

At synge til ro

Entrainment-processer i palliativ musikterapi



“The patient at [the] end of life will be reminded that, just as they were held by music at infancy, even now music can be used as a holding - they can trust enough to fall asleep into the temporary world of the unknown.”

(Loewy & Stewart, 2005, s.143)

Studerende: Christiane Meldgaard

Studienr: 20202554

Universitet: Aalborg Universitet

Studieretning og fag: Musikterapi, Kandidatspeciale

Vejleder: Charlotte Lindvang

Afleveringsdato: 2/6 2025

Antal normalsider: 79,83 ns (191.592 antal anslag i alt, heraf 18.834 i figurer og skemaer)

Referencesystem: APA 7

Forord:

Jeg dedikerer mit speciale til de patienter og pårørende,
som jeg mødte på hospice.



Tak:

♥ Johan & Ejner ♥

Signe Marie Lindstrøm & Marie Bolette Falk

Hospice Søholm

Charlotte Lindvang

Nanna Lerchenfeld Jeppesen & Karoline Amaryllis Forshei Nielsen

Tak for uvurderlig støtte, inspiration, erfaringer, muligheder, sparring og vejledning.

Jeg kunne ikke have lavet dette speciale uden jer.

Abstract

Aim: This master's thesis examines how two experienced hospice music therapists describe and apply the music therapy intervention "singing for relaxation" in palliative music therapy and it explores which therapeutic processes and regulatory mechanisms, particularly entrainment, these interventions use in order to achieve the therapeutic goal of relaxation and symptom relief for hospice patients. The master's thesis further examines the role of the voice, the breath, and the music therapist in these interventions. The broader aim of this master's thesis is to contribute with more detailed descriptions of this vocal intervention to clinical palliative music therapy.

Background: Although a lot of clinical music therapy literature and research on singing in palliative care exists, detailed descriptions of the intervention "singing for relaxation" are lacking. During an internship at a Danish hospice, I gained experience with singing for relaxation with hospice patients which has informed my interest in and motivated me to further explore how entrainment processes in these interventions create a synchronized connection between music therapist and patient that contribute as a regulatory factor in inducing relaxation in the patient's nervous system. The theoretical foundation of this thesis is primarily clinical literature and research on palliative music therapy, entrainment, the voice, and neuroaffective developmental psychology.

Methods: The master's thesis collects data through an empirical phenomenological and qualitative focus group interview with two hospice music therapists. The analysis method applied is thematic analysis (Braun & Clarke, 2006; Robson & McCartan, 2016) and the Descriptive Phenomenological-Psychological Method (Giorgi).

Results: This master's thesis found several components of the intervention "singing for relaxation". Some of the most important factors in these interventions, according to the music therapists, were the use of vocal improvisation with a natural and authentic voice that was used to communicate the therapist's presence, the breath as a regulatory mechanism of the nervous system, the therapeutic role as a container of holding, and, in particular, the use of entrainment as an effective regulatory tool to establish a synchronized connection between music therapist and patient. Through this entrained connection the music therapist resonates with and can effectively regulate the patient's nervous system on both a physical and emotional level, by gradually changing the music according to the patient's needs. Entrainment was found to both operate on an intra-individual and an inter-individual level.

Keywords: Music therapy; palliative music therapy; palliative care; hospice; interventions; singing for relaxation; entrainment

Indholdsfortegnelse:

Kapitel 1: Indledning	8
1.1. Indledning	8
1.2. Problemformulering	9
1.3. Begrebsafklaring	9
1.4. Formål	9
1.5. Afgrænsning	9
1.6. For forståelse	10
1.6.1 Motivation og baggrund: Vignetter fra hospice	10
1.6.1.1. Vignet 1: En betydningsfuld kærlighedssang spillet med entrainment skaber ro	10
1.6.1.2 Vignet 2: Guidet afspænding og en kendt sang, som udvikler sig til en improvisation	11
1.6.1.3 Vignet 3: Music & Imagery og stemmeimprovisation	11
1.6.1.4. Vignet 4: Guidet afspænding og afstemning gennem improvisation	11
1.6.1.5. Vignet 5: En betydningsfuld sang som vuggeviser i sidste terminale fase	12
1.7. Kodning af vignetter som afsæt for fokusgruppeinterview	12
1.8. Fremgangsmåde	13
Kapitel 2: Metode	14
2.1. Videnskabsteoretisk afsæt og område	14
2.1.1. Fænomenologi	14
2.1.1.1. Det fænomenologiske livsverdensinterview	14
2.1.2. Induktiv eller deduktiv	15
2.1.3. Hermeneutik	16
2.2. Dataindsamling: Fokusgruppeinterviewet	16
2.2.1. Moderatorrolle	17
2.2.2. Forberedelser og udførelse af fokusgruppeinterview	17
2.2.3. Interviewguide	18
2.2.4. Informanter	18
2.3. Databehandling og analysemetode	19
2.3.1. Tematisk analyse	19
2.3.2. Meningskondensering: Giorgis deskriptive fænomenologisk-psykologiske metode	20
2.4. Ethiske overvejelser	21
2.5. Forskerrolle	22
Kapitel 3: Teori	23
3.1. Palliativ indsats	23
3.1.1. Definitioner og karakteristik af patientmålgruppe	23
3.1.2. Symptomer og total smerte	24

3.1.3. Kliniske behov	24
3.2. Forskning i musikterapi i palliativ indsats	25
3.2.1. Litteratursøgning	27
3.3. Palliativ musikterapi med fokus på beroligelse	27
3.3.1. Synge patientens musikalske præferencer	28
3.3.2. Improvisation	29
3.3.3. Stemmeforståelse i palliativ musikterapi	30
3.3.4. Åndedrættet	31
3.4. Entrainment i palliativ musikterapi	32
3.5. Den terapeutiske proces set i lyset af neuroaffektiv udviklingspsykologi (Hart)	33
3.5.1. Mikro-regulering og mødeøjeblikke	34
3.5.2. Resonans og dyadisk afstemning	34
3.5.3. Nervesystemet	34
3.5.3.1. Det autonomt-sansende niveau	35
3.5.3.2. Det limbisk-følede niveau	36
3.6. Affektiv afstemning (Stern)	36
3.7. Terapeutens rolle og forholdemåde i palliativ indsats	37
Kapitel 4: Empiri og analyse	38
4.1. Fase 1: Transskription af interview	39
4.2. Fase 2: Generering af indledende koder	39
4.3. Fase 3: Identificere temaer	40
4.3.1. Tematisering	40
4.3.2. Meningskondensering (Giorgis trin 3 og 4)	42
4.3.2.1. Tema 1: Interventionen - at synge til ro	42
Kode A: At synge til ro	43
Kode B: Entrainment	44
Kode C: Stemmen	46
Kode D: Vuggeviser	47
Kode E: Åndedrættet	47
4.3.2.2. Tema 2: Nervesystemet	48
Kode F: Nervesystemet	48
Kode G: Arousal	48
4.3.2.3. Tema 3: Terapeut-patient-relation	49
Kode H: Terapeut-patient-relation	49
Kode I: Afstemning	49
Kode J: Det moderlige	50
Kode K: Forholdemåde	50

Kode L: Overføring og modoverføring	50
Kode M: Terapeutidentitet og rolle	51
4.3.2.4. Tema 4: Kommunikations- og interaktionsanalyse	51
Kode N: Kommunikations- og interaktionsanalyse	51
4.3.2.5. Tema 5: Patienten	52
4.4. Fase 4: Tematiske netværk	52
4.5. Fase 5: Integration og fortolkning	53
Kapitel 5: Diskussion	59
5.1. Diskussion og kritik af metode	59
5.1.1. Kritik af dataindsamlingsmetode	59
5.1.2. Kritik af analysemetoder	60
5.1.3. Kritik af opgavens valg af teoretisk ramme	60
5.2. Diskussion af analysefund i relation til opgavens teori	61
5.2.1. Stemmens betydning i interventioner med at synge til ro	61
5.2.1.1. Stemmens rolle	62
5.2.1.2. Stemmeforståelse	62
5.2.1.3. Valg af stemmeintervention til beroligende formål	63
5.2.2. Entrainment som reguleringsmekanisme i den terapeutiske proces	64
5.2.2.1. Anvendelsen af entrainment som reguleringsmekanisme	65
5.2.2.2. Entrainmentbegrebet i relation til neuroaffektiv teori	66
5.2.3. Musikterapeutens rolle og forholdemåde	69
5.3. Sammenfatning	70
Kapitel 6: Konklusion	71
Litteraturliste:	72
Bilag	75
Bilag 1: Procesnotater og vignetter fra hospice	76
Bilag 2: Informanternes samtykkeerklæringer	76
Bilag 3: Transskription med kodninger	76
Bilag 4: Analyse - hovedskema	76
Bilag 5: Fra analyse til diskussions-struktur	76

Oversigt over figurer og skemaer i specialet:

Figur 1. Kodning af vignetter (NVIVO), s. 12

Figur 2. Den udvidede totale smertemodel (Lindstrøm et al., 2020, s.14), s.25

Figur 3. Litteratursøgning i databaser, s. 27

Figur 4. Model for musikalsk sedering med fokus på åndedrættet (Loewy, 2009, s.228), s. 31

Figur 5. Den hierarkiske hjerne, efter MacLean (Hart, 2017, s.68), s. 35

Figur 6. Oversigt over analysens fremgangsmåde og hvorledes de to analysemetoders trin og faser overlapper hinanden (se beskrivelser af analysemetoder i Kap.2, afsnit 2.3.1. og 2.3.2), s. 38

Figur 7. Oversigt over tematiseringsprocessen. Nedslag d. 7/3, d. 16/4 og d.12/5 2025, s. 41

Figur 8. Tematiske netværk i det samlede datasæt, s. 53

Figur 9. Diagram over vægtningen af datasættets temaer, herunder koder (NVIVO), s. 54

Figur 10. Overblik over, hvor koder fra Tema 5 er dobbeltkodet under andre temaer i transskriptionen, s.55

Figur 11. Overblik over antal kodninger af hver kode i datasættet., s. 56

Figur 12. Figuren viser hvor koden entrainment optræder med andre temaer i datasættet, s. 57

Figur 13. Revideret oversigt over, hvordan indholdet forgrener sig i nye mønstre, s. 57

Skema 1. Kode A: At synge til ro (Revideret uddrag fra hovedskema, se Bilag 4, s.2-6), s. 43

Skema 2. Kode B: Entrainment (Revideret uddrag fra hovedskema, se Bilag 4, s.6-10), s. 45

Skema 3. Kode C: Stemmen (Revideret uddrag fra hovedskema, se Bilag 4, s.10-13), s. 46

Kapitel 1: Indledning



1.1. Indledning

Nærværende speciales idé udspringer af mine oplevelser og erfaringer med musikterapi i palliativ indsats under et praktikforløb på Hospice Søholm i efteråret 2024. Her blev jeg optaget af, at facilitere beroligelse og lindring for patienterne, noget, jeg erfarede, fungerede bedst med interventioner med stemmen som primærinstrument. Gennem disse interventioner med at synge til ro, oplevede jeg tæt synkroniserede møder og forbindelser med patienterne, og jeg har siden været optaget af, hvordan denne tætte forbindelse skabes og hvordan man som musikterapeut kan kanalisere sin fulde opmærksomhed, nærvær og omsorg ud gennem stemmen og derigennem hjælpe disse patienter.

På 8. semester lavede jeg et scoping review, som undersøgte interventioner med sang og stemme i palliativ musikterapi og som konkluderede, at en af de mest anvendte interventioner var at “synge for afslapning/afspænding” (eng. “*singing for relaxation*”, se eksempelvis Clements-Cortés, 2017, s.346) og at afslapning/afspænding og beroligelse var det mest adresserede terapeutiske mål. På trods af disse fund, var der mangelfulde beskrivelser af, *hvordan* interventionsformen blev udført (Meldgaard, 2024). Andre reviews nævner, at mere ensrettede beskrivelser ville kvalificere sammenligningsgrundlaget i forskningsstudier (Pérez-Eizaguirre & Vergara-Moragues, 2021; Clements-Cortés & Wright, 2020). Selvom den kliniske litteratur beskriver processer som entrainment og arousalregulering, tyder det på, at der fortsat savnes uddybende og sammenhængende beskrivelser af de musikterapeutiske processer og mekanismer, som faciliterer de terapeutiske mål om at fremme ro. På trods af en overflod af musikterapi-litteratur indenfor palliation, er det fortsat vanskeligt at finde litteratur som specifikt beskriver brugen af sang som interventionsform, herunder information om *hvordan, hvornår og hvorfor* interventioner med sang anvendes med disse patienter (Clements-Cortés & Wright, 2020, s.170)

Med ovenstående indledning, er min motivation derfor, at forsøge at bidrage til at udfylde lidt af det “videnshul”, som ovenfor er beskrevet, ved at få indsigt i og videregive de erfaringer, som danske hospicemusikterapeuter har med at anvende målrettede musikterapeutiske processer, herunder entrainment, i interventioner med at fremme ro for patienter i palliativ indsats.

1.2. Problemformulering

Med udgangspunkt i et fokusgruppeinterview med to erfarne hospicemusikterapeuter ønsker jeg at undersøge:

Hvordan beskriver og anvender to erfarne hospicemusikterapeuter interventioner med at synge til ro i palliativ musikterapi og hvilke terapeutiske processer og mekanismer, med særligt fokus på entrainment, indgår i disse interventioner, som har til formål at fremme beroligelse?

Herunder følgende arbejdsspørgsmål:

- Hvilke musikterapeutiske teknikker, herunder entrainment, anvendes til fremme beroligelse?
- Hvilke komponenter består interventioner med at synge til ro af?
- Hvilken rolle spiller stemmen og åndedrættet i disse interventioner?
- Hvilken rolle spiller terapeuten i interventioner med at synge til ro?

1.3. Begrebsafklaring

“Palliativ musikterapi”: Denne betegnelse dækker over musikterapi i palliativ indsats og anvendes i opgaven, da den er mere læsbar og desuden betegner en specifik genre af musikterapi (Lindstrøm et al., 2020).

“At synge til ro”: I mangel på et præcist begreb for sang interventioner i palliativ musikterapi, som har fokus beroligelse, anvendes her “at synge til ro” med inspiration fra det engelske “singing for relaxation” (se f.eks. Clements-Cortés, 2017, s.346). Det engelske begreb kan oversættes til “at synge for afspænding/afslapning”, men omskrives her til det mere mundrette “at synge til ro” og til at betegne beroligelse i bred forstand. Interventionsformen vil ikke blive defineret her, da formålet er at lade hospicemusikterapeuterne i fokusgruppen beskrive interventionen.

1.4. Formål

Formålet med dette speciale er at undersøge hvordan erfarne hospicemusikterapeuter anvender musikterapeutiske interventioner med stemme og entrainment med det terapeutiske formål, at få patienten til at blive beroliget, for på den måde at komme nærmere nogle specifikke beskrivelser af interventionsformen, dens reguleringsmekanismer og processer.

1.5. Afgrænsning

Denne opgave beskæftiger sig med interventioner, hvor musikterapeuter forsøger at berolige patienten gennem sanginterventioner. Specialet beskæftiger sig ikke med andre metoder til beroligelse, såsom eksempelvis The Bonny Method of Guided Imagery and Music, eller med interventioner, hvor instrumenter er bærende. Specialet beskæftiger sig med palliativ musikterapi (Lindstrøm et al, 2020) i

en dansk kontekst inden for hospice-området. Da specialet beror på data indsamlet gennem interview med to informanter, kan specialet ikke udtale sig om interventionsformen generelt. Specialets fokus på entrainment, afgrænser sig til entrainment i en musikterapeutisk palliativ kontekst og ikke som fænomen i fysikkens verden eller på andre kliniske områder. Specialets konklusion på opgavens problemformulering relaterer sig udelukkende til data produceret i denne opgave og den inddragede litteratur. Opgaven kan derfor ikke ansues som en generalisering af, hvordan musikterapeuter generelt anvender interventionen.

1.6. Forforståelse

Min forforståelse er, at entrainment-processer i sang-interventioner kan skabe beroligelse for patienter som er plaget af *total smerte*, og kan være særligt effektivt i situationer, hvor medikamentel behandling ikke virker eller i den sidste terminale fase, hvor patienter ikke længere responderer verbalt. I min tid som praktikant som musikterapeut på et hospice, mødte jeg patienterne i den sidste tid af deres liv. Ofte var de udmattede efter et langt og slidsomt sygdomsforløb, eller i chok efter et kort og intenst sygdomsforløb. Patienternes pårørende var ofte medindlagt og ligeledes plaget af udmattelse, ventesorg og lidelse. I min praktik var mit fokus på individuelle sessioner med patienterne i selskab med pårørende. Derudover faciliterede jeg gruppemusikterapi med Music & Imagery for pårørende, en ugentlig Music & Imagery-gruppe for personale, lavede miljømusikterapi i hospice-foyeren og faciliterede udsyngning.

1.6.1 Motivation og baggrund: Vignetter fra hospice

I dette afsnit, vil jeg som en del af min forforståelse, dele mine erfaringer med at synge hospicepatienter til ro. Dette vil jeg gøre gennem fem vignetter, som er baseret på procesnotater og dokumentation af sessioner med hospicepatienterne. Ved at lægge mine erfaringer og oplevelser frem i lyset, ønsker jeg at skabe transparens om min forforståelse og opgavens udgangspunkt, for derefter at gå i "epoché" og forsøge at antage et mere neutralt standpunkt i forhold til opgavens dataindsamling og behandling. Vignetterne indgår ikke som direkte empiri i dette speciale, men er udtryk for observationer, oplevelser, refleksioner og erfaringer, som i et fænomenologisk lys præger min forforståelse. Vignetterne er udvalgt ud fra deres relevans for opgavens problemformulering og indeholder beskrivelser af entrainment, arousal-regulering, stemme/sang/nynnen (ofte i kombination med klaver/sansula), vejtrækning/åndedræt og terapeutisk forholdemåde. Af hensyn til GDPR-regler, er alle patienter, pårørende og deres betydningsfulde sange fuldt anonymiserede i beskrivelserne. Vignetterne findes i deres fulde længde og med beskrivelse af kontekst i opgavens **Bilag 1**, men offentliggøres ikke. Herunder ses korte uddrag.

1.6.1.1. Vignet 1: En betydningsfuld kærlighedssang spillet med entrainment skaber ro

“ .. Da åndedrættet bliver langsommere, entrainer jeg sangen til patientens vejtrækningsrytme. Når patienten sukker, holder jeg igen med at synge, for at spejle sukkene, mens jeg siger “ahhh, ja”, hvorefter jeg genoptager sangen, nu langsommere. .. Da sangen er ved at være slut, fornemmer jeg, at

det er trygt for patienten, at vi er der, sammen alle tre, i sangen. Jeg forlænger sangen ved at lave “extemporizing” og fader sangen ud ved at nynne langsommere. ... Jeg nynner først noget af omkvædet, hvorefter jeg laver rolige nedadgående glissandoer på enkelte toner med varm og blød klang, som følger patientens vejtrækning og spejler, når denne laver dybe udåndinger. Da jeg fornemmer, at patienten er meget fjern og tror at denne er faldet i søvn, stopper jeg med at nynne og tager nogle dybe vejtrækninger i takt med patientens”

1.6.1.2 Vignet 2: Guidet afspænding og en kendt sang, som udvikler sig til en improvisation

“.. Jeg improviserer blidt og simpelt i Hm og D på klaveret i en bølgende puls, der er entrainet til patientens vejtrækning. Da patienten trækker vejret med dybe udåndinger, vælger jeg at sætte lyd på stemmen og nynne på patientens udåndinger, for at spejle og forstærke dennes egen vejtrækning stærkere end jeg kan med klaveret. Så udånder jeg tungt med patienten på en tone, mens jeg langsomt sætter tempoet ned. Patientens vejtrækning følger med og vi forbliver synkroniserede. Sådan bliver jeg ved, indtil jeg hører snorkelyde og patienten er faldet i søvn. Jeg fader klaverspillet ud, men nynner videre i takt med patientens vejtrækning, for ikke at vække denne.”

1.6.1.3 Vignet 3: Music & Imagery og stemmeimprovisation

“ .. Da musikken stopper og jeg fornemmer, at patienten er i ro, men jeg gerne vil se om patienten kan falde i søvn, begynder jeg at nynne. Jeg nynner i et tempo tilsvarende den afspillede musik og i samme tonalitet. Patienten tager endnu en dyb højlydt vejtrækning, som jeg spejler og patienten gentager igen en dyb vejtrækning. Jeg forsøger at skabe så meget rum og resonans med min stemme som muligt. ... Jeg fortsætter herfra med at holde dybe lange toner, skifter mellem to toner, som jeg laver blide glissandoer imellem, og som følger patientens vejtrækningsrytme minutløst, så tonerne synges på alle patientens udåndinger. Dette fortsætter jeg med i et par minutter, hvorefter jeg hører snorkelyde.”

1.6.1.4. Vignet 4: Guidet afspænding og afstemning gennem improvisation

“.. Patienten ånder tungt ud og jeg gentager den tunge vejtrækning med min egen stemme. Patienten smiler. Da vælger jeg at matche dette udtryk ved at gå over i Edur og improvisere videre, for at forløse mol-stemningen og matche smilet. Patienten ånder tungt ud igen og smiler, hvilket jeg igen matcher med stemmen. Jeg inddrager flere akkorder og nynner med på “ahhh” i bølgende bevægelser, som spejler patientens vejtrækningsrytme. Patientens krop gør et spjæt, og jeg fornemmer, at denne er ved at falde i søvn. Jeg fader klaveret ud, men bliver ved med at improvisere med stemmen med blød og luftig klang”

1.6.1.5. Vignet 5: En betydningsfuld sang som vuggeviser i sidste terminale fase

“.. Patientens øjne er let åbne, men jeg kan ikke få øjenkontakt, de ser mig ikke. Patienten har en let rallende vejrtrækning. Af og til kommer der urolige ryk og støn. ... Jeg næsten hvisker sangene, meget luftigt og blidt og forsøger at kanalisere al min varme og omsorg ud gennem stemmen og at skabe nærvær gennem den. Når patienten laver dybe udåndinger, spejler jeg dem tilbage, før jeg fortsætter med at synge. Jeg holder hele tiden øje med, at vejrtrækningen ikke øges. ... Jeg synger patientens yndlingssang, men sætter den ned i et mellemtoneleje og ændrer taktarten lidt, så den får mere vuggeviser-karakter i 3/4-takt. ... Jeg har en fornemmelse af, at jeg synkroniserer mig fuldstændigt med patientens krop. Når patienten laver dybe udåndinger, sænker jeg tempoet en smule og ser, om patienten følger med ned.”

1.7. Kodning af vignetter som afsæt for fokusgruppeinterview

For at få et overblik over indholdet i vignetterne, foretager jeg en kodning i data-analyseprogrammet NVIVO med fokus på at identificere gentagne mønstre og temaer, som kan synliggøre særlige interesser i disse interventioner med at synge til ro. Disse vil blotlægge min forforståelse før udformningen af interviewguiden til fokusgruppen. Da kodningen også er styret af opgavens problemformulering med fokus på udvalgte teorier og teknikker, er denne kodning *teoristyret* og *deduktiv*. Herunder ses et overblik over kodningen af de fem vignetter:

Codes

Name	Description	Sources	References
Affektiv afstemning		1	6
Deltagelse		1	16
Entrainment		1	10
Fysisk kontakt		1	4
Nynne		1	6
Overføring og modoverføring		1	3
Synge		1	12
Terapeutisk forholdemåde		1	16
Vejrtrækning		1	14
Ændring i symptomer		1	22

Figur 1. Kodning af vignetter (NVIVO)

Figur 1 viser koder samt antal kodninger. Samlet viser kodningen af vignetterne en interesse i betydningen af den terapeutiske forholdemåde, patientens symptomer, deltagelse, entrainment og at synge. Samtidig har processen igangsat tanker om, hvilket temaer, som kunne være interessante at få uddybet af de erfarne hospice-musikterapeuter i et fokusgruppeinterview. Emnuguiden vil spørge til, hvilke situationer og symptomer, musikterapeuterne anvender de beroligende interventionsformer til, bede musikterapeuterne beskrive deres arbejde med interventionsformerne, herunder entrainmentprocesser i beroligelsesprocessen, for også at kunne besvare min opgaves problemformulering. I kodningen af vignetterne, er det også tydeligt, at “terapeutens forholdemåde” fylder en del i beroligelsesprocessen. Derfor vil min emnuguide spørge ind til terapeutrollen,

forholdemåde og relationen til patienten, som har betydning for udfaldet af terapien. Vignetterne er, mere end forventet, optaget af vejtrækningens betydning, som en forlængelse af arbejdet med stemmen. Derfor kunne det være interessant at spørge musikterapeuterne om åndedrættet og vejtrækningens rolle i nedreguleringsprocesserne. Efter at have lagt mine egne forforståelse og oplevelser med undersøgelsesfænomenet frem, vil jeg forsøge at gå i "epoché", for i interviewet at forholde mig åbent til informanternes oplevelser fra deres livsverden.

1.8. Fremgangsmåde

Specialet har indledningsvist **Kap.1.** givet et indblik i den forforståelse, som danner afsæt for opgaven. Derefter beskrives de videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser, herunder dataindsamlings- og databehandlingsmetoder, i **Kap.2.** I **Kap.3.** beskrives opgavens teoretiske fundament og ramme. Teorien beskrives før analyseafsnittet, på trods af, at teorien i praksis blev læst og beskrevet *efter* analysen. I **Kap.4.** præsenteres og analyseres opgavens empiri gennem tematisk analyse og den deskriptive fænomenologisk-psykologiske metode, og i **Kap.5.** diskuteres opgavens metodiske implikationer, hvorefter analysens fund diskuteres i relation til opgavens teoretiske fundament. Dette fører til en sammenfatning, som leder frem mod den endelige konklusion i **Kap.6.**

Kapitel 2: Metode



I dette kapitel beskrives opgavens metodiske og videnskabsteoretiske afsæt. Først beskrives det videnskabsteoretiske afsæt i fænomenologi og hermeneutik. Derefter beskrives dataindsamlingsprocessen gennem fokusgruppeinterviewet og de metodiske overvejelser om dette. Dernæst beskrives opgavens kombinerede metoder til databehandling og analyse, tematisk analyse og den deskriptive fænomenologisk-psykologiske metode, og til sidst i kapitlet beskrives etiske overvejelser og forskerrolle.

2.1. Videnskabsteoretisk afsæt og område

2.1.1. Fænomenologi

Dette speciale skriver sig ind i det kvalitative forskningsparadigme og har afsæt i en fænomenologisk tilgang. Fænomenologien blev grundlagt af Edmund Husserl i starten af 1900-tallet og er både en filosofisk retning, metode, stil og tænkemåde (Jacobsen et al., 2022, s.281). En grundtanke i fænomenologien er, at forskeren må sætte sin egen forforståelse eller forudindtagede tanker om fænomenet, som undersøges i parentes, også kaldet *epoché*, for at kunne opleve fænomenet fordomsfrit som det fremtræder og beskrive fænomenet så præcist som muligt (Jacobsen et al., 2022, s.281; Forinash & Grocke, 2005). Dette kaldes også *reduktion* (Jacobsen et al., 2022, s.285). Et andet grundkoncept i fænomenologien er *intentionalitet*, hvilket indebærer en forståelse af, at den menneskelige bevidsthed er *intentionel*, altså har retning mod noget. Subjektet og fænomenet, der observeres, kan dermed ikke adskilles fra hinanden, og det, fænomenologien dermed undersøger er, hvordan fænomenet præsenterer sig for en bevidsthed (Jacobsen et al., 2022, s. 283-284; Forinash & Grocke, 2005). I fænomenologien er begrebet om *livsverden* også centralt. Livsverden forstås som den konkrete virkelighed, mennesket lever i til daglig, idet subjektets oplevelse af den virkelighed, det befinder sig i, danner forudsætning for de erfaringer, det kan gøre sig (Jacobsen et al., 2022). Fænomenologien beskriver derfor livsverdens struktur, så dens meninger og betydninger synliggøres og målet er, at nå frem til en undersøgelse af *essensen* af fænomenet (Jacobsen et al., 2022). Dette betyder ikke at alle oplever fænomener på samme måde, men at der er nogle nødvendige elementer i oplevelse, som gør det muligt at adskille denne oplevelse fra andre (Forinash & Grocke, 2005, s.321). Fænomenologien beskæftiger sig derfor med at synliggøre og beskrive fænomener ud fra den antagelse, at dette kun er muligt når vi inkluderer det observerende menneske i denne undersøgelse (Jacobsen et al., 2022, s.290).

