroleptika, som er et psykotikum har også angstdempende effekt (Hougaard, 2004).

2.2. Musikk og helse

Et normalt øre kan oppfatte lyder som ligger mellom 16 hertz og 20 000 hertz

I følge Campbell er lyder mellom 750-3000 hertz med på å påvirke hjerte, lungene og følelser. Dersom man lytter til hurtige rytmer og rask musikk vil hjerteslagene tilpasse seg, og øke. Hører man på rolig musikk vil hjerterytmene bli langsommere, innenfor et rimelig omfang. På samme måte som en langsom pustefrekvens vil også en langsom hjerterytmene kunne skape mindre fysisk anstrengelse og stress, den beroliger sinnet og hjelper kroppen til å lege seg selv (Campbell, 1998).

Innenfor helserelaterte yrker kan man finne deler som inneholder bruk av musikk i yrkesutøvelse. Fysioterapeuter bruker musikk og rytmer i forbindelse med bevegelseslære. Innenfor ergoterapi legges det vekt på musikkens evne til å stimulere sanser og mentale aktiviteter, der hensikten er å øke muskelstyrke, lungekapasitet, bevegelse og koordinasjon. Innenfor sykepleie er musikk en sentral del innenfor deres arbeidsform, og en del av behandlingen som gis på blant annet sykehusene. Her er blir musikken brukt til å roe ned engstelige pasienter innenfor terminalpleie og for smertelindring (Aasgaard, 2006). Også i vernepleieryrkets rammeplan står det beskrevet at man skal kunne gi omsorg, veiledning og tjenester ut fra brukerens behov, med sikte på økt livskvalitet og velferd (rammeplan for vernepleierutdanningen, 2004). Man kan da se flere fellesnevner innen utdanningene og deres bruk av musikk. Det er relatert til kropp og sinn, aktivitet, hvile, bevegelse og ro, arbeid og fritid og til å hjelpe mennesker til å fungere i hverdagen (Aasgaard, 2006).

Musikk er et holistisk og individuelt fenomen der det vil være mange forskjellige former for musikk som kan gi mennesker opplevelse av bedre helse og økt livskvalitet. I denne sammenhengen vil ikke musikk handle om organisert lyd, men om hvordan vi opplever musikk, og hvordan musikk virker på oss. Aagaard mener dette er avhengig av vår musikalske bakgrunn eller påvirkning, og om det er musikk vi selv har valgt innenfor en konkret situasjon (Aagaard, 2006). På denne måten kan musikken, personen og situasjonen i en relasjon gi en virkning. Det er mennesket selv som vet best hvilken musikk som virker opplevelsesmessig inn i de forskjellige situasjonene. Musikk kan oppleves avspennende for en person i en bestemt situasjon, men kan for andre være provoserende og ødeleggende. Dette er individuelt, og man må derfor bruke tid på kartleggingen. (Aasgaard, 2006).

Ut fra undersøkelser kan man se at musikk virker regulerende på sinnstilstander. Musikk kan få oss til å glemme negative ting og kan skape emosjonelt positive opplevelser, gi mer positive tanker om oss selv, samt skape høydepunkter i hverdagen (Ruud, Bailey, DeNora, gjengitt i Aasgaard, 2006). Ruud beskriver de kognitive virkningene av musikk som økt konsentrasjon, forbedre hukommelsen, øker selvfølelsen, gi opplevelse av mestring samt oppleves som en kreativ aktivitet. Av kroppslige opplevelser kan musikk være fysisk avspennende, den kan utløse spenning i kroppen, forløse underbevisste følelser, redusere stress samt gi en opplevelse av mental fornyelse. I et åndelig perspektiv der musikk ofte er knyttet opp mot religion handler ofte om følelsesmessig livskvalitet (Ruud, 2006).

2.2.1. Musikk i behandling

Musikkterapi er et redskap som har vært brukt siden antikkens tid, frem til i dag. I grunnen ligger troen på hvordan musikk kan helbrede sykdom, og denne metoden er bygd opp på kulturelle og religiøse historier. Den første interesseorganisasjonen for musikkterapi, National Association of Music Therapy ble dannet i USA, i 1950. Samtidig var dette trolig inspirasjon for utviklingen i England, der de startet å eksperimentere med musikk som en behandlingsform (Darnley-Smith & Patey, 2007). I Norge ble Nordisk Forbund for musikkterapi opprettet i slutten av 1960-årene, og første akademisk 2-årig utdanning innen musikkterapi i Norge, ble etablert i 1978 (Trondalen, 2006). Deretter har profesjonen måttet jobbet hardt for å bevise sin kompetanse innenfor både musikk og helse (Darnley-Smith & Patey, 2007).

I musikkterapi står handlingsbegrepet sentralt, og innebærer en samfunnsvitenskapelig retning i betydning av å påvirke eget liv. Dermed kan det defineres som, bruk av musikk for å fremme helse (Darnley-Smith & Patey, 2007). Ved å bruke forklaringen fra verdensforbundet for musikkterapi (WFMT) kan man si at musikkterapi er å bruke musikk og musikalske elementer med en klient eller grupper i en prosess, utført av en kvalifisert musikkterapeut. Målet med dette er å støtte eller fremme elementer som kommunikasjon, relasjon, læring, uttrykk, samt flere terapeutiske mål for å nå fysiske, følelsesmessige, mentale, sosiale og kognitive behov. Musikkterapi skal finne fra ressursene og styrken hos den enkelte, slik at han kan oppnå en forbedret livskvalitet gjennom forebygging, rehabilitering og behandling (WFMT, gjengitt i Darnley-Smith & Patey, 2007).

Darnley-Smith og Patey (2007) og Myskja (1999) forklarer musikkmedisin som å bruke musikk for å redusere uønskede symptomer som ubehag, smerte, kvalme, uro og andre former for kroppslig og psykisk ubehag eller uønsket adferd. I dette begrepet menes det at musikken har et konkret medisinsk formål, og ser da bort fra den terapeutiske effekten som er et aspekt innen musikkterapi. Dette er ofte selvvalgt, ferdiginnspilt musikk, som pasienten lytter til i forkant av en medisinsk behandling (Myskja, 1999; Darnley-Smith & Patey, 2007). I forbindelse med musikklytting mener Aagaard (2006) at dersom det er mulig skal pasienten selv styre både start og stopp, samt lydstyrke av musikken. Dette kan føles som en trygghet og følelse av kontroll for pasienten. Dersom musikk kan føre til at pasienten trenger lavere medikamentdose, kan det være med på å minske fare for medikamentelle bivirkningene, raskere oppvåkning eller større grad av våkenhet. I følge forskningen kan det være utfordrende å påvise effekt av symptomlindring ved musikkbruk, men det rapporteres at pasienten hadde en positiv tilleggsopplevelse av musikklytting og vil anbefale dette til andre (Aagaard, 2006).

Individualisert musikk som er en kombinasjon av musikkterapi og musikkmedisin, som er spesielt tilpasset pasienter på sykehjem. Individualisert musikk integrerer musikkterapeutisk arbeid med øvrige pleie- og omsorgstiltak ved avdelingene (Myskja, 2005). Ved å bruke denne metoden skal det utføres en grundig kartlegging i hvilke musikk den enkelte foretrekker, kulturbakgrunn, biografi, personlighet og følelsesliv. Hensikten med denne metoden er at de som jobber i pleie- og omsorgstiltak for eldre, kan benytte dette verktøyet for å oppnå symptomlindring og velvære, som kan føre til økt livskvalitet (Myskja, 2006).

