



INTERVENTIONSOVERGANGE SOM TERAPEUTISK FÆNOMEN I MUSIKTERAPI

*EN AUTOETNOGRAFISK UNDERSØGELSE AF
PRAKSISERFARINGER I HOSPITALSREGI*

Titelblad

Titel:	Interventionsovergange som terapeutisk fænomen i musikterapi – en autoetnografisk undersøgelse af praksiserfaringer i hospitalsregi
Forfatter:	Tobias Nikolas Møller Nielsen
Vejleder:	Hanne Mette Ochsner Ridder
Afleveringsdato:	Juni 2025
Universitet, studieretning og fag:	Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet, Musikterapi
Normalsider:	79
Anslag:	189.747 (heraf anslået 2300 anslag i grafik)
Referencestil:	APA 7

Abstract

Background: Intervention transitions – shifts in therapeutic interventions (activities, modalities, foci) within music therapy sessions – are crucial in a hospital setting but remain under-examined, often relying on tacit clinical knowledge. This study addresses this gap by investigating the author's lived experiences.

Aim: This master's thesis seeks to understand the therapeutic phenomenon of intervention transitions within music therapy in the context of oncology wards, and to develop a preliminary conceptual language to facilitate description and reflection.

Method: Following an inductive and exploratory approach, this study applies an autoethnographic methodology, grounded in a critical realist and phenomenological theoretical framework. Data consist of three narratives, derived from systematic practice notes gathered during an internship, which are analysed using thematic analysis. This analysis is complemented by a theoretical discussion informed by perspectives on nonverbal communication, developmental psychology, and relational psychoanalysis to explore how intervention transitions emerge and what shapes them.

Results: Findings reveal intervention transitions as complex, dynamic, and multi-layered processes rather than distinct events. They are shaped by therapist skills, patient responses, the environment, and the therapist's internal state. A conceptual framework is proposed, distinguishing transition types (musical, modality, focus) and descriptive terms (transition processes, transition moments, key moments). The integration of theoretical perspectives provides important insights into the underlying dynamics of these transitions.

Conclusion: This study develops the understanding of intervention transitions as dynamic, relational processes. The proposed conceptual vocabulary provides a foundation for increased professional reflection on these crucial moments, potentially contributing to the refinement of clinical skills and training in music therapy.

Keywords: Intervention transitions, Music therapy, Oncology, Hospital setting, Therapeutic process

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	II
1 INDLEDNING	2
1.1 INDLEDENDE TEORI OG BEGREBSAFKLARING	3
1.2 BEGREBSAFKLARING	7
1.3 FORMÅL.....	8
1.4 PROBLEMFOMULERING	9
1.5 LÆSEVEJLEDNING	10
2 METODE	11
2.1 VIDENSKABSTEORETISK GRUNDLAG OG TILGANG	11
2.2 VIDENSKABSTEORI, TILGANG OG DESIGN I DENNE UNDERSØGELSE	13
2.3 AUTOETNOGRAFI.....	14
2.4 TEMATISK ANALYSE	15
2.5 KRITIK OG TROVÆRDIGHED	15
2.6 ETISKE OVERVEJELSER	17
2.7 EMPIRI.....	17
3 ANALYSE	22
3.1 TRIN 1 – UDVÆLGELSE AF EMPIRI	24
3.2 TRIN 2 – FOKUSERING OG MARKERING.....	25
3.3 TRIN 3 – FORMULERING AF AUTOETNOGRAFISKE NARRATIVER	26
3.4 TRIN 4 – VIDEREUDVIKLING, TEMATISERING OG KODNING	28
3.5 TRIN 5 – INDIVIDUEL ANALYSE (OG FARVEKODNING)	31
3.6 TRIN 6 – TVÆRGÅENDE ANALYSE	35
3.7 TRIN 7 – OPSUMMERING, OVERBLIK OG SYNTSE.....	40
4 TEORI	44
4.1 TEORETISK AFGRÆNSNING.....	44
4.2 NONVERBAL KOMMUNIKATION (NVC).....	45
4.3 REGULERING OG AFSTEMNING	52
4.4 MUSIKKENS FUNKTION	55
4.5 AFRUNDING.....	57
5 DISKUSSION	58
5.1 TEORI-FUND-DISKUSSION	58
5.2 BEGREBSDISKUSSION	73
5.3 OPSUMMERENDE VURDERING AF METODISKE VALG	77
5.4 AFSLUTTENDE REFLEKSION OG PERSONLIGE IMPLIKATIONER	79
6 KONKLUSION	81
LITTERATURLISTE	82

Oversigt over figurer og tabeller:

Figur 1 – Undersøgelsens overordnede struktur	10
Figur 2 – Analyseprocessen i syv trin	23
Figur 3 – Illustration af et transitionsforløb.....	29
Figur 4 – Illustration af forholdet mellem transitionsforløb og transitionsøjeblikke.....	32
Figur 5 – Screenshot fra narrativ A med farvekoder	33
Figur 6 – Illustration af et nøgleøjeblik	35
Figur 7 – Syntese: teoretiske perspektiver.....	42
Tabel 1 – Samlet oversigt over empiri	20
Tabel 2 – Udsnit fra narrativ A	28
Tabel 3 – Oversigt over tematiske fund i den tværgående analyse	38
Tabel 4 – Overblik: centrale temaer og fund	43

Oversigt over bilag:

Bilag 1 – Dokumentation af litteratursøgning	
Bilag 2 – Grafisk overblik over elementer i PPLM	
Bilag 3 – Autoetnografiske narrativer	
Bilag 4 – Billede af arbejdssetup	
Bilag 5 – Individuelle fund i narrativerne	
Bilag 6 – Farvekodede narrativer	
Bilag 7 – Umiddelbare temaer	
Bilag 8 – Tværgående analyse: Fuld ordlyd	

***"TRANSITIONS ARE A TIME OF DEEP UNCERTAINTY, WHEN WE MOST NEED A SENSE OF COMPETENCE. YET THESE ARE ALSO THE MOMENTS WHEN WE ARE MOST LIKELY TO BE CHALLENGED, WHEN OUR USUAL WAYS OF DOING THINGS ARE NO LONGER WORKING."
- WILLIAM BRIDGES***

***"VEJEN BLIVER TIL, MENS MAN GÅR DEN."
- (TILSKREVET FLERE, BL.A. SØREN KIERKEGAARD, MEN SANDSYNLIGVIS ET GAMMELT
ORDSPROG)***

1 Indledning

Jeg vidste ikke dengang, at det ville blive starten på denne undersøgelse. Men under en musikterapisession i min praktik på onkologiske sengeafsnit på Aalborg Universitetshospital blev det klart, at noget væsentligt var på spil – noget, jeg ikke havde styr på, som jeg måtte forstå nærmere for at blive en bedre musikterapeut.

Jeg sad på en stol overfor en kvinde i hendes seng med sin partner ved siden af. De ventede på svar fra en scanning om, hvorvidt kræften havde spredt sig. Med min guitar i hænderne spillede og sang jeg for dem. Tidligere i sessionen havde jeg spillet en sang, der udløste en intens følelsesmæssig reaktion. Parret var gået fra at sidde adskilt og rolige til at rykke helt tæt sammen, kærtegnende og opløst i tårer. Jeg forsøgte at værne om denne atmosfære ved at fortsætte musikken, holde fast i det rum, der var blevet skabt – en slags boble af fælles sorg og nærvær. Men efterhånden begyndte jeg at tvivle: Var det fortsat det, de havde brug for? Eller var jeg med til at fastholde en stemning, der måske skulle brydes? Jeg stod i et vadedsted: en overgang. Jeg vidste ikke, hvor vejen førte hen – mod noget nyt, eller var det blot en pause?

Jeg fik en fornemmelse af, at de måske havde brug for at sætte ord på, hvad der skete. Men hvordan skulle jeg facilitere det? Skulle musikken træde i baggrunden? Skulle jeg improvisere stille? Spille en ny sang? Holde en pause og lade stilheden åbne rummet for samtale? Eller burde jeg sige noget? Hvis ja, hvad – og hvornår? Jeg oplevede en ny tvivl: Havde de egentlig brug for at sige noget, eller var det mit eget behov? Havde jeg mistet fornemmelsen af min rolle – eller var det netop denne tvivl, der fortalte mig, at der var brug for noget nyt?

I løbet af min afsluttende praktik som musikterapeut på 9. semester – en periode, der indledtes med to ugers observation, blev efterfulgt af tre måneders fuldtidspraktik og byggede videre på erfaringer fra et kortere ophold på afdelingerne på 8. semester – opstod situationer lignende denne flere gange. Efterhånden som jeg blev opmærksom på udfordringerne i at navigere mellem forskellige interventioner i en session, begyndte jeg at reflektere nærmere over disse overgange mellem eksempelvis musik og samtale eller fra et fokus til et andet. Jeg tog det derefter op i supervision, hvor jeg fortalte supervisor om mine udfordringer med at skabe overgange i sessionerne, og jeg efterspurgte noget teori herom. Det fandt vi desværre ikke. I stedet opstod en række interessante spørgsmål: Hvad er det egentlig, der sker i de her overgange mellem interventioner? Hvilke faktorer er til stede, når den føles glidende og meningsfuld – og hvad sker der, når en overgang føles abrupt

eller uhensigtsmæssig? Hvordan kan vi som musikterapeuter udvikle vores opmærksomhed på disse processer og styrke vores evne til at navigere i overgangene med større bevidsthed og fleksibilitet?

