

Aalborg Universitet

Institutt for Kommunikasjon

Musikkterapi

September 2008

---

# Med pasienten som partitur

---

Reseptiv  
musikkterapi med  
levende musikk

---

Kaja Elise Enge

---

## TITTELBLAD

Norsk tittel: *Med pasienten som partitur – Reseptiv musikkterapi med levende musikk*

Engelsk tittel: *The Patient as Music Score – Receptive Music Therapy with Live Music*

Veileder: Niels Hannibal

Antall tegn med mellomrom: 173 679

Antall sider: 72, 36

## English Abstract

### “The Patient as Music Score – Receptive Music Therapy with Live Music”

This thesis examines how the music gets shaped in receptive music therapy, when the music is performed live, by the therapist. It focuses on three areas: Music Relaxation, Music Visualization and Pain relief through music. The therapy setting is medical, with hospitalized patients.

Research questions are as follows:

#### **How is live music performed in Music Relaxation, Music Visualization and Pain Relief in receptive Music Therapy?**

Specifications:

- How do the informants describe the time span before, during and after the performance of the music intervention?
- Which elements inform the music?

Additional areas of examination:

- What do the informants consider to be therapeutically significant by playing the music live?
- According to the informants' experience, which advantages and disadvantages are there for the therapist and the intervention that the music is performed live?

The data is generated through semi structured interviews with two music therapists. The interviews are transcribed and analyzed through an ad hoc design consisting of interpretative phenomenological analysis, condensation of meaning and thematic systematization, which gives the base to shape coherent descriptions of area of interest.

The conclusion shows that the music overall is shaped by a process where social, physiological and psychological aspects of the patient informs the musical frame and specific idioms of the music. The time span before and during the music is used to gather information about the patient, which continuously shapes the music on different levels. The time span that comes after the music is connected to either sleep, a moment of silence or to

conversation about the experience, which can take the patient deeper into the process. The informants view the relationship that is being shaped and the musical adjustment that can occur, as significant for these techniques. They also consider it an advantage that the music therapist can control the music. Additionally, it becomes clear that the concept and phenomenon *entrainment* is a basic part of the concrete intervention and also works as a conceptual understanding for the informants.

The generated data has answered the main research questions on a concrete, pragmatic level. This is also the level that the research questions are focusing on. The additional areas of interest have given some insight into what the informants consider significant by using live music in receptive music therapy. This touches as more reflective, hypothetical level.

The investigation enlightens the process from the moment when therapist meets the client, to the sounding music, from the perspective of the informants. The method is limited to pass on the informants own knowledge, understanding and explanation of their own experiences. The investigation does not generate information about how this can be viewed in a more objective perspective.

Next to giving concrete information about shaping the music, it also generates an overview of important areas in this field, which can be investigated further. Generalized hypotheses can be focused on the synchronization that is developed (in an entrainment perspective) between the patient, the music and the music therapist, when the music is conducted live in receptive music therapy. This hypothesis can make the foundation for new and more specific investigations, with other methods.

Forord.

Dette spesialet har vært med meg mye lengre enn i utgangspunktet planlagt. Etter skremmende mengder koffein og kakaobaserte matvarer, er det endelig ferdig.

Min elskede fantastiske mann har galant sparket meg over høye dørstokker, samt kommet med lommelykt og stige og plukket meg opp fra diverse, dype, mørke, uhyggelige spesialehull. Og så har min elskede fantastiske sønn, som er svært utålmodig og ble født midt i spesialet, lært meg mye om genuin nysgjerrighet samt standhaftig effektivitet.



## Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE .....	0
<b>DEL 1: INTRODUKSJON .....</b>	<b>3</b>
TEMABESKRIVELSE .....	3
LITTERATURGJENNOMGANG .....	5
PROBLEMFOMULERING .....	8
METODE.....	9
TEORETISKE FORFORSTÅELSER .....	9
MUSIKKTERAPITEORETISK PLASSERING .....	10
BEGREPSDEFINISJON .....	11
<b>INTERVJUET.....</b>	<b>13</b>
INTERVJUTYPE.....	13
INTERVJUGUIDEN.....	13
INFORMANTER .....	15
GJENNOMFØRING AV INTERVJUET .....	16
OPPSUMMERING.....	16
<b>ANALYSEMETODE.....</b>	<b>17</b>
OVERSIKT OVER ANALYSEPROSESSEN .....	17
OPPSUMMERING AV METODEAVSNITTET .....	24
<b>DEL 2: PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>25</b>
INFORMANTENES FORHÅNDSFORSTÅELSE OM BRUKEN AV LEVENDE MUSIKK .....	26
SMERTE OG PSYKOLOGISK SMERTELINDRING.....	27
ENTRAINMENT .....	31
OPPSUMMERING AV TEKSTEN SÅ LANGT .....	33
<b>FØR MUSIKKEN: ASSESSMENT.....</b>	<b>35</b>
OBSERVASJONER I ASSESSMENTEN .....	36
PSYKISK OG EMOSJONELL TILSTAND .....	39
OPPSUMMERING AV ASSESSMENT.....	40
<b>FELLESTREKK I UTFORMINGEN AV MUSIKKEN .....</b>	<b>42</b>
ELEMENTER SOM INFORMERER MUSIKKEN .....	42
OPPSUMMERING AV FELLESTREKK I UTFORMINGEN AV MUSIKKEN.....	50
<b>MUSIKKAVSPENNING .....</b>	<b>54</b>
BAKGRUNNSINFORMASJON .....	54

INTERVENSJONEN I MUSIKKAVSPENNING .....	55
ELEMENTER SOM INFORMERER MUSIKKEN .....	56
TEKNIKKER .....	58
ETTER MUSIKKINTERVENSJON.....	60
OPPSUMMERING AV "MUSIKKAVSPENNING" .....	60
<b>MUSIKKVISUALISERING .....</b>	<b>63</b>
BAKGRUNNSINFORMASJON .....	63
INTERVENSJONEN I MUSIKKVISUALISERING .....	67
UNDERVEIS .....	68
ELEMENTER SOM INFORMERER MUSIKKEN .....	68
ETTER MUSIKKINTERVENSJONEN .....	70
OPPSUMMERING AV "MUSIKKVISUALISERING" .....	71
<b>DEL 3: AVSLUTNING .....</b>	<b>75</b>
OPPSUMMERING AV ANALYSEFUNN .....	75
KONKLUSJON .....	77
DISKUSJON.....	78
REFLEKTERING OG PERSPEKTIVERING OVER FUNN .....	84
VEDLEGG 1: AVISARTIKKEL <i>HJELP TIL HELE MEG</i> .....	90
VEDLEGG 2: SAMTYKKE FRA INFORMANTENE.....	92
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDEN.....	94
VEDLEGG 4: TRANSKRIPSJON AV INTERVJU OG ANALYSESTEG 1 A & B.....	98
VEDLEGG 5: ANALYSESTEG 1A: MINE REAKSJONER TIL INTERVJUET.....	147
VEDLEGG 6: ANALYSESTEG 4: SAMKJØRING AV ANALYSENE.....	153
VEDLEGG 7: HENVISNINGSSKJEMA.....	180
VEDLEGG 8: ASSESSMENTSKJEMA.....	181
VEDLEGG 9: LOGGBESKRIVELSE, RICHARD.....	182





# Del 1: INTRODUKSJON

---

## Temabeskrivelse

Utgangspunktet til dette spesialet er et ønske om å få en større klarhet omkring hvordan levende fremført musikk kan bli utformet i reseptiv musikkterapi. Det er min oppfatning at når musikk blir anvendt reseptivt i musikkterapi (spesielt her i Skandinavia/Nord Europa) blir det ofte brukt forhåndsinnspilt musikk, og at forskning omkring reseptiv musikkterapi omhandler også stort sett forhåndsinnspilt musikk (Aasgaard 2006, s. 41). Jeg vil ikke beskjeftige meg med å filosofere omkring hvorfor det er sånn eller sammenligne forhåndsinnspilt med levende fremført musikk – kun sette fokus på den levende fremførte musikk og kikke nærmere på hvordan denne kan brukes i musikkterapi, og spesielt hvordan musikken blir utformet.

Vår 2007, var jeg student på Beth Israel Medical Center<sup>1</sup>, på Louis Armstrong Center for Music and Medicine. Der brukte musikkterapeutene utelukkende levende fremført musikk i sitt virke – også i reseptiv musikkterapi. Det hadde jeg aldri prøvd før – og jeg elsket det. Saken var den at jeg stort sett spilte intuitivt, mens jeg fikk inntrykk av de mer garvede musikkterapeutene hadde opptil flere argument for å spille som de gjorde. Jeg ble veldig nysgjerrig på hvilken prosess som skjedde mellom deres møte med pasienten og den klingende musikken. Selv fikk jeg litt mer taket på det etterhvert – jeg kunne begynne å inkludere flere av pasientens emosjonelle og fysiske parametre i musikken og øve meg på *entraining*; som er kunsten å påvirke pasientens kropp og psyke ved å spille spesielt tilpasset musikk. Siden mitt opphold på Beth Israel var avgrenset til 12 små uker, var det begrenset hvor mye jeg fikk undersøke akkurat denne delen av praksisen – det var jo så mye annet å sette seg inn i og lære ved siden av. Jeg bestemte meg derfor for å undersøke det nøyere i spesialet mitt.

---

<sup>1</sup> I regi av organisasjonen *Thanks to Scandinavia*

## Bakgrunn

Ved siden av personlig interesse, er det to andre grunner til at jeg gjerne vil undersøke musikkterapeutisk metode grundigere. Det ene er at jeg synes det er viktig å understreke og forstå musikkterapeuters kompetanse i et samfunnskulturelt perspektiv. Det andre er at jeg synes det er viktig å samle inn og systematisere metodisk kunnskap basert på musikkterapeutisk klinisk praksis.

I det siste har behovet for å forstå pasienter i et helhetlig perspektiv – bestående av både kropp og psyke/sjel vært litt oppe i media (eksempel i vedlegg nr. 1). Pasienter får begrenset eller ingen hjelp til å takle emosjonelle og psykiske konsekvenser av sykdom, innleggelse og behandling i dagens sykehussystem. Nytteverdien av smertestillende medikament er begrenset når smerte og angst har okkupert sjelen. I denne konteksten ser jeg det som relevant med musikkterapi på sykehus. En musikkterapeut har kunnskap som kan henvende seg til både kroppen og psyken, men også det som skjer på et mer sjelelig, eksistensielt plan, – på det planet hvor ord, tanker og forståelser ikke har adgang, men hvor opplevelse relatert til sanseinntrykk av ulike stimuli (for eksempel kunst, musikk, natur, kjærlighet, religion) er det herskende språk. Jeg har opplevd at mennesker som trykker eksistensen i hånden ofte kommer i kontakt, eller trenger å komme i kontakt, med disse nivåene. Derfor synes jeg det er relevant å ha noen på sykehuset (bortsett fra sykehuspresten) som kan møte behovet for psykisk og sjelelig omsorg og behandling.

Når det kommer til musikkterapeutisk metode kommer det mer og mer forskning som er med på å bane veien mot et selvstendig musikkterapeutisk grunnlag. Jeg har i løp av utdannelsen min ikke fått undervisning i hvordan reseptiv musikk kan *utøves* (kun i hva man bør ta hensyn til i når man skal velge ut en cd til reseptive intervensjoner og i kliniske *samspillsferdigheter*). Litteratur om reseptiv musikkterapi fokuserer mest på hvordan *forhåndsinnspilt* musikk kan plukkes ut og brukes i reseptiv musikkterapi (for eksempel Grocke & Wigram 2007), det blir ikke klargjort om det er en forskjell i tilfeller hvor musikkterapeuten vil spille selv. Derfor vil jeg gjerne systematisere litt av den kunnskapen jeg har erfart eksisterer om emnet i praksis.

## Temaavgrensning

For å avgrense oppgaven har jeg valgt ut å kikke nærmere på tre områder, hvor bruken av levende, reseptiv musikk blir anvendt. Disse er musikkavspenning, musikkvisualisering og smertelindring. Det har vist seg at musikkavspenning og musikkvisualisering nettopp ofte, men ikke alltid, blir brukt i smertelindring – områdene går derfor litt over i hverandre. Mer om dette senere. Konteksten for musikkterapien er såkalt 'medisinsk', den finner med andre ord sted på et somatisk sykehus. For å avgrense og strukturere emneområdet har jeg valgt å dele beskrivelsen av metodene opp i tiden før, under og etter musikken, hvor hovedfokus ligger på tiden under musikken, og hvordan musikkterapeuten utformer musikken. Ved siden av at denne oppdelingen er ganske logisk og naturlig, er litt av bakgrunnen for denne oppdelingen er at jeg ville kikke på sammenhengen mellom tiden før musikkterapeuten begynner å spille, og hvordan vedkommende så velger å spille – da det ganske typisk er en sammenheng mellom disse perioder i musikkterapi. Tiden etter musikken er ikke så viktig i seg selv i denne sammenhengen – men for å få en homogen beskrivelse av metodene valgte jeg å inkludere dette tidsrommet.

Jeg har gått empirisk til verks og intervjuet to musikkterapeuter som kun anvender levende musikk i sitt virke som musikkterapeuter. De arbeider begge i USA på Beth Israel Medical Center, Louis Armstrong Center for Music and Medicine. Intervjuene har gitt ett lite innblikk og ideer til hvordan dette kan gjøres – det er ikke en fyllestgjørende beskrivelse eller fullstendig systematisering av metoden – kun en liten flik av en stor praktisk kunnskap som fins på området.

## Litteraturgjennomgang

Når jeg søkte etter litteratur om emnet, søkte jeg på biblioteket på AAU, biblioteket på Høgskolen i Volda og i en cd-rom utgitt av det amerikanske forbundet for musikkterapi (*American Music Therapy Association*) som inneholder alle artikler utgitt i de amerikanske tidsskriftene (*Journal of Music Therapy*, *Music Therapy*, *Music Therapy Perspectives*) fra 1964 – 2003. Jeg lette også i mine egne bøker og på internett, samt i litteratur fra praksisoppholdet mitt.

Jeg har ikke kunnet finne litteratur som beskriver mitt emneområdet i en forskningskontekst – det blir bare nevnt i beskrivelser av praksis. Jeg vil likevel referere til noen undersøkelser som beskjeftiger seg med anvendelsen av levende musikk i forskjellige kontekster. Bayley

(1983) undersøker effekten av levende musikk (musikkterapeuten spiller gitar og synger for pasienten) versus innspilt musikk (musikkterapeuten har innspilt de samme sangene på bånd) hos kreftpasienter. Undersøkelsen konkluderer at live musikk har en signifikant større påvirkningskraft på emosjonelle og fysiske forandringer hos pasienten. Dette viste seg spesielt i forhold til mindre anspenhet, nervøsitet og mer vitalitet etter musikken. Kritikken til denne undersøkelsen er at det er uvanlig at musikkterapeuter innspiller seg selv på bånd for så å spille det for pasienten. Det er mer utbredt å anvende profesjonelt innspilt musikk, noe som sannsynligvis er mer lyttervennlig for pasienten enn en amatørinnspilning av sang og gitar. Kontrollgruppen er derfor ikke samsvarende med virkeligheten og jeg anser den derfor som problematisk å anvende som sammenligningsgrunnlag. Malone (1996) beskriver i artikkelen *The Effects of Live Music on the Distress of Pediatric Patients Receiving Intravenous Starts, Venipunctures, Injections, and Hell Sticks* hvordan levende musikk (kjente barnesanger) ser ut til å være nyttig som alternativ smertelindring og for å redusere utrygghet og redsel for barn som skal ta forskjellige former for vaksiner eller blir stukket i av andre grunner. I utgangspunktet spiller og synger musikkterapeuten for barnet – men det skal nevnes at noen barn (spesielt barn over tre år) sang med, og at den direkte musikalske kommunikasjon mellom terapeut og barn også er en del av undersøkelsen – noe som faller utenfor dette prosjekts rammer. Jill Strauser (1997) undersøker anvendelsen av musikk versus stillhet for opplevd avspenning og fysiologiske reaksjoner i en kiropraktisk setting. Hun anvender selv innspilt musikk, men som en del av sin konklusjon, oppmoder hun til videre forskning i området *comparison of live music versus recorded music to encourage relaxation*. Tryge Aasgaard (2007), nevner i sin bok *Musikk og helse*, at det kan synes som om det nærmest kun er den ferdiginnspilte musikken som har en plass innen sykepleieforskningen omkring intervensjoner som fremmer avspenning og angstreduksjon. Han foreslår, vel og merke i en fotnote, at levende fremført musikk kanskje potensielt har enda større angstreduserende effekt (med henvisning til Bailey 1983), og begrunner dette i at opplevelsen av fellesskap og tilhørighet muligvis virker beroligende. Jenny Kruse (2003) undersøker nyere strømninger innenfor musikkterapi praksis i kreftbehandling i USA. Hun undersøker blant annet hvilke metoder og teknikker som blir hyppigst anvendt. De tre mest vanlige intervensjoner er 'music relaxation', sangskrivning og å spille på instrumenter. 70% av de spurte foretrekker å anvende live musikk om mulig. Kruse stiller dog spørsmål ved om det er en kvantitativ målbar effekt som tilsier at denne pasientgruppen har større utbytte av

live musikk. Denne undersøkelsen tilsier at avspenning er en viktig intervensjon for musikkterapeuter i denne konteksten. Den sier dog ikke noe om at avspenningen nødvendigvis skal være guidet av levende musikk – kun at begge deler er utbredt og ønsket. O’Callaghan (1996, 1997) beskriver hovedsaklig anvendelsen av sanger i palliativ pleie, men skriver i denne sammenheng: *“After playing the song to the patient the author improvised while the patient, having had her pain acknowledged, imagined being in a forest. She said that the only times she felt distracted from her pain was when she listened to this and other live music being performed in music therapy”* (1996), samt *“When I later improvised on the word “comfort” Joan imagined being in her forest. Joan experienced chronic pain but said that she felt some relief from it when this and other live music was played”* (1997). Disse beskrivelser ligger innenfor temarammen for dette prosjektet, men forfatteren går dessverre ikke nærmere inn på emnet i de nevnte artikler.

Å undersøke dette området anses kanskje for å være litt vanskelig. En forklaring kan være at det er vanskeligere å duplikere, når man spiller levende musikk. En annen forklaring kan være at det å bruke levende reseptiv musikk her i Skandinavia ikke er så utbredt, hvorimot det er mer vanlig i USA – og i USA blir det anvendt mye kvantitativ forskning (kanskje fordi så mange arbeider med betaling fra fond, og disse fond krever evidensbasert praksis).

Oppsummerende kan det, i den hittil anvendte litteratur, se ut til at levende reseptiv musikkterapi kan bli anvendt i smertelindring, reduksjon av angst, utrygghet og nervøsitet, til avspenning og i forbindelse med visualisering. Litteraturen foreslår også at dette emneområdet er relevant å undersøke nærmere. Bortsett fra anvendelsen av sanger og improvisasjon over ord, har jeg funnet få beskrivelser av *hvordan* selve metodene blir utøvd i praksis og hvordan musikken blir formet. Dette håper jeg å kunne belyse nærmere i min egen undersøkelse.

## Problemformulering

### Hvordan blir levende musikk utøvd i musikkavspenning, musikkvisualisering og smertelindring i reseptiv musikkterapi?

Spesifisering:

- Hvordan blir tiden før, under og etter musikken beskrevet?
- Hva informerer musikkens utformning?

Underspørsmål vedrørende bruken av levende musikk:

- Hva anskuer informantene å være terapeutisk signifikant tilknyttet at musikken er levende fremført?
- Hvilke fordeler/ulempes opplever informanten at det er for terapeuten og den kliniske intervensjonen at musikken er levende fremført?

Disse siste to spørsmål inkluderte jeg for og forhåpentlig kunne avdekke litt kunnskap og erfaring om den terapeutiske signifikans det å bruke levende reseptiv musikk har.

## Forhåndsforståelse

Jeg vil nå kort beskrive mine forhåndsforståelser, for å gjøre min intensjon kjent og kunne evaluere min egen innflytelse på analyseresultatet.

Forhåndsforståelsene er basert på praksiserfaringene fra Beth Israel. De har hatt innflytelse på problemformulering og utvikling av intervjuguide. Forforståelsene innebærer en oppfatning av at det før musikken foregår en informasjonsinnsamling som terapeuten kan bruke i musikkutviklingen. I min forhåndsforståelse var disse observasjonene konsentrert om pasienten fysiske og psykiske forfatning samt terapeutens motoverføringer og andre følelser og reaksjoner i situasjonen. I visualiseringen er det dessuten min forforståelse at det også blir funnet et utgangspunkt til visualiseringen før musikken. I forhold til utviklingen av musikken, var forforståelsen konsentrert om at: målsetningen for intervensjonen influerer musikken, ved siden av pasientens fysiske tilstand (åndedrett, hjerterytmte, søvnmangel, anspenhet, smerte) og psykiske tilstand (angst, uro), verbal interaksjon, overføringer, terapeutens intuisjon, tidligere observasjoner og eventuell visualisering. Jeg hadde ikke noen spesielle forforståelser knyttet til tiden etter musikken eller smertelindring.

## Metode

Som nevnt har jeg anvendt intervju som empiri. Intervjuspørsmålene er en kombinasjon av åpne og mer lukkede spørsmål, da jeg er interessert i å undersøke noen bestemte forhåndsantagelser, samtidig som jeg gjerne ville ha innblikk i intervjupersonens uavhengige beskrivelser av temaområdet. Intervjuene har funnet sted på Skype (internett-telefon), siden jeg ikke hadde anledning til å reise til USA for å intervju dem ansikt til ansikt. Intervjuene har blitt bearbeidet ved å anvende en ad-hoc metode. Denne tar utgangspunkt i en fenomenologisk inspirert analyse og meningsfortetting, etterfølgende av tematisk systematisering. Dette gir utgangspunktet til beskrivelser av emneområdet.

Beskrivelsesprosessen tar utgangspunkt i den tematiske systematiseringen av analysefunnene, og blir ytterligere beskrevet med relevant teori og supplementert med mine kliniske erfaringer med emneområdet der dette anses relevant og ønskelig. Temaer fra intervjuet blir således bearbeidet videre, i en prosess som består av å bevege seg frem og tilbake mellom opprinnelig intervju, analysefunn og relevant teori. Intervjuet blir hele tiden konsultert, for å sikre forståelsen.

Metoden er inspirert av Steinar Kvaales *Det kvalitative forskningsintervju* (1997), og Lyons & Coyle's *Analysing Qualitative Data in Psychology* (2007).

## Vitenskapsteoretisk plassering

Opgaven kan plasseres i den kvalitative forskningstradisjon, med metodologisk plassering innenfor fortolkende fenomenologi.

## Teoretiske forforståelser

### Menneskesyn

Menneskesynet kan bli forstått som å være holistisk bestående av en psykisk og fysisk helhet, der det fysiologiske påvirker det psykiske, og det psykiske påvirker det fysiske. Det blir spesielt vektlagt en forbindelse mellom åndedrett og fysisk og psykisk tilstand.

### Behandlingssyn

Overordnet sett kan behandlingssynet baseres på menneskesynet, hvilket innebærer at en psykologisk intervensjon kan ha innvirkning på et fysiologisk problem og omvendt.

Behandlingssynet kan dessuten forstås som å være eklektisk, da det tar utgangspunkt i en del ulike metateoretiske forståelser av behandling. Metateoretisk sett kan behandlingssynet



delvis plasseres både i biologi, psykologiteori (pasientsentrert, psykodynamisk, jungiansk), musikkteori og musikkterapiteori.

### Sykdomssyn

Sykdomssynet er i tråd med det holistiske menneskesynet og eklektiske behandlingssynet, og tar også høyde for at det er en forbindelse mellom kropp og psyke, og at ulike intervensjoner rettet mot psyken kan ha en påvirkningskraft på kroppens tilstand og omvendt.

### Musikksyn

Musikksynet legger seg opp mot et referensielt musikksyn, hvor musikken representerer, symboliserer eller uttrykker menneskelige fenomener som er utenfor musikken: følelser, ideer, opplevelser, historier m.m. Musikkens betydning er knyttet til dem som skaper den, og musikk er et vitensbyrd om livet (Bonde et al 2001). Sekvensielt er det inspirasjon fra affektteorien, hvor toner, harmonier og vendinger blir forstått som å ha en bestemt betydning/funksjon i mennesket. Lyder som umiddelbart ikke knyttes til musikk, blir også forstått som musikk i denne sammenhengen.

### Musikkterapiteoretisk plassering

Informantene arbeider ut fra en modell de kaller *musikk psykoterapi*. Dette er et vidt begrep, og kan inneholde mange forskjellige former for intervensjoner og teorier. Bruscia (1998) definerer målene som: mer kunnskap om seg selv, løse indre konflikter, emosjonell frigjøring, uttrykke seg selv, emosjonell og holdningsmessig forandring, forbedret interpersonelle ferdigheter, løse interpersonelle problemer, utvikle sunne relasjoner, helbredelse av emosjonelle traumer, dypere selvinnikt, virkelighetsorientering, kognitiv restrukturering, adferdsendringer, større mening og selvrealisering i livet eller spirituell utvikling (s. 213). Begrepet inkluderer varierende fokus på musikk og samtale – fra musikk som terapi til musikk i terapi, og varierende terapeutisk nivå (fra støttende terapi til primær terapi). De mest typiske teoretiske funderingene blir beskrevet å være psykodynamisk, eksistensiell – humanistisk, gestalt, kognitiv og behavioristisk – med sine tilhørende variasjoner. Musikkpsykoterapi er altså en stor boks, med plass til mye forskjellig.

Teoretisk og praktisk befinner vi oss i grenselandet mellom kreativ og analytisk musikkterapi, og mellom reseptiv og aktiv musikkterapi. Informantene bruker forståelser fra

ulike teoretiske holdepunkt, så et metateoretisk holdepunkt er ikke klart, og kan på dette grunnlag defineres som å være eklektisk. Musikk kan være en analogi av menneskets indre tilstand, enten det nå er fysisk eller psykisk.

I min vurdering, bruker informantene ideer fra kreativ/musikksentrert musikkterapi med tilhørende tro på prosess i musikken og musikalsk speiling av pasienten. Fra psykodynamisk/analytisk musikkterapi blir det anvendt bevissthet om overførings- og motoverføringsrelasjonen og psykiske mekanismer som håndterings/mestringsstrategier og tidligere erfaringers implikasjon på dagens reaksjoner. Videre blir det arbeidet ut fra en forståelse om at visualiseringer kan være en metafor for det som skjer med pasienten, og at psykiske problemstillinger kan bli behandlet implisitt i en visualiseringsprosess, hvilket er i retning av Guided Imagery and Music.

Det ser også ut til at her er forståelser knyttet til den mer fysiologiske effekten av musikken. En forståelse av at *vibrasjoner* fra toner kan ha innflytelse på kroppen er også integrert, sammen med at ulike *fysiske parametre kan synkroniseres med musikalske parametre*.

En praktisk forskjell mellom det musikkterapeutiske arbeidet på Beth Israel og det jeg har lært på utdannelsen min, er at de har ingen skrupler med å *snakke og spille samtidig*. I min utdanning er disse to tingene som regel adskilt. Dette kan virke ganske uviktig – men når det kommer til den kliniske virkelighet kan det være greit å vite.

## Begrepsdefinisjon

I beskrivelsen blir det anvendt noen begreper som det her blir klargjort forståelsen av:

**Flow:** *Flow* er et begrep som her retter seg mot både flow i musikken og flow i kroppen, og det kan se ut som om det blir forstått som motsetningen til *spenninger*. Begrepet er knyttet til *bevegelse*; at noe *flyter* og *strømmer*. I musikalsk sammenheng forstår jeg ordet som at det er en *opplevelse av bevegelse* i musikken. Jeg har dessverre ikke tilgang til kilder som definerer det mer eksakt i musisk sammenheng. I forhold til kroppen, forstår jeg det som å være avslappet i muskler, åndedrett og blodgjennomstrømning – i motsetning til å være anspent og puste overfladisk og for eksempel ha forstoppelse.

**Energi:** Dette ordet blir også brukt både for å beskrive musikken og pasienten. For eksempel prøver terapeutene å *matche pasientens energi* i musikken. Det er ikke uvanlig å bruke ordet

energi for å beskrive verken menneske eller musikk ("Energisk musikk", eller "Jeg har ikke energi til det") I denne sammenhengen blir det brukt i vurderingen av hvor *mye* energi pasienten har (energinivå), men også av *hvilken* energi pasienten har (energikvalitet) (For eksempel: Han var oppfylt av en oppspilt energi).

**Lullaby:** En lullaby er en godnattsang/vuggeviser. Grunnen til at jeg har valgt å beholde det opprinnelige begrepet her, er at det blir definert og beskrevet på en bestemt måte av informantene, som ikke nødvendigvis stemmer overens med skandinaviske vuggeviser.

**Release:** Release har jeg i teksten oversatt med *gi slipp*. Jeg syns likevel at det kan bli litt uklart hva som menes. I ordbøker blir det oversatt med ord som *frihet, løslatelse, befrielse*. I Intervjuene blir ordet brukt i sammenhenger som "*release to the area which is in pain*", "*release on two notes*". Det er problematisk å finne en passende oversettelse til norsk, men det handler om å gi slipp; enten gi slipp på spenninger eller bare en opplevelse av å gi slipp ett sted i kroppen, eller gi slipp på åndedrettet i motsetning til et anstrengt åndedrett.

**Holding:** Bruscia definerer det som: "*As the client improvises, the therapist provides a musical background that resonates the client's feelings while containing them*" (s. 536). Bruscia taler om sammenhenger hvor pasienten er aktiv i musikken selv og derfor har en mye klarere musikalsk forbindelse til terapeuten. I denne oppgaven kan ikke begrepet forstås på nøyaktig samme måten, siden pasienten ikke er direkte aktiv i musikken selv. I denne sammenhengen kan en forståelse av begrepet være at terapeuten støtter pasienten ved at terapeuten speiler og favner pasienten i musikken – eventuelt spiller noe som er familiært.

**Teknikk/metode:** Ordene teknikk og metode blir ofte brukt om hverandre. For klarhetens skyld vil jeg definere hva jeg mener med ordene. Jeg bruker ordet *teknikk* om ulike grep musikkterapeuten kan gjøre i en *metode*. Metode forstår jeg som en større, sammenhengende teknisk enhet.

# Intervjuet

---

I dette avsnittet vil jeg beskrive typen intervju jeg har anvendt, oppbygning av intervjuguide og formulering av spørsmål, utvelgelseskriterium og presentasjon av informanter, beskrivelse av intervjusetting og evaluering av intervjuet.

## Intervjuetype

### Halvstrukturert med åpne og lukkede spørsmål

Formålet med undersøkelsen min er å få beskrevet noen musikkterapeutiske metoder. Jeg hadde noen forhåndsantagelser basert på praksis, som jeg gjerne ville ha belyst nærmere – samtidig som jeg vil åpne opp for ny kunnskap. Dette har påvirket spørsmålene jeg stiller. Hensikten er å åpne opp for terapeutenes egne beskrivelser med åpne spørsmål hvor vi snakker fritt (for eksempel, "Beskriv perioden før du begynner å spille") og få svar på spesifikke antagelser med mer lukkede spørsmål (for eksempel, "Fortell meg litt om hvordan pasienten påvirker musikken du spiller"). Dette resulterer i et halvstrukturert intervju bestående av både lukkede og åpne spørsmål.

### Intervjuets fokus: rasjonelt

Et intervju kan ha ulike fokus (dansk: foki) (Kvale 1997). I denne oppgaven har fokus vært beskrivelser fremfor fortolkninger, og vektlegge den intellektuelle dimensjon fremfor den emosjonelle. Det vil si at jeg legger meg opp mot, med få unntagelser, en rasjonell, logisk diskurs, som klargjør oppfatninger om fenomenene som undersøkes, fremfor spontane beskrivelser og reaksjoner. Grunnen til dette er at formålet med undersøkelsen er å samle inn konkrete beskrivelser av gjennomførelsen av de utvalgte metoder (ikke undersøke terapeutens egen opplevelse). Men, i og med at musikkterapifaget har en opplevelsorientert natur, kan terapeutens egen opplevelse og følelser være en del av metodene og teknikkene – de unngås derfor ikke konsekvent i intervjuet.

## Intervjuguiden

### Intervjuguidens struktur

Som nevnt er intervjuet halvstrukturert. En strukturert intervjusituasjon skaper et intervju som er lettere å strukturere og analysere senere, skriver Kvale (1997, s. 77). Jeg har

strukturert så godt som mulig innenfor min metodiske ramme. Jeg har delt opp intervjuguiden i de tre metodene jeg undersøker – musikkvisualisering, musikkavspenning og smertelindring med musikk – og hver metode i tiden før, under og etter musikken. Innenfor denne rammen ba jeg informantene komme med sine beskrivelser ved å stille både åpne og lukkede spørsmål. I intervjuet blir ikke intervjuguiden fulgt slavisk, men jeg kommer inn på alle emnene og spørsmålene. Ofte blir de åpne spørsmålene stilt først, og så siden hen blir de lukkede spørsmål tatt opp.

### Utforming av spørsmål

I tråd med Kvale (1997) har jeg planlagt intervju og analyse i et sammenhengende, helhetlig perspektiv. Dette innebærer å ha en bevissthet om hva slags resultat man gjerne vil ha. Som beskrevet over, er en rasjonell beskrivelse målsetningen her. Jeg har derfor formulert spørsmål som oppmoder til konkrete beskrivelser, fremfor følelsesbaserte og hypotetiske utsagn. Dette har jeg gjort ved å bruke formuleringer som for eksempel "*beskriv konkret hva/hvordan...*".

Intervjuguiden er utformet som et skjema med to kolonner (Vedlegg nr.2). I den venstre kolonnen er forskningsspørsmålene mine, og i den høyre kolonnen spørsmålene jeg ville stille informantene. Utgangspunktet for å gjøre det sånn, er å gjøre spørsmålene så enkle som mulig – så informantene kunne svare uten å forberede seg – og for å tilpasse forskningsspørsmålene til talespråk uten å miste fokus (Kvale 1997, s. 78).

Spørsmålene ble testet på meg selv og en annen musikkterapeut, og det skulle noen omganger med forenkling til før spørsmålene fikk sin endelige utforming. Likevel er det vanskelige spørsmål å svare på. Jeg ber informantene se tilbake på sin kliniske praksis, og gjenfortelle til meg hva de gjør, og det er rett og slett ganske vanskelig når man ikke har noe konkret holdepunkt, som for eksempel en case, å gå ut fra. Jeg prøvde derfor å be dem komme med kliniske eksempler av og til – for å forenkle beskrivelsesprosessen og av og til for å komme løs hvis vi satte oss fast.

### Norsk og engelsk terminologi

Intervjuene er med engelsktalende musikkterapeuter. Ordene vi bruker i stedet for Musikkavspenning, Musikkvisualisering og Smertelindring, er *Music Relaxation*, *Music Visualization* og *Pain Reduction/Relieve*.

## Informanter

### Utvelgelseskriterier

Mitt eneste utvelgelseskriterium var at informantene hadde erfaring med disse metodene. Videre var det en fordel at de hadde noenlunde samme bakgrunn som meg – altså innsikt i den analytiske musikkterapi, sånn at vi snakket samme språk. Det var også viktig – men intet kriterium – med en bred teoretisk og klinisk bakgrunn, og å brenne for å bruke levende musikk i arbeidet. Det ble naturlig å spørre musikkterapeuter som arbeider ved Beth Israel, hvor jeg ble kjent med disse metodene. Jeg valgte å spørre musikkterapeuter som jeg hadde observert gjennomføre disse metodene, snakket med om metodene, eller som hadde undervist oss praktikanter i dem. Resultatet ble Joanne Loewy og Marcela Lichtenstein.

### Presentasjon av Joanne Loewy

Dr. Joanne Loewy, fra USA, startet det musikkterapeutiske arbeidet på Beth Israel Medical Center i 1994 ved å grunnlegge senteret *Louis Armstrong Center for Music and Medicin*, på sykehuset – hvor hun nå er direktør. Hun har utviklet en rekke metoder og teknikker, og har fått gjennomført flere forskningsprosjekter ved senteret. Hennes ekspertise inkluderer: Musikkterapiassessment, forskning, smerte, traume, sorg, musikkterapi med for tidlig fødte, autisme, PDD, ADHD, palliativ pleie og musikkterapi på slutten av livet.

### Presentasjon av Marcela Lichtenstein

Marcela Lichtenstein er fra Argentina, og utdannet analytisk musikkterapeut fra Argentina og kreativ musikkterapeut fra USA, New York. Hun var ansatt som musikkterapeut ved Beth Israel inntil hun flyttet hjem igjen til Argentina høst 2007. Hun karakteriserer seg selv som musikkcentrert musikkterapeut, men bruker psykoanalytiske ideer i arbeidet sitt. Marcela arbeider spesielt mye med pasienter med smerte.

I løpet av intervjuet viste det seg at å anvende reseptive metoder er hennes andrevalg. Førstevalget hennes er å engasjerte pasienten i musikken, der dette er mulig. Dette bunner i at det er aktiv musikkterapi som er den intervensjonen hun foretrekker og har mest tro på.

## Gjennomføring av intervjuet

### Fysisk kontekst

Intervjuet foregikk på Skype – internett-telefon – hvilket fungerer som en vanlig telefon hvor man bare hører hverandre og ikke ser hverandre. Intervjuet med Joanne fant sted midt på natten her i Norge, på grunn av tidsforskjell, mens intervjuet med Marcela var om ettermiddagen. Både jeg og informantene var hjemme oss hos selv under intervjuet. Begge intervjuene foregikk på engelsk.

### Relasjonell kontekst

Jeg har hatt både Marcela og Joanne til lærere, og det påvirker meg som intervjuer ved at elevrollen ble hengende litt igjen i intervjuerrollen. Amerikanske studenter har en annen holdning til lærerne sine, enn vi har i Skandinavia. De er mer tilbøyelig til å akseptere det som blir sagt i undervisningen uten å diskutere det noe mer – jeg er vandt til å stille spørsmål og diskutere stoffet fra min skolegang. Det kunne noen ganger se ut som om lærerne oppfattet spørsmål som kritikk, eller som om vi ikke forstod det de sa, i stedet for nysgjerrighet. Jeg hadde dette i bakhodet under intervjuet, og hadde ekstra fokus på å ordlegge meg på en måte som gjenspeilte respekt og forståelse for arbeidet deres.

### Oppsummering

Her blir beskrevet hvordan intervjuguide og intervju spørsmål har blitt utformet i en halvstrukturert form, med åpne og lukkede spørsmål, for å få generere data til beskrivelser av emneområdet. Utvelgelseskriterier for informanter og presentasjon av informanter er blitt presentert, og fysisk og relasjon kontekst har blitt beskrevet.

# Analysemetode

---

Dette kapitlet er en beskrivelse av prosjektets analysemetode. Det kommer inn på metodens teoretisk utgangspunkt, metodebeskrivelse, oversikt og beskrivelse av analyseprosessen, samt spørsmål omkring validitet og reliabilitet.

Analysemetoden ble designet med utgangspunkt i boken "Analysing Qualitative Data in Psychology" av Evanthia Lyons og Adrian Coyle (2007) fra kapittel 3 og 4 om fortolkende fenomenologisk analyse, og i den norske boken "Det kvalitative forskningsintervju" av Steinar Kvale (1997). Metoden har også gått litt sine egne veier. Dette blir understøttet av Lyons & Coyle, som skriver at: *"Therefore there is no formulaic way, no blueprint, of how qualitative research ought to be conceptualized and conducted as the choices and decisions made throughout the research process are likely to define and influence what is researched, what data are collected, how data are made sense of and the conclusions drawn."* (Lyons & Coyle 2007, s. 4). Dette er på sett og vis i et motsetningsforhold til Kvale (1997), som understreker nytteverdien av å ha en velplanlagt forskningsprosess, hvor intervjustruktur og analysemetode er i samsvar med hverandre (s. 77). I utgangspunktet hadde jeg derfor en relativt klar ide om hvordan analysen skulle gjennomføres, men det viste seg også å være nødvendig med ulike justeringer underveis.

## Oversikt over analyseprosessen

### Transkripsjon

I transkripsjonen blir det stort sett bare skrevet ned informantens verbale utsagn sånn som de sier det og utelatt forskjellige lyder og nonverbal kommunikasjon, bortsett fra når de er svært fremtredende. Jeg har tatt med når vi ler noen ganger, for å gjøre det klart at det blir brukt humor. Det går selvfølgelig an å skrive ned det hele, alt som skjer, stemninger og følelser, men i og med at intervjuets formål var konkrete beskrivelser av metoder – fremfor beskrivelse av en personlig livsverden, anser jeg det ikke som så relevant å ha med nonverbal kommunikasjon. Den var også vanskelig å fange opp, i og med at intervjuet foregikk på Skype.



Om *jeg* formulerer meg veldig klosset, eller bruker lang tid på å formulere det jeg vil si, har jeg for all enkelhets skyld reformulert intervju spørsmålene i transkripsjonen – av hensyn til forståelse og lesbarhet.

Det blir satt linjenummer på transkripsjonen, så det blir enkelt å referere tilbake til intervjuet i senere stadier av analysen.

### En membercheck

Etter transkripsjonen blir materialet sendt til membercheck. Materialet blir bare sendt til membercheck denne ene gangen. Dette er først og fremst fordi tidsrammen jeg hadde til rådighet ikke tillot flere memberchecker, da dette tok ganske lang tid.

Den ene av informantene, Marcela, foretok en ganske omfattende membercheck, fordi hun syntes så mye av det hun sa var så usammenhengende og vanskelig å forstå. Hun gjorde teksten mye mer lesbar og jeg er relativt sikker på at hennes mening er tydelig fremstilt, hvilket gjør det litt enklere å analysere teksten.

### Oversetting

Oversetting er et viktig tema i denne oppgaven. Jeg har valgt å oversette informantenes uttalelser, og jeg har valgt å starte oversettingen samtidig med analysen, så selve analysen er på norsk. Utgangspunktet for dette, er at jeg gjerne ville ha en så homogen oppgave som mulig, med det meste av teksten på norsk.

En oversetting er alltid problematisk, fordi det har så lett for å skje fordreininger av forståelsen i løp av prosessen. Dette blir ytterligere problematisk med bare en membercheck, hvor jeg ikke kan få bekreftet at jeg har forstått informantene riktig.

Jeg har vært svært bevisst om problemene knyttet til oversettingen av materialet i løp av oversettingsprosessen, og prøvd å holde det så nært den opprinnelige mening som mulig. Dette er også litt av grunnen til at jeg ville ha en lang oversettingsprosess, så det ble tid til å gjøre det grundig. I oversettelsesprosessen har jeg brukt Engelsk – Dansk ordbok (jeg har faktisk ikke Engelsk – Norsk ordbok, men har bodd lenge nok i både Norge og Danmark at jeg kjenner språknes forskjeller), Oxford Advanced Learners Dictionary, [www.easytrans.com](http://www.easytrans.com), samt min egen kunnskap om konteksten intervjuet omhandler. Noen begreper har jeg valgt å ikke oversette – rett og slett fordi jeg ikke har funnet en oversetting som jeg synes er god

nok. Svært ofte har jeg også tatt med de opprinnelige ordene eller uttrykkene i fotnoter, for å sikre en riktig forståelse. Noen ganger har jeg også inkludert sitater fra intervjuet – på det opprinnelige språket.

Man kan spørre seg om det var bryet verdt å i det hele tatt oversette, siden det engelske språket likevel har blitt relativt fremtredende i oppgaven. Til det kan jeg bare si at dette er en av de tingene jeg, med min begrensede forskningsbakgrunn, ikke forutså, men burde tenkt grundigere over og forholdt meg nøyere til, siden det berører spørsmål omkring empiriens reliabilitet.

### **Analysemetoden**

Analysemetoden er en ad hoc metode, bestående av fenomenologisk basert meningsfortetting som resulterer i at tema i intervjuet blir synliggjort. Disse tema blir etterfølgende systematisert. Systematiserte tema blir sammenskrevet til en beskrivelse av metodene, med hovedvekt på hvordan musikken blir utformet.

En punktlig fremstilling ser sådan ut:

1. Tre gjennomlesninger og registrering av undertema (Vedlegg nr. 4)
  - a. Første lesning: Registrere egne reaksjoner til teksten, for å kunne få ett så klart inntrykk av teksten på tekstens egne premisser som mulig.
  - b. Andre lesning: Skrive ned notater og spørsmål til teksten i intervjuets venstre marg.
  - c. Tredje lesning: Utforme undertemaer i høyre marg (basert på notatene i venstre marg)
2. Samle sammen undertemaene fra intervjuet til tematiske klynger. Utvikle overskrifter til hver klynge – disse blir til overordnede temaer i teksten.
3. Flette sammen de overordnede temaer (med tilhørende temaklynger) fra begge intervjuer.
4. Systematisere temaene i en struktur basert på temaenes innhold og struktureringen av undersøkelsesfeltet. (Vedlegg nr. 6)
5. Bruke de systematiserte temaene til å forme en sammenhengende beskrivelse av metodene. Her blir det også anvendt teori til å supplementere temaene fra intervjuet, men alltid med temaene som utgangspunkt. Temaer som ikke synes å ha

relevans for besvarelsen av problemformuleringen eller intervjuets helhet, blir ikke bearbeidet videre.

I det følgende kommer en grundigere gjennomgang av de ulike stegene:

### *Tre gjennomlesninger*

#### *Den første*

Den første gjennomlesningen blir brukt til å få overblikk over teksten, og fange opp mine egne reaksjoner til teksten, med det formål at jeg blir bevisst om disse, så de ikke uvilkårlig influerer den videre analysen. Mine reaksjoner finnes i vedlaget (nr. 5). Oppsummerende gikk disse ut på å i større eller mindre grad *være enig i, eller interessert i*, ulike deler av intervjuet – hvilket jeg har brukt til å være nøye med å inkludere det jeg vurderer er viktig for tekstens premisser; ikke mine egne interesser. *Stor utålmodighet* etter å komme videre var også en fremtredende følelse jeg har tatt høyde for, fordi den kan medvirke at jeg overser viktige elementer eller tar dårlig gjennomtenkte valg i prosessen. Et tredje element, var en *vedvarende vurdering av meg selv som intervjuer* og selve intervjuprosessen, hvilket jeg har brukt til å lage en evaluering av intervjuet i etterkant.

Denne første lesningen gir også et overblikk over teksten, som blir brukt til å vurdere kommende temaers relevans for tekstens egne premisser.

#### *Den andre*

Den andre lesningen blir brukt til å skrive ned notater og spørsmål til teksten i intervjuets venstre marg. Her starter oversettelsesprosessen – notatene og spørsmålene er skrevet på norsk. Notatenes funksjon er å starte prosessen mot å skille ut temaer i teksten, samt å forholde meg til teksten ved å stille spørsmål til den.

#### *Den tredje – finne undertema*

Den tredje gjennomlesningen består av den mer konkrete temaautskillelsen. Her blir temaer skrevet ned i transkripsjonens høyre marg. Undertemaene er en fortsettelse av notatene jeg har gjort i venstre marg. I utformingen av tema har prøvd å holde dem på samme detaljenivå, men noen ganger har det vært nødvendig å være mer detaljert enn i andre sammenhenger for å få klarhet omkring hva undertemaet handler om. I tilfeller hvor jeg er i tvil om et tema er relevant, har det blitt inkludert til videre bearbeidning, men i tilfeller hvor intervjuet omhandler tema som ikke har relevans for undersøkelsen, blir disse temaer ikke tatt

med videre (for eksempel, i tilfeller hvor informantene begynner å snakke om ikke-reseptive metoder). Temaene kan være lengre beskrivelser, eller bare en kort setning. Det kommer an på hva intervjuet legger opp til. I tråd med den vedvarende valideringsprosessen i løp av intervjuet ("på stedet-kontroll", Kvale 1997), er det en del tema som går igjen – kanskje med små variasjoner. De blir likevel skrevet ned og ansett som et tema for seg selv, for å få en så dekkende beskrivelse som mulig til sist.

Alle undertema blir merket med linjenummer, så det går an å gå tilbake til intervjuet for å finne undertemaets opprinnelse. De blir også merket med om de omhandler smertelindring, musikkvisualisering eller musikkavspenning (SL, MV, MA), og hvorvidt de beskriver noe som skjer før, under eller etter musikken. Dette blir gjort for å ikke miste temaets kontekst av syne – spesielt der hvor det ikke nødvendigvis fremgår av temaet, hvilket er svært viktig for forståelsen og den videre struktureringen og systematiseringen av temaet. Det skjer altså en slags begynnende systematisering allerede her.

### *Forme tematiske klynger*

Når alle undertemaene har blitt utskilt fra transkripsjonen, blir disse samlet i klynger som omhandler det samme, og får hver sin overskrift. Overskriftene blir de overordnede tema i teksten. Noen undertema blir brukt i to eller flere overordnede temaer, fordi undertemaet kan ha flere betydninger eller være en del av beskrivelsen av flere overordnede tema. Dette gjelder spesielt for undertema som er en oppremsning av flere elementer.

### *Flette sammen intervjuene*

Etter at det har blitt klart hvilke overordnede temaer som hvert intervju består av, blir de overordnede temaene, med sine respektive undertema, satt sammen. Noen av temaene er samsvarende, andre er det ikke. De overordnede temaene som er samsvarende blir slått sammen, til et overordnet tema, bestående av undertema fra begge intervjuer. Der hvor en sammenfletting ikke er mulig, blir det overordnede temaet stående som det er. I noen tilfeller blir formuleringen av det overordnede temaet justert og spesifisert ytterligere.

### *Systematisering*

Systematiseringsprosessen er basert på både strukturen og emnene fra intervjuet. Siden intervjuet omhandlet tiden før, under og etter musikken, er det naturlig å også

systematisere temaene i denne overordnede strukturen. Videre er beskrivelsen av tiden før, under og etter musikken oppdelt i de overordnede temaene som ble avdekket i intervjuet.

### *Utvikle sammenhengende beskrivelser*

Ved å bruke den foregående systematisering som et slags skjelett, er der utviklet en sammenhengende beskrivelse av undersøkelsesfeltet. Den har samme struktur som systematiseringen, hvilket innebærer beskrivelser av tiden før, under og etter musikken i de respektive metoder, som har utgangspunkt i analysens overordnede tema. Her skjer også en ekskludering av temaer som blir vurdert å ikke være relevante for besvarelse av problemformuleringen. Svært detaljerte beskrivelser kommer ikke nødvendigvis frem i analysen, så i beskrivelsen går jeg derfor noen ganger tilbake til intervjuet for å skaffe detaljerte skildringer av det omtalte emne.

I noen tilfeller er det blitt anvendt ekstern teori for å supplementere informasjonen fra intervjuet. Dette blir gjort med utgangspunkt i data, i tilfeller hvor jeg ser det som relevant for forståelsen av data. Det dreier seg spesielt om tilfeller der det blir henvist til eksterne teorier som en del av en beskrivelse og forståelse. Det er gjort med bevissthet om å ikke fordreie data, men å utvide data.

I utviklingen av beskrivelsene skjer der således en informasjonsutveksling mellom transkripsjon, analyse og teori. Dette er for å få fyllestegjørende beskrivelser, men samtidig sikre at den opprinnelige mening bli gjengitt så tydelig som mulig.

### **Utvikling av analysemetode**

Som beskrevet tidligere, er analysemetoden inspirert av to teoretiske kilder. Jeg vil i det følgende spesifisere hvem som mener hva og hvilken opprinnelse de ulike steg har.

### *Sammenligning og spesifisering av teoretisk utgangspunkt*

Begge teoretikere er enige om å foreta en gjennomlesning av transkripsjonen hvor forskeren anskaffer seg overblikk over materialet, og identifiserer fremtredende tema i teksten. De er også enige om at en reduksjonsprosess skal finne sted. Det som adskiller dem, er når og på hvilken måte reduksjonsprosessen blir utført. Kvale foreslår en metode, meningsfortetting, hvor man merker av større tekstbolker (meningsenheter), i intervjuet, som omhandler et tema, og finner overskrifter til disse. Videre, blir meningsenhetene skrevet om og forminsket og slått sammen til sammenhengende beskrivelser. Lyons & Coyle foreslår å merke av

mindre tema i teksten (subthemes), for så slå disse sammen til temaklynger (thematic clusters). Temaklyngene får overskrifter, og på denne måten blir det dannet overordnede tema (superordinate themes).

Kvale bruker sine forminskede meningsenheter til å danne en sammenhengende tekst, mens Lyons & Coyle bruker sine overordnede tema til å strukturere en presentasjon av analysen, hvor relevant teori blir inkludert, om dette blir ansett for å være relevant. Kvale understreker at hver enkelt meningsenhet skal undersøkes i lys av studiens spesifikke formål – dette skriver ikke Lyons & Coyle om. I stedet lager Lyons & Coyle en skjematisk oversikt over prosessen, hvor vi kan følge et overordnet temas reise bakover til undertemaer og til stedet i intervjuet hvor det er hentet fra.