Den danske klassiske musikeren og oboisten Niels Eja har i samarbeid med leger, sykepleiere og musikkterapeuter deltatt i et prosjekt i Musica Humana, der han har spesialdesignet musikk til spesifikke behandlings og forskningsformål. Musikken er samtidig tiltenkt som beroligende, avstressende, inspirerende og mentalt motiverende for alle mennesker. Denne musikken har siden 2003 blitt tilgjengelig på utvalgte apoteker, også i Norge (Humana Musica Research).

2.2.2. Musikk og psykisk helse

Å bruke musikk innenfor psykisk helse er ikke nytt. Musikkterapi er blitt en integrert form for terapi innen dette fagområdet, og man har sett god effekt ikke bare på angst og depresjon, men også schizofreni og psykotiske tilstander. Her oftest i kombinasjon av lytting til utvalgte musikkstykker og sang, alene eller i grupper. Dette er særlig gjeldende når pasienten kan skape musikken selv (Myskja, 1999; Solli, 2006).

I følge Solli (2006) har mange ulike psykiatriske institusjoner i hele verden et tilbud om musikk/musikkaktiviteter som en del av behandlings-, omsorgs- og rehabiliteringstilbudet. Samtidig som musikk blir brukt innenfor denne type behandling, er det ikke alle som har satt det inn i system. Å jobbe med musikk som et behandlingstilbud er ikke forbeholdt en musikkterapeut, men man må ha en grunnleggende kunnskap om hvordan musikken kan påvirke mennesket (Ruud, 2006). Å lytte til musikk eller å spille et stykke på musikk sammen med en pasient kan også være med på å styrke relasjonen, samt være kilde til gode og meningsfulle opplevelser med pasienten (Ruud, 2006). Tilbaketrekking og isolasjon viser seg ofte å være en del av problematikken hos mange med psykiske lidelser, og dermed vil knytting av gode relasjoner bli en viktig faktor i behandlingen. En trygg musikkgruppe bør ha som hovedfokus å skape gode sosiale relasjoner og interaksjoner. Det bør også være mål som har fokus på pasientens friske sider, der man bruker ressursene pasienten har (Ruud, 2006).

I en akutt fase skal man være litt varsom, da ikke alle tåler å utforske egne følelser i denne fasen av sykdommen (Aagaard, 2006). Myskja (2005) nevner at musikk gir få bivirkninger, men når man jobber med mennesker som har alvorlige psykiske lidelser stemmer ikke dette alltid. Mennesker som er hallusinerte, psykotiske eller dypt deprimerte bør man ikke eksperimentere med musikk, men bruke en erfaren musikkterapeut. I tidlig progresjonen kan musikk i grupper oppleves truende eller overstimulerende, og dermed kan man få en regresjon i pasientens behandlingsprosess (Myskja, 1999; Ruud, 2006). Dette betyr ikke at man skal være redd for å bruke musikk, men det er viktig med god kunnskap, varsomhet og respekt. Det bør være strukturert og målrettet når man tar i bruk en slik metode.

Aagaard poengterer også at musikk kan være en faktor som fremmer glede og humor. Mange pasienter som er innlagt på psykiatriske institusjoner har underskudd på livsglede og energi, og derfor kan musikk skape positive emosjoner som kan bidra til å dempe eller behandle

sykdom som har rot i negative emosjoner som eksempelvis angst, depresjon og andre stressrelaterte problemer (Aagaard, 2006).

2.2.3. Musikk, hjerne og angst

Myskja beskrivelse av det retikulære aktiveringssystemet (RAS) i hjernestammen, som han mener står sentralt i formidling av impulser som overlevelsesinstinkt og responderer automatisk på grunnleggende behov som blant annet mat, søvn, husly, seksualdrift og kamp- eller flukt- instinktet (*Fight or flight*). Det er et uspesifisert aktiveringssystem som er med på å bestemme vår grad av våkenhet ved å sende nerveimpulser til hjernebarken. Dette gjør at vi blir mer oppmerksomme og klar til å handle. Hørselen blir også stimulert. Ved å lytte til musikk som en lydkulisse kan dette overstimulere RAS og sette oss i beredskap. Musikken vil da virke som slags amfetamin, og dette kan videre føre til angst og oppbygging av stress i kroppen. Dersom man i tillegg har høy intensitet og lydstyrke på musikken kan det gi økt stressreaksjon (Myskja, 1999).

I følge Ruud (2006) er det gjort mye forskning som viser til sammenligning mellom musikkbruk og det som skjer i kroppen vår på et nevrofysiologisk eller hormonelt nivå. Eksempelvis kan man se at korsang kan øke produksjonen av stoffer som øker immunforsvaret, samtidig som man kan se målinger av stresshormonet kortisol som reduseres der musikere ikke opplever stress. Man kan dermed si at musikk kan ha en helsebringende effekt på mennesker. Myskja (1999) nevner forskeren Metera, som fant at beroligende musikk minsket surstoffbehov og stoffskifte, i tillegg til å senke puls og blodtrykk og respiratorfrekvens og dermed konkluderte med at musikk kunne være nyttig ved angst og motorisk hyperaktivitet. De beste bevisene på at angsten kan reduseres ved bruk av musikk kan man finne innen sykehusmedisin ved anestesi og kirurgiske inngrep (Myskja, 1999).

3. METODE

For å svare på problemstillingen som i denne oppgaven handler om *hvilken virkning har musikk på mennesker som lider av angst*, må man benytte seg av en vitenskapelig metode. Det er et faglig redskap til å undersøke empiri, eller diskutere med. Metode kan være spesifikke faglig, ofte teoribaserte redskaper til konkrete oppgaver, for eksempel innsamling, kategorisering, analyse, tolkning, vurdering av data og handling (Jørgensen & Rienecker, 2009). Det er to hovedtyper innen forskning, som er kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ metode innebærer å få et målbart resultat, og man er opptatt av å telle opp fenomener for å kartlegge utbredelse, og funnene er generaliserbare. Kvalitativ metode er å finne kvaliteter eller spesielle kjennetegn/egenskaper ved fenomenet om skal studeres, samt tolkning (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010). Innenfor disse kan man bruke forskjellige metoder som blant annet intervju, observasjon og litteraturstudier. Jeg har valgt å bruke litteraturstudie i denne oppgaven på grunnlag av oppgavens omfang, tid og muligheter. Jeg ønsket også å synliggjøre forskningen som er gjort innenfor mitt tema, da jeg mener dette kan være viktig kunnskap, samt få en oversikt over de konklusjonene de har kommet fram til per i dag.

3.1. Litteraturstudie

Litteraturstudie er en metode der jeg benytter meg av allerede eksisterende kunnskap, altså det som allerede er undersøkt og skrevet om virkeligheten (empirien) av forskjellige artikkelforfattere (Støren, 2013). For å gjennomføre en litteraturstudie må jeg finne en problemstilling, og deretter søke etter forskning og litteratur som omhandler mitt tema, og som kan svare på problemstillingen jeg har valgt. Det vil være avgjørende å kunne stille seg kritisk til mine funn, for å vurdere om resultatet av forskningen og deres metoder er gyldig og relevant til min oppgave. Ved å bruke denne metoden vil jeg kunne uttale meg om akkurat den dataen jeg har undersøkt, og jeg vil analysere mine data ved bruk av kvalitativ metode.