1.1 Indledende teori og begrebsafklaring

For at etablere rammerne for undersøgelsen og dens problemformulering vil centrale begreber blive defineret, og den relevante kontekst for musikterapi i onkologien vil blive introduceret i det følgende.

1.1.1 Overgange

For at undersøge disse overgange nærmere er det relevant at se på begrebets definition og anvendelse i andre fagområder. Ifølge Den Danske Netordbog fra Center for Leksikografi betyder *overgang* en: “periode præget af forandring, fordi man bevæger sig fra ét plan til et andet eller fra én tilstand til en anden” (Ordbogen.com, u.å.-b).

Begrebet *overgang* (engelsk: *transition*) er desuden et veletableret begreb, der anvendes bredt inden for forskellige fagområder. Inden for udviklingspsykologi og sundhedsvidenskab beskriver det typisk større livsforandringer, såsom overgangen fra barn til voksen, fra arbejdsliv til pension, eller fra sygdom til helbredelse (fx Brammer, 1992; Eagers et al., 2022; Pagán & Loveland, 2025). Inden for sundhedssektoren bruges *overgang* også om patientforløb, for eksempel i betydningen *patientovergang*, der dækker over skift mellem behandlingsinstanser eller overgangen fra aktiv behandling til palliativ indsats (fx Coleman & Berenson, 2004; Søgaard & Sommer, 2015).

Overgange er imidlertid også til stede på et mere mikroskopisk niveau, for eksempel inden for en terapisesion. Når jeg som musikterapeut skifter fra én tilgang til en anden, justerer fokus i takt med nye behov, eller bevæger mig mellem forskellige stemninger, opstår der overgange. Disse overgange er ofte subtile og sker løbende i en session. De foregår ofte ubevidst eller implicit, men de kan have betydelig indflydelse på terapiforløbet.

Til trods for at disse overgange er en integreret del af (musik)terapeutisk praksis, har de tilsyneladende modtaget begrænset forskningsmæssig opmærksomhed. En grundig litteratursøgning (se bilag 1) afslørede ingen etableret begrebsramme for disse specifikke overgange i modsætning til de større, livsomvæltende overgange udenfor terapirummet, men som kan bearbejdes deri, der er velbeskrevet i litteraturen (fx Brammer, 1992; Eagers et al., 2022; Pagán & Loveland, 2025). Samtidig findes der omfattende litteratur om kritisk refleksion i psykoterapi (fx Dallos, 2009; Jacobsen, 2021; Johannsen & Nissen, 2013), men uden at det specifikt handler om overgange. Det

forekommer usandsynligt, at noget så grundlæggende som skift mellem interventioner i en terapeutisk setting endnu ikke er behandlet systematisk, men netop dette lægger op til en dybere undersøgelse.

For at adressere dette hul i forskningen foreslår jeg i dette speciale begrebet *interventionsovergange*. Dette begreb skal tjene som en betegnelse for de processer, handlinger og oplevelser, der er knyttet til skiftet fra én terapeutisk aktivitet, stemning eller fokus til et andet i løbet af en musikterapeutisk session. Det kan være skiftet fra musik til samtale, fra aktiv deltagelse til passiv lytning, eller fra én følelsesmæssig tilstand til en anden (uddybes i [afsnit 1.2.2](#)).

Selvom musikterapilitteraturen ikke eksplicit behandler interventionsovergange, findes der forskning i beslægtede felter, der antyder, at fleksibilitet i skift mellem interventioner er en væsentlig terapeutisk færdighed. I bogen *Clinical Epiphanies in Marital and Family Therapy* (Baptiste, 2002) forklares det i forbindelse med bearbejdningen af en case, hvordan terapeuter ofte må afvige fra en planlagt intervention og improvisere for at imødekomme klientens behov (Trepper, 2002, s. 220). En anden case fra samme bog, der beskriver den positive virkning af en uplanlagt intervention, illustrerer ligeledes pointen. Her understreges det, at dette ikke er et enkeltstående tilfælde, men en erfaring mange terapeuter deler (Leslie, 2002, s. 211).

Som en opsamling på dette, forstår jeg det sådan, at behovet for fleksibilitet (og improvisation) i interventionsovergange hverken er unikt for musikterapi eller for konteksten på et hospital. Terapeuter på tværs af modaliteter oplever, at de må tilpasse deres tilgang i takt med sessionens udvikling. Det er sandsynligt, at dette også gør sig gældende inden for musikterapi, selvom det ikke er eksplicit beskrevet i litteraturen. Det lader dog til, at disse kompetencer primært eksisterer som tavs viden: Mange terapeuter håndterer sikkert interventionsovergange intuitivt og tilpasser dem fleksibelt til en given situation, men uden nødvendigvis at reflektere bevidst over de mekanismer, der er på spil.

Men netop fordi denne viden er tavs, er den vanskelig at dele, formidle og udvikle systematisk. Derfor oplevede jeg, baseret på mine oplevelser i praktikken, et behov for en mere fokuseret undersøgelse af selve overgangene mellem interventioner. Disse interventionsovergange er måske særligt tydelige netop i musikterapi, hvor der ofte veksles mellem forskellige teknikker og interventioner som eksempelvis aktiv musikudøvelse, musiklytning og samtale. På baggrund af den udbredte, men tilsyneladende underbelyste, erfaring med relevansen af disse interventionsovergange, er formålet med dette speciale at undersøge fænomenet nærmere ud fra

mine egne erfaringer. Mit håb er derigennem at kunne opnå en klarere forståelse, samt at bidrage til udviklingen af et sprog til nærmere beskrivelse af det. Denne øgede forståelse og muligheden for at formidle den, vil forhåbentlig kunne give anledning til øget faglig bevidsthed og refleksion, og dermed potentielt bidrage til at udvikle og forbedre musikterapeutisk praksis.

1.1.2 Musikterapi i onkologisk og palliativ kontekst

For bedre at forstå rammen for undersøgelsens fokus på interventionsovergange, introduceres her kort musikterapi som fagområde og dets anvendelse i den specifikke kliniske kontekst.

1.1.2.1 *Hvad er musikterapi*

Dansk Musikterapeutforening (DMTF) definerer musikterapi som:

en videnskabeligt funderet behandlingsform som tager udgangspunkt i musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation. Musikken anvendes i en proces der har til hensigt at støtte og fremme fx kommunikation, personlig udvikling, dannelse af relationer, læring, genoptræning, fysisk stimulation, afspænding - samt følelsesmæssige oplevelser, udtryk og erkendelser. (2016, s. 2)

Musikterapeutisk praksis omfatter en bred vifte af metoder og musikalske aktiviteter. Overordnet skelnes der ofte mellem receptive metoder (hvor klienten primært lytter til musik, eksempelvis under afspænding eller guidning), og aktive metoder (hvor klienten selv er med til at skabe musik, eksempelvis gennem sang, instrumental improvisation eller sammenspil) (se fx Bonde, 2014; Pedersen et al., 2014). Valget af metode og specifikke interventioner tilpasses altid den enkelte klients behov, mål og ressourcer, og det kræver ingen særlige musikalske forudsætninger hos klienten at deltage (DMTF, u.å.). Grundet sin brede anvendelighed benyttes musikterapi i dag på tværs af sundhedsvæsenet (både i somatik og psykiatri), det pædagogiske felt og socialområdet med mange forskellige målgrupper og i alle aldersgrupper (DMTF, u.å.). Uddannelsen i Danmark er en kandidatgrad fra Aalborg Universitet (DMTF, u.å.).

1.1.2.2 *Musikterapi i hospitalsregi: onkologisk og palliativ kontekst*

Ifølge musikterapeut Stephan Skov (2024) arbejdes der på somatiske hospitaler på at sikre, at musikterapi anerkendes som en relevant sundhedsintervention på linje med andre faggrupper, ikke blot som underholdning. Til at illustrere musikterapipraksis i hospitalsregi på forskellige niveauer præsenterer han en model med fire *interventionszoner*; (1) *intimsfæren* (med en-til-en sessioner), (2) *socialsfæren* (fx med både patient og pårørende), (3) *det lille miljø* (fx på gangarealer eller i

venteområder), og (4) *det store miljø* (offentlige rum som ved hovedindgangen eller kantinen). Ifølge Skov mindskes den terapeutiske dybde, efterhånden som synligheden øges. Han peger desuden på at musikterapeuter ofte indgår i tværfagligt samarbejde med læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og psykologer, hvor en fælles forståelse af musikkens terapeutiske potentiale er essentiel for gode henvisninger og integrering (Skov, 2024), hvilket bakkes op af DMTF (u.å.).