2.1.1.1. Det fænomenologiske livsverdensinterview

En ofte anvendt dataindsamlingsmetode indenfor fænomenologisk forskning er det kvalitative og fænomenologiske livsverdensinterview, hvilket også er dataindsamlingsmetoden i denne opgave. Dette

er interesseret i, at indsamle empiri fra og forstå sociale fænomener ud fra aktørers egne beskrivelser af deres livsverden (Jacobsen et al., 2022; Kvale & Brinkmann, 2017, s.45). Derudover er det fænomenologiske interview optaget af at forstå dybden af de oplevelser og fænomener, der undersøges (Forinash & Grocke, 2005). I denne opgave undersøges hvordan informanterne (subjektet) oplever og har erfaringer fra deres kliniske musikterapeutiske praksis med beroligende interventioner med at synge til ro (fænomenet) i palliativ indsats på hospice. For at fundere denne videnskabsteoretiske position i opgavens metodiske tilgang, anvendes i analysen af meningsindholdet i informanternes beskrivelser af deres livsverdensoplevelser, en analysemodel af den amerikanske psykolog Amadeo Giorgi, som var grundlæggeren af den psykologiske fænomenologi (Jacobsen et al., 2022, s.293).

I denne opgave tager det fænomenologiske interview form som et fokusgruppe-interviewdesign, som tilhører det eksplorative videnskabsområde (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 179-180). Karakteristika for det eksplorative område, som også anvendes i denne opgave, er eksempelvis inddragelsen af et fokusgruppeinterview med fokus på enkeltindviders oplevelser, et fleksibelt design, anvendelse af analysemetoderne kodning og meningskondensering for at kortlægge mønstre, samt et forsøg på at kvalitetssikre ved at skabe transparens (Ridder & Bonde, 2014, s.415). Designet er her fleksibelt, hvilket for eksempel ses i, at informanterne er med til at påvirke indsamlingen af data i en proces, hvor interviewets spørgsmål og emner er semistrukturerede, det vil sige, at der som udgangspunkt stilles åbne og overordnede spørgsmål, men at informanterne havde mulighed for at påvirke processen og byde ind med emner og vinkler. Opgaven indsamler viden om *musikterapiprocessen*, herunder komponenter i interventionsformen og de musikpsykologiske aspekter og virkemekanismer, som indgår i terapeut-patient-relationen (Ridder & Bonde, 2014, s. 409).

Fokusgruppeinterviews kan ifølge Halkier (2016) ud fra et videnskabsteoretisk synspunkt både hælde mod *realisme* eller mod en *socialkonstruktivistisk* tilgang (Halkier, 2016, s.24), og den tematiske kodning kan ligeledes placere sig indenfor forskellige epistemologiske paradigmer. Denne opgaves metoder hælder mod den *konstruktive realisme*, som anerkender, at der findes en virkelig verden uafhængig af vores egne overbevisninger, kombineret med den konstruktivistiske epistemologiske tankegang, som indebærer, at vores forståelse af verden er baseret på og konstrueret ud fra vores eget udgangspunkt og erfaringer og at oplevelser og mening forstås som socialt produceret (Braun & Clarke, 2006, s.14); Barbour, 2018). Det empiriske og kvalitative datamateriale forstås derfor i denne opgave derfor som et produkt af samspillet mellem deltagerne i fokusgruppeinterviewet (hospicemusikterapeuterne) og undersøgeren (undertegnede) (Halkier, 2016, s. 52).

2.1.2. Induktiv eller deduktiv

Forskerens metode til at nå frem til en mening eller essens af datasættet kan være *induktiv* “bottom up” eller *deduktiv* “top down” i sin tilgang. Den opgave vil som udgangspunkt tilskrive sig den induktive “bottom up”-metode. Denne indebærer, at forskeren koder data uden at prøve at få koderne til at passe i en ramme, men hvor kodningens temaer er forbundne og kommer fra datasættet i sig selv og dermed er *datadrevet*, i modsætning til den *begrebsdrevne* kodning, som eksempelvis kodes ud fra forskerens hypotese (Braun & Clarke, 2006; Tanggaard & Brinkmann, 2022, s.65). Det *induktive* udgangspunkt indebærer samtidig, at det konkrete (her beskrivelser af informanternes

oplevelsesverden og praksiserfaringer) danner grundlag for det teoretiske, fremfor at det teoretiske forklarer praksis (Ridder & Bonde, 2014, s.414). På trods af denne valgte tilgang nævner Halkier (2016), at der i praksis ofte ses en blanding af det *teoridrevne* og det *datadrevne* i kodninger af interviews. Braun & Clarke (2006), nævner i tillæg at: “.. *researchers cannot free themselves of their theoretical and epistemological commitments, and data are not coded in an epistemological vacuum*” (Braun & Clarke, 2006, s. 12).

2.1.3. Hermeneutik

Idet opgaven også tilføjer et fortolkende lag til de beskrivelser, som musikterapeuterne kommer med, vil jeg argumentere for at min metode også indskrives i den hermeneutiske tradition. I praksis blandes det fænomenologiske udgangspunkt med fortolkende lag, for eksempel ved at diskutere musikterapeuternes oplevelser i forhold til opgavens teoretiske baggrundsteori. Kenny et al. (2005) skriver, at fænomenologi er tæt forbundet med og næsten umulig at adskille fra hermeneutik. Fænomenologi indebærer, på samme måde som hermeneutik, dyb refleksivitet i forskningsprocessen gennem procesorienterede gen-analyser og fortolkninger af data, som fortsætter til *essensen* af fænomenet er nået eller til bevidstheden bag fænomenet er klarlagt (Kenny et al., 2005, s.342). Derudover er formålet med fænomenologiske interviews at samle beskrivelser af informanternes livsverden, for dernæst at *fortolke* meningen med det beskrevne fænomen, i tråd med den hermeneutiske fortolkningsproces (Forinash & Grocke, 2005, s. 324). I den hermeneutiske forståelsesproces sker en cirkulær proces, også kaldet *den hermeneutiske cirkel*, hvor den enkelte oplevelse kun kan forstås i lyset af sin kontekst, et “hele”, som igen er informeret af den enkelte oplevelse. Enheden kan derfor ikke adskilles fra sin helhed. Gennem denne frem-og-tilbage-proces med et skiftevis fokus på enheden og helheden skabes ny forståelse i en stadigt udviklende og fortolkende cirkulær proces (Kenny et al., 2005, s.341).

2.2. Dataindsamling: Fokusgruppeinterviewet

Fokusgruppeinterviews, eller “fokusgruppe”, som her vil blive anvendt for læsbarhedens skyld, defineres som et gruppeinterview omhandlende et specifikt emne, som dermed udgør fokus for en gruppediskussion (Robson & McCartan, 2016, s.300). Fokusgrupper stammer som interviewmetode fra 1940’ernes sociologi (Halkier, 2016, s.11) og har sin oprindelse i udviklingen af markedsanalyse, hvor forskere fandt, at forbrugsmønstre udviklede sig i og dermed bedst kunne undersøges i sociale sammenhænge og gruppekontekst (Robson & McCartan, 2016, s.298). Metoden blev mere alment udbredt i 1950’erne til at undersøge forbrugernes varepræferencer, men først i 1980’erne anerkendt som forskningsmetode i den akademiske samfundsforskning (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 179-180). Fokusgrupper er ofte struktureret ud fra en høj grad af fleksibilitet og kan ses som en hybrid mellem en diskussion og et interview, som både kan indeholde specifikke spørgsmål og mere generelle emner som i en-til-en interviews, men hvis omdrejningspunkt og styrke i højere grad er gruppens interaktioner og forskellige synspunkter (Robson & McCartan, 2016, s.298). Fokusgruppens karakteristika er dermed kombinationen mellem data, som produceres gennem en gruppes interaktioner, og et fastsat emne, som er bestemt af interviewerens på forhånd (Halkier, 2016, s.10).

Halkier (2016) foreslår anvendelsen af fokusgrupper, hvis undersøgelsesspørgsmålet handler om at producere viden om sociale interaktionsformer, normer og gruppers fortolkninger (Halkier, 2016, s.16). Det vigtigste karakteristika ved fokusgrupper er, at deltagerne interagerer, kommenterer på hinandens udtalelser, forhandler om dem og får hinanden til at uddybe erfaringer (Halkier, 2016, s.53).

2.2.1. Moderatorrolle

I fokusgrupper benævnes intervieweren en *moderator*, hvis rolle er at moderere interviewet og facilitere en engageret og åben atmosfære, hvor informanternes forskellige synspunkter kan komme til udtryk (Kvale & Brinkmann, 2017). Fordi intervieweren er med til at facilitere muligheden for at diskussioner og interaktioner i gruppen, kaldes denne en moderator (Halkier, 2016, s.13). Moderatoren sammensætter gruppen, så deltagerne har tilpas tilfælles til, at en diskussion kan opstå, men forskellige erfaringer, så forskellige synspunkter er til stede. Moderatoren samler op på og udforsker disse forskelligheder og de gruppedynamikker, de udspringer af (Barbour, 2018). Det fordrer, at forskeren balancerer sin rolle mellem at være aktiv og passiv, ved både at generere interesse for emnet, men samtidig at undlade at styre gruppen mod bestemte antagelser (Robson & McCartan, 2016).

For at engagere deltagerne, bør spørgsmål ifølge Barbour (2018) være åbne og begynde med “ikke-truende” spørgsmål og først senere omhandle mere følsomt indhold. Hvis gruppen ikke spontant kommer ind på vigtige emner, kan moderatoren gøre brug af “prompts” eller “stimulus-materiale”, som vignetter eller oplæg (Barbour, 2018). Fordi forskellige moderatorer kan generere forskellige data i form og indhold, bør forskningsdesignet forholde sig reflektivt til forskerens rolle, alt efter om forskeren f.eks. er en “insider” på feltet, som ukritisk reproducerer de holdninger, informanterne kommer med (Barbour, 2018).

Derudover er moderatorens rolle at sørge for, at stemningen er uformel, hvilket vil øge muligheden for, at deltagerne taler mere end moderatoren, hvilket er det mest optimale i denne interviewform (Halkier, 2016). Moderatoren sørger også for at bringe alle deltagere i spil i samtalen og at invitere mindre talende deltagere ind ved at nikke, holde øjenkontakt eller direkte spørge om deres mening (Halkier, 2016, s. 54).

2.2.2. Forberedelser og udførelse af fokusgruppeinterview

Jeg aftalte fokusgruppeinterviewet over mail med de to informanter, hvor vi skrev frem og tilbage og aftalte tid og sted. Derefter sendte jeg noget baggrundsmateriale, beskrev mit formål og sendte dem mine anonymiserede vignetter fra min praktikperiode på hospice (se **Bilag 1**). I mailkorrespondancen blev det besluttet at vi skulle mødes hjemme hos den ene musikterapeut, idet begge musikterapeuter var pressede på tid, men indvilligede i at mødes fysisk, frem for gennem et online møde. Valget om at afholde en fokusgruppe i hjemmet, kan ifølge Halkier (2016) øge deltager-interaktionen på grund af øget tryghed, og det gav en afslappet og behagelig stemning omkring interviewet, at det var i hjemlige omgivelser. Til interviewet, havde jeg medbragt to optagere; den ene var min telefons memo-app og den anden en Zoom-recorder. Informanterne underskrev samtykkeerklæringer (se **Bilag 2**) og gav tilsagn om, at jeg måtte anvende brugen af lydoptagelser, det transskriberede interview og deres udtalelser som data i nærværende speciale. Vi aftalte også, at jeg skulle sende det transskriberede

interview til dem, så de kunne lave et “member check”, hvor de gennemlæste deres citater med mulighed for at melde tilbage, hvis de ønskede mindre ændringer i deres citater, så de kan stå inde for brugen af interviewet og føler sig korrekt citeret.

2.2.3. Interviewguide

I forlængelse af den fænomenologiske tilgang dette speciale har, sigtede interviewguiden mod at stille åbne, nysgerrige spørgsmål til informanterne, som dog var rettet mod undersøgelsefænomenet, men hvor informanterne indenfor dette emne, havde mulighed for at uddybe, det, de fandt væsentligt (Jacobsen et al., 2022, s.299). I det fænomenologiske interview stilles generelt mange åbne spørgsmål til informanternes oplevelser, og udførelsen af interviewet foregår i en uformel atmosfære med fokus på interaktionen (Jacobsen et al., 2022, s.302). I udformningen af interviewguiden lagde jeg vægt på en afvejning af hvor mange deltagere der var. Idet der kun var to deltagere, blev det vigtigt at have en række spørgsmål “ved hånden”, hvis deltagerne ikke selv havde en høj grad af interaktion. Jeg gik derfor frem efter en *tragtmodel*, hvor jeg startede med mere åbne og brede spørgsmål, som gav god plads til deltagernes interaktion og beskrivelser af egne erfaringer, hvorefter guiden snævrede mere struktureret ind til specifikke, opfølgende og uddybende spørgsmål med udgangspunkt i min problemformulering (Halkier, 2016). Jeg medbragte og inddrog undervejs den udvidede totale smertemodel i udprintet form, printet mine vignetter ud, som informanterne også kort talte om undervejs og som fungerede som perspektiver til at igangsætte samtale. Den endelige interviewguide ses i form af den færdige transskription i **Bilag 3**.

2.2.4. Informanter

I fokusgruppeinterviewet finder samtalen sted mellem de to erfarne hospicemusikterapeuter, Signe Marie Lindstrøm og Marie Bolette Falk. Begge er uddannet cand.mag. i musikterapi fra Aalborg Universitet og arbejdet som hospicemusikterapeuter i mere end et årti. Marie Bolette Falk har i artikel (Falk, 2021) beskrevet sit systematiske arbejde med at facilitere ro gennem sanginterventioner med entrainment med hospicepatienter, som indgår i denne opgaves teorigangsnit **3.4.**, og jeg havde på forhånd kendskab til, at Signe arbejdede med beroligende sanginterventioner på hospice¹. I forhold til udvælgelsen af deltagere til fokusgruppen, har deltagernes viden om og praksiserfaring med den konkrete interventionsform “at synge til ro” været helt styrende for, hvem der er blevet udvalgt og på grund af opgavens omfang, har jeg derfor ikke inkluderet andre informanter. Derudover har jeg en faglig beundring af de to musikterapeuters arbejde og er dermed også motiveret af, at “gå i lære” hos disse erfarne musikterapeuter. Jeg har fravalgt musikterapeuter indenfor det palliative område, som jeg i forvejen vidste primært beskæftigede sig med andre former for sanginterventioner, f.eks. klienters musikpræferencer, sangskrivning, musikalsk selvbiografi, GIM eller andre interventioner uden for denne opgaves interesseområde.

For at sætte interviewet op, skrev jeg først en mail til Signe, som med det samme gav tilsagn om deltagelse og også pegede på Marie som interviewdeltager, som jeg i forvejen, som forberedelse til

¹ Yderligere præsentationer af de to informanter er offentligt tilgængelige via Dansk Musikterapeutforenings hjemmeside (2025): <https://www.danskmusikterapi.dk/musikterapeut/marie-falk/> og <https://www.danskmusikterapi.dk/musikterapeut/signe-marie-lindstrom/>

min praktik på hospice, havde læst føromtalt artikel om entrainment af (Falk, 2021). Marie gav også med det samme sit tilsagn og tilbød gæstfrit, at interviewet kunne foregå i hendes hjem. I forhold til gruppens sammensætning, kender de to informanter hinanden i forvejen, da de er i netværksgruppe sammen og desuden udarbejdet anbefalinger og retningslinjer for musikterapi i palliation (Lindstrøm et al., 2020). Halkier (2016) peger på, at der indenfor de senere år er eksempler på flere studier, som repræsenterer et positivt syn på brugen af netværksgrupper og deltagere, som kender hinanden. Dette udgangspunkt kan muliggøre flydende samtaler, hvor deltagerne tør uddybe hinandens perspektiver på grund af delte erfaringer og oplevelser, hvilket kan have positiv effekt på produktionen af data, idet fokusgruppens empiriske data netop skabes gennem den sociale interaktion (Halkier, 2016, s.32-33).

2.3. Databehandling og analysemetode

2.3.1. Tematisk analyse

Tematisk analyse er en metode, hvor forskeren gennemgår et datasæt for gentagne mønstre af mening (Braun & Clarke, 2006, s. 14). Robson & McCartan (2016) betegner kodning som den proces, hvor forskeren definerer, hvad dataene, der analyseres, handler om (Robson & McCartan, 2016, s.467). Denne kodningsproces kan inkludere hele datasættet eller særlige karakteristika ved datasættet (Robson & McCartan, 2016, s.472). Ifølge Halkier (2016) kan man se kodningsprocessen som en form for indholdsfortegnelse, hvor man danner sig et overblik over transskriptionens indholdsmæssige overskrifter, så der sker en kondensering af meningsindhold ud fra hvilke data, der hænger sammen (Halkier, 2016). I tematisk kodning inddeles transskriptionen først i mindre enheder eller tekstbidder ud fra deres indhold. Alle disse små enheder er *koder*, mens disse koder sættes sammen i mere overordnede eller flere underinddelte *kategorier* (Halkier, 2016). Robson & McCartan kalder i stedet disse kategorier for *temaer*, hvilket fremover vil blive anvendt i opgaven. Temaerne har mere fortolkende karakter og definerer noget som har relevans i forhold til forskningsspørgsmålene og tematiseringen er ofte associeret med en fænomenologisk tilgang til analyse, dog uden nødvendigvis at indebære en bestemt teoretisk tilgang (Robson & McCartan, 2016, s.468). Ifølge Braun & Clarke (2006) defineres et tema som noget, der indfanger noget vigtigt om data i relation til forskningsspørgsmålet og som repræsenterer en vis grad af mønstre af mening i datasættet (Braun & Clarke, 2006, s.10).

Analysen af data i dette speciale vil i tråd med føromtalt konstruktivistiske tilgang til fokusgruppeinterviewet, se afsnit 2.1.2 også kode for det sociale aspekt, selve interaktions- og kommunikationsformerne under interviewet, idet en socialkonstruktivistisk tilgang vil indebære en forståelse af, at man ikke kan adskille datasættet fra den proces, som betydningen blev dannet i (Halkier, 2016, s.87). En kommunikationsanalyse kan se efter *selvfølgeligheder*, hvor deltagerne gør brug af betydninger og forståelser, som tages for givet uden at blive forklaret (Halkier, 2016, s.85).

Udover kodning og tematisering, anvendes også *begrebsliggørelse*, som er processen, hvor koder og temaer sættes i spil i forhold til data og teorier indenfor feltet, hvilket indebærer at se efter mere overordnede temaer, mønstre og gentagelser, men også efter uventede fund, som afkræfter forskerens forudantagelser om data og undersøgelsens hypotese (Halkier, 2016, s.78). Kodnings-, tematiserings- og begrebsliggørelsesprocesserne handler dermed om at reducere datamaterialet på en

systematisk og analytisk måde (Halkier, 2016, s.80). I nedenstående vil jeg beskrive hvordan denne opgave vil analysere og kondensere datamaterialet.

Den tematiske kodning og analyse er ikke en lineær proces, men en proces med at bevæge sig frem og tilbage mellem datasættet, kodningen og analysen. Den tematiske kodning kan dog alligevel inddeles i fremadskridende faser. Herunder tager jeg udgangspunkt i og samler definitioner af faser efter Braun & Clarke (2006) og Robson & McCartan (2016, s.469), hvoraf sidstnævnte er en mere klar fremgangsmåde, der baserer sig på førstnævnte:

- 1) *Bekendtgøre sig med data og transskription*: Gentagne læsninger og transskription af verbale data
- 2) *Generere indledende koder*, de mindste meningsenheder, hvor mønstre og ligheder kodes ens og der kodes for så mange temaer som muligt
- 3) *Identificere temaer*: Analyse af hvordan koderne kan samles i temaer, hvor indholdet har sammenhæng, mens hvert tema klart adskiller sig fra de øvrige. Gentagne genforhandlinger af koder og temaer.
- 4) *Konstruere tematiske netværk*: Skabe overblik over hvordan datasættet overordnet hænger sammen og fortæller en overordnet historie om data
- 5) *Integration og fortolkning*, hvor data sammenlignes, udforskes, beskrives, opsummeres og mønstre fortolkes.
- 6) *Endelig analyse og sammenfatning*: Fortælle datasættets "historie" med udvalgte data-ekstrakter, som viser essensen og pointerne i temaerne. Analysen skal gå videre end det deskriptive og skabe et *argument* i relation til data.

(Min oversættelse og sammenfatning af Robson & McCartan, 2016, s.469; Braun & Clarke, 2006).

I nærværende opgave vil ovenstående fase 1-5 udgøre selve fremgangsmåden og strukturen i analyseafsnittet i **Kap. 4**, mens fase 6 implicit vil være en del af diskussionen i **Kap 5.**, hvor analysefundene samlet set sættes i relation til opgavens teori.

2.3.2. Meningskondensering: Giorgis deskriptive fænomenologisk-psykologiske metode

Opgaven vil forsøge at integrere alle de mindre enheder fra den tematiske analyse i større meningshelheder i tråd med opgavens fænomenologiske udgangspunkt, for yderligere at kunne beskrive indholdet (Tanggaard & Brinkmann, 2022, s. 54). Dette vil blive gjort ved at inddrage Giorgis (2012) fænomenologiske analysemetode til meningskondensering, hvor der er fokus på det psykologiske indhold og værdi i informanternes udtalelser og et fokus på at forblive ateoretisk (Tanggaard & Brinkmann, 2022, s.60). Giorgis metode har til hensigt at skabe en åbenhed hos forskeren, hvor de undersøgte fænomener fremtræder så klart som muligt, uden at være påvirket af forskerens forudindtagelser (Jacobsen et al., 2022, s.294). Denne meningskondensering tager udgangspunkt i de fundne temaer og koder og fortolke meningen heraf, for på den måde at udvide

teksten ved at lægge hermeneutiske lag ovenpå og øge forståelsen af indholdet fra informanterne (Kvale & Brinkmann, 2017, s.230). Meningskondenseringen medfører dermed, at informanternes udtalelser og umiddelbare mening gengives med færre ord (Kvale & Brinkmann, 2017, s.232). Giorgi (2012) beskriver i sin metode fem trin:

- 1) Forskeren gennemlæser datasættet
- 2) Forskeren genlæser og markerer, hver gang denne oplever en overgang eller ændring i indholdet i teksten - disse kaldes "meningsenheder" (forskellige forskere, vil nå frem til forskellige meningsenheder)
- 3) Forskeren transformerer dataene, stadig ved brug af informanternes egne ord, til udtryk, som mere direkte udtrykker det psykologiske *indhold* eller *værdi* af det, informanten siger i relation til fænomenet, der undersøges
- 4) Disse direkte og psykologisk mere sensitive udtryk revurderes og omskrives til en *essens*
- 5) *Essensen* anvendes til at skabe klarhed over og fortolke hele datasættet

(Min oversættelse og forståelse af Giorgi, 2012, s.5-6)

Da Giorgis to første trin kan sammenlignes med den tematiske kodnings trin med at bekendtgøre sig med data og idet "meningsenhederne" også kan forstås som den tematiske analyse inddeling af datasættet i "koder", vil den fænomenologiske meningskondensering i denne opgave udelade disse to trin og i stedet benytte trin tre-fem. I analyseafsnittet **4.3.2.** inddrages den deskriptive fænomenologisk-psykologiske metodes trin 3 og 4, ved at hele datasættets tematiske analyse af temaer og koder tilføjes Giorgis analysemodel. Denne proces vil blive beskrevet nærmere i **Kap 4., 4.3.2.** Giorgis trin 5 indgår implicit som led i diskussionskapitlet, **Kap.5**, hvor hele datasættet fortolkes.

2.4. Etiske overvejelser

Som musikterapeut på hospice kan det være vanskeligt at indsamle data, da det ofte ikke er muligt at indhente samtykkeerklæringer på grund af patienternes sårbare tilstand. Derudover er der strenge etiske krav til indsamling af data på hospice, både gennem regionale retningslinjer, de individuelle hospice-regler og egne overvejelser. Opgaven baserer sig derfor ikke på case-beskrivelser, men ønskede i stedet at indsamle viden om musikterapeuternes anvendelse af metoder til at berolige patienterne. Derfor faldt valget på at interviewe erfarne hospice-musikterapeuter. Opgaven anvender dog alligevel fem vignetter, som baserer sig på egne praksiserfaringer fra praktikperioden på hospice, fordi disse beskriver en forforståelse og nogle erfaringer, som danner afsæt for opgavens interesse i emnet og for fokusgruppens interviewguide. På grund af etiske overvejelser og af hensyn til patientsikkerhed og GDPR-regler, nævnes ingen oplysninger om navne eller pseudonymer for patienterne i opgavens vignetter. Af samme grund nævnes ingen oplysninger om køn, alder, diagnose eller andre personhenførbare data, udover beskrivelse af overordnede symptomer, som er fælles for mange patienter i palliativ indsats (**Kap.3., 3.1.2.**). I stedet beskrives alle patienter med navnet "patienten" eller "denne" og pårørende som "pårørende" eller "denne". Dette kan virke stift i forhold til læse-flow, men er valgt for at sikre patienternes anonymitet. Fokusgruppeinterviewet har også givet anledning til etiske overvejelser i forbindelse med anvendelse af informanternes udsagn. Før

interviewet har begge informanter givet deres samtykke til at blive lydoptaget og til at en transskription af interviewet må indgå som datamateriale i denne opgave (Se samtykkeerklæringer i **Bilag 2**). Derudover diskuterede vi inden interviewet muligheden for at de kunne blive anonymiseret, men begge informanter udtrykte, at de ikke havde behov for anonymisering, men gerne ville støtte emnet ved at indgå med navns nævnelse. Deltagerne er blevet informeret om, hvad interviewet skulle anvendes til, både skriftligt gennem samtykkeerklæringen, men også i indledningen til interviewet. Opgaven har forsøgt at behandle alle data fra informanterne etisk forsvarligt og med stor respekt for informanternes ordlyd, synspunkter, ekspertise og bidrag.

2.5. Forskerrolle

Som “forsker” i dette speciale, vil jeg her beskrive min rolle i processen. For det første er jeg interesseret i at “gå i lære” hos erfarne hospicemusikterapeuter og derved samle informationer om deres erfaringer med interventioner med at synge til ro. De to hospicemusikterapeuter, er derfor gennem dette synspunkt forbilledlige for de metoder og teknikker, opgaven ønsker at undersøge. Som forsker, er jeg impliceret i dataindsamlingsprocessen, i kraft af at være moderator, som styrer hvilke spørgsmål, fokusgruppen som udgangspunkt kommer ind på og som har mulighed for at frasortere emner, som der ikke var tid til at komme ind på. Ved at være reflektiv om mit udgangspunkt, min motivation og mine mål, håber jeg at kunne øge opgavens validitet. Gennem opgaven vil jeg forsøge at argumentere og reflektere over mine metodiske valg og fravalg, for at svare på forskningsspørgsmålene og dermed forsøge at argumentere for opgavens gyldighed (Halkier, 2016, s.107). Som hjælpemidler til dette speciale, har jeg som førnævnt anvendt goodtape.io til transskription af interviewet og NVIVO som dataanalyseprogram til kodning. Jeg forsøgte at anvende AI i form af Chat GPT som sparringspartner i forhold til at forkorte teoriafsnittet om entrainment og til at hjælpe mig med at omformulere min problemformulering. Dog valgte jeg at opgive dette, da Chat GPT i praksis omskrev min tekst om entrainment-begrebet til helt forkert indhold og definitioner, samt misforstod de pointer, jeg ønskede at få frem i problemformuleringen, hvorfor jeg endte med ikke at bruge programmet.

Kapitel 3: Teori



Teoriafsnittet bliver præsenteret her på grund af læsbarheden og flowet i opgaven, så analysen kommer lige inden diskussionen. Dette er valgt på trods af, at teoriafsnittet først blev påbegyndt efter analysen og den tematiske kodning af fokusgruppeinterviewet var færdigt. Teorien fra dette kapitel vil blive inddraget til at diskutere analysens fund i **Kap.5**.

3.1. Palliativ indsats

Dette afsnit begynder overordnet med at definere og beskrive palliativ indsats som klinisk område, herefter patientmålgruppen, hvorefter der følger et afsnit om patienternes symptomer, totale smerte og kliniske behov. Herefter snævres fokus ind på musikterapi i den palliative indsats på overordnede musikterapeutiske metoder og teknikker, som har relevans for opgavens problemformulering.

3.1.1. Definitioner og karakteristik af patientmålgruppe

I Danmark anvendes betegnelsen “palliativ indsats” om det kliniske område og arbejde med denne heterogene patientmålgruppe, som har forskellige diagnoser og forløb, men det tilfælles, at de alle har livstruende sygdom, hvor den kurative behandling er opgivet. På trods af, at der i danske og internationale anbefalinger hersker konsensus om, at alle patienter med livstruende sygdom, inklusiv deres pårørende, skal tilbydes palliativ indsats, er indsatsen hovedsageligt rettet mod kræftpatienter (Sundhedsstyrelsen, 2017, s.11; Bonde, 2014, s.350). Palliativ indsats defineres i Verdenssundhedsorganisationens (WHO) ICD-11 indeks som:

“.. en tilgang som forbedrer livskvalitet for patienter og deres familier som står overfor problemer associeret med livstruende sygdom gennem forebyggelse og lindring af lidelse ved tidlig identifikation og nøje vurdering og behandling af smerte og andre problemer - fysiske, psykosociale og spirituelle” (Min oversættelse af WHO, ICD-11, QB9B Palliative care, 2025-01)

Indenfor palliation skelnes mellem *basal* og *specialiseret indsats*. På hospice-området, som denne opgave relaterer sig til, er den palliative indsats *specialiseret*, idet patienternes komplekse problemstillinger nødvendiggør en indsats af tilsvarende “*høj sværhedsgrad inden for de enkelte problemområder og med flere sammenhængende problemområder*” (Sundhedsstyrelsen, 2017, s.7).