3.2. Litteratursøk

Grunnleggende for litteraturstudie er litteratursøk. Når man skal utføre litteratursøk er det flere måter å søke på. Usystematisk søk kan være menneskelige kilder eller tilfeldige litteraturlister. Ved å finne studier som allerede er utført, kan man få tilgang på relevant

litteratur via litteraturlisten. Dette kalles kjedesøking. Systematisk søk kan være encyklopedisk søking, bibliografisk søking eller søking via tidsskrifter (Halvorsen, 2008). Denne oppgaven er bygget opp på kunnskap fra litterære kilder som forskningslitteratur, fagbøker, relevante nettsider og fagartikler.

Søkeord jeg har brukt i de forskjellige databasene er, «*Music therapy*», «*Musikkterapi*», «*Music intervention*», «*Anxiety*», «*Angst*», «*Psychological*», «*Effect*» og «*Anxiety-Depression*». Jeg har funnet flest relevante treff i Google, Google Scholar og Medline. Ved å søke i Medline brukte jeg en systematisk søkemetode ved å skrive inn søkeord for å få det så konkret som mulig, og dermed funnet forskning (se søkematrise i vedlegg). Ved å bruke Google har jeg brukt en usystematisk søketeknikk, ved å få mange treff og lete gjennom det som var av interesse. Jeg hadde hørt om MusiCure i forkant, og derfor valgte jeg å søke etter dette på en usystematisk måte i Google Scholar. Jeg har også benyttet meg av kjedesøking da jeg fant en relevant artikkel på forskning.no, og gikk da videre til selve kilden av artikkelen. Har søkt i flere databaser som ORIA og ISI Web of Science, samt brukt andre søkeord i nevnte databaser, uten og fått tilfredsstillende resultater

Målet mitt i søkeprosessen var å finne forskning som viser hvilken effekt eller virkning musikk kan ha på mennesker med angst, og hvordan musikk kan virke på menneskekroppen. Her dukket det opp mye som inneholdt søkeord som angst og musikk, men ofte i forbindelse med konkrete kliniske behandlinger mot kreft, i forhold til operasjoner, mennesker med demens eller andre somatiske sykdommer. Denne forskningen er også relevant, men den vil kanskje ikke kunne svare godt nok på min problemstilling. I prosessen med å finne forskning som jeg mener er relevant, har jeg funnet flere forskningsartikler som inneholder funn som tyder på at musikk kan ha en helsegevinst for mennesker med angst, samt en forklaring på hvordan musikken påvirker menneskekroppen. I den forbindelse valgte jeg å ta med «*The neurochemistry of music*» og «*Hvordan musikk virker på menneskekroppen?*» til analysen, som er to fagartikler som ikke er rettet spesifikt mot mennesker som lider av angst, men likevel er relevant for å svare på min problemstilling. Jeg har ikke klart å finne forskning som sier at musikk ikke har effekt. Samtidig er det gjentakende i mine funn at det fortsatt mangler mye forskning rundt dette temaet, og at det vil være fordelaktig å forske mer.

3.3. **Forskningsetikk og kildekritikk**

Jeg har valgt å bruke litteratursøk som metode i denne oppgaven, da det ble for utfordrende å utføre egne undersøkelser på dette nivået grunnet tilgjengelig tid og utfordringer ved å få informanter. Å få tilgang på informanter som har psykiske utfordringer i form av angst vil være vanskelig å intervju. Dette fordi spørsmål og samtaler rundt temaet kan «*trigge*» angsten hos intervjuobjektet, samt at jeg ikke har mulighet til å få tilgang på disse menneskene grunnet taushetsplikt og personvern. Den nasjonale forskningsetiske komite` for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer som inneholder blant annet informantens selvbestemmelse og autonomi. Forskerens plikt for respekt av informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (Johannesen et al., 2010).

Det er alltid viktig å forholde seg kritisk til kildene man bruker i en oppgave. Her har jeg tatt stilling til forfatterens troverdighet og faglige autoritet, kildens faglige status og kildens aktualitet (Jørgensen & Rienecker, 2009). Jeg har stilt meg kritisk til all litteratur jeg har brukt i denne oppgaven, ved å gjennomgå de overnevnte kriterier. Det er også relevant å se hvilken metode de har brukt i sin forskning, og troverdigheten rundt inkludering og ekskluderingskriteriene. Rapportene jeg har funnet sier selv noe om kritikk mot eget arbeid, og dette gir meg en indikasjon på hvilke feilkilder som kan oppstå i deres konklusjoner. Når man bruker litteraturstudie som metode kan man være inne på en hermeneutisk tilnærming, som vil si å tolke eller fortolke dataen man benytter seg av. Man må da ta høyde for eventuelle feilkilder ved den «*grammatiske fortolkningen*», som går på objektivt bruk av språk og den «*psykologiske fortolkningen*» som retter seg mot personlig bruk av språk. (Thommasen, 2010).

4. PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE

Her presenterer jeg en oppsummering av artiklene jeg har valgt å bruke som min data, med å trekke frem hovedfunnene i forskningen som er utført, samt analyserer funnene underveis.

4.1. Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters

Forfatter: E. Hernandez-Ruiz, 2005

Utgiver: Journal of music therapy. 42(2):140-58, 2005.

I en undersøkelse fra det vitenskapelige tidsskriftet *Journal of music therapy* har Hernández-Ruiz (2005) publisert sin masteroppgave der hun har forsket på effekt av musikkterapi på angstnivå og søvnmønster hos mishandlede kvinner, som har lagt seg inn på krisesenter. I denne forskningen er det i alt 28 kvinner som deltar i studien, fordelt på to krisesenter i en by i Midtvesten, USA. Undersøkelsen pågikk i fem sammenhengende dager med 30 minutters sesjoner. Kvinnene ble også delt inn i to grupper om de hadde problemer med søvn eller ikke. Deretter ble disse fordelt jevnt, slik at begge gruppene hadde likt antall deltakere med både utfordringer, og ikke utfordringer i forhold til søvn. Denne metoden med å fordele deltakerne på skulle kvalitetssikre undersøkelsen i form av funn. Dette ble til en kontrollgruppe og en eksperimentell gruppe. Den eksperimentelle gruppen fikk tildelt musikk som de selv hadde valgt, da Hernández-Ruiz (2005) hadde lest forskning som mener at selvvalgt musikk ville ha best effekt. Denne musikken ble da kombinert med en stemme som ga muskelavslappende veiledningsøvelser. Musikken deltakerne hadde valgt ble også klippet sammen til en kontinuerlig lyd med myke overganger, som skulle vare i 20 minutter. Deltakerne skulle da gå inn i et rom med dempet belysning, og legge seg på en sofa mens de lyttet til musikken. De resterende 10 minuttene av sesjonen ble brukt på spørsmål som omhandlet søvnmønster, som ble utført i forkant av musikkeksponeringen andre dag og i etterkant av musikkeksponeringen femte og siste dag.