Kræftsygdom og behandlingen heraf medfører ofte omfattende fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle udfordringer for patienter og pårørende (Jensen & Hald, 2021; Neergaard, 2024). Denne komplekse situation, ofte beskrevet som *den totale smerte* (Neergaard, 2024; Saunders et al., 1995), gør onkologi og palliation til centrale områder for musikterapeutisk intervention og forskning (DMTF, 2016; Skov, 2024). Behovet for lindring af både sygdoms- og behandlingsrelaterede symptomer er stort (Bradt et al., 2021; Jensen & Hald, 2021).

Musikterapiens overordnede mål i onkologi og palliation er at forbedre livskvaliteten og lindre den mangesidede lidelse, patienter kan opleve. Dette inkluderer specifikt sigtet mod at reducere psykologisk stress som angst og depression, samt fysiske symptomer som smerte og træthed (Bradt et al., 2021; DMTF, 2016; Kræftens Bekæmpelse, 2020; Skov, 2024). Musikken anvendes også til at facilitere kommunikation, styrke relationer mellem patient og pårørende, understøtte identitet og mestring, samt adressere eksistentielle og spirituelle behov og lidelser (DMTF, u.å.; Skov, 2024). De biologiske mekanismer bag musikkens virkning på eksempelvis stress og smerte er et aktivt forskningsområde (Theorell, 2018).

Musikterapeutiske metoder i denne kontekst er alsidige og tilpasses den enkelte patients behov og situation. De kan inkludere aktiv musikudøvelse som improvisation og sangskrivning, brug af kendte sange, sammenspil, samt receptive metoder som musiklytning og musikbaseret afspænding/visualisering (Bonde, 2014; Skov, 2024).

Et scoping review af musikterapeutiske interventioner med brug af livemusik på kræft- og palliativafsnit viser, at tilgangen Patient-Preferred Live Music (PPLM) er brugt i stort omfang (Nielsen, 2024). Grundlæggende indebærer PPLM, at en musikterapeut spiller livemusik ud fra patientens præferencer (Silverman et al., 2016). PPLM er kendetegnet ved stor fleksibilitet, patientcentrering og en løbende musikalsk tilpasning, hvor den terapeutiske relation er central og rummer i sig selv en hel række interventionsmuligheder (Nielsen, 2024) (se bilag 2 for grafisk overblik).

Det giver mening at skelne mellem musikterapi, som involverer en uddannet terapeut og en terapeutisk proces, og musikmedicin, som typisk er passiv lytning til præ-indspillet musik administreret af sundhedspersonale (Bradt et al., 2021; Kræftens Bekæmpelse, 2020). Forskningen indikerer ifølge et Cochrane review af Bradt et al. positive effekter på blandt andet angst, smerte og træthed hos voksne kræftpatienter (2021). Interventioner med uddannede musikterapeuter (musikterapi) viser mest konsistente resultater og, modsat musikmedicin, effekt på livskvalitet og træthed. Selvom mere forskning af høj kvalitet er nødvendig, understøtter dette musikterapiens potentiale i onkologi og palliation (Bradt et al., 2021).

Den specifikke kontekst på Aalborg Universitetshospital, patientgruppen dér, og min konkrete rolle og tilgang uddybes i metodekapitlet ([afsnit 2.7](#)).

1.2 Begrebsafklaring

For at kunne undersøge og diskutere interventionsovergange er det imidlertid nødvendigt først at definere de centrale begreber.

1.2.1 Intervention

Ifølge Nudansk Ordbog med etymologi fra Politikens Forlag betyder ordet *intervention*: “det at gribe ind i en sag el. et forløb for at hindre en uhensigtsmæssig udvikling” (Ordbogen.com, u.å.-a). I musikterapeutisk kontekst har jeg ikke fundet en entydig definition af intervention som et selvstændigt begreb. Jeg tager derfor udgangspunkt i professor emeritus i musikterapi Kenneth Bruscias bog *Defining Music Therapy* (2014). Selvom Bruscia (2014) ikke eksplicit definerer *intervention*, uddyber han dets betydning i forhold til hans definition af musikterapi.

Med udgangspunkt i Bruscias definition af musikterapi og uddybning af interventionens betydning (2014, s. xxii-xxiii) kan en musikterapeutisk intervention defineres som værende:

En bevidst, målrettet og fagligt begrundet terapeutisk tilpasning eller ændring af et eller flere elementer foretaget af musikterapeuten inden for rammerne af en terapeutisk relation, med det formål at fremme klientens sundhed og skabe positive forandringer.

Denne definition understreger, at en intervention ikke er en hvilken som helst handling, men en intentionel handling, der er forankret i en faglig vurdering og rettet mod et terapeutisk mål.

Definitionen levner også plads til, at interventioner kan have forskellig karakter og kan omfatte

både små justeringer og større skift i en terapeutisk kontekst. Det kan eksempelvis være en tilpasning eller ændring i den musikalske aktivitet, samtalen, relationen eller det overordnede fokus.

Intervention er altså en bred betegnelse, hvilket kan virke uspecifikt. Det er dog helt bevidst, da fokus ikke skal være på hvilke interventioner, der er tale om, men på hvordan bevægelsen fra den ene til den anden kan se ud, og hvad der kan påvirke denne overgang – altså et fokus på processen.

1.2.2 Interventionsovergange

Interventionsovergange er det begreb, jeg i dette speciale anvender om de skift, der sker i en musikterapi-session, når terapeuten bevæger sig fra én intervention til en anden. En interventionsovergang hænger altså sammen med terapeutens vurdering af, at der er behov for en ændring i den terapeutiske proces. Selvom musikterapeutiske interventioner ofte er bevidste og målrettede, behøver overgangen mellem dem dog ikke nødvendigvis være det.

Det er værd at bemærke, at jeg har valgt at bruge ordet 'overgang' frem for 'skift'. Et 'skift' lyder i min optik lidt mere abruptt og umiddelbart, mens en 'overgang' signalerer en proces, der kan strække sig over tid og rumme en større kompleksitet. Overgange kan stadig være hurtige og intense, og de synes samtidig at kunne indeholde mere intention og bevidsthed, hvilket er noget af det, jeg håber på at kunne opnå omkring fænomenet. Hvilke former interventionsovergange kan antage, hvad der kendetegner dem, hvad der påvirker dem, og hvilke udfordringer og muligheder, der er forbundet med dem, er imidlertid nogle af de spørgsmål jeg kommer til at udforske nærmere gennem specialet.

1.3 Formål

Med udgangspunkt i de foregående afsnits pointer om interventionsoverganges betydning og den manglende systematiske opmærksomhed på fænomenet i den musikterapeutiske litteratur er formålet med dette speciale at undersøge, hvordan interventionsovergange udspiller sig i, hvad jeg her vælger at betegne som korte, intensive forløb (uddybes i [afsnit 2.7.2](#)) på onkologiske sengeafsnit.

Konkret vil jeg udforme og analysere narrativer ud fra mine egne praksisnoter fra praktikforløbet på Aalborg Universitetshospital. Gennem dette arbejde vil jeg fokusere på at identificere mønstre i, hvordan interventionsovergange opstår, udvikler sig og håndteres, og på at afdække, hvilke faktorer der påvirker dem, og hvordan jeg kan opnå en dybere forståelse af dem. Til dette anvendes en autoetnografisk metode (uddybes i [afsnit 2.1](#)), som jeg vurderer særligt egnet til at få adgang til de

intuitive processer og den tavse viden, der knytter sig til den praksisnære håndtering af interventionsovergange (se [afsnit 2.3](#)).

Målet med undersøgelsen er ikke at finde frem til en 'korrekt' måde at håndtere interventionsovergange på, men snarere at bidrage til en øget bevidsthed om fænomenet, der kan bidrage til yderligere faglig refleksion og diskussion. Ved at udforske interventionsovergange fra et praksisnært, autoetnografisk perspektiv håber jeg at kunne bidrage med nuanceret viden, der kan inspirere musikterapeuter og musikterapistuderende til at reflektere over deres egen praksis og udvikle deres kompetencer inden for dette, tilsyneladende, oversete område. Derudover er hensigten at bidrage til udviklingen af et sprogbrug til at beskrive interventionsovergange.

1.4 Problemformulering

Mit speciale udspringer således af en personlig undren og faglig nysgerrighed og har til formål at undersøge:

Hovedspørgsmål:

Hvordan kan fænomenet interventionsovergange forstås i en musikterapeutisk kontekst, baseret på en autoetnografisk undersøgelse af praksiserfaringer i korte, intensive forløb i hospitalsregi?

Underspørgsmål:

1. Hvilke interventionsovergange kan identificeres ud fra udvalgte praksisnoter og autoetnografiske narrativer, og hvad kendetegner dem?
2. Hvilke faktorer påvirker interventionsovergange?
3. Hvilke udfordringer og terapeutiske overvejelser opstår i forbindelse med interventionsovergange?
4. Hvordan kan udvalgt eksisterende litteratur belyse og nuancere forståelsen af interventionsovergange?