### Anvendelse av teori

Analyseprosedyren i dette prosjektet er tilpasset mine intervju. Siden mine intervju er halvstrukturert og derfor bærer preg av å være fulle av informasjon og tematisk forflytte seg frem og tilbake ganske hyppig, passet det bedre å gjøre som Lyons & Coyle foreslår – å merke av disse temaene (subthemes, som jeg har oversatt til undertema) og så samle disse til større beskrivelser (superordinate themes, som jeg har oversatt til overordnede tema), fremfor å prøve å finne større meningsenheter i teksten som handler om det samme. Det kunne selvfølgelig gått an å dele intervjuet opp i større enheter, bestående av de ulike metodene, og/eller i tiden før, under og etter musikken – hvilket vil kunne forstås som Kvales meningsenheter. Jeg valgte å ikke gjøre det på denne måten, for å være sikker på at jeg ikke overser noen små, men kanskje viktige undertema i teksten, og for å ikke miste sammenhengen av syne – i tillegg til, som nevnt, at den strukturen i intervjuene fikk, ikke la opp til denne formen for analyse.

Videre, blir undertema samlet sammen og oppdelt i temaklynger, som får hver sin overskrift. Dette tilsvarer den prosessen Lyons & Coyle beskriver, i utforming av *superordinate themes*. Mine overordnede tema blir deretter systematisert i de respektive metodene, med strukturen før, under og etter musikken. Dette kan forstås som å se temaene i lys av studiens spesifikke formål, hvilket er et poeng hentet fra Kvale – selv om systematiseringen her nok er litt mer omfattende.

Presentasjonen av temaene fra intervjuene er i denne oppgaven gjort ved å lage sammenhengende beskrivelser, som foreslått av Kvale, som er basert på de overordnede tema og supplementert av teori, som foreslått av Lyons & Coyle.

### *Teori i analysen*

Å anvende teori i analysen/beskrivelsen, er også hentet fra Lyons & Coyle. Dette er kanskje grunnen til at de kaller metoden *fortolkende* fenomenologisk analyse – hvilket i utgangspunktet er selvmotsigende. Utgangspunktet for å anvende teori i denne oppgaven, er at noen ganger refererer informantene til teknikker og teorier som, for forståelsens del, må beskrives grundigere, eller bakgrunnsforståelsen blir ikke tilstrekkelig beskrevet til at det gir mening. En måte å gjøre dette på er selvfølgelig å be om et oppfølgingsintervju, men dette var ikke så enkelt å kombinere med min innleveringstidsfrist. Det er dessuten unødvendig å be om en muntlig beskrivelse av emner som allerede er beskrevet teoretisk. Det forutsetter dog at informanter og teori forstår begrepene på samme måte, og at en bevissthet omkring teoriens forhold til empirien – teorien skal på ingen måte overskygge empirien.

### **Oppsummering av metodeavsnittet**

Intervjuene er analysert og bearbeidet ved å anvende en ad hoc metode inspirert av meningsfortetting, fortolkende fenomenologi og tematisk systematisering. Videre har materialet blitt anvendt til å lage en sammenhengende beskrivelse, hvor også ekstern teori har blitt inkludert. Utarbeidelsen av beskrivelsene har hele tiden vært en prosess bestående av vedvarende pendling mellom transkripsjon, analyse, teori, for å skape fyllestgjørende beskrivelser og samtidig sikre at beskrivelsene er tro mot intervjuet.

## Del 2: PRESENTASJON AV FUNN

---

Denne delen presenterer de funnene som analyseprosessen har generert. Det viser seg at intervjuene legger grunnlag for å danne en beskrivelse av fellestrekk ved tiden før musikken og utformingen av levende musikk i musikkavspenning, musikkvisualisering og smertelindring. Inkludert i disse fellestrekkene, er også en grunnleggende forforståelse av smerte og psykologisk smertebehandling, samt prinsippet *entrainment*.

I forhold til smertelindring gav intervjuene ikke grunnlag til å betrakte dette som en metode på lik linje med musikkavspenning og musikkvisualisering. Det viste seg at i reseptiv musikkterapi i denne konteksten, blir det bare brukt musikkavspenning og musikkvisualisering i smertelindring. I planlegging av undersøkelsen hadde jeg tatt høyde for at smertelindring i høyere grad var en metode i seg selv, bestående av flere teknikker – at det i var et område som brukte musikken på sin, spesielle måte. Det er ikke tilfelle. Der eksisterer derfor ikke empirisk grunnlag til å lage et kapittel som utelukket omhandler smertelindring – det ville bli gjentakelser av de andre. Men, der eksisterer empirisk grunnlag for å bruke smertelindring som kliniske beskrivelser og eksempler. Empirien som omhandler smertelindring er derfor inkludert fortløpende i teksten for å eksemplifisere og fylldiggjøre de andre beskrivelsene. Der vil være andre kliniske eksempler i tillegg, der konteksten legger til rette for det.

For å forstå den kommende teksten, er det viktig å ha samme bakgrunnsforståelse av smerte og psykologisk smertebehandling som informantene har. Jeg vil derfor gi et lite innblikk i hvordan smerte og psykologisk smertebehandling blir forstått. Her har jeg i tillegg til intervjuet brukt eksterne, teoretiske kilder, for å supplementere informasjonen fra intervjuet. Den teoretiske informasjonen er forsøkt å være en forlengelse og fordypelse av intervjuet.

Et annet tema som har vist seg å være viktig i det musikkterapeutiske arbeidet, er *entrainment*. På samme måte som med smertelindring, har jeg sett det som nødvendig å lage et avsnitt som er en grundigere beskrivelse av dette, også med hjelp av ekstern teori.

Informantenes holdning til og forståelse av bruken av levende musikk blir også presentert. Som en del av problemformuleringen og av intervjuet, ville jeg også gjerne vite litt generelt



om hvordan informantene forstår bruken av levende reseptiv musikk, og hva de forstår som å være terapeutisk signifikant for reseptiv musikkterapi, hvor musikken blir produsert av musikkterapeuten. Dette kan gi forståelse i et bredere klinisk perspektiv.

Presentasjonen av funnene er derfor formet som å først presentere informantenes forhåndsforståelsen til bruken av levende musikk, så forståelsen av smerte og psykologisk smertebehandling, og entrainment. Deretter kommer et kapittel som omhandler tiden før musikken; assessment. Neste kapittel omhandler fellestrekk for utforming av musikken, og deretter følger en spesifisering for musikkavspenning og musikkvisualisering.

I boksene langs med teksten, finnes temaene fra intervjuet, som teksten er bygd opp av. Disse er noen ganger blitt til egne overskrifter og avsnitt, og andre steder er de en del av en større sammenheng. I tilfeller hvor et undertema ikke spesifiserer en beskrivelse, blir det i teksten henvist til intervjuets linjenummer, hvor beskrivelsen er hentet fra.

### **Informantenes forhåndsforståelse om bruken av levende musikk**

Noe som informantene fremhever som terapeutisk signifikant igjen og igjen er den *personlige forbindelsen* levende musikk gir. Denne muliggjør interaksjonen med pasienten og med pasientens behov undervis i musikken, hvilket legger grunnlaget for musikk som er skreddersydd til pasientens fysiske og psykiske behov – og forutsetning til entrainment.

Musikkterapeuten har frihet og fleksibilitet til å forandre musikkens idiomer og tilpasse dem til pasientens behov i øyeblikket.

Informantenes preferanse er rett og slett å bruke levende musikk – den ene ser det simpelthen som meningen med musikkterapi – om du ikke bruken levende musikk bruker du ikke musikkterapi, men terapeutisk musikk. Det oppleves å være tryggere for terapeuten, siden denne har kontrollen over musikken og derved til en viss grad over prosessen. Å ha et annet menneske der, som lager musikk som er tilpasset pasientens behov, blir også forstått som å kunne skape tillit og trygghet for pasienten. Pasienter har også uttrykt å verdsette musikken og det å bli tilbudt musikk på denne måten.

#### *FRA ANALYSEN: Syn på levende musikk*

- Interaksjon med pasienten
- Skreddersydd musikk
- Trygt
- Terapeutens preferanse
- Terapeuteidentitet
- Upraktisk

Et annet punkt er terapeutidentitet. På BI har musikkterapeutene vogner med instrumenter, som de tar med inn til pasientene. Det blir opplevd som å være hennes ”profesjonelle frakk” – kanskje i motsetningen til helsepersonellens hvite og grønne sykehusklær?

Til sist, som eneste bakdel, blir det nevnt at det kanskje kan være litt slitsomt å dytte rundt på alle instrumentene...

### Oppsummering

Det blir tydelig her at informantenes generelle syn på bruken av levende musikk i resektiv musikkterapi er tilknyttet relasjonen som oppstår og den tilpasningsprosessen som kan finne sted. Det oppleves å være tryggere for terapeuten, siden denne har kontrollen over musikken og derved til en viss grad over prosessen. Det blir også klart at det å anvende levende musikk simpelthen oppleves som meningen med musikkterapi, og grunnlaget for at musikkterapi skal finne sted. Denne diskusjonen tar jeg dog ikke videre opp i denne konteksten.

### Smerte og psykologisk smertelindring

Dette avsnittet handler om sammenhengen mellom psyke og smerteopplevelse. Som beskrevet i innledningen, arbeider musikkterapeutene på Beth Israel ut fra et holistisk menneskesyn. Avsnittet starter med en definisjon av smerte, og presenterer deretter en teori om sammenhengen mellom smerte og psyke: Gate-control-teorien. Denne har implikasjoner for forståelsen av psykologisk smertebehandling og anvendelsen av musikkterapi i smertelindring.

#### Definisjon av smerte

Joanne legger vekt på forbindelsen mellom det emosjonelle og opplevelsen av smerte. Hun nevner at det i definisjoner av smerte er ikke bare den sensoriske opplevelsen tatt med, men også vedkommendes reaksjon til smerten (J. 115 – 118). Dette inspirerte meg til å kikke på definisjonen av smerte, og Den internasjonale foreningen for studiet av smerte (IASP) har vedtatt følgende definisjon av smerte:

#### Tema fra analysen: Smertelindring

- Smerte har en emosjonell komponent
- Smerte kan være et traume
- Å avsondre området som er i smerte
- Ulike typer smerte

*“En ubehagelig og sansemæssig og emotionel oplevelse, der er forbundet med faktisk eller potentiell vævsskade eller som beskrives som svarende til oplevelsen ved sådanne skader”.* (Gads Psykologileksikon, s. 568)

Smerte blir altså her forbundet med både den fysiske og emosjonelle opplevelsen av smerte. Den nevrologiske forklaringen på dette, vil bli klarere i det følgende.

### **Gate-control-teorien av Melzack og Wall**

I intervjuet blir det referert til gate-control-teorien av Melzack og Wall, som en del av den teoretiske bakgrunnsforståelsen av smerte og smertebehandling. Jeg har derfor inndratt litt mer informasjon om denne teorien, men har ikke anledning til å gå i dybden av den. Teorien er fremsatt omkring 1960 og er basert på oppdagelsen av nevrofysiologiske forbindelser fra storhjernen, hvor tanker og følelser utspiller seg, ned til ryggmargen og hjernestammen, hvor nerveimpulser fra kroppen løper opp til storhjernen og fremkaller smerteopplevelsen (Gads Psykologileksikon 2004, referer til Melzak og Wall 1983). De omtalte nedadgående baner fra storhjernen til smertebanene i ryggmarg og hjernestamme kan i prinsippet åpne og lukke for tilstrømningen av smertesignaler til storhjernen fra et bestemt sted i kroppen på samme måte som man kan åpne og lukke en sluse. Gate-control-teorien har åpnet opp for en forståelse av hvordan psykologiske prosesser i storhjernen kan spille en betydelig rolle for styrken av en smerteopplevelse, hvilket utnyttes ved psykologisk smertebehandling av især kroniske smerter (Gads Psykologileksikon 2004, s. 199). En rekke undersøkelser viser at de hjerneprosesser som kan styre smerteslusen især har med *oppmerksomhet og følelser* å gjøre. Hvis oppmerksomheten rettes mot smerten, vil dette ofte medføre en intensivering av smerteopplevelsen, mens hvis oppmerksomheten rettes mot noe annet enn smertepåvirkningen eller smerteopplevelsen vil dette kunne medføre en delvis lukning av smerteslusen. Det ser dessuten ut til at visse følelser, især glede og sinne (dansk: vrede) kan dempe smerteopplevelsen, mens angst og især depresjon kan ha en tendens til å åpne smerteslusen og dermed forsterke smerteinntrykk. Såkalt *smerterelevant frykt* har en tendens til å øke smerteopplevelsen, mens angst for helt andre ting kan bevirke en demping – sannsynligvis fordi den medfører en bortledning av oppmerksomhet fra smertesituasjonen (Gads Psykologileksikon 2004, s. 568).

### Psykologisk smertebehandling

Det kan forventes at en psykologisk intervensjon som søker å svekke oppmerksomheten på smertene og dempe den negative/pessimistiske fortolkning av smerten, samt dempe den generelle pessimistiske eller depressive sinnsstemningen hos smertepasienten, vil kunne lindre smerteproblemer i dagliglivet. Det ser også ut til at psykologiske smertebehandling virker bedre hvis den skreddersys til de individuelle og ofte høyst forskjelligartede psykologiske problemer som ligger bak eller forverrer en kronisk smertetilstand (Gads Psykologileksikon, s. 569).

### Smerte som traume og retraumatisering: Reaksjonssystem og håndteringsmekanismer<sup>2</sup>

Vi har til nå fått opplyst litt om forbindelsen av hvordan det emosjonelle kan påvirke kroppen. I informantenes menneskesyn inkluderes også en forståelse av at det også går andre veien – at det som skjer med kroppen påvirker psyken. I denne sammenhengen blir det fokusert på hvordan kroppen/smerten kan påvirke det indre, i forhold til *smerte som traume*. Det blir her utelukket tatt utgangspunkt i informasjon fra intervjuet.

Smerte kan være et traume og bli en retraumatisering, i følge Joanne. For pasienter som ikke har hatt anledning til å bearbeide et tidligere traume, kan selv den minste smerte bli et stort traume, fordi det aktiverer<sup>3</sup> personens reaksjonssystem<sup>4</sup> - skapt av tidligere, traumatiske erfaringer. Tidligere erfaringer og det reaksjonssystemet personen har utviklet kan på denne måten ha betydning for den nåværende tilstanden og hvordan situasjonen/smerten påvirker pasienten. Joanne gir eksempel fra terrorangrepet 9. September 2001, hvor hun opplevde at mennesker med lignende traumatiske opplevelser håndterte det svært ulikt – noen ble sakte men sikkert bedre, mens andre ble retraumatisert (J. 15 – 30).

---

<sup>2</sup> Opprinnelig ord: Coping. Dansk: Mestringsstrategi.

<sup>3</sup> Opprinnelig ord: Ripples back

<sup>4</sup> Opprinnelig ord: System of Response

### Avsondrer smerten

Joanne erfarer dessuten at mennesker som er i smerte, avsondrer det området som er i smerte fra resten av kroppen. Situasjonen – sykdom, smerte – kan virke så skremmende at de "holder" pusten/får et overfladisk åndedrett, hvilket reduserer blodgjennomstrømning og pustekapasitet (J. 759 – 762). Dette kan bli synlig i vanskeligheter med pust eller smertefull pust<sup>5</sup>. Disse observasjonene er utgangspunktet til at musikkterapeutene ofte arbeider med flow i forbindelse med smerte, og bruker musikalske teknikker som oppmuntrer til flow i kroppen.

### Ulike typer smerte

Av informantene blir det nevnt tre ulike typer smertetyper. Smerte knyttet til kronisk sykdom smerte knyttet til dødelig sykdom og smerte i forbindelse med ulike inngrep og behandling. Musikken blir beskrevet å kunne hjelpe pasienten å *kontrollere* smerteopplevelsen. I denne prosessen kan det i kronisk smerte bli brukt visualisering, vibrasjoner og fokus på åndedrett, støttet og rammet inn av musikk. I inngrepsrelatert smerte kan det være aktuelt med visualisering med fokus på integrasjon og å gi slipp, også i forbindelse med musikalske intervensjoner. Dette blir beskrevet nærmere senere i oppgaven. Smerte i forbindelse med dødelig sykdom blir ikke tatt opp ytterligere, på grunn av manglende empiri.

### Terapeutens beskyttelse

Det blir fremhevet at musikkterapeuten bør beskytte seg selv når vedkommende arbeider med smerte med pasienten. Dette kan gjøres ved å forestille seg imaginære grenser i sesjoner, eller ved å forestille seg at man klemmer ut vannet fra en svamp, eller ved å snakke med noen i etterkant (supervisjon).

### Oppsummering

Det er nå blitt belyst hvilke interne prosesser som kan skje i mennesket i forbindelse med smerte og psyke. I dette avsnittet blir forbindelsen mellom det emosjonelle og smerteopplevelsen beskrevet. IASP har fastslått en definisjon av smerte, hvor både den fysiske og emosjonelle opplevelsen av smerte blir inkludert. Gate Control Teorien har åpnet

---

<sup>5</sup> Oprinnelig ord: SOB: Shortness of Breath

opp for en forståelse av hvordan psykologiske prosesser i storhjernen kan påvirke smerteopplevelsen, ved å kontrollere en såkalt smertesluse, som åpner og lukker for smertesignaler fra kroppen. Det er spesielt *oppmerksomhet og følelser* som styrer smerteslusen. I forhold til psykologisk smertebehandling, ser det ut til at det å svekke oppmerksomheten på smertene og dempe den negative fortolkning av smerten eller depressive sinnsstemningen hos smertepasienten, vil kunne lindre smerteproblemer i dagliglivet. Teorien beskriver at psykologisk smertebehandling virker bedre dersom den er skreddersydd til psykologiske problemer som ligger bak eller forverrer en kronisk smertetilstand. Det skal gjøres oppmerksom på at det her blir fokusert på *kronisk* smerte, mens resten av teksten også omhandler andre smerteopplevelser.

## Entrainment

Entrainment blir av informantene beskrevet som å være en viktig del av arbeidet deres. Entrainment er et begrep eller et fenomen som kan bli anvendt i mange forskjellige sammenhenger, og som egentlig er en hel vitenskap i seg selv. De litterære kildene jeg har anvendt i beskrivelsen av entrainment, er *Defining music therapy* (1998) av Bruscia og internettleksikonet Wikipedia (2008). Siden entrainment i denne oppgaven er et av funnene – og ikke utgangspunktet for undersøkelsen, har jeg ikke anledning til å gå dypere inn i begrepet. For å skape en forståelse av begrepet, vil jeg vise til to definisjoner fra de omtalte kilder, og ellers beskrive hvordan entrainment blir forstått og brukt av informantene.

Bruscia (1998) definerer det som:

*“The use of vibrations, sounds, and music in various elemental and combined forms to establish synchronicity in autonomic or voluntary body responses: Between client and music, within parts of the client’s body, and between the client and another person. The stimuli used may be recorded, or created by therapist and/or client, instrumentally or vocally.” (s. 121)*

I Wikipedia (2008), i en ”biomusikkvitenskapelig” (biomusicology) sammenheng, blir entrainment beskrevet som:

*“...the synchronization of organisms to an external rhythm, usually produced by other organisms with whom they interact socially. Examples include firefly flashing, mosquito wing clapping as well as human music and dance.”*

Joanne beskriver det som følgende:

*“Entraining is actually the science of matching the mood, the meter and the emotional and physical characteristics of how someone is breathing. So...timing my breath with theirs then seeking eventually to have it be even and slow it down to a pace, where they can relax, and to try and follow where they are, so they can relax, and deepen their breath”...“ I pretend that I’m in an orchestra, and they are the conductor, and their baton is the chest, and I’m following their chest. And if its fast or uneven I’m seeking to slow it down or make it create more equilibrium<sup>6</sup> in the meter. So its deep concentration and deep focusing on being with someone in their process.”(J. 162 – 166)*

Grunnleggende består entrainment i at to elementer synkroniserer seg til hverandre. I denne konteksten, er det hovedsakelig en synkronisering som skjer mellom pasienten og musikken det blir fokusert på (ikke internt i pasienten, som Bruscia er inne på). Det vil si å yte en påvirkningskraft på pasienten ved hjelp av musikkens idiom, men også at pasienten har en påvirkningskraft på musikken, med den hensikt at pasienten skal forandre seg i ønsket retning.

Hvis, for eksempel, terapeuten vil entraine til pasientens pust, blir det beskrevet at dette skjer ved å først matche pasientens åndedrett i musikken, deretter *prøve å senke* pusten ved å senke tempo i musikken og til sist *organisere åndedrettet i musikken*. Entraining blir også beskrevet som at terapeuten er orkesteret og pasienten dirigent, og at pasientens åndedrett er takten. Det blir også beskrevet i intervjuet at pasientens *beskrivelser av smerte* også kan brukes som utgangspunkt til musikken; dette blir ansett for å entraine med smerten. Å entraine med pasientens kroppsbevegelser blir også inkludert (M. 234), uten at det blir

---

<sup>6</sup> Equilibrium blir oversatt til likevekt (Engelsk – Dansk, Gyldendals røde ordbøker 1997)

beskrevet nærmere hvordan dette konkret kan informere musikken. Terapeuten matcher pasientens fysiske parametre til å starte med, og forsøker deretter å influere pasienten i musikken. Det blir også nevnt i definisjonen at terapeuten kan matche sin egen pust til pasientens, som en del av prosessen. Jeg har i denne oppgaven ikke anledning til gå mer inn på dette aspektet ved entrainingen (terapeutens rolle), selv om det både er relevant og interessant.

Det å entraine musikken til pasienten, blir i øvrig også beskrevet som å gjøre musikken trygg å være i for pasienten. Det å entraine til pasienten blir også beskrevet å kunne *skape flow i musikken, og bevegelse i energien* (det blir ikke gjort klart hvis energi der er tale om).

### Oppsummering og diskusjon av entrainment

Kort sagt blir de kroppslige parametre forsøkt synkronisert med de musikalske parametre. Det at der kan foregå en synkronisering mellom to elementers rytme, er den mekanismen i entrainment som gjør den så viktig i forståelsen av bruken av levende musikk i denne konteksten, siden denne mekanismen kan være en forklaring på musikkens innflytelseskraft. Entrainment er også en viktig faktor i utformningsprosessen av musikken – hvilket vil bli tydeligere utover i oppgaven.

Selv om det i definisjonene av entrainment blir brukt ordet *synkronisering*, hvilket innebærer at begge parter blir influert like "mye" av hverandre, kan det umiddelbart se ut som om det i beskrivelsene av klinisk bruk av fenomenet blir lagt mest vekt på at det er pasienten som forandrer seg. Målsetningen i terapi er at *pasienten* går igjennom en forandringsprosess, så det er naturlig at pasientens forandring er det som blir fokusert mest på i denne sammenhengen. Samtidig kan det se ut som om pasientens forandring er basert på det at musikken kan tilpasses pasientens fysiske parametre. En hypotetisk forståelse av entrainment i en musikkterapeutisk kontekst, er kanskje at synkroniseringen er den faktoren som gjør det mulig for pasienten å forandre tilstand?

### Oppsummering av teksten så langt

Det er hittil blitt beskrevet noe om forbindelsen mellom kropp/smerte og psyke internt i pasient. Forbindelsen mellom pasienten og musikken/musikkterapeuten og at det kan skje en synkroniseringsprosess mellom pasient og musikk/musikkterapeut som kan bevege seg i



en bestemt retning – en retning som er hensiktsmessig for pasienten og ha innflytelse på pasientens tilstand, er tatt opp.

Proessen med å forme musikken, blir tydeligere i det følgende. Jeg starter med beskrivelsen av fellestrekk i perioden før musikken setter i gang. I de blå boksene er de overordnede temaene fra intervjuet, så forbindelsen mellom tekst og analyse blir tydelig.

# Før musikken: Assessment

---

Dette kapitlet omhandler fellestrekk i tiden før musikkintervensjonen; assessment. Før musikkterapeuten starter selve intervensjonen, skjer der en omfattende informasjonsinnsamling, som fokuserer mest på pasienten, men også på terapeuten. Denne informasjonsinnsamlingen har betydning for den kommende musikalske intervensjonen. Informasjonen terapeuten får blir også brukt i den generelle terapeutiske intervensjonen med pasienten (samtale, metode, målsetning, og lignende), men i denne sammenhengen er det musikken som er i fokus, så det er dessverre ikke anledning til å gå i dybden med resten, da det ligger utenfor problemfeltet og det empiriske gjenstandsområdet.

## TEMA FRA ANALYSEN: Før intervensjonen:

- Terapeutens personlige forberedelser
- Assessment

## Terapeutens personlige forberedelser

Før møtet med pasienten beskriver Joanne at hun også innhenter informasjon om *seg selv*. Dette skjer ved at hun skanner sin egen kropp, for å bevisstgjøre seg hva som skjer med den. Om hun føler seg, f.eks skrøpelig, ber hun noen ganger andre om å ta over sesjonen. Om pasienten har fysiske problemer som ligner hennes egne, er hun svært bevisst på å separere seg selv fra pasienten og å ikke vise sin egen sårbarhet, men være en ressurs<sup>7</sup> for pasienten og å spille godt, jevnt og rolig<sup>8</sup> i musikken.

---

<sup>7</sup> Opprinnelig ord: Excess, som blir oversatt til *overskudd*.

<sup>8</sup> Opprinnelig ord: Fluent, som kan bli forstått som å snakke et språk flytende og å gjøre noe på en dyktig (skilfull) og jevn/rolig (smooth) måte.

## Observasjoner i assessmenten

Før jeg går videre i teksten, vil jeg nevne at på Beth Israel har de et standardisert assessment -og henvisningsskjema (Tillegg nr. 8 og 9) som alle musikkterapeutene og praktikantene bruker. Det finnes derfor allerede en beskrivelse av hva en assessment bør inkludere i denne konteksten. På det omtalte assessmentskjema er der opplistet en hel del punkter som musikkterapeuten skal legge merke til: Pasientens instrument -og aktivitetsvalg, pasientens stemmebruk, beskrivelse av musikken i sesjonen, signifikante problemer og en oppfølgingsplan, som blir notert ned i korte formularer på assessmentskjemaet. Assessmenten finner sted første sesjon. I tillegg til assessmenten, får musikkterapeuten litt informasjon om pasienten i henvisningen. I henvisningsskjemaet er der listet opp flere årsaker hvor personen som henviser pasienten til musikkterapi kan krysse av for det som er relevant. Det kan være angst, frykt, smerte, stress, kommunikasjonsvansker, håndteringsvansker og bevissthetstap med tilhørende spesifikasjoner (jf. Skjema i tillegget).

Intervjuene gjør det klart at observasjonen terapeutene gjør er bredere enn assessmentskjemaet og henvisningsskjemaet legger opp til. Intervjuene spesifiserer hva informantene i praksis vurderer og viser hvordan denne informasjonen kan bli brukt i musikkutformningen. Det skal nevnes at fokuset her har vært å få vite hvilke forhåndsinformasjoner som har sammenheng med musikkutformningen – assessmenten kan ikke anses som en fullverdig gjennomgang av assessmentprosedyren.

I det kommende følger en beskrivelse av hva informantene anser som viktig å observere før musikkintervensjonen. De nevnte skjemaer blir ikke gått nærmere inn på her. Jeg vil understreke at det er meget mulig at det er andre element som også vil være relevant å observere, men som ikke er nevnt her.

Assessmenten omfatter både fysiske, psykologiske, emosjonelle og sosiale faktorer.

### *Fra analysen: Observasjoner i assessment*

#### FYSISKE

- Medisinsk tilstand
- Åndedrett
- Hjerterytme
- Pasientens bevegelser
- Muskeltonus
- Spenninger i kroppen
- Energi
- Stemme og tale
- Opplevelse og beskrivelse av smerten: CAS

#### PSYKISKE

- Pasientens egen overbevisning
- Psykisk og emosjonell tilstand
- Musikalsk preferanse

## Medisinsk informasjon

Fra journalen og i samtale med helsepersonell får musikkterapeuten generell *medisinsk informasjon* om pasientens sykdom. Dette innebærer hva slags type lidelse pasienten har – om det er en dødelig, eller kronisk sykdom. Dette danner en bakgrunnsviden om pasienten, før terapeuten møter pasienten. De mer spesifikke, personlige informasjonene får terapeuten i møtet med pasienten:

## Pasientens åndedrett

*Åndedrettet* er et viktig element både i observasjonsfasen og i musikkfasen, og det blir spesielt lagt merke til åndedrettets karakteristika; er det overfladisk, dypt, hurtig, rolig, regelmessig, uregelmessig, etc. Åndedrettet ser ut til å være spesielt viktig i arbeid med smerte, fordi åndedrettet kan være en viktig informasjonskilde vedrørende pasientens smerte.

Generelt sett blir åndedrettets ansett for å være et uttrykk for pasientens tilstand og at det å forandre åndedrettet kan påvirke pasientens helhetstilstand. Åndedrettet blir holdt øye med både før og i løp av musikken, for å observere forandringer.

## Pasientens hjerterytme

*Hjerterytmen* blir observert i de tilfeller der dette er mulig (om pasienten er tilkoblet monitor). Noen ganger forandrer hjerterytmen seg når pasienten blir utsatt for musikk, og da kan det være relevant å ha et sammenligningsgrunnlag. Marcela forteller for eksempel at hun har opplevd at hjerterytmen endrer seg i en musikkterapisesjon, og at det noen ganger kommer sykepleierske løpende inn for å se hva som er galt! Dette behøver ikke være et signal på at pasienten lider, men at pasienten blir fysisk og/eller følelsesmessig engasjert av musikken (M. 503 – 507).

## Pasientens bevegelser og muskeltonus

*Pasientens fysiske bevegelser* er en del av observasjonen, som en del av det å vurdere nonverbal kommunikasjon (M 107 – 113). *Muskeltonus* – kan gi informasjon om pasienten er anspent eller avslappet (M. 295 – 296).

## Spenninger i kroppen

Om og hvor pasienten forteller at vedkommende lagrer *spenninger i kroppen* kan være relevant for terapeuten å få innsikt i. Plassering og beskrivelse av kroppslige spenninger kan

være et fokuspunkt og informasjon til videre intervensjon og i musikkproduksjonen. Det å gi slipp for spenninger i kroppen blir dessuten forstått som å kunne være smertelindrende.

### Stemme og tale

*Hvordan* pasienten snakker; er talen/stemmen luftig, klarer de ikke gi slipp<sup>9</sup>, snakker de høyt og banner mye, blir beskrevet å bli brukt i vurderingen av hvilken type pasienten er og til å avgjøre hvilken metode er den beste å bruke til å nå det pasienten trenger. Stemmeleie og talens rytme, tempo og melodi blir dessuten observert, da dette kan informere musikkutformningen senere.

### Opplevelse og beskrivelse av smerten: CAS

En viktig del av assessmenten hos en pasient i smerter, blir gjort av CAS: Color Analysis Scale. Denne konsentrerer seg om den fysiske, opplevde smerten. Den består av en strektegning av et menneske, hvor pasienten kan tegne på smerten. Informantene erfarer at fargen og måten pasienten tegner på forteller om intensiteten i smerten og hvordan pasienten opplever intensiteten. Videre kan fargene pasienten velger og hvordan pasienten tegner være viktig informasjon for videre intervensjon. Pasienten blir også bedt om å plassere styrken på smerten på en skala fra en til ti, hvor en er minst og ti er mest smerte. Ytterligere beskrivelser fra pasienten blir skrevet ned i sitattegn på papiret av terapeuten. CAS gir et nært bilde av pasienten – pasientens egen fortelling/bilde av situasjonen og smerten – hvilket kan være svært forskjellig fra den medisinske informasjonen. CAS blir et referansepunkt og utgangspunkt for intervensjonen.

*“...We have to have an idea of the way the person presents the picture. So they could come in with knee pain, but they might draw red over their head because they have a big test tomorrow, or because their father beat them or because they tired of being in the hospital, or...you know, we just...it’s very important for us to get their color-analysis-scale. Because that gives us the visual of the person; what the person thinks about what’s going on in their body. It’s critical to what we do with their body”.* (J. 697 – 705)

---

<sup>9</sup> Opprinnelig formulering: Do they hold on

## Psykisk og emosjonell tilstand

Som nevnt i forbindelse med CAS kan det pasienten selv *tror* om sykdommen sin og situasjonen vedkommende er i, være viktig å få innsikt i. I tillegg til en personlig beskrivelse av smerteopplevelsen, er det også viktig å få pasientens egen overbevisning *om selve sykdommen og situasjonen*. Informantene nevner som relevant å få vite om pasienten selv tror vedkommende skal dø eller overleve, og hva pasienten selv tror påvirker smerte eller angst. Innsikt i pasientens generelle situasjon og hvordan pasienten opplever situasjonen – innleggelse, behandling, sykdom – kan være relevant informasjon.

Siden smerteopplevelsen er relatert til det emosjonelle og psykisk tilstand (jf. Gate Control Teorien), er det viktig for musikkterapeuten å finne ut hva som *påvirker* smerteopplevelsen for pasienten, før en setter i gang med en intervensjon. Pasientens emosjonelle tilstand i øyeblikket; om vedkommende for eksempel er redd, kan ha stor innflytelse på den pasientens generelle fysiske tilstand. Det kan være frykt for at det som skjer med kroppen skal bli verre og verre. Eller det at vedkommende skal dø om fire måneder. Eller det at vedkommende er blitt begrenset og ikke kan gjøre det samme som før.

Som beskrevet i innledningen kan smerte være et traume og en retraumatisering. I innledningen ble det beskrevet hvordan litt smerte kan vekke en kraftig psykisk reaksjon. Dette blir forklart ved at pasientens reaksjonssystem blir aktivert. For musikkterapeuten kan det være viktig å få innsikt i pasientens reaksjonssystem, for å forstå den nåværende tilstand og kunne gi pasienten effektiv og relevant behandling. Her kan man inkludere tidligere opplevelser med sykdom og innleggelse.

Mer sosiale aspekt kan også være viktige; for eksempel hvordan situasjonen påvirker menneskene rundt pasienten. Den sosiale og relasjonelle dimensjonen kan også influere pasientens helhetstilstand, sammen med hvorvidt pasienten har noen rundt seg eller er alene på sykehuset.

Terapeuten observerer også pasientens handlinger og nonverbal kommunikasjon, da denne informasjonen kan tas videre med i musikkutformningen.

Nåtid, fortid, fremtid og hvordan situasjonen påvirker nære relasjoner har betydning for pasientens helhetstilstand og også for hvilken intervensjon som er relevant og hvordan denne intervensjonen blir utformet.

### Musikalsk relasjon og preferanse

Å undersøke pasientens *relasjon til musikk* og få vite hvilke *assosiasjoner* pasienten har til de ulike instrumentene informerer også den kommende musikkintervensjon. Pasientens generelle musikalske og instrumentelle *preferanse* er viktig å få innsikt i og om pasienten har noen spesifikke musikalske ønsker eller behov i øyeblikket. Det å undersøke hvilke *lyder og klanger*<sup>10</sup> pasienten foretrekker eller ikke, har betydning for hvilke musikalske valg terapeuten gjør senere.

*“It’s critical to see how the patients respond to a myriad of sounds. What their bodies does; do they close it, or do they open it, and what associations they have; physical and cognitive, mental, spiritual associations with the sounds. And then how their breathing changes during the play.” (J. 800 – 804)*

### Oppsummering av assessment

Assessmenten består av å hente inn informasjon om pasientens medisinske tilstand og fysiske forfatning, pasientens psykiske, emosjonelle og sosiale tilstand og pasientens egen opplevelse og forståelse av situasjonen. Den inkluderer også å få innsikt i pasientens relasjon til musikk og vedkommendes generelle og spesifikke musikkpreferanse. Tendensen ser ut til å være at musikkterapeuten i møtet med pasienten får informasjon om pasientens kropp, ved å observere åndedrett, hjerterytme, kroppsbevegelser og spenninger i kroppen, stemmeleie og tale. Hos en pasient i smerte er en viktig del av assessmenten å få *kartlagt smerten*. Her blir det brukt en spesifikk assessment, CAS (Color Analysis Scale), som fokuserer på å få pasientens egne beskrivelser av smerten. Det er også viktig å få pasientens egen fortelling om og forståelse av selve sykdommen og situasjonen. Psykisk og emosjonell tilstand, samt psykiske mekanismer og tidligere erfaringer som har betydning for pasientens psykiske, mentale og fysiske tilstand, blir redegjort for. Til sist, er pasientens relasjon til

---

<sup>10</sup> Opprinnelig ord: Sounds

musikk og assosiasjoner til instrumentene, samt instrumentelle og musikalsk preferanse klargjort. Disse informasjoner legger grunnlaget for fortsettelsen av intervensjonen og utformingen av musikken, hvilket blir beskrevet i det følgende.



# Fellestrekk i utformingen av musikken

Den følgende teksten er en beskrivelse av hvordan musikken kan bli utformet, og hvilke elementer som informerer musikkens utforming. Kriteriet for å bli inkludert i den felles beskrivelsen, er at informantene omtaler temaet som generelt, eller at temaet blir nevnt i sammenheng med alle tre intervensjonene. Den felles beskrivelsen vil være et grunnlag og et felles utgangspunkt for de etterfølgende spesifikke.

Det blir fremhevet av informantene at det er vanskelig og generaliser bruken av tonearter og akkordprogresjoner, og det aller viktigste er at musikken skal være skreddersydd til å møte pasientens behov og tilstand. Et viktig element i denne prosessen er nok erfaring (M.542 – 545), men det finnes flere andre elementer som kan informere oss om hvordan man kan tilpasse musikken til den enkelte pasient. I det følgende kommer beskrivelser av forskjellige elementer som kan fungere som en informasjonskilde til musikkutformningen.

## Elementer som informerer musikken

Denne seksjonen er oppdelt i tre deler: Pasienten, Terapeuten og Det uspesifikke. *Pasienten* er en beskrivelse av hvordan pasienten kan informere musikkutformningen – hvordan musikkterapeuten kan bruke pasienten som utgangspunkt. Deretter kommer en beskrivelse av hvordan *terapeuten* som person også utøver innflytelse på den klingende musikken. Til sist er det formet en kategori med benevnningen *Det uspesifikke* – her inngår overføringsdynamikker og det nonverbale – hvilket er elementer som har betydning for musikken, men hvor det ikke har blitt spesifisert hvilken betydning det har og når.

### TEMA FRA ANALYSEN Elementer som informerer musikken:

- Vanskelig å generalisere bruken av musikalske parameter
- PASIENTEN:
  - Informasjon fra assessmenten
  - Pasientens metodepreferanse, behov og formål
  - Pasientens overbevisning om og beskrivelse av situasjonen
  - Pasientens musikkpreferanse
  - Pasientens sosiokulturelle opphav
  - Pasientens åndedrett
  - Pasientens opplevelse av smerte
  - Pasientens spenninger
  - Pasientens stemme og tale
  - Pasientens psykiske tilstand
  - Pasientens reaksjon på musikken i løpet av musikken
- TERAPEUTEN:
  - Terapeutens dagsform
  - Terapeutens instinkt
  - Terapeutens person
  - Terapeutens håndverk
- DET USPESIFIKKE:
  - Det nonverbale
  - Overføringer

## Pasienten

*Informasjon om pasienten fra assessmenten* er essensielt for musikkutarbeidelsen. Det er mye av informasjonen fra assessmenten som kan bli inkludert i musikkutformningen – *hva* man velger å bruke kan variere fra tilfelle til tilfelle. Det er umulig å få med det hele – man må velge ut det mest signifikante. Det følgende er en tydeliggjøring av hvordan man kan bruke ulike typer informasjon.

### *Metodepreferanse: behov og formål*

Metodevalg influeres av pasientens behov og/eller hvordan pasienten vil arbeide med et problem og hva målsetningen er med musikken er. Har pasienten mest behov for å bare ta i mot – hvilket indikerer å anvende en reseptiv metode – , eller vil pasienten være med å spille selv? Og om pasienten velger det reseptive blir det avgjort om musikkvisualisering eller avspenning passer pasienten best, igjen basert på hva pasienten har lyst til og uttrykte behov: Hvile, søvn, komme vekk fra sykehuset, smertelindring, etc.

Valg av metode og ellers pasientens spesifikk ønsker gir terapeuten en ide om hva slags musikalsk ramme som kan være relevant.

### *Pasientens overbevisning om og beskrivelse av situasjonen*

*Pasientens tro om og beskrivelse av situasjonen* blir også nevnt som et tema som har betydning for utformingen av musikken. Joanne understreker at når hun former musikken, er dette alltid basert på konkret informasjon fra pasienten om situasjonen – ikke antagelser. Joanne uttaler:

*“...what they believe, no matter what their doctor, mother, husbands says, what they believe about their illness is really important – even if it is not true. That will help me address where they should breathe to and what I might play” (J. 71 – 73).*

Hva pasienten tror skjer med kroppen og hva pasienten tror påvirker angst, uro nervøsitet eller smerte er en viktig pekepinn for hvor intervensjonens fokus skal være. Et eksempel kan være; i tilfelle hvor pasienten ikke skal være hjemme ved i høytid; hva vil pasienten savne? Og er der en sang kan bøte på dette savnet? (J, linje,300-301).

### *Musikkpreferanse*

Som nevnt i beskrivelsen av assessmenten har pasientens musikalske preferanse betydning for hvilke musikalske valg terapeuten gjør. Noe som er avgjørende for musikkproduksjonen er hvorvidt terapeuten skal anvende improvisasjon eller komponert musikk. Pasienten kan influere dette valget ved at vedkommende for eksempel har et spesielt ønske om en sang eller stilart – hvilket indikerer forhåndskomponert musikk, eller om pasienten bare vil høre ”klavermusikk” eller ”noe avslappende”, hvilket kan være en indikasjon mot å bruke improvisasjon (men ikke nødvendigvis). Fra assessmenten har det også blitt klart om pasienten gjerne vil høre på et spesielt instrument, eller kanskje har dårlig assosiasjoner til instrument.

Det kan også være lurt å utforske hva slags musikk og lyder som fungerer for hver enkelt pasient i øyeblikket.

### *Pasientens sosiokulturelle opphav.*

Joanne synes det er veldig viktig å være klar over hvilken kultur pasienten kommer fra og pasientens alder, og utforme musikken i tråd med dette. En 83 år gammel jødisk mann, har for eksempel en helt annen musikalsk referansebakgrunn enn en 16 år gammel afroamerikaner. Marcela uttaler at for henne kommer dette også an på hvor mye familiaritet pasienten trenger for å føle seg forbundet<sup>11</sup> og hvor interessert pasienten er i denne musikken. Det blir også nevnt at ved å spille *familiær musikk* for pasienten, kan dette skape holding (definisjon, s. 12), å støtte pasienten og å skape en komfortabel relasjon. Dette behøver ikke nødvendigvis være musikk fra pasientens kultur, men det kan være det.

### *Deloppsummering*

Musikkutformningsprosessen har her kommet til det punkt at musikkterapeuten har en grunnleggende ide om hva slags musikalsk ramme som kan være relevant. For eksempel: Det kan være relevant med rolig gitarmusikk, hvor det er fokus på at musikken er formet på en

---

<sup>11</sup> Her bruker informanten det engelske ordet (*to feel*) *connected*, som blir oversatt til *forbundet*. Jeg regner med at det er forbundet til terapeuten hun mener – men det er selvsagt et alternativ at hun mener forbundet til seg selv.

måte som fremmer avspenning for akkurat denne pasienten. Mer spesifikke parametre kommer i det følgende:

### *Pasientens åndedrett*

*Pasientens åndedrett* er grunnleggende for musikkutformingen. Åndedrettet blir inkludert i musikken, ved å la åndedrettets puls og rytme (hurtig, langsomt, regelmessig, uregelmessig) blir musikkens rytmiske utgangspunkt. Som regel er formålet med dette å bruke entrainmentprinsippet til å yte innflytelse over åndedrettet etter hvert, så pulsen blir da forsøkt å bli langsommere, roligere og mer organisert enn utgangspunktet. Dette er spesielt relevant i musikkavspenning, og blir beskrevet nærmere der. For pasienter i smerte, kan åndedrettet bli brukt ved at pasienten blir oppmuntret til å puste til og gi slipp på en eller to toner til det stedet som er i smerte.

Åndedrettets utvikling i løp av intervensjonen kan dessuten gi informasjon om hvordan pasienten reagerer på musikken og om musikken fungerer til sitt formål. I tilfeller hvor avspenning er målsetningen, og åndedrettet til å starte med var hurtig og uregelmessig og i løp av intervensjonen blir dypere og roligere, kan det gi en pekepinn på at musikken fungerer til sitt formål. Om dette ikke er tilfelle, kan det være et signal om at terapeuten er på feil spor og må gjøre noen endringer i musikken. Det kan for eksempel være å ta vekk eller skifte et instrument.

Åndedrettet kan således brukes som rytmisk utgangspunkt, og som en vedvarende informasjonskilde til musikkens utvikling.

### *Opplevelse av smerte*

Om smerte er utgangspunktet, kan smertens spesifikke beskrivelser inkluderes i musikken. Farge, intensitet, om den er vedvarende, pulserende, gjennomtrengende, etc, er beskrivelser som kan være inspirasjon til eller matches med musikalske parametre. Dette blir beskrevet som å entraine med pasientens smerte.

### *Skape flow*

Som beskrevet tidligere, er det erfart at flere pasienter *avsondrer* område som er i smerte fra resten av kroppen, hvilket reduserer blodgjennomstrømning og pustekapasitet. Musikkerapeuten prøver derfor å *lage musikk som skaper flow* i pasientens kropp. I reseptiv musikkterapi kan dette gjøres ved å spille for pasienten og holde (jf. Holding, s. 12), nære/gi

omsorg<sup>12</sup>, favne<sup>13</sup> pasienten i musikken, og hjelpe pasienten fokusere på kroppsdelen som har smerte og puste til den. Det å gi musikalsk omsorg og næring blir nærmere beskrevet i kapitlet om musikkavspenning (s. 54). Det er ikke helt tydelig hvilken betydning det å skape flow i pasientens kropp har for hvilke musikalske parametre som blir brukt, siden det å gi musikalsk omsorg og næring kommer veldig an på hva som fungerer for den enkelte pasient. Det blir dog nevnt at det å tromme og tone i hurtig tempo kan ha en innflytelse på flowen i kroppen.

### Toning og vokaler

Vibrasjoner kan for noen mennesker og noen terapeuter påvirke kroppen og smerten. Når vibrasjoner er ønskelig å inkludere i behandlingen, blir det ofte gjort ved å bruke toning på ulike vokaler, samt å spille på gong.

Toning blir her knyttet til å bruke stemme, ofte vokaler, i prosessen/musikken. De ulike vokalers vibrasjoner blir ansett å kunne påvirke kroppen og skape kongruens i kroppen. Spesifikke vokaler er knyttet til smerte i spesifikke steder i kroppen. Hvis smerten er i hode, kan man bruke I (eng.: E), i brystet A i magen O, hoftene og under U (eng.: OOH). Smertens plassering er på den måten med å forme en del av musikken ved å være avgjørende for hvilke vokal terapeuten bruker.

Ved å bruke toning har Joanne dessuten erfart at terapeuten og pasient kan nå ett dypere nivå og få en mer intim relasjon.

### Gong

Joanne er en ivrig bruker av instrumentet gong. Hun bruker to forskjellige gonger – en *upper body gong* og en *lower body gong*<sup>14</sup>. Hun opplever å kunne høre pasientens fysiske smerte i gongens klang, når hun holder gongen over pasientens kropp mens hun spiller på den. Hun

---

<sup>12</sup> Opprinnelig ord: Nurture

<sup>13</sup> Opprinnelig ord: Contain

<sup>14</sup> I intervjuet referer Joanne bare til *lower body gong* – men i undervisning har hun benevnt både *upper* og *lower body gong*.

erfarer at gongens vibrasjoner kan påvirke smerten på ulike måter. Hvis smerten er mer på den ene siden enn den andre kan hun forsøke å styre smerten i ballanse ved å lytte til vibrasjonene, dissonansen, fra gongen, og flytte smerten i retning av å skape en avkjølende konsonans i gongens klang. Hun understreker at dette må komme fra en grundig assessment.

Gong er erfart å være spesielt relevant for noen som trenger spesifikk oppmerksomhet på kroppen, fordi det kan føre til en dyp meditativ tilstand.

Konkret musikalsk, kan smerten således være et utgangspunkt til hvilke vokaler terapeuten kan bruke, det å anvende gong, influere musikken ved å finne ut hvilken musikk som kan skape flow i pasientens kropp og ellers bruke beskrivelser av smerten som informasjon i musikkutviklingen.

### *Spenninger i kroppen*

Om det er fysiske spenninger det blir tatt utgangspunkt i, kan disse inspirere musikkproduksjonen ved nettopp å *ikke* speile pasienten, men initiere en annen flow i musikken etter hvert. Det blir beskrevet å starte med å speile pasienten, og så etter hvert gå over til musikk som er kontrasterende til pasientens fysiske tilstand.

Det blir også beskrevet å hjelpe pasienten til å gi slipp for beskyttende spenninger<sup>15</sup>, ved å synge en sang som er entrainet til pusten deres, hvilket kan røre mange til tårer. Tårer er en form for lindring, og dette blir karakterisert som en god smertesesjon, fordi kroppen gir slipp på spenninger.

I forbindelse med å *gi slipp*<sup>16</sup> (i den hensikt å bedre *kontakten* til kroppen, fremfor å bli avspent) blir det beskrevet å spille en dissonans, som terapeuten "trekker pasienten ut av". Det blir ikke spesifisert hva som skjer musikalsk, når terapeuten trekker pasienten ut av dissonansen. Baser på samtalens kontekst, tolker jeg det som om at dissonansen blir

---

<sup>15</sup> Opprinnelig formulering: Holding on so much to protect

<sup>16</sup> Opprinnelig ord: Releasing

oppløst (J. 189 – 195)<sup>17</sup>. Umiddelbart er ikke dette temaet knyttet til spenninger i kroppen, men det å gi slipp kan være relevant i situasjoner hvor pasienten er veldig anspent. Det er derfor inkludert her.

### *Pasientens stemme og tale*

*Stemmeleie og talens rytme, tempo, melodi og register* er elementer som kan bli omgjort til musikalske parametre og på den måten informere utformingen av musikken. Det går an å velge toneart og/eller register basert på registeret eller tonearten pasienten snakker i. Ved siden av taleregisteret, kan terapeuten bruke melodien i pasientens tale som utgangspunkt eller inspirasjon til en melodisk frase og inkludere denne i musikkutøvelsen.

### *Pasientens emosjonelle og psykiske tilstand*

Empirien viser at graden av angst og bakgrunnen for angsten har betydning for musikkutformningen. Det pasienten tror skjer med kroppen og det pasienten tror påvirker angst, uro og bekymring, blir beskrevet å være et musikkutformningen (jf assessment).

I situasjoner hvor *trøst* er en del av intervensjonen, er det erfart å være hensiktsmessig å anvende maj7 akkorder. For pasienter som har behov for å bli hørt er *refleksiv musikk*, som tritonus og arytmsk musikk erfart velegnet. Det er også beskrevet å bruke en lullaby for å gi musikalsk næring og omsorg, eller til pasienter som føler seg ensom og forlatt (nærmere beskrivelse av lullaby s. 59).

### *Pasientens reaksjon på musikken i løp av musikken*

Underveis i musikken har terapeuten bruk for informasjon om hvordan pasienten reagerer på musikken; om den fungerer til sitt formål. Her er det forskjellige fremgangsmåter. Det går an å rett og slett spørre pasienten om hvordan vedkommende reagerer på musikken. Det innebærer at pasienten kan stoppe terapeuten om vedkommende ikke liker musikken, eller gi beskjed om at det føles ok. Joanne ber pasienten beskrive hvordan lydene påvirker dem – hvordan de opplever det i kroppen; spesielt i smertelindring, og hvordan det føles. Basert på pasientens fortløpende feedback, legger hun til og tar vekk musikalske element/instrument.

---

<sup>17</sup> Dette gir også mening i forhold til at musikalsk konsonans blir beskrevet å bruke i forbindelse med avspenning (s. 53).

Det er pasienten som på sett og vis blir komponist og dirigent for musikken – terapeuten er orkesteret.

Marcela har en annen holdning til dette – hun foretrekker som regel å holde intervensjonen i musikken og snakke minst mulig og arbeide med nonverbal kommunikasjon (med mindre pasienten ønsker å snakke). I stede for å snakke, observerer hun om pasienten åndedrett, hjerterytme, muskeltonus utvikler seg i ønskelig retning og baserer musikkutviklingen på dette.

Pasientens reaksjon på musikken i løpet av musikken er avgjørende for musikkens utvikling.

## Terapeuten

### *Komfortabel*

Om terapeuten er ukomfortabel i sesjonen, kan dette ha konsekvenser for observasjonsevnen, og derved evnen til å tilpasse musikken. Det kan være lett å ikke få med seg alt som skjer i rommet, og for eksempel spille for høyt eller for fort. Det er viktig at terapeuten fokuserer på sin egen ro, for pasienter er som regel hypersensitive for atmosfæren i rommet. Om terapeuten ikke er rolig og avslappet selv er det fort gjort å gå fra sesjonen med verkende rygg og overfladisk åndedrett (J. 271 – 272 ).