Angstnivået ble målt ved hjelp av State Trait Anxiety inventory (STAI), som er et spørsmålsskjema på rundt 40 spørsmål (tredje og fjerde sesjon). Kontrollgruppen fikk samme oppgave med å legge seg på sofa i rommet med dempet belysning, men de fikk ingen musikk

og skulle ligge der i stillhet i 20 minutter. De fikk derimot de samme testene som den eksperimentelle gruppen.

Funnene Hernández-Ruiz (2005) gjorde i forhold til angstnivået ved hjelp av STAI hos disse kvinnene, var at statistisk sett ble det en signifikant reduksjon av angstnivået i den eksperimentelle gruppen som ble eksponert for musikk. Også i kontrollgruppen der de slappet av i stillhet, var det gode resultater i forhold til angstreduksjon. Samtidig var det noen kvinner som syntes det var svært utfordrende å ligge stille i 20 minutter, og opplevde økt stress, uutholdelig og irriterende. Dermed er det en hypotese at musikk fremmer reduksjon av angst, ikke bare fordi den kan gi opplevelse av velbehag, men også fordi dens egenskaper får deg til å konsentrere deg om noe annet, og avlede stressfulle tanker. Altså ble konklusjonen at musikkterapi har en god effekt på å redusere angstnivå og forbedret søvnmønsteret til mishandlede kvinner, innlagt på krisesenter (Hernández-Ruiz, 2005).

4.2. Treatment of psychiatric patients suffering from anxiety using MusiCure – a pilot study

Forfatter: T. Sørensen, 2004

Utgiver: Musicahumana.org, 2005 og publisert i Musikkterapi i psykiatrien online (MIPO), årg. 4, nr. 1:76-82, 2005

En studie utført av Torben Sørensen(2004) på en psykiatrisk avdeling ved Horsens Hospital i Danmark, for *Musica Humana*, gjør rede for hvilken effekt MusiCure kan ha for pasienter som lider av angst. MusiCure er en spesialdesignet musikkform komponert av Niels Eje, som består av lyder fra naturen, samt instrumental musikk som obo, harpe og cello kombinert med elektroniske lyder, og har vist seg å ha en avslappende og beroligende effekt hos oppvåkingspasienter, intensivpasienter, hjertepasienter, dagpasienter og psykiatriske pasienter, samt barn med autisme.

Målet med denne undersøkelsen var å se om MusiCure kunne redusere angst for pasienter som er innlagt på både åpne- og lukkede avdelinger ved det psykiatriske sykehuset. Her deltok det 30 pasienter, der 8 var innlagt på lukket avdeling, og 22 av pasientene var på åpen avdeling. Pleierne var med i evalueringen om hvem de mente kunne motta en slik behandling. Pasientene fikk tilbud om behandlingen på kvelden, der denne sesjonen varte i 30 minutter, og

på natten i 20 minutter. Dette tilbudet ble gitt dersom de opplevde angst, stress, uro på grunn av stemmer eller søvnløshet. I denne studien var det ingen kontrollgruppe.

Sørensen (2004) beskriver at 26 av 30 pasienter oppnådde ønsket effekt av MusiCure, og hadde en positiv opplevelse. De følte seg avslappet, ble søvnløs og opplevde musikken som veldig behagelig. En pasient rapporterte ingen effekt, og tre pasienter opplevde uønsket effekt, og beskrev behandlingen som ubehagelig og veldig ubehagelig. Rapporter fra behandlingsteamet viser til en positiv erfaring ved å bruke MusiCure for pasientene som lider av angst og uro, og de trekker spesielt fram pasienter med diagnosene schizofreni, psykose og depresjon som ser ut til å ha størst utbytte. Andre positive effekter av denne behandlingen var at det reduserte bruk av beroligende medikamenter, da noen av pasientene heller ønsket å bruke MusiCure.

Konklusjonen i denne studien er at dette har skapt en signifikant bevissthet til miljøpersonalet at MusiCure eller musikk kan være en tilleggsbehandling for psykiatriske pasienter som lider av angst. Ut fra denne undersøkelsen viser det at denne metoden har god effekt for angstreduksjon for både psykotiske og ikke-psykotiske pasienter, og kan brukes istedenfor, eller ved å redusere beroligende medikamenter.

4.3. Effect of group music intervention on depression, anxiety and relationship in psychiatric patients: A pilot study

Forfattere: AE-NA CHOI, MYEONG SOO LEE, HYUN-JA LIM, 2008

Utgiver: The journal of alternative and complementary medicine. Vol. 14, 01/06-2008, s. 567-570.

Ae-Na Choi, Myeong Soo Lee og Hyun-Ja Lim er tre koreanske musikkterapeuter med doktorgrad, som har utført en studie hvor de ønsket og finne ut om musikkterapeutiske grupper kan være effektiv for å forbedre depresjon, angst og relasjoner hos psykiatriske pasienter. De har gjennomført denne studien med 26 psykiatriske pasienter av begge kjønn, som var innlagt på et psykiatrisk sykehus i Sør-Korea. Pasientene hadde forskjellige diagnoser som psykose, schizofreni, bipolar lidelse og angstlidelser. Alle deltakerne fikk en gjennomgang av studien, og ga skriftlig samtykke til å delta. Deltakerne ble delt opp i to grupper. Den eksperimentelle gruppen deltok i femten behandlinger med musikkterapi, en til

to ganger i uken. Kontrollgruppen fikk tilbud om annen gruppeterapi som ikke inneholdt musikkterapi.

Den eksperimentelle gruppen gjennomgikk et musikkterapeutisk program på tre faser, der første fase hadde mål om å få bedre selvinnsikt og for å få en relasjon sammen med musikkterapeutene gjennom synging, avslapping og musikkinstrumenter. Det ble gjort observasjoner av pasientenes holdning, aktiv deltakelse og aktiv øyekontakt for å se etter endringer. Temaet for første fase fikk en sang som heter «*Meeting*» og hadde som mål å etablere en relasjon mellom terapeutene og pasientene. På grunn av at terapitimen ble utført etter at pasientene hadde tatt sine faste legemidler, ble det satt på avslappende musikk for å gi en forsterket konsentrasjon- og avslappende effekt.

Den andre fasen hadde som mål å redusere depresjon og angst, få opp selvtillit og motivere pasienten til å uttrykke seg gjennom å spille instrumenter, lytte og visualisere bilder til musikk når de slappet av og gjennom sangvalg, synge sanger, diskusjoner og låtskriving. Sangen for dette stadiet heter «*You can do*» og denne var rettet mot å forbedre selvtilliten.

Den tredje og siste fase var fokuset rettet mot å forbedre samarbeid og musikalsk samspill med andre, selvtilfredshet, pasientens trygghet og positiv tenkning av å lytte til levende musikk spilt av terapeutene, fysisk avslapping, låtskriving og å uttrykke følelser sammen med de andre gruppemedlemmene og terapeutene. Sangen som ble valgt for dette fokusområdet heter «*My hopes*» for trygghet og positiv tenkning. Det ble gjennomført tester før og etter hver av de 15 seansene for å måle grad av depresjon (Beck's depression inventory, BDI), angst (STAI) og relasjonsferdigheter (Relationship Change Scale, RCS). Hver seanse varte i 60 minutter, og ble utført en til to ganger i uken. Pasientene i kontrollgruppen fikk ingen musikkterapibehandling under denne studien, men fortsatte med den vanlige behandlingen.