Patienter på hospice er ofte omgivet af deres nærmeste, som kan være udslidte og i stor “ventesorg” (eng. “anticipatory grief”), det vil sige sorg over det forestående tab (Hilliard, 2005b, s.24). “Patienten” defineres på hospice typisk som “patient-familie-enheden” (eng. “*the patient-family unit*”, Hilliard, 2005b, s.19), hvilket at hvem end patienten selv definerer som familie også tilgodeses af

hospice-personalet (Hilliard, 2005b). Da terminal sygdom implicerer mange dimensioner og påvirker hele familiesystemet, arbejder hospice-personalet holistisk og tværfagligt, for at imødekomme behov og forbedre livskvaliteten for både patient og pårørende (Hilliard, 2005b, s.21).

3.1.2. Symptomer og total smerte

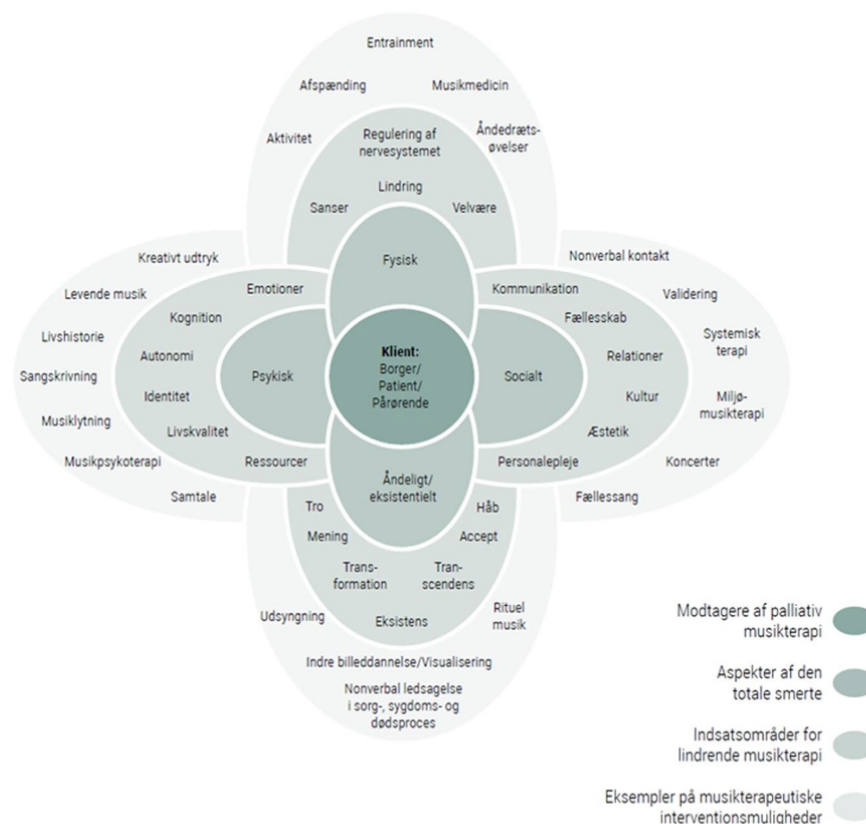
Hospicepatienter har på trods af deres forskellige diagnoser og kliniske behov en række fælles symptomer, herunder smerter, træthed, kvalme, obstipation, dyspnø, diarré, depression, angst, kognitiv dysfunktion, delirium og tristhed (Sundhedsstyrelsen, 2017).

For at rumme alle disse symptomer, udviklede Dame Cicily Saunders, som var grundlægger af hospicefilosofien i midt 1960'erne, begrebet *total smerte* (Lindstrøm et al., 2020) på baggrund af erfaringer med terminale cancerpatienter: "*It is no exaggeration to term such suffering 'Total Pain' and it may help to divide it into physical, emotional, social, and spiritual components*" (Saunders & Baines, 1983, s.13). Den fysiske smerte er et af de almindeligste og mest ubehagelige symptomer, som ofte får størst opmærksomhed på bekostning af en vellykket total smertelindring (Mehta & Chan, 2008, s. 26-27). Den totale smerte rummer også en psykisk komponent, fordi fysisk sygdom forårsager angst. Omvendt kan mental smerte også forstærke fysisk ubehag (Saunders & Baines, 1983, s.53-54). Både patienten og familiesystemet omkring kan opleve social smerte og spændinger i familiedynamikken kan forstærkes af patientens snarlige død, selvom krisen modsat også kan muliggøre løsning af langvarige konflikter (Saunders & Baines, 1983, s.58). Den åndelige eller spirituelle smerte kan skabe oplevelsen af meningsløshed, hvor patienten kan have behov for at se tilbage på sit liv for at se efter mening og samtidig se fremad mod håbet om et større formål (Saunders & Baines, 1983, s.63). I palliativ specialiseret indsats betragtes lindringen af patienters smerte som kompleks, idet smerter et sted kan skyldes en kombination af flere faktorer (Mehta & Chan, 2008, s. 27). Effektiv smertelindring kræver derfor, at alle komponenter af den totale smerte bliver vurderet og lindret (Mehta & Chan, 2008, s. 31).

3.1.3. Kliniske behov

I tråd med ovenstående definitioner af symptomer, har patienterne en række kliniske behov. Hilliard (2005b) opstiller en række generelle kliniske behov for patientgruppen og beskriver kort, hvordan musikterapi kan imødekomme disse. Patienterne kan have behov for hjælp til at *kommunikere*, især hvis de har verbaliseringsbesvær, og musikterapi kan hjælpe med at spejle emotionelle udtryk og anvende musikken som redskab til nye muligheder for selvudtryk (Hilliard, 2005b). Til behovet for *fysisk smertelindring* kan musikterapi være alternativ til farmakologisk smertebehandling, især for patienter, som er tilbageholdende med medicin (Hilliard, 2005b, s. 27). Patienter kan have behov for lindring af *angst*, som kan være emotionelt, spirituelt, psykologisk eller socialt betinget og som typisk hænger sammen med dyspnø. Her kan musikterapeutiske afslapningsteknikker, alene eller i kombination med farmakologisk behandling, være lindrende (Hilliard, 2005b, s. 27-28). Patienternes *emotionelle behov* kan støttes gennem musik, som giver trygge rammer for følelsesmæssig bearbejdning og afsked for både patient og pårørende (Hilliard, 2005b, s. 30). Derudover kan patienterne have *religiøse eller spirituelle behov*, som hospicepersonalet skal imødekomme, og da musik ofte indgår som led i religiøse og spirituelle ritualer, kan patientens musikalske præferencer

imødekommes af musikterapeuten (Hilliard, 2005b, s.31). For patienter, som oplever isolering, kan musikterapi opfylde behov for *socialt samvær* (Hilliard, 2005b, s.33). Ofte har patienter *behov for ro, hvile og søvn*, på grund af deres udmattelse, men oplever en dikotomi mellem behovet for hvile og frygten for at give sig hen og ikke vågne igen. Her kan musikterapi fremme afslapning og søvn, og god og behagelig søvn kan dermed indikere fravær af smerte og uro (Loewy, 2009, s. 224-229). I en dansk palliativ kontekst, har Lindstrøm et al. (2020) udviklet en udvidet total smertemodel, som viser de traditionelle lindringsmuligheder af de fire komponenter fra den *totale smerte* koblet med lindring gennem musikterapeutiske metoder og interventionsmuligheder. Disse ses yderst i modellen herunder (Lindstrøm et al., 2020):



Figur 2. Den udvidede totale smertemodel (Lindstrøm et al., 2020, s. 14)

3.2. Forskning i musikterapi i palliativ indsats

Efter at have beskrevet palliativ indsats som klinisk område, giver dette afsnit et overblik over relevant forskning inden for specifikke musikterapeutiske interventionsformer med sang og stemme i palliativ indsats.

På 9. semester lavede jeg en litteraturgennemgang (Meldgaard, 2024) af forskningsartikler (n=14), hvor anvendelsen af musikterapeutiske interventioner med sang og stemme i palliativ indsats, terapeutiske mål og effekten af interventionerne blev undersøgt. Gennemgangen fandt seks interventioner med sang og stemme, hvoraf de mest anvendte var: *at synge patientens musikpræferencer* (n=11), *at synge for afslapning/afspænding* (eng. "singing for relaxation") (n=10), *improvisation* (n= 8), *musikalsk selvbiografi* (n=6), *andre metoder og særskilte koncepter* (n=6) og *sangskrivning* (n=5). De mest adresserede mål var: afspænding/afslapning, smertereduktion, øget mestring og deltagelse, samt spirituel/eksistentiel støtte. Litteraturgennemgangen fandt statistisk signifikante resultater i reducere agitation, træthed, vejrtrækningsbesvær, humør, ansigtsudtryk og vokaliserende og størst effekt når disse symptomforbedringer var terapeutiske mål i interventionerne. Sanginterventionerne var dog ofte beskrevet uden at uddybe de musikalske faktorer i interventionerne (Meldgaard, 2024). Andre litteraturgennemgange (Pérez-Eizaguirre & Vergara-Moragues, 2021; Clements-Cortés & Wright, 2020), konkluderer tilsvarende et behov for standardiserede beskrivelser af sanginterventionerne, deres komponenter og mål, for at effektivisere interventionerne og udvikle musikterapifeltet (Pérez-Eizaguirre & Vergara-Moragues, 2021; Clements-Cortés & Wright, 2020; Meldgaard, 2024).

Clements-Cortés (2017) har i et mixed-methods studie undersøgt musikterapeuters (n=80) oplevelse med stemme-interventioner indenfor palliation gennem en spørgeskemaundersøgelse og efterfølgende interviews (n=40). De mest anvendte stemmeinterventioner var her *at synge klientens musikpræferencer* og *at synge for afslapning* (eng. "singing for relaxation"). 30 ud af 40 musikterapeuter anvendte vokal-improvisation til at matche patienternes vejrtrækning, 15 anvendte vuggeviser og kvindestemmer for at give patienten en fornemmelse af at blive lindret og vugget. Patientens kendte sange blev primært anvendt med et mål om at fastholde patientens identitet. Konklusionen var, at interventionerne effektivt imødekom mål relateret til at reducere patienternes totale smerte, men at: "*Further research is recommended to examine intervention efficacy and identify factors responsible that contribute to clinical benefit*" (Clements-Cortés, 2017, s.336).

Cadwalader et al. (2016) har undersøgt, om en enkelt musikterapi-session med sang og guitar-spil ud fra klientens musikpræferencer med entrainment, kunne sænke agitation hos patienterne (n=77). Studiet fandt, at agitation blev reduceret med statistisk signifikant effekt ($P < 0.001$) (Cadwalader et al., 2016). Warth et al. (2015) har undersøgt effekten af musikterapi i forhold til at facilitere afslapning hos patienter i palliativ indsats (n=84) i et RCT-studie, hvor en kontrolgruppe modtog verbale afspændingsøvelser og en eksperimentgruppe modtog afspændingsøvelser og stemmeimprovisation tilpasset patientens vejrtrækning akkompagneret af mono-chord. Studiet fandt statistisk signifikante forbedringer hos eksperimentgruppen i afslapning ($p = 0.01$), velvære ($p = 0.01$) og livskvalitet ($p = 0.03$), og konkluderede, at interventionen effektivt faciliterede beroligelse, afslapning og velvære hos patienter (Warth et al., 2015). Warth et al. (2016) undersøgte palliative patienters (n=84) kardiovaskulære respons på mindfulness versus receptiv musikterapi (body scan med live-spillet mono-chord og vokalimprovisation entrainet til patienternes vejrtrækning). Studiet fandt statistisk signifikant positiv effekt på afslapning, angstreduktion og stress hos eksperimentgruppen, målt på puls og hjerterytme, i forhold til kontrolgruppen (Warth et al., 2016; Meldgaard, 2024).

3.2.1. Litteratursøgning

For at tilpasse ovenstående litteraturreview til denne opgaves fokus på entrainment og beroligelse, foretages helt i begyndelsen af specialeprocessen yderligere en litteratursøgning. Ved at søge i nedenstående fem databaser med søgestrengen: *"music therap*" AND entrainment AND palliat* OR hospice OR end-of-life"* fandt jeg i alt 17 artikler:

Source	Search query (exact query from the searched source to includes field codes in the search query)	Refinements (year, publication type, peer reviewed,...)	Number of results (found/used)	Date of performed search
Primo	"music therap*" AND entrainment AND palliat* OR hospice OR "end-of-life"	-	7	20.2.2025
Scopus	"music therap*" AND entrainment AND palliat* OR hospice OR "end-of-life"	-	2	20.2.2025
APA Psychinfo	"music therap*" AND entrainment AND palliat* OR hospice OR "end-of-life"	-	3	20.2.2025
PubMed.	"music therap*" AND entrainment AND palliat* OR hospice OR "end-of-life"	-	1	20.2.2025
EBSCOhost	"music therap*" AND entrainment AND palliat* OR hospice OR "end-of-life"	-	4	20.2.2025

Figur 3. Litteratursøgning i databaser

I søgningen findes mange dubletter af emner (n=8) og ved gennemlæsning af titler og abstracts er den eneste relevante forskningsartikel (Cadwalader et al, 2016) allerede inddraget ovenfor. Derudover blev der fundet praksis-litteratur (Azoulay & Loewy, 2009), som jeg læste efter fokusgruppeinterviewet og inddragede i teori afsnittene. To kilder kunne ikke tilgås og to kilder blev udelukket, da de ikke havde relevans for problemformuleringen. Den øvrige litteratur blev fundet gennem søgninger i PRIMO baseret på fund i fokusgruppeinterviewet. Derudover blev der anvendt kædesøgning, ved at inddrage fundne kilders litteraturreferencer, som også blev anvendt som rettesnor for, om jeg havde væsentlige kilder med i min egen litteraturliste.

3.3. Palliativ musikterapi med fokus på beroligelse

Dette afsnit danner baggrund for opgavens forståelse af, hvordan musikterapi anvendes i den palliative indsats. Afsnittet beskriver først musikterapeutiske metoder, som mere bredt involverer stemmebrug, hvorefter afsnittet snævres ind til at omhandle de interventionsformer og teknikker, som har relevans

for opgavens problemformulering, det vil sige, hvor de anvendte teknikker anvendes med beroligende formål.

Musikterapi indenfor den palliative indsats, kaldes også *palliativ musikterapi* og spænder over et spektrum fra smertelindring til afledning til reminiscens, samt kan indeholde verbal psykoterapi for både patient og pårørende (Lindstrøm et al., 2020, s.12). De musikterapeutiske metoder på dette felt kan være *aktive* eller *receptive*. I *aktiv* palliativ musikterapi, deltager patienter så vidt muligt f.eks. gennem fællessang, improvisation med stemme eller instrumenter, bevægelse, eller sangskrivning. I *receptiv* palliativ musikterapi får patienter en lytteoplevelse med live-musik, som terapeuten improviserer eller ved afspilning af patientens musikalske præferencer, eventuelt med særligt fokus på at understøtte åndedrætsrytmen, eller gennem indspillet musik. Ofte inkluderer den receptive musikterapi afspændings-interventioner (Lindstrøm et al., 2020, s.13).

Denne opgave har fokus på den *receptive* musikterapi, som også indeholder interventioner med afspændende og beroligende formål (eng. “music for relaxation”), hvilket defineres som: “*using music, with or without additional relaxation techniques, to aid in achieving physical comfort*” (Clements-Cortés, 2012, s.301). Ifølge Clements-Cortés er den fysiske lindring i fokus i disse interventioner, hvor terapeutiske mål er lindring af patientens spændinger, angst, søvnbesvær eller smerte. Ofte spilles klientens kendte sange eller musik, som er blød, langsom, stabil, forudsigelig, har få dynamiske forandringer, mange gentagelser og tonale harmonier og melodier. Musikterapeuten observerer om patientens vejtrækning fordybes, om rigiditet formindskes, om spændinger forløses og om hjertefrekvens og patientens bevidsthed ændres (Clements-Cortés, 2012, s.303-304).

Ifølge Loewy & Stewart (2005) anvendes også ofte *vuggevis*-elementer, hvis “holdende” egenskaber kan berolige og assistere den døende patient i overgangen fra vågent til sovende eller ændret bevidsthedsstadiet. Da vuggevisen nonverbalt kommunikerer temaer som beskyttelse, beroligelse, kærlighed, tryghed og støtte, kan det gøre det nemmere for den døende at give slip (Loewy & Stewart, 2005, s.143). Hvor vuggevisens sangtekst har en stimulerende effekt på det associative cortex og områder i hjernen, som opretholder bevidst tænkning, påvirker melodi, toner og rytme andre områder i hjernen og processeres i det autonome nervesystem (Loewy & Stewart, 2005, s.145). De følgende afsnit, **3.3.1.** og **3.3.2.**, uddyber de to interventionsformer *at synge patientens musikalske præferencer* og *improvisation*, med særligt fokus på improvisation.

3.3.1. Synge patientens musikalske præferencer

Ifølge Austin (2008) kan kendte sange kan være tryggere for patienten end improvisation, idet kendte sange skaber forudsigelighed, mindre angst og større fornemmelse af kontrol for patienten, som kender de følelser og associationer, sangen vil fremkalde (Austin, 2008, s.179). I palliativ musikterapi kan avanceret harmonik dog også overvælde patienten og dermed ikke have terapeutisk værdi, hvorfor der må anvendes simpel harmonik og få toner (Nakkach, 2005). Kendte sange kan være en ressource for patienten og hjælpe med at styrke selvværd og identitet. Sangene kan yderligere udtrykke følelser, som er vanskelige at verbalisere (Clements-Cortés, 2004). Terapeuten kan anvende ord, vokaler eller nynne (Meashey, 2020). Patienter vælger ofte sange, som blev sunget af omsorgspersoner tidligt i livet og som vækker følelser af omsorg, støtte eller fremkalder indre billeder fra tidligere tider (O’Callaghan, 2015).

3.3.2. Improvisation

Improvisation kan reducere isolation, skabe afspænding, hjælpe med at udtrykke følelser, som patienten har svært ved at verbalisere og vise patienten, at vedkommende bliver hørt og følelsesmæssigt mødt (Clements-Cortés, 2012). Improvisation er dermed også symbolsk kommunikation (Austin, 2008, s.141). Schmid & Skrudland (2016) anbefaler at improvisere, ved at nynne med udgangspunkt i patientens vejtrækning, fremfor at bruge kendte sange, hvis patientens præferencer ikke kendes, da man ikke kan vide, hvilke minder og associationer der vækkes hos patienten (Schmid & Skrudland, 2016, s. 181-182). I vokal-improvisationer kan musikterapeuten synge på vokallyde og matche og entraine sig med patientens hjerterytme eller vejtrækningsmønster, reflektere patientens lyde eller ord, og grounde patienten, ved at synge i et dybt register med simpel melodi (Measey, 2020). Ved at tage udgangspunkt i åndedrættet og gradvist forlænge tonerne, kan patientens hjerterytme sænkes og nervesystemet beroliges (Austin, 2008). Terapeuten matcher patientens vokale kvaliteter, dynamik, tempo og fraser samt kropslige udtryk (Austin, 2008). Herunder gives et kort oprids af en række improvisationsteknikker, som også kan anvendes med stemme i palliativ musikterapi:

Matching: Terapeuten matcher sin musik til patientens spillestil, kvalitet og udtryk, uden at efterligne den direkte, på en ligeværdig, komplementær spillemåde (Wigram, 2004, s. 83-84).

Holding og Containing: *Holding* skaber en “beholder” af stabilitet omkring en patients retningsløse spil med rytmisk tonal grounding med simpel harmonik, lange klange, langsomhed og fravær af dynamik. *Containing* anvendes ved kaotisk og højlydt musik, hvor terapeutens musikalske respons er tilsvarende højlydt og tydelig med stærke oktaver eller struktureret mønster (Wigram, 2004, s. 97).

Reflecting: *Reflecting* er når musikterapeuten musikalsk reflekterer patientens følelsesmæssige tilstand og humør på en empatisk måde (Wigram, 2004, s.90)

Vocal toning: Er en vokalteknik hvor lange vokaltoner holdes: “... *for the purpose of restoring the body’s balance.*” (Austin, 2008, s.29). I toningen opstår en særlig intimitet i den terapeutiske relation, hvor: “*The exchange of energy and vibrations can feel similar to being physically touched*” (Austin, 2008, s. 30). Denne intimitet aktiverer sensoriske og følelsesmæssige niveauer, som kan forløse emotionelle spændinger, blokader og skabe ændrede bevidsthedstilstande (Austin, 2008). Terapeuten kan tone alene, klient og terapeut kan tone sammen, og toning kan også inddrage instrumenter (Measey, 2020).

Vocal holding: Musikterapeuten holder to akkorder, som skaber en stabil musikalsk og psykologisk grund, som terapeut og klient kan skabe en stemmeimprovisation eller *tone* henover (Austin, 2008).

Glissandoer og suk: Opadgående eller nedadgående tonebevægelser over en drone eller mikrotonalt fra tone til tone. Anvendes palliativt ofte i lavt toneregister, som går fra vejtrækningen til lyden af en

tone (Nakkach, 2005, s.196-97). Suk og nedadgående glissandoer kan ses som forlængelser og lydliggørelser af åndedrættet (Storm, 2017, s.260-261).

3.3.3. Stemmeforståelse i palliativ musikterapi

Her beskrives stemmen som terapeutisk redskab og der spores ind på definitioner og måder at forstå stemmen på, som vil blive anvendt til at diskutere analysens fund i diskussionsafsnittet, **Kap.5**.

I terapeutisk stemmebrug anvendes ofte "naturlige lyde" (eng. *natural sounds*), som er de lyde kroppen udtrykker spontant (gisp, gab, suk, støn, gråd, skrig og nys), men som vi ofte undertrykker af frygt for omverdenens reaktion (Austin, 2008, s.27). Da disse lyde reflekterer følelser og dele af os selv, kan det styrke vores selvforståelse og virke integrerende for vores personlighed, at tillade at udtrykke dem (Austin, 2008, s.27). Flere palliative musikterapeuter (Dileo, 2011; Cadesky, 2005) ser terapeutens stemme som det primære redskab i kontakten med den døende patient, og mener, at stemmen bør anvendes fleksibelt, for at støtte patientens rejse mod en god død. Ifølge Cadesky (2005) er stemmen et magtfuldt terapeutisk redskab, som direkte repræsenterer og kommunikerer den terapeutiske intention og terapeutens personlige tilstand. Terapeutens villighed til at være med patienten gennem stemmens lyde, kan lære patienten om accept, støtte og anerkendelse. Derfor bør terapeuten ifølge Cadesky (2005) efterstræbe en autentisk stemme, som inkluderer alle stemmens lyde, æstetisk behagelige eller ej, for at kommunikere de følelser og den intensitetsgrad, som terapeuten vil kommunikere og som patienten har behov for (Cadesky, 2005).

Dileo (2011) har formuleret tre overordnede stemmeroller til brug i palliativ musikterapi: *musikterapeutens* autentiske stemme, *patientens* stemme og *familien eller de pårørendes* stemme (Dileo, 2011, s.324). Ud fra disse roller, definerer Dileo yderligere forskellige stemme-roller, som anvendes ud fra patientens kliniske behov:

Den synkroniserede stemme: Anvendes til at matche patientens besværede åndedrætsrytme med hørbart åndedræt og vokaliseringer med entrainment, evt med opadgående tonebevægelser og volumen ved indånding og nedadgående ved udånding. Ved først at matche patientens vejrtrækning og derefter forlænge fraserne, kan patientens vejrtrækningsrytme sænkes (Dileo, 2011, s.324-325).

Den omsorgsfulde stemme: Anvendes til beroligelse, smertelindring, at inducere søvn samt vise omsorg, for at vise varme og omsorg for patienten. Stemmen er varm, åben, flydende, med moderat vibrato, anvender gentagelser, forudsigelighed og mangel på dynamik. Kendte sange eller vuggeviser kan anvendes (Dileo, 2011, s.325).

Den ledsagende stemme: Ledsager og støtter patienten og de pårørende i dødsprocessen. Terapeuten tilpasser stemme til de tilstedeværendes behov, typisk med improvisation. Stemmen er omsorgsfuld, fleksibelt, åben, luftig, lav i volumen og med fravær af dynamik og rytme (Dileo, 2011, s.326).

Den samtalende stemme: Matcher, imiterer og validerer patientens lyde, kropsudtryk, tilstand og verbaliseringer, når patienten ikke kan føre almindelig dialog (Dileo, 2011, s.326).

Den følelsesladede stemme: Terapeutens stemme er “meddeler” af følelser mellem patient og pårørende i situationer, hvor parterne har svært ved at verbalisere disse og har brug for forløsning og afrunding i relationen. Der anvendes kendte sange og improvisation. Sangene har følelsesladede vokalklange, dynamiske skift mellem spænding/forløsning og vibrato (Dileo, 2011, s.327).

3.3.4. Åndedrættet

Vejrtrækningen anvendes i de fleste interventioner med beroligelse, hvor udåndingen kan forløse følelser og sænke arousalniveauet, hvilket beroliger nervesystemet (Austin, 2008; Storm, 2017, s.260-261). Når vejtrækningen er langsom, aktiveres det parasympatiske nervesystem, som får blodet at strømme ud i kroppens store organer, får blodtryk og puls til at falde samt kroppen til at afslappes og genvinde sine kræfter (Hanser, 2009, s. 252). Musikterapeuten kan tage udgangspunkt i *rytmen* fra patientens vejtrækning, *tempoet* (herunder vejtrækningspauserne) og *dynamikken* (lydstyrken fra patienten) i sin musik (Bode & Bonde, 2011). I åndedrætsarbejdet er terapeuten til stede i en parallel proces af aktiv lytning og observation, idet terapeuten spiller ud fra patientens tempo og samtidig inddrager ændringer i patientens åndedrætsrytme direkte i musikken. Disse interventioner kræver en særlig opmærksomhed på overbelastningstegn hos patienten, som øget respiration og kropslig uro (Schmid & Skrudland, 2016). Loewy (2009) nævner tilsvarende, at musik til beroligelse må være entrainet til patientens biorytmik, hvilket bedst kan gøres med live-musik, hvor tempo og rytme kan justeres til patienten løbende. Loewy (2009) har udviklet metoden “musikalsk sedering” med fokus på åndedrættet:

Figure 1. Musical Sedation

Music	Goal	Music Therapy Technique
Step 1: Orienting Song/Music of Kin	Orienting & Grounding. Music or song may provide familiarity and safety.	Invite music or a song of kin. Learn to play select music or a song of choice with or for the patient.
Step 2: Musical Holding	Music phrasing shifts to provide a further holding place for the experience. Tension release.	Gradually shift the song/music to 3/4 or 6/8 holding meter.
Step 3: Cadencial Effect	Enhance a feeling of safety and stability. The music follows the patient's breathing patterns.	Use a selected cadence—with mantra (simplified patient-selected words/lyrics) within a simple V-I harmonic hold. Sing/play rubato style; meterless, repeating the phrase entrained to the patient's release of air, fading in and out of the cadence.
Step 4: Elongated Pause	Sustained silences, or rests, hold a feeling of embellished pause.	As the sense of meter loosens, elongate periods of grand pauses that occur between exhalations, remove harmonic support.
Step 5: Breath Entrainment	Simple breathe tones provide the barest, yet most aligned breath support.	Use breathed voice on one word or phoneme—release the sound intricately attuned to the patient's exhale—observe shifts in consciousness.

Figur 4. Model for musikalsk sedering med fokus på åndedrættet (Loewy, 2009, s.228)

I ovenstående **Figur 4** har vejtrækningen, pauser og anvendelsen af stemmelyde en stor rolle i beroligelsesprocessen. I tilfælde hvor patienten frygter at sove, kan interventioner med åndedrættet skabe en tryk oplevelse med *holding*, ford musikterapeuten skaber en kropslig oplevelse af afstemthed, som ellers ikke er tilgængelig for patienten og som gør det trygt at give slip (Loewy, 2009, s. 229).

3.4. Entrainment i palliativ musikterapi

Dette afsnit definerer og beskriver entrainment som begreb og teknik, som kan anvendes som et redskab til synkronisering og afstemning mellem terapeut og klient.