### *Terapeutens person og håndverk*

Marcela undertreker at alle musikkterapeuter er forskjellige og musikken vil uunngåelig bli farget av musikkterapeutens *person*. Musikkterapeutens musikalske historie, persepsjon, antagelser, assosiasjoner og relasjon til pasienten er også elementer som har påvirkningskraft på musikken. Videre uttaler hun at musikkterapeutens *håndverk* er en bestanddel av det å forme musikk som fungerer til sitt formål – å utvikle ”kliniske musikerferdigheter”.

### *Instinkt*

Joanne forteller at hun også bruker den konsonans eller dissonans, for eksempel være ulike intervall hun *føler pasienten trenger*.

### **Det uspesifikke**

Et element i det å skape musikk som er skreddersydd til hver enkelt pasient, kan være å inkludere det terapeuten kan oppfange av overføringer, nonverbale utsagn og nonverbal



kommunikasjon<sup>18</sup> i musikken. Måten overføringer blir beskrevet å bli involvert på, er at musikkterapeuten kan holde, favne og reflektere energien i overføringene i musikken. Overføringer og motoverføringer er ikke alltid så lett å arbeide eksplisitt med i en medisinsk setting, siden det forutsetter en trygg relasjon, noe som den korte innleggelsestiden på sykehuset gjør vanskelig. Når forholdene ligger til rette for det, for eksempel med langtidsinnlagte pasienter, kan det likevel bli inkludert (194 – 196). Ytterligere beskrivelser av hvordan dette kan anvendes i reseptiv musikk er ikke inkludert i empirien, og der er derfor ikke grunnlag til å beskrive det ytterligere her.

### Oppsummering av fellestrekk i utformingen av musikken

Det har blitt tydelig at pasienten i seg selv øver stor innflytelse på utformingen av musikken. Tendensen kan se ut til å være at pasientens *sosiokulturelle opphav, fysiske og psykiske tilstand, ønsker og behov* – både musikalske og andre – kan skape en musikalsk ramme, ved å fastslå hvorvidt terapeuten skal anvende improvisasjon, en sjanger, en spesiell sang, spesifikke lyder eller instrument, en spesiell metode eller teknikk. Videre kan musikkens mer spesifikke parameter; puls, rytme, melodi, vokaler, register, harmonikk og akkorder, influeres av pasientens åndedrett, smerteopplevelse, kroppslige spenninger, stemmens register, talens melodi og pasientens psykisk behov. I den vedvarende utviklingen av musikken, er pasientens observerbare og verbale respons avgjørende, og musikalske elementer blir lagt til eller tatt vekk alt ettersom hvordan pasienten reagerer.

Musikketerapeutens betydning for musikkbearbeidelsen konsentrerer seg om at musikkterapeutens person, erfaring og instinkt *har* en betydning, men spesifiserer ikke *hvilken* betydning. I forhold til uspesifikke elementer som overføringer og nonverbal kommunikasjon fokuseres beskrivelsen om at disse kan holdes, favnes og reflekteres i musikken.

---

<sup>18</sup> Informanten bruker ikke ordet nonverbal her, men kommer med en beskrivelse av nonverbal kommunikasjon. Hun bruker ordet i en annen sammenheng (M. 267).

## Diskusjon og refleksjon

I forbindelse med skreddersydd musikk, vil jeg referere til presentasjonen av psykologisk smertebehandling og påpeke et sammenfall. Her ble det hevdet at en intervensjon som er skreddersydd til psykologiske problemer som ligger bak eller forverrer en kronisk smertetilstand, virker bedre. I bruken av levende musikk er en viktig komponent, nettopp det at musikken og intervensjonen, kan spesialtilpassess pasientens ulike behov. Teorien belyser her et element ved denne formen for musikkterapeutisk behandling, og gir en mulig forklaring på litt av behandlingsformens terapeutiske signifikans og relevans i forbindelse med smertelindring.

Videre, skal der gjøres oppmerksom på motsetninger i datamaterialet. For det første gjelder dette motsetningen mellom fokus på spesialtilpasset musikk, og en tilsynelatende affektlærebasert anvendelse av spesifikke akkorder, vokaler og vibrasjoner. En hypotetisk forståelse av denne kontrasten kan være at musikken blir formet ved å tilpasse musikken så godt som mulig til aspekt ved pasientens situasjon, samtidig som musikkterapeutisk erfaring blir brukt til å anvende spesifikke musikalske parameter for å møte spesifikke behov. Det blir videre beskrevet et fokus på å basere intervensjonen på terapeutens egne observasjoner og holde intervensjonen utelukkende i musikken, ved siden av å åpne opp for verbal feedback/samtale, og å handle med utgangspunkt i en forståelse av pasientens håndteringsmekanismer og reaksjonssystem. Videre, er der en kontrast mellom en påpekning på å alltid brygge musikken opp om *konkret* informasjon fra pasienten, samtidig som terapeutens følelser også blir beskrevet å tas i bruk i musikkutformningen. Her er data igjen flertydig, og åpner opp for ulike muligheter i utformningen av musikken, som har sitt utgangspunkt i ulike musikkterapiteoretiske metaforståelser. Pragmatisk sett kan dette åpne for flere handlemuligheter. Det kan også belyses gjennom en postmoderne forståelse av *mening*, som beskrevet i Kvale (1997, s. 155). En postmoderne tilnærming gir avkall på fastlagte meninger og legger i stedet vekt på deskriptive nyanser, forskjeller og paradokser.

Det neste jeg vil fremheve, er sammenhengen mellom det at terapeuten beskriver å bruke egne følelser i musikkutarbeidelsen og det at motoverføringer blir beskrevet å inkluderes i musikkutarbeidelsen, uten å konkretisere det ytterligere (musikken blir beskrevet å kunne holde, favne og reflektere energien). I en analytisk forståelse av relasjonen, kan det å bruke musikk basert på det terapeuten selv føler pasienten trenger, være en del av en overførings

–og motoverføringsdynamikk mellom pasient og terapeut. Beskrivelsen av å bruke sine egne følelser i musikkutarbeidelsen, kan således åpne opp for å være et konkret eksempel på hvordan overføringsdynamikken blir inkludert i musikken.

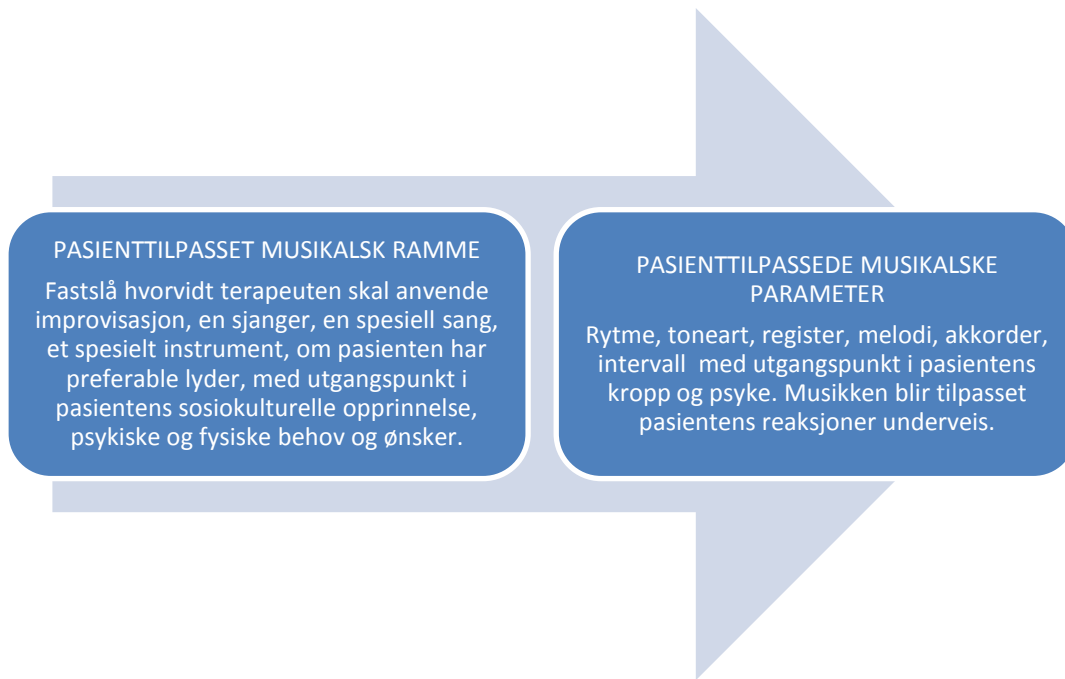
Oppsummerende kan disse motsetningsforhold delvis forklares i ulikheter på metateoretisk nivå. Som beskrevet i innledning blir det brukt forståelser fra ulike teoretiske retninger. Det å bruke sin egen overføring i musikken samt ta høyde for ulike psykiske funksjoner hos pasienten kommer fra psykodynamisk musikkterapi. Det å speile pasienten i musikken og holde intervensjonen utelukket i musikken er hentet fra kreativ musikkterapi. Å anvende spesifikke musikalske vendinger til et spesifikt menneskelig formål, ligner barokkens affektlære – og er således hentet fra musikkteori.

### **Kritikk**

Rent konkret *hvordan* man kan bruke elementer hentet fra pasienten i utforming av musikken, blir ikke alltid klare. For eksempel ville det vært ønskelig med en tydeliggjøring og konkretisering av hvordan pasientens angst og uro influerer musikken, da dette blir fokusert mye på i assessmenten og i forståelsen av smerte og således synes å være et viktig tema.

### **Delkonklusjon**

Empirien beskriver hvordan pasientens psykiske og emosjonelle behov og ønsker gir terapeuten et utgangspunkt til å danne en musikalsk ramme. Videre, kan spesifikke fysiske og psykiske observasjoner og behov brukes til å informere musikkens spesifikke parametre. Pasientens reaksjon til musikken i løp av musikken former den kontinuerlige utviklingen av musikken.



Figur 1: Fellestrekk i musikkutformningen

# Musikkavspenning

---

Dette kapitlet er en spesifisering av hvordan musikken blir utviklet i musikkavspenning med levende, reseptiv musikk. Kapitlet gir litt bakgrunnsinformasjon om musikkavspenning for så å gå videre til beskrivelser av hvordan intervensjonen blir gjennomført og hvordan musikken får sin form. Som i det forrige, blir smertelindring brukt til eksemplifisering.

## Bakgrunnsinformasjon

Kombinasjonen musikklytning og avspenning er ikke noe nytt (Grocke & Wigram 2007). Det er flere steder i musikkterapeuten blitt beskrevet hvilke musikalske parametre som er potensielt avspennende i reseptiv musikkterapi (for eksempel Bonde et al 2001, s 111) men jeg har funnet lite litteratur som beskriver hvordan musikkterapeuten kan planlegge musikken i tilfeller hvor vedkommende produserer musikken selv. Det er dette jeg gjerne ville ha fokus på her.

Definisjonsmessig er det heller ikke forskjeller, og Bruscia (1998) tar høyde for både levende og forhåndsinnspilt musikk, når han definerer *Music Relaxation* som:

*“The use of music listening: to reduce stress and tension, to reduce our countercondition anxiety, to induce body relaxation or to facilitate entry into altered states of consciousness.”* (s. 122)

Informantene bruker musikkavspenning i forbindelse med fysiske plager og ubehag, smertelindring, for pasienter med angst, uro og nervøsitet<sup>19</sup>, i forbindelse med søvnløshet og behov for hvile og for å skape et uforstyrret rom for pasienten. I forbindelse med smertelindring, blir en avspent tilstand ansett for å være smertelindrende. Det kan også bli brukt i forbindelse med visualisering.

Typiske, observerbare reaksjoner hos pasienten i løp av en musikkvisualisering, er at åndedrettet blir langsommere og dypere, muskeltonus i ansiktet forandres, stemmen legger seg i et lavere register, øynene blir tyngre og pasienten blir søvnnig.

---

<sup>19</sup> Opprinnelig ord: Anxiety

## Intervensjonen i musikkavspenning

Det følgende avsnitt er en beskrivelse av intervensjonen, med vekt på hvilke elementer som kan informere musikken i en musikkavspenning. Det blir også beskrevet to teknikker som kan bli anvendt – da teknikken musikkterapeuten anvender i seg selv er avgjørende for utformningen av musikken.

### Før musikken

Før en musikkterapeut skal spille med den hensikt å få pasienten til å slappe av, gjennomfører musikkterapeuten en assessment, som beskrevet i forrige kapittel, for å kunne tilpasse musikken så godt som mulig til pasienten behov. Om målsetningen med intervensjonen er smertelindring, kan musikkterapeuten bruke den omtalte CAS (Color Analysis Scale, s. 38), for å skaffe så mye informasjon om smerten som mulig.

#### FRA ANALSYEN: Før musikken

- Assessment
- Observere omgivelsene

### Underveis

#### Terapeutens ro

I løpet av Musikkavspenningen er terapeutens egen ro og velvære viktig. Joanne beskriver hvordan hun fokuserer på å være komfortabel og avslappet gjennom hele sesjonen<sup>20</sup>, samt å ha kontakt til<sup>21</sup> og være grounded<sup>22</sup> i kroppen. Dette har betydning for terapeutens evne til å avstemme seg<sup>23</sup> og entraine til pasienten, og å spille på en måte som er avslappet. Om terapeuten ikke er avslappet selv, er det, som nevnt tidligere, fort gjort å spille for høyt eller for fort.

#### FRA ANALSYEN: Underveis

- Terapeutens ro
- Musikalsk karakteristikk

---

<sup>20</sup> Opprinnelig ord: Re-calming myself

<sup>21</sup> Opprinnelig ord: Attuned to

<sup>22</sup> På dansk blir grounded brukt uten å oversette det – dette er ikke så vanlig på norsk, samtidig som jeg har problemer med å finne et ord som betyr det tilsvarende. "Å være godt fundert i seg selv", vil kanskje være noe tilsvarende.

<sup>23</sup> Opprinnelig ord: Intuning

### Musikalsk karakteristikk

Målsetningen med musikken i musikkavspenning, blir beskrevet som å utvikle musikk som er enkel og rolig. Musikken er konsonerende, og ofte, men ikke nødvendigvis, i  $\frac{3}{4}$  dels takt. Den har dessuten en repeterende struktur – akkordprogresjoner, melodisnutter og tekst blir gjentatt – kanskje med små variasjoner eller forenklinger.

### Elementer som informerer musikken

Målsetningen er å skape musikk hvor pasienten kan finne forløsning for anspenhet. Det at musikken er skreddersydd til pasienten blir forstått som å være et element som kan virke avspennende i seg selv. Joanne forteller om en pasient som var så nervøs for en undersøkelse at hun snakket og ble ved med å løfte hode på tross av beroligende medisin, men når hun fikk høre musikk som var spesielt tilpasset til henne, klarte hun å slappe av og bli trygg (J. 339 – 351). Det å spille musikk som er basert på pasientens ønsker, kan se ut som å ha en beroligende og angstdempende effekt.

*FRA ANALSYEN: Elementer som informerer musikken*

- Omgivelsene
- Pasientens registerpreferanse
- Pasientens åndedrett

Ved siden av å integrerer observasjoner terapeuten har gjort i assessmenten, kan musikkterapeuten bruke følgende elementer i utformingen av musikken:

### Omgivelsene

Det blir beskrevet at volum, instrumentvalg og måten terapeuten spiller på bør være tilpasset og ønskelig<sup>24</sup> for både det som skjer i rommet og det som skjer med pasienten. Informantene beskriver ikke konkret hvordan de tilpasser musikken til omgivelsene. I denne sammenheng vil jeg derfor nevne noen prinsipper bak Environmental Music Therapy<sup>25</sup>. EMT er hyppig brukt i på Beth Israel. Musikkterapeutene Steve Schneider og Kristen Stewart, som begge arbeider eller har arbeidet på Beth Israel beskriver, beskriver i en artikkel om EMT

<sup>24</sup> Opprinnelig ord: Desirable

<sup>25</sup> Environmental Music Therapy blir beskrevet som: "EMT is the use of music that is broadcasted to a particular environment for therapeutic purposes". (Schneider 2005, s . 221)

(Schneider & Stewart 2000), hvordan omgivelsene kan brukes aktivt i musikkutformningen. Det å inkludere lyder fra omgivelsene i en musisk sammenheng blir forstått som å gi lydene (som kan være irriterende og plagsomme) en annen mening – en musikalsk kontekst som gir mening på et annet nivå. Det kan være lyder i omgivelsene som kan ligge til grunn for toneart, eller musikkterapeutens oppfattelse av stemning og atmosfære hvilket kan reflekteres eller tas høyde for i musikken. For eksempel piper de fleste maskinene på Beth Israel en B – og da kan tonearter som inneholder tonen B, G-moll, B-dur, B-moll, Ess-dur, Ess-moll og Gess-dur være aktuelle. Det er viktig å huske på at Schneider og Stewart beskriver en annen kontekst; musikk som skal være *gagnlig for miljøet*, men det å gi lyder en musikalsk mening i stedet for å være forstyrrende elementer vurderer jeg har betydning for individets opplevelse av musikken i denne konteksten også, ikke minst fordi avspenning er målsetningen. Det gir også et konkret eksempel på hvordan omgivelsene kan bli brukt i musikkutformningen.

### Pasientens registerpreferanse

I musikkavspenning er det, som nevnt over, viktig at pasienten føler seg komfortabel med musikken som blir spilt. Noen mennesker liker ikke et høyt register, og andre føler seg ukomfortabelt med et dypt. Det kan derfor være lurt å utforske hvilket register pasienten føler seg komfortabel med, og foretrekker å lytte til i musikkavspenningen.

### Pasientens åndedrett

Åndedrettet er også beskrevet i forrige kapittel. Jeg har også inkludert det her, fordi jeg oppfatter det som et element det blir fokusert veldig på i avspenning. Som nevnt i innledningen og beskrivelsen av assessmenten, ser det ut som at en forbindelse mellom pasientens åndedrett og pasientens helhetstilstand er en slags forhåndsforståelse i informantenes syn på mennesket. I musikkavspenning er det derfor spesielt fokus på å oppnå et dypere og roligere åndedrett, da dette blir forstått som å være avspennende.

I denne prosessen er entrainment med åndedrettet viktig. I starten av musikken blir musikken matchet til pusten. I løp av musikkutøvelsen er det meningen at terapeuten skal prøve å senke tempo, og influere tempoet pasienten puster i; entraine med åndedrettet. Som nevnt tidligere kan terapeuten hjelpe pasienten til å puste og gi slipp ved å synge en sang som blir entrainet til pusten deres. Dette rører mange til tårer hvilket også blir forstått å



være en form for lindring. En annen måte å gjøre det på, kan være å inkludere pasientens åndedrett i musikken, ved at hver gang pasienten puster ut, blir dette et tungt slag.

Terapeuten kan også ta utgangspunkt i tonika og dominant, spille tonika på innpust og dominant på utpust, i samme tempo som pusten – evt. dele opp i to slag per pust, så pulsen blir tydelig. Som beskrevet tidligere bør musikken være preget av blant annet enkelhet og repetisjon.

I fig. 2 har jeg laget et forslag til et musikalsk utgangspunkt. Dette er kun et utgangspunkt og det er meningen at musikkterapeuten skal videreutvikle det og tilpasse det til hvordan pasientens åndedrett responderer og utvikler seg. Her har jeg vektlagt å bruke enkel musikk – få toner, enkel og forutsigelig harmonikk og enkel og forutsigelig rytme. Melodien kan forandres, utvikles og improviseres over, musikken kan legges til andre register, etter hvert som prosessen utvikler seg. Det går an å innføre akkorder i stedet for meloditoner, for eksempel maj-akkorder, om dette er ønskelig. Når pasienten har blitt rolig og avspenning, går det kanskje an å føre musikken over i en lullaby – hvilket blir beskrevet nærmere i neste avsnitt.



Figur 2 Utgangspunkt til musikalsk entraining med åndedrettet i musikkavspenning

## Teknikker

Det er noen teknikker som er tilknyttet musikkavspenning, men ikke utelukket blir brukt her – de kan godt bli brukt i kombinasjon med for eksempel musikkvisualisering som har avspenning som utgangspunkt eller formål.

## Lullaby

En lullaby er en godnattsang/vuggeviser. Den blir ofte brukt i forbindelse med avspenning, med det formål å gi musikalsk næring og omsorg<sup>26</sup> og for pasienten som er i deres "barne-lune"<sup>27</sup> og/eller føler seg ensom og forlatt (J. 543 – 544).

### FRA ANALYSEN: Teknikker

- Lullaby
- Gradvis forlengelse av musikalske parametre

Lullabyens karakteristika er å gå i tre-takt, ha langsomt tempo, enkel struktur og være preget av repetisjoner – den ligner altså veldig på den generelle beskrivelsen av musikken i en musikkavspenning. Bakgrunnen for valg av tretakt er at dette blir forstått som å være en "holdende" taktart<sup>28</sup>, uten at dette blir definert noe klarere i intervjuet (jeg har heller ikke funnet en definisjon – men det kan godt være det fins<sup>29</sup>). Joanne inkluderer pasienten i å eventuelt være med på å lage tekst hvor vedkommende kan slappe av.

Det er bare fantasien som setter grenser for hvordan man kan bruke en lullaby, men informantene har kommet med noen forslag, hvilket innebærer å gå fra et utgangspunkt til en lullaby – eller fra en lullaby til en enklere struktur. Det blir beskrevet som å gradvis forme improvisasjonen, entrainmentprosessen eller sangen man er i til en lullaby. Rytmen blir lagt til  $\frac{3}{4}$  eller  $\frac{6}{8}$  dels takt, og musikkens parametre blir gradvis transformert inn i en enkel lullaby-struktur, til pasienten blir i stand til å gi slipp og falle i søvn. Når man går fra skrevet til minimal, er utgangspunktet en lullaby, eventuelt en fra pasientens kultur. 3-takt blir innført og musikken gradvis forenklet til en frase, for eksempel kadensen i sangen, og deretter videre til et ord og til sist til en tone.

---

<sup>26</sup> Opprinnelig ord: Nurturance

<sup>27</sup> Opprinnelig ord: Child mood.

<sup>28</sup> Opprinnelig ord: Holding tempo.

<sup>29</sup> Jeg har opplevd noen ganger (spesialepresentasjon ved AAU, undervisning ved BI) at musikkterapeuter anser 3-takt som en slags holdende, beroligende taktart, og assosierer det med den fysiske bevegelsen det er å vugge et barn i armene, eller bevegelsene babyen opplever når den ligger i morens mave.

### Gradvis forlengelse av musikalske parametre

Som en del av entrainmentprosessen i musikkavspenning er det blitt klart at en målsetning er å gradvis skape musikk med en enkel struktur i musikkavspenning, da dette er erfart å bedre avspenning. Konkret innebærer dette å gjøre melodien gradvis enklere og gradvis simplifisere akkordprogresjon, til for eksempel tonika eller tonika-dominant. Pulsen blir senket og rytmen forenklet. Musikken blir holdt i en repetitiv og forutsigelig struktur.

### Etter musikkintervensjon

I musikkavspenning er det relativt vanlig at pasienter sovner, og i så tilfelle forlater terapeuten rommet etter intervensjonen. Om pasienten ikke sovner gir terapeuten rom for stillhet og tid til fordøyelse. Det blir fremhevet som viktig å la pasienten bryte stillheten (J. 307). Deretter snakker de om hvordan pasienten opplevde intervensjonen og hvordan vedkommende har det nå. Marcela pleier ikke å be om feedback på musikken i seg selv, fordi hun anskuer den som en prosess terapeut og pasient har sammen, for å nå pasientens behov.

#### *FRA ANALYSEN: Etter musikkintervensjonen*

- Søvn
- Fordøyelsestid og stillhet
- Samtale og feedback

### Oppsummering av ”musikkavspenning”

Før terapeuten setter i gang med en musikkavspenning gjennomfører vedkommende en assessment, som gir overblikk over pasientens generelle og spesifikke situasjon. Terapeuten observerer også omgivelsene, da disse kan ha innflytelse på musikken. I løp av musikkavspenningen er det viktig for terapeuten å ha vedvarende oppmerksomhet på sin egen ro og velbefinnende.

Enkelthet, ro og repetisjon preger musikken. Musikkutformningen tar utgangspunkt i fellestrekkene fra forrige kapittel. I musikkavspenning blir det beskrevet et spesifikt fokus på det å musikalsk sett gradvis forenkle og forlenge musikkens parameter – som en del entraining, avnende en lullaby, justere registeret til pasientens registerpreferanse, og forholde seg til og eventuelt inkludere lyder i rommet pasient og terapeut befinner seg i. I løp av musikken blir det innhentet informasjon om musikken fungerer til sitt formål, enten ved samtale med pasienten eller observasjon av pasienten. Denne observasjonen influerer musikkens vedvarende utvikling.

Tiden etter musikkintervensjonen preges av stillhet, fordøyelse og samtale om opplevelsen – med mindre pasienten sovner i løp av musikken.

## Diskusjon

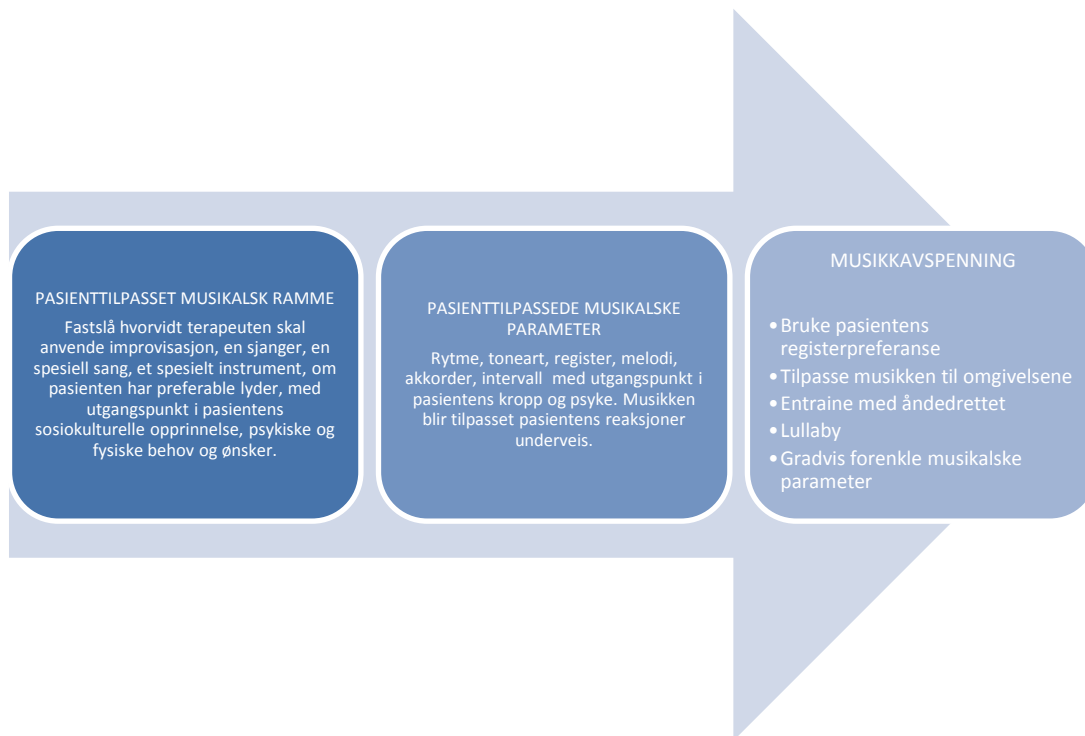
Denne diskusjonen vil fokusere på hvordan musikken kan skape avspenning på ulike nivå i mennesket. En hypotetisk forståelse av beskrevne intervensjoner i dette kapitlet, kan være at musikkterapeuten bruker ulike aspekt ved musikken for å og henvende seg til avspenning på ulike nivå i mennesket. Det å anvende en lullaby, blir for eksempel beskrevet å rette seg mot pasienter som trenger musikalsk næring og omsorg og for pasienten som er i deres ”barne-lune” og/eller føler seg ensom og forlatt, hvilket potensielt retter intervensjonen mot en emosjonell/psykisk avspenning. Videre, fokuserer entrainment med åndedrettet mot å på et fysisk plan senke kroppens tempo og slippe fysiske spenninger – det blir i tillegg beskrevet å kunne gi avspenning på et emosjonelt nivå hvis pasienten begynner å gråte som et resultat av denne prosessen. Dette siste tydeliggjør informantenes menneske –og behandlingssyn – det at fysisk avspenning føre til psykisk avspenning og omvendt. Neste refleksjonspunkt handler om hvilken latent betydning levende reseptiv musikkterapi kan ha på et eksistensielt nivå. Som det blir nevnt i innledningen, oppfattes eksistensielle tema som viktig i denne konteksten. Informantene beskriver å gi *næring og omsorg*, og å bøte på *ensomhet og forlatthet* gjennom musikken. Her blir det berørt eksistensielle tema – spesielt er ensomhet et av eksistensialismens grunnvilkår. Metodens mulige eksistensielle betydning kan således forstås i forhold til at der oppstår en relasjon med et annet menneske. Potensielt kan relasjonen som oppstår, og den musikalske *opplevelsen* i seg selv røre i pasienten på et eksistensielt plan kanskje kan føre til avspenning også på eksistensielt nivå.

## Kritikk

Her er en del implisitte forståelser som ikke blir forklart nøyere, for eksempel sammenhengen mellom åndedrett og generell fysisk og psykisk tilstand. Et annet eksempel er dynamikkene bak entrainment – hva er det som skjer, hvorfor skjer dette, hva er forklaringen bak? Er det sant? Et tredje er bruken av tretakt i musikkavspenning – er det virkelig mer avslappende enn andre taktarter? Hva er dette med ”holdende taktart”?

## Delkonklusjon

Tendensen i musikkavspenning er å, med utgangspunkt i fellestrekkene, fokusere på en musikalsk forenklingsprosess, entraine med åndedrettet, ta utgangspunkt i pasientens registerpreferanse, anvende lullaby og tilpasse musikken til omgivelsene.



Figur 3: Musikkutformingsprosessen i musikkavspenning

# Musikkvisualisering

Som i forrige kapittel, blir det her spesifisert på utviklingen av levende musikk, men her i en musikkvisualiseringskontekst. Her vil bli presentert definisjoner av og litt bakgrunnsforståelse av musikkvisualisering, for så å fokusere på musikkens utvikling. Smertelindring blir, som tidligere, brukt eksemplifiserende.

## Bakgrunnsinformasjon

Musikkvisualisering blir ofte relatert til musikkterapiretningen Guided Imagery and Music, hvilket innebærer å anvende forhåndsinnspilt musikk, men blir brukt i mange ulike varianter (Grocke og Wigram 2007, s. 127). Bruscia (1998) bruker begrepet *Imaginal Listening*. Dette inkluderer både levende og forhåndsinnspilt musikk, og blir definert som:

*“The use of music listening to evoke and support imaginal processes or inner experiences, while in a nonordinary state of consciousness.” (s. 125)*

Videre deler han opp i fire spesifiseringer: *Directed Music Imaging, Unguided Music Imaging, Guided Music Imaging* og *Guided Interactive Music Imaging*. De tre første inkluderer varianter av å visualisere ut fra et bestemt bilde/utgangspunkt, visualisere helt fritt og visualisere med eller uten dialog og guiding fra terapeuten. De tre første er alle relevante i denne sammenhengen, mens den siste, som inkluderer å visualisere sammen med andre i en gruppe, er ikke relevant.

Joanne karakteriserer musikkvisualisering som en *sensorisk opplevelse med musikk og visuelle stikkord*. Videre, forstår hun det som å være et kognitivt begrep, hvor tankene er utgangspunkt for psykiske eller fysiske forandringsprosesser.

### FRA ANALYSEN: Bakgrunnsinformasjon

- Kognitivt begrep
  - Forskjelligartede bruksområder
  - Avspenning er en forutsetning?
  - Tre typer
- Visualisere inn i kroppen:*
- “Ser” inn i kroppen og smerten
  - Puster til smerten
  - Bruke vibrasjoner fra gong
  - Møte smerten sammen med noen
- Visualisere ut av kroppen:*
- Komme vekk
  - Integre ressurs utenfra
- Frigjørende visualisering:*
- Visualisere at noe forlater kroppen

Informantene beskriver å bruke musikkvisualisering i smertelindring og for pasienter med ubehag, for pasienter som trenger å sove og for pasienter som ikke vil være på sykehuset og ønsker å komme til et annet sted. Visualisering blir også brukt for pasienter som spør etter det, eller som visualiserer spontant. Det kan være en forutsetning at pasienten relaterer til visualisering (er en visuell "type") og forstår bildene, og at pasient og terapeut snakker samme språk.

I forhold til forbindelsen mellom visualisering og avspenning, gir respondentene uttrykk for litt forskjellige erfaringer og meninger. Joanne uttrykker at å være avspent er en forutsetning for visualisering og hvis pasienten er avspent kan de gå dypere inn i visualisering. Motsatt, forteller Marcela at hun noen ganger bruker et bilde i musikkavspenning for å endre fokus for pasienter som ikke klarer å slippe konteksten, for å lette avspenning. Med dette utgangspunktet kan det se ut som om de to metodene både kan brukes som en forutsetning og en fortsettelse av hverandre.

I denne oppgaven er det tre forskjellige typer musikkvisualisering som blir beskrevet: Det å visualisere inn i kroppen, hvor pasienten internaliserer noe for å påvirke kroppen. Visualisere ut av kroppen, hvor det blir brukt kognitive prosesser for å nå en alterert tilstand utenfor kroppen, og visualisere at noe slipper fri fra kroppen. Her blir gitt en kort presentasjon av disse, før teksten beveger seg videre til den konkrete musikkutformningen.

### Visualisere inn i kroppen

Denne formen for visualisering blir ofte brukt i forbindelse med smertelindring og innebærer at pasienten visualiserer seg inn i kroppen, *til* smerten. Her kan pasienten så visualisere en lindrende effekt. Om smerten blir beskrevet som varm og rød, kan pasienten for eksempel visualisere kjølig blått eller et vannbilde (J. 394). I denne konteksten blir åndedrettet brukt ved at pasienten blir oppmuntret til å puste til og å gi slipp<sup>30</sup> på spenninger i kroppen og/eller i smerteområdet. Pasienten puster til og hjelper terapeuten med å spille til den delen av kroppen som trenger likevekt<sup>31</sup>, med utgangspunkt i assessmenten.

---

<sup>30</sup> Opprinnelig ord: Release

<sup>31</sup> Opprinnelig ord: Equilibrium

Eksempel fra intervjuet (litt redigert for å lette lesbarheten):

*“...If someone is having pain in the hips, having a red, hot pain we would begin by breathing into the nose and releasing through the mouth, and we would use OOH perhaps, and we would use a cooling color, like a blue or a water image. And we would breath in and breath out, focusing on breathing in to the hip region and then asking them to breath out and perhaps making an OOH and a visual image of water on the hips for the red pain.” (J. 390 – 397)*

Vi kan se at vokalen U (eng.: OOH) blir brukt, hvilket er vokalen Joanne gjerne bruker for hofter. Her er det snakk om å prøve å påvirke smerten med denne vokalens vibrasjoner. Joanne anvender også instrumentet gong i visualisering inn i kroppen, for å bruke gongens vibrasjoner til å påvirke smerten med, mens pasienten prøver å gi slipp<sup>32</sup> og visualiserer. En nærmere beskrivelse av hvordan gong og vokaler blir brukt, finnes i kapitlet om felles elementer, s. 46.

Det at pasienten *møter smerten sammen med noen*, hvilket er tilfelle her, er erfart å være smertelindrende. I denne sammenhengen er ikke empirien så tydelig på å gi forklaringer, på hvorfor det fungerer. Siden det her er fokus på det *konkrete*; utførelsen av intervensjon og musikk, er det likevel relevant informasjon.

Det viktige her, er at visualisering inn i kroppen innebærer å forestille seg smerten inne i kroppen, og å visualisere noe som kan lindre smerten. Musikktapeuten kan i denne prosessen anvende vibrasjoner fra gong og vokaler og ellers støtte visualiseringsprosessen og oppmuntre til ett hensiktsmessig åndedrett gjennom musikken. Musikkens funksjon blir nærmere beskrevet senere i dette kapitlet.

### Visualisere ut av kroppen

Å visualisere ut av kroppen kan bli brukt hvis pasienten gjerne vil *vekk* – vekk fra sykehus, angst, smerte, og til å komme til et behagligere og trygt sted<sup>33</sup>. Det kan også bli brukt til å

---

<sup>32</sup> Opprinnelig ord: Release

<sup>33</sup> Opprinnelig ord: Comfortable place.



bringe inn en trøstende ressurs utenfra, noe som kan tilfredsstillende et behov hos pasienten, og fungere som en avspennende/beroligende effekt for pasienten. Det blir beskrevet at pasienten kan skape behag (comfort) inn i kroppen, ved å tenke på noe vedkommende kan kontrollere utenfor kroppen, og at det å visualisere et favorittsted eller et trygt sted hvor pasienten heller vil være, kan være trøstende og viktig (J. 453 – 459).

Klinisk eksempel:

*“...I senses that there is a lot going on inside of him, and that he is in touch with difficult and complicated feelings that takes time to process. I offer him a music relaxation and imagination exercise, where I play piano and he the ocean drum, while he closes his eyes and lets his imagination free. I play a peaceful classical piece, Pachelbel’s Canon in C, slowly and soothing. My hope is that this exercise can hold his psychological and physiological sorrow and pain, and maybe, through the use of ocean drum and imagination, give him a rest from the hospital surroundings which he finds so distressful. In the beginning of the exercise Richard plays on the ocean drum. He reports being on a beach. Then he stops playing and talking, and seems to get very relaxed, almost asleep. I keep playing for him. I try to match the music to his breath, and to slow it down, to induce a more relaxed state of being. When music finishes, Richard for a minute doesn’t say anything...”* (utdrag loggnotater, beskrivelse av hele sesjonen finnes i vedlegg nr. 9)

Dette er et eksempel på at musikkvisualisering blir brukt til avspenning, hvor pasienten samtidig visualiserer ut av kroppen og kommer vekk fra den nåværende situasjonen en stund. I starten er pasienten med å spille selv, men slutter og går over til å være utelukkende reseptiv og mottagende – konsentrert om sin egen opplevelse. Han kommer i kontakt med glemte ressurser og etterfølgende blir hans nåværende, litt vanskelig situasjon diskutert i forbindelse med ressursene han har funnet igjen.

Det viktige her, er at pasienten får anledning til å visualisere seg vekk fra nåværende situasjon, og eventuelt finne ressurser som vedkommende kan bruke til å håndtere nåværende situasjon.

## Frigjørende musikkvisualisering

Joanne beskriver denne visualiseringen en frigjørende/befriende<sup>34</sup> rekonstruksjon av muligheter. Det handler om å få kontroll over og å frigjøre seg fra smerte. Det innebærer at pasienten visualiserer at noe forlater kroppen. Dette blir ofte akkompagnert av trommer, toning, høyt tempo, aggressivitet, skriking, å slå og å dytte. Joanne beskriver det således, når brukt i behandling:

*“Where, if someone has to inject a huge needle, and on the other hand the patient is picturing, you know, having control over the needle, and pushing out the anxiety. So, yeah, it’s about releasing aggression.” (J. 668 – 671)*

## Intervensjonen i musikkvisualisering

### Før musikken

Det følgende gjelder for alle de tre beskrevne typene – der hvor det hører spesifikasjoner til, blir dette gjort klart i teksten.

Før terapeuten setter i gang med en musikkvisualisering, er det blitt gjennomført en generell assessment. I tillegg kan det som nevnt være nyttig å vite om pasienten er en visuell type eller ei – det kan man få vite for eksempel ved at pasienten spontant forteller om bilder musikken vekker (i tilfeller der visualisering er en fortsettelse av noe annet, for eksempel musikkavspenning).

#### FRA ANALYSEN: Før musikkintervensjonen

- Finne ut om pasienten er en visuell type
- CAS: Samle kunnskap om smerte

Om musikkvisualiseringen skal brukes i smertelindring, er det viktig å få så mye informasjon om smerten som mulig, og dette kan man få gjennom CAS – Color Analysis Scale (s. 38). Terapeuten samtaler med pasienter, og får beskrivelser om smertens plassering, intensitet, evt. rytme, farge, etc., hvilket er viktige holdepunkter å ha med seg i musikkutformningen.

---

<sup>34</sup> Opprinnelig ord: Releasing

## Underveis

### Starten på musikken

For å klargjøre pasienten til visualiseringen er det foreslått å begynne med at terapeuten spiller på oceandrum, og pasienten har fokus på åndedrettet. Dette blir forstått som å kunne skape kontakt til kroppen, og å gjøre pasienten klar til å gå dypere inn i en personlig prosess, hvilket blir beskrevet å være det mange trenger for å nå det som influerer smerten eller hindrer dem i å slappe av.

Det er også foreslått å bruke ulike typer avspenning, som ikke blir beskrevet nærmere her, fordi de ikke nødvendigvis innebærer en musikalsk intervensjon (ulike typer avspenninger til en visualisering kan i øvrig finnes beskrevet i *Receptive Methods in Music Therapy* (Grocke og Wigram 2007)).

Musikkvisualiseringen kan også, som nevnt, starte "av seg selv" ved at pasienten får en assosiasjon til musikken, og forteller om den. Terapeut og pasient kan så bygge videre på dette i samtale og i musikk.

### Sikkerhetsbøyer i samtalen

Terapeuten kan legge ut "nødutganger"<sup>35</sup> i samtalen. Om for eksempel pasienten befinner seg i sjøen, vil terapeuten sørge for at der er en kai, som pasienten kan ro i land i, hvis det blir nødvendig. Musikken blir ansett for å være trygg, siden den er entrainet til pasienten.

### Minimal musikk

Det blir beskrevet å være bortimot umulig å beskrive hvordan musikken bør eller kan lyde, siden så mye avhenger av situasjonen og visualisering. Det eneste som kommer frem er at musikken er minimal.

### Elementer som informerer musikken

I musikkvisualisering er formålet med musikken å skape en musikalsk ramme hvor visualisering kan utvikle seg. For å gjøre dette, kan de følgende elementer brukes:

#### FRA ANALYSEN: Undervis

- Undersøke bildenes betydning
- Sikkerhetsbøyer i samtalen
- Minimal musikk

<sup>35</sup> Opprinnelig ord: Safety gate

## Pasientens visualiseringer

Det å uttrykke visualiseringen musikalsk, blir forstått som en måte å støtte pasientens visualiseringsprosess. Hovedprinsippet bak å sette musikk til en visualisering, er å forsøke å beskrive pasientens opplevelse med musikk – musikken avhenger av og er et uttrykk av pasientens bilder. Det blir fremhevet, at det ikke finnes noen oppskrift for anvendelsen av ikke-musikalske elementer, i denne prosessen – bildene informerer musikken og musikken forsterker<sup>36</sup> visualiseringen – de inspirerer hverandre.

I situasjoner hvor det er naturlig for terapeut og pasient å snakke underveis, kan det være viktig for det musikalske uttrykket å undersøke hvilken betydning bildene har for pasienten; om bildene er metaforer for noe som skjer eller har skjedd med pasienten for tiden; om det er minner eller noe som blir kreert i øyeblikket (M. 491 – 495) og hvordan pasienten opplever visualiseringen i kroppen. Terapeuten kan spille pasientens assosiasjoner eller metaforer uttrykt i bildene og arketyper representert gjennom bildene. Forbindelsen mellom pasient og bilde – hvor viktig bilde er og hva visualiseringen representerer for pasienten, kan også være en informasjonskilde for terapeutens musisering.

*FRA ANALYSEN: Elementer som informerer musikken*

- Ingen oppskrift
- Pasientens visualiseringer
  - Spenninger
- Pasientens smerte opplevelse
- Nonverbal informasjon
- Terapeutens opplevelse

*“If we breath in blue water, maybe I’ll introduce some new timbre when the water comes...of chimes, lets say...and I’ll instruct them singing, perhaps to feel the cool water. So it’s about a sensory experience with the music. And visual cues.” (J. 507 – 511)*

Musikken kan således bli justert til visualiseringen ettersom den utvikler seg, og konstant være tilpasset pasienten tilstand i øyeblikket.

## Spenninger i visualiseringen

På samme måte som i tilfeller hvor pasienten har mye spenninger<sup>37</sup> i kroppen, kan det at der er mye spenninger i visualiseringen tas høyde for i musikken. Det blir beskrevet at

---

<sup>36</sup> Opprinnelig ord: Enhance

terapeuten kan forsøke å skape et rom i musikken, hvor pasienten kan finne forløsning for denne spenningen i visualiseringsprosessen. Dette kan bli gjort ved å først reflektere pasienten/visualiseringen, og så initiere en annerledes flow i musikken, så pasienten kan få anledning til å bevege seg i retning av å finne oppløsning for spenningen. Det kan ligne litt på entrainingsprinsippet. Det går også an å undersøke visualiseringens betydning for pasienten i løp av visualiseringsprosessen, og på den måte forsøke å finne forløsning for spenningen.

### Pasientens smerteopplevelse

Når pasienten visualiserer inn i kroppen, er beskrivelsen av smerten en del av det som informerer musikken, ved siden av visualiseringen av det lindrende. Som nevnt (s. 46), kan smertens farge, intensitet, styrke, om den er vedvarende, pulserende, gjennomtrengende, være inspirasjon til musikalske parametre, og være en del av å entraine med smerten i musikken, som en del av visualiseringsprosessen.

### Nonverbal informasjon

Når pasienten ikke snakker og derved ikke beskriver visualiseringen underveis, kan terapeuten ta utgangspunkt i nonverbal informasjon fra pasienten. Her kan terapeuten la seg informere av åndedrettet og andre observerbare reaksjoner hos pasienten. Det blir beskrevet at overføringer, motoverføringer og pasientens energi kan bli inkludert og reflektert i musikken, som en del av å utvikle en musikalsk ramme hvor visualiseringen kan utvikle seg (eksempel fra loggbeskrivelsen, s. 66, eller vedlegg nr. 9).

### Terapeutens opplevelse

I musikkutformningen kan terapeuten også la sine egne frie assosiasjoner og de følelser som pasienten og pasientens visualisering vekker hos vedkommende informere musikken.

### Etter musikkintervensjonen

Etter musikkvisualiseringen prioriterer terapeuten stillhet. Hvis pasienten har sovnet, skriver hun en

*FRA ANALYSEN: Etter*

- Samtale, feedback, pust eller søvn

<sup>37</sup> Opprinnelig ord: Tension

liten beskjed, og forlater rommet. I tilfeller hvor pasienten er våken, fokuserer terapeuten på åndedrettet sammen med pasienten igjen. De samtaler også om hvordan pasientens prosess var. Dette er en sjanse for terapeuten å sjekke egne forutanelser og observasjoner i musikken. Hvis terapeuten la merke til at pasientens åndedrett ble dypere og saktere når terapeuten inkluderte et bestemt instrument, kan dette bli et samtaletema som kan føre dem dypere inn i prosessen. Eller, hvis pasienten på et tidspunkt begynte å puste hurtigere<sup>38</sup> i løp av musikken, kan de samtale om hva som skjedde der, hvordan det opplevdes og hva pasienten tenkte på. Det er en sjanse til å overføre observasjoner fra musikkvisualiseringen til ord. Dette utgjør en refleksiv prosess mellom musikk og samtale, som kan ta pasienten dypere inn i prosessen (J. 561 – 563).

Av og til er det terapeuten tror skjer i løpet av musikken, og det pasienten forteller skjedde, svært forskjellige, så dette kan også være en grunn til å utforske prosessen og terapeutens forutanelser/fornemmelser<sup>39</sup>.

### **Oppsummering av ”musikkvisualisering”**

Her blir beskrevet tre former for musikkvisualisering: En hvor pasienten visualiserer inn i kroppen, en hvor pasienten visualiserer seg ut av kroppen til et annet sted og en hvor visualiseringen dreier seg om å visualisere at noe forlater pasientens kropp.

Musikken blir designet ved å uttrykke pasientens visualisering musikalsk. Pasientens fysiske og emosjonelle uttrykk blir også integrert om mulig. Om pasienten gir uttrykk for store spenninger i kroppen eller i visualiseringen, kan musikkterapeuten initiere en annen flow i løp av musikken, for å gi pasienten mulighet til å oppløse spenningen. Terapeuten kan også bruke egne følelser, assosiasjoner og overføringer, som situasjonen vekker til å informere musikken. Musikken blir justert til visualiseringen ettersom den utvikler seg. Det å reflektere pasientens visualiseringer blir ansett for å støtte visualiseringsprosessen.

---

<sup>38</sup> Opprinnelig formulering: Got to the pant

<sup>39</sup> Opprinnelig ord: Critical hunches

Etter visualiseringen blir det gitt plass til stillhet og fokus på åndedrettet. Det blir også ansett for viktig å snakke gjennom prosessen med pasienten etterpå.

## Diskusjon

Dette avsnittet startes med refleksjoner omkring kommunikasjonen mellom musikken og visualiseringsprosessen, da empirien formidler at dette er viktig både for visualiseringsprosessen og utviklingen av musikken. En hypotetisk forståelse av prosessen kan være at det skjer en entrainingsprosessen også i musikkvisualiseringen: Bilder og visualiseringer blir inspirert og tilpasset hverandre – en utviklingsprosess mellom musikk, pasient og pasientens visualisering finner sted. Denne dynamikken blir spesielt tydelig i beskrivelsen av å oppløse spenninger i visualiseringen, ved at terapeuten gir musikken en annen flow. Informanten beskriver det som å 'gi rom til oppløsning av spenning', men hva skjer egentlig i dette rommet? Entraining til musikk som er kontrasterende til pasientens visualisering? Hvis det ikke er to rytmer som kan synkronisere seg til hverandre, kan det da være tale om entrainment? I musikkvisualisering blir det ikke nødvendigvis tatt utgangspunkt i fysiologiske parametre i musikkproduksjonen, men heller metaforer eller symboler fra visualiseringsprosessen. I definisjonene av entrainment, bruker Bruscia ordene *vibration, sounds and music* og Wikipedia bruker ordet *rhythm*, når de beskriver *hva* det er som synkroniserer seg. Informantene bruker hovedsaklig entrainment til å beskrive hvordan rytmen i musikken kan tilpasses rytmer i kroppen – og da som regel åndedrettet. Visualiseringen blir forstått å være en metafor for menneskets situasjon og psykiske forfatning, og at visualiseringen kan ha en betydning for psykisk tilstand. I musikkvisualisering beskriver informantene at både musikk og visualisering har en gjensidig påvirkningskraft på hverandre. Det er som om det skjer en entrainmentsprosess, men på et annet nivå – på et følelsesmessig, psykisk, emosjonelt nivå. På bakgrunn av det foregående, er det vanskelig å argumentere for å anvende entrainingsbegrepet i visualiseringsprosessen, fordi det ikke er fysiske "elementer" musikken blir tilpasset, men psykiske metaforer. Prosessen bør kanskje plasseres i en annen kontekst og forklares på en annen måten enn med prinsippet bak entrainment. Jeg kan dessverre ikke gå dypere inn i dette og diskutere det ytterligere her, fordi det berører et helt annet vitensfelt.

I det følgende vil jeg nevne et motsetningsforhold mellom den anvendte teori, og empirien i forbindelse med smertelindring. Informantene beskriver at det å *møte smerten sammen*

*med noen* blir forstått som å være smertelindrende. Dette står i og for seg i motsetningsforhold til Gate Control Teorien, som indikerer at en oppmerksomhet *vekk* fra smerten hindrer smertesignal i å nå hjernen. Samtidig beskriver informanten det å introdusere et annet fokuspunkt ved å visualisere en lindrende effekt, og dette er mer i tråd med Gate Control Teorien. Det er også mulig at musikken i seg selv kan forstås som et annet fokuspunkt.

Til sist vil jeg fremheve en signifikant forskjeller mellom musikkvisualisering med levende og forhåndsinnspilt musikk. I litteratur om musikkvisualisering (for eksempel Grocke & Wigram 2007) blir det gitt beskrivelser av forhåndsinnspilt musikk som kan være potensielt god å visualisere til, fordi den har visse karaktertrekk. I visualisering med levende musikk, blir visualiseringer og musikk informert av hverandre. Denne undersøkelsen understreker at fokuset her ikke er å lage musikk som er *potensielt god å visualisere til*, men at det i stedet er kommunikasjon og musikalsk tilpasning til pasienten og pasientens visualiseringsprosess, som blir forstått som det å støtte visualiseringsprosessen. Med dette utgangspunktet ser det ut som om det potensielt er to ganske ulike prosesser som kan finne sted, hvilket kan være litt problematisk siden intervensjonene kan bli identifisert med samme navn.