1.5 Læsevejledning

For at give læseren et overblik over specialets opbygning følger her en kort gennemgang af de enkelte kapitler samt en grafisk oversigt (figur 1):

I kapitel 1 introduceres undersøgelsens problemstilling og formål, hvorefter metodekapitlet ([kapitel 2](#)) redegør for den valgte forskningsmetode, dataindsamling og analysestrategi. I analysen ([kapitel 3](#)) udvælges og undersøges empirien med fokus på at identificere mønstre og karakteristika ved interventionsovergange i musikterapi. Med afsæt i analysen præsenteres relevante teoretiske perspektiver i [kapitel 4](#), der danner grundlag for den efterfølgende diskussion. I [kapitel 5](#) diskuteres og perspektiveres fundene i lyset af teorien, efterfulgt af opsamlende metodiske og personlige refleksioner. Afslutningsvis sammenfattes hovedresultater i en konklusion ([kapitel 6](#)).

<i>Kapitel 1</i>	<i>Kapitel 2</i>	<i>Kapitel 3</i>	<i>Kapitel 4</i>	<i>Kapitel 5</i>	<i>Kapitel 6</i>
Indledning	Metode	Analyse	Teori	Diskussion	Konklusion

Figur 1 – Undersøgelsens overordnede struktur

Dette speciale er således struktureret, så analysen præsenteres før teorikapitlet. Dette er et bevidst valg og afspejler en eksplorativ og induktiv tilgang, hvor teorien ikke er fastlagt på forhånd, men inddrages efter analysen for at sætte fundene i en bredere faglig kontekst (se [afsnit 2.1](#)).

I undersøgelsen anvendes både danske og engelske kilder. Citater og fagterminologi fra engelske kilder er oversat til dansk med fokus på at bevare den oprindelige betydning og kontekst. For at sikre klarhed og undgå misforståelser vil det oprindelige engelske udtryk blive angivet i parentes, hvis en direkte oversættelse er vanskelig. Medmindre andet er angivet, er oversættelserne mine egne.

2 Metode

I dette kapitel beskrives og begrundes de metodiske valg, der er truffet i forbindelse med udarbejdelsen af denne undersøgelse. Kapitlet er struktureret som følger:

Først præsenteres det videnskabsteoretiske grundlag ([afsnit 2.1](#)) og det overordnede forskningsdesign ([afsnit 2.2](#)). Dernæst redegøres der for den valgte autoetnografiske tilgang ([afsnit 2.3](#)) og den anvendte analysemetode, tematisk analyse ([afsnit 2.4](#)). Herefter følger kritiske refleksioner over metodevalg og troværdighed ([afsnit 2.5](#)) samt etiske overvejelser ([afsnit 2.6](#)). Kapitlet afrundes med en præsentation af undersøgelsens empiriske grundlag, herunder den kliniske kontekst, datagenerering og det specifikke datamateriale ([afsnit 2.7](#)), som danner basis for og leder videre til analysen i det efterfølgende kapitel.

Både dette kapitel og det samlede speciale er i høj grad struktureret med inspiration fra Vibeke Ankersborg (2024), som er specialeskrivnings- og -vejledningsforsker samt underviser i videnskabsteori og metode ved danske universiteter. I mine metodiske overvejelser har jeg desuden trukket på en række andre kilder. Heriblandt Robson & McCartan (2016), der dækker et bredt spektrum af forskningsmetoder med en klar og forståelig fremstilling, Guldager (2015), som formår en fremragende gennemgang af nogle af de mest essentielle videnskabsteoretiske positioner på en tilgængelig måde, samt Braun & Clarke (2022) med deres dybdegående guide til tematisk analyse og forskningsprocessen.

2.1 Videnskabsteoretisk grundlag og tilgang

Som mit videnskabsteoretiske ståsted har jeg valgt at kombinere to videnskabsteoretiske traditioner: *kritisk realisme* og *fænomenologi*, suppleret med *autoetnografi* som tilgang. Disse perspektiver danner tilsammen afsæt for en *induktiv, kvalitativ og eksplorativ* tilgang til undersøgelsen af interventionsovergange i musikterapi. Herefter redegøres for de centrale elementer i disse positioner og tilgange.

Ifølge den engelske sociolog og fremtrædende kritiske realist Andrew Sayer (2000) er kritisk realisme en videnskabsfilosofi, der anerkender eksistensen af en virkelighed, der eksisterer uafhængigt af menneskelig erkendelse af den. Denne virkelighed forstås dog som værende kompleks, og videnskabelig forskning må tage udgangspunkt i, at virkeligheden er niveauopdelt (Guldager, 2015). Roy Bhaskar (1975, her efter Sayer, 2000), en central skikkelse inden for kritisk

realisme, skelner mellem tre ontologiske domæner: det empiriske (det observerbare), det faktiske (konkrete begivenheder) og det reelle (underliggende *generative mekanismer*).

Selvom en objektiv virkelighed eksisterer, er vores adgang til denne virkelighed dog altid medieret og fortolket gennem vores begreber, teorier, forforståelser og erfaringer (Sayer, 2000).

Videnskabelig erkendelse handler derfor i kritisk realisme om at afdække de reelle mekanismer, altså det der ligger bag de observerbare fænomener, og producerer eller frembringer en virkning (fænomenet) (Guldager, 2015). Ifølge Guldager er det samtidig væsentligt, at en given erkendelse altid er afhængig af en kontekst, ikke kun af mønstre, regelmæssigheder og generative mekanismer, og dermed vil vores viden altid være fejlbarlig (2015).

Fænomenologien, som beskrevet af Guldager (2015) og Robson & McCartan (2016), bidrager med et fokus på den levede, umiddelbare erfaring – menneskets *subjektive livsverden*. Fænomenologien undersøger, hvordan fænomener viser sig for mennesket, og hvordan individet, gennem sine intentioner, erfarer og skaber mening i sin livsverden. Subjektivitet er et nøglebegreb; mennesket betragtes som et aktivt handlende subjekt, der forholder sig til verden (Guldager, 2015). Forskerens egne forforståelser og antagelser anses ikke som noget, der skal sættes i parentes, men som en integreret del af forskningsprocessen, der skal ekspliciteres og integreres (Robson & McCartan, 2016). Målet er at opnå større forståelse af hverdagserfaringer og at kunne formidle betydninger, der ikke altid er umiddelbart synlige. Fænomenologiske undersøgelser stræber ifølge Guldager (2015), trods det subjektive udgangspunkt, efter gennemsigtighed og metodisk stringens, ligesom oplevelsen altid betragtes som kontekstafhængig.

I forlængelse af fænomenologiens fokus på levet erfaring introduceres autoetnografien, der fokuserer på forskerens egen oplevelse. Autoetnografi er en kvalitativ tilgang, der kombinerer selvbiografi og etnografi (Ellis et al., 2011), hvor forskeren systematisk analyserer egne oplevelser (auto) for at forstå kulturelle fænomener (etno) gennem en videnskabelig proces (grafi) (Baarts, 2020; Ellis et al., 2011). I modsætning til rent selvbiografiske genrer kræver autoetnografi et analytisk lag, hvor personlige erfaringer fortolkes for at afdække bredere mønstre og betydninger (Chang, 2016). Tilgangen opstod i 1980'erne som en reaktion på traditionel etnografis fokus på 'det fremmede', inspireret af postmodernistisk kritik af objektivitet og et ønske om større etisk ansvarlighed (Ellis et al., 2011). I autoetnografi er forskeren både subjekt og objekt (Baarts, 2020), og personlige erfaringer udgør datamaterialet. Målet er derfor ikke at opnå en neutral, objektiv sandhed, men en tydelighed omkring forskerens subjektive position. Autoetnografi er både proces

og produkt, hvor analyse og empiriudvikling, ofte i form af narrativer, sker sideløbende (Ellis et al., 2011).

Inden for rammerne af kritisk realisme, fænomenologi og autoetnografi kan undersøgelsens tilgang yderligere specificeres som kvalitativ, eksplorativ og induktiv. Kvalitativ forskning fokuserer på at forstå meninger, oplevelser, processer og kontekster i dybden, snarere end at måle, generalisere eller fastslå universelle sandheder (Braun & Clarke, 2022). Forskeren anerkendes som en subjektiv fortolker af mening, og dataanalysen fokuserer typisk på tekst og mening, snarere end tal og variabler (Braun & Clarke, 2022). Eksplorativ forskning anvendes, når et fænomen er nyt, komplekst eller utilstrækkeligt beskrevet, og man ikke ved præcist, hvad man søger efter (Ridder & Bonde, 2014). En induktiv tilgang tager udgangspunkt i praksis, hvorfra der gradvist udvikles teoretiske idéer og begreber (Robson & McCartan, 2016), hvorfor teori typisk inddrages efter analysen for at fortolke og diskutere fund (Ankersborg, 2024). Da eksplorative og induktive tilgange tager udgangspunkt i et åbent og undersøgende forhold til data, er det ofte nødvendigt med et fleksibelt design, der tillader justeringer undervejs i processen (Robson & McCartan, 2016).