Entrainment er oprindeligt et begreb fra fysikkens verden, som betegner det universelle fænomen ved fysiske objekter og biologiske systemer, at: “.. *et systems bevægelser eller signalfrekvens indordner eller tilpasser sig et andet systems bevægelser eller signalfrekvens*” (Min oversættelse, Thaut, 2013, s.31). To systemer kan have forskellige svingningsperioder eller frekvenser, men når de sættes sammen, trækker svingningerne i det ene objekt i det andet, så de “låser” sig i samme rytme, hvilket dog kun kan ske, hvis de svinger i nogenlunde samme periode (Thaut, 2013; Bradt, 2009, s.12). Entrainment kan forekomme i mekaniske, elektriske og organiske systemer, herunder i mennesker, hvor vejtrækningsrytmen er en sådan oscillator, som kan entraines med auditive inputs eller synkronisere sig med en stærkere menneskelig funktion og lade sig styre af denne (Bradt, 2009; Schneck & Berger, 2006). Entrainment til terapeutiske formål blev først beskrevet og anvendt i 1990’erne og er siden især anvendt med positiv effekt i rehabilitering af patienter med motoriske forstyrrelser og funktionsnedsættelser, for eksempel hjerneskade, Parkinson’s og cerebral parese, og i neurorehabilitering til kognitions- og sprogtræning (Thaut, 2013, s.31). Den menneskelige krop reagerer på musik, så fysiologiske og psykologiske funktioner synkroniserer sig med den musikalske rytme, og rytme er derfor det vigtigste musikalske parameter, som kroppen instinktivt afkoder og tilpasser sig med gennem neurale mekanismer (Schneck & Berger, 2006, s. 120-21). Det vigtigste parameter for, at entrainment kan opstå i sociale sammenhænge er, at interagerende personer viser hinanden *gensidig* opmærksomhed (Clayton, 2012, s.50). Clayton definerer tre typer af entrainment i en musikalsk-social kontekst: *intra-individuel entrainment*, som foregår internt i et individs krop og gør det muligt at følge en taktart eller koordinere sine kropsdele, *inter-individuel / intra-gruppe-entrainment*, som foregår når individer koordinere handlinger i en gruppe, og *inter-gruppe-entrainment*, som er, når grupper koordinerer deres adfærd (Clayton, 2012, s.51)

I forlængelse af entrainment nævnes ofte *iso-princippet*, hvor terapeuten først matcher patientens fysiske og emotionelle tilstand, for dernæst gradvist at ændre de musikalske elementer, så patienten bevæges i den ønskede retning (Bonde, 2014; O’Callaghan, 2015, s.10). Iso-princippet er i dag almindeligt i musikterapi, men har ifølge Heidersheit (2015) bevæget sig væk fra sin oprindelige betydning omhandlende følelsesregulering, til i bred forstand at inkludere interventioner med fokus på afslapning, smertereduktion og ændrede opmærksomhedstilstande, som sjældent udforskes i relation til den terapeutiske proces og omsorg for klienterne (Heiderscheit, 2015).

Falk (2021) beskriver en systematisk anvendelse af entrainment og iso-princippet med patienter i palliativ indsats ud fra det, hun kalder “doserede forsinkelser”. Her begynder musikterapeuten med at entraine sig med patientens svingninger, for derefter at nedregulere sit eget nervesystem og gradvist introducere “doserede forsinkelser” i musikkens tempo (*iso-princippet*), hvorved musikterapeuten bliver styrende for patientens svingninger i en *asymmetrisk* entrainment-forbindelse (Falk, 2021). Musikterapeutens tilpasning af musikkens spændingsniveau og tempo følger patientens arousalniveau, vejrtrækningsrytme, generelle tilstand og terapeutens indre oplevelse og intuition for patientens behov (Falk, 2021).

Dileo & Bradt (1999) definerer entrainment som et begreb, der hviler på tre gensidigt afhængige principper: a) *iso-princippet*, som er når patientens humør er matchet, hvorefter humøret forbedres gennem gradvise ændringer i musikken (Altschuler, 1948, i Dileo & Bradt, 1999, s.183), b) *resonans* og sympatisk vibration, hvor to systemer svinger sammen, og c) *entrainment*, hvor et svingende system trækker i et andet systems svingninger, så de ender med at svinge sammen på samme frekvens (Dileo & Bradt, 1999, s.183-184). Opgaven vil fremefter anvende denne definition af entrainmentbegrebet, som samler iso-princippet, resonans og entrainment, når der fremover tales om entrainment, da denne samlebetegnelse er den mest anvendte i en dansk kontekst (Lindstrøm et al., 2020). Dileo & Bradt (1999) har udviklet metoden Music Therapy Entrainment (MTE), som specifikt er målrettet smertelindring og som består af fem stadier: *assessment* af smerten, at formulere et *terapeutisk mål*, at skabe *auditive billeder* af smertens og lindringens lyde, konfrontere og *eksternalisere smerten* og derefter skabe lindring gennem musikalsk improvisation og terapeutisk resonans, og den sidste fase, som er, at patienten fortsætter brugen af denne optagede musik af smerte og lindring og følges op af terapeuten i forhold til, om smerten ændrer udtryk. Pointen er, at patienten får sin smerte eksternaliseret gennem musikalske smerte- og lindrings”billeder” og at patienten, gennem oplevelsen af, at terapeuten går i resonans med og tager del i patientens smerte, får sin smerte valideret, for siden at kunne give slip på den (Dileo & Bradt, 1999).

I en musikterapeutiske interventioner, hvor målet er at sænke en patients vejrtrækning, skal der ifølge Bradt (2009) være et konstant “træk” fra musikken, så musikkens tempo er lidt over eller under patientens vejrtrækningsrytme, for effektivt at ændre patientens vejrtrækningsrytme. Musikterapeuten kan accentuere indåndings- og udåndings-cyklussen, men må forblive medsvingende inden for patientens åndedrætsperiode, før musikken langsomt ændres (Bradt, 2009, s. 15-16). Da vejrtrækningen kan være overfladisk og hurtig, hvis en patient holder igen med sine følelser, nævner Bradt, at det er imperativt, at musikterapeuten er opmærksom på, at patientens sænkede vejrtrækningsrytme kan åbne for en emotionel respons, når kroppen giver slip, og at entrainment derfor ikke kun angår en fysiologisk regulering af kropslige processer, men hænger sammen med den psykiske og emotionelle regulering (Bradt, 2009, s. 16).

3.5. Den terapeutiske proces set i lyset af neuroaffektiv udviklingspsykologi (Hart)

Dette afsnit vil redegøre for neuroaffektiv udviklingspsykologi, som i diskussionsafsnittet, **Kap.5.**, vil blive inddraget for at diskutere terapeut-patient-relationen og entrainment som reguleringsmekanisme til at påvirke patienters nervesystem.

3.5.1. Mikro-regulering og mødeøjeblikke

Harts neuroaffektive udviklingspsykologi kan anvendes til at forstå, hvordan musikterapi og den terapeutiske relation kan understøtte forandrings-, regulerings- og synkroniseringsprocesser i klienten (Hart, 2017, s.53). Gennem den strukturelle tilrettelæggelse af terapeutiske aktiviteter og rammer (*makroregulering*) skabes grundlag for mindre reguleringer (*mikroregulering*), hvor synkroniserede møder og oplevelser af samhørighed mellem terapeut og klient kan opstå. I *mikroreguleringen* kan omsorgspersonens, eller terapeutens, ydre regulering blive til barnets, eller i denne sammenhæng patientens, indre regulering. For at denne proces kan ske, må terapeuten have stor indlevelse i patientens indre tilstande (Hart, 2017, s.61-62). Gennem mikroreguleringsprocesserne og den tætte synkronisering muliggøres *mødeøjeblikke*, hvor: “... *afstemningen er på fuld styrke, og der er en overvældende følelse af tæthed og autenticitet.*” (Hart, 2017, s.63). Gennem synkroniserede *mødeøjeblikke* stimuleres nervesystemet til social og følelsesmæssig udvikling, hvilket muliggør forandringsprocesser i de dybe emotionelle strukturer, hvilket ifølge Hart sker i musikterapi, uanset om der er tale om aktive eller receptive interventionsformer (Hart, 2017, s.64). For at disse processer kan opstå, må terapeuten skabe tryghed og tillid hos patienten samt være til stede på en autentisk og nærværende måde, så klienten har lyst til at indgå i en relation og synkronisere sig med terapeuten (Hart, 2017).

3.5.2. Resonans og dyadisk afstemning

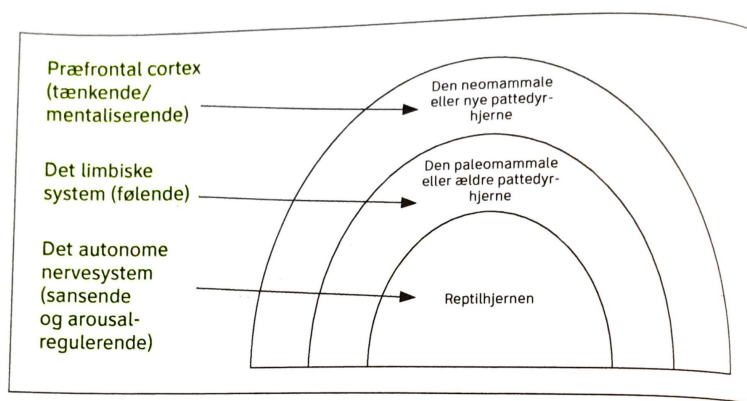
“To nervesystemer, som aktiveres samtidig, skaber et resonansfænomen, der tillader disse to systemer at forstærke og samregulere sig med hinandens aktivitet.” (Hart, 2006b, s. 90)

Mødeøjeblikke og synkroniseringsoplevelser muliggør regulering af følelser, idet afstemning i den dyadiske relation giver mulighed for at dele indre tilstande og skabe følelsesmæssig forbundethed. Musikterapeuten må fornemme patientens nervesystem indefra ved at skabe et resonansfelt med det og dermed tage del i patientens erfaringer (Hart, 2006b). Ifølge Hart (2006b) må terapeuten skabe en positiv afstemning med sin klient, matche dennes affekt og respondere i denne resonans, for at etablere tilknytning. I det dette sker ubevidst, må terapeuten være bevidst om stemningen bag sin respons og på ændringer i patientens tilstand (Hart, 2006b, s.293). Som led i etableringen af afstemning, tillid og tryghed, må terapeuten anvende “holding” og “containing”, hvor patientens smertefulde følelser rummes (Hart, 2006b, s.302). Ligesom i mor-barn-dyaden med en affektiv afstemt mor, kan terapeutens emotionelle tilgængelighed, på trods af at patientens stærke følelsesmæssige smerte, igangsætte patientens selvreguleringsproces og aktivere det parasympatiske,

beroligende nervesystem. Terapeuten bør dog afstemme sig med patientens arousalniveau og følelser, uden selv at fortabe sig i dem (Hart, 2006b, s.309)

3.5.3. Nervesystemet

Harts neuroaffektive teori trækker på modellen for *den treenige hjerne*, som Paul MacLean udviklede og færdiggjorde i 1970'erne, og hvor hjernen inddeles i et tredelt hierarki i forhold til dens udvikling og forskellige funktioner (Hart, 2017, s.67; Hart, 2006a, s. 22). MacLean mente, at den tredelte hjerne afspejlede evolutionsmæssigt udvikling, hvor de højere lag var mere udviklede end de lavere, og at de tre mentaliseringslag både var tæt forbundne og kunne fungere delvist uafhængigt (Hart, 2006a, s. 22-23). Selvom modellen af *den treenige hjerne* i dag betragtes som en forsimplet udlægning af en kompleks og integreret hjerne, anvendes modellen fortsat til at give et overblik (Hart, 2017, s.71). I nedenstående **Figur 5** ses Harts (2017) omskrivning af modellen med fokus på den neurale modning og udvikling:



Figur 5. Den hierarkiske hjerne, efter MacLean (Hart, 2017, s.68)

I modellen ses de tre lag: et *autonomt-sansende* (nederste lag), et *limbisk-følende* (midterste lag) og *præfrontal cortex* (øverste lag) (Hart, 2017, s.68). Det *autonomt-sansende* og det *limbisk-følende* niveau opererer non-verbalt og reagerer for eksempel på lyde, som kan aktivere ro, arousalniveau, behag og ubehag (Hart, 2017, s.69). Hart (2017) skriver, at der kan være lidelser, som vanskeliggør udvikling i de neurale kredsløb, men hvor musikterapien alligevel kan medvirke til at skabe lindring og kontakt (Hart, 2017, s.78). De følgende afsnit fokuserer på det *autonome* og *limbiske* niveau, da lindring og beroligelse fortrinsvis sker på disse niveauer.

3.5.3.1. Det autonomt-sansende niveau

Dette niveau styrer de mest basale funktioner i kroppen, som er uden for menneskets kontrol. Eksempelvis mekanismer, som regulerer funktioner i organer, hjerte, blodkar, kirtler og tarme, styrer instinkter og drifter, samt de mest grundlæggende, primitive følelser og sansninger (Hart, 2006a, s.105). Det autonome nervesystem er opdelt i to modsatrettede undersystemer. Det *sympatiske*, som står for at aktivere nervesystemet under trusler og fare, hvorved der udløses høj arousal med hurtig hjerterytme, vejrtrækning, blodtryk og muskelspændinger (Hart, 2006a, s. 106). Det *parasympatiske* nervesystem aktiveres ved beroligelse og tryghed, og er energikonserverende, hvilket medfører

afspænding af muskler og udvidelse af blodkar, hud og tarmsystemet. Det er samtidig søvn- og afslapningsregulerende, hvorfor det kaldes "beroligelsessystemet" (Hart, 2006a, s. 107). Vagusnerven, en del af det beroligende parasympatiske nervesystem i det autonome nervesystem, har forbindelser til åndedræt, hjerte og tarme, og forbinder dermed krop og hjerne (Hart, 2006a, s.104-105). På grund af ovenstående, er muligheden for at opnå beroligelse og selvregulering størst, når mennesket oplever sig selv i ikke-krævende situationer (Hart, 2017, s.60). For at skabe beroligelse, kan vagusaktiviteten eksempelvis igangsættes og den sympatiske aktivitet dæmpes gennem behagelige auditive lyde i mellemtonfrekvenslejet, som er området for den menneskelige stemme (Hart, 2006a, s. 107; Hart, 2017).

Musikterapeuten kan målrettet anvende ovenstående til at gå i resonans med patientens *autonome nervesystem* gennem musik som auditiv stimuli og gennem kropskommunikation, samt ved at respondere på ændringer i patientens fysiske tilstand, herunder åndedræt, øjenkontakt, nonverbal kommunikation samt kropsudtryk (Hart, 2006b; 2017). På *autonomt niveau* kan musikterapeuten ved hjælp af musikken øge eller nedregulere patientens arousalniveau. En nedregulering muliggøres, når patienten i mødet med terapeutens rolige nervesystem hjælpes til at falde til ro: "*Når to nervesystemer falder til ro sammen, og deres vuggende rytme tilpasser sig hinandens hjerterytme, opstår disse mødeøjeblikke også i behagelige lavarousal tilstande*" (Hart, 2017, s.63-64).

3.5.3.2. Det limbisk-følelse niveau

Det *limbisk-følelse* niveau nuancerer og udvikler følelserne fra *det autonomt-sansende niveau* og kan filtrere og balancere interne og eksterne stimuli ved at koble kropslige sansninger med signaler fra den ydre verden (Hart, 2006, s. 124). Ved regressiv adfærd overtager det limbiske system ofte styringen, hvorved rationel tænkning tilsidesættes til fordel for øjeblikkelig behovsopfyldelse og uhemmede følelsesmæssige udbrud (Hart, 2006, s. 125). Det limbiske system styrer hukommelse, motivation, målrettet adfærd og kan vurdere sociale erfaringer (Hart, 2006). På det *limbisk-følelse niveau* foregår den emotionelle mentalisering, oplevelsen af vitalitetsaffekter og kategorialfølelser.

Musikterapeuten interagerer med dette niveau gennem afstemningen af patientens følelser og emotionelle tilstande på en empatisk medsvingende måde, uden at terapeuten "overtager" patientens følelser (Hart, 2017, s.74). Musikterapeuten udnytter musikkens evne til at vække følelser gennem musikkens klange. Det er også på dette niveau, at tilliden til terapeuten skabes, når terapeuten og klienten går i resonans gennem øjenkontakt, ansigts- og kropsudtryk. I musikterapi handler det ifølge Hart (2017) derfor om, at terapeuten giver tid nok til at lade den følelsesmæssige fordybelse og synkronisering finde sted, hvorefter verbaliserende interventioner på præfrontalt niveau måske helt kan udelades (Hart, 2017, s.74).

3.6. Affektiv afstemning (Stern)

For at komme nærmere, hvordan afstemningen mellem terapeut og patient foregår, inddrages Sterns udviklingspsykologiske begreb *affektiv afstemning*, som senere vil blive diskuteret som et redskab til at afstemme sig med og dernæst berolige patienter i palliativ musikterapi.

Affektiv afstemning defineres som: “ .. udførelse af adfærd, der udtrykker følelseskvaliteten ved en delt affektiv tilstand uden at imitere det nøjagtige adfærdsmæssige udtryk for den indre tilstand.” (Stern, 2000, s.190). Stern definerer en række karakteristika som er tilstede i affektive afstemninger, herunder at der: 1) foregår en form for imitation, som ikke er én til én med barnets (eller patientens) ydre adfærd, men *matcher* den, 2) at denne matchning er *tværmodal*, 3) at det, der matches ikke er selve adfærden, men den *emotionelle og indre tilstand* hos personen, sådan som omsorgspersonen (eller terapeuten opfatter den). Afstemning gengiver dermed følelser og er en måde at vise, at man deler indre tilstande (Stern, 2000, s. 189-190).

3.7. Terapeutens rolle og forholdemåde i palliativ indsats

Dette afsnit samler forskellige palliative musikterapeuters syn på, hvilken særlig terapeutrolle, som gør sig gældende indenfor det specifikke palliative område.

Ifølge Dileo (2011), kan musikterapeutens rolle i arbejdet med døende inddeles i fire faktorer: 1) at være *vidne* til processen, 2) at være patientens *ledsager*, 3) at være *guide* og/eller 4) at være *facilitator* for forandring. Disse roller afhænger ifølge Dileo af graden af intervention, den anvendte metode og rollerne kan endda ændre sig i løbet af en enkelt session (Dileo, 2011).

Ifølge Loewy (2009) kræver interventioner med at bringe patienter til sedering eller ro, at terapeuten afstemmer patientens væremåde. Hvis vejtrækningen og hjerterytmen er fundamentet for musikterapeutens matching, kræves det højeste niveau af lytteevne, koncentration, nærvær og *holding*. Terapeutens bør skabe tillid og t være en tryk “*container of holding*” som nænsomt guider patienten ind i det ukendte og ubevidste (Loewy, 2009, s. 230). Også Nakkach (2005) taler om terapeuten som en “beholder” til at dele og forløse emotioner, mindske fysisk smerte, lytte til spirituelle forespørgsler og være tilstede med den døende med nærvær og musik (Nakkach, 2005, s.190).

Cadesky (2005) skriver, at musikterapeuten skal kunne improvisere holistisk, forstået som en terapeutisk *væremåde*, som er åben, resonerende, intuitiv og responsiv i forhold til, hvad der udfolder sig i øjeblikket (Cadesky, 2005, s. 203). Nakkach (2005) mener, at en sådan forholdemåde, er baseret på at *være* i stedet for at *gøre*. Musikterapeuten er inviterende, udvekslende, delende og spejlende og den terapeutiske energi rettes mod at matche og tune ind på patientens emotionelle frekvens og dvæle i denne receptivitet (Nakkach, 2005, s.192).

Da patienten kan være for dårlig til at udtrykke sine behov og ønsker, er musikterapeutens evne til at aflæse og reagere på nonverbale faktorer (kropsspændinger, øget uro, et smertefuldt ansigt, og vejtrækninger) vigtig i palliativ musikterapi (Schmid & Skrudland, 2016, s.185). Terapeuten bør udvise stor accept i form af respekt, støtte og bekræftelse af patientens værdighed, behov og coping-strategier, gennem en ikke-dømmende tilgang. Det gælder især en accept af, at patienten på dette stadie af sit liv ikke har mulighed for større psykoterapeutiske forandringer, men har behov for at opleve en følelse af mening og formål (McGill, 2009, s.8).

Kapitel 4: Empiri og analyse



Dette kapitel præsenterer og analyserer fokusgruppeinterviewet ud fra de metoder, som blev beskrevet i metodeafsnittet i **Kap.2.**, og som er tematisk analyse og den deskriptive fænomenologisk-psykologiske analyse.

Analysen er struktureret ud fra faserne i Robson & McCartan (2016) og Braun & Clarke (2006) og Giorgis deskriptive fænomenologisk-psykologiske metode, som beskrevet i **Kap.2 2.3.** I **Figur 6** herunder gives et overblik over analysens fremgangsmåde og hvordan de to analysemetoder supplerer og overlapper hinanden:

Analyse		
Analysens fremgangsmåde	Faser i tematisk analyse (Robson & McCartan, 2016; Braun & Clarke, 2006)	Trin i deskriptive fænomenologisk-psykologiske metode (Giorgi, 2012)
Fase 1: Transskription af interview og gennemlæsninger. Member check: Transskription sendes til informanter. Rettelser føres ind i transskriptionen	1	(1)
Fase 2: Generering af indledende koder/meningsenheder i NVIVO	2	(2)
Fase 3: Tematisering og genforhandling af koder/meningsenheder. Skematisk analyse af koder/meningsenheder og deres psykologiske indhold/værdi. Sammenfatning i essenser	3	3 4
Fase 4: Tematiske netværk	4	5
Fase 5: Integration og fortolkning	5	5
Diskussion	6	5

Figur 6. Oversigt over analysens fremgangsmåde og hvorledes de to analysemetoders trin og faser overlapper hinanden (se beskrivelser af analysemetoder i **Kap.2**, afsnit 2.3.1. og 2.3.2).

4.1. Fase 1: Transskription af interview

Da lydoptagelserne af interviewet varer 2,5 time, beslutter jeg mig for at finde hjælp i teknologien til processen med hjælp fra det kunstige intelligens-transkriptionsprogram Goodtape.io, som er krypteret og sikkert at anvende i forhold til GDPR-regler. Programmet transskriberede interviewet, som endte med at fylde 64 sider. Derefter gennemlæser jeg interviewet flere gange, mens jeg lytter til lydoptagelsen og retter stavefejl og fejl-citationer, som programmet har skrevet. Dette gælder eksempelvis oversættelser af “ordlyd” til forkert meningsindhold eller situationer, hvor programmet ikke har kunnet skelne mellem stemmerne - de to musikterapeuters og min. Da jeg er færdig med rettelserne, sender jeg det fulde transskriberede interview på 64 sider til de to musikterapeuter, som efter aftale får mulighed for at lave et “member check”. Efter nogle dage vender de tilbage med rettelser. Disse består af slåfejl og tastefejl, som jeg ikke har fanget i min transskription og som jeg retter. Goodtape.io udelader automatisk lyde som “øh” og “hmm” og transskriberer således kun ord med semantisk indhold. Da transskriptionen er opbygget af to lydoptagelser, har goodtape.io tilsvarende lavet to transskriptioner, en for hver lydfil, som jeg til sidst har copy-pastet ud og samlet i ét dokument. Dette betyder i praksis også, at de noterede tidsangivelser kan forvirre, idet minuttallene overlapper. Den fulde transskription inklusiv kodning findes i **Bilag 3**.

4.2. Fase 2: Generering af indledende koder

Til at skabe de indledende koder i det færdigt transskriberede interview på 64 sider, vælger jeg at anvende kodningsprogrammet NVIVO som hjælpemiddel, af hensyn til tidsforbruget ved at kode det manuelt og på grund af programmets brugbare funktioner til at udarbejde modeller, optælling og organisering af koderne.

Det transskriberede interview uploades i NVIVO og jeg foretager gentagne gennemlæsninger for at danne mig et overblik. Efter nogle gennemlæsninger af transskriptionen, finder jeg det relevant at lave nogle eksklusionskriterier for, hvad jeg ikke vil kode. De første sider i interviewet går med formalia omkring interviewets opbygning og samtykkeerklæringer, hvorfor jeg fravælger en kodning af disse sider og kodningen dermed først begynder på side 4 i transskriptionen. Jeg fravælger desuden egne spørgsmål og citater, da jeg fokuserer på hospicemusikterapeuternes svar. Jeg har også fravalgt dele af interviewet, hvor musikterapeuterne diskuterer en anden kollegas positive brug af afsyngning af kendte sange, da denne musikterapeut ikke indgår som informant i dette interview og derfor er afskrevet både af etiske årsager. En af musikterapeuterne nævner nogle anonymiserede beskrivelser af sessions-oplevelser, som jeg ligeledes har valgt at udelade, fordi jeg vil være sikker på, at intet kan tilbageføres til de personer, som case-beskrivelserne omhandler, da jeg ikke har samtykke og igen af etiske årsager samt pladsmangel ikke kan inddrage anekdoterne. En passage i interviewet, fortæller den ene musikterapeut om oplevelser i regi af andre arbejdssammenhænge end hospice. Disse har jeg også ekskluderet fra kodningsprocessen af pladshensyn. En anden udeladt tekst-passage, hvor jeg inddrager egne erfaringer i samtalen et sted hvor snakken falder på sammenligninger af hospices og et andet tekststed, hvor jeg taler om en af mine vignetter. Ud fra gentagne gennemlæsninger vælges følgende koder til en første kodning af interviewet: *Patienten* (som også dækker over “menneske”, som ofte blev nævnt om patienten gennem interviewet), *nervesystem*, *terapeutisk relation*, *musikken*,

stemmen, entrainment og pårørende. Idet jeg med baggrund i mine egne vignetter opdagede, at vejtrækningen spillede en stor rolle i interventioner med at synge til ro, inkluderer jeg dette til mine koder, for at undersøge, om det også har betydning i relation til informanternes brug af interventionsformen med at synge til ro. Da jeg også er interesseret i at fastholde et fokus på min problemformulering, laver jeg koden *afslapning og beroligelse*. Efter flere gennemlæsninger, koder jeg også andre ord, som træder frem for mig, når jeg læser transskriptionen. Disse er *verbalt eller nonverbalt, stemmeforståelse, vuggeviser, æstetik, sang og stemme vs. instrumenter, situationer, symptomer, ændringer og effekt, det moderlige, forholdemåde, overføring og modoverføring, terapeutidentitet og rolle og total smerte-model*.

4.3. Fase 3: Identificere temaer

Efter at have genereret indledende koder udbygges processen med at indsætte disse i et hierarki, som samler de mindre enheder (koder) i temaer.

4.3.1. Tematisering

De indledende koder opdeles ud fra, at NVIVO identificerer “parent codes” som overordnede temaer og “child codes” som de underordnede koder. Koder og temaer genforhandles gennem genlæsninger af transskriptionen. Tematiseringen sker ud fra hvilke koder, der har størst relevans for opgavens problemformulering, de emner, der har størst vægt i interviewet og om der kan gives en overskrift, der samler flere koder under et tema. Det bliver i denne proces klart, at koder omhandlende terapeutrolle, den terapeutiske relation og det moderlige fylder meget mere, end først antaget. I nedenstående **Figur 7** ses en oversigt over genforhandlingen af koder og temaer, som de så ud ved første tematisering (7/3), halvvejs (16/4) og den endelige dato (12/5):

Dato: Mar 7, 2025		Apr. 16, 2025		May 12, 2025	
Name	References	Name	References	Name	References
Afslapning og beroligelse	12	At synge til ro	17	At synge til ro	14
Entrainment	22	Interventionsformer	18	Entrainment	23
Affektiv afstemning	10	Verbalt eller nonverbalt	1	Stemmen	22
Ulemper ved metoden	13	Kommunikations- og relationsanalyse	21	Vuggeviser	5
Interventionsformer	21	Selvfølgheder	1	Åndedræt	13
Verbalt eller nonverbalt	1	Uoverensstemmelser	10	Kommunikations- og interaktionsanalyse	14
Stemmen	12	Musikalske komponenter	13	Nervesystem	21
Stemmeforståelse	7	Entrainment	23	Arousal	11
Æstetik	3	Ulemper ved metoden	12	Patienten	13
Vuggeviser	2	Sang og stemme vs. instrumenter	12	Pårørende	7
Musikken	1	Stemmen	13	Situationer	12
Sang og stemme vs. instrumenter	6	Stemmeforståelse	14	Symptomer	6
Nervesystem	20	Æstetik	4	Total-smerte-modellen	14
Patienten	5	Vuggeviser	5	Ændringer og effekt	6
Situationer	13	Åndedræt	12	Terapeut-patient-relation	20
Symptomer	5	Nervesystem	28	Afstemning	13
Ændringer og effekt	3	Arousal	11	Det moderlige	10
Pårørende	6	Patienten	13	Forholdemåde	29
Terapeutisk relation (tp. og pt)	10	Pårørende	9	Overføring og modoverføring	11
Det moderlige	7	Situationer	17	Tp identitet og rolle	24
Forholdemåde	13	Symptomer	9		
Overføring og modoverføring	9	Total-smerte-model	15		
Tp identitet og rolle	12	Ændringer og effekt	6		
Total-smerte-model	13	Terapeutisk relation (tp. og pt)	21		
Vejrtrækning	6	Affektiv afstemning	13		
		Det moderlige	10		
		Forholdemåde	33		
		Overføring og modoverføring	18		
		Tp identitet og rolle	27		

Figur 7. Oversigt over tematiseringsprocessen. Nedslag d. 7/3, d. 16/4 og d.12/5 2025

I oversigten fra den 16. april, er der flere koder og temaer end i første tematisering. Disse koder stammer fra ord fra hospicemusikterapeuterne selv. Derudover ses et nyt tema “kommunikations- og relationsanalyse” med underkoderne *selvfølgeligheder* og *uoverensstemmelser*, som er tilføjet som en slags metablik, der er lagt nedover transskriptionen, for at kunne analysere informanternes dynamik og interaktioner, som er den kontekst, data i et fokusgruppeinterview er skabt gennem (Halkier, 2016). I **Figur 7** ses også, hvor mange gange, der er kodet for hvert tema og kode. I første tematisering, er den største kode *entrainment* og de to sidste oversigter er det *forholdemåde*. I første nedslag ses mange koder, i andet nedslag endnu flere og tilsidst snævreres temaer og koderne ind efter en revidering, som især indebar at gennemgå tekststeder som var blevet dobbeltkodet.