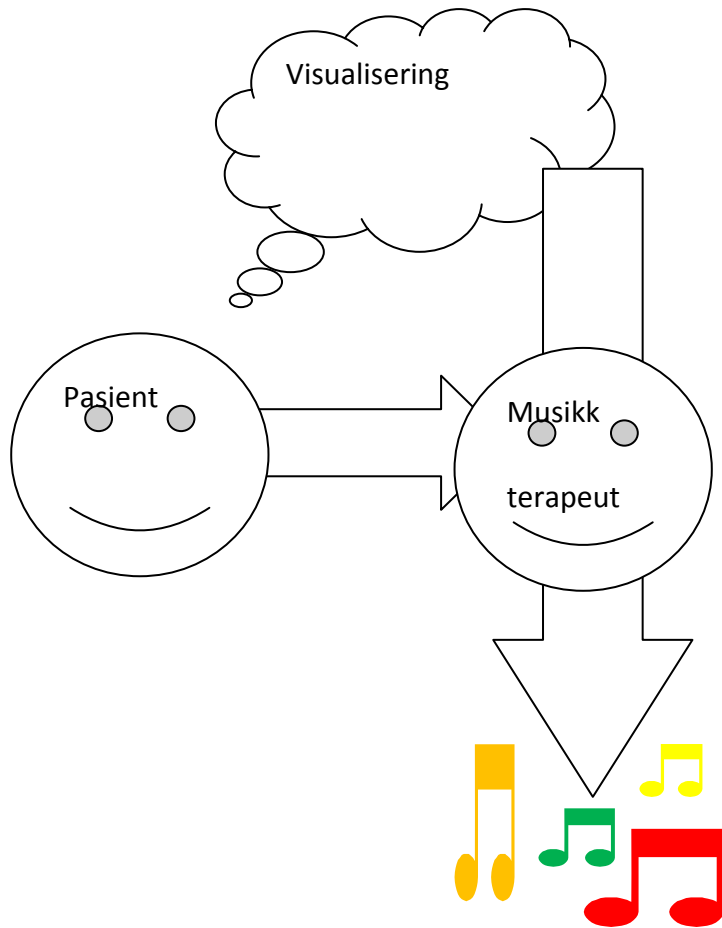
### Kritikk

Også her er det noen sammenhenger som ikke blir tilstrekkelig forklart. Det at å reflektere visualiseringen i musikken støtter visualiseringsprosessen, har kun bakgrunn i klinisk erfaringer, og eventuelle forklaringer ville i denne oppgaven være spekulasjoner.

### Delkonklusjon

I tillegg til felleselementene, er det i musikkvisualisering med levende musikk, visualiseringen som er en viktig informasjonskilde til utformning av musikken. Visualiseringen kan bli speilet, eller kontrastert – alt ettersom formålet med intervensjonen. Terapeuten kan også bruke sin egen opplevelse av visualiseringen, som informasjonskilde i musikkproduksjonen. En grafisk forståelse av prosessen, kan se sånn ut:





## DEL 3: AVSLUTNING

---

I det følgende blir der presentert en oppsummering av analysefunn og en etterfølgende konklusjon. Deretter følger en refleksjon omkring funn i forhold for håndsforståelser, og av oppgavens validitet. Avsnittet blir avsluttet med en refleksjon over og perspektivering av funnene.

### Oppsummering av analysefunn

Empirien gav grunnlag til å først danne en beskrivelse av temaer som er felles for utforming av musikken i musikkavspenning, musikkvisualisering og smertelindring, og deretter en spesifisering for de ulike metoder. Empirien gav ikke grunnlag for å danne en separat beskrivelse av smertelindring, da dette i stedet har en eksemplifiserende funksjon for musikkavspenning og musikkvisualisering.

Det blir tydelig at informantenes generelle syn på signifikansen i anvendelsen av levende musikk i reseptiv musikkterapi er tilknyttet relasjonen som oppstår og den tilpasningsprosessen som kan finne sted. Det oppleves å være tryggere for terapeuten, siden denne har kontrollen over musikken og derved til en viss grad over prosessen. Musikalsk entrainment er en viktig del av informantenes generelle forståelse av både utviklingen av musikken, og forklaring på musikkens innflytelse på pasienten.

I beskrivelsen av fellestrekk, blir det klar at tiden før musikken i hovedsak blir brukt til å samle informasjon om pasienten og pasientens fysiske, psykiske og sosiale situasjon ved hjelp av en assessment. Der skjer også en personlig bevisstgjøring for terapeuten. I musikkavspenning blir det i tillegg vektlagt å observere omgivelsene, og i musikkvisualisering er det viktig å få vite om pasienten er en visuell type.

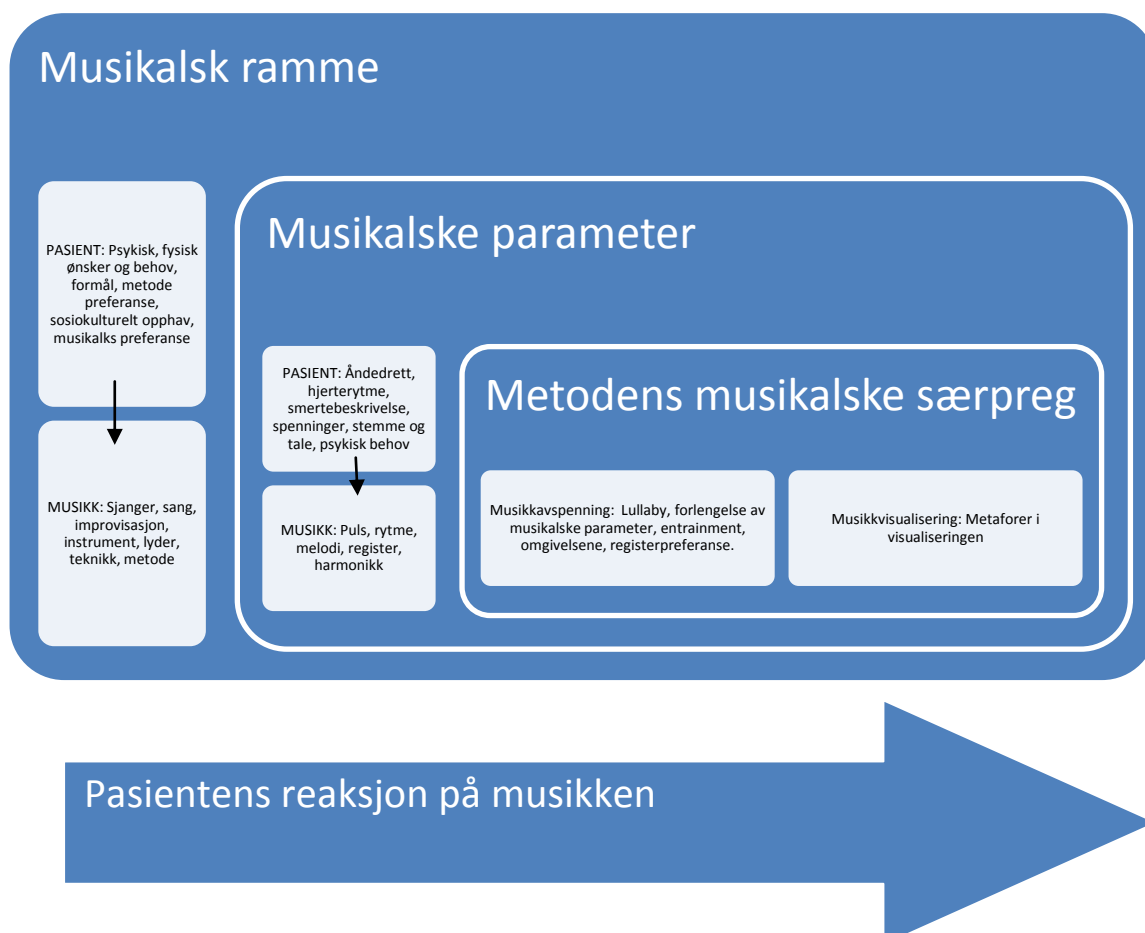
Det blir klart at pasientens fysiske og psykiske behov og tilstand overordnet sett gir terapeuten informasjon om hvilken ramme musikken kan ha, for eksempel sjanger, sang, improvisasjon, teknikk, metode og/eller et spesifikt instrument/lyder. Videre, kan mer spesifikke fysiske og psykiske informasjon og behov fra pasienten bli brukt til å forme musikkens spesifikke parametre; tempo, rytme, melodi, harmonikk, akkorder, register. Pasientens reaksjon til musikken i løp av musikken former den kontinuerlige utviklingen

av musikken. Ved siden av konkrete informasjonen fra pasienten, kan terapeuten inkludere sine egne følelser i musikkutformningen.

Tendensen i musikkavspenning er videre å, med utgangspunkt i fellestrekkene, fokusere på en musikalsk forenklingsprosess, entraine med åndedrettet, ta utgangspunkt i pasientens registerpreferanse, anvende lullaby og tilpasse musikken til omgivelsene.

I tillegg til felleselementene, er det i musikkvisualisering med levende musikk, visualiseringen som er en viktig informasjonskilde til utformning av musikken. Visualiseringen kan bli speilet, eller kontrastert – alt ettersom formålet med intervensjonen. Terapeuten kan også bruke sin egen opplevelse av visualiseringen, som informasjonskilde i musikkproduksjonen.

Etter musikken blir det gitt plass til søvn, stillhet, bearbeidning, feedback og samtale om opplevelsen. Samtale om opplevelsen i musikken forstår informanten som en refleksiv prosess mellom musikk og verbale forståelser, hvilket kan ta pasienten dypere inn i prosessen.



## KONKLUSJON

### Hvordan blir levende musikk utøvd i musikkavspenning, musikkvisualisering og smertelindring i reseptiv musikkterapi?

Spesifisering:

- Hvordan blir tiden før, under og etter musikken beskrevet?
- Hva informerer musikkens utformning?

Underspørsmål vedrørende bruken av levende musikk:

- Hva erfarer informantene å være terapeutisk signifikant tilknyttet at musikken er levende fremført?
- Hvilke fordeler/ulemper erfarer informanten at det er for terapeuten og den kliniske intervensjonen at musikken er levende fremført?

Levende musikk i reseptiv musikkterapi i musikkavspenning, musikkvisualisering og smertelindring, blir utøvd ved at terapeuten lar seg informere av observasjoner som først og fremst er knyttet til ulike aspekt ved pasienten og metoden som blir anvendt.

Observasjonene finner sted både før og under musikkproduksjonen, og informerer vedvarende musikken på ulike nivå. Tiden etter musikken er knyttet til søvn, stillhet og/eller refleksjon omkring musikkopplevelsen, hvilket kan hjelpe pasienten dypere inn i prosessen. Informantene anser den relasjonen som blir skapt og tilpasningsprosessen som kan finne sted, for å være terapeutisk signifikant og forstår det at terapeuten har kontroll over musikken som en fordel ved intervensjonsformen. Det har dessuten blitt klart at prinsippet og fenomenet entrainment er en grunnleggende del av den konkrete intervensjonen og fungerer som en forståelsesmodell for informantene.

De genererte data har kunnet besvare på problemformuleringens hovedspørsmål, på et konkret pragmatisk nivå – hvilket også er det nivået problemformuleringen henvender seg til. Underspørsmålene har blitt berørt i mindre grad, men har gitt litt innsikt i hva informantene erfarer er terapeutisk verdifullt ved å bruke levende musikk i reseptiv musikkterapi, hvilket berører et mer reflekterende, hypotetisk nivå.

Undersøkelsen belyser prosessen som skjer mellom terapeutens møte med pasienten, og den klingende musikk, fra terapeutens perspektiv. Metoden begrenser seg til å videreformidle terapeutens bevisste kunnskap, oppfattelser og terapeutens egen forståelse av egne erfaringer. Undersøkelsen genererer ikke informasjon om hvordan prosessen kan beskrives i et mer objektivt perspektiv.

Ved siden av at undersøkelsen gir konkret informasjon om hvordan musikkterapeuter kan forme musikken selv i reseptiv musikkterapi, genererer den også et overblikk over aktuelle emner innenfor dette området, som kan være aktuelt å undersøke nøyere.

Generaliserende hypoteser kan være orientert om at der skjer en synkroniseringsprosess mellom pasient og musikk/musikkterapeut når musikken blir levende fremført i reseptiv musikkterapi, som kan informere musikken og påvirke pasienten i ønsket retning. Denne hypotesen kan danne grunnlag for en mer spesifikk undersøkelse, med andre metoder.

## DISKUSJON

### Funn i forhold til forhåndsantagelser

Mine forhåndsforståelser blir mer eller mindre bekreftet og utvidet av undersøkelsen. Her kommer også frem informasjon jeg ikke hadde forutsett. Dette er fint i tråd med bruken av åpne og lukkede spørsmål i intervjuet.

Antagelsen om at tiden før musikken blir brukt til informasjonsinnsamling som så senere blir brukt til å utforme musikken, blir bekreftet. Forhåndsforståelsen var dog kretset inn på at en større likevekt mellom observasjoner av pasienten og terapeutens observasjoner omkring sine egne reaksjoner til pasienten (i intervjuguiden er disse antagelser sidestilt), enn empirien gir belegg for å anta. I empirien er observasjonene knyttet til pasienten vektet mye tyngre enn bevissthet omkring terapeutens motoverføring og følelser/reaksjoner til pasienten, og dennes innflytelse på musikken.

I forhold til musikkutformningen blir forhåndsforståelsene om at åndedrett, hjerterytme, fysisk og psykisk tilstand og metodevalg har implikasjoner for musikken bekreftet. Også her utvider og spesifiserer funnene forhåndsforståelsen, ved å eksemplifisere bruken av disse parametre og også inkludere flere parametre. Et uforutsett tema er den utbredte bruken av entrainment. Entrainment viser seg både å være en svært viktig del av hvordan

informantene beskriver den musikalske utviklingsprosessen, og grunnleggende for informantenes forståelse av hvilken påvirkning musikken kan ha på mennesket. Videre, er anvendelsen av spesifikke musikalske elementer til en spesifikk hensikt (affektlære), et nytt element for meg. Det at empirien gav belegg for å forme ett felles grunnlag for utformning av musikken, var også et nytt moment. Det var også et funn at smertelindring ikke hadde flere praktiske teknikker knyttet til seg – og ikke kan betraktes som en metode i seg selv, men en målsetning for de andre metodene.

Mine forhåndsforståelser har påvirket undersøkelsen på den måten at de har vært utgangspunktet for avgrensning av undersøkelsesfelt og utformning av spørsmål, og på den måten hvilken viten som har blitt generert. En klarhet omkring mine forhåndsforståelser har bevisstgjort min behandling av data, ved ikke å la dem uforvarende påvirke analyseprosessen. Dette er også beskrevet i gjennomgangen av analyseprosessen, hvor første lesning blir brukt til å bevisstgjøre meg mine egne reaksjoner til stoffet, for å så i høy grad som mulig unngå uforutsett påvirkning.

### **Metateoretisk konfusjon**

Jeg vil gjerne gjøre oppmerksom på en bevissthet om at det på metateoretisk nivå råder kaotiske tilstander. På et konkret plan har ikke dette så stor betydning – kanskje er det faktisk en fordel at terapeuter bruker metoder og teknikker som passer til intervensjon og målsetning, for å få en intervensjon som er så god som mulig.

Rot i metateorien kan forklares ved at musikkterapien generelt sett er en såpass ung teori og derfor har ikke utviklet en sammenhengende, selvstendig teori med tilhørende metateori ennå – det er derfor nødvendig å låne litt herfra og derfra, hvilket resulterer i et noget broget metateoretisk utgangspunkt. Denne miksen av metoder med ulikt opphav kan gi beskrivelsene et mindre reliabelt preg, fordi forståelsene rett og slett ikke kan funderes i en sammenhengende metateori. På en annen side kan undersøkelsens pragmatiske innhold og formål argumentere for denne form for vitensproduksjonen, hvor målsetningen er knyttet til konkret handling.

### **Refleksjoner omkring verifisering**

Kvale (1997) understreker viktigheten av å ha en vedvarende verifiseringsprosess gjennom hele forskningsprosessen, som fungerer som en kvalitetskontroll av hvert steg i

prosessen. Det følgende er en refleksjon om hvordan dette er blitt inkludert i denne oppgaven og en diskusjon om oppgavens validitet.

*Tematisering* er det første punktet av Kvaless syv punkters verifiseringsprosess (s. 165). Dette innebærer at undersøkelsens gyldighet avhenger av hvor solide studiens teoretiske forutsetninger er, og hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmål er. Det er begrenset hvor godt forankret denne oppgaven er i teori, siden det rett og slett ikke finnes noe særlig med teori som beskjeftiger seg med akkurat dette området. (jf. Teorigjennomgangen, s. 5) – det finnes dog teori som gjør oppmerksom på manglende teoretiske undersøkelser på dette området og oppmuntrer til ytterligere undersøkelser.

Neste punkt er *planlegging*. Gyldigheten av kunnskapen som oppgaven produserer avhenger av undersøkelsesoppleggets kvalitet, og om metoden er tilpasset undersøkelsens emne og formål. Fra et etisk perspektiv bør dessuten et gyldig forskningsdesign produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og minimisere skadelige konsekvenser for involverte. Jeg vurderer dette prosjektet til å ha en noe svak planleggingsmessig plattform, siden jeg ikke har så mye tidligere forskningserfaring. På den annen side er der bevissthet omkring en sammenheng mellom metode og problemformulering/undersøkelsesfelt, og utvikling av en metode som er formålstjenlig – hvilket har vist seg å lykkes. I forhold til et etisk perspektiv, har det vært vektlagt å ikke influere data og forholde seg reflekterende og utspørre til dem.

*Intervjuing*. Validitet i denne sammenhengen har med intervjuenes troverdighet og gjøre, og selve intervjuingens kvalitet. Intervjuingen bør omfatte en grundig utspørring om det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis – i form av en ”på stedet-kontroll” (Kvale 1997). I denne undersøkelsen blir fysisk og relasjonell kontekst vurdert å ha betydning for hvilke data som ble generert. Det at intervjuet foregikk på Skype, hvilket utelater nonverbal kommunikasjon, problematiserte kommunikasjonen litt, og gjorde det av og til vanskelig å følge tanker og fortellinger. Når jeg hører og leser intervjuet i etterkant vurderes det å være en tanke abrupt til tider (selv om dette samtidig kan være en karakteristikk av den verbale samtale). Dette kan ha den konsekvens at temaer ikke blir undersøkt så grundig som ønsket, hvilket har betydning for dybden og bredden i de data som ble generert. Relasjonell kontekst har også betydning for hvor

dybdegående intervjuet blir, siden jeg, i mitt forsøk på å vise respekt og forståelse ikke alltid fulgte opp alle temaer like kritisk og noen ganger, hvilket igjen har betydning for dybden i de data som ble generert. På den andre siden, er det lyktes å gjennomføre "på stedet-kontroll" av viktige emner, hvor deres utsagn og min forståelse blir bekreftet. Den halvstrukturerte formen med både åpne og lukkede spørsmål fungerte stort sett til sitt formål, og resulterte i data som belyser temaer både innenfor og utenfor forhåndsforståelsene.

*Transkribering.* Ved valg av språklig stil stilles det spørsmål om hva som utgjør en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form. Transkribering er en form for fortolkning. I transkripsjonen blir det nesten konsekvent valgt å utelate beskrivelser av nonverbal interaksjon, siden formålet med studiet er å samle inn rasjonelle og nøkterne beskrivelser. Denne formen for beskrivelser gir ikke grunnlag for så mange ulike fortolkninger. For å formidle informantens utsagn, blir det derfor vurdert som unødvendig å inkludere non-verbal kommunikasjon i transkripsjonen. Siden transkripsjonen ble sendt til membercheck har informantene hjulpet med å oppklare uklarheter og ellers godkjent min transkripsjon av intervjuet.

*Analysing* har å gjøre med om spørsmålene som stilles intervjuteksten er gyldige og hvorvidt tolkningene er logiske. Analysen blitt gjort med vekt på å forstå materialet i en retning som er tro mot informantens. Systematisering er dog likevel en måte å forstå og tolke på. Måten materialet har blitt systematisert på har derfor utgangspunkt i undersøkelsesspørsmålene og i temaer som har kommet frem i intervjuet, samt en bevissthet omkring indre koherens i materialet; tekstens logiske sammenheng. I sammenhenger hvor dette ikke er tilfelle – hvor data er flertydige, er det blitt gjort oppmerksom på. Pragmatisk sett åpner disse flertydigheter for flere muligheter.

Det er to elementer som har spesiell betydning for denne analysens reliabilitet og validitet. Det første er å ha oversetting som en del av analyseprosessen, og det andre er å ikke ha membercheck som en del av analysen. Både transkribering, oversetting og analyse er en form for fortolkning av innholdet, og påvirker kunnskapen som blir generert. Siden analysen ikke har blitt godkjent av informantene, har dette betydning for analysens reliabilitet. Det er forsøkt å bøte for dette ved å gjøre en fortløpende verifisering i løp av



intervjuet, hvilket innebærer å stille spørsmålet i ulike varianter gjennom intervjuet og å forsikre meg om at jeg har forstått det informantene mener korrekt i løpet av intervjuet (Kvale 1997, s. 57, 79, 89-90, 95). Det kan også være en forsikring at jeg kjenner emneområdet og informantene relativt godt allerede og har diskutert emnet tidligere med begge to. Jeg har derfor har litt innsikt i deres holdninger og forståelser. Det har også blitt redegjort for prosedyren og ved å "legge alle kortene på bordet" – hvilket Kvale (1997) beskriver kan være et tillegg eller substiutt for memberchecking av materialet. Leseren kan således gå tilbake til transkripsjonen og kontrollere analysens ulike trinn.

I denne sammenhengen, vil jeg diskutere det å inndra eksterne teoretiske kilder i beskrivelsen av emneområdet. Å inndra eksterne teoretiske kilder har blitt gjort med en bevissthet om teoriens relasjon til og påvirkning på datamaterialet. Teorien har blitt valgt med utgangspunkt i data, og fungerer som en forlengelse av empirien, i tilfeller hvor dette vurderes å være nødvendig for forståelsen av data. For eksempel, i tilfeller hvor empirien referer til Gate Control Teorien, entrainment og musikkterapeutiske teknikker, uten å gå dypere inn i disse – har disse blitt beskrevet ytterligere ved hjelp av teoretiske kilder. Det å anvende teori på denne måten, blir beskrevet av Lyons & Coyle (2007), så selv om det er uvanlig å inndra teoretiske kilder på denne måten, finnes det teoretisk belegg for denne formen for analyse.

I denne sammenhengen, vil jeg gjøre oppmerksom på at en del av metodens validitet, er at den er tilpasset undersøkelsesformålet. Siden metoden er en ad hoc metode, er en utvikling av metoden underveis også legitimt. Siden intervjuet avdekket emner, som ikke var forutsett, og derfor ikke inkludert i planleggingsfasen, vurderes det derfor som relevant i besvarelsen av problemformuleringen å tilpasse metoden, til å kunne besvare problemformuleringen best mulig. Det har også hele tiden fremgått klart i teksten når ekstern teori blir anvendt, så disse blir på denne måten ikke ufarværende blandet sammen med empirien. Samtidig kan det være kritikkverdig å anvende ekstern teori såpass overfladisk som det har blitt gjort her. Eksempelvis fins det mer litteratur om entrainment enn jeg har hatt anledning til å sette meg inn i – hvilket begrenser mine refleksjoners aktualitet omkring dette emnet.

I forbindelse med validering av analysen, nevner Kvale (1997) at det er mulig å ha flere til å analysere materialet og å ha en vedvarende diskusjon omkring forståelsen av materialet – triangulering. Det vanligste er dog, i følge Kvale, at det er en forsker som gjør analysen alene (s. 136). I forbindelse med dette, kan man spørre om hva en sannhet er, og når noe kan betraktes som sant. Er sannhet noe som finnes eller skapes? I et postmoderne perspektiv er formålet ikke å finne *en sannhet* og fastlagte meninger, men å vektlegge deskriptive nyanser, forskjeller og paradokser (Kvale, s. 155). Intervjuet blir ansett for å være en sosial produksjon av meninger gjennom språklig interaksjon, hvor intervjueren er med produsent og medforfatter av den endelige intervjuteksten. Samtidig kan man spørre seg om hvilken rett forskeren har til å tillegge andres uttalelser en mening, hvilket synes å være uunngåelig. Det er muligvis derfor det blir ansett som så viktig å ha en kommunikasjon med informantene i løp av prosessen, i tilfeller hvor dette er mulig. Dette blir diskutert nærmere, i drøftingen av kommunikativ validitet.

*Validering* handler om å reflektere over hvilke valideringsformer som har relevans for studien, gjennomføring av konkrete valideringsprosedyrer og avgjøre hvilket forum som er egnet til en dialog om resultatenes gyldighet. I kapitlet "Validitet som sosial konstruksjon" beskriver Kvale (1997) ulike former for validitet: validitet som håndterverksmessig kvalitet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet. Validitet som håndterverksmessig kvalitet er allerede reflektert over omkring intervjuet og planleggingen og gjennomførelsen av studiet. Håndterverksmessig validitet inkluderer også at funnene kontinuerlig sjekkes, utspørres og tolkes teoretisk. I denne oppgaven, har det i beskrivelsene av undersøkelsesfeltet hele tiden foregått en vedvarende informasjonsutveksling mellom transkripsjon, analyse, teori og utformning av de endelige beskrivelser – prosessen vurderes derfor å være vedvarende kritisk til materialet, og alltid stilt spørsmål om hva et tema egentlig betyr, om det er riktig forstått, om det logisk sett gir mening, hvilken betydning samtalekonteksten har for et forståelsen av et spesifikt tema og hvorvidt det kan belyses klarere gjennom å anvende eksisterende teori.

Videre, beskriver Kvale hvordan man kan bruke dialog som validering, gjennom kommunikativ validitet; hvilket ble nevnt ovenfor. Dette innebærer en triangulering mellom flere parter, hvor materialet blir diskutert av flere, og på den måten blir forståelsen av materialet validert. Sannheten (om den finnes) utvikles gjennom en

kommunikativ prosess. I denne undersøkelsen kunne det høyne validiteten av undersøkelsen om der i høyere grad hadde vært en kontinuerlig kommunikasjon/meningsytring mellom meg og informantene, hvor dypere og mer spesifikke beskrivelser av noen emner kunne fremstilles. En større kommunikasjon kunne presisert funnene og bidratt til en dypere og grundigere beskrivelse. Samtidig er dette prosjektet begrenset, og for å gjennomføre dette ville det vært nødvendig med mer tid og flere ressurser.

*Pragmatisk validitet* handler om hvorvidt resultatet av prosjektet kan brukes i det virkelige livet – hvorvidt det kan forandre folks adferdsmønstre. Den pragmatiske validiteten har spesiell relevans i denne sammenhengen, siden prosjektet nettopp retter seg mot den praktiske gjennomførelsen av musikkterapeutiske metoder. Dette prosjektets pragmatiske validitet kommer simpelthen an på om informasjonen som blir produsert her kan brukes av andre musikkterapeuter i etterkant, og er derfor vanskelig å vurdere nå.

Oppsummerende blir det klart at her er noen mangler ved dette prosjektet, som har betydning for empiriens reliabilitet og analysens validitet. Samtidig er prosessen forsøkt validert så godt som mulig, ved å klargjøre mitt eget utgangspunkt, gjøre ”på stedet-kontroll” i intervjuet, anvende membercheck av transkripsjonen, redegjøre for prosedyren, forholde meg kritisk til utvikling og systematisering av temaer og beskrivelse, overveie indre koherens i materialet og reflektere over prosjektets kommunikative og pragmatiske validitet.

### **Reflektering og perspektivering over funn**

I presentasjonen av funnene, befinner det hele seg på et konkret nivå. I den følgende refleksjonsprosessen, vil de genererte funn være utgangspunkt til refleksjoner på et mer teoretisk og filosofisk nivå.

#### **Å møte mennesket på ulike nivå: Fysisk, psykisk, relasjonelt, eksistensielt**

I innledningen beskrev jeg behovet for møte innlagte pasienter på både et kroppslig, psykisk og eksistensielt nivå. I oppsummeringen av musikkavspenning, ble det argumentert for hvordan musikken hypotetisk kan gi avspenning på ulike nivå i mennesket, og i oppsummeringen av musikkvisualiseringen, ble det diskutert hvorvidt

entrainment kan finne sted på et metaforisk-psykologisk nivå. Det følgende er en oppsummering og utfolding av disse synspunkter. Det vil bli argumentert for hvordan denne formen for musikkterapi potensielt kan nå og ha innflytelse på fysiske, psykiske, relasjonelle og eksistensielle nivå i mennesket.

Å møte mennesket på et fysisk nivå ved hjelp av musikken, blir her beskrevet ved å bruke ulike toners vibrasjoner til å påvirke spesifikke steder i kroppen og i anvendelsen av entrainment, som hovedsakelig fokuserer på å endre fysiske parametre ved pasienten. Det har også blitt diskutert hvorvidt musikalsk entrainment kan anvendes på et psykologisk nivå, ved å støtte og påvirke visualiseringsprosessen i musikken – dette har dog blitt stående som et åpent spørsmål. Kroppslig forløsning kan dessuten ha emosjonell forløsning som bieffekt – og omvendt. I forhold til å nå det psykiske/emosjonelle nivå direkte, blir musikken beskrevet til å kunne gi pasienter støtte, næring og trøst. Her blir det fremhevet hvordan en spesifikk sang kan bøte for savn, at lullaby kan brukes for pasienter som føler seg ensom og forlatt, eller at maj akkorder kan brukes til trøst. Videre, har det blitt reflektert over hvilken rolle det at det blir skapt en *relasjon* kan ha. Informantene opplever for eksempel at det at pasienten møter smerten sammen med noen, hjelper pasienten, uten at det blir forklart nærmere. En formodning kan være at det relasjonelle fører til det eksistensielle, siden ensomhet er et av eksistensialismens grunnvilkår. Det at det oppstår en relasjon i musikken kan på denne måten forstås som at et eksistensielt behov blir berørt i intervensjonen. Det skal også nevnes at *valg* er et annet av eksistensialismen grunnvilkår, som også er fremtredende i metoden – ved at musikken blir tilpasset pasientens uttalte ønsker og behov. Det har også tidligere blitt nevnt at musikkens muligvis kan nå et eksistensielt opplevelsensnivå, men dette uttaler ikke informantene seg om, og kan derfor kun betraktes som en informert refleksjon og understrekning fra min side.

Oppsummerende har her blitt reflektert hvordan musikken potensielt kan nå fysisk, psykisk, relasjonelt og eksistensielt nivå i mennesket.

### **Entrainment**

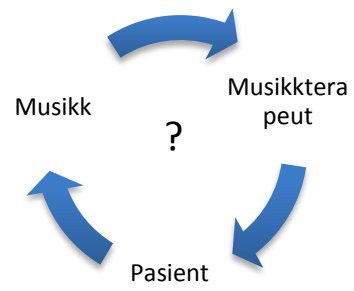
Det kan det virke som om det å entraine er den levende musikkens musikalske svar på beroligende og smertestillende medisin, i denne konteksten. I musikkavspenning blir

entrainment brukt ved musikken blir entrainet til pasientens åndedrett, for å få et roligere åndedrett og derved en avspent tilstand i pasienten. Det å få en avspent tilstand blir dessuten ansett som smertelindrende. I forhold til arbeid med smerte, kan musikken også bli entrainet til beskrivelser av smerten, men det har i denne oppgaven ikke blitt klart hvordan det å entraine med for eksempel smertens pulserende rytme i musikken kan ha noen direkte effekt på smerten, med mindre man tar høyde for den mulige relasjonelle betydning.

Jeg syns i øvrig det er et skille mellom når pasienten er aktivt involvert med å endre åndedrettet, og når vedkommende ikke er det. Når pasienten er aktivt involvert med langsomme åndedrett, skjer der jo en viljebestemt endring i pasientens kropp. Når pasienten *ikke* er aktivt involvert, men begynner å puste langsommere og roligere i løp av musikken likevel, syns jeg det er mer relevant å snakke om entrainment med musikken. Men, det kan jo selvfølgelig være en kombinasjon; at entrainmentprinsippet også kan være en *støtte* til pasientens egen handling. Bruscia nevner dessuten i definisjonen at entrainment kan rettes mot både automatiske og viljestyrte responser i kroppen.

Det ville vært utrolig spennende å undersøke entrainmentfenomenet nøyere i forbindelse med musikkterapi. Hva er det egentlig som skjer med pasient, musikk og musikkterapeut i møtet mellom menneske og levende reseptive musikk i et entrainmentperspektiv? Skjer der faktisk en synkronisering? Er en av partene mer tilbøyelig til å bli influert? Hvilken makt har terapeuten over prosessen, når terapeuten selv former musikken? Hvordan kan musikalsk entrainment forstås i forhold til psykologiske/emosjonelle prosesser? Hva er forskjellen på å entraine med levende musikk og forhåndsinnspilt musikk?

En relevant metode kan for eksempel være observasjon og videoanalyse på mikronivå. Dette kan bidra med en dypere og mer objektiv forståelse av prosessen som skjer mellom musikk, musikkterapeut og pasient i reseptiv musikkterapi når musikken er levende fremført.



**Figur 4:** Hva skjer med de ulike parter i et entrainmentperspektiv når musikken er levende fremført?

## LITTERATURLISTE

- Aasgaard, Tryge (red.) (2006), *Musikk og helse*, ©J.W. Cappelens Forlag as, Oslo
- Bailey, Lucanne Magill (1983) *The Effects of Live Music versus Tape-Recorded Music on Hospitalized Cancer Patients*. Music Therapy vol 3, nb 1.
- Bonde, Pedersen og Wigram (2001), *Musikterapi: Når ord ikke slår til*, 1. utg, © Klim Forlag og forfatterne
- Bruscia, Kenneth E, (1987) *Improvisationsal Models of Music Therapy*, © Charles C Thomas Publisher
- Bruscia, Kenneth E, (1998) *Defining Music Therapy*, 2<sup>nd</sup> edition, ©Barcelona Publishers
- Engelsk-Dansk Ordlister, (1997) Gyldendals Røde Ordbøker, 12. utg., 5. Opplag, © Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, Copenhagen
- Gads Psykologleksikon, 1. Utgave, (2004) ©Forfatterene og G.E.C. Gads Forlag, København
- Grocke og Wigram, (2007) *Receptive Methods in Music Therapy*, Jessica Kinglsey Publishers, ©Forfatterne
- Kvale, Steinar, (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*, ©Gyldendal Norsk Forlag A/S, Oslo
- Kruse, Jenny (2003) *Music Therapy in United States Cancer Settings: Recent Trends in Practice*. Perspective, vol 21, iss 2.
- Lyons &Coyle (2007) *Analysing Qualitative Data in Psychology*, © SAGE Publications
- Malone, April Batson (1996) *The Effects of Live Music on the Distress of Pediatric Patients Receiving Intravenous Starts, Venipunctures, Injections, and Hell Sticks*. JMT vol 33, nb1, spring
- O'Callaghan, Clare C. (1997) *Therapeutic Opportunities Associated with the Music When Using Song Writing in Palliative Care*. Perspectives, 1997 vol. 15, is. 1.
- O'Callaghan, Clare C. (1996) *Lyrical Themes in Songs*. Journal of Music Therapy, 1996, vol 33, nb 2, pg 74-92.
- Oxford Advances Learners Dictionary, Sixth edition 2000, ©Oxford University Press
- Schneider, S. (2005) *Environmental Music Therapy, Life, Death and the ICU*, i Dileo, C and Loewy, J (red.), *Music Therapy at the End of Life*, s. 219 – 225. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books
- Stewart, K., & Schneider, S. (2000). *The effects of music therapy on the sound environment in the NICU: A pilot study*, i Loewy (red.), *Music therapy in the neonatal intensive care unit*. New York: Satchnote Press.
- Strauser, Jill M. (1997), *The Effects of Music Versus Silence on Measures of State Anxiety, Perceived Relaxation and Physiological Responses of Patients Receiving Chiropractic Interventions*. JMT vol 34, nb 2.

# Vedlegg

---

1. Avisartikkelen *Hjelp til hele meg*
2. Samtykke fra informantene
3. Intervjuguiden
4. Transkripsjon av intervju & Analyse steg 1 b og c
5. Analyse steg 1 a: Mine reaksjoner til intervjuene
6. Analysesteg 4: Samkjøringen av analysen
  7. Henvisningsskjema
  8. Assessmentskjema
  9. Min loggbeskrivelse



## DEBATT 5

**KAMP MOT KREFT.** En kreftdiagnose er et sjokk, og mange kommer ut i kriser. Den fysiske behandlingen er det ikke noe å si på, men hva med resten av meg?

# Hjelp til hele meg

## Debatt

**RUNA HELMERSEN**  
Avspenningspedagog



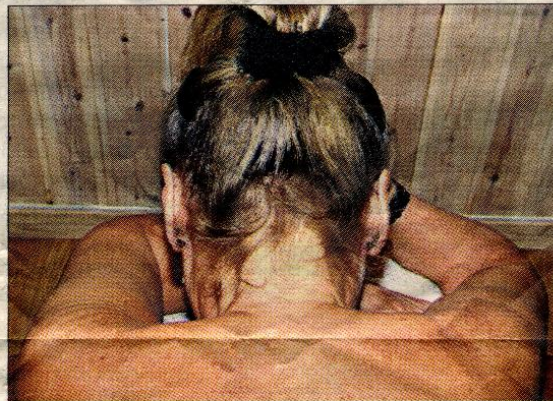
**Ta vare på hele mennesket.** Jeg har lest Anbjørg Sætre Håtuns kronikk 29. september om hennes kamp mot brystkreft, og er glad for at flere gir sitt personlige bidrag i denne saken, for jeg vet av egen erfaring hvor viktig det er.

Det jeg ikke er glad for å lese om, er hvor stor mangel det tydeligvis fortsatt er innenfor helsevesenet når det gjelder å ha en plan for hvordan man tar vare på mennesker både fysisk og psykisk når noen rammes av kreft. Det bør være kjent for de fleste i dag at en kreftdiagnose er et sjokk, og mange kommer ut i store kriser.

Selv fikk jeg lymfekreft for 19 år siden, og ble behandlet ved Radiumhospitalet. Den fysiske behandlingen var det ingenting å si på, men hva med resten av meg? Jeg gjenkjenner alle Håtuns beskrivelser av et enormt indre stress, usikkerhet og fortvilelse.

**Miste kontrollen.** Det er vanskelig å føle at man ikke kan gjøre noe selv, at man ikke har en påvirkningskraft over sykdommen. Håtun kaller det å miste kontrollen. Hun sier dette er legenes og onkologenes kamp, noe jeg ikke er enig i. Vi kan faktisk bidra med mye selv også, men ingen av oss vet selvfølgelig om vi faktisk kommer til å dø av kreften. Og her ligger tapet av kontrollen: Vi har oppdaget at døden er virkelig og at vi ikke selv kan bestemme når vi skal dø. Det er mye vi kan gjenvinne kontroll over i livet selv om vi får kreft. Men jeg savner en større åpenhet om døden i dagens helsevesen og også blant folk flest.

Vi overlater den til sykehus og lukkede rom, prester og kanskje noen psykoterapeuter. Men vi skal alle møte døden en dag, og min erfaring ble at da jeg ble venn med tanken om at jeg skulle dø, så ble livet bedre å leve.



**Har vi snart forstått at et alvorlig sykt menneske trenger hjelp til hele seg, ikke bare til kroppen? spør Runa Helmersen.**

ILLUSTRASJONSFOTO: SCANPIX

**Lysten til å leve.** Jeg anerkjente døden, men ikke nødvendigvis at den skulle komme snart. Men om den gjorde det, så måtte jeg faktisk akseptere det også. Fra da av opplevde jeg paradoksalt nok at helbredelsesprosessen startet for alvor. Jeg tror rett og slett at jeg begynte å bruke energien min på lysten til å leve i stedet for på angsten for døden.

Derfor skulle jeg ønske at de lukkede rom ble åpnet! Jeg forstår og respekterer at ikke alle ønsker å gå inn dit, men jeg tror mange ville ha glede av å bli kjent med sitt «lukkede rom» hvis de bare ble oppmuntret til å ta skrittet inn. De står jo bokstavelig på terskelen allikevel!

Det eksisterer en misforstått hjelpsomhet mange steder i helsevesenet: «Gå hjem og hyg deg og lev som før, overlatt dette til oss!» En meningsløs setning når livet er snudd opp ned.

I dag vet vi fra psykologisk forskning at tanker og følelser henger tett sammen. Følelsene har igjen et kroppslig uttrykk, de «bor» i kroppen og påvirker derfor kroppen også.

**Ikke mulig bare å tenke positivt.** Bare å tenke positivt tror jeg ikke er mulig i en situasjon som kreftsyk. Det ville være å fortrengte tunge følelser, noe som igjen vil på-

virke kroppen. Mange psykologer og kroppsterapeuter kan jo mye om mestring av vanskelige følelser, tap av kontroll, om den tette forbindelsen mellom kroppen og psyken – kunne vi ikke få en opplæring av dem i hvordan man kan påvirke kroppen positivt? (Bare tenk på all den nye viten vi får f.eks. innen psykosomatisk forskning.)

**Komplementær behandling.** For noen år siden lanserte lege Stig Bruseth ideen om «grønne lunger» på sykehusene. Her skulle det tilbys komplementær behandling, slik som akupunktur, urtebehandling, aromaterapi, osv. I disse grønne lungene ville jeg gjerne også sett psykoterapi, maletterapi, kropps-/bevegelsesterapi osv.

Om slik behandling ikke direkte kan påvises å være helbredende på kreftsykdommen, er den i hvert fall helbredende på mennesket som har kreften. Hvordan er det med menneskesynet innenfor medisinen i dag; har man forlatt Descartes' gamle oppdeling av kropp og psyke, eller har man ikke...?

Er «grønne lunger» en drøm, eller har vi snart forstått at et alvorlig sykt menneske trenger hjelp til hele seg, ikke bare til kroppen?



## Vedlegg 2:

## Samtykke fra informantene

Fra Joanne Loewy:

The screenshot shows a Gmail interface with the following content:

**interview** Inbox | X

☆ **Kaja Elise Enge** to Ronit, Joanne [show details](#) 10/15/07 [Reply](#)

Hello Ronit, Joanne and Marcela! Hope you are all doing fine. Here everything is great! The reason I'm writing you now is that I really want to interview you for my thesis. I will write about music therapy methods, and more specifically how to use live music in music relaxation, music imagination and pain management. The reason why I ask the three of you, is that I have or observed you doing this or/and heard you talking about this area (if you think someone else is more appropriate, please tell me). In scandinavia it's not very common to use live music in these instanses, recorded music is the common thing to use. Actually, there has just come a new book about receptive methods in music therapy, and there is hardly anything about how to use live music - just recorded! (lucky me....) Personally I fell in love with this method in NY, and really want to know more about it, and try to systematize the existing knowledge about this area. It's also a part of bringing what I learned in NY to dk. There is, as mentioned, not much knowledge about this method around here, and I think it's very important to give further this knowledge.

The interview will probably take not more than two hours, and I will do it on Skype (!). My supervisor has convinced me to include how to use Skype as a part of my reasearch method in the theses. In these international days I think it's a reather good idea, and it's really also the only way I can interview you! So, the question is: Do you want to?, and just as crucial: Do you know how to use Skype??:) If not I can send you directions how to do it. Next to the interviews you will probably have to read through two memberchecks too.

Well, hope to hear from you soon! All the best to all of you, and say hello to everyone!  
Kaja

[Reply](#) [Reply to all](#) [Forward](#)

☆ **Joanne Loewy** to Ronit, me [show details](#) 10/15/07 [Reply](#)

I am willing but I do not know what skype is...is it instant messgaing?

Joanne V. Loewy DA, MT-BC, LCAT  
Director  
The Louis Armstrong Center for Music & Medicine  
Beth Israel Medical Center, 6 Silver 21  
First Avenue at 16th St.

## Fra Marcela Lichtenstein:

lit View History Bookmarks Window Help

Gmail - Interview! - kajaalise@gmail.com

http://mail.google.com/mail/?zx=1o2do3b5rzd20&shva=1#search/interview/115d6be2ec28ce2c RSS Google

onyary Apple .Mac News (913) Music Therapy Apple (107) Musicos Noruega Email Compra & Venta Berkle

**Interview!** Inbox X

☆ Kaja Elise Enge to MLichten [show details](#) 10/25/07 [Reply](#)

Hello Marcela! Some time ago I sent an email Ronit and Joanne and you, where I asked you to let me interview you for my theses - and now I realised that of some reason the mail wasn't sent to you! I was wondering why I didn't get an answer, and now I know why...Well, anyway! This is the case: I am writing about music therapy methods, and more specifically how to use live music in music relaxation, music imagination and pain management. The reason why I ask the three of you, is that I have observed you doing this or/and heard you talking about this area. In scandinavia it's not very common to use live music in these instanses, recorded music is the common thing to use. Actually, there has just come a new book about receptive methods in music therapy, and there is hardly anything about how to use live music - just recorded! (lucky me...:) Personally I fell in love with this method in NY, and really want to know more about it, and try to systematize the existing knowledge about this area. It's also a part of bringing what I learned in NY to dk. I think it's very important to give further this knowledge.

The interview will probably take not more than two hours, and I will do it on Skype (!). My supervisor has convinced me to include how to use Skype as a part of my reasearch method in the theses. In these international days I think it's a reather good idea, and it's really also the only way I can interview you! So, the question is: Do you want to?, and just as crucial: Do you know how to use Skype??:) If not I can send you directions how to do it. Next to the interviews you will probably have to read through two memberchecks too. I'm hoping to do the interviews in week 44, which is next week, but since you got this mail so late we can also do it later, in case you are already fully booked!

Well, hope to hear from you soon! All the best!

Kaja

[Reply](#) [Forward](#)

---

☆ Marcela Lichtensztejn to me [show details](#) 10/25/07 [Reply](#)

Hey Kaja,

Nice to hear from you!  
I'd love to do the interview. What a great idea!  
There are a few challenges.... In my computer at BI I don't have a video camera, nor a microphone.  
I do at home, however I'm moving next week, then it's not a great timing. Can we do it sometime in November?

Good luck with the project!  
Best,  
Marcela

>>> "Kaja Elise Enge" <kajaalise@gmail.com> 10/25/2007 6:38 AM >>>  
- Show quoted text -

## Vedlegg 3

## Intervjuguiden

Research questions	Interview questions
	Describe your patient group
<b>MUSIC RELAXATION</b>	
	(Open question) Tell a little about what music relaxation is, and how you use it in your work.
Before the music	
What happens before the music relaxation starts?  Preconception:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observe/gather information about the patient</li> <li>- Notice own reactions to the patient</li> <li>- Gather knowledge about the patient that the music therapist can use in the music relaxation.</li> </ul>	(Open question) Describe the periode before you start playing.  (Closed questions) Describe concretely what you do before the music relaxation  Is there anything in particular you try to notice with the patient?  Is there anything in particular you try to notice with your self?
During the music	
What influences how the music therapist shapes the music during a music relaxation?  Preconceptions:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiological condition, i.e. heart rhythm, breathe, pain</li> <li>- Psychological condition, i.e. fear, anxiety,</li> <li>- Goal with the music-intervention, i.e. relaxation, sleep.</li> <li>- Transferences</li> <li>- Intuition</li> <li>- Previous observations.</li> </ul>	(Open question) Tell me about the music, and how it gets its shape in music relaxation.  (Closed questions) Tell me about how the patient may influence the music in music relaxation.  Tell me a about how earlier observations can contribute in shaping the music.  Tell me about your own reactions and how these may contribute in shaping the music.  <i>Give clinical examples</i>
After the music	
What happens after the music is finished?	(Open questions) Describe the period when you have finished playing the music.

<p>Which significance does it have that the music is performed live?</p>	<p>(Open questions)</p> <p>Tell a little about the therapeutic benefits connected to that the music is performed live.</p> <p>(Closed questions)</p> <p>In your experience, describe what kind of feedback have you received from the patients that is particularly connected to that the music is performed live.</p> <p>In your experience, describe the advantages and/or disadvantages, for the therapist and the clinical intervention, of using live music.</p>
<b>MUSIC VIZUALISATION</b>	
Before the music	
<p>What happens before the music visualization starts?</p> <p>Preconceptions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observe/gather information about the patient</li> <li>- Find a starting point for the visualization</li> <li>- Notice own reactions to the patient</li> <li>- All together: Collect knowledge that the music therapist can use during the music visualization.</li> </ul>	<p>(Open question)</p> <p>Describe the periode before you start playing.</p> <p>(Closed questions)</p> <p>Describe concretely what you do before the music imagination</p> <p>Is there anything in particular you try to notice with the patient?</p> <p>Is there anything in particular you try to notice with your self?</p>
During the music	
<p>What influences how the music therapist shapes the music during a music relaxation?</p> <p>Preconceptions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The patients visualization</li> <li>- Physiological condition, i.e. heart rhythm, breathe, pain</li> <li>- Psychological condition, i.e. fear, anxiety,</li> <li>- Goal with the music-intervention, i.e. relaxation, sleep.</li> <li>- Transferences</li> <li>- Intuition</li> <li>- Previous observations.</li> </ul>	<p>(Open question)</p> <p>Tell me about the music, and how it gets its shape in music imagination.</p> <p>(Closed questions)</p> <p>Tell me about how the patient may influence the music in music imagination.</p> <p>Tell me a about how earlier observations can contribute in shaping the music.</p> <p>Tell me about your own reactions and how these may contribute in shaping the music.</p> <p><i>Give clinical examples!</i></p>
After the music	
<p>What happens after the music is finished?</p>	<p>(Open questions)</p> <p>Describe the period when you have finished playing the music.</p>

<p>Which significance does it have that the music is performed live?</p>	<p>(Open questions)</p> <p>Tell a little about the therapeutic benefits connected to that the music is performed live.</p> <p>(Closed questions)</p> <p>In your experience, describe what kind of feedback have you received from the patients that is particularly connected to that the music is performed live.</p> <p>In your experience, describe the advantages and/or disadvantages, for the therapist and the clinical intervention, of using live music.</p>
<b>PAINREDUCTION</b>	
Before the music	
<p>What happens before the music intervention starts?</p> <p>Preconceptions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observe/gather information about the patient</li> <li>- Find a starting point for the music intervention</li> <li>- Notice own reaction to the patient</li> <li>- All together: Gather knowledge the music therapist can use in the intervention.</li> </ul>	<p>(Open question)</p> <p>Describe the period before you start playing.</p> <p>(Closed questions)</p> <p>Describe concretely what you do before the music starts.</p> <p>Is there anything in particular you try to notice with the patient?</p> <p>Is there anything in particular you try to notice with your self?</p>
During the music	
<p>What influences how the music therapist shapes the music in pain reduction?</p> <p>Preconceptions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiological condition, i.e. heart rhythm, breathe, pain</li> <li>- Psychological condition, i.e. fear, anxiety,</li> <li>- Goal with the music-intervention, i.e. relaxation, sleep.</li> <li>- Transferences</li> <li>- Intuition</li> <li>- Previous observations.</li> </ul>	<p>(Open question)</p> <p>Tell me about the music, and how it gets its shape when you work with pain reduction.</p> <p>(Closed questions)</p> <p>Tell me about how the patient may influence the music when you work with pain reduction.</p> <p>Tell me a about how earlier observations may contribute in shaping the music.</p> <p>Tell me about your own reactions and how these may contribute in shaping the music.</p> <p><i>Give clinical examples!</i></p>
After the music	
<p>What happens after the music is finished?</p>	<p>(Open questions)</p> <p>Describe the period when you have finished playing the music.</p>
<p>Which significance does it have that the music is performed live?</p>	<p>(Open questions)</p> <p>Tell a little about the therapeutic benefits connected to that the music is performed live.</p> <p>(Closed questions)</p> <p>In your experience, describe what kind of feedback have you received from the patients that is particularly connected to that the</p>

	music is performed live.
--	--------------------------



## Vedlegg 4

- Transkripsjon av intervju
- Analyse steg 1 b og c: Notater og utforming av tema

## JOANNE

## Notater og spørsmål til teksten:

Om smerte og assessment. Assessment er veldig viktig, fordi mennesker håndterer smerte forskjellig, og på en bestemt måte.

Smerte kan være ett traume, og assessment gir forståelse for hvordan noen takler traume.

Reaksjonssystemet er avgjørende for hvordan noen takler smerte eller om smerten blir en retraumatisering

1 I: What I want to interview about is music visualization, music  
2 relaxation and how you work with pain. And, mainly I want to look  
3 at how you shape the music; how the music gets its shape. And also  
4 generally how the techniques are performed. And of course also  
5 they can be mixed, but I have separated them anyway, so if it gets a  
6 bit mixed up [in the conversation] it doesn't matter.

7 J. Right. Okay. I just spoke about this actually, at Yale School of  
8 Medicine, so it's pretty in the forefront of my mind...