Resultatet av studien viser signifikant forbedring av depresjon og angst mellom den deltakende gruppen og kontrollgruppen. Pasientene som deltok i musikkterapien viser stor forbedring av symptomene etter 15 seanser, i forhold til kontrollgruppen som ikke deltok. Disse funnene er i samsvar med tidligere funn som indikerer at musikkterapi kan redusere depresjon, angst og andre psykologiske symptomer. Altså er konklusjonen at musikkterapi i grupper kan forbedre symptomer som angst og depresjon hos pasienter som er innlagt på psykiatrisk sengepost. Samtidig trenger man forskning som går over lengere tid, med

oppfølging og flere kandidater for å få et mer fullstendig resultat om musikkterapi har effekt på denne målgruppen.

4.4. The neurochemistry of music

Forfattere: Chanda, M-L. & Levitin, D. J, 2013

Utgiver: CellPress-Trends in cognitive sciences. Vol. 17, nr 4; April, 2013

To canadiske forskere har gått gjennom 155 studier som omhandler hvordan musikk påvirker hjernen vår. Disse studiene er samlet i en forskningsrapport. Innledningsvis sier de at det fortsatt gjenstår mye forskning på dette området, da de mener musikk brukes hver dag av forskjellige mennesker for å fremme humør og energi i hverdagen, og for å fremme fysisk og psykisk helse og trivsel i kliniske sammenhenger.

Målet med denne rapporten er å avdekke om musikk faktisk har en positiv effekt på hjernen, for blant annet stress, belønning, glede, sosial tilhørighet og motivasjon. De skriver også kritikk mot egne funn der de mener det alltid vil mangle noe i de forskjellige forskningene de har tatt i bruk, og de kan ikke påstå at musikk i seg selv ved en observeringsmetode kan ha signifikant resultat, men med påvirkning fra andre elementer som inngår i de forskjellige forskningsprosjektene. De skriver om hvordan musikk har vist seg å påvirke hjerterytme, respirasjonsfrekvens, svette og andre deler av det autonome systemet, som de har funnet fra enkeltstående rapporter der mennesker har brukt musikk for å fremme fysisk og psykisk balanse, bli mer jordnær eller fokusert. De har også gjort funn på at å lytte til avslappende musikk har en potensiell terapeutisk effekt og er mye brukt for å senke stressnivå og anspenhet. Å lytte til rolig musikk med lavt tempo, lav pitch og helst instrumental har vist seg å redusere stress og angst i forbindelse med medisinske behandlinger som eksempelvis operasjoner og ved tannlegebehandling. Ved å lytte til musikk under smertefulle prosedyrer som operasjoner viser det seg at musikk kan bidra til behov for mindre bedøvelse da musikken kan gi en reduksjon av smerte, selv om effekten er liten, og beregnet som en distraksjon og/eller kan forandre humøret.

En teori om hvordan musikk kan regulere stress, opphisselse og følelser, er at den påvirker en refleks i hjernestammen, hjerterytme, puls, blodtrykk, kroppstemperatur, hudrespons og muskelspenning. Stimulerende musikk kan gi en økt effekt i sirkulasjonssystemet, mens

avslappende musikk kan senke det. Disse effektene er påvirket av musikkens tempo, der rolig musikk og musikalske pauser er assosiert med roligere hjerterytme-, respirasjonsfrekvens- og stabilisert blodtrykk. Mens derimot raskere musikk vil øke de samme elementene. Dette fordi hjernen prøver å synkronisere tempoet i musikken.

Et sammendrag av disse studiene påstår at å bruke musikk i hverdagen, er noe man kan velge for å redusere stress, beskytte seg mot sykdommer og redusere smerter. Et såkalt livstils valg. To markører i Hypothalamic (hypotalamus) Pituitary (Hypofyse) Adrenal (binyre aksen) (HPA), z-endorfin- og kortisol nivået viser seg redusert ved å bruke musikk-tiltak. Ved stimulerende musikk viste økte nivåer av plasma kortisol, ACTH, prolaktin, veksthormon og noradrenalin.

Personlig preferanse med tanke på musikksmak påvirker disse effektene. Musikken oppfattes på en subjektiv måte, som også er avhengig av hvilket humør man er i. Det vil være viktig å forske videre på hvordan effekt musikk kan ha på våre emosjoner og opphisselse.

4.5. Hvordan virker musikk på menneskekroppen?

Forfattere: Myskja, A. & Lindbæk, M, 2000

Utgiver: Tidsskrift for den norske legeforening. Nr 10, 20.04, 2000; 120:1182 – 5

I en norsk rapport skrevet av A. Myskja og M. Lindbæk i 2000, har de gjennom litteraturstudie en forklaring på hvordan musikk kan virke på menneskekroppen. De skriver at det er en rekke undersøkelser som viser at musikk har innvirkning på sentrale fysiologiske variabler som blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, hjernebølgemønstre målt med EEG, kroppstemperatur og galvanisk hudrespons. Musikk kan stimulere immunfunksjonen, målt som økt serumnivå av immunologiske markører som immunoglobuliner og endorfiner. Effekten av musikk viser store internindividuelle variasjoner, og som mangler viten om hvordan musikk kan anvendes spesifikt i kliniske situasjoner.

Myskja og Lindbæk beskriver virkning av musikk på flere sentrale biologiske variabler, som blodtrykk, puls, respirasjon, muskeltonus og galvanisk hudrespons allerede fra 1920-årene. Disse variablene kan økes eller senkes av musikk på en meget forutsigbar måte at det kan gi grunnlag for å klassifisere musikkens virkning som avspennende, aktiviserende eller stabiliserende. De beskriver at hos flere forsøkspersoner vil avspennende musikk være

flytende, med lav intensitet, lavt volum, lite eller ingen aksentuering av rytme, harmoniske akkorder og utstrakt bruk av legato og ostinato, svevende klanger med lite dynamisk variasjon. Den fysiologiske responsen vil da preges av fall i blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens, senket O₂-forbruk og muskeltonus, innsnevrede pupiller og grader av somnolens. Omvendt vil de fleste forsøkspersonene respondere med høyere blodtrykk, raskere og til tider mer uregelmessig puls og respirasjon, rytmiske kontraksjoner i skjelettmuskulatur, utvidede pupiller, økt elektrisk hudmotstand og O₂-forbruk, ofte ledsaget av agitasjon, når de hører musikk med hurtig, kraftig, stakkato og synkopert rytmikk, utstrakt bruk av dissonanser og høy lydstyrke. Musikkens betydning for den enkelte, kulturelle læring og assosiasjoner til det konkrete musikkstykket kan imidlertid modifisere den fysiologiske responsen betraktelig. Studier viser også at musikk kan påvirke hormonspeilet på tilsvarende måte. Rolig musikk har vist seg å kunne gi signifikant reduksjon av ACTH og andre stresshormoner, noe som har hatt betydning ved diagnostiske prosedyrer som gastro- og bronkoskopi. Omvendt har økt serumspeilet av stresshormoner vært påvist i forbindelse med aktiverende musikk.