På baggrund heraf præsenterer jeg de metodiske valg i de følgende afsnit.

2.2 Videnskabsteori, tilgang og design i denne undersøgelse

Kombinationen af kritisk realisme, fænomenologi og autoetnografi danner fundamentet for mit arbejde. Det kritisk realistiske perspektiv betyder, at jeg søger efter de underliggende mekanismer, der former interventionsovergange, samtidig med at jeg anerkender, at min adgang til virkeligheden er påvirket af mine egne forforståelser. Det fænomenologiske og autoetnografiske fokus på den levede, subjektive erfaring betyder, at mine egne oplevelser som musikterapistuderende udgør det primære datamateriale.

Jeg har derfor valgt en kvalitativ tilgang, da mit formål er at opnå en dybdegående forståelse af interventionsovergange, som de udspiller sig i konkrete, komplekse situationer, og at undersøge de processer og dynamikker, der knytter sig til dem. Undersøgelsen er eksplorativ, da fænomenet, så vidt jeg ved, endnu ikke er systematisk beskrevet. Jeg har valgt en induktiv slutningsmetode, hvor analysen tager udgangspunkt i mine konkrete praksiserfaringer, og hvor teoretiske perspektiver først inddrages efterfølgende. Denne tilgang er valgt for at sikre, at teorivalget er forankret i min empiri. I tråd med dette har jeg arbejdet med et fleksibelt design. Det betyder, at jeg løbende har kunnet justere min tilgang til analysen og min analysemetode, efterhånden som jeg fik dybere indsigt i

materialet – for eksempel blev fokus i analysen udvidet fra at omfatte enkelte hændelser til at inkludere hele sessionsforløb, ligesom der opstod nye begreber til at beskrive fænomenet (se [kapitel 3](#)).

2.3 Autoetnografi

For at få adgang til både de generative mekanismer og den subjektive livsverden, anvender jeg autoetnografi som metode til at undersøge fænomenet interventionsovergange i musikterapeutisk praksis i hospitalsregi. Auto-delen er tydelig, da jeg analyserer mine egne erfaringer som musikterapeut i korte, intensive forløb (uddybes i [afsnit 2.7.2](#)) på et hospital. Etno-delen er uadskillelig fra mine erfaringer, da de kun kan forstås i hospitalskonteksten, og jeg er orienteret mod et specifikt fænomen. Grafi-delen udtrykkes gennem systematisk analyse, teoretiske perspektiver og kritisk refleksion (se nærmere i [afsnit 2.5](#)).

Denne tilgang giver mulighed for at inddrage tavs viden og intuitive processer (jf. [afsnit 1.1.1](#)), som er vanskelige at undersøge med mere traditionelle, distancerende metoder. Jeg er bevidst om min dobbeltrolle som både subjekt (den, der oplever) og objekt (den, der analyserer) i undersøgelsen. Mine personlige erfaringer, følelser og reaktioner udgør en del af datamaterialet. Målet er ikke at opnå objektivitet, men at gøre min egen indflydelse på forskningen så eksplicit som muligt.

Som både musikterapistuderende og forsker har jeg en unik adgang til insider-viden og en dyb forståelse af den kontekst, undersøgelsen foregår i. Denne forforståelse er først og fremmest en ressource, men også en potentiel faldgrube. Derfor har jeg i hele processen bestræbt mig på at være systematisk i min dataindsamling og analyse, og reflektiv i forhold til min egen rolle og påvirkning (uddybes i [afsnit 2.5](#)).

I dette speciale anvendes narrativer som et centralt redskab til at strukturere, analysere og formidle mine erfaringer. Gennem narrativerne kan jeg i jeg-form formidle mine oplevelser, tanker og følelser i og efter konkrete situationer fra min praksis. Narrativerne opdeles med inspiration fra Andersen (2018) i forskellige perspektiver, henholdsvis etnografisk beskrivelse, autografisk beskrivelse, forforståelse samt efterfølgende refleksion. Det giver læseren et detaljeret indblik i, hvordan interventionsovergange kan opleves i en musikterapeutisk kontekst.

Den konkrete proces med at omdanne udvalgte praksisnoter til narrativer beskrives nærmere i analysen ([afsnit 3.3](#) og [afsnit 3.4](#)).

2.4 Tematisk analyse

Til analysen af datamaterialet har jeg valgt at benytte tematisk analyse (TA), inspireret af Virginia Braun og Victoria Clarke (2006, 2022). Tematisk analyse er valgt som metode, da den tilbyder en fleksibel og systematisk tilgang til at identificere, analysere og fortolke meningsmønstre (temaer) på tværs af et kvalitativt datasæt (Braun & Clarke, 2022). Metoden er ifølge Braun & Clarke særligt velegnet til at undersøge oplevelser, processer og deres betydning, hvilket gør den relevant for denne undersøgelse af interventionsovergange.

I overensstemmelse med undersøgelsens kritisk realistiske grundlag anvendes tematisk analyse med det formål at bevæge sig ud over den umiddelbare beskrivelse af oplevelser. Analysen sigter mod at identificere temaer, der kan fungere som indikationer på de underliggende, generative mekanismer, der potentielt former og påvirker interventionsovergange i den konkrete kontekst (jf. [afsnit 2.1](#)).

Braun og Clarke (2022) beskriver tematisk analyse som en aktiv og fortolkende proces, hvor temaer ikke bare opstår i data af sig selv, men som noget, forskeren aktivt konstruerer gennem engagement med og fortolkning af materialet. Dette er i tråd med undersøgelsens fænomenologiske og autoetnografiske elementer, der anerkender forskerens subjektivitet og fortolkningsrolle (jf. [afsnit 2.1](#) og [afsnit 2.3](#)). Metoden kan desuden tilpasses forskelligt datamateriale, herunder analyse af narrativer (Braun et al., 2022).

Selvom Braun og Clarke (2006) oprindeligt introducerede en sekstrins-guide til tematisk analyse, fremhæver de selv senere (Braun & Clarke, 2022), at det bør ses som vejledende og ikke bare en procedure, der skal følges slavisk. Flexibiliteten i tilgangen tillader derfor en proces, der passer til det specifikke datasæt og forskningsspørgsmål. Den konkrete, iterative proces, hvormed jeg har arbejdet med data – fra den indledende kodning af praksisnoter til udviklingen af de endelige temaer og undertemaer – vil blive detaljeret beskrevet i analysekapitlet ([kapitel 3](#)). Selvom tematisk analyse er en fleksibel metode, er den ikke uden udfordringer. Disse udfordringer adresseres kort i næste afsnit.

2.5 Kritik og troværdighed

De valgte metoder indebærer en række potentielle udfordringer, som det er vigtigt at forholde sig til for at sikre undersøgelsens troværdighed. For tematisk analyse omhandler disse udfordringer blandt andet forskerens rolle i fortolkningen af data, risikoen for overfladisk analyse, spørgsmålet om teoretisk forankring (Braun & Clarke, 2006, 2022), samt variation i anvendelsen af metoden

(Remmen, 2024). I et nyere interview uddyber Braun og Clarke (Braun et al., 2022) desuden en række misforståelser og faldgruber ved tematisk analyse, herunder en tendens til at anvende metoden på en for mekanisk måde samt manglende refleksivitet over forskerens egen rolle. Ligeledes er autoetnografi som metode blevet kritiseret for at være for subjektiv, selvcentreret og utilstrækkeligt stringent, med kritikpunkter som bias, manglende feltarbejde og generaliserbarhed (Baarts, 2020; Ellis et al., 2011).

For at imødegå disse potentielle metodiske udfordringer har jeg i denne undersøgelse bestræbt mig på en tilgang baseret på systematik, refleksivitet og transparens. Dette er i tråd med Baarts' (2020) anbefaling om at finde en balance mellem "en insiders passionerede perspektiv og en udenforståendes distancerede blik" (s. 213) gennem netop systematisk og refleksiv praksis. Tilgangen er desuden dybt inspireret af Stige et al.'s (2009) opgør med rigide evalueringskriterier til fordel for en reflekteret dialog om forskningsprocessen. Deres foreslåede evalueringsdagsorden, 'EPICURE', tilbyder en praktisk ramme for en sådan dialog ved at samle centrale temaer for både selve processen (EPIC: Engagement, Processing, Interpretation, Critique) og dens kontekst (CURE: Critique, Usefulness, Relevance, Ethics) (Stige et al., 2009, s. 1507).