9 I: Great!

10 J. I think the most important thing is of course the assessment.  
11 Because I think that everybody handles the way they deal with the  
12 pain in a different way. So that I think that people have  
13 been...especially by the time you're ten years old, you're kind of  
14 hard wired to deal with unpleasant stimulus in a very particular  
15 way. So I think that an assessment will leave you to understand how  
16 someone copes with trauma; which is what pain can be. One side of  
17 the coin there is denial and at the other side of the spectrum is over  
18 traumatization, which tend to happen to people who have been  
19 traumatized, I believe, in their early years, and never had a chance  
20 to work it through. So, the littlest bit pain will be, the hugest  
21 trauma for them, because it just ripples back into the whole system  
22 of response that they never worked out. So, believe it or not, that's  
23 what I've seen and grown to believe. And it was really emphasized  
24 during 9.11. I mean people that had the worst injuries and/or most  
25 traumatic lost either were able to recuperate slow and steadily, or  
26 retraumatized. And it didn't matter how severe the trauma was for  
27 how severe the reaction was. What I was able to see is that the  
28 people that had lots of pain and trauma in their past were not able  
29 to get through with it easy. And the people that had really strong  
30 defenses and coping patterns.

31 I. Okay.

32 J: So, I am kind of mixing up the terms pain and trauma. I'm not  
33 sure about when you're asking me about music visualization and  
34 pain. Are you talking about specific diagnosis, or are you talking  
35 about, I mean, hospitalized patients?

10. Assessment: Innsikt i pasientens reaksjonssystem (system of response) vedrørende smertehåndtering og/eller traumer.

16. Smerte kan være ett traume og en retraumatisering.

21. Pasienters opplevelser av smerte kommer an på tidligere opplevelser med smerte.

39. Assessment: Pasientens tidligere erfaringer med smerte og sykehus.

36 I: Yes was thinking about the hospitalized patients, and how you  
37 work with them, with their physical pain, and how you work to  
38 reduce it.

39 J: Right, so there again, it really depends on their past relationship  
40 with pain - have they been hospitalized again and again... That's  
41 number one, number two is what's their BELIEF about their  
42 decease? Do they believe that their gonna die in four months, or do  
43 they believe that their gonna be...you know...get over this illness. Is  
44 it chronic or terminal illness? And that will help us reassess what to  
45 do with them musically. That's an important part of the  
46 assessment.

47 I: Maybe we should start with MR, then. And then just talk through  
48 MR and MV, and then take the pain at the end. So that the terms  
49 are clear.

50 J: Okay.

51 I: Okay, so...When you work with MR, what happens before you  
52 start playing, and during the music, and after the music. Can you  
53 describe what happens before?

54 J: Before I play I'm looking at their relationship with music and also  
55 where they store tension in their body. And that will help me  
56 decide if I'm going to play, what I'm gonna play, what elements in  
57 music I wanna focus on. So, if the pain is in the head, I will use and  
58 E, if it's in the chest I will use and A, stomach O, hips and below I'll  
59 use an OOH. So lots of times I'll use toning with those syllables in  
60 mind, but I usually start with breathing. So I'll watch how a persons  
61 rhythm is in their breathing; that will tell me something about their  
62 pain. And then I'll work with entraining, with whatever music I'm  
63 gonna use to their breathing. Entrainment is a big part of what I  
64 would do. And that means to try to feel and breathe with them, to  
65 get an understanding of how they are experiencing life in the  
66 moment. And then, what element in the music should I focus on;  
67 rhythm, tone, timbre, harmony, to decide what instrument to use,  
68 and then what elements in the music I want to focus on.

69 I: Okay. Do you ever talk with them?

SL kommer an på: 1.

Tidligere erfaringer med  
smerte og sykehus, 2.  
Pasientens TRO om  
sykdommen, og om den er  
kronisk eller dødelig.

Dette er en viktig del av  
assessment, og hjelper oss å  
reassesse hva vi skal gjøre  
musikalsk

MA. FØR: Undersøke pt's  
relasjon til musikk, og hvor  
pt lagrer spenninger i  
kroppen. Dette er med på å  
bestemme om og hva jeg  
skal spille, og hvilke  
elementer i musikken jeg  
skal fokusere på.

Under mus. Tone med vokaler til  
forskjellige steder på kroppen, i  
arbeid med smerte.

Starter med pust. Observerer  
rytmen i pt's pust, hvilket  
forteller noe om smerten.

K:Savner beskrivelse av nøyaktig  
HVA det er pusten forteller om  
smerten?

ENTRAINMENT: Prøve å føle og  
puste med pasienten, for å få en  
forståelse for hvordan de  
opplever livet i øyeblikket.

(Deretter)Velge instrument og  
hvilke elementer i musikken jeg  
skal fokusere på.

Samtale om:  
CAS:Smerteskala/fargeanalyse.

Få vite hva pt TROR hindrer dem  
i å slappe av, hjelper å finne ut  
hvor pt skal puste til og hva jeg  
skal spille.

J41. GEN. FØR. Assessment:  
Pasientens TRO om  
sykdommen. Tror pt at  
vedkommende skal dø eller

44. Assesment: Har  
pasienten en kronisk eller  
dødelig sykdom?

53. MA. Før. Undersøke  
pasientens relasjon til  
musikk.

54. MA. Før. Finne ut hvor pasienten  
lagrer spenninger i kroppen.

55 – 56. Pasientens relasjon til  
musikk og hvor pasienten lagrer  
spenninger er med på å forme

56 – 58. MA/SL. Under. Bruker  
vokaler. Spesifikke vokaler er  
knyttet til smerte i spesifikke

58. MA. Under. Bruke toning  
med en bevissthet om de  
forskjellige vokalers funksjon i

59 – 61. MA/SL. UNDER. Tp starter  
med å observere åndedrettet,  
hvilket gir tp informasjon om pt's  
smerte.

70 J: Yes. Definitely. I have them fill out as you know a pain scale,  
71 (colour analysis scale<sup>40</sup>, se eksempel i Appendix) and I try to get to  
72 what they believe is keeping them from relaxing. Because what  
73 they believe, no matter their doctor, mother, husbands says, what  
74 they believe about their illness is really important - even if it's not  
75 true. That will help me address where they should breathe to and  
76 what I might play. Do I wanna play something lyric and melodic or  
77 do I wanna use drumming to help them release or do a  
78 visualization/ relaxation experience, you know, it just all depends  
79 on so many elements.

80 I: Yeah, it does. It's hard to generalize it.

81 J: Well, it is; like today I'm feeling horrible, actually. I use myself as  
82 an example; I'm having trouble breathing, I'm having terrible  
83 asthma, and it actually is uncomfortable to breathe into my chest.  
84 So I'm thinking, like right now, lying on the coach, I took a hot bath,  
85 and if I could hear any kind of music today, right now, it would  
86 definitely be a wind. You know, a single line, deep wind, like a  
87 clarinet. Slowly entrained with my breath. Nothing like Bach and  
88 Mozart, just a few notes would really help me relax. 'Cause that's  
89 because I'm having respiratory issues. If I were having a headache,  
90 and I had had a hard day at work and I was feeling...you know, head  
91 pain I might like a song. A particular song it really depends on the  
92 nature of someone's discomfort. How and why they need to relax.  
93 But I think it all starts with the breath.

94 I: It all starts with the breath.

95 J: That's what I'm thinking

96 I: Ja. Okay...

97 J: ...and the talking as you said. I mean, trying to get to, if they can,  
98 what's going on with them, will help guide you. But then when you  
99 actually start the music, I think the breathing with the oceandrum  
100 and just helping people to breathe deeper and more fully.

101 I. Ja. Hm...Do you try to notice something with yourself in that  
102 period?

61 – 67. MA. Under. Entraining  
er en viktig del av hva

69. Før. Color Analysis  
Scale/Smerteskala.

70 – 78. Pasientens TRO er med  
på å bestemme hvor de skal  
puste til og hvordan terapeuten  
skal spille.

76. Tromming blir brukt  
til å release.

80 – 88. Hun har  
pusteproblemer i dag, og kunne  
tenke seg å bli entrainet med få,  
dype, lange toner, fra en  
klarinet.

90 – 92. Musikkens  
utforming kommer an  
på pasientens ubehag.

92. Musikken starter med  
fokus på pusten.

96. Samtale om hva som  
skjer med pasienten  
guider musikkvalg.

97 – 99. Puste med  
oceandrum i starten på  
musikken.

Tromme: Release.

Hun forteller om seg selv:

- Pusteproblemer i dag
- Astma
- Ubehagelig å puste
- Vil gjerne ha klarinett, bare en, mørk, tone, sakte entrainet til pusten min.
- Få toner vil hjelpe fordi jeg har respirasjonsproblemer.

Musikken kommer an på naturen i pt's ubehag og hvordan og hvorfor de trenger å slappe av.

Jeg tror det hele (musikken) starter med pusten og samtalen.

Starter musikken med å puste med oceandrum og hjelpe pt med å puste dypere.

<sup>40</sup> Def.: Ett papir med en enkel strek-tegning av ett menneske, hvor pasienten kan tegne på med forskjellige farger hvor smerten befinner seg på kroppen.

- 103 Skanner min egen kropp  
104 før jeg arbeider med  
105 noen, for å vite hva som  
106 skjer med den. Ber noen  
107 andre ta sesjonen om jeg  
108 føler meg fysisk  
109 skrøpelig. Om en pt har  
110 noe som ligner mitt,  
111 holder jeg meg selv  
112 under oppsyn, og  
113 separerer meg fra  
114 pasienten, for å bli klar  
115 til å være der for pt.
- 116 Egne, psykiske  
117 reaksjoner blir tatt hånd  
118 om senere
- 119 Passer godt på å ikke  
120 vise sine egen, fysiske  
121 skrøpelighet til pt, og å  
122 være flytende i  
123 musikken.
- 124 Følgende påvirker  
125 musikkens form: Kultur,  
126 alder, pt's preferable  
127 lyder (dette får man vite  
128 gjennom assessment) og  
129 pt's feedback til  
130 musikken i løpet av  
131 musikken.
- 132 Spør pt få minutter etter  
133 musikkens oppstart om  
134 hvordan pt opplever  
135 musikken.
- 136 Spørsmål: Kraftig, svakt,  
lyst, mørkt, hva pt er i  
humør til, hva pt vil  
visualisere, hvor pt vil  
være.
- J: Oh, definitely. I think that, before I go in, and ever work with someone I'm trying to do a scan. I picture a self-scan on what's going on with me in my body. Definitely.
- I: How do you use that?
- J. Ahm...If I'm feeling too fragile, I'll sometimes ask an intern to lead the session, and I'll tell them I'm feeling fragile, here is what I'm working on, how about you taking this one. If it's a patient who has a similar thing to me, I'm just very careful to keep myself in check. And then separate out my stuff from their stuff. And to really try to clear out all my stuff, so when I go in there I'm ready to serve and be an excess being with them.
- I: And also, in that period when you observe the patient and observe their breathing and talk to them, do you also observe yourself?
- J. Aaaaa, yes, I mean in the early days I would get tweaked, like someone is crying (explanation), I become flutter<sup>41</sup> inside, or angry at the doctor, or whatever. But that doesn't happen much anymore, I'm pretty clear on my own issues, and pretty good at addressing them at another time.
- I. Okay
- J. What I was talking about before, like asking someone else to lead, is when I'm feeling physically challenged. Like tomorrow, if I'm feeling like this and have five sessions in a row at the clinic, I need to be really, really careful to not present my own fragility in any way, to try to be fluent in the music.
- I. Okay. Lets go over to the music. You told me a little bit about how it gets its shape - can you tell me a little bit more?
- Maybe include parameters.
- J: Sure. A lot is gonna depend on the culture and the age of the patient. And what sounds they prefer, and that starts with the assessment. And then making sure that we have a comfortable relationship, so they can call me off if they don't like what I play. I usually ask: How was that, after a few minutes. And I try to let the patients direct what they want to hear. So I'll ask, loud or soft, high

102 – 104. FØR. Skanner sin egen kropp.

129. Kultur og alder har betydning for musikkens form.

129 – 130. Assesment: Pasientens preferable lyder har betydning for musikkens form.

131 – 132. Komfortabel relasjon har betydning for musikkens form, fordi pasienten da kan stoppe terapeuten hvis vedkommende ikke liker det terapeuten spiller.

<sup>41</sup> Flutter: Flaging, hjertebank, uro

137 or low, what's your mood, what are you in the mood for, and what  
 138 would you like to visualize, where would you like to be. So it's that  
 139 kind of journey together. They are sort of the screenwriter and the  
 140 musical director, and I'm trying to accommodate<sup>42</sup> what I think they  
 141 might need. They may state their mood, or a particular experience  
 142 that is on their mind, and I also have their breath – which I observe  
 143 closely – this will tell me a great deal about their pain. I have their  
 144 breathing, what they've told me what's going on, how they wanna  
 145 work with, an issue or pain.

146 I: Okay. In a MR, how do you use the breathing, in the music?

147 J: I encourage them to deepen their breath, sometimes I'll use  
 148 colors or just each shakra of the body, get the body relaxed, and  
 149 then encourage them to elongate their breath, and then eventually  
 150 to just go to a part of the body that's needing some nurturance.  
 151 And we'll breathe to that part of the body. And then I'll just start  
 152 with a warm up of releasing on one or two notes to that part of the  
 153 body, and then encourage them to visualize a place of to comfort  
 154 and then entrain with that breathing and play with it.

155 I: Can you explain a little bit more about entraining and how you do  
 156 that?

157 J: Sure. Entraining is actually the science of matching the mood, the  
 158 meter and the emotional and physical characteristics of how  
 159 someone is breathing. So...timing my breath with theirs then  
 160 seeking eventually to have it be even and slow it down to a pace,  
 161 where they can relax, and to try and follow where they are, so they  
 162 can relax, and deepen their breath.

163 I: Okay...so, how do you play, then, in this process?

164 J: How do I play? I pretend that I'm in an orchestra, and they are the  
 165 conductor, and their baton is the chest, and I'm following their  
 166 chest. And if its fast or uneven I'm seeking to slow it down or make  
 167 it create more equilibrium in the meter. So its deep concentration  
 168 and deep focusing on being with someone in their process.

169 I: Okay. So you match them, ...

170 J: Yeah

137 – 138. Pasienten er manusforfatter og dirigent.

140 – 141. Terapeuten observerer pasientens pust nøyte, og dette forteller terapeuten noe om pasientens

142. Pasientens fortelling har betydning for utforming av musikken.

142 – 143. Hvordan pasienten vil arbeide med ett problem eller smerte er med på å

145 – 152. I MA blir pasienten oppmuntrer til å dypere og lengre åndedrett, for så å puste til den delen av kroppen som har smerter og "release" på en til to toner til det stedet, visualisere ett trygt sted (place of comfort), entraine pusten og spille med pusten.

155 – 160. Entraining: Terapeuten er orkesteret og pasienten dirigent. Pasientens bryst (altså åndedrett) er takten.

167 – 170. Entraining. Terapeut matcher pasienten til å starte med. Deretter forsøker tp å influere pasienten i musikken.

MR "prosedyre": Fordype pusten, bruke farger og shakra, få kroppen avslappet, forlenge pusten, gå til og puste til det stedet i kroppen som trenger omsyn, oppvarming: Release på en-to toner til den delen av kroppen, visualisere et behagelig sted, entraine pusten og spille med den.

→Hva vil release på en-to noter si?

→Blander metoder

Entraining: Matche humør, puls, emosjonelle og fysiske karakteristi av pusten.

Puste på samme måten som pt, prøve å få pt's pust stabil og i et tempo hvor pt kan slappe av.

Pt er dirigent og pt's bryst er takten.

Innebærer dyp konsentrasjon og dypt fokus på å være sammen med pt i prosessen

Tp påvirker pt i musikken ved å gi pt det pt ønsker og et godt sted å være. K: Hvordan vet hun hva de ønsker? Fra samtalen?

Hvis pt's pust er urolig, gir pt en stabil "livsrytme" i mus for å gi likevekt i en ramme som respekterer pt's rytme.

<sup>42</sup> Accommodate: Tilpasse (Gyldendals Røde Ordbøker, 1997)

- 171 I:...and you try to influence them somehow
- 172 J: Yup
- 173 I: And how do you influence them?
- 174 J: ....(pause) I influence them by trying to give them what they  
175 desire. But also a place of even comfort. So a steady life rhythm,  
176 especially if their breathing is all over the place and sporadic, to  
177 give them equilibrium, but in a framework that honors their meter.
- 178 I: Can you explain it a little bit more concretely? If they have an  
179 unstable breathing, you will have an stable pulse, right?, to entrain  
180 their breathing to become more calm?
- 181 J: Well, first I'll start where they are, so I'll join them first, in their  
182 instability, to see what it's feeling like. And eventually slow it down,  
183 and try to create...organize it through elements of music.
- 184 I: Yes. Is it usually the rhythm you use then, or...?
- 185 J: I'm looking at the rhythm of their breath, yes.
- 186 I: But, in the music; Is it usually the rhythm, you use to influence  
187 them, or can it be other parameters?
- 188 J: Well, its all the parameters, but it starts with the rhythm of the  
189 breath. For me.
- 190 I: Okay. ehm... How would you use for example harmonics?
- 191 J: Harmonics... I would take into consideration what kind of  
192 consonance or dissonance I feel they are needing. So...it might be  
193 an interval, it might be a perfect fifth, or a major or minor third to  
194 create consonance, or if I am trying to have them release, I might  
195 wanna create a dissonance. and pull them out. To become more in  
196 touch with their body, rather than necessarily relaxed and attuned  
197 to their body.
- 198 I: Okay.
- 199 J: Does that make sense??
- 200 I: You can say a little bit more about it!
- 201 J. Well, then there is chords that have different effects, so if  
202 someone is needing to feel nurtured I might use a major seventh  
203 chord, for instance, if someone is feeling like no one ever hears  
204 them, I might use a more reflexive music and play like a tritone, and  
205 go arrhythmic, depending on what they need. But you are asking

172 – 175. Entraining:  
Terapeuten influerer  
pasienten ved å gi pasienten  
det vedkommende ønsker,  
og ett sted med stabilitet og  
velvære.

179 – 181. Entraining:  
1. Matche pusten, 2.  
Senke pusten, 3.  
Organisere pusten.

189 – 190. I utformningen av  
musikken tar terapeuten også med  
hvilken musikalsk konsonans eller  
dissonans terapeuten føler  
pasienten trenger.

192 – 195. Release<sup>1</sup>: Lager en  
dissonans i musikken, som  
terapeuten "trekker" pasienten  
ut fra, for å bedre kontakten til  
kroppen.

200. Trøst: maj7

201 – 202. Å bli hørt: Refleksiv  
musikk, tritonus, arrytmsk musikk.

203. Baserer musikken på  
pasientens behov.

Entrainment, prosess: 1.  
Match pust, 2. Senke  
pustens tempo,  
3. Organisere pust gjennom  
elementer i musikken.

Former musikken basert på  
verbal feedback på  
musikken fra pasienten.

Bruker alle parametre,  
men det starter med  
pustens rytme.

Tp tar med i betraktning  
hvilken musikalsk  
konsonans eller  
dissonans tp føler pt  
trenger.

Release: Oppløse en  
dissonans, for å  
forbedre kontakten til  
kroppen.

Bruker akkorder for å  
oppnå en effekt. Trøst:  
maj7, å bli hørt:  
refleksiv, arrytmsk mus  
og tritonus – kommer  
an på hva pt trenger.

206 about music RELAXATION, so if I'm really wanting to relax I will use  
 207 more intervals and chords of consonance rather than of dissonance.  
 208 But I don't think that all pain should be treated with a musical  
 209 relaxation.

210 I: No..., but I also want to know just something about music  
 211 relaxation, it doesn't have to be connected with pain. It's also just  
 212 general about that technique. So that's fine.

213 J: Okay.

214 LINES CUT

215 I: So, when the music is developing, can you tell me a little more  
 216 about how the patients responses may influence how you shape it?

217 J: Well, I check in a lot. I'll ask them to nod their head, or cut me off  
 218 if it's not what they are desiring. Or sometimes, if they starts to cry,  
 219 I will bring over a tissue, and stop for few minutes, to see if they  
 220 want to talk about it, cry more... So the key is to always checking in  
 221 with the patients.

222 I: Okay

223 J: ...and sometimes they might wanna tone. Meaning; use of voice  
 224 to accompany the process.

225 I: Maybe you can tell me a little bit more about tone and toning

226 J. Well, the voice is the instrument that's in the body. It's really the  
 227 only instrument that one can play with very little effort. And so you  
 228 can have an intervallic syntheses effect<sup>43</sup> by toning with someone  
 229 on different intervals. And also we talked about the different  
 230 vowels that can be used, which can create a very powerful  
 231 vibrational effect, which can create congruence in the body. And  
 232 that congruence can be connected from inside the body to outside  
 233 the body. So that's important.

234 I: So, you might interrupt an instrumental improvisation and use  
 235 toning instead, or your voice.

Avspenning: bruke  
konsonerende intervall og  
akkorder, fremfor  
dissonerende.

Toning: bruken av  
stemme i prosessen.

Vokaler kan skape  
vibrasjoner som kan skape  
kongruens i kroppen.

Å tone kan nå et dypere  
nivå og en mer intim  
relasjon.

204 – 206. Avspenning:  
Konsonerende musikk.

215 – 216. Spørre pasienten  
underveis i musikken, om å  
nikke eller stoppe terapeuten  
om hun ikke spiller det  
vedkommende trenger.

221 – 222. Under. Toning:  
Bruk av stemme i prosessen.

227 – 236. Under. I toning kan  
man bruke vokaler som skaper  
vibrasjoner som igjen kan skape  
kongruens i kroppen. Man kan  
nå ett dypere nivå og få en mer  
intim relasjon.

<sup>43</sup> Joanne (fra membercheck): Bringing consonance

(samklang;overensstemmelse;konsonans (Gyldendals Røde Ordbøker, 1997)) to the body with two notes, such as M3, m3, perfect 5<sup>th</sup> or 4<sup>th</sup>. This is a technique I developed on work of Rudolph Steiner and eurhythmy.



Gong: Kan oppnå dyp, meditativ tilstand. God for noen som trenger oppmerksomhet på kroppen. Brukes mest i smertebehandling.

For å være i stand til å tune inn på pt og entraine.

MR og tp. Hun må:

- Være fokusert
- Være rolig over hele kroppen
- Berolige seg selv løpende.
- Grounded
- Ha kontakt til kroppen
- Være komfortabel
- Ha orden i rommet rundt.
- Veldig viktig at jeg er komfortabel, så jeg kan spille på en måte somer avslappet, og på en måte jeg selv synes er komfortabel.

Hvis man IKKE er komfortabel:

- Vondt i ryggen
- Puste feil og overfladisk
- få det travelt
- spille for høyt

236 J. I don't know if I would use instead, but it could be a deeper level,  
237 and a more intimate level of connection. I also use, as you know,  
238 gonging, to achieve a deep meditative state and that can be great  
239 for someone that is needing specific attention on their body.

240 I: Yea, and then you use different gongs for different parts of the  
241 body?

242 J: Right

243 I. Do you use that mainly in pain, or also in relaxation work

244 J: Yeah, mostly with pain

245 I. Mostly with pain.

246 I. Okay. Lets go back to the music relaxation and the music. if you  
247 can tell me a little bit about; if you have any reactions yourself, and  
248 how they may influence the music.

249 J: ....(pause) I think that when I'm working with someone who is in  
250 need of relaxation, that I need to really focus, and really become  
251 calm all over myself, re-calming myself as I work with them , really  
252 become attuned and grounded in my body. And to be very  
253 comfortable. I see some therapist's works standing up and that's...I  
254 mean, I need to be sitting on a very comfortable chair and to have  
255 things in my room organized around me. That's very important.

256 I: Okay...so, to be comfortable helps you ...

257 J. Yes.

258 I: ...to, to what?

259 J. To be able to intune and entrain to the person I'm working with.

260 I: Okay. So it doesn't necessarily have an impact on the music itself?

261 J. Oh yes. It's critical that I'm comfortable...so that I can play in a  
262 way that is relaxed. And in a way that I myself is feeling  
263 comfortable. It's key.

264 I. It's a key.

265 J. And we shouldn't have just say it, but I think a lot of people just  
266 wanna go in and save and help so quickly that they don't think  
267 about how they are sitting, where they are sitting, you know, that  
268 there are vomit in the floor in front of them, or whatever. They  
269 don't take the time to set up.

236 – 237. SL. Under. Gong er bra for noen som trenger oppmerksomhet på kroppen.

J247 – 253. MA. Terapeut har fokus på eget velvære og ro, samt å ha kontakt til og være grounded i sin egen kropp, i løpet av sesjonen.

260 – 262. Terapeutens velvære påvirker evnen til intuning, eintraining og å spille på en måte som er avslappet.

- Atmosfæren er viktig – pt er veldig sensitive til den. 270
- 271 I: No. How have you experienced that it can influence the music that you are not comfortable?
- 272 J: You can have back pain when you are done, you cannot be
- 273 breathing right with your voice – breathing shallowly is no good!,
- 274 you can be hurrying, you can be playing to loud. It's just very
- 275 important to get the WHOLE picture of what's going on. Like, if
- 276 there is a family member that makes you nervous. To give them
- 277 something to do with you, or to ask them to step out, for example.
- 278 Just the atmosphere of the setting is critical. And patients are really
- 279 hyper sensitive to that.
- 280 I: Ja. So it's important factor when you...in your observation skills
- 281 maybe? In how you observe the patients and are capable of taking
- 282 in what the patient needs.
- 283 J: Yes. Very important.
- 284 I. Okay. .... hm.. And this time span before you start playing, that we
- 285 talked about
- 286 J. Yeah
- 287 I. ...how do you use the information you gather there, in the
- 288 shaping of the music, in the MR?
- 289 J. Am, well, I think volume is very important, to sort of see what
- 290 instrument or how you are going to play in a way that's going to be
- 291 desirable to everything going on in the room and everything going
- 292 on with the person. What associations do they have with the
- 293 instruments, which is critical to learn from the assessment, like you
- 294 might think someone would wanna hear the ocean drum, but if
- 295 they have a cousin that died last summer in the ocean... You know
- 296 you just can't make any assumptions. So I ask like crazy. And then
- 297 you know...where would you rather be, what do you think is going
- 298 on with your body, and then what is contributing to your anxiety
- 299 right now. So, if it's, ahm, that they're not gonna be home for
- 300 Thanksgiving, for instance.... What's gonna be there that they will
- 301 miss. And then how can a song; what song can make for that
- 302 absence. So there are no assumptions.
- 303 I. No. You always work from concrete information that you get.
- 304 J. Yes.
- 305 I. Okay. And, when the music is finished, when you are finished
- 306 playing for the patient, what happens then?

271 – 278. Om terapeuten er ukomfortabel kan dette ha konsekvenser for observasjonsevnen.

288 – 291. MR. FØR. Tilpasse musikken til helheten – både rommet og pasienten.

291 – 294. Assesment: Assosiasjoner til instrumentene.

295 – 303. Bruker ikke antagelser i utforming av musikken, arbeider ut fra konkret informasjon fra pt om pts situasjon.

296 – 298. Få fatt i hvor pt heller ville vært, hva pt tror skjer med kroppen og hva pt tror påvirker nervøsitet/uro, i utforming av musikken.

306 – 308.MR.ETTER. Fordøyelsestid og feedback.

Etter: Stillhet, fordyrelsetid, pt bryter stillheten, tp spør hvordan opplevelsen var.

Etter, forts. Spørre om hva pt hørte, hvordan kroppen og sinnet mottok musikken, hvilket er avgjørende for hva som skjer etterpå.

Hvis pt vil sove, er det viktig at tp spør om tp skal gå eller spille litt til.

LM, fordeler:

- Personlig relasjon
- Noe som er laget i øyeblikket, originalt og tilpasset pt og pt's situasjon
- Pt har kontroll over musikken

LM og MA, fordeler:

- Kan entraine
- Tilpasser musikken til pt.
- Interagerer med pt behov
- Feedback

K: Savner mer konkret info om hvordan disse prosessene skjer.

307 J. Silence. Always. Some silence. Digestiontime. And I usually try to  
308 have the patient break the silence. This is very important. And then  
309 I usually ask after a while, how was that. Not was it good or bad,  
310 but what was that like. What were you hearing. And that would be  
311 very important, to what's done next. Or how the information was  
312 processed in the body, weather the pain moved or weather another  
313 memory came up. Or where they wanna be next. Some of them  
314 want to go to sleep. If you is really relaxed, and then they say, oh, I  
315 just wanna go to sleep now. So I might say, okay, do you want me  
316 to leave or do you want me to play a little more, and then slip out?  
317 And that's a very important question.

318 I. Okay. Mmmm... What kind of significance do you think it have  
319 that the music is performed live? What kind of therapeutic benefits  
320 do you think is connected to that?

321 J. Well, most importantly the personal connection. Something that  
322 is made in the moment for a specific purpose, just completely  
323 original and adapted to the person and their moment. Rather then  
324 from a package of another situation. You can control for the  
325 material played, the volume level, you can switch in the middle to  
326 another modality, medium, culture, genre. You have total  
327 connection.

328 I: Yeah, what do you think is specific for the MR? what benefits are  
329 specific

330 J. Well, you can entrain. With recorded music you are saying: Okay,  
331 entrain to this fixed rhythm, for the sake of the music. And with live  
332 music, and with relaxation, you're saying: Okay as a therapist I  
333 wanna entrain with you and influence you to relax, through the  
334 idioms of music: the melody, harmony, rhythm, the timbre. So you  
335 are adapting what you are doing, and interacting with what the  
336 clients needs. And there is a feedback perspective going on.

337 I. Yup. What kind of feedback have you received that is particularly  
338 connected to that the music is live. From the patients.

339 J. Am...I just did a rhen biopsy with one of my patients last week,  
340 and she said she was so nervous about this biopsy that they gave

309 – 312. MR. ETTER.

Samtale om opplevelsen.

314 – 316. MR. ETTER. Sove.

320. LM. MA. Personlig

forbindelse.

321 – 322. LM. MA. Tilpasset

pasienten og øyeblikket.

323 – 326. LM. MA. Har

k kontroll over musikken.

329 – 334. LM. MA. Kan

entraine og interagere med  
pasienten underveis.

332 – 334. Entraining:

Påvirke via musikkens idiom

335 – 336. LM. MA.

Interagerer med pasientens  
behov. Der er et  
feedbackperspektiv.

## Case:

Pt skulle til behandling, og var svært anspent. Hun fikk høre sangen og ba om, og klarte da å slappe av.

Det at et kjent menneske søker å skape musikk som er tilpasset dine behov, skaper tillit

K: Og følelse av å kontrollere noe? Jf. Dette intervjuet, og Traume-terapi hvor det å gi tilbake kontroll er en essensiell del.

Fordeler/ulepmer for tp med LM:

- Trygger intervensjon
- Mer fleksibilitet
- Mer tillit.

Før musikken, i MV, har de bestemt at pt vil ha utbytte av å visualisere å gå inn i eller ut av kroppen.

341 her...it wasn't a reno biopsy, it was an endoscopy<sup>44</sup> they gave her  
342 so much sedation, and she still was lifting her head and talking and  
343 she said the music really helped her trust and relax and our  
344 relationship in that music helped her trust and relax. And the  
345 doctor where talking about the stock market you know, they really  
346 weren't connecting. I think either they are so used to doing it and  
347 they don't wanna connect - they need to keep things under control  
348 and not get nervous; or if they just don't care. But she heard the  
349 song she asked for being played and it helped her finally relax. So  
350 it's a trust that comes from a familiar human being, who is seeking  
351 to make the music catered<sup>45</sup> to your needs.

352 I. Okay. And...what do you think, or what have you experienced are  
353 the advantages or disadvantages for the therapist, that the music is  
354 performed live. For the therapist, or the intervention.

355 J. Well, I think you're gonna get a more safe intervention, because  
356 sometimes you can't control the recorder or player, and you are  
357 going to be about to adapt what you are playing in the moment, so  
358 it's better suited for healing. I don't know; it's so obvious! You have  
359 more flexibility with a person there, you have more trust. Those are  
360 the main things, which are very important.

361 I. Okay. That's great. Now we are moving over to MV, and talk a  
362 little bit about it in the same structure sort of; what happens  
363 before, during and after the music in MV. Like we did with MR.

364 J. Okay.

365 I. Can you describe again what happens before you start playing, in  
366 a MV

367 J. Yes before we go to that point we have decided that the person is  
368 going to benefit from going either to a place where they are  
369 internalizing and influencing their body, or they are going to a place  
370 where they are using cognitive processes to go to an altered state  
371 out of the body. So it's gonna be one of those two experiences. So,  
372 for the one that is going into the body, we are looking at what area

339 – 349. LM. MA. Tilpasset musikk kan skape avspenning. (K: Kontroll?)

349 – 350. LM. MA. Musikk tilpasset av et menneske til pasientens behov skaper tillit.

355 – 358. LM. Tryggere intervensjon, fordi du kan kontrollere musikken.

359. LM. Mer fleksibilitet.

359. LM. Mer tillit.

367 – 371. MV. To typer: Inn og ut av kroppen.

372 – 376. MV. INN. Internalisere og påvirke kroppen.

<sup>44</sup> Endoscopy: Betyr å kikke inni kroppen av medisinske grunner, ved å bruke et instrument kalt ett endoscope. Det er vanligvis en smertefri prosedyre, som høyst vekker litt ubehag (Wikipedia.org).

<sup>45</sup> Catered: Sørge for, tilfredsstillende, ta hensyn til

To typer visualisering:

Inn:Internalisere noe i kroppen og derved påvirke kroppen

Ut:Bruke kognoss til å nå en alterert tilstand ute av kroppen. Komme vekk fra smerten, og/eller integrere en ressurs utenfra.

Jeg glemte å informere henne om opptak

Case om å visualisere inn i kroppen.

Integrere noe helende gjennom visualisering.

- 373 of the body needs to be addressed, and what are we trying to
- 374 achieve through the music visualization. So we are actually
- 375 addressing stuff that is in the moment and the patient is
- 376 experiencing.
- 377 J. When we are going out of the body we are asking them to go
- 378 away from that pain to another place. That's almost like, I won't call
- 379 it distraction - it's a form of integrating a relaxation effect, by
- 380 bringing in a resource of comfort, outside the body and into the
- 381 body. So they are distinctly different.
- 382 I. yes.
- 383 J. Are you writing while we are talking?
- 384 I: No! I'm thinking, and recording it.
- 385 J. Okay
- 386 I. I'm thinking that...can you tell a little bit more about the two of
- 387 these - because they sound very different, and ...yeah, can you give
- 388 an example on going in the body through MV, and how you would
- 389 do that?
- 390 J: Sure. So, if someone is having lets say pain in the hips, lets say a
- 391 teenager with pelvic inflammatory disease<sup>46</sup>, having a red hot pain,
- 392 and going into the body we would begin by breathing into the nose
- 393 and releasing through the mouth, and we would use OOH perhaps
- 394 and we would use a cooling color, like a blue or a water image. And
- 395 we would breath in and breath out focusing on breathing in too the
- 396 hybregiant<sup>47</sup> and then asking them to breath out, and perhaps
- 397 making a OOH, a visual image of water on the hips for the red pain.
- 398 And I might even gong with that, with a lower-body-gong - as they
- 399 release. So that's where they are actually looking inside their body,
- 400 scanning inside, and releasing. to create a cooling-effect on a place
- 401 that's in terrible red, hot pain. That's an example of going in.
- 402 I. Yeah. How would you use the gong?
- 403 J. Depending on the initial scanning assessment. It depends. If the
- 404 pain is on one side more than the other... I might swerve it into a

370 – 371. MV. UT. Bruke kognitive prosesser til å nå en alterert tilstand utenfor kroppen.

377 – 381. MV. UT. Komme vekk fra smerten. Integrere en avspennende effekt ved å bringe inn en trøstende ressurs utenfra.

390 – 397. MV. INN. "Se" inn i kroppen, puste til smerten, visualisere en lindrende effekt.

399 – 401. INN. Ser inn i kroppen, skanner innsiden og releaser, for å skape en helende effekt.

<sup>46</sup> Pelvic Inflammatory Disease:

<sup>47</sup> Hip region

405 equalibrium listening to the vibrational aspects, the dissonance,  
 406 and moving it towards creating a cooling consonance. It would  
 407 depend, I might move the gong up to spread out the pain and iron it  
 408 out, going from the hips down to the feet and then back up to the  
 409 body, up to the head, so that would be more spreading it out if it's  
 410 clumped there. It all depends, and this would come from a really  
 411 good color analysis scale, and asking the patient about the pain  
 412 extensively.

413 I. Okay. Mmmm... When you are working in the body, can you tell  
 414 me a little bit more about it. Like, how you use the music to support  
 415 the patient in his imaginations.

416 J. yeah, I guess it all comes from how they are perceiving the pain.

417 I. Do you always use this in pain, or can it be with other...

418 J. Ahm...yeah, usually when people want to relax, or go another  
 419 place, it's because they are in discomfort or experiencing pain, or  
 420 they wanna go to sleep. I'm trying to think of a situation, where I've  
 421 helped someone using MV where they are not in pain...it's not  
 422 often. I guess people wanna go somewhere else, and be out of the  
 423 hospital, and that's the other case that I was talking about where  
 424 I'm not going into the body and addressing some sort of pain or  
 425 something the person is feeling, but would rather be somewhere  
 426 else.

427 I. Okay.

428 J. And that's very common - and then they are not in pain. It's just  
 429 in fact, being in the hospital is a pain in the ass, it's a kind of urgh -  
 430 get me out of here-kind of thing.

431 I. Okay - lets take that afterwards. Yes, but when they are going into  
 432 the body, it's usually because of pain, and its also...so can you tell  
 433 me, what you do musically to help them.

434 J. It really depends on the kind of music they like, they're level of  
 435 anxiety, and culturally what they prefer. But lots of times I use a  
 436 lullaby, or I'll turn the song I'm using into a lullaby, which is going  
 437 from any kind of slow meter into a three four, or a sixth eight,  
 438 holding meter. And sometimes I'll ask them to help me to construct  
 439 the words to create a lullaby for them where they can relax. And  
 440 that's more musical nurturance, direct one to one, I'm here for you,  
 441 I'm gonna play for you. And all you have to do is breath to that spot  
 442 that's in pain. It depends on the dynamic. It's so hard to say what  
 443 you do when, without the human being there.

Påvirke smerten med gong

Vibrasjoner (Myskja?)

Intervensjonen kommer an på CAS og samtale med pt. Om smerten.

Hvordan smerten oppleves av pt former musikken. K: Hvordan?

MV og MA blir brukt i smertelindring, når pt ønsker å være et annet sted og når pt ønsker å sove.

Musikkens form kommer an på: Pt's musikkpreferanse, pt's grad av anspenhet, pt's kultur.

398, 403 - 410. MV. INN.  
Påvirke smerten med gong, når pasienten

410 - 411. SL/MV/INN. CAS  
- utgangspunkt for intervensjonen

411 - 412. SL/MV/INN. Spørre pasienten inngående om smerten - utgangspunkt for intervensjon.

416. MV. INN. Pasientens opplevelse av smerten former musikken.

418 - 426. MV+MA Brukes i smertelindring, ubehag, søvn, for å komme til et annet sted.

434 - 435. MV. INN.  
Musikkpreferanse, grad av anspenhet (anxiety) og kultur er med på å forme musikken.

435 - 442. Lullaby<sup>1</sup>:  
Musikalsk omsorg/næring (nurturance)<sup>1</sup>. Omforme sangen hun bruker til lullaby, i 3-takt, langsam, pasienten kan få lage tekst hvor de kan slappe av.

- 444 it's always catered to the person and their expressed issues. But the  
445 key is to have a briefcase of you know, one million options, and pull  
446 up the option that will be the best.
- 447 I. Yes. But, to enhance imagination, is there anything musically you  
448 do?
- 449 J. To enhance imagination?
- 450 I. Yes. Or, visualization
- 451 J: To enhance visualization.
- 452 I.yes.
- 453 J. Well, visualization I see as sort of a cognitive term. That can be  
454 used to comfort and enhance what's going on inside the body. Or,  
455 to create comfort inside the body, by thinking about what you can  
456 control outside the body. So if you can go back to a memory of a  
457 place, a favorite place, a place of comfort where you'd rather be,  
458 that could be very comforting and important. Or you can help the  
459 person actually go on a trip and get there through their breathing.
- 460 I. Yeah, and how do you help them with the music - how do you  
461 shape do shape the music to help them.
- 462 J. I'll use techniques from hypnotism, so I'll use a countdown - so  
463 that's really a rhythmic effect, or create a path, I have a bunch of  
464 different visualizations that I'll use. I use Bonny's induction, level  
465 one for GIM, very nice for relaxation. The Jacobsen<sup>48</sup> tighten and  
466 release with each part of the body, we let the person relax each  
467 part of the body, and then we breathe. I've use A staircase, I've  
468 used the path. These are just places in your life that are stepping  
469 stones to take you into a deeper relaxation process and music helps  
470 that because it can contain incomfort and the rhythm slowing down  
471 can have a deepening relaxation-effect. So you enlongating the  
472 tones and rhythm and..., just enlongating it.
- 473 I. So, before you start visualization, you make sure that the patient  
474 is relaxed.
- 475 J. Ahm, well I wouldn't say the same words, because that's like  
476 saying that toning is tone. Before I start playing, I try to use just  
477 breathing with the ocean drum, which is an instrument, to help

441 – 442. Lullaby. Alt pasienten  
behøver å gjøre er å puste til  
stedet som er i smerte.

444. Musikken er alltid  
tilpasset pasientens uttrykte  
problem. Nøkkelen er å ha  
mange alternativer og velge  
det beste.

453. MV. Anser det som et  
kognitivt begrep; tankene er  
utgangspunktet for å skape  
'comfort' i kroppen.

462 – 469. MV. Beskrivelse  
av avspenningsteknikker  
uten musikk.

470 – 472. Forlengelse av  
toner og rytmer kan ha  
en avspennende effekt.

476 – 484. MV. FØR. Skape  
kontakt til kroppen (K: En  
klargjøringsprosess?) ved å  
puste med oceandrum så  
pasienten kan få kontakt til  
kroppen. Når musikken kommer  
er pasienten "klar" til å gå  
dypere inn i en personlig  
prosess (K: Finne "roten"?), og  
det er det de trenger å gå for å  
nå det som influerer smerten,  
eller hindrer dem i å slappe av.

<sup>48</sup> Jacobsen:

Før hun starter å spille, pleier hun å få pt til å puste sammen med oceandrum, for å få kontakt til kroppen. Når hun begynner å spille er pt klar til å gå dypere inn i en persnlig prosess. Og det er dit – i den personlige prosessen – pt kan finne ut hva som skaper angst/anspenthet eller smerte. K: Finne roten?

MA blir ofte brukt til smerte og angst/anspenthet

MV kan være en forlengelse av MA til ytterligere avspenning.

Man må være avspent for å kunne visualisere.

K: MA er en DEL av MV? Som i GIM?

MV INN. 500 – 502. MV. INN. Pasienten puster til og hjelper terapeuten med å spille til den delen av kroppen som trenger likevekt (Equilibrium)<sup>1</sup>, med utgangspunkt i assessmenen.

Visualisere hvordan smerten ville være om den var avspent.

Visualisere sensorisk opplevelse m mus og visuelle cues.

478 someone become in touch with their body. So that by the time I  
479 play it's all ready to just go into what's already been set up, and  
480 then we can get really deeper into a process. A personal process.  
481 And that's where they need to go, or what they need to have  
482 played, or what they need to tone for whatever is going on with the  
483 body that's causing anxiety or pain. Whatever is keeping them from  
484 relaxing. You are right, not everyone that has an musical relaxation  
485 is in pain, but chances are if you are needing a musical relaxation  
486 then you might be having some kind of anxiety or some kind of "X".

487 I. I'm a little confused...do you usually mix MR and MV?

488 J. Not always, but sometimes I'll just help someone relax, but MV  
489 may be an extension to help someone further relax. So the  
490 visualization would come after the relaxation is achieved.

491 I. Okay, but if MV is the goal; if that's what you have decided to do  
492 with the patient; does that necessarily include relaxation first,  
493 then?

494 J. Yes. You need to be relaxed to visualize. But I don't really think  
495 it's a goal, I think it's a technique.

496 I. Yes, agree. So before you start playing in a MV, you decide  
497 weather you are going to go in the body or out

498 J. Right.

499 I. And if you have decided to go in, what happens next?

500 J. Well, based on the assessment of how they are feeling the  
501 anxiety or pain, I will play...encourage the person to breath to and  
502 help me play for that part of the body that's needing equilibrium.

503 I. Okay. And the visualization...um...when does that come into the  
504 picture, and how.

505 J. Well, if someone is very relaxed, we can go deeper into imagery  
506 of what that pain or anxiety would feel like if it were relaxed. So  
507 back to the patient with the red hot pain in the hips. If we breath in  
508 blue water, maybe I'll introduce some new timbre when the water  
509 comes...of chimes, lets say...and I'll instruct them singing, perhaps  
510 to feel the cool water. So it's about a sensory experience with the  
511 music. And visual cues.

512 I. And..., when you do this...how would you play...

513 J. I would base my playing on the culture of the patient, the  
514 breathing in the moment; what they need.

485 – 487. MA. Brukes til pasienter med uro/angst (anxiety)<sup>1</sup>

489 – 491. MV kan være en forlengelse av MA.

494. MV. Man må være avspent for å visualisere (K: Teknikkene krysser).

500 – 502. MV. INN. Pasienten puster til og hjelper terapeuten med å spille til den delen av kroppen som trenger likevekt (Equilibrium)<sup>1</sup>, med utgangspunkt i assessmenen.

505 – 511. MV. Hvis pasienten er svært avspent kan vi gå dypere inn i visualisering av hvordan smerten ville føles om den var avspent. Det er en sensorisk opplevelse med musikk og visuelle stikkord.

513 – 514. MV. Musikken blir basert på pasientens kultur, pust og uttrykte behov.



- 515 I. Okay...can you describe how it may sound? Or is that too  
516 different from...
- 517 J. I can't really describe it!
- 518 I. No...(laughing)
- 519 J. But it wouldn't sound load, or too cluttered, it would be minimal.
- 520 I. Okay, and would you do something musically to help the patient  
521 visualize, whatever he or she needs to visualize?
- 522 J. yeah, what I would do is ask them. I would ask them to describe  
523 how the sounds are effecting them. And take it from there. But the  
524 culture is very important. I mean, a sixteen-year-old African  
525 American girl is distinctly different from an 83-year-old Jewish man.  
526 So those instruments and sounds I use, and the rhythm I use will be  
527 distinctly different.
- 528 I. Yeah. In some receptive mt theory, they pin out that in MV it's  
529 important that the music is maybe a bit changing to enhance  
530 pictures and visualizations, is that something you think about?
- 531 J. Yeah, when new elements are added, particularly if what you are  
532 playing is not working, like if a patient says, particularly with a  
533 head-trauma "ah, that's giving me a headache", you take away  
534 something, like the chimes or a gong. And you add something much  
535 more grounded and maybe woodie. Something more natural. So I  
536 think it's important to keep checking in with the patient and try  
537 different sounds. And to have no expectations.
- 538 I: Yes, exactly. You mentioned that you may use lullabies?
- 539 J. Yes.
- 540 I. And, would you use that as a starting point, and then develop it  
541 during the visualization, depending on the cues from the patient,  
542 or...
- 543 J. The lullaby I would use for nurturance, someone that's feeling in  
544 their child mood, really alone or abandoned, and I would start it as  
545 written in their culture and then turn it into a three four, sixth eight  
546 holding tempo. And then minimalize it into just one phrase, maybe  
547 the cadenza, of the lullaby, and then into one word maybe, and  
548 then one tone. So, it's going from written to minimal.
- 549 I. Okay. After the MV is finished. What happens then?
- 550 J: Silence. And if the pt is sleeping I usually write a little note, and  
551 slip out. But, if they open they eyes, I would breathe with them, and

Basere musikken på pt's kultur, pust, behov.

Minimal musikk.

Spørre pt hvordan musikken påvirker dem og ta det derfra – samt kulturen.

Legger til og tar vekk musikalske element, om det hun spiller ikke fungerer – basert på pt's feedback.

Viktig å sjekke inn hos pt ofte og prøve forskjellige lyder – og å ikke ha forventninger.

Lullaby: Nurturance

Lullaby. Fra skrevet til minimal: Sang→3-takt→1 frase→1 ord→1 tone.

519. MV. Minimal musikk.

522 – 523. MV. Ber pasienten beskrive hvordan lydene påvirker dem, og ta det derfra.

524 – 527. MV. Kultur er svært viktig for utforming av musikken.

531 – 535. Legger til og tar vekk musikalske element/instrument basert på pasientens feedback.

536 – 537. Bli ved med å spørre inn til pasienten i løpet av musikken, og ikke ha noen forventninger.

543 – 544. Lullaby. Bruke til nurturance.

544 – 548. Lullaby. Fra skrevet til minimal.

550 – 553. MV. ETTER. Stillhet, søvn, pust, samtale, feedback

	552	ask them how was it. What did you see. There is always chance for
	553	feedback.
	554	I. Yeah. And how would u use the patients' images?
	555	J. Well, I might get that feedback I noticed when I put the water-
	556	chimes in, then your breathing went deeper and slower, so it's a
	557	chance for me to get feedback too, on what I perceived happened.
	558	And it's also a chance for me to check out what was it like when you
	559	got to the pant what were you thinking. So it's a chance to put into
	560	words what I think I saw in the music, and that's a process that I call
	561	reflexive, to see if in fact what's presented in the music is the same
Etter MV: Stillhet, puste	562	in the words, because sometimes the music takes you deeper, and
med pt, feedback.	563	sometimes the words takes you deeper. And sometimes they are
	564	distinctly different, what you think happen in the music and in the
Refleksiv prosess	565	words. So it's important to check out if you can, with words, what
mellom musikk og ord.	566	their process was. And also to offer feedback, or to check out
	567	critical hunches, you know , inferences <sup>49</sup> , that you are thinking
	568	happened.
MV, UT.	569	I. Okay, yeah. If you are going out, in a MV, can you tell me a little
	570	bit more about that? How you may do that?
	571	J. Going out, do you mean out of the body?
	572	I. Yes.
	573	J. Yeah, I would try to take the patient to somewhere that I think
	574	they need to go. Based on what they told me. So if it's a lot of
	575	stimulation and interferences going on and they are so in the
	576	middle of it, and worrying about everyone and everything, I might
	577	take them to a place of peace. Or to be with a person that's no
	578	longer there, or a place of comfort, or a place where there is no
	579	stimulation. Where they can just really be forced to take care of
	580	themselves. It might take a long time to get there, but that's where
	581	I try to go.
	582	I. yes. Do you talk to them during ...
Visualisere noe hvor pt	583	J. yes. it's important for me to check in.
	584	I. Okay. So they may tell y you where they are going?
	585	J. Yes.

561 – 565. Refleksiv prosess mellom musikk og samtale.

565 – 566.MV.ETTER. Viktig å finne ut hvordan pasientens prosess var.

566 – 567.MV.ETTER. Sjekke sine egne forutnelser i samtalen.

573 – 581. MV. UT. Visualisere noe som kan tilfredsstille et behov hos pasienten.

582 – 591. MV. Samtaler i løpet av visualiseringen. Terapeuten forsøker å beskrive pasientens opplevelse med musikk.

<sup>49</sup> Inferences: underforstått betydning.

Beskriver det pt visualiserer med musikken.	586	I. And how do you use that in your playing?	592 – 597. MV. Terapeuten legger ut 'sikkerhetsbøyer' i den verbale intervensjon i samtalen under
Sikkerhetsbøyer	587	J. I'll try to play wherever they wanna go.	
	588	I. So you try to sort of...	
	589	J. ...if it's a mountain or water or, you know, a city...it just depends.	
	590	I. You try to describe their experience with your music?	
	591	J. Yes.	600 – 601. MV. Musikken er allerede trygg fordi den er entrained til pasienten.
	592	I. Okay. And, is that the only thing you are doing, or do you also	
	593	help them be grounded at the same time, maybe, or...	
	594	J. Well, if they wanna go swimming, I would make sure to have a	
	595	dock out in the water, if they where going to the roof I would make	
	596	sure to say that there is gates, you know, a safety gate around the	611 – 617. MV. LM. Musikkens idiomer kan forandres og tilpasses pasientens behov og visualiseringer som endrer seg.
	597	roof, so yes, I put anchors in. For sure.	
	598	I. Yeah. And also in the way you perform the music? Or mainly in	
	599	your verbal intervention?	
	600	J. Yes, mostly in the verbal, because the music is already safe,	
	601	because it's entrained to them.	
	602	I. So you always also, in the MV, you do entraining?	
	603	J. Yes.	
	604	I. Based on their breath and bodily expression?	
	605	J. Yes.	
	606	I. Okay. Sometimes ask questions twice - because of verification -	
	607	just to make sure I understand you correctly.	
	608	J. Absolutely, sure.	
	609	I. Yesss..., and um, in MV, what benefits are there in that the music	
	610	is performed live?	
	611	J. Well, it can be entrained, it can be changed, the elements can be	
	612	changed, the instruments can change - the rhythm and the	
	613	harmony, according to what the patient needs.	
	614	I. ja.	
	615	J. So if their thinking they wanna go one place, and they don't, they	
	616	wanna go another, you can quickly change and adapt the musical	
	617	content to the other place. You can have silence in between	

Stillhet mellom gir rom for fordøyelse og bevegelse.