Forfatterne avslutter artikkelen med å skrive at den musikkmedisinske forskningen er av kvalitativ metode og av varierende kvalitet, men at det i senere tid i større grad har blitt kartlagt effekten av musikalsk stimuli, som er holdepunktet for at musikken til dels har veldefinert psykofysiologisk effekt, som kan nyttiggjøres innen klinisk medisin. Musikk har flere moderate, men spesifikke biologiske effekter som trolig kunne vært brukt i større grad innen klinisk praksis.

5. DRØFTING

Jeg vil nå drøfte funnene jeg har gjort i analysen opp mot den teoretiske referanserammen.

5.1. Musikk som avslapping og avledning

Hernández-Ruiz indikerer at musikk kan virke angstreduserende ved at den får kroppen til å slappe av, samt at å lytte til musikk kan avlede tankene dine. I denne undersøkelsen var det flere komponenter i selve eksperimentet, der faktorer som dempet belysning, eget rom innredet med en sofa, og selvvalgt musikk var inkludert (Hernández-Ruiz, 2005). Dette er også funn Sørensen (2004) har gjort i sin undersøkelse men her med bruk av spesialdesignet musikk, som MusiCure. Denne musikken hadde en beroligende effekt for psykiatriske pasienter med forskjellige psykiske lidelser, som var angstfulle. I dette eksperimentet var det også sykehuspersonale til stede ved enkelte seanser, og pasientene fikk tilbud om en seanse med MusiCure dersom de opplevdes angstfulle, eller de kunne be om det selv ved behov. De koreanske musikkterapeutene Choi, Lee og Lim (2008) hadde også avslapping til musikk som en del av den gruppeterapeutiske behandlingen. Her er det ikke presentert noen spesifikke funn i forhold til den avslappende effekten, men avslappende musikk ble introdusert i etterkant av medikamentinntak for og forsterkende den avslappende effekten. Det blir da utfordrende å se om det var musikken eller medisinen som ga effekt. Det presenteres likevel at musikkterapien hadde en signifikant forbedring av angst og depresjon etter å ha gjennomført alle behandlingene.

Her kan det være flere elementer som spiller inn for å få en avslappende effekt og reduksjon av angst. Selv om forskerne har fått resultater som indikerer musikkens effekt, er det likevel en helhetlig vurdering av tid, rom og sted som også bør tas med i betraktningen. Ruud (2006) sier at vi ikke kan kjøpe musikk på apoteket, men det er nettopp dette Sørensen (2004) mener vi kan med MusiCure, som skal gi en avslappende og angstreduserende effekt. Et annet spørsmål er hvilken annen behandling pasientene fikk parallelt med musikkterapien, og om det er mulig å lage et skille for hvilket av elementene som utgjør effekten. To av studiene beskriver medikamentell behandling i tillegg, og musikk som en sekundærmetode i behandlingen. «*Musikk er et supplerende legemiddel, som understøtter andre tiltak, ikke førstehåndspreparater ved forskjellige typer lidelser*» (Myskja, 1999 s. 153). Resultatene av funn bør da sees i sammenheng med den helhetlige behandlingen pasientene mottok.

De to kanadiske forskerne Chanada og Levitin, (2013) har også gjort funn som indikerer at å lytte til avslappende musikk har en potensiell terapeutisk effekt som reduserer stress og anspenhet. Og her snakker de om musikk som har lavt tempo, lav pitch og helst instrumentale musikkstykker. Denne musikken har blitt brukt for å redusere stress og angst i forbindelse med medisinske behandlinger, som operasjoner. De påstår at musikken også har en smertelindrende effekt, ved at musikken kan forandre humøret eller avlede tanker og følelser. Avledning og distraksjon var også funn som Hernández-Ruiz (2005) gjorde i sin studie. Dersom musikken avleder og distraherer pasienten fra å være angstfull, kan dette indikere en symptomlindring, og effekten vil kanskje ikke være langvarig, men bare i det den konkrete lyttesituasjonen.

Trygve Aagaard (2006), som har doktorgrad i musikkterapi støtter dette ved å beskrive hvordan musikken kan gi kroppslige opplevelser som fysisk avspennende, utløse kroppslige spenninger, forløse underbevisste følelser, redusere stress samt gi en opplevelse av mental fornyelse. Han presenterer også annen forskning som indikerer at musikk kan få oss til å glemme negative ting og skape emosjonelt positive opplevelser i hverdagen. Aagaard (2006) mener at det er avhengig av vår musikalske bakgrunn eller påvirkning, og om det er musikk vi har valgt selv innenfor en konkret situasjon, som avgjør effekten av musikk. I forhold til Hougaards (2004) beskrivelse av mulige symptomer for vedvarende angst, som muskelspenninger og smerter, rastløshet, følelsen av psykisk anspenhet, konsentrasjonsvansker og innsøvningsvansker, kan vi se dette i sammenheng med musikkens effekt i funnene som er presentert. Men denne hypotesen kan likevel ikke gi et konkret svar på at musikk vil kunne redusere disse symptomene hos alle mennesker med angst.

5.2. Virker all musikk på alle med angst?

Myskja og Lindbæk (2000) presentert funn som beskriver musikkens avspennende, stabiliserende eller aktiviserende effekt. For avspenning vil musikken være mer flytende, med lav intensitet, lavt volum og harmoniske akkorder. Da vil den fysiologiske responsen bli preget av fall i blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens, senket O₂-forbruk og muskeltonus, innsnevrede pupiller og grader av somnolens. Dersom musikken er aktiverende med sterke rytmer, økt volum og synkopert rytmikk, vil den fysiologiske responsen vært motsatt med økt blodtrykk, raskere og noen ganger uregelmessig puls og respirasjon, rytmiske kontraksjoner i skjelettmuskulatur, utvidede pupiller, økt elektrisk hudmotstand og O₂-forbruk, ofte etterfulgt

av agitasjon. De påpeker i samsvar med Aagaards (2006) teori at musikkens betydning for den enkelte, kulturelle læring og assosiasjoner til det konkrete musikkstykket kan påvirke den fysiologiske effekten betraktelig, Man kan da stille spørsmål om mennesker som *ikke* har et nært forhold til musikk, har dårligere terapeutisk effekt av musikken, en de som har et nært forhold til det? Eller at musikk som ikke er av pasientens preferanser kan ha en motsatt av ønsket effekt og dermed kan være skadelig? Aagaard (2006) påpeker også at en type musikk kan virke avslappende på noen i en situasjon, mens for en annen kan oppleves provoserende og ødeleggende.

Ved slike funn kan man se viktigheten av å ha nok kunnskap og forståelse, dersom man ønsker å bruke musikk som et avslappende redskap for mennesker med angst, da uheldig musikkvalg kan få konsekvenser som økt angst. Det vil da være viktig å vite at denne behandlingsformen kan virke individuelt og at musikk er en subjektiv opplevelse av den enkelte. Det er altså av betydning om musikken er valgt av pasienten selv eller ikke, da dette er en teori både Myskja (2005), Aagaard (2006) og Solli (2006) beskriver. Solli presiserer også at det ofte blir antydnet at musikk ikke gir bivirkninger, men når man jobber med mennesker med alvorlig psykiske lidelser, bør man ikke eksperimentere med musikk i en akutt fase. I en tidlig progresjon av sykdom, kan også musikk i grupper oppleves truende eller overstimulerende for pasientene, og dermed gi en regresjon i pasientens behandlingsprosess (Solli, 2006). Selv om det er beskrevet hvordan musikken kan innvirke på flere fysiologiske variabler, kan man likevel ikke si at all musikk virker på *alle* med angst.