I praksis betyder det, at jeg i dette speciale bevidst fravælger at samle alle metodiske kritikpunkter og refleksioner i et isoleret, afsluttende diskussionsafsnit. I stedet integreres den kritiske refleksivitet løbende, der hvor den er mest relevant: i begrundelsen for studiets design (i dette kapitel), i de udtalt forskellige roller og den transparente beskrivelse af konkrete udfordringer og justeringer gennem analyseprocessen ([kapitel 3](#)), og i en nuanceret diskussion af fundenes rækkevidde og begrænsninger ([kapitel 5](#)). Overvejelser vedrørende eksempelvis bias og forskerrolle (Critique), datamaterialets art og begrænsninger (Processing), teorivalgets implikationer (Interpretation, Relevance) samt etiske aspekter (Ethics) integreres således løbende. Kvalitet og troværdighed søges demonstreret gennem denne vedvarende refleksion og den systematiske, gennemsigtige fremstilling af hele forskningsprocessen, frem for gennem en afsluttende 'tjekliste'.

Mens refleksionen således er integreret, vil jeg dog i den afsluttende diskussion ([afsnit 5.3](#)) foretage en opsamlende vurdering af de væsentligste metodiske styrker, udfordringer og begrænsninger specifikt knyttet til design samt anvendelsen af tematisk analyse og autoetnografi i netop dette studie. Et centralt og afgørende aspekt af den samlede vurdering af et forskningsprojekts kvalitet og ansvarlighed er de etiske overvejelser, hvilket behandles i det følgende afsnit.

2.6 Ethiske overvejelser

Da denne undersøgelse bygger på mine erfaringer som musikterapistuderende i praktik på et onkologisk sengeafsnit og dermed indirekte berører andre menneskers livssituation, er de følgende etiske overvejelser baseret på de etiske principper udgivet af Dansk Musikterapeutforening (2016).

For at beskytte patienternes privatliv er alle data anonymiseret. Navne, alder, og specifikke diagnoser blev ændret allerede i udformningen af mine praksisnoter. I produktionen af narrativer er andre potentielt personhenførbare oplysninger desuden blevet slettet eller omhyggeligt omskrevet, så ingen patienter kan genkendes, og med henblik på at værne om patienternes situation.

Jeg har ikke indhentet informeret samtykke fra patienterne. Da undersøgelsen ikke var planlagt, da jeg var i praktik, og mit fokus var på det terapeutiske arbejde, var det først efterfølgende, at jeg besluttede at bruge mine erfaringer til at undersøge interventionsovergange. Jeg er bevidst om, at dette rejser et etisk dilemma. Med et konsekvent fokus på de terapeutiske processer frem for personlige historier, er målet med dette arbejde at bidrage til faglig udvikling, hvilket er sket med respekt for de involverede samt løbende sparring fra min specialevejleder.

Alle noter er blevet opbevaret forsvarligt, og adgangen til materialet har været begrænset.

2.7 Empiri

I dette afsnit beskrives rammerne for specialets empiri. Først præsenteres den kliniske kontekst, hvor dataindsamlingen fandt sted ([afsnit 2.7.1](#)). Dernæst uddybes min rolle som forsker og den musikterapeutiske tilgang, der formede interventionerne og dermed data ([afsnit 2.7.2](#)).

Afslutningsvis redegøres der for selve datagenereringen og det samlede datasæt, der danner grundlag for analysen ([afsnit 2.7.3](#)). Data er indsamlet direkte fra den kliniske praksis under min praktikperiode, hvor den løbende dokumentation af det terapeutiske arbejde udgør datagrundlaget.

2.7.1 Klinisk kontekst: Onkologiske sengeafsnit på AAUH

Specialets empiri er indsamlet på to onkologiske sengeafsnit på Aalborg Universitetshospital (AAUH). Patienterne her er indlagt grundet uønskede symptomer og bivirkninger i forbindelse med deres kræftsygdomsforløb. De har derfor behov for lindring af fysiske symptomer såvel som følelsesmæssig og eksistentiel støtte. Aldersgruppen er voksne (18+), og patienterne repræsenterer et bredt spektrum af kræftsygdomme og befinder sig på forskellige stadier af deres forløb. Nogle er i aktiv behandling med kurativt eller livsforlængende sigte (fx kemoterapi, immunterapi, stråleterapi), mens andre modtager lindrende behandling eller er i *kærlig pleje*. Kærlig pleje er et

lokalt hverdagsbegreb på afdelingerne der anvendes om støtte til patienter og pårørende, når medicinsk behandling ikke længere er en mulighed eller fravælges (Region Nordjylland, 2024). Det kan sammenlignes med palliativ pleje, men anvendes for ikke at skabe forventninger om en specialiseret indsats. Patienter kommer også til kærlig pleje fra andre afdelinger, når der ikke er ressourcer til dem på deres oprindelige afdeling. Patientgruppen er således kendetegnet ved komplekse og ofte akut opståede behov, som kan variere betydeligt fra dag til dag og fra patient til patient. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingerne er kort, omkring fire dage, hvilket stiller særlige krav til den terapeutiske indsats.

2.7.2 Forskerrolle og musikterapeutisk tilgang

I praktikken oplevede jeg at musikterapi på sengeafsnit inden for kræft- og palliativbehandling ofte er kendetegnet ved forløb, der er både korte og intensive. Grundet den korte gennemsnitlige indlæggelsestid består et 'forløb' ofte kun af 1-3 sessioner per patient. Hverdagen er præget af høj uforudsigelighed; patientens tilstand og behov kan ændre sig hurtigt, og der er ofte begrænset forhåndsviden om patienten før første møde. Dette kræver en høj grad af fleksibilitet, omstillingsevne og evne til at improvisere som terapeut. For at tydeliggøre disse særlige vilkår anvendes i dette speciale betegnelsen *korte, intensive forløb* om denne praksisform, som det også fremgår af indledningen ([afsnit 1.3](#) og [afsnit 1.4](#)).

Empirien er indsamlet under min kliniske praktik som musikterapistuderende på 9. semester. Min funktion var primært at tilbyde musikterapi til patienterne som en del af det tværfaglige tilbud. Dataindsamlingen foregik gennem dokumentation som en integreret del af den kliniske praksis.

Min overordnede tilgang i praktikken tog afsæt i en psykodynamisk ramme, som den introduceres på musikterapiuddannelsen ved Aalborg Universitet (se fx Pedersen, 2014; Pedersen et al., 2023). Denne ramme udfoldede sig i praksis gennem en humanistisk tænkning og holdning (Fafner, 2024), hvor mit fokus var på at skabe et trygt, anerkendende og nærværende rum for patienterne og eventuelle pårørende. Mit mål var, i tråd med de korte, intensive forløbs vilkår, først og fremmest at møde det enkelte menneskes umiddelbare bio-psyko-sociale eller eksistentielle/åndelige behov, der måtte være til stede hos patienten eller efterhånden opstå, frem for nødvendigvis at nå i dybden.

Musikken var for mig det primære terapeutiske redskab. Jeg arbejdede ofte ud fra *Patient Preferred Live Music* (PPLM) (Silverman et al., 2016), hvor patientens musikalske præferencer og ønsker dannede udgangspunktet. Helt konkret startede en session ofte ved, at jeg gik ind på en patientstue med min guitar i hånden og forsigtigt tilbød at spille noget musik. Jeg spurgte ind til patientens

musikalske præferencer og forsøgte at imødekomme dem. Det kunne være alt fra salmer og højskolesange til pop, rock eller viser – det afgørende var, at musikken gav mening for patienten. Nogle gange var det tydeligt fra starten, hvad patienten havde brug for – måske at få angsten under kontrol eller fysisk afspænding. Andre gange var det mere søgende, og her var det, at interventionsovergangene blev særligt vigtige. Måske startede vi med en kendt sang, men så opstod der et behov for at tale om de følelser, musikken vækkede. Eller måske skiftede stemningen i rummet, og det, der startede som en opmuntrende stund, udviklede sig til en mere sorgfuld eller eftertænksom atmosfære. Det var i sådanne øjeblikke, at jeg som terapeut skulle være særligt opmærksom og fleksibel – hvornår og hvordan skulle jeg skifte fokus, justere musikken, eller måske helt forstumme og give plads til samtale eller refleksion? Udover PPLM anvendtes interventioner som musikalsk improvisation, sangskrivning, musikalsk afspænding og samtale, dynamisk tilpasset patientens behov.

Ud over den konkrete praksis beskrevet ovenfor, er min forståelse desuden informeret af teoretiske perspektiver fra musikterapien og tilgrænsende felter, som jeg er blevet introduceret til gennem tiden som musikterapistuderende. Eksempler herpå er forståelsen af musikkens virkninger (fx betydningen af *entrainment* (Rider, 1985)), musikterapi i hospitalsregi (interventionszonerne (Skov, 2024)), samt inspiration fra *eksistentiel terapi* (Van Deurzen & Arnold-Baker, 2018; Yalom, 2009) og *tosporsmodellen for sorg* (Stroebe & Schut, 2010). Hertil kommer, at den psykodynamiske tænkning fra uddannelsen (se fx Bonde, 2011; Bruscia, 1998; Pedersen et al., 2023) bidrager til min grundlæggende begrebsramme og forståelse for relationelle dynamikker i terapi. Denne forståelse, som inkluderer begreber som afstemning, alliance, (mod)overføring og validering, udgør en integreret del af min faglige baggrund. Den præger derfor ofte intuitivt både min terapeutiske ageren i selve praksissituationerne og i min efterfølgende refleksion over og beskrivelse af erfaringerne, som senere udfoldes i de autoetnografiske narrativer. Disse forskellige teoretiske begreber udgør en del af min baggrundsforståelse og informerer min overordnede tilgang, og de vil derfor forekomme som en naturlig del af de autoetnografiske narrativer (bilag 3) og i nogen grad analyse deraf (bl.a. bilag 5). En teoretisk uddybning af hvert begreb ligger dog uden for rammerne af denne undersøgelse.