4.3.2. Meningskondensering (Giorgis trin 3 og 4)

Som det blev nævnt indledningsvist i analysen, er analysens fremgangsmåde struktureret ud fra faserne i den tematiske analyse (Robson & McCartan, 2016, s.469; Braun & Clarke, 2006). I de forudgående afsnit er fase 1-3 af denne metode allerede blevet analyseret. Dette afsnit, vil som nævnt i metodeafsnittet, **2.3.2.**, nu tilføje endnu et lag til denne tematiseringsfase, ved at gå dybden med en meningskondensering af *alle* de fundne temaer og koder, som fremgik i **Figur 7**, ved hjælp af Giorgis (2012) deskriptive fænomenologisk-psykologiske metoder. For at undgå at lade min forforståelse prioritere mellem temaer og koder lidt endnu, før alt meningsindholdet i hele datasættet var kendt, blev *alle* temaer og koder analyseret ud fra Giorgis trin 3, hvor informanternes udsagn gengives i kortere form med fokus på udsagnetes psykologiske indhold og værdi. For at skabe overblik, fandt jeg det mest effektivt at foretage en skematisk analyse, som findes **Bilag 4** (herefter kaldet hovedskema²). For at finde rundt i dette, ses først en indholdsfortegnelse over temaer og koder, som det er muligt at klikke på og dermed blive ført til den ønskede kode. I hovedskemaet er hvert tema inklusiv dets koder er opstillet i et skema med to kolonner. I første kolonne ses koderne, eller det, Giorgi kalder “meningsenheder”. I højre kolonne gengives udsagnetes psykologiske indhold og værdi (Giorgis trin 3, se beskrivelsen heraf i **Kap 2.**, afsnit **2.3.2**) i kortere form, dog fortsat med informanternes egne ord.

Herunder samles analysen fra hovedskemaet i fortættede *essenser* (Giorgis trin 4, se **Kap.2.**, **2.3.2.**), som dermed opsummerer analysen af Tema 1-4 inklusiv deres koder. I hovedskemaet i **Bilag 4** ses dog fem temaer. I det følgende, udgår Tema 5: Patienten med koderne *patienten, pårørende, situationer, symptomer, total-smerte-model* og *ændringer og effekt*. Dette valg er truffet af pladshensyn og fordi Tema 1-4 omhandler de terapeutiske mekanismer og processer i interventioner med at synge til ro, som kan give svar på problemformuleringen, hvorimod Tema 5 tilsvarende baggrundslitteraturen om patientmålgruppen i teoriansnittet i **Kap.3.**, **3.1.**. Da det vil fortsat være for omfattende at inddrage alle koder fra Tema 1-4 fra hovedskemaet her, vil analyseafsnittet i stedet blot præsentere læseren for *udvalgte* eksempler fra den skematiske analyse af de første tre koder fra hovedskemaet. Da disse også er omfattende, ses yderligere kun *udvalgte* citater (koder/meningsenheder), hvorfor den højre kolonne med analysen af det psykologiske indhold og værdi tilsvarende kan være forkortet eller se anderledes ud end hovedskemaet. Alle koder fra Tema 1-4 gengives med deres *essens*.

4.3.2.1. Tema 1: Interventionen - at synge til ro

Temaet *At synge til ro* indeholder koderne *At synge til ro*, som er “parent code”/temaet, *entrainment, stemmen, vuggeviser og åndedræt*. Temaet samler udtalelser om interventionsformens musikterapeutiske proces overordnet set herunder musikalske komponenter af at synge til ro. Herunder ses kun *udvalgte* koder. Den fulde analyse af dette tema samt alle koder ses i **Bilag 4**, s.2-16.

² Det er muligt at klikke rundt i dette skema gennem den indledende indholdsfortegnelse og dermed “springe” til den relevante kode (se **Bilag 4**). Dette bilag er desværre ikke offentligt tilgængeligt.

Kode A: At synge til ro

Koden anvendes om informanternes definitioner af, *hvad* de overordnet gør, når de synger for at berolige, hvordan processen forløber, samt musikalske parametre og aspekter af metoden. Herunder ses reviderede (forkortede) uddrag fra analysens hovedskema (se **Bilag 4**):

CITAT (KODE / MENINGSENHEDER)	UDSAGNETS PSYKOLOGISKE INDHOLD OG VÆRDI
Signe [07:05] Der er nok enig med dig, Marie, i, at det er min basismetode .. det er det, der bare fungerer skide godt, når man er der, hvor der ikke er så meget verbal interaktion, og hvor det er nervesystemet, jeg arbejder med, mere end det er personens musikalske præference Signe [31:06] .. det er sådan en skala, eller et spektrum, hvor noget af det er inkluderet i den måde, jeg bruger Music and Imagery, .. jeg kalder det egentlig guidet afspænding med levende musik. Som har noget induktion eller ingen induktion, og som så har et stykke musik, som er improviseret med stemmen. Det er aldrig en melodi, det er heller ikke med ord, og hvor der tit foregår noget entrainment ind i den metode. Og nogle gange er der samtale bagefter, og nogle gange er der ikke samtale bagefter. Så man kan sige, det er sådan den ene ende af spektret. Den anden ende er, er det meget mere stemmen, som bærer det, og hvor det er, altså måske er det uden instrument, måske er det meget, meget, meget enkelt og instrumenteret. Der er måske ikke nogen induktion. Der er måske heller ikke noget samtale bagefter. Men når jeg kommer ind til sengen, det kan være, at der er en nærdøende, det kan være, at der er delir, det kan være, at der er angst, så vil jeg sætte mig så tæt på, som det føles okay for mig og patienten. Måske vil jeg holde patienten i hånden, og så spille meget enkelt. Og så vil jeg måske starte med at trække vejret hørbart og synligt, og hvor det ikke er matchet med den anden, men hvor jeg viser, her er et nervesystem, som er roligt, og her er et åndedræt som er roligt sammen med dig, og så vil jeg begynde med at lave toner og nynnen, som jo foregår enormt intuitivt. Og jeg vil holde øje med responsen hos den anden. Jeg vil arbejde meget med stemmekvaliteter. Moderlige, bløde klange, lange toner. Alle de ting i musikken, som kan gøre, at man skruer ned i nervesystemet, .. Der vil også nok være noget mere repetitivt, tror jeg. .. så der vil være en form for entrainment også på den her metode. Men det kan også godt være, at det er et mindre entrainment, hvor jeg måske bare	→ Signe og Marie nævner, at interventionen med at synge til ro er deres basismetode. Det er det, der fungerer, når patienten er ved livets afslutning, hvor der ikke er verbal interaktion, og det handler om nervesystemet mere end musikalske præferencer. → Signes metode har elementer fra Music & Imagery. Signe kalder det guidet afspænding med levende musik. Metoden er som et spektrum med to ender med følgende elementer og fremgangsmåde: I den ene ende: - Induktion / ingen induktion - Stemmeimpro, typisk m. entrainment - Stemmebåret, uakkompagneret eller simpel instrumentering. - Aldrig ord og melodi - Med / uden post-samtale I den anden ende af skalaen (typisk m. nærdøende, delir eller angst): - Sidde tæt på patienten, evt holde i hånd - Ingen induktion - Hørbar vejtrækning u. entrainment i starten → udvikler sig til intuitive toner og nynnen, tilpasses patientens respons, evt synges på hver anden udånding, derefter på hver - Stemmekvaliteter og klange er bløde, moderlige, lange toner - Mere stemmebåret, u. instrument eller simpelt instrumenteret - Repetitive strukturer m. entrainment, som fades ud eller rolig gentagende rytme u. entrainment - Ingen post-samtale, da målet er helt ro/søvn
synger i en rytme, som er rolig, hvor den anden så kan læne sig ind i. Det kan også være, at den regulerer sig lidt, hvor jeg f.eks. starter med at synge på hver anden udånding, og så begynder jeg at finde lyd på, og så kan jeg synge på hver udånding. .., at hvis der falder ro på, så lister jeg ud. Så skal jeg ikke til at vække og høre respons og have snak og sådan noget. Marie[31:36] Og nogle gange med den der sansula, så spiller jeg videre i et stykke tid, .. og så er der ikke længere nogle toner, men så er det bare det åndedræt, som er meget tydeligt, som er en del af det der med at fæde ud. At du har stadigvæk det samme åndedræt, som der før var toner på, det er der bare ingen toner på, det er det samme åndedræt. Det er det samme menneske, der sidder og følges med dig. Signe [09:06] Men så er det identiteten. Marie [09:08] Så er det identiteten vi arbejder med. Marie[09:13] Men selve det at synge en sang, som vækker associationer, det føler jeg faktisk kan næsten være for aktiverende. Bare det, at der er en association. Signe [09:22] Præcis. Signe [09:53] Og så er det et rent nervesystem, du arbejder med. Marie [09:57] Ja, det er præcis.	→ Marie fader sansulaen og sangens toner ud, så der tilsidst kun er et åndedræt u. toner tilbage, men patienten oplever, at der sidder et menneske, som følges med denne gennem åndedræt → Ifølge Signe og Marie handler afsyngning af patientens musikalske præferencer om at arbejde med identitet gennem sangens associationer, hvilket de mener kan være for aktiverende for disse patienter → Interventioner med at synge til ro, handler ifølge både Signe og Marie om, at arbejde med "rent nervesystem"

Skema 1. Kode A: At synge til ro (Revideret uddrag fra hovedskema, se Bilag 4, s.2-6)

Essens:

Musikterapeuterne anvender begge interventionen med at synge til ro som deres basismetode. De anvender hovedsageligt metoden improvisatorisk med stemmen som hovedinstrument, evt akkompagneret af lyre eller sansula. Ifølge musikterapeuterne er improvisation det bedste redskab til beroligelse, især med patienter ved livets afslutning, hvor patienten ikke har kræfter til eller kan udtrykke sig verbalt om sine musikalske præferencer. I disse interventioner oplever

musikterapeuterne, at de arbejder med “rent nervesystem”, fremfor med patientens identitet, livsminder og historie reflekteret gennem biografisk betydningsfulde sange, som de mener kan være *for* aktiverende og svære at forbinde sig med i sidste terminale fase. Ifølge musikterapeuterne *kan* kendte sange være beroligende, især hvis de opløses over i nynne-vers eller improvisation, men i så fald er det heller ikke længere “sangen”. Når musikterapeuterne anvender kendte sange, er formålet derfor ikke at synge til ro, men at vække minder. De mener generelt, at nonverbale interventioner er mest beroligende. Musikterapeuterne beskriver teknikker til at berolige patienter gennem sang og stemme-interventioner som introduceres i første møde med patienten. Signe ser sin metode som et spektrum med grader af aktivering af patienten. I den ene ende af dette, kan der være en afspændende induktion, improviseret musik, ofte med entrainment, stemmeimprovisation (aldrig melodi eller ord), eventuelt simpel instrumentering og samtale. I den anden ende af spektret tilpasses interventionen patienter, som er nærdøende, har angst eller delir. Her er det terapeutiske mål, at patienten falder helt til ro eller i søvn, hvorfor der ikke er en post-samtale. Musikterapeuten sidder fysisk tæt på. Stemmeimprovisationen tager udgangspunkt i åndedrættet, hvorefter der opstår stemmelyde med lange, bløde og moderlige toner eller repetitive mønstre, som roligt fades ud. Signe anvender improvisationsteknikkerne *holding* og *containing* (Wigram, 2004). Maries metode tilsvare Signes. Hun forsøger at nedregulere gennem entrainment, og fader sansula og stemme ud, så det til sidst kun er et åndedræt, som er sammen med patienten.

Kode B: Entrainment

Koden entrainment koder for udsagn, hvor informanterne taler om, definerer og diskuterer teknikken og begrebet *entrainment*, som omhandler musikterapeutens tilpasning af musik til patienten. Herunder ses reviderede (forkortede) uddrag fra analysens hovedskema (se **Bilag 4**):

CITAT (KODE / MENINGSENHEDER)	UDSAGNETS PSYKOLOGISKE INDHOLD OG VÆRDI
Marie [46:05] .. hvis jeg så kan regulere på mit nervesystem så kunne det jo være at patienten følger med fordi vi er entrainet. Så det er jo meget nogle indre oplevelser. Hver gang jeg laver en doseret forsinkelse så er det fordi jeg mærker patienten og jeg får en følelse af at nu kan vi det her og så prøver jeg det Marie [46:50] .. når jeg har lykket med at entraine mig til patienten, så er der også en følelse af, at der ikke er mere modstand i rummet. Og der ikke er nogen forskel på patienten og mig og musikken. Det hele bliver sådan en sammenhæng. Marie [55:40] Men der entrainer du vel også med den stemning, der er på stuen? Signe [55:42] Ja, det gør jeg da. Marie [55:44] Du regulerer bare ikke et andet sted? Signe [55:45] Jeg regulerer ikke den ned, men jeg tuner ind. Men er det egentlig ikke noget andet end at entraine? Marie [55:53] Entrainment er jo i den der definition fra det fysiske, entrainment er jo det fænomen, at svingninger ender med at svinge sammen. Og de tilpasser sig. Og du ender med at svinge sammen med de mennesker, der er på svingen. Så jeg tænker, du entrainer dig med dem. Signe [18:55] .. hvis et menneske oplever, at den anden entrainer eller tuner sig ind, så har det en sindssygt stærk effekt på, at man kan give slip, og man kan finde ro, velvære, trøst, støtte og næsten kærlighed i det. Signe [18:55] .. der var så meget energi, der var blokeret inde i hendes krop, som vi blev nødt til at få ventileret, før vi kunne lave nedreguleringen. Marie [52:44] og som jeg kalder "ikke-kommunikerende", så matcher jeg jo allerede det i min stemme og taler sagte også. .. Jeg prøver med mit nervesystem at entraine det til patientens - uden at dø sammen med patienten selvfølgelig. Men bare at mærke stemningen og svingningerne i det nervesystem. Det kan ikke lade være med at smitte af på min måde at tale på, min måde at bevæge mig på, måden jeg lægger en hånd på vedkommendes hånd på. Og det skaber tillid, hvis de mærker at jeg gider og at jeg vil entraine med dem, tænker jeg.	→ Marie er guidet af sine indre oplevelser i fht om entrainmentprocessen virker. Hvis hun kan nedregulere sit eget nervesystem, mens hun er entrainet med patienten, håber hun at patientens nervesystem tilsvarende følger med ned. Hun kalder nedreguleringer i tempo for "doserede forsinkelser" → Når Marie er entrainet med patienten, føler hun, at der ikke er modstand i rummet, at alt hænger sammen og at der ikke er forskel på musikken, hende selv og patienten. → Signe og Marie diskuterer definitionen af entrainment og om det indebærer en nedregulering. Marie definerer entrainment som at svingninger svinger sammen, hvilket ikke nødvendigvis medfører nedregulering. Man kan desuden entraine med en stemning. → Signe mener det har en stærk effekt når man oplever, at nogen entrainer sig med en i fht at give slip, falde til ro, få velvære, trøst, støtte og fornemme kærlighed. → Signe fortæller om en oplevelse, hvor en patient først skulle have forløst noget energi, før hun var klar til at entrainment nedad. → Hvis en patient er "ikke-kommunikerende", matcher Marie denne tilstand med sin stemme, sit nervesystem og kropssprog. Hun tillader sig at mærke patientens stemning og nervesystem i hendes nervesystem, hvilket hun mener skaber tillid hos patienten.
Marie [1:02:38] .. entrainment behøver ikke at være på slaget. Det kan også være mellem slaget, og det kan ikke engang være symmetrisk mellem slagene, men bare det er samme rytme, så uanset hvordan de perioder er placeret i forhold til hinanden, så virker det. ..	→ Marie definerer yderligere, at entrainment ikke behøver indebære, at musikterapeuten musikalsk matcher på slaget for patientens åndedrag, så længe musikterapeutens musik er i samme rytme.

Skema 2. Kode B: Entrainment (Revideret uddrag fra hovedskema, se Bilag 4, s.6-10)

Essens:

Musikterapeuterne anvender entrainment i alle processer, som en måde at forbinde sig med patienten, især i sidste fase af patientens liv, hvor denne ikke kan kommunikere musikalsk eller verbalt. Entrainment bliver defineret som at starte musikken i ét tempo og gradvist nedregulere ud fra patientens signaler. I en nedregulering, kommer musikterapeuten lidt ud af patientens rytme, da det ikke er muligt både at svinge i takt med patientens åndedræt og samtidig regulere ned i nyt tempo. Det har dog ingen betydning, så længe musikterapeutens musik er i samme *periode* som patientens åndedræt. Ifølge musikterapeuterne indebærer entrainment ikke nødvendigvis altid en nedregulering, men betegner blot det fænomen, at svingninger svinger sammen. Musikterapeuterne fortæller om oplevelser, hvor de først måtte møde deres patienter i svære følelser og høj arousal, før de kunne nedregulere, og de understreger, at patienten altid bør matches på dennes arousalniveau, før en nedregulering foretages. Metoden Music Therapy Entrainment (Dileo & Bradt, 1999) er en konkret metode med specifikke stadier til først at forløse smerter og derefter spille lindringsmusik, men det kan også foregå mere intuitivt. Entrainment kan ske i små "bølger" eller "tilbud" af få millisekunder, som Marie definerer som "doserede forsinkelser", hvor terapeuten nøje monitorerer, om patienten er klar til at følge med ned. Hvis ikke, vender terapeuten tilbage til det oprindelige tempo. Marie oplever

entrainment som en dobbeltrettet proces, hvor terapeutens opmærksomhed er rettet indad mod egne fornemmelser og udad på patientens signaler. Tryghed og terapeutens eget rolige nervesystem spiller en afgørende rolle i entrainment-processen. Når terapeut og patient er entrainet, kan det opleves som, at der ikke er modstand i rummet, og Marie oplever en følelse af, at hun og patienten hænger sammen. I entrainment matcher terapeuten patientens tilstand gennem sin stemme, sit nervesystem og kropssprog. Signe blev først opmærksom på entrainment som begreb for 5 år siden, men har anvendt teknikken intuitivt hele tiden. Hvis patienter er i ro, vil Signe undlade at entraine nedad, men istedet skabe et lydlandskab af matching til dennes rolige åndedræt.

Kode C: Stemmen

Stemmen koder for udsagn, hvor informanterne taler om anvendelsen af stemmen og den særlige stemmeforståelse, der knytter sig til interventioner med at berolige patienter med stemmen. Herunder ses reviderede (forkortede) uddrag fra analysens hovedskema (se **Bilag 4**):

CITAT (KODE / MENINGSENHEDER)	UDSAGNETS PSYKOLOGISKE INDHOLD OG VÆRDI
Marie [12:26] .. stemmen er enormt vigtig, og har noget særligt, fordi det er et menneske, det er lyden af et menneske, så selve det nærvær, der er i, at jeg kan høre, at det er et menneske.	→ Marie nævner at stemmen er et vigtigt instrument, fordi den er lyden af et menneske og dermed af nærvær.
Signe [35:58] Så det er jo det moderlige. Det er jo det ro-givende. Det der er stort og stærkt og blødt og rummeligt og holding og containing. Alt den der kæmpe favn, man kan læne sig ind i. Det projicerer jeg ind i mit stemme	→ Signe projicerer moderlighed ind i stemmen, hvilket hun karakteriserer som en stor favn, der giver ro, noget stort, stærkt, blødt og rummende og henviser til teknikkerne <i>holding</i> og <i>containing</i> (Wigram).
Signe [12:59] Jeg tænker jo, at stemmen er åndedræt med lyd på. Og det der åndedræt er det eneste, vi kan regulere vores autonome nervesystem med.	→ Signe forstår stemmen som en forlængelse af åndedrættet og mener at åndedrættet er det eneste, der kan påvirke det autonome nervesystem.
Signe [13:26] Så jeg tænker stemmen er vild, fordi den har en fysisk komponent, men den har også en psykisk komponent, fordi du kan tydeligt høre på stemmens klang, hvordan er det her menneske, hvordan er dets stemning? Men stemmen har også det sociale, fordi det er det vi bruger. .. Det er den måde vi er vant til at kommunikere. Og så er der altså et åndeligt aspekt i stemmen, .. Jeg tænker det som, at stemmen er intra-personel, for det er også noget der foregår indeni en krop. Stemmen er inter-personel, det er noget der foregår imellem, men stemmen er også transpersonel. Så man kan også lave nogle klange med sin stemme, som gør at man, patienten føler at hun kommer f.eks. til en anden tid. ..	→ Ifølge Signe er stemmen et stærkt redskab fordi den indeholder så mange komponenter: - en fysisk, intrapersonel (den bliver skabt i vores egen krop) - en psykisk, interpersonel (hvilken stemning og følelse vi "farver" stemmen med), som også gør det muligt at høre, hvordan mennesket bag stemmen har det - En social: som første kommunikationsmiddel som babyer - En åndelig, transpersonlig komponent: Vibrationer og klange kan berøre os eller skabe associationer til lyden af andre historiske perioder eller spirituelle oplevelser
Marie [21:39] Og det handler jo også om at formidle afspænding og ro. Og der giver suk bare god mening. Jeg tror, det kommer ret meget af sig selv, hvis man prøver at fornemme, hvad er det, patienten kunne have brug for	→ Maries anvender stemmen ud fra en fornemmelse for patientens behov til at formidle afspænding og ro, fx gennem suk.
Signe [27:17] Jeg tror, der er noget meget vigtigt i, at det netop ikke er teknik, eller ornamentering, eller rigtig flotte posh fraser. Jeg tror faktisk også nogle gange, når der lige er sådan lidt hæshed og lidt sådan... Altså så mærker man, at det ikke er en, der performer. Nej. Det er faktisk en, der bare er sammen med mig.	→ Signe nævner at det er vigtigt, at patienten fornemmer, at stemmen bliver anvendt på en måde, der handler om at være sammen med patienten, fremfor teknik, ornamentering og performance
Signe [28:48] .. den naturlige stemme og den autentiske stemme.	→ Den stemme, Signe anvender, er den naturlige, autentiske stemme.

Skema 3. Kode C: Stemmen (Revideret uddrag fra hovedskema, se Bilag 4, s.10-13)

Essens:

Musikterapeuterne beskriver stemmen som et vigtigt instrument i interventioner med at synge til ro. Stemmen er et redskab til formidling af nærvær, den er lyden af et menneske, som er tunet ind på patienten, hvilket gør den særlig vigtig i patientens sidste levetid, hvor musikterapeuten gennem stemmen formidler til patienten, at der sidder et menneske hos dem. Begge musikterapeuter

kanaliserer moderlige kvaliteter ind i deres stemme, herunder omsorg, kærlighed og fornemmelsen af en stor, blød og rummende favn. De beskriver anvendelsen af “naturlige lyde”, som glissandoer, suk og nynnen, som kroppen selv laver, når den er afspændt. Stemmens klange og kvaliteter tilpasses efter patientens præferencer. Signe har stemmen som hovedinstrument og trækker på et bredt spekter af stemmeinspiration, mens Marie ikke som udgangspunkt har stemmen som hovedinstrument. Dog anvender Marie stemmen hele tiden, på trods af problemer med den, da hun finder den bedst til at formidle ro. Begge musikterapeuter anvender hovedsageligt stemmen intuitivt. Signe ser stemmen som en forlængelse af åndedrættet og karakteriserer fire komponenter ved stemmen: En fysisk intrapersonel, en psykisk interpersonel, en social og en åndelig transpersonlig komponent. Stemmen er særlig intim, fordi man ikke kan lyve med den og man kan høre autenticitet og intention på stemmens klang. Begge musikterapeuter nævner, at stemmen i denne kontekst ikke handler om æstetik og performance, men om en formidling af nærvær gennem en naturlig, autentisk stemme. Stemmen kan desuden tilpasses patientens arousalniveau ud fra en *mikro-, mellem- og høj dosis*.

Kode D: Vuggevis

Denne koder anvendes, når informanterne taler om at de anvender elementer af vuggesang i interventioner med at synge til ro. Den fulde skematiske analyse ses i hovedskemaet.

Essens:

Musikterapeuterne anvender begge vuggevis-elementer, som kan have en “universelt” genkendelig klang, som virker intuitivt beroligende. Musikterapeuterne beskriver deres mål og intention i symbolske termer, som at kunne snige fingrene ud under et sovende barn og lægge barnet fra sig, så der er ro og søvn, når de går. Vuggevisen genskaber og fremkalder associationer hos patienten med præverbale selvoplevelser med at blive sunget til ro af en omsorgsperson, og at hvis ikke patienten har haft disse oplevelser i barndommen, kan der være en kulturel prægning, som gør, at de alligevel intuitivt fornemmer interventionen som beroligende.

Kode E: Åndedrættet

I interviewet taler musikterapeuterne meget om åndedrættet og derfor indgår det under flere temaer, både som musikalsk komponent i at synge til ro, som en del af reguleringen af nervesystemet og som terapeutisk redskab. Herunder blot essensen af den skematiske analyse af *åndedrættet* fra hovedskemaet.

Essens:

Musikterapeuterne anvender åndedrættet som redskab til beroligelse med patienten i interventioner med at synge til ro. Ved selv at lade deres vejtrækninger være hørbare, signalerer de til patienten, at denne kan være tryk, give slip og overgive sig. Åndedrættet anvendes naturligt og til at udtrykke ro og varme, da et overgjort eller hyperventilerende åndedræt kan forøge arousal. Musikterapeuterne anvender også åndedrættet til at grounde dem selv. Marie beskriver, at hun ved at tage dybe vejtrækninger bliver nærværende og åbner sit nervesystem for patienten. Åndedrættet kan også anvendes som led i at fade musikken ud, så åndedrættet er det sidste, patienten hører, inden hun

forlader stuen. Signe beskriver åndedrættets rolle i hendes metode med “dosering af musik”, hvor hun i *mikrodosen* anvender et stemmeudtryk, som er rent åndedræt, luftigt og hviskende.

4.3.2.2. Tema 2: Nervesystemet

Temaet *nervesystemet* samler koderne *nervesystem* og *arousal*, som er kodet henholdsvis 21 og 11 gange gennem transskriptionen, og omhandler betydningen af regulering af nervesystemet og arousal i interventionen med at synge til ro. Herunder ses udvalgte et udvalg af analysen, mens den fulde analyse af hele temaet ses i hovedskemaet i **Bilag 4**, s. 16-21.

Kode F: Nervesystemet

Denne kode koder for udsagn, hvor informanterne taler om nervesystemets rolle og betydning. I nedenstående ses essensen af analysens pointer fra analysens hovedskema.

Essens:

Musikterapeuterne nævner samstemmende, at de i interventioner med at synge til ro arbejder med “rent nervesystem”. De diskuterer også, om man kan kalde det manipulation, når de regulerer patientens nervesystem. Musikterapeuterne anvender musikalske parametre til at nedregulere nervesystemet og lægger mærke til tegn på, om patientens nervesystem er villigt til at følge med ned. Dette kræver tid og at patienten føler sig tryk. Musikterapeuterne mener, at forudsætningen for at facilitere beroligelse er, at de stiller deres eget rolige nervesystem til rådighed for patienten og derigennem beroliger patientens nervesystem. Dette medfører også, at patienten får et roligere kropsudtryk, åndedræt og sind samt at patientens symptomer generelt falder til ro. Musikterapeuterne må af og til matche patienter med høj arousal og et overaktiveret nervesystem, før dette kan nedreguleres. Signe oplever, at det er nødvendigt at synkronisere alle nervesystemerne på en stue, fordi disse gensidigt påvirker hinanden, som i en organisme. Åndedrættet er ifølge Signe det eneste redskab til at regulere og påvirke det autonome nervesystem med, mens moderlige aspekter af interventionen kan aktivere det limbisk-følelses niveau i hjernen.

Kode G: Arousal

I denne kode taler informanterne specifikt om begrebet arousal som led i reguleringsprocessen med at berolige patienternes nervesystem. Herunder ses essensen af analysen af denne kode fra hovedskemaet.

Essens:

Begge musikterapeuter anvender arousalregulering hele tiden i deres arbejde med at synge patienter til ro, men hvor Marie kalder det afspænding og beroligelse, anvender Signe begrebet arousal, især i forbindelse med opreguleringer med højere spændingsniveau. Signe har udviklet metoden “dosering af intensitet i musik”, hvor musik tilpasses forskellige arousalniveauer. I hendes *mikrodosering* er stemmeudtrykket næsten rent åndedræt, luftigt og hviskende, i *mellem dosen* er intensiteten fortsat i den afspændende ende, men udtrykket har lidt mere dynamik, og i den *høje dosis*, er spændingsniveauet tilpasset høj arousal og stemmen har et kraftfuldt udtryk, hvor der synges i

fuldregister. Doserne anvendes ud fra en intuitiv fornemmelse for patientens behov og som spændingskurver gennem sessionerne.