5.3. Musikkens fysiologiske effekt hos mennesker med angst

Myskja og Lindbæk (2000) skriver i sin forskningsartikkel om musikkens kroppslige effekt ved å presentere en rekke undersøkelser som viser musikkens innvirkning på blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, hjernebølgeomønstre målt med EEF, kroppstemperatur og galvanisk hudrespons. De beskriver studier som viser musikkens påvirkning av hormonspeilet ved samme måte som avspenning og aktivering med de forskjellige musikkstykkene. Rolig musikk har en signifikant reduksjon av ACTH og andre stresshormoner. Omvendt ved aktiverende musikk har dette økt serumspeilet av stresshormoner. Chanda og Levitin, (2013) støtter dette ved å beskrive musikkens påvirkning av hjerterytme, respirasjonsfrekvens, svette og andre deler av det autonome systemet. De presenterer studier som beskriver hvordan hjernestammens reflekser blir påvirket av musikkens rytmer, som igjen regulerer hjerterytme,

puls, blodtrykk og kroppstemperatur. Disse kroppslige reaksjonene musikk kan gi, kan settes i sammenheng med symptomene ved den mer akutte angsttilstanden Hougaard (2004) nevner, som hjertebank, rask pust, svetting, skjelving, munntørrehet, kvelningsfølelser, svimmelhet og varme- eller kuldefølelser i kroppen. Disse symptomene utløses av den sympatiske delen av det autonome nervesystemet, og fører til kamp- eller fluktinstinktet ved panikkangst. Myskja (1999) kan støtte seg til dette ved forklaringen på hvordan musikk som en lydkulisse kan overstimulere RAS i hjernestammen og setter deg i beredskap, som kan føre til angst og stress i kroppen. Altså kan det være ugunstig for mennesker med angst å bruke musikk som en bakgrunns rekvisitt, dersom denne musikken ikke er av den rolige typen. Dette kan kanskje bli utfordrende når det gjelder tanken med å bruke selvvalgt musikk, dersom pasientens musikkpreferanser er av den mer rocka typen.

I den biologiske forklaringsmodell av Snoek og Engedal (2008) tar man utgangspunkt i de ulike signalstoffene kroppen sender ut, og kan på denne måten forstå de fysiske symptomene når angsten er tilstede. Svakheten med denne modellen er at den ikke gir forklaringer for hvorfor kroppens signalstoffer aktiveres. Dersom man setter dette i sammenheng med musikkens virkning, kan rolig musikk redusere de kroppslige angstsymptomene, og angsten kan da reduseres. Ved å sette sammen funn fra musikkens fysiologiske effekt, kan man trekke paralleller til symptom og symptomlindring. Dette er også noe Aagaard (2006) støtter ved å beskrive hvordan musikkens effekt kan redusere ubehag som smerter, kvalme, uro og andre former for kroppslig og psykisk ubehag eller uønsket adferd. Hougaard (2004) beskriver at medikamentell behandling også har som mål å dempe symptomer, og ikke finne årsaken, men det kan oppstå uønskede bivirkninger. Sørensen (2004) gjorde funn som viste at det ble en reduksjon i medikamentinntaket til de pasientene som deltok i MusiCure prosjektet. Flere av pasientene formidlet at de heller ønsket å få lytte til denne musikken istedenfor å ta beroligende medikamenter. Dette funnet vekket min interesse da vi også vet at musikk kan gi mindre bivirkninger enn medikamenter, og dermed antyder å ha en beroligende effekt hos pasientene som valgte musikk over medisin.

6. OPPSUMMERING

I denne oppgaven har jeg stilt spørsmålet: *Hvilken virkning har musikk på mennesker som lider av angst?* I alle funnene fra analysen viser det at musikk har en virkning på mennesker med angst, der fysisk og mental avslapping viser seg å være hovedfunnene. Det fremkommer også at man ikke med sikkerhet kan gi all ære til musikken i seg selv, da det kan være flere faktorer som kan påvirke forskningsresultatene. Gjentakende sier funnene at det er gjort for lite forskning innenfor musikkbruk, som symptomlindring- eller terapeutisk verktøy for å redusere angst. Musikk er som nevnt en subjektiv opplevelse av den enkelte, og effekten av musikk er avhengig av personens kulturelle bakgrunn og forhold til musikk (Mysja, 1999; Aagaard, 2006), altså vil effekten variere fra person til person, og det er ikke en standardisert virkning.

Flere uavhengige studier viser også at valg av musikk er betydelig, da rytmikk, volum og musikkens helhet kan utgjøre økt- eller redusert angst. Myskja (1999) og Aagaard (2006) mener begge at det er viktig med grunnleggende kunnskap om musikkbruk, da feil bruk kan forverre en angsttilstand. I funnene viser det at musikken blant annet påvirker hjernebarken, som kan øke eller senke puls, blodtrykk og hjerterefrekvens, ved å velge rolige- eller hyppige rytmer. Altså den kroppslige effekten musikken kan ha på mennesker.

Angst gjør at kroppen blir anspent, påvirker pust og kan gi smerter i brystet. Funnene viser at musikken har en avslappende effekt, og blir ofte brukt i forbindelse med angst. Samtidig kan musikk få pasienten til å glemme vonde tanker og angstsymptomene i kroppen (Aagaard, 2006). Forskningen jeg har tatt med i denne oppgaven viser som nevnt at musikk har en signifikant reduksjon av angst, men med et kritisk blikk kan man trekke fram at forskningen er gjort på små grupper mennesker, samt at studiene har inneholdt flere faktorer som kan påvirke resultatene. Likevel støtter jeg meg til at musikk kan ha en positiv og reduserende effekt på mennesker som lider av angst, dersom man har grunnleggende kunnskap om musikkbruk.

Som vernepleier vil jeg ta med meg denne kunnskapen inn på arbeidsplassen, og utforske videre hvordan musikk kan være et angstdempende element. Jeg vil med sikkerhet møte på mennesker med denne problematikken, da jeg innledningsvis refererte til tall som viser at rundt en fjerdedel av befolkningen vil få angstlidelser i løpet av livet. Som nevnt har flere funn indikert at musikk kan brukes som et avslappende verktøy, og dermed kan denne

kunnskapen generaliseres til andre problemområder i mitt arbeid, og ikke nødvendigvis bare for å redusere angst, men også i situasjoner der pasienten kanskje trenger fysisk avslapping, eller avledning fra noe som er vondt. Jeg håper også med denne oppgaven å inspirere flere helse og sosialarbeidere til å bruke musikk i arbeid med mennesker, da det også kan gi glede og bidra til gode relasjoner og opplevelser mellom hjelper og pasient.