2.7.3 Datagenerering og empirisk materiale

Som led i min praktik og med henblik på specialet dokumenterede jeg systematisk mine musikterapeutiske sessioner. Hovedparten af empirien udgøres af sessionsnoter, nedskrevet

umiddelbart efter hver af de 139 musikterapisessioner jeg afholdt med i alt 62 forskellige patienter (nogle gange med deltagelse af pårørende). Sessionsnoterne blev til gennem en proces, der typisk tog 10-15 minutter: først en hurtig nedskrivning af nøgleord, centrale udsagn, observationer af patientens reaktioner, egne tanker og idéer undervejs. Dette blev efterfølgende samlet til en mere sammenhængende beskrivelse af sessionens forløb. Afslutningsvis angav jeg sessionens varighed og en kort vurdering af sessionens indhold og fokus i forhold til totalsmertemodellens dimensioner (jf. Lindstrøm et al., 2020; Zalczman, 2023), der bygger på forståelsen af den totale smerte (se evt. Saunders et al., 1995).

Udover de systematiske sessionsnoter indeholder datamaterialet noter fra *umiddelbare møder* (mere spontane interaktioner, se evt. Andersen, 2018) med patienter, pårørende eller personale i afdelingernes fællesmiljø. Disse blev nedskrevet lejlighedsvis, når en situation oplevedes som særligt betydningsfuld. Materialet omfatter desuden daglige logbogsnoter, hvor jeg ved arbejdsdagens start og slut nedskrev forventninger, ideer og refleksioner, samt noter fra supervision modtaget under praktikken.

Det primære datamateriale består således af 139 sessionsnoter samt mine erindringer af de tilhørende sessioner (jf. autoetnografisk metode). Omfanget af hver note varierer, typisk fra en halv til to normalsider. Hertil kommer de mindre systematiske noter fra umiddelbare møder, daglige logbogsnoter og supervisionsnoter. Det samlede materiale udgør et blandet og varieret datasæt, der giver indblik i den musikterapeutiske praksis i den givne kontekst, som oplevet af en musikterapeut under uddannelse. En mere detaljeret oversigt over antal sessioner per patientforløb findes i tabel 1 herefter.

Datatype	Omfang	Tidspunkt for generering
<i>Musikterapeutiske sessioner</i>	139 sessioner fordelt på 62 patienter (+ pårørende)	Klinisk praksiserfaring under praktik
Sessionsnoter	139 stk. (ca. 0,5-2 ns pr. stk.)	Umiddelbart efter hver session (10-15 min.)
<i>Noter fra spontane møder</i>	Lejlighedsvis / Ikke systematisk, i alt 28 stk.	Lejlighedsvist efter betydningsfulde interaktioner
<i>Daglige logbogsnoter</i>	Løbende gennem praktikperioden, i alt 104 stk.	Start og slut på hver arbejdsdag
<i>Supervisionsnoter</i>	Løbende gennem praktikperioden, i alt 8 stk.	Under og umiddelbart efter supervision

Tabel 1 – Samlet oversigt over empiri

Efter denne gennemgang af undersøgelsens metodiske fundament, herunder den autoetnografiske tilgang og principperne for tematisk analyse, rettes fokus nu mod selve analysen. Det følgende kapitel vil således præsentere den samlede analyseproces: fra udvælgelsen af empiri over tilblivelsen af de autoetnografiske narrativer til den efterfølgende tematiske analyse deraf.

3 Analyse

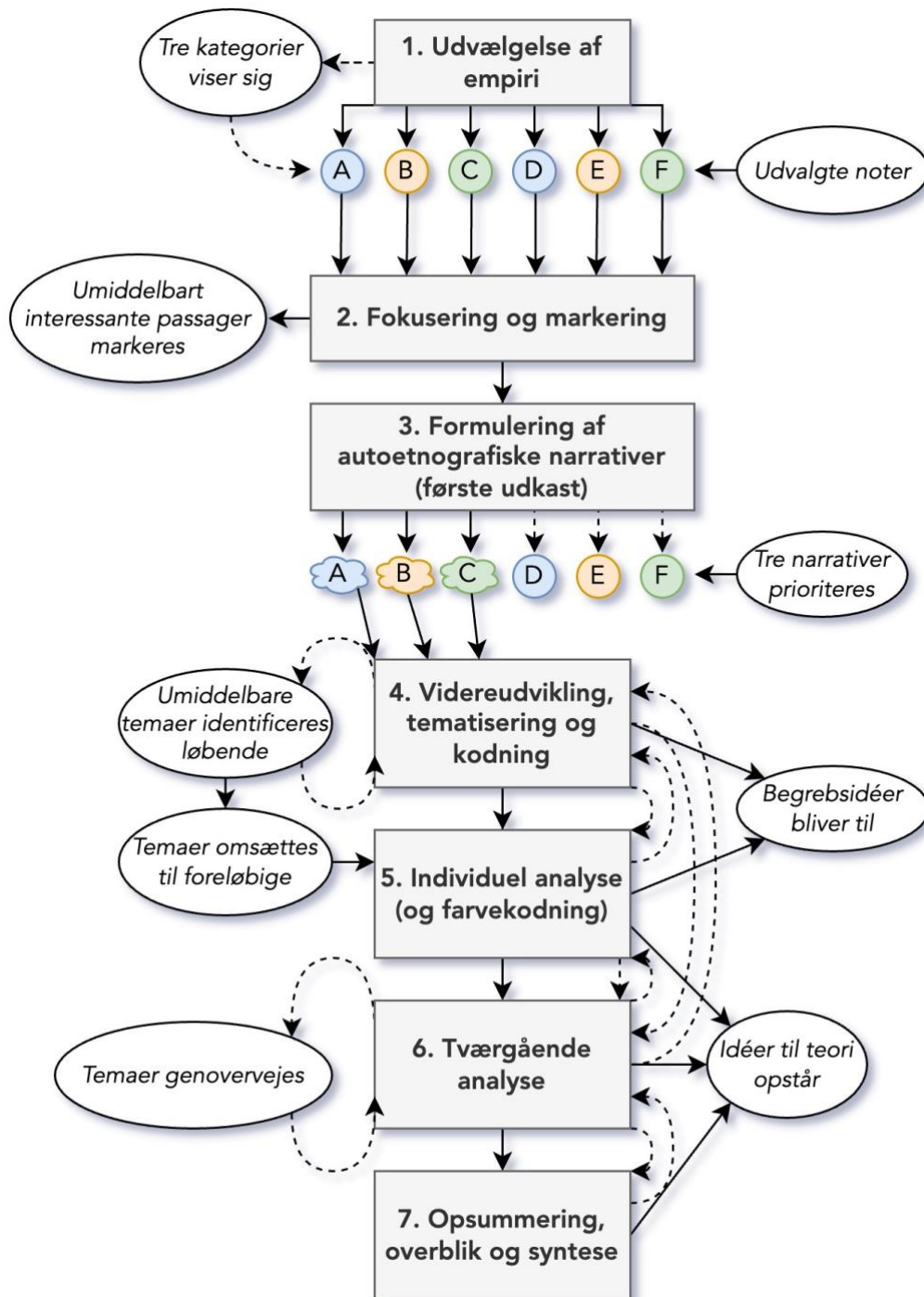
I dette kapitel vil jeg udfolde analysen af mine autoetnografiske data med fokus på interventionsovergange i musikterapi. For at give læseren et tydeligt indblik i min analytiske proces, vil jeg strukturere kapitlet i overensstemmelse med de trin, jeg har gennemført analysen i. Denne tilgang inviterer læseren til at følge med i udviklingen af min forståelse, fra den indledende udvælgelse af empiri til de mere nuancerede tematiske analyser og fortolkninger.

Til analysen har jeg udviklet min egen analyseproces ud fra Braun & Clarkes guide (jf. [afsnit 2.4](#)) og tilpasset det autoetnografiske og narrative fokus i denne undersøgelse. Min analyseproces forløber i syv trin:

1. Udvalgelse af empiri
2. Fokusering og markering
3. Formulering af autoetnografiske narrativer (første udkast)
4. Videreudvikling, tematisering og kodning
5. Individuel analyse (og farvekodning)
6. Tværgående analyse
7. Opsummering, overblik og syntese

Figur 2 på næste side illustrerer denne proces. De grå firkanter repræsenterer de overordnede trin, de hvide ovaler uddyber centrale elementer i processen, og de stiplede pile illustrerer de iterative bevægelser mellem trinene. De små cirkler illustrerer ubearbejdede noter, og de skyagtige former illustrerer bearbejdede noter: narrativerne. En nærmere gennemgang af denne proces præsenteres trinvis, som en del af den egentlige analyse (fra [afsnit 3.1](#)). Denne præsenteringsform er valgt, med inspiration fra vejleder, for at skabe størst mulig gennemsigtighed og give læseren et tydeligt indblik i, hvordan analysen konkret er foregået.