Det er bare fordeler for tp å bruke LM! Fordi det er tryggere og tp blir mer ansvarlig for prosessen.

Man kan ikke sammenligne levende og innspilt musikk.

I litteraturen/forskning er det brukt mest forhåndsinnspilt musikk, fordi den er lettere å duplikere.

Jeg tror vi må fortsette å prøve å definere kunsten å bruke levende musikk med mennesker i mt.

618 journeys or parts of where they are going or imaging that allows for  
619 digestion and space, and transition.

620 I. And, for you as a therapist, which advantages or disadvantages  
621 are there in using live music in MV?

622 J. There are only advantages! Because it's safer, and you are more  
623 accountable for the process. I don't really think you can compare  
624 the two. Really logically - it's sort of like saying, what's better, if you  
625 give someone a bottle of pills or you take them to a doctor.

626 I. You mean, you can't compare live and recorded music?

627 J. It's just a completely different experience. I think that it's the  
628 fault of the literature that only recorded music is used.

629 I. Can you say it again?

630 J. The literature mostly looks at the recorded music because it's  
631 easier duplicate in fact, and they think that that's science. But I  
632 think that we have to keep defining the art of music therapy and  
633 the art of using live music with other people. I think they can be just  
634 as quantifiable and maybe a little more dynamic and interesting. I  
635 think the key, the reason why, it's written about mostly recorded  
636 music is because it's done mostly by non-music therapists. So they  
637 are not allowed to use the live. But we are, but that doesn't mean  
638 we have to compare it with the recorded. But this is just my  
639 thinking lately. Because a doctor told me, after Yale, this doctor  
640 came up to me, and he said: "Why would you ever compare live  
641 music therapy with recorded music, it's just the meaning to your  
642 field". And I kept thinking about it, and it is!

643 I. Yeah! But I agree, it's hard to compare it, and that's not my point  
644 either, I really want to kind of find out what the significance with  
645 live music is.

646 J: Right, I know - that's good!

647

648 I. Well, I think we are ready for the pain now...So lets talk a little bit  
649 more, a little looser about it. Maybe you can tell me a little bit  
650 broadly first, your experiences in working with pain and music  
651 therapy.

652 J. Well, I think the only element we haven't talked about is the  
653 releasing restoration of possibilities. So with the releasing MV, it's  
654 actually about the image that you give someone. That they are  
655 pushing something out of the body. So, it could be, a bump or a

617 – 619. MV. LM. LM  
kan gi stillhet mellom  
visualiseringene som kan  
gi fordøyelsestid.

622 – 623. MV. LM. LM er  
tryggere for terapeuten,  
og terapeuten er mer  
ansvarlig for prosessen.

630 – 631. LM. Det er  
skrevet mest om  
forhåndsinnspilt musikk  
fordi den er lettere å

632 – 633. LM. Fortsette å  
definere bruken av levende  
musikk med menneske.

640 – 642. LM. Levende  
musikk er meningen med  
musikkterapi.

652 – 657. SL. MV. Releasing  
rekonstruksjon av  
muligheter. Releasing  
musikkvisualisering.  
Visualisere at noe forlater  
kroppen. Bruker trommer.

<p>SL. Frigjørende rekonstruering av muligheter. Å dytte noe ut av kroppen. Trommer.</p>	<p>656 bubble or water or the devil, it just depends on how they see it. And 657 that I usually do with drums.</p> <p>658 I. Okay. So...then you use MV for pain reduction</p> <p>659 J. Yes. Pain relief.</p> <p>660 I. Pain relief yes. Uhm... Are there any other methods that you use 661 in pain relief, that we haven't talked about?</p>
<p>Visualisere at noe forlater kroppen. Pasienten er med, involverer skriking, slåing, dytting (K: Jeg tror vi beveger oss ut av det reseptive her... ). Høyt tempo og aggressivt.</p>	<p>662 J. Ahm...like I said, its drumming or toning. And it's about visualizing 663 something, leaving the body. And the person helps do that. And it 664 generally has a faster tempo, and it's generally quite aggressive. 665 And can involve screaming and hitting, and pushing.</p> <p>666 I. How can you do that in a hospital?</p> <p>667 J. I do it all the time!! You know...it can actually be so helpful that 668 I've been thanked by staff. Particularly during procedures. Where, if 669 someone has to inject a huge needle, and on the other hand the 670 patient is picturing, you know, having control over the needle, and 671 pushing out the anxiety. So, yeah, it's about releasing aggression.</p> <p>672 I. So, before you do a musical intervention with a patient in pain, 673 what happens then?</p>
<p>Dette handler mer om aktiv musikkterapi.</p> <p>SL. FØR. Finne ut hva slags person pt er. Finne ut hvilket type pasienten er; releaser, integrator, visualiserer, hvilken ego-kapasitet pasient har – for å finne ut hvilken metode som vil passe. Observerer stemmen.</p>	<p>674 J. Well, it's figuring out what kind of person they are. Are they 675 releaser, are they integrator, are they are visualiser. What's the 676 best way to achieve what they need. So I look at the way someone 677 talks. Do they talk really airy, do they hold on, or do they talk load, 678 and, you know, curse a lot, and it just depends on someone's ego 679 capacity... for what's gonna be done next.</p> <p>680 I. Okay. I guess you also review their body, sort of observe their 681 body and breathe?</p> <p>682 J. Yes.</p> <p>683 I. Is there anything else then the breath you try to observe</p> <p>684 J. Their instrumental preference.</p>
<p>SL. FØR. Observerer pust og instrument preferanse og hvordan kroppen reagerer på å bli spilt for og å spille selv.</p>	<p>685 I. But in their body</p> <p>686 J. How they play. How their body react to being played for, and also 687 how their body react to playing.</p> <p>688 I. Okay. Do you sometimes also use information you only get from 689 their body, and not verbally in your intervention?</p>

662 – 665. SL. MV. Å visualisere at noe forlater kroppen er ofte akkompagnert av trommer/toning, høyt tempo, aggressivitet, skrik, slå, dytte.

667 – 671. SL. MV. Handler om kontroll og frigjøring.

674 – 679. SL. FØR. Finne ut hvilket type pasienten er; releaser, integrator, visualiserer, hvilken ego-kapasitet pasient har – for å finne ut hvilken metode som vil passe. Observerer stemmen.

684. SL. FØR. Instrumentpreferanse.

686 – 687. SL. FØR. Observerer hvordan pasientens kropp reagerer på musikk.

Legger sammen ord og reaksjoner i observasjonsfasen.

CAS: Color Analysis Scale. Gir innblikk i pt's opplevelse av situasjonen/smerten.

CAS gir pasientens visuelle bilde, smertens intensitet og et referansepunkt.

- 690 J. I listen to what they say, but I also look at how they react, so I try  
691 to put the two together.
- 692 I. Okay. And then over to the music. I guess it's very different what  
693 kind of music you use when you work with pain.
- 694 J. Yeah, it just depends on the assessment, and the colouranalysis  
695 scale, which is a big part of our work.
- 696 I. Color analyses scale...
- 697 J. Yeah, see you are talking about visualization, but we have to have  
698 an idea of the way the picture, the way the person presents the  
699 picture. So they could come in with knee pain, but they might draw  
700 red over their head because they have a big test tomorrow, or  
701 because their father beat them or because their tired of being in  
702 the hospital, or...you know, we just...it's very important for us to  
703 get their color-analysis-scale. Because that gives us the visual of the  
704 person; what the person thinks about what's going on in their body.  
705 It's critical to what we do with their body.
- 706 I. And the color..., this scale, is this the one with a person that they  
707 can draw on, to tell you where the pain is and how it feels like?
- 708 J. Yes.
- 709 I. Okay, and how do you use this information when you shape the  
710 music?
- 711 J. Well, we will believe the patient. Even though they might come in  
712 with stomach cancer; if they draw a red circle all over their feet we  
713 will play to their feet, and the pain in their feet. So it can be  
714 distinctly different from the medical information. And that's one,  
715 you know, the visual of the patient. That's the proximity<sup>50</sup>. Two, the  
716 color gives us an idea about the intensity, and what the person  
717 SAYS about the intensity, and then color is a reference-point.  
718 So...that's important. And then the lines, and how they are drawing,  
719 and..., that's all critical information.
- 720 I. Do you ever make the patients describe in words too, how the  
721 pain feels like?
- 722 J. Oh yes, we always ask them. And we usually write it down on  
723 them (drawings) in quote.

690 – 691. SL. Terapeuten kombinerer verbale utsagn og observerbare reaksjoner i kroppen i intervensjonen.

694 – 695. SL. Assessment og CAS, er en viktig del av arbeidet deres, og er med på å forme musikken.

697 – 705. SL. CAS gir pasientens fortelling/bilde av situasjonen.

711 – 715. SL. CAS. gir et bilde av pasienten, som kan være svært forskjellig fra den medisinske informasjonen.

715 – 719. CAS. Fargen og måten pasienten tegner forteller om intensiteten i smerten, så CAS blir et referansepunkt.

724 – 731. SL. Pasientens beskrivelse av smerten blir forsøkt matchet i musikken; en del av entrainment.

<sup>50</sup> Proximity: nærhet.

Beskrivelsen av smerten  
blir inkludert i musikken  
– en del av entrainment.

Å møte smerten sammen  
med noen hjelper pt.

Når tp går inn i smerten  
med en pt, må tp bruke  
forskjellige teknikker til å  
beskytte seg selv med.

Beskytter seg i sesjoner

724 I. Okay. And. If, for example, a person says that the pain has a  
725 certain rhythm...

726 J. yeah, they'll tell us, we ask if it's piercing<sup>51</sup>, is it fast, is it slow, is it  
727 all time, the duration and level of the pain.

728 I. And how would you include these descriptions; would you match  
729 for example, the rhythm?

730 J. Yes. That's part of the entrainment. It's playing where they are at,  
731 first.

732 I. And how do you experience that this influence the pain?

733 J. Because a lot of people believe that, a lot of patients have told us  
734 that they feel as if staff and family and friends are afraid of their  
735 pain. So by jumping into their pain with them, we are using a music  
736 psychotherapy approach of showing them that we will meet them  
737 were they are at. And that we are not afraid of their pain. And we  
738 are not afraid to be in their pain with them.

739 I. Okay. And that helps them.

740 J. It does! Especially since people walk in the room and say: is your  
741 pain gone?, do you feel better? (laughter)... Yeah, we are not afraid  
742 to go to the deep, dark, dirty vowels of pain. And, you know, we  
743 need to protect our self when we do that. So, that's important.

744 I. How do you protect yourself, then?

745 J. Well, just using the image of a sponge; that we can squeeze it out  
746 when we leave.

747 I. Okay.

748 J. ...talk to someone about it, write about it, it's important to have a  
749 means of relieve for yourself as a therapist, after you go through  
750 that with someone.

751 I. Do you also do something in the session to protect yourself?

752 J. No. I think, in the session, we go in with imaginary boundary. We  
753 can go in it, but it's a part of a session, not a part of us.

732 – 743. SL. Det å møte og  
gå inn i smerten sammen  
med en annen hjelper  
pasienten.

742 – 750. SL. Terapeuten  
må beskytte seg selv når  
de går inn i smerten med  
pasienten.

751 – 753. SL. I sesjonen  
beskytter terapeuten seg  
med imaginære grenser.

<sup>51</sup> Pierce: Gjennomføre.

Mennesker med smerter avsondrer ofte den delen av kroppen som er i smerte fra resten av kroppen. Dette reduserer blodgjennomstrømning og pustekapasitet. Derfor bruker musikkterapeutene teknikker som skaper flow i kroppen: trommer, toning, spille fort og å spille for – holde, gi omsorg, favne, fokusere på og puste til smerten.

SL. Å få pasienten til å slippe beskyttende spenninger (relief), ved å syng en sang som er entrainet til pusten deres, hvilket hjelper dem til å puste. Dette rører mange til tårer. Tårer og å gi slipp på kroppslige spenninger er en form for lindring. Terapeuten visualiserer. Pasienter på sykehus får ikke omsorg.

54 I. Okay. Let me see... I really want to know a little bit more about  
55 the music in work with pain. And some more descriptions, on how  
56 you use and why you use it the way you do, and things like that.

57 J. Okay. One things that sometimes happens when people have  
58 pain is they segregate<sup>52</sup> wherever the pain is from the rest of the  
59 body. That's why you get a lot of things like blood... (*something I*  
60 *can't hear*, min: 7645) or SOB, shortness of breath, cause people  
61 are so scared that they go "hup" (holds her breath) and they go on.  
62 So it reduces the blood flow and breathing capacity. So that's why  
63 we will use things that will help flow. It might be melody, harmonic  
64 melody IN breath. it might be drumming, and getting a person to  
65 tone, and play fast, which moves the blood and breath. It might be  
66 playing for, and holding and nurturing and containing, and helping  
67 someone focus on the part of the body where the pain is and  
68 breath to it while we hold on, so it just depends, but those are  
69 different musical scenarios. All sounding distinctly different, but all  
70 adapted to the need of the patient.

71  
72 I. Can you describe one of those a little bit deeper? Pick one - the  
73 one you want to.

74 J. Sometimes I will see that someone is holding on so much to  
75 protect, that I will actually try to work them to the point where they  
76 can relief and so I will just get them to breathe, and I will maybe  
77 sing a song of comfort to them, entrained to their breath and it  
78 might actually move them to tears. And tears are a form of relief.  
79 So that could be a great pain session, because then their body is  
80 letting down of tension. So that's a really great session to me. One  
81 that I have to explain to a lot of people that don't understand what  
82 music therapy is...I remember I worked at one of the best in the  
83 country, on a grant, as a consult, and she was very upset, she was  
84 the director of child life because she said I made kids cry. I tried to  
85 explain to her what a great thing this was, and I just, you know  
86 having kids go to a playroom and putting smiles on their faces  
87 wasn't necessarily therapeutic for their bodies. So the idea is to give  
88 them a let-go of tension. In pain, using visualization or holding. You  
89 know, and that's where I, as a therapist is visualizing. I can actually

757 – 762. SL. Mange pasienter avsondrer det område som er i smerte fra resten av kroppen, hvilket reduserer blodgjennomstrømning og pustekapasitet.

762 – 763. SL. Prøver å lage musikk som skaper flow i pasientens kropp.

763 – 764. SL. Flow: Melodi, harmoni i busten.

764 – 765. SL. Flow: Tromming og toning i hurtig tempo, hvilket skaper bevegelse i blod og pust.

765 – 768. SL. Flow: Spille for, holde, favne (containe), nære (nurture) og hjelpe pasienten til å fokusere på stedet i kroppen hvor smerten er og puste til det.

774 – 780. SL. Å få pasienten til å slippe beskyttende spenninger (relief), ved å syng en sang som er entrainet til pusten deres, hvilket hjelper dem til å puste. Dette rører mange til tårer. Tårer og å gi slipp på kroppslige spenninger er en form for lindring.

<sup>52</sup> Segregate: Skille ut, avsondre, dele opp (Gyldendals Røde Ordbøger, 1997).



Assessment. Få vite  
hvordan pt reagerer  
både psykisk, fysisk og  
intellektuelt på mange  
forskjellige lyder .  
Observere hvordan  
pusten  
reagerer/forandrer seg  
når den blir utsatt for  
musikk.

Nøkkel: Se etter det  
som påvirker smerten.

790 see myself holding and hugging them and rocking them, and  
791 tending to them, so that they can feel loved and nurtured. Because,  
792 surprisingly people in the hospital don't get this. They picture they  
793 are constantly holding on to their family, to protect them, and they  
794 are denying their own stuff, because they are scared they will  
795 overwhelmed their family. It's pretty interesting.

796 I. Ja. Well, one thing that I think is very important, is the connection  
797 between the emotions and the body - between the psychological  
798 state and physiological state - maybe you can tell a little more  
799 about that, related to pain?

800 J. Well, that's all part of the assessment. It's critical to see how the  
801 patients respond to a myriads of sounds. What their bodies does;  
802 do they close it, or do they open it, and what associations they  
803 have; physical and cognitive, mental, spiritual associations with the  
804 sounds. And then how their breathing changes during the play. And  
805 weather they are more settled being played for, or playing with, or  
806 performing, playing alone too. So, all these things are essential to  
807 consider in the assessment. And you should get this information  
808 before you just go in there an threat.

809 I. Of course. Do you often experience that there are emotional  
810 issues that causes the pain - or that causes tension that causes the  
811 pain.

812 J. I wouldn't say definitely that it causes it, but it definitely  
813 influences it. Always. Even the most healthy person is influenced by  
814 social, spiritual and emotional factors, that influence the pain-  
815 experience. And that's why, in papers, medical dictionary, pain is  
816 the one definition,

817 that doesn't just have these sensory experience but also your  
818 reactions to it. So pain always have an emotional reaction.

819 I. Ja. And how do you relate to this in music therapy - the emotional  
820 part of the pain, contra the physiological pain.

821 J: The key is looking at what's influencing your pain. Is it your dread  
822 that what's going on with your body is going to get worse and  
823 worse, or that you are gonna die, or that you can't do A, B, C and D.  
824 Okay, so those are the limits and fears, and then, how is this  
825 effecting other people I love around me. So that's the social. And  
826 so, it's always at work, the present, the past, the future, and then  
827 the influence upon others.

828 I. Okay.

800 – 804. Assessment.  
Finne ut hvordan pasienten  
reagerer på mange  
forskjellige lyder; hvordan  
kroppen reagerer og hvilke  
assosiasjoner pasienten får.

J804. GEN. UNDER. Observerer  
hvordan pusten endrer seg i løp  
av musikken.

812 – 818. SL. Smerte har  
en emosjonell reaksjon.  
Emosjoner influerer  
smerten.

821 – 827. SL. Nøkkelen  
er å finne ut hva som  
påvirker smerten.

829 – 831. SL. Kontroll.  
Musikk kan hjelpe pasienten  
kontrollere  
smerteopplevelsen.

Musikk kan gi tilbake mistet kontroll.

Alltid fysiske effekter av musikk.

HVORDAN?

Sosiale, spirituell og emosjonelle faktorer influerer smerteopplevelsen. Smerte har alltid en emosjonell reaksjon.

Lytte til musikk-preferanser.

829 J. ...And especially the control-issue. I can't control this. And one  
830 thing that music can do, all these things we were talking about, is  
831 help the person control the pain experience. And really, we start  
832 with patients who have ten-pain, and taken them to a point where  
833 they are not feeling any pain. Or taken them to the point where  
834 they went to the bathroom, or their nose stopped bleeding. You  
835 know, there are always physical effects of music.

836 I. Ja. So, what do you think...why is that, you think? What is it music  
837 does to the body - how does that work? Because, to me it sounds  
838 like the music can talk to both the emotional and physical state of  
839 the patient

840 J. ...and spiritual and cultural, yep

841 I. ...yes, and in that way influences the pain-experience.

842 J. Yes. Indeed.

843 I. And, I guess it differs which of those four aspects that is  
844 important for each patient?

845 J. I think it is, yes. I mean, some aspects are more important than  
846 others. Some patients say "I don't care what kind of music, just play  
847 anything". And then you realize they are accepting of everything  
848 and it doesn't matter weather you play something Caribbean, or  
849 something Nigerian, or something....They just wanna be nurtured.  
850 And they are leaving it to you. And other patients are very specific.  
851 "I want something in Spanish", or "I don't wanna hear a spiritual".  
852 So it's just about listening to those preferences, and then using  
853 judgments on them.

854 I. So you can work with pain for a patient that is in bed, and just  
855 experiencing pain, and also in connection to a procedure.

856 J. Yes. Chronic, terminal and procedural. Chronic pain is different  
857 then terminal pain probably, or procedural.

858 I. Okay. When you work with procedural pain, can you explain a  
859 little bit more, how you do that?

860 J. Yeah, that usually is about releasing. No... it varies depending on  
861 the procedure, actually I couldn't say that. It depends on what  
862 procedure it is; weather I will do integration or release. Or  
863 visualization. On of those three.

864 I. And what about the control?

831 – 835. SL. Der er alltid fysiske konsekvenser av musikk.

852 – 853. Lytte til pasientens musikkpreferanser.

856 – 857. SL. Forskjellige smertetyper: Kronisk, dødelig, inngrepsrelatert.

860 – 863. SL. Inngrepsrelatert smerte: Teknikker: integrasjon, release, visualisering.

Integrasjon, release og  
visualisering kan blir  
brukt i inngrepsrelatert  
smerte

Release er en måte å få  
kontrollen tilbake på.

Gate Control Theory of  
Pain

- 865 J. Well, the control would be the release. Where people are using  
866 drums to make rhythms, and shaping the contact for when the  
867 doctor can stick them, and they'll actually tell the doctor when, and  
868 have control of the count.
- 869 I. Is this both with children and adults?  
870 J. Children and adults, yeah.
- 871 I. Okay. Maybe you could talk a little bit more about the drums?  
872 Describe a little bit more how you do it with drums.
- 873 j. Yeah, well, if you look at other cultures that body-pierce or fire-  
874 walks; these are very painful procedures, but if you read about the  
875 Gate Control Theory Of Pain, by Melzac and Wall you learn that  
876 pain and music travel on the same neuro pathways, so if you  
877 influence one, the other is influenced. So, if someone is sticking you  
878 with a needle in one arm, and you are making a 'bom-bom-  
879 bombombom' with you other hand, and you are toning, you might  
880 not feel the veni-puncture stick and the pain goes away.
- 881 I. Okay. And you also use drumming in terminal and chronic pain-  
882 treatment?
- 883 J. Yes. It can be used - I don't know if you watched the video of my  
884 woman who went to the mountain to help her die?
- 885 I. Yes, I did.
- 886 J. I showed you that. She was having terrible pain. She had a  
887 pathological fracture<sup>53</sup> of her right arm, and was drumming with her  
888 left. So it's about helping to control when you are at the end of life,  
889 in that case. And using the drums to transport you to another  
890 world. So people do that. Or they just, it's a way for them to person  
891 scream<sup>54</sup> and have it be heard by someone else, using rhythm.  
892 That's kind of like what rapping is. I do believe rapping is a real  
893 rhythmic release of pain, actually. Because it's done in a rhythm  
894 you know, so it's safe and cool. Yup, but it's about a lot of anger.
- 895 I. Yeah! And what about chronic painwork?

865 – 868. SL: Inngrepsrelatert  
smerte: Release vil si å gi tilbake  
kontrollen under inngrep, ved å  
la pasienten lage rytmer med en  
tromme, og bestemme når  
legen kan f.eks. gi en sprøyte.

875 – 880. Gate Control  
Theory of Pain. Smerte og  
musikk anvender de samme  
nervebaner. Hvis pasienten  
trommer og toner når de blir  
stukket, er det mulig at de  
ikke kjenner smerten.

<sup>53</sup> Pathological fracture:

<sup>54</sup> Joanne (fra membercheck): Yell and release.

896 J. Well, chronic pain is sort of like sickel cell, a pain that people are  
 897 used to, that creates a cycle of return. And that's where we'll use a  
 898 lot of vibration and visualization and breathing. To give someone  
 899 the control of going into their body. And addressing and taking  
 900 charge. Giving them the techniques.

901 I. Okay. Great! And then a little bit about...do you have anything to  
 902 add about using live music in pain work, that you didn't say before.

903 J. I think there is no other way to use music therapy then to use live  
 904 music. To me, if you are not using live music, you are not using  
 905 music therapy. It might be therapeutic music listening, bit it's not  
 906 music therapy. Because therapy is about the interaction of...and  
 907 you are not interacting when you are using recorded music.

908 I. The interaction of....

909 J. Interaction of psychotherapeutic interventions. That's not  
 910 happening in recorded music. You are prescribing some music, but  
 911 anybody can do that. Where as when you are playing the music  
 912 with the patient, you are actually in there with them.

913 I. Yes. So you think this interpersonal relationship that is created...

914 J. It's key.

915 I. Okay. Well...I agree, but that's another big topic.

916 J. Yes.

917 I. Okay, I think I'm through now! Is there anything you would like to  
 918 add?

919 J. No!

896 – 900. SL. I kronisk smerte kan man bruke vibrasjoner, visualisering, pust. Gi pasienten teknikker til hvordan de kan få kontroll over kroppen igjen.

904 – 909. LM. Hvis man ikke bruker levende musikk, utøver man ikke musikkterapi – det kan være terapeutisk musikklytning men ikke musikkterapi. Fordi terapi handler om interaksjon av psykoterapeutiske intervensjoner.

LM. For meg – hvis man ikke bruker levende musikk, bruker man ikke musikkterapi.

Ikke enig.

Marcela Lichtenstein

TEMAER:

2 – 8. Arbeider med et bredt utvalg av pasienter i en medisinsk setting, ofte med smerterelaterte

9 – 15. SL. UNDER. Bruker helst aktiv musikkterapi i smertelindring.

24 – 28. GEN. UNDER. Musikkens form kommer blant annet an på hva pt vil med musikken og om det er improvisert eller komponert musikk.

33. MA. Før hun spiller gjennomfører hun en assessment.

33 – 36. GEN. Assessment inneholder blant annet vurdering av: medisinsk tilstand, håndterings mekanismer (COPING), pasientens behov og tilstand i øyeblikket, generell og spesifikk musikalsk preferanse.

Tanker og spørsmål til teksten:

Arbeider med en rekke ulike pasientgruppe på sykehuset. Familiemedisin, smerte, ortopedisk avdeling m. ryggradsoperasjoner, kreftavdeling, fødeavdeling, nevrologisk avdeling, "sickle cell", barn med utviklingshemning. K: Jeg vet hennes "spesialområde" er smerte.

Hun bruker ikke så mye reseptiv musikk i smertelindring. Foretrekker aktiv musikkterapi.

K: Det kan virke som om hun tror at jeg vil vite hvordan hun bruker MV og MA i smertelindring. Hun opplyser om at hun bruker flere metoder enn de to i smertelindring. Jeg sier at det er ok.

De fleste av hennes sesjoner inkluderer aktiv musisering i smertelindring. K: Det kan jo være et problem? Jeg visste det ikke.

Musikkens form varierer.

Musikkens form kommer an på hvor pt vil "gå" med musikken. K: Jeg forstår dette som visualisering, men det kan også forstås som hva hensikten med musikken for pt er.

Musikkens for kommer også an på om det er improvisert eller komponert musikk.

- 1 I. Which patients do you work with? Wasn't it spine-patients?  
 2 M: Yes, but not only. I work with the population served under the family  
 3 medicine services, pain medicine services, spine services at the  
 4 orthopedics unit, oncology unit, maternity unit, and neurology unit,  
 5 with the sickle cell anemia community and with the department of  
 6 developmental pediatrics in the outpatient clinic. Patients under the  
 7 family medicine census and pain medicine census can be hosted at any  
 8 of the units of the facility depending on the reason of admission. I am  
 9 thinking on this topic of the interview... I do not use as much  
 10 visualization techniques for pain reduction treatments. There are other  
 11 interventions that I happen to use more often, for instance active  
 12 music-making. This depends on the patient. I believe that involving the  
 13 patient in active music making also has an impact in reducing the pain. I  
 14 would like to make sure that these are the three items that you would  
 15 like to know about. However, I use a few more in my practice.  
 16 I. Yes, that is fine!  
 17 (M. That is when we are talking about pain reduction right, but what  
 18 happens when there is active music making? And usually most of my  
 19 sessions include active music making.  
 20 I. Okay - in pain reduction?  
 21 M. Yes. So, I want to make it clear, that it is not all about relaxation and  
 22 visualization.) NOT CLEAR FOR ME EITHER...  
 23 I. I see.  
 24 M. The shape of the music will be different, because that will depend on  
 25 where the patient wants to go with the music, whether is improvised or  
 26 pre-composed music.  
 27 I. I see.  
 28 M. That is one aspect.  
 29 I. Yes. Why don't we talk about relaxation first and then visualization  
 30 and then pain reduction - and you just tell me about all the techniques  
 31 you use in pain reduction, when we talk about pain reduction. That  
 32 would be wonderful!

MA: Før hun spiller gjennomfører hun en assessment.

Assessment inneholder: medisinsk tilstand, coping-mekanismer, pasientens behov, hvordan pt har det i øyeblikket, generell musikalsk preferanse, og musikalsk preferanse der og da.

MA: Spiller musikk for pasienten uten ledsagende samtale, men ved å entraine musikken til pasienten.

MA: Mange ganger blir improvisasjonen formet til en lullaby underveis ved å bruke Lullaby-teknikken.

MA: Bruker som regel ikke ord i MA. Holder det i musikken, ved å forme musikken i en enkel og repeterende struktur, ved å simplifisere akkordprogresjonen til to akkorder, for eksempel tonika og dominant, eller bare bruke en akkord – det tonale senteret.

MA: Lullaby-teknikken: I tretakt, enkelhet, repetisjon, langsomt tempo.

MA: Jeg starter der pasienten er og transformerer musikken til en enklere struktur, til pasienten blir i stand til å gi slipp og falle i søvn.

MA: Intensjonen er å utvikle en enklere struktur, å bli mer og mer stille med mindre bevegelse og å holde musikken entrainet til åndedrettet.

MV: I MV er musikken tilpasset pt's bilder.

MV: Jeg maler pt's bilder med pianoet, for å støtte pt's visualisering

33 M. Okay. Mostly, after a detailed assessment on the medical condition,  
34 coping mechanisms, needs and how the patient feels at the moment of  
35 the session and musical preferences in general and at the moment  
36 among other aspects, I play music for the patient without guiding with  
37 words, by entraining the music to the patient. Often times, shaping the  
38 improvisation into a lullaby, using the lullaby technique. That said, I  
39 would like to add that most of times I don't use words during a  
40 relaxation. I keep it in the music by shaping the music with a simple and  
41 repetitive structure by simplifying the chord progression to two chords  
42 for instance I and V or any modal sequence even keeping it in one  
43 chord, the tonal center. You know the lullaby-technique, right?

44 I. Yeah, the three fourth, and...

45 M. ...Yes, and looking for simplicity, repetition and slow tempo. That is  
46 the closest explanation of the way I tailor the music along. I start where  
47 the patient is at the moment, and then I would transform the music into  
48 a simpler structure, until the patient is able to let go and may fall asleep.

49 I. Okay, and this simpler structure, is that always a lullaby, or  
50 sometimes, or usually, or...

51 M. It does not have to be a lullaby per se. ...It can be an improvisation  
52 on any musical idea as well. The intention would be to arrive to a  
53 simpler structure, and to become quieter and quieter with less motion,  
54 and to keep it entrained with the breathing. In the case of a  
55 visualization, the music would be different, because the music goes  
56 together with the images, whether the patient is telling me what images  
57 he has or I offer questions to guide where to go. The music would go  
58 with the image. So, it is like...with the piano I would be like painting,  
59 right? (laughing) the image to support wherever the patient wants to  
60 go. And even so, during a visualization the patient can be involved in  
61 active music making. There are different ways for music visualization. It  
62 can be with eyes closed and the patient lying down, or it can be with the  
63 patient involved in music making while creating his own landscape and  
64 soundscape. The music can be much different because of the  
65 improvisation or the free associations in the music. Improvised or pre  
66 composed music goes with the images. Is it clear, the difference there?

67 I. Yes, so if the patient is lying down, and is receptive, then you are sort  
68 of adjusting the music to fit the patients' pictures or images?

69 M. Right. Images, the patient's energy, pitch, all what you may adjust  
70 when you want to entrain the music to the patient. Then, it is the  
71 image, but also it is what I perceive from the patient, what the  
72 connection or how significant are the images for the patient, his and my  
73 free association, and his and my feelings. It's certainly more analytically

36 – 37. MA. Etter assessment spiller hun musikk som er entrainet til pt, uten ledsagende samtale.

37 – 38. MA. UNDER. Improvisasjonen kan bli omformet til en lullaby

38 – 40. MA. UNDER. Bruker som regel ikke samtale.

40 – 43. MA. UNDER. Musikken preges av repeterende struktur, enkelhet, å gradvis simplifisere akkordprogresjonen til f.x. 1 og/eller 5.

45 – 46. MA. UNDER. Lullaby-teknikken: Tretakt, enkelhet, repetisjon, langsomt tempo.

46 – 48. MA. UNDER. Starter med å matche musikken til pt (entr) og gradvis transformere musikken inn i en enklere struktur, til pt blir i stand til å gi slipp og falle i søvn.

51 – 54. MA. UNDER. Intensjonen er å utvikle en enklere og roligere struktur og å holde musikken entrainet til pt's åndedrett.

54 – 60. MV. UNDER. Musikken er et musikalsk uttrykk av pt's bilder.

58 – 60. MV. UNDER. Det å uttrykke visualiseringen musikalsk er ment å støtte pt's visualiseringer.

60 – 64. MV. Er ikke begrenset til reseptiv mt, pt kan også være

64 – 66. MV. UNDER. Musikken avhenger av nt's bilder

69 – 70. MV. UNDER. Musikken blir justert til pt's bilder, energi, stemmeleie.

70 – 72. MV. UNDER. Forbindelsen mellom pt og bilde, hvor viktig bildet er for pt har betydning for musikkens utforming.

72 – 73. MV. UNDER. pt og tp's frie assosiasjoner, pt og tp's følelser influerer musikken.

MV. MV kan være med pt liggende med øynene lukket, eller ved at pt er involvert i musikken. K: Delvis utenfor temarammen.

MV. Musikken varierer fordi den avhenger av pt's bilder.

MV. Musikken blir tilpasset pt's energi, PITCH, "alt du kan justere når du vil entraine musikken til pt" K: Veldig uklart for meg.

MV. Mer analytisk arbeid.

MV. Musikken blir tilpasset følgende: Hva pt iakttar fra pt, Hva forbindelsen er mellom bildene og pt, Hvor betydningsfulle bildene er for pt, Pt og tp's frie assosiasjoner, Pt og tp's følelser. Kan involvere metaforer uttrykt i bildene og arketyper representert gjennom bildene.

MV. Det er vanskelig å forklare konkret hvordan hun utformer musikken – lettere å demonstrere.

Der er ingen oppskrift for hvordan man uttrykker noe.

Ingen oppskrift for hvordan man anvender ikke-musikalske elementer som utgangspunkt til å skape musikk. For eksempel, ingen regel for hvordan man uttrykker ensomhet musikalsk. K: Kanskje ikke, men jeg tror det er trekk som går igjen.

K: Hvorfor gjorde jeg ikke spm enklere, da??

Filosofisk diskusjon omkring hva musikk er, hva musikk uttrykker. Kan ikke generalisere anvendelsen av tonearter og akkordeprogresjoner.

105

106

107

108

109

110

74 oriented this type of work. It can involve the metaphors embodied in  
75 the images or the archetypes represented through the images and  
76 expressed in the music, for instance.

77 I. Okay. How do you do that?

78 M. How do I do that...

79 I. Can you give me an example, maybe?

80 M. I am thinking how to...

81 I. Yeah, it is hard to say in words, it is easier to demonstrate.

82 M. Right, it is easier to demonstrate in a session, even so, right!

83 I. Yeah.

84 M. Right. What I am really thinking is that there are no recipes to  
85 express something, right... There are no recipes to create with and to  
86 put together elements that are not coming with an actual musical  
87 intention but we take them as musical elements, so we combine them  
88 in an improvisation or composition. There are no recipes... To say or  
89 explain how we play lonely music when the patient feels lonely...(pause)  
90 It's a tough one!

91 I. Yes. I know it is really difficult. I tried to interview myself and I  
92 thought it was very hard too. To answer my own questions.

93 M. Right! And that leads us also into a philosophical discussion on what  
94 music is, what music expresses... Certainly it is very difficult to say ok if  
95 you want to play something sad so you should play for instance in minor  
96 because that may not be true, and... to say "okay, mostly I play this  
97 progression" - it's not true either.

98 I. No. But, lets say that we are in a music relaxation and: What happens  
99 before you start playing? Do you make any observations and... Can you  
100 just describe that period before you start playing?

101 M. Sure. There is an on going assessment. Besides the emotional  
102 assessment on how the patient is coping with the condition, if he has  
103 loved ones around taking care of him, what his needs are, and so forth,  
104 there are the different components of physiological responses, whether  
105 is the breathing, the heart rate – if they have the monitors around.  
106 There are other observable elements to consider for instance  
107 movements of the body, the muscle tone and the tone, rhythm and  
108 tempo of the speech to mention some of them. Everything that the  
109 patient might be doing, expressing besides of what the patient is saying,  
110 besides the content of the words. All the other elements that at any

74 – 76. MV. UNDER. Kan spille metaforer uttrykt i bildene og arketyper representert gjennom bildene.

84 – 90. MV. Det finnes ikke en oppskrift for anvendelsen av ikke-musikalske elementer i utforming av musikk.

94 – 97. GEN/MV. Kan ikke generalisere anvendelsen av tonearter og akkordprogresjoner.

101. MA/GEN.FØR. Vedvarende assessment.

101 – 103. MA.FØR. Emosjonell assesm.: hvordan pt takler tilstanden sin, om pt har kjente og kjære rundt seg som tar vare på vedk., pt's behov.

105 – 108. MA. FØR. Fysisk assessment: Åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus,

<p>MA. FØR. Assessment: Emosjonell assessment på hvordan pt takler tilstanden sin, om pt har noen kjente og kjære rundt seg til å ta vare på seg, hva pt's behov er.</p>	<p>111 112 113</p>	<p>time we are sending as part of our communication. See, we are here listening to each other right? And we are missing such a big part of communication.</p>	<p>108 – 113. MA. FØR. Observerer alt pt gjør og non-verbale utsagn og kommunikasjon.</p>
<p>MA.FØR. Fysisk assessment: Åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus, stemmens tone, rytme og tempo.</p>	<p>114 115 116 117</p>	<p>I. Yes.  M. Well, all what I have in front of a patient is what we do not have at this moment. Those are aspects of human interaction. As a musician, as a creative music therapist, you can put all those elements in the music.</p>	<p>110 – 119. MA/GEN. UNDER. Skreddersyr musikken ved å inkludere nonverbale interaksjon (er usikker på anvendelsen av ordet nonv).</p>
<p>MA. FØR. Alt pt gjør og uttrykker ved siden av innholdet i det pt sier. Den nonverbale delen av kommunikasjonen.</p>	<p>118 119 120 121</p>	<p>We tailor the music for the patient with the patient in the "here and now" of the clinical situation. Every music therapist will do that in a different way. Then your music will be different than mine for the same patient, the same situation, as the therapeutic relationship will be</p>	<p>119 – 127. GEN. UNDER. Musikkens form kommer også an på musikkterapeutens musikalske historie, persepsjon, antagelser, assosiasjoner og relasjon til pt.</p>
<p>MA/GEN. UNDER. Alt jeg har foran meg hos en pt, er det vi ikke har nå, og dette er aspekter av menneskelig interaksjon. Som kreativ musikkterapeut kan man putte alt dette i musikken. Vi skreddersyr musikken for pt med pt i nå'et.</p>	<p>122 123 124 125 126 127</p>	<p>different too.  I. Yeah. I guess it depends also on the therapist's musical history.  M. Yes. That is one of the aspects. Also your perception is different than mine and different than somebody else, your assumptions and your associations are also different. So it's very interesting how we can create a different process, different music as we are all unique...</p>	<p>131 – 139. MA/GEN.FØR. Assessment: Fokus på åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus, talens rytme og melodi, stemmens klangfarge.</p>
<p>GEN. UNDER. Alle musikkterapeuter vil gjøre dette forskjellig, og spille forskjellig musikk. Den terapeutiske relasjon vil også være forskjellig.</p>	<p>128 129 130</p>	<p>Coming back to what I said before, the assessment includes different aspects.  I. Ok. Can you say it, like the different things?</p>	
<p>MA/GEN. UNDER. Musikken kommer an på tp'ens musikalske historie, persepsjon, antagelser, assosiasjoner.</p>	<p>131 132 133</p>	<p>M. Focusing on the physiological aspect: breathing, heart rate if it is connected to any equipment, body movement, muscle tone, rhythm, melody of the speech, timbre of the voice...</p>	
<p>GEN. UNDER. Vi er alle unike og skaper forskjellige prosesser og forskjellig musikk.</p>	<p>134 135</p>	<p>I. Melody? What do you mean by melody?  M. Melody of the speech.</p>	
<p>FØR.Assessment: åndedrett, hjerterytme, kroppsbevegelser, muskeltonus, rytme og melodi i talen, stemmens klangfarge.</p>	<p>136 137 138 139</p>	<p>I. Ok. I see. And rhythm... that is like heart rate and breath?  M. Rhythm, I meant rhythm, melody, and meter related to the speech.  I. Once again. That is speech? All those...  M. Yeah. All that is related to the speech.</p>	
<p></p>	<p>140 141 142</p>	<p>I. Ok. But you are talking about the patient's physical being, right?  M. Yeah. What I perceive, what is observable/audible.  I. Yeah. Ok, so...</p>	<p>141 – 143. GEN. FØR. Når tp kommer inn i pt's rom, observerer tp alt som er synlig eller hørlig.</p>
<p></p>	<p>143 144</p>	<p>M. That is the first thing when I'm entering the room. It's all what I can observe or hear.</p>	



Talens rytme, melodi og takt.

145 I. I just want to say that sometimes I'm going to ask about things that I  
146 know that you know that I know because I need to have it on tape to  
147 make it valid. You know? So I just need you to tell me again. So, but can  
148 you tell me... a patient's rhythm. I got a bit confused. What is that? You  
149 said you were looking at the patient's like rhythm and melody and pitch  
150 and things like that right?

151 M. Ok. I meant: the rhythm, the melody of the speech, the timbre of the  
152 voice.

FØR. Når hun kommer inn i rommet, observerer hun det som er synlig eller hørlig.

153 I. That's what you meant. Then I'm with you. Ok, so you get all those  
154 physical information right?

155 M. Yeah. Observable and audible.

156 I. Yes, that you can observe. And also, do you also talk with the patient?

157 M. Yes. I talk with the patient and I do the assessment in terms of the  
158 experience of the medical condition, how he is feeling at the moment,  
159 other experiences through the hospitalization, how is impacting his life,  
160 how is impacting his relationships, how he is coping with the symptoms,  
161 with pain.

162 I. Is there anything particular you try to observe when you are going to  
163 do a music relaxation?

FØR. Observere talens rytme og melodi og stemmens klang.

164 M. In what sense? The observable? The parameters ? Or in terms of  
165 what he is reporting?

166 I. Both. Both the observable and what he tells you.

FØR. Informasjon om pt's fysiske tilstand som er observerbar og hørbart. K: Jeg vet at de også leser journal og får bakgrunninfo derfra.

167 M. Ok. What I am looking at particularly is to get to know this person  
168 that I just met, so everything is relevant: what he reports, what he  
169 shares on his personal and unique experience and what is observable  
170 and audible.

171 I. Cause I guess that information is what can tell you it would be  
172 appropriate with the music relaxation?

173 M. Actually... no. I'm not the one deciding where we go, so I would ask  
174 the patient: What you need?

175 I. Yes. Ok.

FØR. Samtale om opplevelsen av medisinsk tilstand, hvordan pt føler seg nå, andre opplevelser i forbindelse med innleggelsen, hvordan sykdom/innleggelse påvirker pt's liv og relasjoner, hvordan pt takler symptomer og smerte.

176 M. Then depending on what the patient says "I want to relax...", "I want  
177 to sleep..." or "I want to feel motivated...", so depending on what the  
178 patient needs at the moment I would use different techniques for the  
179 interventions.

157 – 161. MA/GEN. FØR. Samtaler (ass) om: Pt's opplevelse av medisinsk tilstand, hvordan pt føler seg nå, andre opplevelser i forbindelse med innleggelsen, hvordan sykdom/innleggelse påvirker pt's liv og relasjoner, hvordan pt takler symptomer og smerte.

167 – 170. MA/GEN. FØR. Legger spesiell vekt på å bli kjent med pt, og da er alt relevant: hva pt rapporterer, det pt forteller om sin personlige og unike opplevelse og det som er observerbart og hørbart.

171 – 179. GEN. FØR. Tp velger ikke teknikk ut fra den generelle informasjonen hun får om pt, men mer spesifikt ut fra pt's rapporterte BEHOV.

MR/GEN. FØR. Legger spesiell vekt på å bli kjent med dette mennesket hun nettopp har møtt, og da er alt relevant: hva pt rapporterer, det pt forteller om sin personlige og unike opplevelse og det som er observerbart og hørbart.

Det som avgjør hvilken metode hun anvender er ikke informasjonen hun får, men det pt rapporterer at vedkommende trenger, for eksempel "Jeg trenger å sove/slappe av/bli motivert." Intervensjonen er altså basert på pasientens behov.

Anvender overføring og motoverføring i musikken, men det er begrenset siden pt'er ofte er på sykehuset svært kort.

GEN. UNDER. Overføring og motoverføring i musikken. Musikken kan holde, favne og reflektere energien i overføringen. Begge kan uttrykke disse følelsene i musikken. K: Jeg får ikke formidlet at jeg mener hvordan hun anvender motoverf. i UTFORMINGEN av musikken.

- 180 I. I see. Ok. And I was also wondering if is something you try to notice  
181 with your self.
- 182 M. About?
- 183 I. Yeah. Like if you try to take into consideration your own reactions or  
184 counter transferences and things like that.
- 185 M. In the moment, with the patient?
- 186 I. Yes.
- 187 M. I got it. Yes, I certainly do. The transference and counter  
188 transference comes through the music. If I know a little more about the  
189 patient I would try to reach a deeper level to explore aspects that the  
190 patient may need and want to attend to. Since I work with patients who  
191 stay hospitalized for a short time, music therapy treatments are  
192 significantly short in length and it can be difficult to know how far we  
193 can go, what depends on how open or ready the patient is to work in  
194 that way. There were a few cases that the patients stayed for a few  
195 months in the hospital so it was a different experience in working with  
196 transference and counter transference.
- 197 I. Yeah. Do you ever use your counter transference, transference in the  
198 music making without talking about it with the patient?
- 199 M. Yeah. At times yes.
- 200 I. How do you do that?
- 201 M. Well, it comes through the music. Transference and counter  
202 transference are all about feelings and relationships. The music can  
203 hold, contain, reflect the energy of the transference in the way that we  
204 both patient and therapist feel, in the way that we both can express  
205 those feelings in the music in that particular moment of that particular  
206 relationship. As you may know often times aspects of the transference  
207 and counter transference come to light afterwards, within your own  
208 explorations in supervision and/or personal therapy.
- 209 I. And... but I guess that is more like general. Doesn't have to be only  
210 with music relaxation to do.
- 211 M. The transference?
- 212 I. Yeah.
- 213 M. Sure. It is not specific to certain intervention.
- 214 I. Is general right?

187 – 196. GEN/MA. Anvendelsen av overf., motoverf., er begrenset siden pt'ene ofte er hospitalisert noen få dager, men blir anvendt når omstendighetene er gunstige.

201 – 206. GEN.UNDER. Musikken kan holde, favne og reflektere energien i overføringen for pt og tp. K: Jeg tror hun snakker om når pt er aktiv i musikken her.

215 M. Yeah.

216 I. Ok, so when it comes to the music making in the relaxation, how do  
217 you use... You told me a little bit about how it gets its shape like you do  
218 entraining and you try to change the music and you try to change the  
219 music into something a little simpler like a lullaby. Can you tell me a  
220 little bit more about that process from entraining to changing the music  
221 to a relax state?

222 M. The idea is to start at the energy, where the patient is at the  
223 moment. I could combine different aspects such as all what I perceive  
224 from the patient, how the patient feels, the patient's musical  
225 preferences, the patient's musical request, the patient's cultural  
226 background, my own free associations, and the music starts with all  
227 those elements combined. Sometimes the patient need certain holding  
228 that I think it would possible through providing something familiar to  
229 the patient, then the patient may feel more comfortable in my presence  
230 and more supported as well. It is significant for the treatment to be  
231 more effective to build trust between the patient and the therapist. The  
232 challenge is to build the trust in few sessions, as working in a medical  
233 setting like Beth Israel, the length of stay is very short. By entraining  
234 with the breathing, with the speech, with the body movements of the  
235 patients the music moves, the energy flows... As the energy starts  
236 moving I continue shaping the improvisation into the form of a lullaby  
237 by taking the melody from the improvisation, and changing the meter to  
238 three four, slowing down the tempo and taking it into a simple chord  
239 progression. So, the observables usually are the breathing rate  
240 decreases, the intakes get deeper, the muscle tone in the face changes,  
241 the eyes get heavier and the voice lowers the register. Often times, the  
242 patient feels the need of sleeping. There can be also verbal feedback  
243 from the patient as they share how they feel or what their experience  
244 was. It seems like slowing down the tempo enhances the relaxation in  
245 combination with the other elements. It's something that I would like  
246 to do some more research on. Although the recommendation is to use  
247  $\frac{3}{4}$ , I believe it can be also in 4/4 or in any other meter. It would be  
248 interesting to study if with less downbeats is more effective for  
249 achieving relaxed state.

250 I. Okay, so you focus on slowing down the tempo...

251 M. Mhm., keeping the music quieter, simplifying the melody,  
252 simplifying the harmony and playing around with the registers.

253 I. ..., playing around, what do you mean by that?

MA.UNDER. Fra entraining til lullaby. Matche pt's energi; der hvor pt er i øyeblikket: Kombinere forskjellige aspekter; alt tp observerer fra pt, hvordan pt føler seg, pt's musikalske preferanse, pt's musikalske forespørsel, pt's kulturelle bakgrunn, tp's egne frie assosiasjoner. Musikken starter med en kombinasjon av disse elementer.

MA.UNDER. Fra entraining til lullaby, forts. Hvis pt trenger å bli holdt eller støttet, møter tp dette behovet ved å spille noe som er kjent for pt. Å spille noe som er kjent for pt kan også få pt til å føle seg mer komfortabel i tp's tilstedeværelse.

GEN.UNDER. Å utvikle tillit. En tillitsfull relasjon gjør behandlingen mer effektiv. Det er en utfordring å skape tillit med en så kort tid, som en medisinsk setting ofte innebærer. K: Jeg kan huske at en måte å skape tillit på, var å spille familiær musikk for pt., og jeg tror det er det hun mener her, selv om sammenhengen ikke er klar her.

MR.UNDER. Fra entraining til lullaby, forts. Å entraine åndedrett, tale, bevegelser skaper bevegelse i musikken og flow i energien. Når energien er i bevegelse, former pt gradvis improvisasjonen til en lullaby, ved å ta melodien fra improvisasjonen og gå over til  $\frac{3}{4}$  takt, senke tempo og innføre en enklere akkordprogresjon.

Observerbare reaksjoner hos pt: Åndedrettet blir langsommere og dypere, muskeltonus i ansiktet forandres, øynene blir tyngre og stemmen i et lavere register.

222 – 227. MA. UNDER. Fra entraining til lullaby. Musikken starter med å matche pt ved å kombinere en rekke ulike observasjoner fra assessmenten.

227 – 230. MA. UNDER. Å spille familiær musikk for pt blir brukt med det formål å skape 'holding', å støtte pt og å skape en komfortabel relasjon.

231 – 233. GEN. Viktig for behandlingens effektivitet å skape tillit. Det kan være vanskelig å skape tillit i en medisinsk setting, siden tidsperspektivet er så kort. K: Familiær musikk kan skape tillit og trygghet.

235 – 239. MA. UNDER. Fra entraining til lullaby. Å entraine til pt skaper bevegelse i musikken og flow i energien. Når energien er i bevegelse, former pt gradvis improvisasjonen til en lullaby, ved å ta vare på melodien fra improvisasjonen og gå over til  $\frac{3}{4}$  takt, senke tempo og innføre en enklere akkordprogresjon.

239 – 242. MA. UNDER. Observerbare reaksjoner hos pt: Åndedrettet blir langsommere og dypere, muskeltonus i ansiktet forandres, øynene blir tyngre og stemmen i et lavere register, søvnig.

242 – 244. MA. ETTER. Verbal feedback vedr. opplevelse og nåværende tilstand.

244 – 245. MA. UNDER. Det virker som det å senke tempoet i musikken i kombinasjon med de andre musikalske elementer bedrer avspenning.