4.3.2.3. Tema 3: Therapeut-patient-relation

Temaet om terapeutisk relation er datasættets største tema. Den fulde analyse af temaet og koderne ses i Bilag 4, s.22-32. Temaet indeholder følgende koder: *therapeut-patient-relation, afstemning, det moderlige, forholdemåde, overføring og modoverføring og terapeutidentitet og rolle*.

Kode H: Therapeut-patient-relation

Koden indeholder udsagn, hvor informanterne taler om betydningen af deres terapeutiske relation til patienten. Herunder ses essensen af analysen fra bilagets hovedskema.

Essens:

For at skabe en god relation til patienten, gør musikterapeuterne meget ud af at lade patienterne og deres pårørende være med på deres egne præmisser. Da det kan være overvældende for patienter at få besøg af en musikterapeut og have overskud til snak, har de ofte behov for at mærke, at det giver velvære og ro, og i så fald, vil de ofte gerne have besøg igen. Marie oplever, at der opstår et "rum" mellem hende, patienten og musikken, og når patienten har vænnet sig til at være i dette rum, er det nemmere at regulere ned med entrainment. Signe kalder dette et "resonansrum". Den terapeutiske relation til patienten inkluderer også de pårørende, hvis tilstedeværelse indgår i og påvirker musikterapiprocessen. Signe ser patienten som ligeværdig med respekt for dennes levede liv, værdier og behov. Den terapeutiske relation eller alliance i en hospice-setting er hjulpet på vej af, at patientens parader er nede pga deres situation. Dette muliggør nogle ting, som ikke ellers ville være muligt. Af samme grund nævner musikterapeuterne, at de har et meget stort ansvar overfor patienten og at det er afgørende, at der er tillid mellem dem. Marie mener, at entrainment er et vigtigt parameter i etableringen af tillid, fordi oplevelsen af, at musikterapeuten er villig til at tilpasse sin væremåde, stemmeføring, stemningsmæssige tilstand og kropssprog til patienten, er tillidsvækkende. Musikterapeuterne gør meget ud af at lade patienterne vide, at de respekterer deres grænser.

Kode I: Afstemning

I koden *afstemning* taler musikterapeuterne om, hvordan de synkroniserer og entrainer sig med patienter og pårørendes følelsesmæssige tilstande og stemninger. Herunder ses essensen af den skematiske analyses hovedskema.

Essens:

Musikterapeuterne entrainer eller synkroniserer stemninger mellem alle personer, som er til stede på stuen, da disse kan være i forskellig "rytme" før musikterapien går i gang. Pårørende som har vist modstand, kan ende med at opleve en positiv og indirekte påvirkning gennem stemningen fra musikterapien. Marie nævner en oplevelse, hvor de pårørende har været asynkrone i forhold til det, der foregik hos patienten og i musikterapien, og hvor det ikke lykkedes at få dem entrainet. Musikterapeuterne møder og afstemmer patienterne hvor de er. Begge musikterapeuter har oplevet at afstemme patienternes svære følelser. Signe har oplevet at gøre dette på en intuitiv måde gennem

dissonante lyde, mens Marie har anvendt metoden Music Therapy Entrainment (Dileo & Bradt, 1999) til først at forløse smerte hos patienten og derefter skabe lindringsmusik.

Kode J: Det moderlige

Det moderlige koder for udsagn, hvor musikterapeuterne beskriver “moderlige” kvaliteter i deres terapeutiske forholdemåde og i de stemmekvaliteter, som de musikalsk præger interventionen med. I det følgende ses blot essensen af koden *det moderlige*, som bevæger sig på tværs af temaer, mens den fulde analyse ses i bilagets hovedskema.

Essens:

Musikterapeuterne kanaliserer moderlige kvaliteter i deres musik og i deres terapeutiske forholdemåde til patienten. Det moderlige kan forstærkes gennem improvisationsteknikkerne *holding* og *containing* (Wigram, 2004). Signe forestiller sig metaforisk at være en varm og rummende favn, som patienten kan læne sig ind i. Marie peger på, at der findes nogle arketypisk moderlige kvaliteter (uanset en persons egne erfaringer med en mor), som terapeuten kan tune ind på og udtrykke gennem musikken og i den stemning, de skaber i rummet. Det moderlige har en dobbeltbetydning for musikterapeuterne, idet de bevidst kan trække på patientens instinktive associationer til vuggesang og de urmoderlige kvaliteter, men samtidig har respekt for, at patienten er et voksent menneske med et levet liv, en identitet og historie.

Kode K: Forholdemåde

Denne kode koder udsagn om musikterapeuternes forholdemåde og betydningen af denne for beroligelsesprocessen. Herunder ses en kondenseret essens af den samlede analyse fra hovedskemaet.

Essens:

Det er vigtigt for musikterapeuten at vise og kommunikere til patienten, at denne har medbestemmelse og må deltage på egne præmisser. De anvender åndedrættet som et indad- og udadregulerende redskab, både til at grounde sig selv inden mødet med patienterne og til at blive nærværende, og til at berolige patienterne. Marie forholder sig nærværende via øjenkontakt, ro og at sænke tempoet. Begge musikterapeuterne holder øje med patientens mindste signaler og kropslige udtryk og afstemmer interventionerne herefter. Signe holder øje med vejtrækning, kropslig uro, bevægelse af øjenbryn og villighed til at regulere ned. Begge respekterer og validerer patientens grænser og behov. Marie fortæller, at hun med nærdøende forsøger at lade musikken skabe nærvær gennem entrainment, frem for at tale. Signe taler om situationer, hvor hun af og til må vove noget for at få svære følelser forløst hos patienterne. Her validerer og rummer hun deres følelser ved at forstærke og spejle disse tilbage med udtryk, som har grimhed og kraft, så patienten ikke føler sig alene i disse, og herefter kan de forløses.

Kode L: Overføring og modoverføring

Koden omhandler udsagn, hvor informanterne omtaler erfaringer med overførings- og modoverføringsfølelser. Den fulde analyse ses i hovedskemaet og herunder gengives kun essensen.

Essens:

Musikterapeuterne nævner, at de er så tæt forbundet med patienterne gennem entrainment-forbindelsen af deres nervesystemer, at de er meget opmærksomme på overføringer og modoverføringer. Marie anvender bevidst indre sansninger til at fornemme, om hun selv føler beroligelse, da hun i så fald mener, at der på grund af den tætte forbindelse med patienten er stor chance for, at patienten også oplever beroligelse. Derfor er hendes opmærksomhed på en gang indad- og udadrettet. Her kan modoverføringer, som eksempelvis uro fra patienten, medføre uro hos Marie, som informerer hende om, at der er behov for noget andet eller at stoppe processen. Signe deler af og til modoverføringsfølelser og indre modoverføringsbilleder med patienten, hvis denne har lyst til det, som en spejling eller validering af oplevelsen, for eksempel valideringer, anerkendelser og bevisninger af positive relationer.

Kode M: Terapeutidentitet og rolle

Koden handler om, hvordan musikterapeuterne ser deres terapeutiske rolle og identitet i beroligelsesprocesser med patienterne. Nedenstående er essensen af den skematiske analyse fra hovedskemaet.

Essens:

Musikterapeuterne gør sig mange overvejelser om deres rolle og identitet som hospicemusikterapeuter. Signes metode "dosering af musik", er udviklet gennem mange års erfaring og tværfagligt samarbejde med sundhedspersonale på hospice. Marie taler ligeledes om doseringer, men af "forsinkelser", når gradvist nedregulerer tempo, mens hun er entrainet med patienten. Signe ser sin terapeutrolle som en jordemor eller fødselshjælper i den modsatte ende af livet, hvor hun assisterer overgangen hvor sjælen frigives fra krop. Hun ser sig som en "færgemand", "facilitator", "bevidner" eller "ledsager", og kan få indre billeder, hvor hun står i en båd eller gondol, mens patienten sidder foran, og hvor hver frase hun synger, er et årtag på patientens rejse. For Signe er dette en energetisk intuning på den transformation, som er ved at ske, og som giver hende ro og accept af processen. Marie beskriver rollen som en guide, hvor hun som musikterapeut kan vise, at patientens vej videre er tryk, og at hun er sammen med denne i det, selvom hun som musikterapeut ikke selv har prøvet at dø.

4.3.2.4. Tema 4: Kommunikations- og interaktionsanalyse

Dette tema, som også udgør den eneste kode i temaet, er tilføjet sidst i kodningsprocessen, for at skabe et overblik over, hvordan informanterne kommunikerer og interagerer med hinanden i fokusgruppeinterviewet, fordi indsamlingen af data baserer sig på denne interaktion. Den fulde skematiske analyse ses i Bilag 4, s.33-34.

Kode N: Kommunikations- og interaktionsanalyse

Koden viser musikterapeuternes interaktionsmønstre. Herunder ses essensen af analysen af koden fra hovedskemaet.

Essens:

I dette tema, som også er en kode, føjes et metalag til de øvrige temaer, idet dette tema og kode omhandler hvordan data gennem samtalen i fokusgruppeinterviewet er opstået. Informanterne forhandler og opklarer definitioner og begreber, stiller uddybende spørgsmål til hinanden, validerer og spejler hinandens udsagn og udtalelser, samt udvider hinandens svar med tilføjelser. Der er også eksempler på humor, hvor de griner sammen. Informanterne anvender også “selvfølgeligheder” (Halkier, 2016), hvor de taler indforstået. I løbet af interviewet opstår der også en uenighed eller et forskellige syn på om der foregår hypnose eller man kan kalde interventioner med at synge til ro for hypnose. Der er også en misforståelse, hvor Signe taler om egne præferencer og Marie forstår Signes udsagn som noget, der omhandler patienten.

4.3.2.5. Tema 5: Patienten

Dette tema omhandler kodninger af udtalelser, hvor musikterapeuterne taler om konkrete situationer i arbejdet med patientgruppen med koderne *patienten*, *pårørende*, *situationer*, *symptomer*, *total-smerte-modellen* og *ændringer og effekt*. Temaet og koderne ses i Bilag 4, s.34-44.

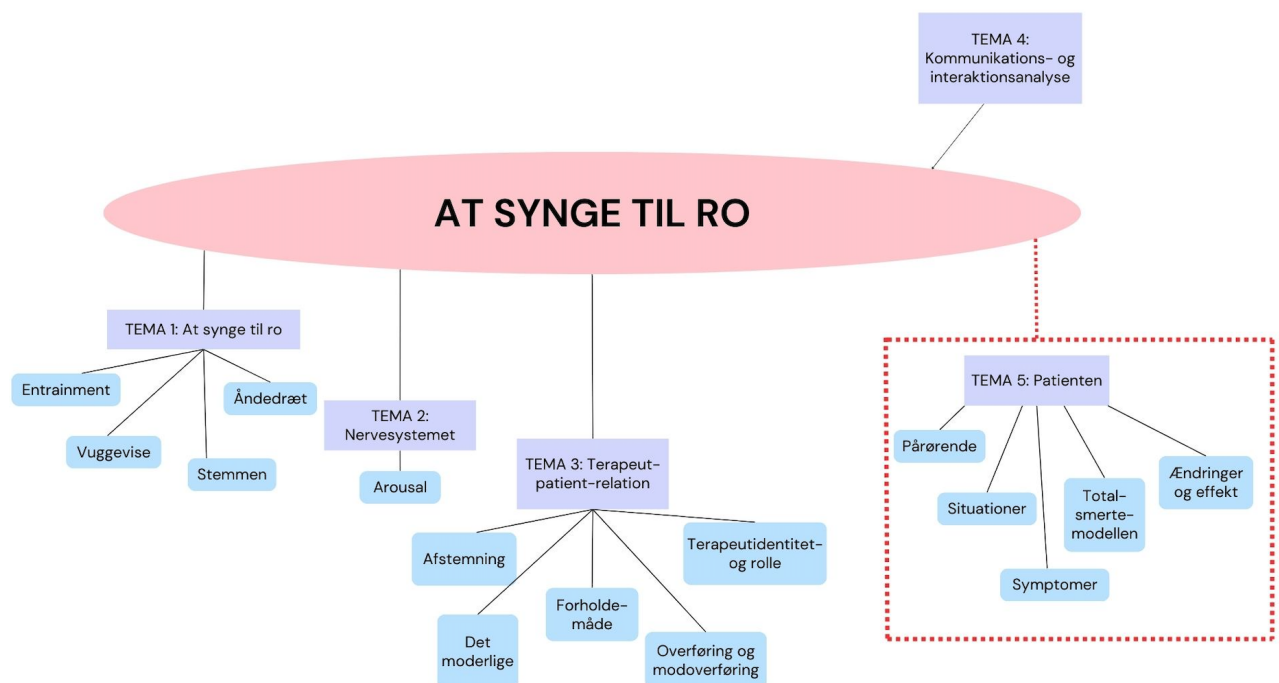
Temaet er vigtigt, da patienten naturligvis er udgangspunktet for alle interventioner og terapeutiske overvejelser, som undersøges i denne opgave. Alligevel vil dette tema inklusiv dets koder ikke indgå med *essens* her på grund af pladshensyn, men være at finde som skematisk analyse i bilagets hovedskema. Dette skyldes, at temaet viste sig at indeholde mere generelle og deskriptive betragtninger om patientgruppen i palliativ indsats og deres symptomer, som er sammenfaldende med beskrivelsen af patientgruppen i teoriafsnittet **Kap 3. 3.1**. Jeg har i stedet valgt at fokusere på problemformuleringens spørgsmål om de processer og mekanismer, der sker i det musikalske, neuroaffektive og terapeutiske i interventioner med at synge til ro. Begrundelsen for denne beslutning analyseres i et senere analyseafsnit **Kap.4.4.5**. (Fase 5: Integration og fortolkning).

4.4. Fase 4: Tematiske netværk

Efter at have analyseret meningsindholdet gennem tematiseringen af datasættets temaer og koder, vil dette afsnit igen fokusere på selve kodningsprocessen, for at forsøge at skabe et overblik over det samlede datasæts tematiske netværk gennem *fase 4: konstruere tematiske netværk* (Robson & McCartan, 2016, s.469; Braun & Clarke, 2006). Netværket forgrener sig hierarkisk ud fra et overordnet *globalt tema*, som også er hovedfokus i datasættet (Robson & McCartan, 2016, s.476).

I nedenstående model (**Figur 8**) ses hierarkiet i datasættet. Den øverste lyserøde boks viser det *globale tema* “At synge til ro”, som kan ses som en samlende overskrift for datasættets indhold, fordi det er den interventionsform, som informanterne taler om, definerer og beskriver deres oplevelser med. Derudover er det også den intervention opgavens problemformulering spørger ind til. De lilla bokse i modellen viser datasættets fem temaer (“parent codes”): *At synge til ro, nervesystemet, terapeut-patient-relation, kommunikations- og interaktionsanalyse og patienten*. I **Figur 8** er Tema 4: *kommunikations- og interaktionsanalyse* placeret i en boks over det *globale tema*. Dette illustrerer, at Tema 4 koder for et overordnet “metablik”, som er en kode, som er lagt nedover opgavens data, uden at dette tema stammer fra informanterne, for at kunne vurdere hvordan informanterne gennem deres kommunikation og dialog, producerer data, set ud fra et metodisk plan. Ud af de fem temaer, blev kun

de første fire temaer udvalgt til analysen af Giorgis trin 4 (udsagnets psykologiske indhold og værdi) og 5 (essenser), fordi disse vil blive diskuteret for at besvare problemformuleringen. “Tema 5: Patienten” udgår derfor fra analysen. I **Figur 8** er dette illustreret ved, at der er en stiplede rød linje omkring “Tema 5: Patienten” og fra dette tema til overtemaet. Under temaerne ses 15 blå bokse med koder (“child codes”), som er de mindste meningsenheder:

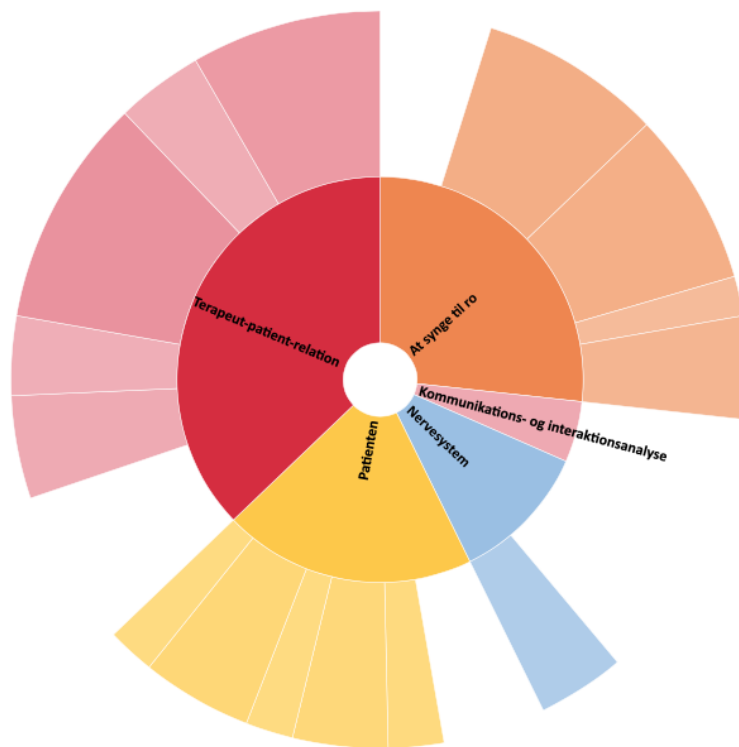


Figur 8. Tematiske netværk i det samlede datasæt

4.5. Fase 5: Integration og fortolkning

Efter at have dannet et overblik over hvordan datasættet hænger sammen, går opgaven videre til at sammenligne datasættet gennem modeller, som udforsker mønstre på kryds og tværs af datasættet.

I forlængelse af **Figur 7** (oversigt over tematiseringsprocessen) ses et diagram over datasættets vægtning af koderne således ud:



Figur 9. Diagram over vægtningen af datasættets temaer, herunder koder (NVIVO).

I ovenstående **Figur 9** bliver det visuelt tydeligt at Tema 3: *Therapeut-patient-relation* fylder mest (107 koder), dernæst Tema 1: *At synge til ro* (77 koder), dernæst Tema 5: *Patienten* (58 koder), så Tema 2: *Nervesystemet* (32 koder) og sidst Tema 4: *Kommunikations- og interaktionsanalyse* (14 koder). I nedenstående **Figur 10** ses hvor mange gange en kode er anvendt i det samlede datasæt. Her er de fem mest anvendte koder *forholdemåde*, *terapeutidentitet- og rolle*, *entrainment*, *stemmen* og *nervesystem*. Det ses også, at koderne *det moderlige*, *åndedrættet* og *arousal* viser sig at være mindre kodede. Dog viste meningskondenseringen og essensen af kodernes psykologiske indhold og værdi, at disse koder var vigtige at inkludere og undersøge med henblik på at kunne besvare problemformuleringen og for interventionen. Analysen nåede frem til, at *åndedræt* havde stor betydning, både som en del af stemmen og som musikterapeuternes direkte redskab til det autonome nervesystem. Koden *det moderlige* hang sammen med både de musikalske og terapeutiske kvaliteter og gik dermed på tværs af hele datasættet. *Arousal* er en del af temaet om nervesystemet, men blev kodet for sig, fordi det var et specifikt begreb, som musikterapeuterne anvendte og som havde stor betydning, eksempelvis i Signes metode med dosering af intensitet i musik baseret på patientens spændingsniveau.

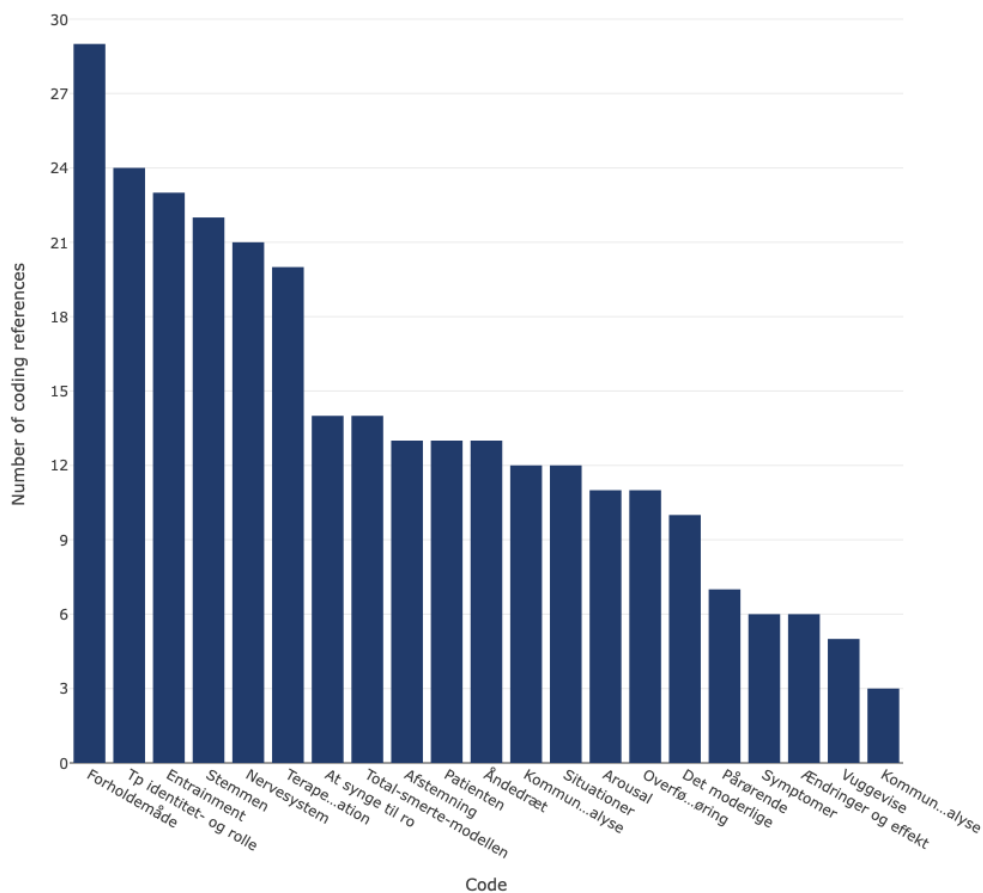
Som det blev klart af analyseafsnittet **4.3.1**, indgik Tema 5: *Patienten* ikke i opgavens brødtekst, men kun i den skematiske analyse i hovedskemaet i **Bilag 4**. Herunder begrundes dette valg. I kodningen af transskriptionen blev det tidligt klart, at flere af koderne i Tema 5: *Patienten* var dobbeltkodede med andre temaer og koder, hvilket understreger, at “patienten” naturligvis indgår i *alle* processer og udsagn, som musikterapeuterne taler om. Nedenstående tabel er en optælling, som viser, hvor i transskriptionen de forskellige koder fra Tema 5 er sammenfaldende med andre temaer. Første

kolonne viser koderne i Tema 5, mens kolonnerne til højre viser de øvrige temaer. I Skemaet er der talt op, hvor koderne er dobbeltkodet. Det samme udsagn kan dermed være kodet under flere temaer. Den sidste kolonnes første tal indikerer, hvor mange af kodens udsagn, som kun er kodet under Tema 5 ud af den samlede kodning:

Koder fra Tema 5: Patienten	Overlap med Tema 1:	Overlap med Tema 2:	Overlap med Tema 3:	Overlap med Tema 4:	Antal koder uden overlap
Patienten (13 koder)	2	3	3	-	8 / 13
Pårørende (7 koder)	1	-	3	-	4 / 7
Situationer (13 koder)	4	-	2	-	4 / 13
Symptomer (6 koder)	-	1	1	-	4 / 6
Total smertemodel (14 koder)	1	1	2	2	7 / 14
Ændringer og effekt (6 koder)	-	1	2	-	2 / 6

Figur 10. Overblik over, hvor koder fra Tema 5 er dobbeltkodet under andre temaer i transskriptionen.

Det, der træder frem i ovenstående **Figur 10** er, at ingen af koderne i Tema 5: Patienten står alene, uden at være sammenfaldende med andre koder eller temaer. Når man læser den skematiske analyses indholdet af udsagnene under koderne *symptomer* og *total smertemodel*, indeholder de beskrivelser af symptomer og patienternes totale smerte, som er deskriptive i forhold til patientengruppens generelle karakteristika, som tilsvarende opgavens teori-afsnit, hvor patientgruppens beskrives. *Total smertemodel* koder specifikt for de gange, hvor musikterapeuterne taler om den totale smertemodel, hvilket ofte er sammenfaldende med kodningerne fra koden *symptomer*. Da der i koderne “patienten” og “pårørende” af og til indgår beskrivelser af oplevelser med patienter og pårørende, hvor jeg ikke ved, om musikterapeuternes beskrivelser er fuldt anonymiserede, har jeg valgt at udelade disse koder helt fra opgaven af hensyn til GDPR-regler og etiske overvejelser, da jeg ikke har samtykke til at fortælle disse historier, og derfor ikke kan vide, om de kan tilbageføres til patienterne. Disse beskrivelser findes derfor kun i bilag, som ikke er offentligt tilgængelige. Koden *ændringer og effekt*, var ligeledes direkte forbundet til ovenstående eksempler med patienter og pårørende, bortset fra et enkelt generelt udsagn om, hvordan musikterapeuterne generelt bemærker ændringer hos deres patienter. Dette udsagn er dog også kodet under *terapeutisk forholdemåde* under Tema 3: Terapeut-patient-relation. Den sidste kode fra Tema 5, *situationer*, dannede jeg oprindeligt fordi jeg som udgangspunkt var optaget af at undersøge, om musikterapeuterne anvendte metoden med at synge til ro med bestemte patienter og symptomer. Dog viste det sig, at musikterapeuterne indledningsvist angav metoden som deres basis-metode og brugte den i varierende udgaver med alle patienter og i alle situationer, hvorfor koden ikke gav mening at analysere yderligere.



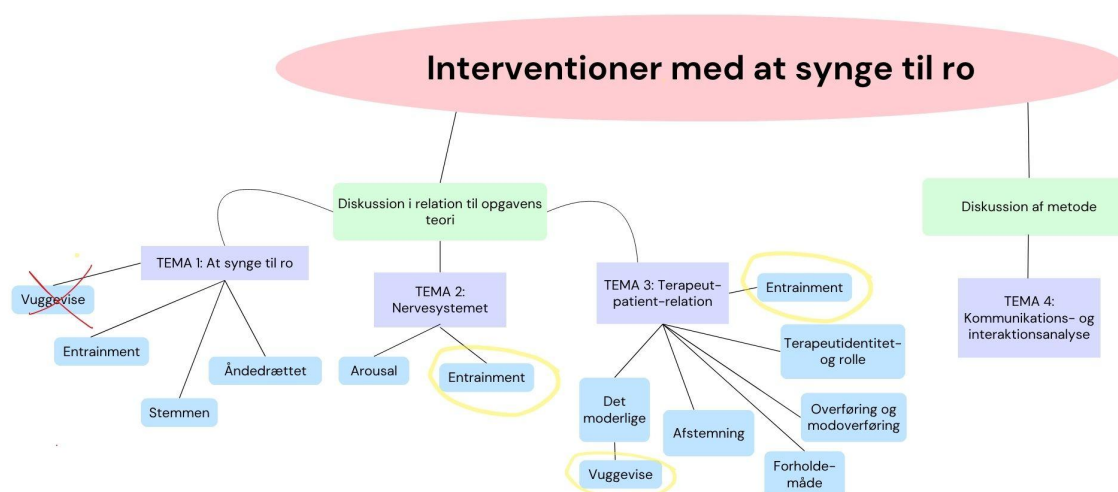
Figur 11. Overblik over antal kodninger af hver kode i datasættet.