7. LITTERATURLISTE

Aagaard, T. (Red.).(2006) *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Aagaard, T. (2006) Musikk i helsefag: fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. I T. Aagaard (Red.), *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Campbell, J (1998) *Musikk som medisin: om hvordan musikk og lyd kan styrke kropp og sjel*. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag A/S

Darney-Smith, R. & Patey, H.M.(2007) *Musikkterapi*. København: Dansk psykologisk Forlag

Folkestad, H. (2009) Vernepleiefaglig arbeid. I G.S. Hutchinson(red.), *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier-Utvalgte temaer*. Oslo: Universitetsforlaget

Halvorsen, K. (2008) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Holthe, H., Lauvsnes, L., Dyrnes, G. & Bærøy, S-E.(2009) *Veileder for utredning og behandling av angstlidelser*. Nord-Trøndelag: Helse Nord-Trøndelag-Psykiatrisk klinikk

Hougaard, E.(2004) *Angst, mestrings av angst og panikk*. Vollen: Tell Forlag

Hutchinson, G.(Red.).(2009) *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier-Utvalgte temaer*. Oslo: Universitetsforlaget

Håkonsen, K.M. (2011) *Innføring i psykologi*.(4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Johannesen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L.(2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*.(4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag

Jørgensen, P.S. & Rienecker, L.(2006) *Den gode oppgaven-Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget

Myskja, A. (1999) *Den musiske medisin-Lyd og musikk som terapi*. Oslo: Grøndahl Dreyer

Myskja, A.(2006) Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase-to prosjekter i eldreomsorg. I T. Aagaard (red.), *Musikk og helse* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Ruud, E.(2006) Musikk gir helse. I T. Aagaard (Red), *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Schimidbauer, W. (2006) *Boken om angst- Alle opplever det, ingen ønsker det. Hva kan vi gjøre med vår angst?* Oslo: Andresen & Butenshøn

Snoek, J.E. & Engedal, K.(2013) *Psykatri-Kunnskap, Forståelse, Utfordring*.(3.utg.). Trondheim: Akribe

Thomassen, M. (2010) *Vitenskap, Kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Trondalen, G. (2006) Musikk i sjela mi. Musikkterapi med unge mennesker med anoreksi. I T. Aagaard (Red.), *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

A. Irgenes (2000) Eksponeringsbehandling for angstlidelser i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. Nr. 18 – 10. august 2000, 120:2118 – 21 Hentet 01.05.15 fra <http://tidsskriftet.no/article/136195/>

Chanda, M.L. & Levitin, D.J. (2013) The neurochemistry of music, *Trends in Cognitive Sciences*. 17, nr.4, s. 179-193 Hentet 15.04-15 Fra http://daniellevitin.com/levitinlab/articles/2013-TICS_1180.pdf

CHOI,A.-N., LEE, M.S. & LIM, H.-J. (2008) Effect of group music intervention on depression, anxiety and relationship in psychiatric patients: A pilot study. *The journal of alternative and complementary medicine*. Nr.14, s. 567-570. Hentet 05.05-15 Fra <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2008.0006>

Hernandez-Ruiz, E. (2005) Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters. *Journal of music therapy*. Nr. 42(2) s. 58-140 Hentet 01.05-15 Fra <https://vpn.hint.no/docview/.DanaInfo=search.proquest.com+223554418?accountid=31880>

ICD-10 (2015) *Helsedirektoratet*. Hentet 05.05-15 Fra:

<https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>

Kodeverket ICD-10 (og ICD-11) (2015) *Helsedirektoratet*. Hentet 06.05-15 Fra:

<https://helsedirektoratet.no/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Stress- sårbarhetsmodellen. (SS). (1999) *Stiftelsen SOR-Mangfold og Muligheter*. Hentet 02.05-15 Fra <http://kurs.helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17966>

Meld.st.16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan. (2011-2015)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 15.04.15 fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/8/5.html?id=639842>

Musica Humana Research(2013) *Velkommen til musica humana research - Skabelse og studier af specielt designet musik i sundhedssektoren*. Hentet 02.05-15 Fra

<http://www.musicahumana.org/?lang=dk>

Mykletun, A, Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S. (2009) *Psykiske Lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*.(Rapport 2009:8) Nydalen: Norsk folkehelseinstitutt Hentet 16.04-15 Fra

<http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>

Mysja, A. (2005) Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Nr.11, s. 125:1497 – 9 Hentet 10.05.15 Fra

<http://tidsskriftet.no/article/1200212>

Myskja, A. & Lindbæk, M. (2000) Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskrift for den norske legeforening*. Nr. 10, s. 120:1182 – 5 Hentet 01.05-15 Fra

<http://tidsskriftet.no/article/3262>

Rolfesen, D. G. (2013) *Oslo Gestalt terapi*. Hentet 15.04-15 Fra:
<http://www.fhi.no/tema/angstlidelser/fakta-om-angstlidelser>

Rammeplan for vernepleierutdanningen (2004) Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet 03.04-15 Fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215888-rammeplan_vernepleier_23.juni_ny.pdf

Støren, I. (2013) *Bare søk!*- Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier. Hentet 03.05-15 Fra <http://issuu.com/cdundervisning/docs/binder1>

Sørensen, T. (2004) Treatment of psychiatric patients suffering from anxiety using MusiCure – a pilot study. *Musikkterapi i psykiatrien online, (MIPO)* 4, nr. 1, s. 76-82 Hentet 01.04-15 Fra <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/mip/article/view/6108/5315>

Tamb, K. (2013) Angstlidelser-faktaark. *Folkehelseinstituttet*. Hentet 14.04.15 Fra <http://www.fhi.no/tema/angstlidelser/fakta-om-angstlidelser>

Værnesbranden, I. (2014, 01.01) Når jeg spiller forsvinner angsten. *Stjørdalens Blad*. Hentet 05.04-15 Fra <http://www.bladet.no/nyheter/article7075667.ece>

Søkematrise

Database	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Tatt i bruk	Kommentarer
Isi Web of science	1.	music therapy AND effect AND mental health	44		Gikk gjennom 3 artikler som kunne være relevante, men syntes ikke de svarte godt nok på min problemstilling
Isi Web of science		Effect of music therapy AND anxiety-depression	14		Ingen relevante funn
ORIA	2.	musikk AND mental helse	21		Gikk gjennom 1 artikkel, men den ble for upresis
ORIA		music therapy AND music intervention AND anxiety disease	70		Ingen relevante funn. Mye omhandler angst I forbindelse med somatisk sykdom og operasjoner.
NORART	3.	Musikk AND behandling	5		Ingen relevante funn
Google Scholar		MusiCure mot angst	18	1	Dansk forskning som omhandler bruk av musiCure for mennesker med angstlidelser
Google scholar	4.	effekt av musikk som behandling i psykiatri	1050		Gikk gjennom 2 artikler, men valgte ikke å bruke disse, da

					det ikke ble konkret nok opp mot problemstillingen.
Medline	5.	Anxiety AND Music therapy AND Stress And effect	47	1	Musikkterapi for å redusere angst hos mishandlede damer som er innlagt på krisesenter.
Medline	6.	Effect of music therapy AND anxiety-depression	2		Relevant forskning på reduksjon av angst hos mennesker med en alvorlig hjerneskade. Kritisk til utvalget i denne studien og forkastet den.
Medline	10.	Music therapy* AND music intervention* AND anxiety	55	1	Pilotstudie musikkterapi I grupper for pasienter som er innlagt på psykiatrisk sengepost.
Google		Hvordan virker musikk på menneskekroppen AND forskning	128000	2	En artikkel fra `Tidsskrift for Den norske legeforening` om hvordan musikk virker på menneskekroppen. Og et sammendrag av en studie på forskning.no `musikk virker mot angst` der

				jeg hentet originalrapporten gjennom litteraturlisten.
--	--	--	--	---