<p>MR.ETTER:Ofte vil pt sove. Verbal feedback fra pt om hvordan vedk har det nå og om opplevelsen.</p>	254	M. Changing the register. Even though it is a repetitive structure, by	246 – 247. MA. UNDER. Selv om det blir anbefalt å bruke ¾ takt, tror tp også det går an å bruke 4/4 eller andre taktarter.
<p>Det virker som det å senke tempoet i kombinasjon med de andre elementer bedrer avspenning.</p>	255	M. As you may know, some people cannot really connect to high	251 – 260. MR.UNDER. Senke tempo, stillere musikk, simplifisere melodi og rytme, repetitiv struktur og utforske hvilket register som passer for den enkelte pt.
<p>Selv om det blir anbefalt å bruke ¾ takt, tror jeg det også går an å bruke 4/4 eller andre.</p>	256	M. Yes, but the register is certainly an aspect to look at.	258 – 260. MR/GEN.UNDER. Mennesker reagerer ulikt på ulike musikalske register, derfor kan det være lurt å utforske hvilket register pt føler seg komfortabel
<p>MR.UNDER. Senke tempo, stillere musikk, simplifisere melodi og rytme, repetitiv struktur og forandre registeret.</p>	257	I. Okay. And, do you usually talk a little bit with the patient during the	265 – 267. MR.UNDER. Pt snakker som regel ikke i en MR. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken og med nonverbal kommunikasjon.
<p>Forandre registeret: Utforske hvilket register som passer for den enkelte pt.</p>	258	I. I know, that is great!	272 – 274. MA/GEN. UNDER. Observerer pt's reaksjon til musikken, hvilket informerer henne om det hun spiller fungerer til sitt formål.
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	259	M. So, even though I look at the therapeutic relationship under an analytical perspective, I believe in the musical process itself, therefore	274 – 280. MA/GEN. Samtaler om pt føler behov for å snakke.
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	260	there is no need for words.	280 – 284. MA. UNDER. Ikke behov for feedback om musikken i seg selv, fordi musikken handler om prosessen tp og pt gikk gjennom sammen for å nå det pt trenger, f.eks søvn.
<p>Nonverbal feedback – observerer pt's reaksjon.</p>	261	I. No...I am just asking because I think it is very interesting. But, how do you know if the music works or not, then?	
<p>GEN.Samtale: I arbeid med høyt fungerende voksne kan der være et behov for samtale. Når noen vil forklare og skape mening trenger de flest å snakke.</p>	262	M. Because of the observable and audible. In working with high functioning adults, we may need to consider the need of talking. High functioning adults talk. Although we do not need to talk always, when someone wants to make sense, to explain, to find meaning most people need to talk. If the patient needs to talk to share how they feel, how much it hurts, I engage in conversation with patients if I think that is an effective clinical intervention. However, I believe there is no need for feedback about the music itself. It is about the process the patient and the therapist went through together to arrive where the patient needed to go. Not to say... if the patient fell asleep and that was what he needed.	
<p>MR.UNDER. Observere åndedrett og /eller hjerterytm, muskeltonus i ansiktet, kroppen, taletempo, for å vite om musikken gjør pt avspen.</p>	263	I. I see. So, during the music you will watch the breath and the heart rate, for example, of the patient to see if the music is making the patient relaxed.	
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	264	M. Mhm, yes.	
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	265	I. Okay.	
<p>Nonverbal feedback – observerer pt's reaksjon.</p>	266		
<p>GEN.Samtale: I arbeid med høyt fungerende voksne kan der være et behov for samtale. Når noen vil forklare og skape mening trenger de flest å snakke.</p>	267		
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	268		
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	269		
<p>Nonverbal feedback – observerer pt's reaksjon.</p>	270		
<p>GEN.Samtale: I arbeid med høyt fungerende voksne kan der være et behov for samtale. Når noen vil forklare og skape mening trenger de flest å snakke.</p>	271		
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	272		
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	273		
<p>Nonverbal feedback – observerer pt's reaksjon.</p>	274		
<p>GEN.Samtale: I arbeid med høyt fungerende voksne kan der være et behov for samtale. Når noen vil forklare og skape mening trenger de flest å snakke.</p>	275		
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	276		
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	277		
<p>Nonverbal feedback – observerer pt's reaksjon.</p>	278		
<p>GEN.Samtale: I arbeid med høyt fungerende voksne kan der være et behov for samtale. Når noen vil forklare og skape mening trenger de flest å snakke.</p>	279		
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	280		
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	281		
<p>Nonverbal feedback – observerer pt's reaksjon.</p>	282		
<p>GEN.Samtale: I arbeid med høyt fungerende voksne kan der være et behov for samtale. Når noen vil forklare og skape mening trenger de flest å snakke.</p>	283		
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	284		
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	285		
<p>Nonverbal feedback – observerer pt's reaksjon.</p>	286		
<p>GEN.Samtale: I arbeid med høyt fungerende voksne kan der være et behov for samtale. Når noen vil forklare og skape mening trenger de flest å snakke.</p>	287		
<p>MR.UNDER. Snakker som regel ikke. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken, musikksentrert, og med nonverbal kommunikasjon.</p>	288		
<p>MA/GEN.UNDER. Er bevisst om den terapeutiske relasjon i et analytisk perspektiv, men tror på en prosess i musikken og trenger derfor ikke samtale.</p>	289		

Fra observasjoner til musikk: (gjentakelse - verifisering) Inkluderer kvaliteten i de non-musikalske observasjonene hun gjør før musikken i musikken. I hennes ører er disse elementer musikalske elementer og en del av musikken.

UNDER. Anvende registeret eller tonearten pt snakker i og bruke den tonearten i musikken. Bruke åndedrettet som GRUNNPULS, f.x. hver gang pt puster ut, blir dette et tungt slag (1 eller 3). Omgjøre melodien i talen til en melodisk frase i improvisasjonen. Anvende den pt's energ og reflektere denne i musikken.

Entrainment:  
Synkroniser tempo.

UNDER. Tp tar alt hun kan oppfange og arbeider med det ved å inkludere det i musikken.

- 290 M. If it is possible, because sometimes to measure the heart rate is not  
291 always possible if there is no monitor available.
- 292 I. Yes, of course. Is it usually the breath you look at, then?
- 293 M. Yes, when there is no equipment to measure, yes.
- 294 I. Yeah, anything else you look at?
- 295 M. The muscle tone in the face, in the body for instance.
- 296 I. Okay, yeah - if the face relaxes and things....?
- 297 M. Right, the speed of the speech is another aspect to attend to
- 298 I. But you said that you did not speak during the music...
- 299 M. I do not, but sometimes they do!
- 300 I. Oh, okay, the patient does! (laughing)
- 301 M. It helps?
- 302 I. Yes, it is very good! (thinking for a while) The observations you did  
303 before you started to play - how do they help you in shaping the music?
- 304 M. Hm. As I understand the questions somewhat, I did say something  
305 about it. It is like taking the quality of those elements, those  
306 observable/audible elements that are not originally musical elements in  
307 intention, but into my ears and eyes they become musical elements,  
308 part of the music.
- 309 I. Can you maybe give me an example?
- 310 M. For example taking the register or the key where the patients is  
311 talking, and using that key in the music; taking the breathing rate as  
312 basic beat, or maybe every time the patient exhales that becomes a  
313 downbeat; or taking the melody of the speech as a melodic phrase in  
314 the improvisation, using the energy overall to reflect back the energy of  
315 the patient in the music.
- 316 I. Mhm, is that all a part of entrainment?
- 317 M. That is a good question... I believe that entrainment is not defined in  
318 that sense. I believe it is defined in terms of synchronizing tempos only.
- 319 I. Okay. And then you only look at the breath, or also other parameters  
320 from the patient.
- 321 M. I take all what I can perceive and sense and work with it by including  
322 it into the improvisation.

285 – 300. MA.UNDER. For å vite om musikken gjør pt avspenst, observerer tp åndedrett og/eller hjerterytme, muskeltonus i ansiktet, kroppen og taletempo.

304 – 308. MA. UNDER. Fra observasjon til musikk. Integrerer kvaliteten i de ikke-musikalske observasjonene tp gjorde i starten, i musikken.

310 – 315. MA. UNDER. Velge toneart og/eller register basert på registeret eller tonearten pt snakker i. Bruke åndedrettet som grunnpuls, f.x. hver gang pt puster ut, blir dette et tungt slag. Omgjøre melodien i talen til en melodisk frase. Reflektere pt's energi i musikken.

316 – 330. UNDER. Entrainment: Det å synkronisere tempo.

Entraining: Hvis man bare tar utgangspunkt i pusten, vil det være entraining med pusten. Hvis man tar utg pkt i andre rytmer fra pt, vil det være entr med disse. Det handler om at to mnskr synkroniserer tempo.

MA. Bruker MA når pt spør etter det.

MA. Bruker MA i SL hvis pt ønsker avspenning for å redusere smerte eller komme vekk fra smerte. K: I søvnn, regner jeg med.

MA. ETTER. De fleste pt faller i søvnn, så tp forlater rommet.

MA. Formål med MA. Kommer an på henvisningen. Det kan være nervøsitet og uro, frykt, smerte, søvnløshet, har behov for hvile. Kan gi et uforstyrret rom for pt. Kommer an på pt.

MA. MA er ikke tp's første valg, fordi hun tror på å uttrykke seg selv og å arbeide med det som plager pt gjennom aktiv musisering.

- 323 I. Okay, but in entrainment, is that only the breath or is it everything  
324 there too?
- 325 M. If we look at the breathing only, it will be entraining with the  
326 breathing. If we look at any other rhythms coming from the patient, it  
327 will be entraining with any of those rhythms. It is about synchronizing  
328 tempos, two people synchronizing in the case of patient-therapist. For  
329 instance, neuroscientists include the word entrainment when explaining  
330 the synchronization of the brainwaves.
- 331 I. I see. Okay. That is good.
- 332 M. We can do some more research on the term of entrainment...
- 333 I. Yes! So, when you are finished playing, what happens then, in MR?
- 334 M. Interesting to me is to find that most of the times the patients fall  
335 asleep, so I just leave. Sometimes a nurse arrives, then the patient is not  
336 sleeping anymore! In any way I say goodbye and leave to let the nurse  
337 do what she needs.
- 338 I. I see. To what purpose do you use MR?
- 339 M. It depends on the patient's choice. The reason for referral can be  
340 anything from anxiety to fear, pain. It really depends on the patient.  
341 Sometimes the patient prefers a relaxation because he is not able to  
342 sleep and rest well. It can also provide a space or time for the patient  
343 when he is not going to be interrupted. I would say that relaxation is not  
344 necessarily for helping the patient sleep. Only if there is a need for that,  
345 the patient will fall asleep. Also, I would engage the patient in music  
346 making.
- 347 I. Okay, then you would not use MR?
- 348 M. No necessarily.
- 349 I. No, okay I see.
- 350 M. To be honest, MR is not my first choice. Depending on the patients  
351 needs and his choices and as the therapist I have different options,  
352 relaxation would not be the first one on the list.
- 353 I. Why not?
- 354 M. Because I believe in self expression through active music making to  
355 explore and work on what makes the patient feel the discomfort.
- 356 I. I see. Ok. But music relaxation, you usually use that when the patient  
357 needs to sleep or needs to relax or is...

334 – 335. MA. ETTER. De fleste pt'er faller i søvnn, så tp forlater rommet.

339 – 346. MA. Formål med MA kommer an på pt og henvisningen. Det kan være nervøsitet, uro, frykt, smerte, søvnløshet, behov for hvile og å skape et uforstyrret rom for pt.

350 – 355. MA. MA er ikke tp's førstevalg, fordi hun tror på arbeide med det som plager pt gjennom aktiv musisering og personlig uttrykk.

LM. Tj fordeler. LM kan møte og justeres til her-og-nå situasjonen. Man kan forandre musikalske elementer og kombinere dem for å møte behov i nå'et.

LM. Fordeler. Kan forandre toneart, tempo (entr), sangtekst eller ta vekk tekst.

LM. Fordeler. Flere valgmuligheter.

389 – 402. Snakker om aktiv musikk, hvilket ikke er relevant for oppgaven.

358 M. Right! When the patient asks for it.

359 I. I see. And what about in pain?

360 M. The same. If the patient asks for relaxation to reduce the pain or  
361 because letting go and sleeping will be the way of getting away from the  
362 pain

363 I. Ok. And then, I really want to hear what's your experience about using  
364 live performed music. What have you experienced is the therapeutic  
365 benefits connected to performing the music live.

366 M. I'm not sure if I understand the question.

367 I. No. It got very long and complicated! You know here in Norway and in  
368 Scandinavia we often, very very often use recorded music so I just want  
369 to know about what your experiences with using live music is and which  
370 therapeutic benefits are connected to that the music is performed live.

371 M. Sure... First of all, whether the patient engages in playing or not, live  
372 music can relate more to the here-and-now of the situation. What I  
373 mean with this is that we can adjust the music to the here-and-now of  
374 the situation. I find this the most significant difference with pre-  
375 recorded music. With live music we can change the musical elements  
376 and combine them as needed... Live music actually is to play in the  
377 moment in the way that we need in the moment. Therefore, we can  
378 change the key if the patient needs another key, we can change the  
379 tempo to entrain for instance, we can change the words of a song words  
380 or not use them if we don't need the words. All the elements can be  
381 changeable in the here-and-now of a live music making.

382 I. Yeah.

383 M. On the other hand, in using live music we have more choices on our  
384 pockets when going to see a patient in their room. With live music we  
385 can play and take risks as much as we can, so the possibilities are  
386 larger... When the patient is involved in active music making there is  
387 another dimension... he can be part of his own expression, being able to  
388 express himself through the music, being able to use his own creativity,  
389 and creativity is connected to the options, directions to go, finding  
390 resolution. It can be like a metaphor for the medical condition. Besides,  
391 while playing he can move parts of his the body, whether is only one  
392 finger or the entire body, or he can be involved in singing what can be  
393 significant and unique. Therefore, I believe there is more inner  
394 involvement when the patient makes music together with the therapist  
395 plus the fact that he is moving the body when the body needs to lay in  
396 bed and cannot move. So in a way there is energy in motion, letting  
397 energy flow in addition to the physiological effects of being in motion.

360 – 362. MA/SL. Bruker MA i SL hvis pt ønsker avspenning for å redusere smerte eller komme vekk fra smerte

371 – 376. LM. GEN. Fordeler. Kan møte og justeres til situasjonen ved å forandre og kombinere musikalske element.

376 – 381. LM. GEN. Fordeler. Kan forandre toneart, tempo (entr), sangtekst, evt. ta vekk tekst, for å tilpasse musikken til pt.

383 – 386. LM. Fordeler. Flere valgmuligheter i møtet med pt.

398 There are many other philosophical discussions on music in motion and  
399 being in motion that may not be the point for this interview.

400 I. Unfortunately I have to write about only receptive music because I  
401 just don't have space for active music too. Just so you know that. I think  
402 it's so interesting of course but that's how it is in a paper, you just have  
403 to make some choices.

404 M. Ok.

405 I. So, in your experience what kind of feedback have you gotten from  
406 patients which is connected that the music is live?

407 M. Oh, interesting! Let me think if I got any!

408 I. (Laugh)

409 M. Well, I could take as feedback when I arrive the patient's room with  
410 such a big piano like the one I take with me. "Ahh!!!!" This can be a  
411 feedback. Another one: "Ah! You have such a big piano and you brought  
412 it here! Did you bring it on your own" So there is an impact that starts  
413 with the presence. That can be connected to what is meaningful for  
414 them. I hope I'm sharing this idea clearly. It's not about me, my  
415 presence. I'm thinking in the patient who is in bed that may feel or say  
416 something like "Oh, you made this effort and came to offer me  
417 something" as they see the piano and the other instruments coming in.  
418 And later on, they may share their appreciation for the music shared. I  
419 think that's a nice feedback. Honestly, I don't think I ever asked the  
420 patients how they felt about having live music in the room. As soon as  
421 they agree in having music therapy session with live music in the room  
422 the feedback goes in other directions.

423 I. Ok. And what about for the therapist. Which advantages and  
424 disadvantages is it for the therapist?

425 M. Excuse me?

426 I. Which advantages and disadvantages is there for the therapist or for  
427 you as a therapist to perform live?

428 M. Oh, well, the first disad... I will start with a disadvantage. The first  
429 disadvantage is that I have to push a piano.

430 I. (Laugh)... Yes!

431 M. And I don't have anybody to help me! (Laugh). But there is  
432 something fun about it. Being with a piano in the elevator and people  
433 asking for a song. That's nice. It feels like the piano is my professional  
434 coat. That is what makes the music therapists identifiable, instruments

Pasientfeedback

409 – 418. LM. Feedback fra pt handler om at pt verdsetter å bli tilbudt noe, og verdsetter musikken de deler.

428 – 431. LM. GEN. Ulemper. At hun må dytte rundt på et stort piano eller vogn med instrumenter



435 can be our professional coat. This makes me feel good about pushing a  
 436 piano or a cart with instruments. Advantages... the freedom of  
 437 improvisation, the freedom of being with the patient where the patient  
 438 is at and meet him there in the music, making friends with the  
 439 unknown, making friends with the idea that every patient and every  
 440 room is a completely different world and that being in the unknown has  
 441 taught me about many things in life. Live music is the way that I choose  
 442 to work. I'm not sure if I answered all that big question.

433 – 436. LM. GEN. Fordeler. Hun føler instrumentene er hennes profesjonelle frakk.

443 I. (Laugh) That's fine. I don't know either.

436 – 441. LM. GEN. Fordeler. Frihet i improvisasjon, frihet i møtet med pt der hvor pt er, det å bli kjent med det unike og ukjente.

444 M. (Laugh) But if you have any of... I mean, if there are questions that  
 445 you feel are not clearly answered when you go back to the material, if  
 446 you need to ask again for some of them? Please feel free.

447 I. Yeah! But, you know, the point here is really to get your answers, your  
 448 answers are the right answers if you see... this is this qualitative  
 449 research thing.

450 M. Yeah. But maybe I give an answer of what you wanted to know. So I  
 451 think you can always ask again.

452 I. Yes, of course.

453 M. I guess.

454 I. Yes. I was thinking if we could move over to music visualization now.

455 M. Wow! We did only the first part of the thing? (Laugh) Ok! This is  
 456 great!

457 I. (Laugh)

458 M. Visualization. Ok.

459 I. Maybe it will go a bit faster since I guess there's some similarities and  
 460 things. So this period before you start playing when you are going to do  
 461 a visualization: can you describe that? This time spam before?

462 M. Usually the way the visualization starts in one of my sessions is when  
 463 the patient had an association with the music and shares it. For instance  
 464 they may say: "oh that sounds like a..." or "that reminds me to..." **so, we**  
 465 **go into the chain of images at times by asking questions, at times we**  
 466 **keep it in music while building the visualization.** Sometimes when the  
 467 patient is having a hard time to relax or to let go during a relaxation I  
 468 may offer an image to facilitate a change of focus of attention whenever  
 469 this is appropriate. What I'm saying is that I wouldn't start a  
 470 visualization on my own because it's my choice. Something to consider  
 471 is that some people are not quite visual then it can be challenging for

MV. FØR/UNDER.

Måten MV ofte starter i hennes sesjoner, er at pt har en assosiasjon til musikken, og forteller om den. F.x. "Åh, det høres ut som", eller "Det minner meg om".

Forstår ikke det røde.

MV/MA. UNDER. hvis pt har problemer med å slappe av i en MA, tilbyr pt noen ganger et bilde for å endre fokus. K: Eksempel på å blande teknikkene.

MV. Vil ikke starte en MV selv. Det er viktig å huske på at noen mennesker ikke er særlig visuelle av seg og fungerer ikke i et visuelt modus.

MV. Anvender MV når pt spør etter det eller for å bli i stand til å gi slipp og når pt har lett for å bruke visualisering og gjør det spontant. Bruker helst MV når pt forteller om en assosiasjon til musikken vi spiller, og bygger det derfra.

MV.UNDER. MV kan starte uten en spesiell referanse. Musikken starter – enten det når er improvisasjon eller komponert musikk. Musikken utvikler seg på en måte som gjør at pt knytter det til et bilde. Dette kan fortelle deg at pt fungerer i et visuelt modus. Da følger pt opp på dette.

MV.under. Bildene kan være metaforer for noe viktig som skjer eller har skjedd med pt, så det er viktig å undersøke hvor viktig bildene er for pt. Om bildene er minner eller blir laget i øyeblikket, og hvordan bildene påvirker – prosessen. Dette er en analytisk måte å jobbe på. K: Jeg vil ikke kalle det bilder hvis det er minner. Da vil jeg kalle det minner.

MV. Kan spørre pt hvordan vedkommende opplever det og om det skjer noe i kroppen. Hos hjerte-pt kan det noen ganger observeres endringer i hjerterytmen.

- 472 them to visualize images different from what is concrete in front of  
 473 them, or what is happening to them at the hospital. They just don't  
 474 function in a visual mode.
- 475 I. So, it... does it often come after a music relaxation?
- 476 M. Not necessarily. It can happen when the patient asks for it or needs  
 477 it to be able to let go and when he connects to images easily and  
 478 spontaneously. I rather use the visualization when the patient shares an  
 479 association and we build out of that.
- 480 I. An association to what?
- 481 M. To the music that we were playing.
- 482 I. Ok... so...
- 483 M. So it can start without any particular reference. The music will start  
 484 whether is an improvisation or is a pre-composed piece of music. Then,  
 485 the music may develop in a way that the patient connects the music to  
 486 an image. In a way, that tells you that the person functions in a visual  
 487 mode easily. Then, I go for it together with him.
- 488 I. Ok. And then you offer a music visualization. Ok. So, is there anything  
 489 else you try to observe with the patient when you are going to do a  
 490 visualization?
- 491 M. Well, the images can be metaphors of something significant that is  
 492 occurring or occurred to the patient. It is important to explore how  
 493 significant are those images for the patient, whether those images are  
 494 memories or his creation in the moment, and where the patient is going  
 495 with them, the process. Certainly, this is an analytical way of working.
- 496 I. Ok. What about the physiological?
- 497 M. What about the physiological?
- 498 I. Observations?
- 499 M. Well, we can ask the patient what was your experience? what was  
 500 your experience in the body? Certain populations, for instance patients  
 501 with heart condition, they have monitors. Therefore, we can have in the  
 502 moment certain measures reflecting physiological responses to what is  
 503 happening in the moment. Interestingly, in working with patients with  
 504 heart condition you may have sometimes the nurse coming in the room  
 505 because she saw a change in the heart rate through the monitor.  
 506 However, the patient is feeling well. The changes happen because of the  
 507 music making, the memories, the images, the emotions and the action.

473 – 477. MV. Viktig å huske at noen mennesker ikke fungerer i et visuelt modus.

466 – 469. MV/MA. UNDER. Hvis pt har problemer med å slappe av i en MA, tilbyr pt noen ganger et bilde for å endre fokus og derved lette avspenning.

470 – 474. MV. FØR. Finne ut om pt fungerer i et visuelt modus.

476 – 481. MV. Anvendes når pt spør etter det eller visualiserer spontant og når pt trenger det for

483 – 487. MV. UNDER. Kan starte ved at pt får en assosiasjon til det tp spiller. Dette forteller tp at pt fungerer i et visuelt modus, og at MV kan være en relevant intervensjon.

491 – 495. MV. UNDER. Det er viktig å undersøke hvilken betydning bildene har for pt.

499 – 507. MV. UNDER. Undersøke/observere hvordan pt opplever MV i kroppen.

MV.UNDER. Musikken reflekterer visualiseringene og pt's energi, så det er ingen oppskrift på hvordan musikken får sin form. Det viktigste aspektet å overveie er pt's energi, historie og assosiasjoner.

MV.UNDER. Bildene vil informere musikken og musikken vil informere bildene.

MV.UNDER. Hvis det er for mye spenning i visualiseringen, prøver TP å initiere en annerlede flow i musikken, for å prøve å oppløse spenningen ved hjelp av musikken.

MV.UNDER.Resolution (oppløsning). Til å begynne med vil musikken "gå med" spenningen – pt's her og nå. Så kan vi undersøke og finne oppløsning for spenningen. Vi kan undersøke en metafor til den medisinske tilstanden gjennom bilder – gjennom musikken.

MV. under. Tilby et rom i musikken hvor pt kan finne "fred" (resolution), uansett om der er visualisering involvert eller ikke.

MV. UNDER. Musikken vil styrke bildene og bildene vil INFORMERE musikken.

MV. For å "bedre" billeddannelse, uttrykker pt bildene i musikken.

MV. Det handler om å utvikle kliniske musiker"ferdigheter" for å finne ressursene til å tilpasse musikken til den musikalske intervensjons særegenheter.

- 508 I. Ok. And, in MV, how do you shape the music?
- 509 M. I believe we spoke about that before - that it goes with the images  
510 and with the energy of the patient. So, here it is also very difficult to  
511 say...there is no recipe, because it can be any image. Anyhow – the main  
512 aspect to consider is the energy, the history and/or the chain of  
513 associations. Besides, when the patient is involved in the music making  
514 and comes with an image, we can work on how he would express the  
515 image in music. Therefore, images become sounds and music, and  
516 music becomes images. What I'm trying to say is that visualization is not  
517 necessarily receptive. In thinking of a receptive type of work, images will  
518 inform the music, and the music will inform the images when the  
519 patient is not making music but sharing his images.
- 520 I. Okay, so you try to reflect what the ...
- 521 M. ...the image.
- 522 I. Yeah,...that the patient is telling you about
- 523 M. yes, and if there is too much tension in the image or in the voice or  
524 in the muscle tone I sometimes initiate a different flow in the music in  
525 the direction of finding resolution for the tension.
- 526 I. I see - to get calmer? or more relaxed...
- 527 M. To move, to offer a chance for resolution. Because, if the patient is  
528 building tension we may want to offer the opportunity to find resolution  
529 in the music. -Initially the music would go with the tension, the here-  
530 and-now of the patient. Then, we can explore finding resolution, we can  
531 explore any metaphor of the medical condition coming through the  
532 images, through the music.
- 533 I. Okay, that is interesting. So you try to do that just by using the music  
534 and changing the music to influence the patient?
- 535 M. I am not sure I'm talking about influencing. I'm thinking about  
536 offering space in the music for the patient to find resolution. Whether  
537 there is visualization or not involved in the process. If the person is  
538 more visual, then - I can't find the way to say it in English! – the music  
539 will enhance the images and the images will inform the music.
- 540 I. Okay. Is there anything particular you do musically to enhance  
541 images?
- 542 M. The idea of expressing the image in music... I do not think there is  
543 something I can explain about it, it is by doing it. It is by developing the  
544 clinical musicianship to find the resources to tailor the music for the  
545 specifics of the musical interventions.

509 – 513. MV. UNDER. Musikken reflekter pt's energi, visualiseringer, personlige historie.

517 – 519. MV. UNDER. Musikk – bilde sirkel. De inspirerer hverandre.

523 – 529. MV. UNDER. Hvis det er mye spenninger i pt's visualisering eller kropp, kan tp initiere en annerledes flow i musikken med den hensikt å oppløse spenningene i pt.

529 – 532. MV. UNDER. Å oppløse spenninger. Først vil musikken matche pt, for deretter å utforske pt's anspenhet og undersøke bildenes metafor med den hensikt

535 – 537. MV/GEN. UNDER. Skape musikk hvor pt kan finne forløsning for anspenhet . Med eller uten visualisering.

538 – 539. MV. UNDER. Musikken vil styrke bildene og bildene vil påvirke musikken når pt er en visuell person. Musikk-bilde-sirkel.

542 – 545. MV/GEN. UNDER. Det handler om å utvikle kliniske musiker"ferdigheter" for å finne ressursene til å tilpasse musikken til den musikalske intervensjons særegenhet.

546 I. No, it is hard to generalize something.

MV. Ideen er å bedre "billeddannelsen" og å skape en musikalsk kontekst hvor bildene kan utvikle seg.

MV. Overføring, motoverf og frie assosiasjoner blir inkludert.

MV. Noen ganger reflekterer tp tilbake pt's uttrykk. Dette kan lette assosiasjons-kjeden i retning av å finne oppløsning.

MV. Å bruke musikk fra pt's kultur. Kommer an på hvor mye familiaritet pt trenger og hvor involvert pt er i den musikken.

MV. Utforsker sammen med pt hvilken påvirkning musikken har på pt, for å finne noe som fungerer til sin hensikt.

47 M. Yes. The idea is to enhance the images and to provide a musical  
48 context for the images to develop. Transference, counter-transference  
49 and free association come into play. It can happen that I may reflect  
50 back the energy or a musical expression of the patient in the music.  
51 Reflecting back means that it will not be exactly the same expression  
52 that the one offered by the patient. In a way, that can facilitate the  
53 chain of associations in the direction of finding resolution while  
54 exploring multiple options.

55 I. It is interesting. Do you ever use songs in music imagination, or is it  
56 always improvised?

57 M. It could be anything.

58 I. It could be anything. What about the patients' culture? Do you use  
59 that?

60 M. Yes. I may or may not use music from the patient's cultural  
61 background. This depends on how much familiarity the patient needs  
62 to feel connected and how involved is the patient with that music  
63 among other things.

64 I. So it all depends on the patients needs to...

65 M. Yes.

66 I. ...so, for example, if you think he needs to feel energized during MI,  
67 you try to play something energizing?

68 M. It is difficult to predict such a thing! Because, if the patient needs to  
69 be energized, and you play energizing music, the patient may not be  
70 able to relate to it. Even though the patient wants to... In that case, I  
71 would say that I would explore with the patient what can be energizing  
72 for him in the moment. Sometimes memories can be energizing... even  
73 within a slow and calming musical context.

74 I. Yes, I see. So it can be so many different ways...

75 M. The opposite goes as well. Being in need of getting relaxed, and not  
76 being able to relate to that state.

77 I. I see.

78 M. So, you may make the visualization, and even so they can not relate  
79 to that, so **?(a few words)87.04**, and that happens too.) **Not sure what**  
80 **we may have said here**

547 – 550. MV. UNDER. Ideen er å skape en musikalsk ramme hvor visualiseringen kan utvikle seg. I denne prosessen blir overf., motoverf., frie assosiasjoner og pt's energi inkludert i musikken.

551 – 554. MV. UNDER. Å reflektere pt'en i musikken vil si å spille noe lignende – ikke en kopi -, av pt's uttrykk, og dette kan lette assosiasjonskjeden mot å finne oppløsning av spenning. (pt aktiv i mus?)

560 – 563. GEN. UNDER. Anvendelsen av musikk fra pt's kultur, avhenger av hvor mye familiaritet pt trenger for å føle seg forbundet (til hva?) og hvor involvert pt er i denne musikken.

570 – 576. MV/GEN. UNDER. Utforsker sammen med pt hvilken musikk som fungerer for hver enkelt pt.

MV. Anvender for pt som relaterer til visualisering, som er i stand til å forstå visualisering, dele bildene, pt som snakker samme språk som meg.

MV. Tar ikke i betraktning å bruke MV for pt'er som ikke vil være på sykehuset.

MV. ETTER. Rekapitulasjon. Snakke om bildene, bildekjeden, og musikken for å finne mening sammen.

MV. MV er andrevalg, fordi tp foretrekker å holde prosessen i musikken og ikke bruke ekstra-musikalske elementer i sesjonen. De kan inspirere musikken til en viss grad, men i selve intervensjonen foretrekker hun å bruke bare musikk

- 581 I. yeah. Okay, well, which patients would you use visualization for?  
582 Which needs does it cover?
- 583 M. I would use visualization for those patients who relate to images.  
584 Those patients who are capable of understanding imagery, the patients  
585 capable to share their images, patients with whom I share the same  
586 language.
- 587 I. What about with patients that does not want to be at the hospital, for  
588 example?
- 589 M. I wouldn't take into consideration this aspect to evaluate when to  
590 use MI or any other technique.
- 591 I. I see. So, what happens after the music is finished in a MV?
- 592 M. usually a recapitulation.
- 593 I. What is that?
- 594 M. A recapitulation of the images, the sequence of what happened in  
595 the session or in the chain of images to find meaning together. That  
596 includes the music.
- 597 I. Okay, so then you talk together about what happened...?
- 598 M. Yes, a recapitulation of the entire thing. And if the patient was active  
599 in the music making, also we may go through a recapitulation of the  
600 music together.
- 601 I. yes. And it is so that you prefer other methods...?
- 602 M. I prefer active music making including referential images or not  
603 depending on what the patient offers to the music.
- 604 I. Yes. Ok.
- 605 M. If I can not, I would reach a MV. That would be a second choice.
- 606 I. Why is that?
- 607 M. Because I prefer to keep it in the music. I try not to use extra musical  
608 elements in the session. They can inform the music up to certain point,  
609 but in the intervention itself I prefer to work in music. In my  
610 understanding, working with images would be working with extra  
611 musical elements.
- 612 I. I see.
- 613 M. If a person relates more to images than to make music or the patient  
614 needs the images to make music together, I go with it.

583 – 586. MV. Anvender MV for pt'er som relaterer til og forstår visualisering, som forstår bildene og som snakker samme språk som tp.

587 – 590. MV. Bruker ikke det å ikke ville være på sykehuset som grunnlag for å anvende MV.

594 – 600. MV. ETTER. Gjentakelse av hendelsesforløpet i samtale. K: Hvorfor?

602 – 611. MV. MV er andrevalg fordi tp ikke liker å bruke ekstra-musikalske elementer, men holde det hele kun i musikk, med mindre pt's behov tilsier noe annet.

LM.MV.Fordeler. Pt kan være aktiv i å forme musikken som reflekterer bildene. K: her er det vel snakk om når pt er aktiv i musikken.

LM.MV. Får ikke spesiell feedback fra pt om det at musikken er levende fremført. Hun kan ikke sammenligne med innspilt musikk, siden hun ikke bruker det.

LM. Hun velger å bruke levende musikk, fordi hun tror på det å skape musikk.

SL. 1: Oppvarming: Her spiller hun ofte for pt. Oppvarmingen kan gå over i en MA hvis pt ønsker dette og uttrykker behov for å slappe av. Hun prøver å få pt involvert i musiseringen, hvor pt får uttrykke smerten.

SL. Oppvarming. Musikken er entrainet til pt, og går over til MA. hvis pt ønsker det.

- 615 I. Yeah, I see. What is the benefits of using live music in MV?
- 616 M. The patient can be active in tailoring the music that reflects the  
617 images. So we will have more information on those images. Because not  
618 only the words describe the images, we have also the musical aspect of  
619 those images.
- 620 I. Okay. Is there any typical feedback you get from the patients,  
621 connected to that the music is live in MV?
- 622 M. Since I do not use recorded music, I did not get any specific  
623 feedback. Patients may mentions something like "that was intense", or  
624 "how interesting what we found", or even an extended silence.  
625 Unfortunately I can not compare with recorded music.
- 626 I. No, it is difficult to compare it, because it is so different.
- 627 M. yeas, but what I meant is that I do not use it, so I do not have a way  
628 to see how they differ from each other from the patients' perspective.
- 629 I. Yes. Why do you not use recorded music?
- 630 M. Because it is my choice to use live music.
- 631 I. Yeah, why do you choose that?
- 632 M. Because I believe in music making.
- 633 I. Okay! (both laughing a bit). Okay, so now we are at pain reduction, or  
634 pain relief. Can you just tell me a little bit how you work with pain  
635 reduction?
- 636 M. Sure. First, there is a warm up. In working with acute pain or pain  
637 crisis, often times I would play for the patient during the warm up. The  
638 warm up may shift into a relaxation, because of the patient's choice:  
639 "Oh, I need to relax". The idea is that the patient would get involved in  
640 music making, therefore I put my attention into what the patient asks  
641 for and if he doesn't ask for sleeping, then I don't pursue reaching an  
642 altered state of consciousness near sleep state with the music. Then,  
643 the patient would participate in shared music making with the therapist  
644 while expressing and releasing the pain. Later on, we may discuss or  
645 play what happened during the sessions as integration. That describes a  
646 sort of typical session.
- 647 I. Okay. So which techniques do you usually use?
- 648 M. All those, right? Active listening during the warm up, release and  
649 expression through music making, and integration.
- 650 I. Can you describe all of them?

616 – 619. LM. MV. Fordeler. Man får en musikalsk refleksjon av bildene (jeg tror hun refererer til når pt er aktiv).

629 – 632. LM. Grunnen til at hun anvender levende musikk, er rett og slett at det den metoden hun foretrekker og har mest tro på selv.

636 – 646. SL. UNDER. I akutt smerte eller smertekriser starter tp ofte med en oppvarming som består av aktiv lytning. Denne kan gå over i en MA eller samspill.

651 M. I just did. I think. (Laugh)

652 I. You did? It just went so fast.

653 M. Yeah...

654 I. But, like in the warm-up. What happens there?

655 M. In the warm-up usually the music is entrained to the patient and  
656 shifts into relaxation if the patient asks so. Then in the music making:  
657 the patient chooses what instruments he wants to play. Often times I  
658 look at what instruments to offer depending on the patient's range of  
659 motion and how acute is the pain in the moment. The improvisation can  
660 have a theme such as something that relates to the pain experience.  
661 Afterwards, we engage in an integration of what happened while  
662 playing music... with the pain.

663 I. Ok. Did you mention active listening.

664 M. Yeah, at the beginning.

665 I. So, can you describe that a little bit more?

666 M. In what way because I said entrained with the patients breathing and  
667 shifting into relaxation and we already spoke about relaxation. So I'm  
668 not sure how much detail you need here.

669 I. Well, if it's gonna be a repetition of the relaxation, you don't have to  
670 say it again.

671 M. Basically the principles for relaxation are the same as we said before.  
672 The idea is not to bring the patient to a sleep state if the patient doesn't  
673 want it. Besides, I look for engaging in music making together with the  
674 patient. The purpose is to help the patient to cope with the pain when  
675 he is alert besides than letting go the pain by falling asleep. Therefore,  
676 music making can facilitate this significantly.

677 I. So usually you don't use receptive music very much in pain reduction.  
678 Is usually active?

679 M. I use active participation in the music making as much as the patient  
680 can do it. This way, the patient can be in control of what he needs.

681 I. Ok. So you believe that control is an important part?

682 M. Controlling by doing.

683 I. I see.

655. SL. UNDER. Oppvarming.  
Musikken er som regel entrainet  
til pt's pust.

SL. Hun bruker helst  
aktiv musikkterapi i SL,  
og dette handler  
resten av intervjuet  
om. Siden dette er  
utenfor oppgavens  
kontekst, har jeg ikke  
tatt det med i  
analysen.

- 684 M. I believe that to feel in control there is a need of being actively doing  
685 something.
- 686 I. Once again, you fell out a little bit.
- 687 M. Say that again?
- 688 I. Can you say that again because you disappeared just for a few  
689 seconds.
- 690 M. Oh. I believe that someone can't be or feel in control by doing  
691 nothing.
- 692 I. Yeah.
- 693 M. If you don't do anything, nothing changes, stays the same. By doing,  
694 things can change.
- 695 I. What kind of things do you think can change?
- 696 M. Anything the patient needs. The idea is how to approach a given  
697 situation by "doing" if that's the choice of the patient. I always offer  
698 active music making because that implies doing it. Taking action.
- 699 I. I see. And why does that give pain relief?
- 700 M. On one hand, there is movement of the body, movement of energy.  
701 Therefore, there is a release of tension. The less tension the less pain  
702 because tension can create more pain. That connects with the physical  
703 aspect of the experience. On the other hand, the exploration of  
704 emotional issues that are related to the pain experience through shared  
705 music making with the therapist could facilitate resolution. Resolution  
706 releases tension.
- 707 I. Ok. If you don't use receptive music in pain reduction very much, I  
708 think maybe we are getting close to the end. Unless there is anything  
709 that you think you forgot that is important about these topics.
- 710 M. I think we covered pretty much everything. Actually, when you type  
711 the answers of the questions....100.53





## Vedlegg nr. 5

## Analysesteg 1a: Mine reaksjoner til intervjuene

JOANNE

Innholdet i teksten vekker ikke så mange følelser i meg når jeg leser det nå – det blir nesten som en fagtekst (og det er jo også meningen). Reaksjoner jeg har lagt merke til, er at jeg blir fort litt stresset og utolmodig når jeg leser det – det kan være vanskelig å sette seg ned, fordype meg ordentlig, ikke bare hoppe videre i teksten hvis det er noen jeg ikke helt forstår, men stoppe opp og lese det igjen. Jeg tok meg flere ganger i å lese med øynene og ikke med hodet. Det var også vanskelig for meg å ikke begynne på neste steg (det å notere kommentarer til teksten og begynne å tenke på fremtredende tema), men holde fast i å konsentrere meg om hvordan jeg selv reagerer på teksten, og bli klar over dette før jeg går videre.

Litt av grunnen til stresset/u-konsentrasjonen, kan være at i løpet av lesningen av hele intervjuet henger jeg meg opp i hvordan *jeg intervjuer*; vurderer fortløpende hvor flink jeg syns jeg er. Oppsummerende synes jeg der er sekvenser hvor det flyter godt, samtidig som jeg syns jeg gjennomgående kan være litt dårlig til å følge opp på det hun sier, hvilket gjør teksten til tider abrupt. Jeg følger ikke opp viktige svar, men skifter emne for fort, synes jeg nå, når jeg leser dette. Det har nok å gjøre med at det var første gang og jeg var litt stresset (jf. beskrivelsen av intervjusituasjonen – som skal komme). Det kan også sees som at jeg prøver mange stier, før jeg finner noen riktige – som i en improvisasjon i musikkterapi: Den karakteriseres ofte av perioder med kaos hvor medspillerne leter etter hverandre, som veksler med perioder hvor de har funnet hverandre og spiller sammen.

Når jeg blir oppmerksom på dette, tar jeg et dypt åndedrag, og passer på å ta meg god tid og forstå det ordentlig. Da kommer jeg inn i dette gode lesemodus, hvor intervjuet blir som en fortelling jeg leser, som jeg synker inn i og kan visualisere hva det blir snakket om i hodet mitt. Det er spesielt på de stedene hvor jeg synes intervjuet er abrupt eller der hvor

jeg ikke forstår riktig hva som blir sagt, at den gode lesemodusen også blir avbrutt – noe som egentlig sier seg selv; min kritiske hjerne slår seg på, og oppmerksomheten min går fra innholdet i teksten til min evne som intervjuer. Når intervjuet flyter, flyter jeg også med.

I starten synes jeg at jeg er for kjapp, og tar meg ikke tid til å forklare skikkelig strukturen på intervjuet og temaet for intervjuet. Dette resulterer i at informanten hopper på det som interesserer henne mest for øyeblikket; nemlig smerte. Hun snakker en hel del om dette, før jeg får tatt ”kontrollen” tilbake, og sport inn på mine interesseområder og spørsmål. Det er dog samtidig ett bevisst valg å la henne snakke, da jeg hadde som intensjon at intervjuet skulle være halvstrukturert med både åpne og lukkede spørsmål.

Her kommer overveldende mye informasjon – jeg føler meg litt forvirret, overveldet og lurer på hvordan jeg skal klare å skape orden i kaoset. Ofte blir det svært uspesifikt og lite konkret. Dette er forståelig siden jeg på sett og vis ber henne om både å generalisere og å være spesifikk – hvilket er vanskelig begge deler. Hun refererer også til teori jeg ikke kjenner, noe som gjør det vanskelig for meg å forstå dybden i det hun sier. Likevel synes jeg umiddelbart at jeg får mange, nyttige beskrivelser.

Reaksjoner jeg har, er at det er noen emner hun snakker om som jeg kan identifisere meg med, og noen jeg ikke kan identifisere meg med – noen ting jeg er svært enig i og andre ting jeg er uenig i. Det var noen spesielle steder i intervjuet hvor jeg reagerte med ”stor enighet”, noen steder jeg ryster på hode og andre steder hvor jeg løfter øyenbrynene i undring:

Positiv reaksjon:

- s. 7, linje 301-302 og litt før – hun taler om at hun utelukkende arbeider ut fra konkret informasjon hun får fra pasienten. Dette synes jeg er meget positivt. Jeg har alltid stilt meg undrende til for mye ”innføling” og å trekke konklusjoner på basis av dette, samt at jeg synes mange av metodene i musikkterapi er veldig ukonkrete (dette er dog et helt emne i seg selv, og det kan godt hende det er gode grunner til at de er ukonkrete. For eksempel at metodene alltid blir tilpasset situasjonen). Jeg liker at hun arbeider på et konkret grunnlag.
- s. 8, linje 334-335: *”So you (musikkterapeuten) are adapting what you are doing, and interacting with what the clients needs”* (med musikken) – dette kjenner jeg har stor gjenklang inni meg, og jeg får lyst å undersøke det nøyere.
- s. 14, linje 615-619: *”So if their thinking they wanna go one place, and they don’t, they wanna go another, you can quickly change and adapt the musical content to the other place. You can have silence in between journeys or parts of where they are going or imaging that allows for digestion and space, and transition.”* Jeg forstår det som at terapeuten kan tilpasse musikken til pasienten, og forandre den på kort notis, alt etter som pasientens behov forandrer seg – jeg liker dette.
- s. 15, linje 631-633, *”But I think that we have to keep defining the art of music therapy and the art of using live music with other people”* – sånn tenker jeg også.

#### Negativ reaksjon:

- Generelt snakket omkring det å bruke vibrasjonene til instrumentet Gong til å påvirke smerten i kroppen er noe jeg ikke kan identifisere meg med, s. 10, linje 402-412: *”I. How would you use the gong?J. Depending on the initial scanning assessment. It depends. If the pain is on one side more than the other... I might swerve it into a equilibrium listening to the vibrational aspects, the dissonance, and moving it towards creating a cooling consonance. It would depend, I might move the gong up to spread out the pain and iron it out, going from the hips down to the feet and then back up to the body, up to the head, so that would be more spreading it out if it’s clumped there. It all depends, and this would come from a really good color analysis scale, and asking*

*the patient about the pain extensively*”. Når teksten blir litt svevende og ukonkret faller jeg av og rynker på nesen. Jeg forstår ikke HVORDAN dette fungerer. Hva er mekanismene bak det at hun kan flytte på smerten med gongen? Jeg savner en dypere forklaring.

- Det er flere steder jeg føler teksten blir diffus og ukonkret – dette har jeg negativ respons på.

Spørrende reaksjon:

- s. 2, linje 54: Hvordan vet man hvor pasienten lagrer spenninger i kroppen?

Slår meg under 1. lesning

- Hva er signifikant i bruken av levende musikk
- Viktig å huske at dette er ment som forslag – ikke som oppskrift.

## OPPSUMMERENDE

Reaksjonene jeg har er preget av å kunne identifisere meg med noen av ytringene hennes, og å ta avstand fra andre. Dette kan selvfølgelig påvirke hvordan jeg vekter dem videre i analysen, om jeg ikke er klar over dem. Jeg vil prøve å vekte både det jeg kan identifisere meg med og det jeg ikke kan identifisere meg med likt. Se det gjennom tekstens brilleglass – ikke bare mine egne.

En annen reaksjon er følelsen av å måtte skyndte seg, hvilket gjør at jeg noen ganger tar meg selv i å ikke synke ordentlig ned i teksten. Når jeg blir oppmerksom på dette, stopper

jeg opp, trekker pusten, leser igjen delen hvor jeg falt av og prøver å komme inn i et godt lesemodus igjen.

#### MARCELA

Et greit og klart intervju. Lett atmosfære. Jeg føler jeg har mer kontrollen over samtalen enn i forrige. Øvelse hjelper – samt å være litt mer våken. Jeg ser at jeg bruker ting underveis som jeg fikk vite i det første intervjuet. De er uenige av og til...☺ For eksempel om det å snakke med pasienten underveis i musikken og om å bruke MV med pasienter som vil hjem.

I starten misforstår jeg henne visst litt – jeg sier JA til å inkludere aktiv musikkterapi i intervjuet, men får rettet det opp siden.

Ett sted sier jeg at jeg synes også spørsmålene var vanskelige å svare på, når jeg testet dem på meg selv, og jeg tenker: Hvorfor forenklet jeg dem ikke? Fordi jeg syntes det var krevende, men ikke UMULIG.

Linje 137 – 145, “Well, all what I have in front of a patient is what we do not have at this moment. Those are aspects of human interaction. As a musician, as a creative music therapist, you can put all those elements in the music. We tailor the music for the patient with the patient in the “here and now” of the clinical situation. Every music therapist will do that in a different way. Then your music will be different than mine for the same patient, the same situation, as the therapeutic relationship will be different too.” GODT SAGT. Fint å ta høyde for at alle musikkterapeuter er forskjellige – på same måte som alle pasienter er forskjellige. Det derfor ikke mulig å lage noen oppskrift for hvordan man skal gjøre. Men kanskje en inspirasjonsliste?

”Reason for referral” – viktig punkt for hva musikkterapeuten velger å gjøre med en pasient.

Hun liker ikke så godt å bruke reseptiv musikkterapi – det er et andrevalg. Hun foretrekker aktiv musikkterapi for da blir pasienten med aktiv selv. Dette gjør at jeg føler at jeg må forsvare reseptiv musikkterapi litt, også føler jeg at jeg har bommet litt på informantvalg. Jeg visste ikke at hun hadde det på den måten. Men som om reseptiv musikkterapi er et andrevalg for henne, behøver den ikke være mindre viktig å undersøke. Den kan dessuten være veldig viktig, og et førstevalg, for en del pasienter.

## Vedlegg 6

## Analysesteg 4: Sammenslått analyse

I denne delen av analysen er temaer fra begge intervjuene slått sammen. Dette er grunnlaget for beskrivelsen av teknikkene.

Alle subtemaene er identifisert: Først står der M eller J, hvilket identifiserer hvilket intervju subtemaet er hentet fra. Deretter er der i noen subtema ett nummer med en stjerne bak (for eksempel 1\*), hvilket betyr at setningen er brukt flere steder; nummeret før stjernen identifiserer setningene, og har kun hatt betydning i løp av analyseprosessen – for lesningen er de ubetydelige. Alle subtema er videre identifisert med linjenummer (for eksempel 171 – 179) som refererer til hvor det er hentet fra i intervjuet. Det er således mulig å gå tilbake til intervjuet og sjekke subtemaets opphav. Deretter står en referanse til hva konteksten for uttalelsen handler om. Det kan være enten SL (smertlindring) MA (musikkavspenning) MV (musikkvisualisering). I MV står det noen ganger UT, INN eller FRI – det henviser til tre varianter av MV (man kan visualisere enten ut av kroppen eller inn i kroppen, eller at noe frigjør seg fra kroppen). GEN betyr at det blir forstått som en generell uttalelse, og altså er gyldig for alle teknikkene. Av og til står det to forkortelser, for eksempel MA/GEN. Det betyr at uttalelsen fant sted i samtale om Musikkavspenning, men at jeg likevel forstår det som en generell uttalelse. Så kommer selve subtemaet.

## OM LEVENDE MUSIKK, fra felles tema

### Fordeler for klinisk intervensjon

#### Kontinuerlig interaksjon med pasienten

J329 – 334. LM. MA/GEN. Kan entraine og interagere med pasienten underveis.

J335 – 336. LM. MA/GEN. Interagerer med pasientens behov. Der er et feedbackperspektiv.

J320. LM. MA/GEN. Personlig forbindelse.

#### Skreddersydd musikk

J611 – 617. MV/GEN. LM. Musikkens idiomer kan forandres og tilpasses pasientens behov



J321 – 322. LM/GEN. MA. Tilpasset pasienten og øyeblikket.

J359. LM. GEN. Mer fleksibilitet.

M371 – 376. LM. GEN. Fordeler. Kan møte og justeres til situasjonen ved å forandre og kombinere musikalske element.

M376 – 381. LM. GEN. Fordeler. Kan forandre toneart, tempo (entr), sangtekst, evt. ta vekk tekst, for å tilpasse musikken til pt.

M383 – 386. LM. Fordeler. Flere valgmuligheter i møtet med pt.

M436 – 441. LM. GEN. Fordeler. Frihet i improvisasjon, frihet i møtet med pt der hvor pt er, det å bli kjent med det unike og ukjente.

### Trygghet og tillit

J622 – 623. MV/GEN. LM. LM er tryggere for terapeuten, og terapeuten er mer ansvarlig for prosessen.

J355 – 358. LM. GEN. Tryggere intervensjon, fordi du kan kontrollere musikken.

J359. LM. GEN. Mer tillit.

J323 – 326. LM. MA/GEN. Har kontroll over musikken.

J349 – 350. LM. GEN. Musikk (tilpasset av et menneske) til pasientens behov skaper tillit.

### Verdsetter tilbudet

M409 – 418. LM. Feedback fra pt handler om at pt verdsetter å bli tilbudt noe, og verdsetter musikken de deler.

## Refleksjoner om levende musikk

### Forskning

J630 – 631. LM. GEN. Det er skrevet mest om forhåndsinnpilt musikk fordi den er lettere å duplikere i forskning.

J632 – 633. LM. GEN. VIKTIG Å fortsette å definere bruken av levende musikk med menneske.

### Terapeutens preferanse

M629 – 632. LM. Grunnen til at hun anvender levende musikk, er rett og slett at det den metoden hun foretrekker og har mest tro på selv.

J640 – 642. LM. GEN. Levende musikk er meningen med musikkterapi.

J904 – 909. LM. GEN. Hvis man ikke bruker levende musikk, utøver man ikke musikkterapi – det kan være terapeutisk musikklytning men ikke musikkterapi. Fordi terapi handler om interaksjon av psykoterapeutiske intervensjoner.

### Terapeutidentitet

M433 – 436. LM. GEN. Fordeler. Hun føler instrumentene er hennes profesjonelle frakk.

### Ulemper

M428 – 431. LM. GEN. Ulemper. At hun må dytte rundt på et stort piano eller vogn med instrumenter helt alene.