Gennem analysen af meningsindholdet i koderne og i ovenstående **Figur 11**, bliver det tydeligt at “entrainment”-koden ikke helt passer ind, hvor den er placeret under *Tema 1: At synge til ro*. Efter interviewet og inden kodningsprocessen, var min forforståelse, at entrainment er en ganske konkret musikalsk teknik. Efter første indledende kodning, er koden placeret under temaet “at synge til ro”, som omhandler interventionsformens musikalske komponenter, idet musikterapeuterne også taler om det, som en teknik. Men i transskriptionen (**Bilag 3**) ses det, at passager, som er kodet for *entrainment* ofte optræder sammenfaldende med andre temaer (“parent codes”). I tråd med Tema 5: Patienten, foretager jeg en gennemlæsning af transskriptionen og koderne i NVIVO og noterer, hvor i transskriptionen (se **Figur 12** nedenunder). I nedenstående tabel ses *entrainment* hovedsageligt under Tema 3: Terapeut-patient-relation og dernæst alene eller under “Tema 2: Nervesystemet”, men mindst forekommende under “Tema 1: At synge til ro” og “Tema 5: Patienten”. Tema 4 er ikke med, da dette er et meta-tema. Tabellen nedenfor indikerer, at entrainment primært anvendes som et terapeutisk redskab og til regulering af nervesystemet, snarere end som musikalsk teknik. Entrainment indgår dog i alle temaer i interviewet:

EX. på entrainment overlapper med andre koder/temaer	Antal koder m. entrainment
Tema 1: At synge til ro (interventionsform)	3
Tema 2: Nervesystemet	5
Tema 3: Terapeut-patient-relation	14
Tema 5: (Patienten)	3
<i>Entrainment er kodet alene</i>	5

Figur 12. Figuren viser hvor koden entrainment optræder med andre temaer i datasættet

Ved at gennemgå transskriptionen og sammenholde fundene med analysen af meningsindhold, tegner der sig et mønster af, at musikterapeuterne anvender begrebet i bredere forstand end først antaget. Begrebet inkluderer både terapeutens måde at afstemme sig med patienten, de pårørende og “rummet” følelsesmæssigt, det rummer de musikalske teknikker, hvor sangen kan tunes ind på patienten gennem eksempelvis åndedrættet, men beskrives også som en reguleringsmekanisme til at tilpasse terapeutens nervesystem til patientens i forhold til arousalniveauer. Entrainment er på den måde “limen”, der binder det musikalske, det terapeutiske og reguleringen af nervesystemet sammen i interventioner med at synge til ro. Baseret på disse nye fund af mønstre, viser nedenstående **Figur 13** en ny oversigt over datasættets indhold og arbejdet frem mod en diskussionsstruktur. I meningskondenseringen af *vuggevisen*-koden, fremgik det at koden ikke beskrev musikalske parametre, men snarere omhandlede en terapeutisk intuning og at skabe associationer gennem vuggevisen som situation. Koden er derfor i nedenstående også placeret i Tema 3: Terapeut-patient-relation. *Entrainment* ses nu under alle temaer.



Figur 13. *Revideret oversigt over, hvordan indholdet forgrener sig i nye mønstre.*

Efter denne tematiseringsanalyse, går jeg nu i gang med at fremsøge litteratur med fokus på entrainment som en reguleringsmekanisme i forhold til den terapeutiske proces om beroligelse. For at bevæge analysen frem mod en diskussion, har jeg oprettet en oversigt over, hvordan analysen leder frem mod og samles i en diskussionsstruktur. Denne findes i **Bilag 5**.

Kapitel 5: Diskussion



For at skabe et overblik over dette kapitel, ses fremgangsmåden over diskussionens struktur i ovenstående **Figur 14** som er baseret på analysens fund af temaer og sammenhænge. Herunder inddrages i tillæg også et afsnit om diskussion og kritik af opgavens metode.

5.1. Diskussion og kritik af metode

5.1.1. Kritik af dataindsamlingsmetode

Opgaven anvender fokusgruppeinterviewet som kvalitativ dataindsamlingsmetode, på trods af at gruppen består af to informanter og ikke de typisk 6-12 deltagere (Robson & McCartan, s. 300). Dog mener jeg, at fokusgruppens *karakteristika*; en moderator-styret samtale mellem informanter omkring et udvalgt emne, hvor data produceres gennem deres samspil, også gælder her og derfor kan kaldes en fokusgruppe. Kommunikations- og interaktionsanalysen fandt eksempler på, at informanterne validerede og udvidede hinandens udsagn, og gennem deres udvekslinger udvidede de mine oprindelige åbne spørgsmål med perspektiver, som jeg ikke var nået frem til som novicemusikterapeut. Fokusgruppen var en *homogen* gruppe med fælles baggrund, position og erfaringer, hvilket højnede kommunikationen, idé-udvekslingen og skabte tryghed i forhold til at ytre sig, men omvendt resulterede i "gruppetænkning", som især blev synligt i den generelle konsensus omkring synspunkter, metoder, forholdemåder og definitioner (Robson & McCartan, 2016, s.301). En bredere sammensat gruppe med flere deltagere kunne eventuelt have løst dette problem. Derudover kunne spørgeskema-undersøgelser i tillæg til fokusgruppen have fungeret som triangulering og dermed øge validitet og reliabilitet i opgaven. Dette var dog af tidsmæssige begrænsninger ikke muligt. Med baggrund i den fænomenologiske tilgang til interviewet, har fokus derfor været, at indsamle righoldige beskrivelser af musikterapeuternes oplevelser i dybden.

I forhold til validitet og gyldigheden af fokusgruppens svar, mener jeg, at de to hospicemusikterapeuter med mange års klinisk erfaring har kunnet udtale sig kvalificeret og med høj troværdighed, hvilket har medvirket til at svare på dette speciales problemformulering. I diskussionskapitlet er musikterapeuternes udtalelser reflekteret op mod både klinisk teori og forskning, som har søgt at kvalificere deres svar yderligere. Jeg har forsøgt at være transparent omkring min motivation med at lære fra disse erfarne musikterapeuter, hvilket kan have medført en mindre kritisk stillingtagen til deres udsagn. Ved at have lagt mine intentioner frem, har det dog været målet at øge validiteten af denne opgave ved at være transparent og reflektiv omkring mit standpunkt og valg.

5.1.2. Kritik af analysemetoder

I analysen af fokusgruppeinterviewet, fandt jeg det relevant både at foretage en tematisk analyse og en meningskondensering for at udlede essensen af de kodede udsagn, dog med fare for, at der opstod forvirring omkring de metodemæssige valg eller at fremgangsmåden virkede ustruktureret. Dog vil jeg mene, at begge kvalitative metoder tilføjede lag til hinanden og gav et mere grundigt indblik i de mange perspektiver i det omfattende datasæt med en færdig transskription på 64 sider. Den tematiske kodningsproces blev valgt for at tydeliggøre, hvilke elementer der blev udvalgt fra datasættet og hvordan, mens meningskondenseringen istedet analyserede det psykologiske og værdimæssige indhold af koderne. Jeg har forsøgt at imødekomme læserens behov for at følge processen ved hjælp af meta-kommunikation undervejs samt gennem **Figur 6**, som viste overlappet mellem de to metoder i forhold til analysens fremgangsmåde og afsnit.

Et kritikpunkt ved den måde, jeg har valgt at analysere Giorgis fænomenologisk-psykologiske metode på, er, at jeg har samlet terapeuternes udsagn til en fælles essens. Dette har jeg valgt fordi jeg betragter fokusgruppen som en enhed, hvis samlede udsagn anses som svar på de forskellige spørgsmål og fordi formålet er at nå frem til deres fælles blik på interventionen med at synge til ro. I tilfælde hvor en metode, definition eller synspunkt kun kan tilskrives den ene informant, har jeg så vidt muligt krediteret denne, selvom informanterne oftest validerer hinandens udsagn. Formålet har derfor ikke været at lave en komparativ diskussion af musikterapeuternes udsagn, hvilket heller ikke ville have været muligt, da informanterne for en stor del var enige

Databehandlingen og analysen har i overvejende grad været “bottom up” og *induktiv*, da opgaven ikke havde en hypotese på forhånd, men lod datasættet styre processen (Braun & Clarke, 2006; Tanggaard & Brinkmann, 2022). Dette understreges af, at den neuroaffektive teoretiske ramme blev udvalgt *efter* fokusgruppeinterviewet. Det fænomenologiske og induktive udgangspunkt betød, at der fremkom resultater, som jeg som novicemusikterapeut ikke havde forudset. Eksempelvis fyldte informanternes refleksioner over terapeutrollen mere end først antaget, hvilket jeg har forsøgt at give plads til i opgaven. Da data aldrig er kodede i et vakuum, men er et produkt af forskerens teoretiske og epistemologiske tilhørsforhold, var der dog også *deduktive* elementer i min metode (Braun & Clarke, 2006, s.12). Eksempler på dette var, at et emne og nogle åbne spørgsmål var valgt til fokusgruppen på forhånd og derudover, at jeg lagde et “metablik” henover datasættet ved at kode for “kommunikations- og interaktionsanalyse”. I analysen af datasættet fravalgte jeg i brødteksten i opgaven at analysere Tema 5: Patienten med en *essens*. Dette valg blev begrundet i analysesnittet **4.5**. Selvom det kan se ud som om det er fravalgt, håber jeg at grundene fremgik og at det blev tydeligt, at patienten som nævnt er altafgørende og udgangspunktet for alle de processer, som opgaven handler om.

5.1.3. Kritik af opgavens valg af teoretisk ramme

Som del af opgavens teoretiske fundament, har jeg valgt, at inddrage teori fra neuroaffektiv udviklingspsykologi (Hart 2006a; 2006b; 2017) og det udviklingspsykologiske begreb *affektiv afstemning* (Stern, 2000). Valget af dette teoretiske afsæt blev truffet, da det kom frem i fokusgruppeinterviewet, at musikterapeuterne omtalte entrainment-begrebet i relation til nedreguleringer af nervesystemet og til særligt moderlige og “holdende” egenskaber i musikken. For at kunne diskutere entrainment i relation til de reguleringer, der sker i nervesystemet, fandt jeg derfor

Harts neuroaffektive teorier om nervesystemets opbygning og reguleringsmuligheder gennem (musik)terapi relevante. Jeg er opmærksom på, at den neuroaffektive udviklingspsykologis teorier om hjernens modning og udvikling først i livet, gennem regulering og afstemning i omsorgsperson-barn-dyaden, i dette tilfælde bliver trukket ned over terapeut-patient-relationen i en hospice-kontekst i den sidste ende af livet. Ved at inddrage disse teorier er min hensigt på intet tidspunkt, at skabe infantiliserende sammenligninger mellem spædbarnet og hospicepatienter eller at skævvride et magtforhold mellem terapeut og klient, idet jeg anser disse parter for at være ligeværdige, i tråd med hospice-musikterapeuternes egne udtalelser ³(se Kode J: Det moderlige). Valget af denne vinkel betyder, at analysens resultater filtreres gennem den neuroaffektive udviklingspsykologi. Her kunne jeg i stedet have holdt mig indenfor den specifikke musikterapeutiske litteratur. Dog fandt analysen, at musikterapeuterne omtalte brugen af vuggevisen som genre (se Kode D: Vuggevisen), at de projicerede særligt moderlige kvaliteter ind i deres stemme (se Kode C: Stemmen) og at disse moderlige aspekter blev beskrevet med neuroaffektive termer (se Kode F: Nervesystemet). Derfor vil jeg argumentere for, at den neuroaffektive udviklingspsykologi har sin berettigelse som teoretisk ramme for opgaven. I teori afsnittet fremgik det, at Hart (2006b), trækker tråde mellem den dyadiske terapeut-patient-relation og omsorgsperson-barn-dyaden, hvor den affektivt afstemte terapeuts/mors ydre regulering har mulighed for at blive til patientens/barnets indre selvregulering (Hart, 2006b, s.309). Hart (2017) har yderligere sat sin teori i relation til musikterapeutiske processers reguleringsmekanismer i forhold til forskellige niveauer i hjernen, hvilket jeg fandt relevant i forhold til problemformuleringens fokus på beroligelse. Dog har denne opgave fortrinsvis anvendt klinisk litteratur og forskningsartikler omhandlende musikterapi i en specifikt palliativ kontekst.

5.2. Diskussion af analysefund i relation til opgavens teori

I det følgende vil opgaven diskutere analysens resultater i relation til opgavens teori. Først vil et diskussionsafsnit gå i dybden med stemmens betydning for interventioner med at synge til ro, dernæst diskuteres entrainment-begrebet i relation til neuroaffektiv teori og sidst diskuteres musikterapeutens rolle og forholdemåde i disse interventioner. Til sidst gives en kort og opsummerende sammenfatning af diskussionens fund af væsentlige karakteristika ved interventionsformen, hvilket leder frem mod specialets konklusion.

5.2.1. Stemmens betydning i interventioner med at synge til ro

I analysen af fokusgruppeinterviewet bliver det tydeligt, at der knytter sig en særlig stemmeforståelse og måde at bruge stemmen på samt bestemte stemmeteknikker og roller til det terapeutiske formål med at berolige patienterne i interventionerne med at synge til ro, som her vil blive diskuteret i forhold til opgavens inddragede teori.

³Bilag 4, s.27, Signe [35:48] og Marie [39:05]

5.2.1.1. Stemmens rolle

I forhold til Dileos (2011) tre overordnede stemmeroller, som beskrevet i teoriafsnittet, afsnit 3.3.2., kan musikterapeuternes udsagn fra fokusgruppen primært ses i forhold til Dileos definition af *musikterapeutens autentiske stemme* og *patientens stemme*. Idet interventionerne ikke handler om at være budbringer mellem patienter og pårørende, tilhører deres måde at forstå stemmens rolle i interventioner med at synge til ro mindre om at være *familiens eller de pårørendes stemme*. I Dileos (2011) fem forskellige “stemmeroller”, som baserer sig på de tre ovennævnte overordnede roller, se igen afsnit 3.3.2., taler de to informanter i denne opgave hovedsageligt om *den synkroniserede stemme*, hvor terapeuten matcher patientens åndedræt gennem hørbare vokaliseringer og arbejdet med at sænke vejtrækningsrytmen. Derudover anvender de *den omsorgsfulde stemme*, som har det terapeutiske mål at inducere søvn, beroligelse og smertelindring (Dileo, 2011, s.324). Musikterapeuterne fortalte, hvordan de former og projicerer særligt moderlige kvaliteter ind i stemmen, herunder varme, bløde, lange klange ind i stemmen, tilsvarende Dileos beskrivelse af *den omsorgsfulde stemme* (se Kode C: Stemmen og Kode J: Det moderlige) og som også handler om at inddrage vuggeviser-elementer samt *holding* og *containing* som improvisationsteknikker (Wigram, 2004). Dog vil jeg mene, at musikterapeuterne i praksis kombinerer *den synkroniserede stemme* og *den omsorgsfulde stemme*, når de på én gang udtrykker omsorg for patienten og beroliger denne gennem entrainment som redskab. I de situationer hvor musikterapeuterne taler om at ledsage patienten i selve dødsprocessen og at kunne følges med dem og vise dem en tryk vej, hvor de er sammen med dem, anvender de *den ledsagende stemme*, som tilpasses den døende og de pårørendes behov og er særligt tunet ind på disse. I praksis anvendes også *den samtalende stemme* på tværs af alle de øvrige roller, idet musikterapeuterne gennemgående anvender improvisation til at matche, imitere og validere patienten gennem dennes kropslige og nonverbale udtryk (Dileo, 2011, s.326). I det den undersøgte interventionsform har et terapeutisk mål om at opnå ro, og musikterapeuterne søger at nedregulere uden store dynamiske og følelsesmæssige spændings/forløsnings motiver i musikken, og idet de beskriver, hvordan de forholder sig samlende til patienten og de pårørende, anvender de ikke *den følelsesladede stemme*-rolle. Denne stemme-rolle ville i højere grad være relevant i interventioner, hvor relations-, identitets- og minde-arbejde ville være det terapeutiske mål.

5.2.1.2. Stemmeforståelse

I foksugruppeinterviewet nævner Signe, at stemmen har fire komponenter: *en fysisk intrapersonel, en psykisk interpersonel, en social* og *en åndelig/transpersonlig* komponent (se Kode C: Stemmen). Disse fire måder at beskrive og forstå stemmen som et instrument er sammenlignelige med de fire komponenter af den *totale smertes* fysiske, psykiske, sociale og åndeligt/eksistentielle komponenter. I denne stemmeforståelse, vil jeg derfor mene, ligger implicit en forståelse af, at stemmen som instrument i *sig selv* kan være lindrende indenfor disse smerteområder. Musikterapeuterne beskriver også, at stemmen som instrument er så afgørende i disse interventioner, fordi den er kommunikationsmiddel og lyden af et menneskers nærvær, hvorimod et instruments lyd, for en patient i delir eller ændret bevidsthedstilstand, kan lyde som en indspilning⁴.

⁴ Bilag 4, s.12 [17:07]

Når musikterapeuterne beskriver stemmen som instrument og tilsvarende deres stemmeforståelse Austins begreb *natural sounds* (Austin, 2008, s.27). I interventioner med at synge til ro, nævner musikterapeuterne, at det er vigtigt at musikterapeuten ikke har en særlig æstetisk prægning af stemmen, at stemmen er intim og autentisk og at terapeuten ikke kan lyve med den. I afsnittet om stemmen i palliativ musikterapi, **Kap.3**, afsnit **3.3.3.**, beskrev teorien også vigtigheden af, at terapeuten slipper forestillingen om en perfekt stemme og i lader patientens behov og terapeutens intuition styre stemmebrugen. Musikterapeuterne nævnte tilsvarende, at de anvender stemmen intuitivt og med "stemmelyde", som glissandoer, suk og nynnen, samt at sukket er en naturlig lyd, som kroppen selv laver, når den er afspændt og som kan formidle afspænding og ro (Se Kode C: Stemmen). Analysen fandt også, at musikterapeuternes stemmeforståelse inkluderer åndedrættet. Åndedrættet beskrives ikke blot som redskab til at få stemmen ud, men som stemmen selv. Signe beskrev eksempelvis i sin metode med "dosering af intensitet i musik" sin *mikrodosering* som: "*.. meget luft, rimelig mange pauser, meget sådan skrøbeligt, fint udtryk. Næsten en hvisken, måske bare et åndedræt, måske bare en tone*"⁵ (Kode E: Åndedrættet). Her minder interventionen om *vocal toning*-teknikken, hvor det enkelte toner, som holdes og som kan være forløsende, selvom det ikke er patienten selv, men terapeuten der skaber *toningen* (Austin, 2008; Meashey, 2020). Derudover vil jeg mene, at musikterapeuterne anvender *vocal holding* (Austin, 2008) og *holding* (Wigram, 2004), når de akkompagnerer stemmen med simpel funktionsharmonik med lyre eller sansula, som en holdende ramme og klangbund omkring patientens "musik" (stemmelyde og åndedræt). Signe nævner i interviewet også, at hun ser stemmen som en forlængelse af åndedrættet, og at åndedrættet er det eneste, som vi selv kan påvirke det autonome nervesystem med (Kode F: Nervesystemet). Denne stemmeforståelse fortolker jeg, som at stemmen, som en forlængelse af åndedrættet, dermed også er det eneste direkte redskab til regulering af det autonome nervesystem. På denne måde får stemmen en helt unik og betydningsfuld rolle, i modsætning til instrumenter, i interventioner med at nedregulere patienternes nervesystem musikalsk. I lighed med Loewys (2009) fremgangsmåde til "musikalsk sedering" (se **Figur 4**), beskriver musikterapeuterne også den tætte entrainment til vejtrækningen og at de lader stemmen fade ud, så der tilsidst kun høre et åndedræt, før de forlader stuen. Som beskrevet af Schneck & Berger (2006), er *rytme* det vigtigste musikalske parameter, som kroppen instinktivt afkoder i entrainment-processen. I tilfælde hvor patienten ikke længere er kommunikerende, mener jeg derfor det kan give mening, at anskue vejtrækningsrytmen (og alle kropslige udtryk) som "patientens musik". Det giver derfor også mening, at det virker lindrende for patienten, når dennes vejtrækning bliver spejlet, fordi patienten kan føle sig set (Bode & Bonde (2011)).

5.2.1.3. Valg af stemmeintervention til beroligende formål

En anden diskussion som musikterapeuterne kommer ind på i deres samtale om stemmen, er det metodiske valg i forhold til hvilke interventionsformer, som faciliterer beroligelsen og om dette både kan ske gennem vokal-improvisation eller gennem at synge klientens musikalske præferencer. Her nævner de samstemmende, at anvendelsen af kendte sange *kan* være beroligende, men at deres anvendelse af disse metoder indebærer et andet terapeutisk mål end beroligelse. I deres udtalelser udtaler de, at beroligelse bedst faciliteres gennem improvisatoriske, nonverbale interventionsformer (se Kode A: At synge til ro). I teori afsnittet fremgik det, at klientens kendte sange kan skabe

⁵ Bilag 4, s.15 [48:36]

forudsigelighed, mindre angst og større fornemmelse af kontrol, fordi klienten kender sangens følelsesmæssige associationer (Austin, 2008, s.179). Mens særligt palliative musikterapeuter modsat mener, at man skal være varsom med at anvende kendte sange, især hvis patientens præferencer ikke kendes, da man ikke på forhånd kan vide, hvilke associationer de vækker (Schmid & Skrudland, 2016). Musikterapeuterne i fokusgruppen nævnte tilsvarende, at de associationer, som disse sange kan vække, kan være *for* aktiverende for patienten, som måske heller ikke længere kan forbinde sig med disse associationer i sidste fase af sit liv⁶. Selvom musikterapeuterne indledningsvist nævner, at de er villige til at benytte kendte sange, hvis en patient får ro af dette⁷, udtaler de, at hvis de arbejder med sange og musikalske præferencer, så er det *identiteten* de arbejder med og ikke et terapeutisk mål om beroligelse⁸. Clements-Cortés (2004) nævnte også, at kendte sange kan styrke patientens følelse af autonomi, selvværd og identitet, hvilket er med til at underbygge informanternes udsagn om, at det er identiteten, der arbejdes med i interventioner med patienters musikalske præferencer. I modsætning til dette mål, beskriver musikterapeuterne samstemmende, at de i interventioner med at synge til ro, i stedet arbejder med "*rent nervesystem*" (Kode A: At synge til ro). Musikterapeuterne nævnte også, at deres anvendelse af kendte sange til beroligelse derfor altid opløses over i nynne-vers eller improvisation til sidst, hvormed de ikke længere er sangen (Se Kode A: At synge til ro). Musikterapeuterne konkluderer derfor, at når det terapeutiske mål er beroligelse, anvender de improvisation. Marie nævner også, at forskningen viser, at den musik man kender, er mest beroligende, hvilket hun ikke er enig i. I gennemgangen af forskningslitteratur (**Kap 2., 3.2.**), fandt mit litteraturreview tilsvarende, at den mest anvendte metode indenfor palliativ musikterapi var at synge klientens musikalske præferencer (n=11), på trods af, at de mest adresserede mål i de inddragede 14 artikler overordnet set var at synge for afslapning og beroligelse (Meldgaard, 2024). Marie nævner også, at det er muligt at skabe forudsigelighed og genkendelighed selv i improvisation, hvis terapeuten eksempelvis akkompagnerer stemmeimprovisationen på en sansula, hvis begrænsede toneantal gør det muligt at skabe forudsigelighed og samtidig undgår at skabe specifikke associationer til andet⁹. Som det fremgik af teorien (Meashey, 2020; Clements-Cortés, 2004; Austin, 2008; Schmid & Skrudland, 2016), kan improvisation med anvendelse af teknikker som *vocal toning*, hjælpe patienten med beroligelse, afspænding og reduktion af emotionel smerte. Også forskningslitteraturen har fundet statistiske signifikante resultater af interventioner, hvor afspændingsøvelser kombineres med stemmeimprovisation og eventuelt roligt akkompagneret af monochord (Warth et al., 2015; Warth et al., 2016).

5.2.2. Entrainment som reguleringsmekanisme i den terapeutiske proces

I dette afsnit diskuteres analysefundene i relation til teorikapitlets, **Kap.3.**, teorier om entrainment, neuroaffektiv udviklingspsykologi, palliativ musikterapi og terapeutens rolle for at svare på problemformuleringens spørgsmål om, hvilke nedreguleringsmekanismer, som anvendes for at skabe beroligelse i musikterapeutiske interventioner med at synge til ro og hvordan disse teknikker anvendes til at nedregulere patienternes nervesystem og dermed opnå beroligelse.

⁶ Bilag 4, s.5. [1:11:37]

⁷ Bilag 4, s.4 [01:31] og [01:37]

⁸ Bilag 4, s. 5 [09:08]-[9:22]

⁹ Bilag 4, s. 5 [9:24]

5.2.2.1. Anvendelsen af entrainment som reguleringsmekanisme

Et væsentligt fund i fokusgruppen i relation til entrainment-begrebet var det lille ord “dosering”, som begge musikterapeuter anvendte. Hvor Signe talte om sin metode med “dosering af intensitet af musik”, hvor stemmens (musikkens) intensitet, volumen og udtryk tilpasses patientens arousalniveau, talte Marie om “doserede forsinkelser”, hvor musikkens tempo gradvist blev nedreguleret baseret på en tæt entrainet forbindelse, hvor musikterapeuten anvendte sit eget nervesystem som katalysator for, om patienten var medsvingende og klar til at blive nedreguleret gennem forsinkelser i musikkens tempo. Når musikterapeuterne anvender begrebet “dose”, minder deres anvendelse af musikken om dosering af medicinske præparater, hvor musikterapeuterne skaber en “musikalsk sedering” gennem entrainment og gradvise nedjusteringer af musikkens tempo tilsvarende den mængde arousal, patienten har behov for og ønsker i øjeblikket. Dette tilsvarende Hilliards (2005b) beskrivelse af, at musikterapeutiske afslapningsteknikker kan være lindrende og et alternativ til eller anvendes sammen med farmakologisk behandling til fysisk smertelindring. I Loewys model for “musikalsk sedering” (se **Kap.3., 3.3.5., Figur 4**), som også blev diskuteret i forhold til åndedrættet her i diskussionen (se afsnit **5.2.1.2.**), indgik entrainment også som reguleringsmekanisme til at “bedøve” patienten musikalsk, og til at give patienten en oplevelse med afstemthed, som ellers ikke er tilgængelig (Loewy, 2009, s.228). Når Clements-Cortés (2012) beskrev “musik til afslapning” (eng. music for relaxation), handlede det ligeledes primært om lindring af fysisk smerte (Clements-Cortés, 2012, s.301). Dog nævner Bradt (2009) at entrainment ikke kun vedrører en fysiologisk regulering af kropslige processer, men hænger sammen med den psykiske og emotionelle regulering, idet en nedregulering af åndedrættet når kroppen giver slip, kan fremkalde en emotionel respons (Bradt, 2009, s. 16). Denne forståelse af entrainment, som både en fysisk og emotionel reguleringsmekanisme matcher musikterapeuternes beskrivelser, idet Signe eksempelvis udtaler:

“.. det jeg bruger musikken til, det er simpelthen at regulere nervesystemet. Sådan at jeg kan skrue på nogle knapper, som gør at der kommer mere ro på. Og den ro, den er både i kroppen og åndedrættet. Men det er også en ro, som kommer på sindet.”¹⁰

Clayton (2012) beskriver, hvordan entrainment kan være *asymmetrisk*. I musikterapeuternes udtalelser i fokusgruppen fremgik det tydeligt, at musikterapeuterne oplever tæt entrainment med patienten, på trods af, at det kun er musikterapeuten, der *bevidst* tilpasser sig patientens udtryk, herunder åndedrættet. Gennem entrainmentforbindelsen, vil jeg dog mene, at patienten kan “svare tilbage” gennem de kropslige signaler, som musikterapeuten nøje monitorerer, hvor en sænket vejrtrækningsrytme, som entrainer til musikterapeutens gradvist langsommere musik, kan forstås som udtryk for, at patienten også medsvinger med musikterapeuten. Den *asymmetriske* entrainment, som beskrives i fokusgruppen og i den kliniske litteratur ligeledes af Falk (2021), kan dermed gå begge veje, så musikterapeuten først entrainer med patientens vejrtrækning, hvorved patientens svingninger er styrende, dernæst samsvinger de, indtil musikterapeuten, efter nøje vurderinger af patientens villighed til at følge med, nedregulerer sin musik og dermed bliver styrende for patientens vejrtrækningsrytme (Falk, 2021; Kode B: Entrainment). Marie beskriver, at hun giver “tilbud” til

¹⁰ Signe, Bilag 4, s.16 [16:53]

patienten om at følge med ned eller laver “*små bølger af entrainment*”¹¹ (Se Kode B: Entrainment) Hvis patientens rytme ikke følger med, må musikterapeuten tilbage igen og entraine med patientens svingninger, hvorved processen starter forfra (Kode B: Entrainment).

5.2.2.2. Entrainmentbegrebet i relation til neuroaffektiv teori

I teori afsnittet, **Kap.3, 3.4.** blev Claytons (2012) tre typer af entrainment i en musikalsk-social kontekst beskrevet og de gengives her for læseren: en *intra-individuel entrainment*, hvor entrainment foregik i et individs krop, en *inter-individuel/intra-gruppe-entrainment*, som foregik når individer i en gruppe koordinerede deres handlinger, og en *inter-gruppe-entrainment* (Clayton, 2012, s.51), hvor grupper koordinerer deres adfærd. Jeg vil mene, at Claytons to første definitioner, som jeg for læsbarhedens skyld fremover kalder *den intra-individuelle* og *den inter-individuelle*, har særlig betydning for de beroligende processer, der foregår i interventioner med at synge til ro i palliativ indsats og på en systematisk måde kan anvendes for at undersøge disse processer. I det følgende vil jeg derfor diskutere disse to typer af entrainment i forhold til opgavens neuroaffektive udviklingspsykologiske teori, for forstå, hvordan musikterapeuterne anvender entrainment som en reguleringsmekanisme i den terapeutiske proces til at skabe ro i patienternes nervesystem.

Den *intra-individuelle* entrainment fortolker jeg i denne kontekst til at være betegnelse for musikterapeuternes beskrivelser af, hvad de mærker på deres inderside, som informerer dem om, hvordan de skal koordinere deres musikalske svar til patienten. Igennem den tætte entrainede forbindelse til patienten, fornemmer de patienten “indefra” og mærker hvilke følelser og tilstande, der er på spil i patienten: “*..man bruger alt det, man får fra en modoverføring. .. Hvis patienten pludselig begynder at blive urolig, så mærker jeg simpelthen også en uro inde i mig, som jeg reagerer på, fordi jeg er så opmærksom på det.*”¹². I musikterapeuternes udtalelser fremgår det tydeligt, hvor optagede de er af, at opfange de mindste signaler fra patienten, så de kan matche disse gennem deres musikalske svar og forblive medsvingende, således at patienten bliver beroliget (Se Kode K: Forholdemåde). Marie beskriver dette indre arbejde som, at entrainment-forbindelsen finder sted i hendes eget nervesystem (se Kode B: Entrainment og Kode F: Nervesystemet) og at hvis hun kan entraine sig med patientens nervesystem og dernæst regulere sit eget nervesystem ned, kan det være patienten følger med. Ved at fornemme patienten indefra, kan Marie også mærke, om nedreguleringen var for voldsom og om tempo og arousal skal reguleres lidt op igen. Når entrainment virker, kan hun få oplevelsen af, at hun selv er ved at falde i søvn¹³. Signe beskriver, hvordan entrainment også kan være en indre energetisk intuning, som hun stiller sig ind på og hvor hun får indre billeder (se Kode L: Overføring og modoverføring). Det afgørende for den *intra-individuelle entrainment* er ifølge musikterapeuterne derfor, at selv finder ro i og stiller deres eget nervesystem til rådighed for patienten¹⁴ (Se Kode F: Nervesystemet).

¹¹ se Bilag 4, s.6 [38:13]

¹² se Bilag 4, s.30 [1:06:07]

¹³ se Bilag 4, s.7 [45:33]; s. 6. [38:13]

¹⁴ se Bilag 4, s.17 [44:52]; [46:05]; [48:14]; s.18 [58:25]

Den *inter-individuelle* entrainment, tolker jeg sker, i relationen mellem terapeut og patient (inklusive pårørende) og hvor de to internt koordinerer deres handlinger. Som beskrevet i teoriafsnittet, **Kap.3.,3.4**, mener Heidersheit (2015), at iso-princippet (som i denne opgave også indgår i begrebet *entrainment*) har bevæget sig væk fra sin oprindelige betydning omhandlende den terapeutiske proces og omsorg for klienterne. I dette afsnit, vil jeg derfor forsøge at koble *den inter-individuelle* entrainment til opgavens neuroaffektive teori, og dermed inkludere omsorgen og den terapeutiske relation i entrainmentbegrebet.

Den *inter-individuelle*-entrainment forstås her som det, Signe kalder et “resonansrum” (se Kode H: Terapeut-patient-relation), hvor terapeuten og patienten anvender entrainmentforbindelsen til at koordinere deres handlinger, så de medsvinger. I hele Tema 3: Terapeut-patient-relation beskrev musikterapeuterne desuden, hvordan de afstemmer, tilpasser sig til, forbinder sig med og skaber tillid hos patienten, idet relationen er det afgørende for, at entrainment-forbindelsen kan opstå. Musikterapeuternes beskrivelser oplevelser af entrainment, mener jeg, tilsvare Harts begreber om *resonans*, *mødeøjeblikke* og *dyadisk afstemning* (2006b), som beskrevet i teoriafsnit **3.5.2**. Harts (2006b) beskrivelse af resonans vil to nervesystemer, som aktiveres samtidig gå i resonans, hvilket forstærker og samregulerer deres aktivitet (Hart, 2006b, s.90). Når musikterapeuterne omtaler synkronisering gennem entrainment, minder det både om denne resonans og om Harts (2017) begreb om *mødeøjeblikke*, hvor der sker en afstemning med en overvældende følelse af tæthed og autenticitet (Hart, 2017, s.63). Marie beskriver oplevelsen af at være entrainet med patienten, således: “.. *en følelse af, at der ikke er mere modstand i rummet. Og der ikke er nogen forskel på patienten og mig og musikken. Det hele bliver sådan en sammenhæng.*” (Kode B: Entrainment [46:50]).

Som det fremgår af opgavens analyse, responderer musikterapeuterne musikalsk på patientens *fysiologiske* udtryk og kropslige ændringer, hvilket jeg vil tolke som *inter-individuel/intra-gruppe*-entrainment som regulerer det *autonomt-sansende niveau* i nervesystemet (Se **Kap.3., 3.5.3.1**). På dette fysiske niveau indebærer entrainment, som nævnt i teoriafsnit (afsnit **3.4**), at de fysiske svingninger svinger sammen. På et *fysiologisk* niveau, anvendte musikterapeuterne især åndedrættet som en reguleringsmekanisme (Se Kode E, Åndedrættet). Ifølge Hart (2017) er det blandt andet musikterapeutens resonans med patientens fysiske tilstand, som vejrtrækning, nonverbale udtryk og musikalsk-auditive stimuli i mellemtoneleje-frekvenser, som kunne medvirke til at skabe beroligelse og aktivering af det parasympatiske nervesystem (Hart, 2006b; Hart, 2017). Musikterapeuterne nævnte også betydningen af at matche patienten på det rette arousalniveau (se Kode G: Arousal) og Signe havde til formålet udviklet metoden “dosering af intensitet i musik”, hvor musikken var tilpasset en *mikro, mellem og høj* dosis. I Signes *mikrodose* bestod den musikalske tilpasning af stemmen i at være rent åndedræt, luftigt og hviskende (se Kode E: Åndedrættet). Gennem entrainment og afstemning på dette *fysiologiske* og *autonomt-sansende* niveau, anvendte musikterapeuterne kroppens naturlige og afspændende stemmelyde, herunder glissandoer, suk, åndedræt og nynnen (Kode C: Stemmen). Ifølge Marie vil patienters smerter medføre højere arousal og ubehag¹⁵. I tilfælde hvor patienter er ikke-kommunikerende, kan musikterapeuterne derfor afgøre, om patienten falder til ro, hvilket kunne være udtryk for fravær af smerte og uro (Hart, 2017; Loewy, 2009).

¹⁵ Bilag 4, s.16 [38:13]

Udover den *inter-individuelle* entrainment på et *fysiologisk niveau*, hvor musikterapeuten afstemmer sig med det *autonomt-sansende* nervesystem, vil jeg på baggrund af fokusgruppeinterviewet også mene at entrainment-forbindelsen kan være *følelsesmæssig*, hvor musikterapeuterne udnytter musikkens klange til at regulere det *limbisk-følende niveau* (Hart, 2017). Musikterapeuternes beskriver hvordan de entrainer sig med: “*Husets eller rummets nervesystem. Som om at de alle var celler i en organisme*”¹⁶ (Kode I: Afstemning). Ved at gå i *resonans* eller entraine sig med de indre følelsesmæssige tilstande i patienter og pårørende, skabes følelsesmæssig forbundethed, hvorved musikterapeuten kan tage del i patienternes erfaringer (Hart 2006b). Når musikterapeuten afstemmer sig med patienten og matcher dennes følelsesmæssige tilstand, inklusiv de svære følelser, og responderer på disse, mens de er i *resonans*, opstår muligheden dermed også for, at der kan ske en regulering (Hart, 2006b). Musikterapeuterne beskrev, hvordan de særligt gennem deres stemmekvaliteter, både kunne entraine sig følelsesmæssigt gennem positive moderlige kvaliteter eller anvende musikalsk dissonerende lyde til at entraine sig med patienters udtryk for smerte¹⁷ (Se Kode B: Entrainment). Dette kunne både foregå intuitivt og ud fra metoden Music Therapy Entrainment (Bradt & Dileo, 1999; Kode B: Entrainment). Musikterapeuterne nævnte også de improvisatoriske teknikker *holding* og *containing* (Wigram, 2004) som måder at skabe en omsorgsfuld og rummende moderlig “favn” for patienterne (Kode J: Det moderlige). Af og til beskrev musikterapeuterne også, at det ikke er muligt at entraine til en fælles stemning på stuen, og i de tilfælde, var en nedregulering af patienten heller ikke er mulig (se Kode I: Afstemning). I teoriafsnit, **Kap.3.,3.7** fremgår det, hvordan den palliative musikterapeuts vigtigste rolle var at være en “beholder” for patientens følelser og have fokus på at tune ind på patienternes emotionelle energi. Den kliniske musikterapilitteratur tilsvare her musikterapeuternes beskrivelser af deres forholdemåde, identitet og rolle (se kode K: Forholdemåde og Kode M: Terapeutidentitet og rolle). Derudover beskrev de, hvordan de formede både deres stemme og deres terapeutiske forholdemåde med særlige moderlige kvaliteter, som ifølge Signe aktiverer det *limbisk-følende niveau*¹⁸ (Kode C: Stemmen og Kode J: Det moderlige).

I opgavens teoriafsnit **3.6.** blev Sterns begreb *affektiv afstemning* beskrevet (Stern, 2000, s.189-190). Dette begreb mener jeg har stor relevans i forhold til den *følelsesmæssige* og *inter-individuelle* entrainment på det *limbisk-følende niveau*. I Sterns (2000) definition, indebærer affektiv afstemning at der udføres en adfærd der udtrykker følelseskvaliteten ved den delte affektive tilstand, uden at denne indre tilstand adfærdsmæssigt imiteres nøjagtigt (Stern, 2000, s.190). Entrainment-processen bliver i dette lys en måde, hvorpå musikterapeuten kan fornemme og matche patientens følelsesmæssige og kropslige udtryk, men svare tilbage gennem den musikalske improvisation, som ikke *imiterer*, men *matcher* patienten. Som eksempel på dette, beskrev Signe en oplevelse med at matche en patients stærke smerter og emotionelle udtryk gennem tilsvarende dissonerende musik i høj arousal, hvorefter det først var muligt at nedregulere det autonome niveau (Kode I: Afstemning). Denne anvendelse af improvisation til at skabe en empatisk refleksion af patientens følelser, vil jeg desuden tolke som et eksempel improvisationsteknikken *reflecting* (Wigram, 2004, s.90), som beskrevet i teoriafsnit **3.3.1.**

¹⁶ Bilag 4, s.25 [56:47]

¹⁷ Bilag 4, s.11 [13:26]; s. 26 [41:22] og [44:38]

¹⁸ Bilag 4, s.18 [35:48]

5.2.3. Musikterapeutens rolle og forholdemåde

Dette afsnit vil diskutere terapeutens rolle og terapeutiske forholdemåde ved at sætte analysefundene i relation til afsnit teori afsnittet 3.7 om terapeutens rolle indenfor palliativ musikterapi, for yderligere at uddybe mit svar på problemformuleringens arbejdsspørgsmål, om hvilken rolle terapeuten spiller i interventioner med at synge til ro.

Det er et grundelement i alle musikterapeutiske metoder, at musikterapeuten tilpasser sin musik til en klients både musikalske, verbale og non-verbale udtryk. Både i den kliniske litteratur og i hospicemusikterapeuternes udtalelser, lader det dog til, at den terapeutiske rolle inden for dette palliative område, hvor det terapeutiske mål er beroligelse, baserer sig på en helt intim form for synkronisering mellem terapeut og klient, som især skyldes, at hospicepatienter ikke altid har kræfter til at interagere direkte gennem dialog, verbalt eller nonverbalt. Metoden med at synge til ro, som er en receptiv metode, kan derfor anvendes helt til patientens sidste stadie i livet, fordi den gennem musikterapeuternes respektfulde og nænsomme *entrainment* er så synkroniseret til patienternes mindste signaler, at musikterapeuten nærmest går i ét med patientens nervesystem¹⁹.

En del af den terapeutiske rolle i disse interventioner er også det moderlige, som især blev afspejlet i beskrivelsen af vuggeviseelementet i interventionerne og igennem den terapeutiske forholdemåde, som i lighed med teori afsnittets beskrivelser af den særligt terapeutiske forholdemåde indenfor palliativ musikterapi i afsnit 3.7. blev beskrevet som en åben, resonerende, intuitiv, rummende og spejlende forholdemåde (Cadesky, 2005; Nakkach 2005; Loewy, 2009). Når musikterapeuterne omtaler vuggevise-elementet, er det påfaldende, at de ikke nævner vuggevisen som musikalsk stil med en særlig taktart eller harmoniske mønstre, men i højere grad omtaler vuggevisens mulige *associationer* og måde at fremkalde tidlige minder om den *situation*, som vuggesangen er. Signe omtaler direkte "vuggesangseffekten" som en terapeutisk intention, hvor patienten intuitivt fornemmer at det, der foregår er beroligende²⁰. Vuggevise-elementet beskrives af musikterapeuterne med metaforiske og omsorgsfulde vendinger, som at lægge et sovende barn fra sig, snige fingrene ud under det eller at trække på associationer til de første stemmer og oplevelser med sange. Jeg mener derfor mere deres måde at inddrage dette begreb på, handler om en *terapeutisk intuning* og en forholdemåde, som handler om at de gennem interventionen drager omsorg for, skaber nærvær og "vugger" søvnen frem for patienter, som har brug for denne omsorg, på grund af deres kliniske behov. Vuggevisen genskaber og fremkalder dermed den *situation*, som patienten associerer med tidlige, præverbale selvoplevelser med at blive sunget kærligt til ro af en omsorgsperson²¹.

Når musikterapeuterne beskrev deres egen rolle i beroligende interventioner med sang og stemme indenfor palliativ indsats, var det især deres facilitering af musik tilpasset patientens dødsproces, som de knyttede ord til. Særligt Signe beskrev erfaringer med at ledsage patienter i denne proces og hun beskrev sin rolle (Kode M: Terapeutidentitet og rolle), som en fødselshjælper i den modsatte ende af livet og som en "færgemand", ledsager, facilitator og bevidner. Marie beskrev sin rolle i interventionerne som en guide, der kunne vise patienterne vejen og gå den så vidt muligt med

¹⁹ Bilag 4, s.7 [46:50]

²⁰ Bilag 4, s.13 [31:06]

²¹ Se Bilag 4, s.13-14

dem. Disse beskrivelser kan diskuteres i forhold til Dileos (2011) fire musikterapeutiske roller indenfor palliation, som beskrevet i afsnit 3.7., som var at være *vidne*, *ledsager*, *guide* eller *facilitator* for forandring (Dileo, 2011). Signes beskrivelser havde en spirituel og energetisk intuning, i tråd med at være *facilitator* eller *ledsager*, hvor hun beskrev indre billeder af, at ledsage patienten som bådfører i en gondol, hvor hvert åretag var et skridt videre på patientens rejse. Begge musikterapeuter beskrev også kendskab med rollen som *vidne*, hvor de kunne dele positive modoverføringsfølelser som en måde at bevidne og validere relationer mellem patienter og pårørende. Maries beskrev også sin rolle med ordet *guide*, hvor hendes måde at anvende eksempelvis åndedrættets helt konkrete og hørbare lyde, blev en måde at vise patienten, at hun viste vejen frem og ville skabe tryghed i processen. Begge musikterapeuter nævnte desuden vigtigheden af, at de var tilstede med deres fulde nærvær, hvilket kom til udtryk gennem deres stemme, som gav udtryk for netop dette nærvær af et menneske.

5.3. Sammenfatning

Dette diskussionskapitel har først, i afsnit 5.1., diskuteret opgavens metodiske valg, herunder dataindsamling, analysemetoder og teoretiske ståsted. Derefter har kapitlet i afsnit 5.2. diskuteret analysens resultater, først i afsnit 5.2.1. stemmens betydning i interventioner med at synge til ro, herunder stemmens rolle, stemmeforståelse og valg af stemmeinterventionsform til at fremme beroligelse. Dernæst diskuterede afsnit 5.2.2. entrainment som reguleringsmekanisme i terapeutiske proces og anvendelsen af entrainment samt entrainment i relation til neuroaffektiv teori. Sidst, i afsnit 5.2.3. blev musikterapeutens rolle og forholdemåde diskuteret.

Diskussionen nåede overordnet frem til, at interventioner med at synge til ro er en receptiv metode indenfor palliativ musikterapi, som har til formål at berolige patientens samlede symptomer, gennem regulering af patientens nervesystem. Interventionen anvender primært nonverbal improvisation med stemme som hovedinstrument. Stemmen spiller en helt afgørende rolle som formidler af nærvær og ro i disse interventioner. Entrainment anvendes som reguleringsmekanisme, både i musikterapeuten og *udadtil* til patienten, hvor musikterapeuten gennem *fysiologisk og følelsesmæssig entrainment* regulerer patientens *autonomt-sansende* og *limbisk-følelse* nervesystem til ro. Musikterapeuten er fuldt tilstede på en autentisk og nærværende måde, i rollen som *vidne*, *ledsager*, *guide* eller *facilitator*. På trods af denne sammenfatning af væsentlige komponenter, terapeutiske processer og reguleringsmekanismer i interventioner med at synge til ro, bør det understreges, at der på baggrund af fokusgruppens udtalelser og opgavens generelle fund, ikke findes en *one size fits all* model at udføre interventioner med beroligelse på, idet interventionerne altid må tage udgangspunkt i patientens behov, tilstand og overskud i øjeblikket.

Kapitel 6: Konklusion



Gennem data indsamlet gennem et kvalitativt og fænomenologisk forankret fokusgruppelinterview med to erfarne hospicemusikterapeuter, Signe Marie Lindstrøm og Marie Bolette Falk, som blev behandlet og analyseret ved hjælp af tematisk analyse kombineret med den deskriptive fænomenologisk- psykologiske metode, undersøgte dette speciale interventionsformen “at synge til ro”. Opgaven kan konkludere, at de to musikterapeuter anvender metoden med at synge til ro som deres basismetode i deres kliniske praksis i palliativ musikterapi og at interventionsformen tilpasses patienternes behov.

Musikterapeuterne beskriver metoden som en *receptiv* metode, hvis komponenter er terapeutafspillet improviseret livemusik med stemme og anvendelse af entrainment, eventuelt i kombination med lyre, sansula eller afspændingsteknikker, hvor formålet er at berolige og lindre patienternes samlede symptombillede ved at regulere patientens nervesystem til ro.

Stemmen og åndedrættet spiller en afgørende rolle i disse interventioner, idet stemmen forstås som en forlængelse af åndedrættet og anvendes autentisk og intuitivt til at formidle menneskeligt nærvær, omsorg, afspænding og ro. Stemmens rolle blev defineret som *synkroniserende*, *omsorgsfuld* og *samtalende*. Stemmen anvendes med alle sine lyde, og formes også med moderlige bløde, lange, varme klange med særligt fokus på åndedrættet. Derudover anvendes musikterapeutiske teknikker som suk, glissandoer, nynnen, *vocal toning*, *holding*, *containing* og *reflecting*, som yderligere tilpasses patientens arousalniveau, for at fremme beroligelse.

Som led i den terapeutiske proces med at fremme beroligelse indgår også *entrainment* som komponent i disse interventioner. Hospicemusikterapeuterne beskrev både entrainment som en tilpasning til patientens fysiske og følelsesmæssige svingninger og understregede betydningen af deres indre regulering for en vellykket entrainment- og beroligelsestproces. Entrainment blev derfor defineret som både *intra-individuelt*, som betegner de indre processer i musikterapeuten, og *inter-individuelt*, som omhandler den entrainede forbindelse mellem terapeut og patient. Derudover blev der identificeret en *fysiologisk* og en *følelsesmæssig* entrainment-type, baseret på musikterapeuternes udtalelser. I den *fysiologiske* tilpasser musikterapeuten sin musik til patientens fysiske udtryk og rytme, særligt åndedrættet, hvor patientens vejtrækningsrytme spillede en stor rolle i reguleringen af det *autonomt-sansende* niveau i nervesystemet. Den *følelsesmæssige* entrainment omhandlede musikterapeutens entrainment med patienter og pårørendes følelser og stemninger gennem nervesystemets *limbisk-følelses niveau*. Entrainment forekom ofte *assymetrisk* hvor først patientens og dernæst terapeutens svingninger er styrende og entrainment blev anvendt i “doserede forsinkelser”, hvor den terapeutiske proces udnytter den tæt synkroniserede forbindelse til at introducere patienten for gradvise nedjusteringer gennem musikkens tempo, som virker beroligende.

Den sidste komponent er terapeutens rolle, som blev beskrevet som moderlig, ledsagende, guidende, faciliterende og som et vidne for patientens proces og relation til de pårørende. Beroligelsen faciliteres gennem den tæt entrainede forbindelse mellem terapeut og patient, og en væsentlig faktor i at denne forbindelse kan opstå, er, at terapeuten er autentisk tilstede med sit fulde nærvær.

Litteraturliste:

Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy. Songs of the self*. Jessica Kingsley Publishers.

Barbour, R. S. (2018). Introducing focus groups. I *Doing focus groups* (2. udg., Vol. 4, s. 1-14). SAGE Publications, Limited. <https://doi.org/10.4135/9781526441836>

Bode, M. & Bonde, L. O. (2011). Din ven til det sidste: Musikterapi på hospice og i palliativ pleje. I Jacobsen, M. H. & Dalgaard, K. M. (red.), *Humanistisk palliation* (s. 255–269). Hans Reitzels Forlag.

Bonde, L. O. (2014). Musikterapi i den palliative indsats. I Bonde, L. O. *Musikterapi - Teori, uddannelse, praksis og forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 349-356). Forlaget Klim.

Bradt, J. (2009). Music for breathing regulation. I Azoulay, R. & Loewy, J.V. (red.). *Music, the breath and health: Advances in integrative music therapy* (s. 11-19). Satchnote Press.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2022). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udg., s. 33-63). Hans Reitzels Forlag.

Cadesky, N.E. (2005). The clinical use of therapist's voice and improvisation in end of life care. I Dileo, C., & Loewy, J. V. *Music therapy at the end of life* (s.203-210). Jeffrey Books.

Cadwalader, A., Orellano, S., Tanguay, C. & Roshan, R. (2016). The effects of a single session of music therapy on the agitated behaviors of patients receiving hospice Care. *Journal of Palliative Medicine*, 19(8), 870–873.

Clayton, M. (2012). What is Entrainment? Definition and applications in musical research. *Empirical Musicology Review*, 7(1–2), 49–56. <https://doi.org/10.18061/1811/52979>

Clements-Cortés, A. (2004). The use of music in facilitating emotional expression in the terminally ill. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 21(4), 255–260. <https://doi.org/10.1177/104990910402100406>

Clements-Cortés, A. (2012). Adults in palliative care and hospice. I Allen, J. (red.). *Guidelines for music therapy practice in adult medical care* (s. 295-339). Barcelona Publishers.

Clements-Cortés, A. (2017). Singing and vocal interventions in palliative and cancer care: Music therapists' perceptions of usage. *The Journal of Music Therapy*, 54(3), 336–361. <https://doi.org/10.1093/jmt/thx010>

Clements-Cortés, A. & Wright, R. (2020). Singing in palliative care, oncology, and bereavement music therapy. I Heydon, D., Fancourt, A. & Cohen, A. J (red.). *The Routledge companion to interdisciplinary studies in singing* (s.170-183). Routledge.

Dileo, C. & Bradt, J. (1999). Entrainment, resonance and pain-related suffering. I Dileo, C. (red.) *Music therapy and medicine: Theoretical and clinical applications* (s.181-187). American Music Therapy Association.

Dileo, C. (2011). Final Notes. Therapeutic uses of the voice with imminently dying patients. I Baker, F., & Uhlig, S. (red.). *Voicework in music therapy research and practice* (s. 321-330). Jessica Kingsley Publishers.

Falk, M. (2021). Doserede forsinkelser i levende, receptiv musikterapi på hospice. *Dansk Musikterapi* 2021, 18(2), 31-38.

Forinash, M. & Grocke, D. (2005). Phenomenological inquiry. I Wheeler, B. L. *Music therapy research* (2. udg., s. 321-334). Barcelona Publishers.

Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3–12. <https://doi.org/10.1163/156916212X632934>

Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. udg.). Samfundslitteratur.

Hanser, S.B. (2009). At first and last breath: Breathing with music in childbirth and near the end of life. I Azoulay, R., & Loewy, J.V. (red.). *Music, the breath and health: Advances in integrative music therapy* (s.251-259). Satchnote Press.

Hart, S. (2006b). *Betydningen af samhørighed: om neuroaffektiv udviklingspsykologi*. Hans Reitzels Forlag.

Hart, S. (2006a). *Hjerne, samhørighed, personlighed: introduktion til neuroaffektiv udvikling* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.

Hart, S. (2017). Introduktion til neuroaffektive processer i musikterapi. I Lindvang, C. & Beck, B. D. (red.). *Musik, krop og følelser. Neuroaffektive processer i musikterapi* (s. 53-78). Frydenlund Academic.

Heiderscheit, A. (2015). Use of the iso principle as a central method in mood management: A music psychotherapy clinical case study. *Music Therapy Perspectives.*, 33(1), 45–52. <https://doi.org/info:doi/>

Hilliard, R. (2005b). *Hospice and palliative care music therapy: A guide to program development and clinical care*. Jeffrey Books.

Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2022). Fænomenologi. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udg., s.281-308). Hans Reitzels Forlag.

Kenny, C., Jahn-Langenberg, M. & Loewy, J. (2005). Hermeneutic inquiry. I Wheeler, B. L. *Music therapy research* (2. udg., s.335-351). Barcelona Publishers.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsinterview* (3. udg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Lindstrøm, S. M., Falk, M., Knudsen, B.L., Bøtke, J.Ø., Hyldgaard, U.L. & Rasmussen, L. (2020). *Anbefalinger til kompetencer for musikterapeuter i den palliative indsats*. Dansk Musikterapeut Forening og Dansk Magisterforening, 1-68.

Loewy, J. V. & Stewart, A. (2005). The use of lullabies as a transient motif in ending life. I Dileo, C., & Loewy, J. V.. *Music therapy at the end of life* (s. 141-148). Jeffrey Books.

Loewy, J. V. (2009). Musical sedation: Mechanisms of breathing entrainment. I Azoulay, R. & Loewy, J.V. (red.). *Music, the breath and health: Advances in integrative music therapy* (s.223-232). Satchnote Press.

Meashey, K. (2020). *The use of voice in music therapy*. Barcelona Publishers.

Mehta, A. & Chan, L. (2008). Understanding of the concept of "total pain": A prerequisite for pain control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1), 26-32. doi: 10. 1097/01.NJH.0000306714.50539.1a

Meldgaard, C. (2024). Musikterapi i palliativ indsats - et scoping review. Semesteropgave, musikterapi, Aalborg Universitet.

Nakkach, S. (2005). Devotional music therapy: Contemplative vocal music and the passage. I Dileo, C., & Loewy, J. V. *Music therapy at the end of life* (s. 189-202). Jeffrey Books.

O'Callaghan, C. (2015). Music therapy in palliative care. I Cherny, N., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R. K., & Currow, D.C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (5. udg., s.1-23). Oxford Textbook.

Pérez-Eizaguirre, M. & Vergara-Moragues, E. (2021). Music therapy interventions in palliative care: A systematic review. *Journal of Palliative Care*, 36(3), 194–205.
<https://doi.org/10.1177/0825859720957803>

- Ridder, H. M. O. & Bonde, L. O. (2014). Musikterapeutisk forskning: Et overblik. I Bonde, L. O. *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis og forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 407-425). Forlaget Klim.
- Robson, C. & McCartan, K (2016). *Real World Research* (4. udg.). John Wiley & Sons, Ltd.
- Saunders, C. & Baines, M. (1983). *Living with dying: The management of terminal disease* (genoptrykt 1986). Oxford Medical Publications.
- Schmid, W. & Skrudland, H. (2016). Musikkterapi i palliativ omsorg. I Ridder, H. M. & Stige, B. (red.). *Musikkterapi og Eldrehelse* (s. 177-186). Universitetsforlaget.
- Schneck, D.J. & Berger, D.S. (2006). *The music effect. Music physiology and clinical applications*. Jessica Kingsley Publishers
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden: et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv* (3. nyoversatte udg.). Hans Reitzel.
- Storm, S. (2017). Den menneskelige stemmes stimulering af krop og psyke - psykodynamisk stemmeterapi mod prænatal angst og depression. I Lindvang, C. & Beck, B. D. (red.). *Musik, krop og følelser. Neuroaffektive processer i musikterapi* (s.252-269). Frydenlund Academic.
- Sundhedsstyrelsen (2017). *Anbefalinger for den palliative indsats*. (s.7-54)
https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~/_media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx
- Thaut, M. H. (2013). Entrainment and the Motor System. *Music Therapy Perspectives*, 31(1), 31–34.
<https://doi.org/10.1093/mtp/31.1.31>
- Warth, M., Keßler, J., Hillecke, T. K. & Bardenheuer, H. J. (2015). Music therapy in palliative care: A randomized controlled trial to evaluate effects on relaxation. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(46), 788–794.
- Warth, M., Kessler, J., Hillecke, T. K. & Bardenheuer, H. J. (2016). Trajectories of terminally ill patients' cardiovascular response to receptive music therapy in palliative care. *Journal of Pain & Symptom Management*, 52(2), 196–204.
- WHO, ICD-11, 2025-01: "QB9B Palliative care" (senest tilgået den 5.5.2025)
<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1492124251>
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. Jessica Kingsley Publishers.