## OM BRUKEN AV LEVENDE MUSIKK

### Fordeler

#### Musisk refleksjon av bildene

~~M616 – 619. LM. MV. Man får en musikalsk refleksjon av bildene. Hvilket gir mer informasjon, forsetter hun med. Jeg tror hun refererer til når pt er aktiv. Men det går jo an at pt er aktiv i musikkutformningen ved å gi verbal feedback på musikken istedenfor å spille.~~

#### Gir fordøyelsestid

J617 – 619. MV. LM. LM kan gi stillhet mellom visualiseringene som kan gi fordøyelsestid.

## Generelle opplysninger om smerte

### Smerte har en emosjonell komponent

J812 – 818. SL. Smerte har en emosjonell reaksjon. Emosjoner influerer smerten.

J875 – 880. SL. Gate Control Theory of Pain. Smerte og musikk anvender de samme nervebaner. Hvis pasienten trommer og toner når de blir stukket, er det mulig at de ikke kjenner smerten.

J(831 – 835. SL. Der er alltid fysiske konsekvenser av musikk.)

### Smerte kan være et traume

J16. SL. Smerte kan være ett traume og en retraumatisering.

J21. SL. Pasienters opplevelse av smerte kommer an på tidligere opplevelser med smerte.

### Mange pasienter avsondrer området som er i smerte

J757 – 762. SL. Mange pasienter avsondrer det område som er i smerte fra resten av kroppen, hvilket reduserer blodgjennomstrømning og pustekapasitet.

### Ulike typer smerte

J856 – 857. SL. Forskjellige smertetyper: Kronisk, dødelig, inngrepsrelatert.

### Intervensjoner i ulike typer smerte

J26\*896 – 900. SL. UNDER. I kronisk smerte kan man bruke vibrasjoner, visualisering, pust. Gi pasienten teknikker til hvordan de kan få kontroll over kroppen igjen.

J860 – 863. SL. UNDER. Inngrepsrelatert smerte: Teknikker: Integrasjon, release<sup>1</sup>, visualisering.

### Gi kontroll

J829 – 831. SL. Kontroll. UNDER. Musikk kan hjelpe pasienten kontrollere smerteopplevelsen.

J26\*896 – 900. SL. UNDER. I kronisk smerte kan man bruke vibrasjoner, visualisering, pust. Gi pasienten teknikker til hvordan de kan få kontroll over kroppen igjen.

### Terapeutens beskyttelse

J742 – 750. SL. Terapeuten må beskytte seg selv når de går inn i smerten med pasienten.

J751 – 753. SL. I sesjonen beskytter terapeuten seg med imaginære grenser.

### Entraining

J61 – 67. MA/SL. UNDER. Entraining er en viktig del av hva terapeuten gjør.

J12\*155 – 160. MA. UNDER. Entraining: Terapeuten er orkesteret og pasienten dirigent. Pasientens bryst (altså åndedrett) er takten.

J13\*167 – 170. MA. UNDER. Entraining. Terapeut matcher pasienten til å starte med. Deretter forsøker tp å influere pasienten i musikken. [MA.ELEM.PT GEN]

J172 – 175. MA. UNDER. Entraining: Terapeuten influerer pasienten ved å gi pasienten det vedkommende ønsker, og ett sted med stabilitet og velvære.

J179 – 181. MA. UNDER. Entraining: 1. Matche pusten, 2. Senke pusten, 3. Organisere pusten.

J332 – 334. MA. UNDER. Entraining: Påvirke via musikkens idiom.

M316 – 330. UNDER. Entrainment: Det å synkronisere tempo.

J600 – 601. MV/GEN. UNDER. Musikken er allerede trygg fordi den er entrained til pasienten.

M22\*235 – 239. MA. UNDER. Fra entraining til lullaby. Å entraine til pt skaper bevegelse i musikken og flow i energien. Når energien er i bevegelse, former pt gradvis improvisasjonen til en lullaby, ved å ta vare på melodien fra improvisasjonen og gå over til  $\frac{3}{4}$  takt, senke tempo og innføre en enklere akkordprogresjon.

\*J724 – 731. SL. UNDER. Pasientens beskrivelse av smerten blir forsøkt matchet i musikken; en del av entrainment.

## Bakgrunninformasjon om bruk av levende musikk

### Pasientens behov er det avgjørende for valg av teknikk

M171 – 179. GEN. FØR. Tp velger ikke teknikk ut fra den generelle informasjonen hun får om pt, men mer spesifikt ut fra pt's rapporterte behov.

## Før musikkintervensjonen

### Observerer omgivelsene

M141 – 143. GEN. FØR. Når tp kommer inn i pt's rom, observerer tp alt som er synlig eller hørlig.

### Terapeutens egne forberedelser

J102 – 104. GEN. FØR. Skanner sin egen kropp.

## Assessment

M101. MA/GEN. FØR. Vedvarende assessment.

## Medisinsk tilstand

M15\*33 – 36. GEN. Assessment inneholder blant annet vurdering av: medisinsk tilstand, håndterings mekanismer (COPING), pasientens behov og tilstand i øyeblikket, generell og spesifikk musikalsk preferanse.

J44. GEN. FØR. Assessment: Har pasienten en kronisk eller dødelig sykdom?

## Åndedrett

M12\*105 – 108. MA. FØR. Fysisk assessment: Åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus, stemmens leie, rytme og tempo.

M13\*131 – 139. MA/GEN. FØR. Assessment: Fokus på åndedrett, hjerterytme, kroppsbevegelser, muskeltonus, talens rytme og melodi, stemmens klangfarge.

J140 – 141. SL. UNDER/FØR. Terapeuten observerer pasientens pust nøye, og dette forteller terapeuten noe om pasientens smerte.

J804. GEN. UNDER. Observerer hvordan pusten endrer seg i løp av musikken.

## Hjerterytme

M12\*105 – 108. MA. FØR. Fysisk assessment: Åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus, stemmens leie, rytme og tempo.

M13\*131 – 139. MA/GEN.FØR. Assessment: Fokus på åndedrett, hjerterytme, kroppsbevegelser, muskeltonus, talens rytme og melodi, stemmens klangfarge.

## Pasientens bevegelser

M12\*105 – 108. MA. FØR. Fysisk assessment: Åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus, stemmens leie, rytme og tempo.

M13\*131 – 139. MA/GEN.FØR. Assessment: Fokus på åndedrett, hjerterytme, kroppsbevegelser, muskeltonus, talens rytme og melodi, stemmens klangfarge.

## Muskeltonus

M12\*105 – 108. MA. FØR. Fysisk assessment: Åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus, stemmens leie, rytme og tempo.

M13\*131 – 139. MA/GEN.FØR. Assessment: Fokus på åndedrett, hjerterytme, kroppsbevegelser, muskeltonus, talens rytme og melodi, stemmens klangfarge.

## Spenninger i kroppen

J6\*53 – 54. MA/GEN. UNDER. Pasientens relasjon til musikk og hvor pasienten lagrer spenninger (tension) er med på å forme musikken. [GEN.ASS.REL MUS]

## Stemme og tale

M12\*105 – 108. MA. FØR. Fysisk assessment: Åndedrett, hjerterytme, kroppens bevegelser, muskeltonus, stemmens leie, rytme og tempo.

M13\*131 – 139. MA/GEN.FØR. Assessment: Fokus på åndedrett, hjerterytme, kroppsbevegelser, muskeltonus, talens rytme og melodi, stemmens klangfarge.

J674 – 679. SL. FØR. Observerer stemmen. Finne ut hvilket type pasienten er; releaser, integrator, visualiserer, hvilken ego-kapasitet pasient har – for å finne ut hvilken metode som vil passe.

## Opplevelse og beskrivelse av smerten: CAS

J69. SL. FØR. Color Analysis Scale/Smerteskala.

J23\*411 – 412. SL/MV. INN. Spørre pasienten inngående om smerten – utgangspunkt for intervensjon.

J697 – 705. SL. CAS gir pasientens fortelling/bilde av situasjonen.

J711 – 715. SL. CAS. gir et bilde av pasienten, som kan være svært forskjellig fra den medisinske informasjonen.

J715 – 719. CAS. Fargen og måten pasienten tegner forteller om intensiteten i smerten, så CAS blir et referansepunkt.

J30\*410 – 411. SL/MV. INN. CAS – utgangspunkt for intervensjonen

## Psykisk tilstand

### Psykisk og emosjonell tilstand

M11\*101 – 103. MA. FØR. Emosjonell assesm.: hvordan pt takler tilstanden sin, om pt har kjente og kjære rundt seg som tar vare på vedk., pt's behov.

M15\*33 – 36. GEN. Assessment inneholder blant annet vurdering av: medisinsk tilstand, håndterings mekanismer (COPING), pasientens behov og tilstand i øyeblikket, generell og spesifikk musikalsk preferanse.

M14\*157 – 161. MA/GEN. FØR. Samtaler (ass) om: Pt's opplevelse av medisinsk tilstand, hvordan pt føler seg nå, andre opplevelser i forbindelse med innleggelsen, hvordan sykdom/innleggelse påvirker pt's liv og relasjoner, hvordan pt takler symptomer og smerte.

J821 – 827. SL. FØR. Nøkkelen er å finne ut hva som påvirker smerten.

J10. Assessment: Innsikt i pasientens reaksjonssystem (system of response) vedrørende smertehåndtering og/eller traumer.

J39. Assessment: Pasientens tidligere erfaringer med smerte og sykehus.

M108 – 113. MA. FØR. Tp observerer alt pt gjør, nonverbale utsagn og nonverbal kommunikasjon.

### *Pasientens egen overbevisning og opplevelse av situasjonen*

J41. GEN. FØR. Assessment: Pasientens TRO (belief) om sykdommen. Tror pt at vedkommende skal dø eller overleve?

J35\*96 – 97. MA. FØR. Samtale om hva som skjer med pasienten for tiden, hvilket guider musikkvalg.

M11\*101 – 103. MA. FØR. Emosjonell assesm.: hvordan pt takler tilstanden sin, om pt har kjente og kjære rundt seg som tar vare på vedk., pt's behov.

M14\*157 – 161. MA/GEN. FØR. Samtaler (ass) om: Pt's opplevelse av medisinsk tilstand, hvordan pt føler seg nå, andre opplevelser i forbindelse med innleggelsen, hvordan sykdom/innleggelse påvirker pt's liv og relasjoner, hvordan pt takler symptomer og smerte.

M167 – 170. MR/GEN. FØR. Legger spesiell vekt på å bli kjent med pt, og da er alt relevant: hva pt rapporterer, det pt forteller om sin personlige og unike opplevelse og det som er observerbart og hørbart.

### **Musikalsk relasjon og preferanse**

J53. MA/GEN. FØR. Undersøke pasientens relasjon til musikk.

J6\*53 – 54. MA/GEN. UNDER. Pasientens relasjon til musikk og hvor pasienten lagrer spenninger (tension) er med på å forme musikken.

J291 – 294. MA/GEN. FØR. Assesment: Assosiasjoner til instrumentene.

J800 – 804. SL. FØR. Assessment. Finne ut hvordan pasienten reagerer på mange forskjellige lyder; hvordan kroppen reagerer og hvilke assosiasjoner pasienten får.

J129 – 130. MA/GEN. FØR. Assesment: Pasientens preferable lyder har betydning for musikkens form.

M15\*33 – 36. GEN. Assessment inneholder blant annet vurdering av: medisinsk tilstand, håndterings mekanismer (COPING), pasientens behov og tilstand i øyeblikket, generell og spesifikk musikalsk preferanse.

J684. SL. FØR. Observerer instrumentpreferanse.

## Elementer som er med på å forme musikken

### Kan ikke generalisere

M94 – 97. GEN/MV. Kan ikke generalisere anvendelsen av tonearter og akkordprogresjoner.

## PASIENTEN:

### Informasjon fra assessmenten

J694 – 695. SL/GEN. Assessment og CAS, er en viktig del av arbeidet deres, og er med på å forme musikken.

### Pasientens ”metode-preferanse”, behov og formål

J142 – 143. GEN. Hvordan pasienten vil arbeide med ett problem eller smerte er med på å utforme musikken.

M1\*24 – 28. GEN. UNDER. Musikkens form kommer blant annet an på hva pt vil med musikken og om det er improvisert eller komponert musikk.

J203. GEN. UNDER. Baserer musikken på pasientens behov.

J4\*513 – 514. MV/GEN. UNDER. Musikken blir basert på pasientens kultur, pust og uttrykte behov.

### Pasientens overbevisning om og beskrivelse av situasjonen

J70 – 78. GEN. UNDER. Pasientens TRO om sykdommen er med på å bestemme hvor de skal puste til og hvordan terapeuten skal spille.

J37\*296 – 298. GEN. UNDER. Få fatt i hvor pt heller ville vært, hva pt tror skjer med kroppen og hva pt tror påvirker angst/uro/bekymring, i utforming av musikken.

J142. GEN. FØR/UNDER. Pasientens fortelling om situasjonen har betydning for utforming av musikken.

J295 – 303. GEN. UNDER. Bruker ikke antagelser i utforming av musikken, arbeider ut fra konkret informasjon fra pt om pts situasjon.

J444. GEN. UNDER. Musikken er alltid tilpasset pasientens uttrykte problem. Nøkkelen er å ha mange alternativer og velge det beste.



J35\*96 – 97. MA. FØR. Samtale om hva som skjer med pasienten for tiden, hvilket guider musikkvalg.

M8\*512 – 516. MV. UNDER. Musikken reflekter pt's energi, visualiseringer, personlige historie.

### Pasientens musikkpreferanse

J852 – 853. GEN/SL. Lytte til pasientens musikkpreferanser.

J7\*434 – 435. MV/GEN. INN. UNDER. Musikkpreferanse, grad av angst/uro/bekymring (anxiety) og kultur er med på å forme musikken.

M570 – 576. MV/GEN. UNDER. Utforsker sammen med pt hvilken musikk som fungerer for hver enkelt pt.

### Pasientens sosiokulturelle opphav

J129. MA/GEN. UNDER. Kultur og alder har betydning for musikkens form.

J4\*513 – 514. MV/GEN. UNDER. Musikken blir basert på pasientens kultur, pust og uttrykte behov.

J524 – 527. MV/GEN. UNDER. Kultur er svært viktig for utforming av musikken.

J7\*434 – 435. MV/GEN. INN. UNDER. Musikkpreferanse, grad av ansenhet (anxiety) og kultur er med på å forme musikken.

M560 – 563. GEN. UNDER. Anvendelsen av musikk fra pt's kultur, avhenger av hvor mye familiaritet pt trenger for å føle seg forbundet (connected) (til hva? seg selv?) og hvor involvert pt er i denne musikken.

### Pasientens åndedrett

J4\*513 – 514. MV/GEN. UNDER. Musikken blir basert på pasientens kultur, pust og uttrykte behov.

M24\*312 – 317. MA. UNDER. Velge toneart og/eller register basert på registeret eller tonearten pt snakker i. Bruke åndedrettet som grunnpuls, f.x. hver gang pt puster ut, blir dette et tungt slag. Omgjøre melodien i talen til en melodisk frase. Reflektere pt's energi i musikken.

J18\*765 – 768. SL. UNDER. Flow: Spille for, holde, favne (containe), nære (nurture) og hjelpe pasienten til å fokusere på stedet i kroppen hvor smerten er og puste til det.

J24\*145 – 152. MA/MV/SL. UNDER. I MA blir pasienten oppmuntret til dypere og lengre åndedrett, for så å puste til den delen av kroppen som har smerter og ”release” på en til to toner til det stedet, visualisere ett trygt sted (place of comfort), entraine pusten og spille med pusten.

### Pasientens opplevelse av smerte

J90 – 92. GEN. UNDER. Musikkens utformning kommer an på pasientens ubehag.

\*J724 – 731. SL. UNDER. Pasientens beskrivelse av smerten blir forsøkt matchet i musikken; en del av entrainment.

### Skape flow

J762 – 763. SL. UNDER. Prøver å lage musikk som skaper flow i pasientens kropp (jf. 757 – 762: *Mange pasienter avsondrer det område som er i smerte fra resten av kroppen, hvilket reduserer blodgjennomstrømning og pustekapasitet*).

J16\*763 – 764. SL. UNDER. Flow: Melodi, harmoni i pusten.

J17\*764 – 765. SL. UNDER. Flow: Tromming og toning i hurtig tempo, hvilket skaper bevegelse i blod og pust (aktiv?).

J18\*765 – 768. SL. UNDER. Flow: Spille for, holde, favne (containe), nære (nurture) og hjelpe pasienten til å fokusere på stedet i kroppen hvor smerten er og puste til det.  
[SL.TEKN.PUST]

M22\*235 – 239. MA. UNDER. Fra entraining til lullaby. Å entraine til pt skaper bevegelse i musikken og flow i energien. Når energien er i bevegelse, former pt gradvis improvisasjonen til en lullaby, ved å ta vare på melodien fra improvisasjonen og gå over til  $\frac{3}{4}$  takt, senke tempo og innføre en enklere akkordprogresjon.

### Vibrasjoner

J26\*896 – 900. SL. UNDER. I kronisk smerte kan man bruke vibrasjoner, visualisering, pust. Gi pasienten teknikker til hvordan de kan få kontroll over kroppen igjen.

### Toning

J38\*56 – 58. MA/SL. UNDER. Bruker vokaler. Spesifikke vokaler er knyttet til smerte i spesifikke steder i kroppen. [SL.TEKN.VOK]

J58. MA. UNDER. Bruke toning med en bevissthet om de forskjellige vokalers funksjon i kroppen.

J221 – 222. MA/GEN. UNDER. Toning: Bruk av stemme i prosessen.

J227 – 236. MA/GEN. UNDER. I toning kan man bruke vokaler som skaper vibrasjoner som igjen kan skape kongruens i kroppen. Man kan nå ett dypere nivå og få en mer intim relasjon.

## *Gong*

J28\*398, 403 - 410. MV. INN. UNDER. Påvirke smerten med vibrasjonene fra en gong, når pasienten releaser.

## **Pasientens spenninger**

M18\*523 – 529. MV. UNDER. Hvis det er mye spenninger i pt's visualisering eller kropp, kan tp initiere en annerledes flow i musikken med den hensikt å oppløse spenningene i pt.

M17\*529 – 532. MV/MA. UNDER. Å oppløse spenninger. Først vil musikken matche pt, for deretter å utforske pt's ansenthet og undersøke bildenes metafor med den hensikt å finne avspenning.

M19\*551 – 554. MV. UNDER. Å reflektere pt'en i musikken vil si å spille noe lignende – ikke en kopi -, av pt's uttrykk, og dette kan lette assosiasjonskjeden mot å finne oppløsning av spenning. (pt aktiv i mus?)

J14\*774 – 780. SL. UNDER. Å få pasienten til å slippe beskyttende spenninger (relief), ved å synge en sang som er entrainet til pusten deres, hvilket hjelper dem til å puste. Dette rører mange til tårer. Tårer og å gi slipp på kroppslige spenninger er en form for lindring.

## *Gi slipp*

J192 – 195. GEN. UNDER. Release: Lager en dissonans i musikken, som terapeuten "trekker" pasienten ut fra, for å bedre kontakten til kroppen.

## **Pasientens stemme og tale**

M24\*312 – 317. MA. UNDER. Velge toneart og/eller register basert på registeret eller tonearten pt snakker i. Bruke åndedrettet som grunnpuls, f.x. hver gang pt puster ut, blir dette et tungt slag. Omgjøre melodien i talen til en melodisk frase. Reflektere pt's energi i musikken.

M6\*69 – 70. MV. UNDER. Musikken blir justert til pt's bilder, energi, stemmeleie.

## **Pasientens psykiske tilstand**

J7\*434 – 435. MV/GEN. INN. UNDER. Musikkpreferanse, grad av angst/uro/bekymring (anxiety) og kultur er med på å forme musikken.

J37\*296 – 298. GEN. UNDER. Få fatt i hvor pt heller ville vært, hva pt tror skjer med kroppen og hva pt tror påvirker angst/uro/bekymring, i utforming av musikken. [GEN.ELEM.PT TRO]

J200. GEN. UNDER. Trøst: maj7 akkorder.

J201 – 202. GEN. UNDER. Å bli hørt: Refleksiv musikk, tritonus, arytmask musikk.

M7\*72 – 73. MV. UNDER. Pt og tp's frie assosiasjoner, pt og tp's følelser influerer musikken.

### Pasientens reaksjon på musikken i løp av musikken

J131 – 132. MA/GEN. UNDER. Komfortabel relasjon har betydning for musikkens form, fordi pasienten da kan stoppe terapeuten hvis vedkommende ikke liker det terapeuten spiller.

J215 – 216. MA/GEN. UNDER. Spørre pasienten underveis i musikken, om å nikke eller stoppe terapeuten om hun ikke spiller det vedkommende trenger.

J531 – 535. MV/GEN. UNDER. Legger til og tar vekk musikalske element/instrument basert på pasientens feedback.

J536 – 537. MV/GEN. UNDER. Bli ved med å spørre inn til pasienten i løpet av musikken, og ikke ha noen forventninger.

J522 – 523. MV/GEN. UNDER. Ber pasienten beskrive hvordan lydene påvirker dem, og tar det derfra.

J137 – 138. MA/GEN. UNDER. Pasienten er manusforfatter og dirigent.

M272 – 274. MA/GEN. UNDER. Observerer pt's reaksjon til musikken, hvilket informerer henne om det hun spiller fungerer til sitt formål.

M285 – 300. MA. UNDER. For å vite om musikken gjør pt avspent, observerer tp åndedrett og/eller hjerterytme, muskeltonus i ansiktet, kroppen og taletempo.

J686 – 687. SL. FØR. Observerer hvordan pasientens kropp reagerer på musikk.

M38 – 40. MA. UNDER. Bruker som regel ikke samtale.

M265 – 267. MA. UNDER. Tp snakker som regel ikke i en MA. Føler seg mer komfortabel med å arbeide i musikken og med nonverbal kommunikasjon.

M274 – 280. MA/GEN. Samtaler hvis pt føler behov for å snakke.

J8\*690 – 691. SL. Terapeuten kombinerer verbale utsagn og observerbare reaksjoner i kroppen i intervensjonen.

## TERAPEUTEN:

### Terapeutens "dagsform"

J271 – 278. GEN. Om terapeutens ukomfortabel kan dette ha konsekvenser for observasjonsevnen.

### Terapeutens instinkt

J189 – 190. GEN. I utformningen av musikken tar terapeutens også med hvilken musikalsk konsonans eller dissonans terapeutens føler pasienten trenger.

### Terapeutens person

M119 – 127. GEN. UNDER. Musikkens form kommer også an på musikkterapeutens musikalske historie, persepsjon, antagelser, assosiasjoner og relasjon til pt.

### Terapeutens håndverk

542 – 545. MV/GEN. UNDER. Det handler om å utvikle kliniske musiker"ferdigheter" for å finne ressursene til å tilpasse musikken til den musikalske intervensjons særegenhet.

## DET USEPSIFIKKE:

### Det nonverbale

M110 – 119. MA/GEN. UNDER. Skreddersyr musikken ved å inkludere nonverbal interaksjon.

### Overføringer

M187 – 196. GEN/MA. Anvendelsen av overf., motoverf., er begrenset siden pt'ene ofte er hospitalisert noen få dager, men blir anvendt når omstendighetene er gunstige.

M201 – 206. GEN. UNDER. Musikken kan holde, favne og reflektere energien i overføringen for pt og tp. K: Jeg tror hun snakker om når pt er aktiv i musikken her.

### Familiær musikk

M227 – 230. MA. UNDER. Å spille familiær musikk for pt blir brukt med det formål å skape 'holding', å støtte pt og å skape en komfortabel relasjon.

~~M231 – 233. GEN. Viktig for behandlingens effektivitet å skape tillit. Det kan være vanskelig å skape tillit i en medisinsk setting, siden tidsperspektivet er så kort. IKKE SÅ SIKKER PÅ OM DENNE HØRER HJEMME HER, men punktene er i forlengelse av hverandre I INTERVJUET.~~

## MUSIKKAVSPENNING

### Bakgrunnsinformasjon

#### Forskjelligartede bruksområder

J\*418 – 426. MV+MA Brukes i smertelindring, ubehag, søvn, for å komme til et annet sted.

J485 – 487. MA. Brukes til pasienter med uro/angst (anxiety)

M339 – 346. MA. Formål med MA kommer an på pt og henvisningen. Det kan være nervøsit, uro, frykt, smerte, søvnløshet, behov for hvile og å skape et uforstyrret rom for pt.

M10\*360 – 362. MA/SL. Bruker MA i SL hvis pt ønsker avspenning for å redusere smerte eller komme vekk fra smerte

#### Reaksjoner hos pasienten

M2\*239 – 242. MA. UNDER. Observerbare reaksjoner hos pt: Åndedrettet blir langsommere og dypere, muskeltonus i ansiktet forandres, øynene blir tyngre, stemmen i et lavere register, søvnig.

#### Finne forløsning for anspenhet

~~M535 – 537. MV/GEN. UNDER. Skape musikk hvor pt kan finne forløsning for anspenhet. Med eller uten visualisering. Målsetning?~~

#### Andrevalg

M352 – 357. MA. MA er ikke tp's førstevalg, fordi hun tror på arbeide med det som plager pt gjennom aktiv musisering og personlig uttrykk.

#### Før musikkintervensjon

#### Assessment

M33. MA. Før hun spiller gjennomfører tp en assessment.

#### Observerer omgivelsene

J21\*288 – 291. MA. UNDER. Tilpasse musikken til helheten – både rommet og pasienten.

## I løp av musikkintervensjonen

### Terapeutens velvære og ro

J247 – 253. MA. Terapeut har fokus på eget velvære og ro, samt å ha kontakt til og være grounded i sin egen kropp, i løpet av sesjonen.

J260 – 262. MA/GEN. Terapeutens velvære påvirker evnen til intuning, eintraining og å spille på en måte som er avslappet. Lurer på om denne skal flyttes om til MA. Samtidig gjelder den for mer enn MA.

### Musikalsk karakteristikk

#### *Enkel, rolig, stille*

M4\*40 – 43. MA. UNDER. Musikken preges av repeterende struktur, enkelhet og å gradvis simplifisere akkordprogresjonen til f.x. 1 og/eller 5.

M5\*251 – 260. MA. UNDER. Senke tempo, stillere musikk, simplifisere melodi og rytme, repetitiv struktur og utforske hvilket register som passer for den enkelte pt.

M51 – 54. MA. UNDER. Intensjonen er å utvikle en enklere og roligere struktur og å holde musikken entrainet til pt's åndedrett.

#### *Konsonerende musikk*

J15\*204 – 206. MA. UNDER. Avspenning: Konsonerende musikk.

#### *¾ dels takt*

M246 – 247. MA. UNDER. Selv om det blir anbefalt å bruke ¾ takt, tror tp også det går an å bruke 4/4 eller andre taktarter.

#### *Repeterende struktur*

M4\*40 – 43. MA. UNDER. Musikken preges av repeterende struktur, enkelhet og å gradvis simplifisere akkordprogresjonen til f.x. 1 og/eller 5.

M5\*251– 260. MA. UNDER. Senke tempo, stillere musikk, simplifisere melodi og rytme, repetitiv struktur og utforske hvilket register som passer for den enkelte pt.

### Starten på musikken

#### *Pust og oceandrum*

J25\*59 – 61. MA/SL. UNDER. MA i SL. Tp starter musikken med å observere åndedrettet, hvilket gir tp informasjon om pt's smerte.

J92. MA. UNDER. Musikken starter med fokus på pusten.

J97 – 99. MA. UNDER. Puste med oceandrum i starten på musikken.

## **Entrainment**

M36 – 37. MA. Etter assessment spiller hun musikk som er entrainet til pt, uten ledsagende samtale.

M20\*636 – 646. SL. UNDER. I akutt smerte eller smertekriser starter tp ofte med en oppvarming som består av aktiv lytning. Denne kan gå over i en MA eller samspill.

M655. SL. UNDER. Oppvarming. Musikken er som regel entrainet til pt's pust.

## **Elementer som informerer musikken**

### **Skreddersydd musikk**

J21\*288 – 291. MA. FØR. Tilpasse musikken til helheten – både rommet og pasienten.

M304 – 308. MA. UNDER. Fra observasjon til musikk. Integrerer kvaliteten i de ikke-musikalske observasjonene tp gjorde i starten, i musikken.

J339 – 349. LM. MA. Tilpasset musikk kan skape avspenning.

### **Omgivelsene**

J21\*288 – 291. MA. UNDER. Tilpasse musikken til helheten – både rommet og pasienten.

### **Pasientens åndedrett**

J24\*145 – 152. MA/MV/SL. UNDER. I MA blir pasienten oppmuntret til dypere og lengre åndedrett, for så å puste til den delen av kroppen som har smerter og "release" på en til to toner til det stedet, visualisere ett trygt sted (place of comfort), entraine pusten og spille med pusten.

J12\*155 – 160. MA. UNDER. Entraining: Terapeuten er orkesteret og pasienten dirigent. Pasientens bryst (altså åndedrett) er takten.

M24\*312 – 317. MA. UNDER. Velge toneart og/eller register basert på registeret eller tonearten pt snakker i. Bruke åndedrettet som grunnpuls, f.x. hver gang pt puster ut, blir dette et tungt slag. Omgjøre melodien i talen til en melodisk frase. Reflektere pt's energi i musikken.

### **Pasientens registerpreferanse**

M5\*251 – 260. MA. UNDER. Senke tempo, stillere musikk, simplifisere melodi og rytme, repetitiv struktur og utforske hvilket register som passer for den enkelte pt.

M258 – 260. MA/GEN. UNDER. Mennesker reagerer ulikt på ulike musikalske register, derfor kan det være lurt å utforske hvilket register pt føler seg komfortabel med.



## Teknikker

### Lullaby

J435 – 442. MA. UNDER. Lullaby: Musikalsk omsorg/næring (nurturance). Omforme sangen hun bruker til lullaby, i 3-takt, langsam, pasienten kan få lage tekst hvor de kan slappe av.

M37 – 38. MA. UNDER. Improvisasjonen kan bli omformet til en lullaby underveis.

M45 – 46. MA. UNDER. Lullaby-teknikken: Tretakt, enkelhet, repetisjon, langsomt tempo.

J441 – 442. MA/SL. UNDER. Lullaby. Alt pasienten behøver å gjøre er å puste til stedet som er i smerte.

J543 – 544. MA. UNDER. Lullaby. Bruke til nurturance.

### Fra skrevet til minimal

J544 – 548. MA. UNDER. Lullaby. Fra skrevet til minimal.

### Fra entraining til lullaby

M46 – 48. MA. UNDER. Starter med å matche musikken til pt (entr) og gradvis transformere musikken inn i en enklere struktur, til pt blir i stand til å gi slipp og falle i søvn.

M21\*222 – 227. MA. UNDER. Fra entraining til lullaby. Musikken starter med å matche pt ved å kombinere en rekke ulike observasjoner fra assessmenten.

M22\*235 – 239. MA. UNDER. Fra entraining til lullaby. Å entraine til pt skaper bevegelse i musikken og flow i energien. Når energien er i bevegelse, former pt gradvis improvisasjonen til en lullaby, ved å ta vare på melodien fra improvisasjonen og gå over til  $\frac{3}{4}$  takt, senke tempo og innføre en enklere akkordprogresjon.

## Gradvis forlengelse av musikalske parameter

### *Forlengelse av toner og rytmer*

J19\*470 – 472. MA. UNDER. Forlengelse av toner og rytmer kan ha en avspennende effekt.

### *Gradvis senke og forenkle tempo*

M244 – 245. MA. UNDER. Det virker som det å senke tempoet i musikken i kombinasjon med de andre musikalske elementer bedrer avspenning.

M5\*251 – 260. MA. UNDER. Senke tempo, stillere musikk, simplifisere melodi og rytme, repetitiv struktur og utforske hvilket register som passer for den enkelte pt.

### **Gradvis forenkling av akkordprogresjon**

M4\*40 – 43. MA. UNDER. Musikken preges av repeterende struktur, enkelhet og å gradvis simplifisere akkordprogresjonen til f.x. 1 og/eller 5.

### **Gradvis forenkling av melodi**

M5\*251 – 260. MA. UNDER. Senke tempo, stillere musikk, simplifisere melodi og rytme, repetitiv struktur og utforske hvilket register som passer for den enkelte pt.

### **Etter musikkintervensjon**

#### **Søvn**

J314 – 316. MA. ETTER. Sove.

M334 – 335. MA. ETTER. De fleste pt'er faller i søvn, så tp forlater rommet.

#### **Fordøyelsestid og stillhet**

J11\*306 – 308. MA. ETTER. Fordøyelsestid og feedback.

#### **Samtale og feedback**

J309 – 312. MA/SL. ETTER. Samtale om opplevelsen.

J11\*306 – 308. MA. ETTER. Fordøyelsestid og feedback.

M242 – 244. MA. ETTER. Verbal feedback vedr. opplevelse og nåværende tilstand.

M280 – 284. MA. UNDER/ETTER. Ikke behov for feedback om musikken i seg selv, fordi musikken handler om prosessen tp og pt gikk gjennom sammen for å nå det pt hadde behov for, f.eks søvn.

## **MUSIKKVISUALISERING**

### **Kognitivt begrep**

J453. MV. Anser det som et kognitivt begrep; tankene er utgangspunktet for å skape 'comfort' i kroppen.

J34\*370 – 371. MV. UT. Bruke kognitive prosesser til å nå en alterert tilstand utenfor kroppen. [MV.OM MV.TRE TYPER]

### **Forskjelligartede bruksområder**

J\*418 – 426. MV+MA Brukes i smertelindring, ubehag, søvn, for å komme til et annet sted.

M587 – 590. MV. Bruker ikke det å ikke ville være på sykehuset som grunnlag for å anvende MV.

M476 – 481. MV. Anvendes når pt spør etter det eller visualiserer spontant og når pt trenger det for å gi slipp.

M583 – 586. MV. Anvender MV for pt'er som relaterer til og forstår visualisering, som forstår bildene og som snakker samme språk som tp.

M466 – 469. MV/MA. UNDER. Hvis pt har problemer med å slappe av i en MA, tilbyr tp noen ganger et bilde for å endre fokus og derved lette avspenning.

### Avspenning er en forutsetning?

J494. MV. Man må være avspent for å visualisere

J489 – 491. MV kan være en forlengelse av MA.

J31\*505 – 511. MV. INN. UNDER. Hvis pasienten er svært avspent kan vi gå dypere inn i visualisering av hvordan smerten ville føles om den var avspent. Det er en sensorisk opplevelse med musikk og visuelle stikkord.

M466 – 469. MV/MA. UNDER. Hvis pt har problemer med å slappe av i en MA, tilbyr tp noen ganger et bilde for å endre fokus og derved lette avspenning.

### Tre typer: Inn og ut av kroppen, og frigjørende visualisering

J34\*370 – 371. MV. UT. Bruke kognitive prosesser til å nå en alterert tilstand utenfor kroppen.

J372 – 376. MV. INN. Internalisere og påvirke kroppen.

J29\*652 – 657. SL. MV. FRI. Releasing rekonstruksjon av muligheter. Releasing musikkvisualisering. Visualisere at noe forlater kroppen. Bruker trommer.

### Andrevalg

M602 – 611. MV. MV er andrevalg fordi tp ikke liker å bruke ekstra-musikalske elementer, men holde det hele kun i musikk, med mindre pt's behov tilsier noe annet.

M60 – 64. MV. Er ikke begrenset til reseptiv mt, pt kan også være aktiv i musikken.

### Visualisering inn i kroppen

#### "Ser" inn i kroppen og smerten

J32\*390 – 397. MV. INN. UNDER. "Se" inn i kroppen, puste til smerten, visualisere en lindrende effekt.

J399 – 401. MV. INN. UNDER. Ser inn i kroppen, skanner innsiden og releaser, for å skape en helende effekt.

J31\*505 – 511. MV. INN. UNDER. Hvis pasienten er svært avspent kan vi gå dypere inn i visualisering av hvordan smerten ville føles om den var avspent. Det er en sensorisk opplevelse med musikk og visuelle stikkord.

### Puste til smerten

J500 – 502. MV. INN. UNDER. Pasienten puster til og hjelper terapeuten med å spille til den delen av kroppen som trenger likevekt (Equilibrium), med utgangspunkt i assessmenten.

J32\*390 – 397. MV. INN. UNDER. ”Se” inn i kroppen, puste til smerten, visualisere en lindrende effekt.

### Bruke vibrasjoner

J28\*398, 403 - 410. MV. INN. UNDER. Påvirke smerten med vibrasjonene fra en gong, når pasienten releaser.

J38\*56 – 58. MA/SL. UNDER. Bruker vokaler. Spesifikke vokaler er knyttet til smerte i spesifikke steder i kroppen.

### Møte smerten sammen med noen

J732 – 743. SL/MV. UNDER. Det å møte og gå inn i smerten sammen med en annen hjelper pasienten.

## Visualisere ut av kroppen

### Komme vekk

J33\*377 – 381. MV. UT. Komme vekk fra smerten. Integrere en avspennende effekt ved å bringe inn en trøstende ressurs utenfra.

J\*418 – 426. MV+MA Brukes i smertelindring, ubehag, søvn, for å komme til et annet sted.

### Integrere ressurs utenfra

J573 – 581. MV. UT. Visualisere noe som kan tilfredsstille et behov hos pasienten.

J33\*377 – 381. MV. UT. Komme vekk fra smerten. Integrere en avspennende effekt ved å bringe inn en trøstende ressurs utenfra. (Der skjer i begge tilfeller, UT OG INN, en integrasjon)

J24\*145 – 152. MA/MV/SL. UNDER. I MA blir pasienten oppmuntret til dypere og lengre åndedrett, for så å puste til den delen av kroppen som har smerter og ”release” på en til

to toner til det stedet, visualisere ett trygt sted (place of comfort), entraine pusten og spille med pusten.

## **Frigjørende musikkvisualisering (pt er aktiv?)**

### **Visualisere at noe forlater kroppen**

J29\*652 – 657. SL. MV. FRI. Releasing rekonstruksjon av muligheter. Visualisere at noe forlater kroppen. Bruker trommer.

J662 – 665. SL. MV. FRI. Å visualisere at noe forlater kroppen er ofte akkompagnert av trommer/toning, høyt tempo, aggresivitet, skrik, slå, dytte.

J667 – 671. SL. MV. FRI. Handler om kontroll og frigjøring (releasing).

## **FØR MUSIKKINTERVENSJON**

### **CAS: Samle kunnskap om smerten**

J30\*410 – 411. SL/MV. INN. CAS – utgangspunkt for intervensjonen

J23\*411 – 412. SL/MV. INN. Spørre pasienten inngående om smerten – utgangspunkt for intervensjon.

### **Finne ut om pasienten er en visuell type**

M470 – 474. MV. FØR. Finne ut om pt fungerer i et visuelt modus.

M16\*483 – 487. MV. UNDER. Kan starte ved at pt får en assosiasjon til det tp spiller.

Dette forteller tp at pt fungerer i et visuelt modus, og at MV kan være en relevant intervensjon.

## **I LØPET AV MUSIKKINTERVENSJONEN**

### **Starten på musikken**

#### **Begynne med å skape kontakt til kroppen**

J476 – 484. MV. FØR. Skape kontakt til kroppen ved å puste med oceandrum så pasienten kan få kontakt til kroppen. Når musikken kommer er pasienten "klar" til å gå dypere inn i en personlig prosess (K: Finne "roten"?), og det er dit de trenger å gå for å nå det som influerer smerten, eller hindrer dem i å slappe av. KAN BRUKES FLERE STEDER? Under?

### Starter ved at pasienten får en assosiasjon til musikken

M15\*462 – 466. MV. FØR/UNDER. MV starter ofte ved at pt har en assosiasjon til musikken, og forteller om den. Så bygger de videre på dette i samtale eller bare i musikken.

M15\*462 – 466. MV. FØR/UNDER. MV starter ofte ved at pt har en assosiasjon til musikken, og forteller om den. Så bygger de videre på dette i samtale eller bare i musikken.

M16\*483 – 487. MV. UNDER. Kan starte ved at pt får en assosiasjon til det tp spiller. Dette forteller tp at pt fungerer i et visuelt modus, og at MV kan være en relevant intervensjon.

### Avspenningsteknikker uten musikk

J462 – 469. MV. Beskrivelse av avspenningsteknikker uten musikk.

### Underveis

#### Undersøke bildenes betydning

M491 – 495. MV. UNDER. Det er viktig å undersøke hvilken betydning bildene har for pt.

M499 – 507. MV. UNDER. Undersøke/observere hvordan pt opplever MV i kroppen.

#### Sikkerhetsbøyer i samtalen

J592 – 597. MV. Terapeuten legger ut 'sikkerhetsbøyer' i den verbale intervensjon i samtalen under visualiseringen.

#### Minimal musikk

J519. MV. Minimal musikk.

M84 – 90. MV. Det finnes ikke en oppskrift for anvendelsen av ikke-musikalske elementer i utforming av musikk.

### Elementer som er med på å forme musikken

#### Pasientens visualiseringer: Musikk-bilde-sirkel

M3\*58 – 60. MV. UNDER. Det å uttrykke visualiseringen musikalsk er ment å støtte pt's visualiseringer.

J582 – 591. MV. UNDER. Samtaler i løpet av visualiseringen. Terapeuten forsøker å beskrive pasientens opplevelse med musikk.

M54 – 60. MV. UNDER. Musikken er et musikalsk uttrykk av pt's bilder.

M3\*58 – 60. MV. UNDER. Det å uttrykke visualiseringen musikalsk er ment å støtte pt's visualiseringer.

M64 – 66. MV. UNDER. Musikken avhenger av pt's bilder.

M6\*69 – 70. MV. UNDER. Musikken blir justert til pt's bilder, energi, stemmeleie.

M70 – 72. MV. UNDER. Forbindelsen mellom pt og bilde, hvor viktig bildet er for pt, har betydning for musikkens utforming.

M74 – 76. MV. UNDER. Kan spille metaforer uttrykt i bildene og arketyper representert gjennom bildene.

M8\*509 – 513. MV. UNDER. Musikken reflekter pt's energi, visualiseringer, personlige historie.

M517 – 519. MV. UNDER. Musikk – bilde sirkel. De inspirerer hverandre.

M538 – 539. MV. UNDER. Musikken vil styrke bildene og bildene vil påvirke musikken, når pt er en visuell person. Musikk-bilde-sirkel.

### *Pasientens assosiasjoner*

M7\*72 – 73. MV. UNDER. Pt og tp's frie assosiasjoner, pt og tp's følelser influerer musikken.

M9\*547 – 550. MV. UNDER. Ideen er å skape en musikalsk ramme hvor visualiseringen kan utvikle seg. I denne prosessen blir overf., motoverf., frie assosiasjoner og pt's energi inkludert i musikken.

### *Spenninger*

M18\*523 – 529. MV. UNDER. Hvis det er mye spenninger i pt's visualisering eller kropp, kan tp initiere en annerledes flow i musikken med den hensikt å oppløse spenningene i pt.

M17\*529 – 532. MV/MA. UNDER. Å oppløse spenninger. Først vil musikken matche pt, for deretter å utforske pt's ansenthet og undersøke bildenes metafor med den hensikt å finne avspenning.

M19\*551 – 554. MV. UNDER. Å reflektere pt'en i musikken vil si å spille noe lignende – ikke en kopi -, av pt's uttrykk, og dette kan lette assosiasjonskjeden mot å finne oppløsning av spenning. (pt aktiv i mus?)

### Pasientens smerteopplevelse

J22\*416. MV/SL. INN. Pasientens opplevelse av smerten former musikken.

J23\*411 – 412. SL/MV. INN. Spørre pasienten inngående om smerten – utgangspunkt for intervensjon.

### Nonverbal informasjon

M9\*547 – 550. MV. UNDER. Ideen er å skape en musikalsk ramme hvor visualiseringen kan utvikle seg. I denne prosessen blir overf., motoverf., frie assosiasjoner og pt's energi inkludert i musikken.

M6\*69 – 70. MV. UNDER. Musikken blir justert til pt's bilder, energi, stemmeleie.

M8\*509 – 513. MV. UNDER. Musikken reflekter pt's energi, visualiseringer, personlige historie.

M9\*547 – 550. MV. UNDER. Ideen er å skape en musikalsk ramme hvor visualiseringen kan utvikle seg. I denne prosessen blir overf., motoverf., frie assosiasjoner og pt's energi inkludert i musikken.

M9\*547 – 550. MV. UNDER. Ideen er å skape en musikalsk ramme hvor visualiseringen kan utvikle seg. I denne prosessen blir overf., motoverf., frie assosiasjoner og pt's energi inkludert i musikken.

### Terapeutens opplevelse

M7\*72 – 73. MV. UNDER. Pt og tp's frie assosiasjoner, pt og tp's følelser influerer musikken.

M7\*72 – 73. MV. UNDER. pt og tp's frie assosiasjoner, pt og tp's følelser influerer musikken.



## ETTER MUSIKKINTERVENSJONEN

### Stillhet, samtale, feedback, pust eller søvn

J550 – 553. MV. ETTER. Stillhet, søvn, pust, samtale, feedback

J561 – 565. MV. ETTER. Refleksiv prosess mellom musikk og samtale.

J565 – 566. MV. ETTER. Viktig å finne ut hvordan pasientens prosess var.

J566 – 567. MV. ETTER. Sjekke sine egne forutanelser i samtalen.

M594 – 600. MV. ETTER. Gjentakelse av hendelsesforløpet i samtale. K: Hvorfor?

Vedlegg 7:
Henvisningskjema

BETH ISRAEL MEDICAL CENTER

Armstrong Music Therapy Program
MUSIC THERAPY REFERRAL FORM

14107-AT-declined-asked to return.

Name of PT: [redacted]
Diagnosis: Dizziness, weakness
Floor & Room: 8L, 7B
Primary Language of Patient:
Caretaker(s) Name:
Primary Language of Caretaker:
Relationship to patient: mother father sibling
foster parent relative
friend



Reason(s) of Patient's Referral for Music Therapy (definitions on reverse side) Check areas that apply:

- Anxiety/Fear: ( ) Separation anxiety ( ) Pre or post operative anxiety
( ) General anxiety
Pain/Stress: ( ) Breathing Difficulties ( ) In need of tension release
Expressive Difficulties: ( ) Depression or Non-Verbal ( ) Acting out or hyperactive
Coping: ( ) In Facing the illness ( ) Self Esteem ( ) Communication/socialization
In Loss of Consciousness: ( ) Increase awareness ( ) Increase stimulation or use of imagery

Other Specify: Panic attack, felt like she was going to die

Comments:

Person Referring: Fam. med. team Ext: Date: 4/3/07

\*Please place referrals in 6 Dazian Music Therapy Room Box or in the Music Therapy Referral envelope slots located at the Nurse's station.

Kristen Stewart, MA, MT-BC, ext.: #2722/ internal page: #11234
Marcela Lichtensztejn, MA, NRMT, ext.: #2710/ internal page: #11456

## Vedlegg 8

## Assessmentskjema

## BETH ISRAEL HEALTH CARE SYSTEM

LOUIS & LUCILLE ARMSTRONG  
MUSIC THERAPY PROGRAM

2014

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK  
AND HOME CARE SERVICES

## MUSIC THERAPY ASSESSMENT

 Individual  Family  GroupReferred by: MD ScottReason for Referral: Constipation, anemia, tension releaseInstruments / Activity Selection: Pt: Small xylophone Tx, Percs, voice

1. Warm Up: Conversation
2. Improv. on xylophone
3. Music Relaxation

Voice: Low in volume and medium pitch. Was talking a lot, but very fast and slightly unclear.

Description of the Music: (Affect, Activity level, Expressivity, Willingness to collaborate) Pt. was in bed and not alert when Tx entered the room. Pt immediately starts talking. Due to pt's fast and unclear talk and hearing impairment it was difficult to have a conversation with her. Pt's breathing was shallow, fast and unrequit. Pt joined Tx in improvisation on small xylophone. Her playing were fast, with melody and rhythm. In response to pt's seemingly stressed state of being, Tx played calm music to pt, and asked pt to focus her deep breathing. Pt closed her eyes during the music, and her breath became stable and calm. During the music, pt. fell asleep. Tx left pt. sleeping.

Significant Issues:

- X Shallow and unstable breath
- X Verbally active, and in need of processing psychological/emotional issues related to present situation: life review, guilt and patient-rol

Follow-up plans:

- X Music Relaxation and Visualization
- X Singing familiar songs

Music Therapist: Kaja Elise EngerExt./Beeper: 2769Date: 3/30-01

Vedlegg nr. 9

Logg om Richard

**LOG: Individual session, March 15, 2007**

---

*Intern: Kaja Elise Enge***Patient Information:**

First name: Richard

Age: 46

Diagnosis: Chest Pain, respiratory distress, COPD, borderline DM.

Reason for admission: Acute shortness of breath

Length of current hospitalization: 5 days

**Medical History**

DM, COPD, emphysema diagnosed 1 year ago, morbid obesity, smokes 23 pack a year.

**Psycho/Social History**

Patient is engaged and has two children. His parents are divorced. He used to play guitar and violin, but stopped when parents got divorced, age 10. After divorce he lost contact with his father, that was an amateur musician – and thereby also stopped with music. On request why he stopped playing, he said that “I wanted to play together with my father”. Patient states that he didn’t want to see his father anymore, because the father had apparently acted very badly towards the family.

### **Session Outline**

1. Verbal warm up
2. Selection of instrument
3. Improvisation
4. Conversation
5. Relaxation and Imagination to music
6. Verbal ending

### **Narrative Session Report**

Patient accepted somewhat hesitant to music therapy. On request he described feeling trapped in the hospital, and that he was longing very badly for the sun and fresh air. "I just can't be closed up like this, it's driving me crazy!" Both verbally and with his body language he expressed feeling very frustrated. When drawing attention to the music, he immediately brought up his parents; their divorce, his fathers music, how he stopped playing himself after loosing contact with his father. All in all I met a very frustrated and sad man. I observed many difficult processes going on inside of him: Dealing with being hospitalized and very sick, dealing with his past and unresolved conflicts towards his father. I chose to start with offering him the possibility to express himself in the music. His first reaction towards the instruments, (particularly the Gatho Box), was an interest in their origin. He was also amazed about the sound and construction of the instruments. It was as if he tried to avoid playing by talking and reflecting a lot. Richard also reacted very positively towards the ocean drum. He smiled (for the first time!), and said: "It actually sounds like the ocean!"

In our first attempt to play together, Richard played the Gatho Box. Very hesitantly he gradually became more and more active in the music. In the start I mirrored his sounds, and incorporated them in a harmonic and rhythmical frame, to try to provide him with some confidence. This seemed to encourage him to keep playing. After some time I developed a musical frame with rhythmical and harmonic predictable chords, to encourage a more independent musical expression from the patient. Richards music then changes into consisting of long phrases with many, short tones and complicated rhythms. It's very musically. It is as if he has an intrinsic musical understanding. After the improvisation, Richard talks more about his past. He gets quite emotional when he talks about his father, and that he doesn't see him anymore, because of his bad behavior towards the family; apparently "crashing the house". I senses that there is a lot going on inside of him, and that he is in touch with difficult and complicated feelings that takes time to process. I offer him a music relaxation and imagination exercise, where I play piano and he the ocean drum, while he closes his eyes and lets his imagination free. I play a peaceful classical piece, Pachelbel's Canon in C, slowly and soothing. My hope is that this exercise can hold his psychological and physiological sorrow and pain, and maybe, through the use of ocean drum and imagination, give him a rest from the hospital surroundings which he finds so distressful. In the beginning of the exercise Richard plays on the ocean drum. He reports being on a beach. Then he stops playing and talking, and seems to get very relaxed, almost asleep. I keep playing for him. I try to match the music to his breath, and to slow it down, to induce a more relaxed state of being. When music finishes, Richard for a minute doesn't say anything. He then starts talking about that music, all music, is like a story – that the dynamics and structure of music is analogue to the dynamics of a story. I think he in these reflections avoids talking about the feelings that the music actually awoke in him, but also tries to communicate that he really had an experience in the music. I do not want to push him to tell about his feelings, so I redirect the conversation towards his relationship to music. I clearly get the impression that music is very important to him, and that rebuilding his musical identity and using his creativity and resources can help heal old wounds and have a positive influence on his self esteem and thereby his way of living. Generally this man gives me the impression of living a (unhealthy) life that causes his present hospitalization (heavily overweight, heart conditions and breathing problems). We also talks about his children, and that he

encourages them to explore life, the world, listen to nice music, etc – but that they doesn't listen to him. I suggest that the children might copies his behavior, and that if he wants them to explore the world, he has to do it himself first, and do it *with* them, instead of *telling* them to do it, without doing it himself. He understands what I am saying and agrees. I ask him if he wants me to come back some other time, and bring the violin and guitar – which is his instruments – and he agrees. When I leave the room I hear him humming: “...I want more music...”

### **Significant Events**

- Unresolved issues related to parents divorce.
- Loves music and is very musical, but is musical inactive.
- Is sad and feels imprisoned in the hospital.

### **Future Plans**

- Reengage him in music, and through music hopefully activate his creativity and in this way contribute to processing psychological issues and quality of life.
- Use music as a way to cope with being in the hospital, through use of music imagination and relaxation.