Undervejs i analyseprocessen, som i specialeprocessen generelt, har jeg haft mit fysiske arbejdsrum for øje. Foran mig på mit skrivebord lå et udkast til en tidsplan og den samlede specialeproces, og under selve analyseprocessen desuden en plan for produktion af narrativer og analyse. Bilag 4 består i et billede af dette 'setup'. Hvad man ikke kan se på billedet, er min notesbog til den ene side, stakken(e) af bøger til den anden, og udsigten til åen og parken foran mig. Disse har tilsammen givet mig overblik, inspiration og en fornemmelse af flow i processen.



Figur 2 – Analyseprocessen i syv trin

En metodisk bemærkning vedrører benævnelsen af de analyserede narrativer. Oprindeligt havde jeg tildelt hver praksisnote tilfældigt genererede initialer (HU, IF og TD) for at understøtte anonymiseringen og skabe en individuel identitet for hver case. Men samtidig brugte jeg betegnelserne 'narrativ A', 'narrativ B' og 'narrativ C', for at sikre en struktureret og overskuelig præsentation af materialet. For at undgå unødigt kompleksitet har jeg i den endelige analyse valgt at fastholde betegnelserne 'narrativ A' osv., da dette styrker læsbarheden og sammenhængen i

kapitlet. Selvom initialerne kunne have bidraget til en større fornemmelse af de individuelle personer bag, vurderede jeg, at en dobbeltbetegnelse ville skabe forvirring. De oprindeligt tildelte initialer fremgår dog stadig i bilag med den oprindelige analyse (bilag 5 og 6).

3.1 Trin 1 – Udvalgelse af empiri

Analyseprocessen indledtes med en systematisk udvælgelse af relevant empirisk materiale fra det samlede datasæt, som blev genereret under min praktikperiode (se [afsnit 2.7](#)). Første skridt i udvælgelsen var en tematisk gennemgang af alle indsamlede noter (sessionsnoter, logbogsnoter, supervisionsnoter og noter fra umiddelbare møder). Formålet var at identificere de noter, der indeholdt observationer eller refleksioner specifikt relateret til specialets fokus på interventionsovergange. Denne gennemgang resulterede i en bruttoliste på 34 noter (26 sessionsnoter, tre logbogsnoter, fire supervisionsnoter og en note fra et umiddelbart møde).

For at sikre en klar afgrænsning besluttede jeg, at de kommende narrativer skulle tage udgangspunkt i konkrete situationer med patienter. Således blev materialet indsnævret til de 26 sessionsnoter samt den ene note fra et umiddelbart møde. Disse i alt 27 noter udgjorde det datasæt, hvorfra det endelige analysemateriale skulle udvælges.

Den sidste del af udvælgelsen havde til formål at sikre et varieret materiale til den dybdegående analyse. Ved en nærmere gennemgang af de 27 udvalgte noter fandt jeg, at de generelt kunne inddeles i tre kategorier i forhold til at skifte intervention:

1. Situationer, hvor jeg overvejede at skifte, men ikke gjorde det.
2. Situationer, hvor jeg forsøgte at skifte, men uden held.
3. Situationer, hvor skiftet lykkedes.

Fra de 27 noter udvalgte jeg de ti situationer, som jeg huskede særligt tydeligt. Blandt disse ti udvalgte jeg dernæst seks af noterne til den videre bearbejdning og analyse, to fra hver af de tre nævnte kategorier, for at sikre repræsentation af forskellige dynamikker i forbindelse med interventionsovergange (illustreret med forskellige farver i figur 2).

Én af de seks udvalgte noter beskrev en situation fra et umiddelbart møde i afdelingens fællesmiljø. Selvom jeg anser disse umiddelbare møder for lige så væsentlige som egentlige sessioner, betegner jeg dem normalt ikke som sådanne. Jeg valgte at inkludere den på lige fod med sessionsnoterne, da tilstedeværelse i det lille miljø er central del af musikterapi i hospitalsregi. Samtidig havde denne

session mange træk til fælles med en 'almindelig' session. Af hensyn til ensartethed i den videre analyse vil denne situation derfor blive omtalt som en session.

3.2 Trin 2 – Fokusering og markering

Efter udvælgelsen af de seks sessioner læste jeg hver enkelt note grundigt igennem for at blive bekendt med data. Undervejs markerede jeg de passager, der umiddelbart føltes vigtige, interessante eller særligt sigende for at facilitere eller forstå interventionsovergange. Jeg noterede stikord til passagerne og nedskrev tanker og spørgsmål, der opstod undervejs.

Min oprindelige tanke var, at jeg kunne udvælge en enkelt sekvens fra hver session og fokusere på, hvad der skete i selve overgangen – herunder hvilke faktorer der spillede ind, og hvad der potentielt kunne have været gjort anderledes for at skabe et andet eller mere hensigtsmæssigt forløb. Men ved nærmere gennemgang af sessionerne lagde jeg mærke til, at interventionsovergangene ikke var afgrænsede, isolerede hændelser, hvilket også senere resulterede i, at jeg måtte prioritere tre af de ellers seks udvalgte sessionsnoter (forklaring følger i [afsnit 3.3](#)). De var tæt forbundet med den samlede dynamik i sessionen og kunne umiddelbart ikke forstås uden resten af konteksten.

Desuden blev jeg opmærksom på, at der faktisk heller ikke bare var én interventionsovergang, men flere i hver session. Jeg havde ikke tidligere været bevidst om, hvor mange gange der kunne skiftes intervention i løbet af en session i disse korte, intensive forløb. Da jeg opdagede dette, måtte jeg erkende, at det er nødvendigt at se bredere på hver session og analysere overgangene i sammenhæng med de øvrige skift og den overordnede udvikling i sessionen.

For at give et indblik i, hvad de udvalgte sessioner bestod i, vil jeg i det følgende præsentere tre af sessionerne (de tre, der i næste trin prioriteres), før jeg går videre med analysen.

3.2.1 Sessionsnote A – Mødet i fællesmiljøet

Denne session fandt sted i fællesmiljøet på afdelingen, hvor jeg spillede musik for patienter, pårørende og personale. Patienten, som jeg havde mødt ved en tidligere indlæggelse, kom hen til mig og udtrykte glæde over musikken. Sessionen var præget af en åben og uformel atmosfære, hvor samtale og musik vekslede. Et særpræg var patientens markante åndenød, og mine gentagne forsøg på at få ham med ind på hans stue, så han kunne sidde mere komfortabelt og få bedre styr på vejtrækningen. Jeg tænkte desuden over, hvor balancen går mellem at facilitere en meningsfuld samtale og samtidig beskytte patientens grænser i det lille miljø.

3.2.2 Sessionsnote B – Smerter på enestuen

Denne session foregik på en enestue, hvor patienten lå i sengen med store smerter og kvalme. Jeg spillede og sang roligt for hende, og hun lukkede øjnene og slappede gradvist mere af. Sessionen var kendetegnet ved meget glidende overgange mellem interventioner, og ved at musikken synkroniserede sig med patientens vejrtrækning, og tilsyneladende hjalp hende til at sove. Jeg var indimellem i tvivl om, hvorvidt jeg var for styrende, og om jeg skulle have involveret patienten mere.

3.2.3 Sessionsnote C – Intense følelser hos et par

Denne session fandt sted på en stue, hvor patienten lå i sengen, og hendes partner sad ved siden af. Sessionen var præget af en intens følelsesmæssig atmosfære, igangsat af et stykke musik. Tilstedeværelsen af en nabopatient, der kom ind på stuen undervejs, gjorde, at jeg forsøgte at navigere mellem at inkludere hende og samtidig bevare fokus på parret. Sideløbende overvejede jeg, om det bedste, jeg kunne gøre for parret, var at fortsætte med at spille for dem, eller om jeg kunne hjælpe dem til at få sat ord på nogle af deres oplevelser.

3.3 Trin 3 – Formulering af autoetnografiske narrativer

Efter at have gennemgået og identificeret de centrale passager i sessionsnoterne udformede jeg sammenhængende narrativer for hver session. Formålet med det var at skabe en mere nuanceret fortælling om sessionernes forløb – ikke blot som rå noter, men som oplevede hændelser, hvor mine refleksioner, overvejelser og forforståelser også blev tydeliggjort og sat i sammenhæng.

Narrativerne blev udviklet ud fra sessionsnoterne A, B og C, således at de blev til narrativ A, B og C, samt ud fra min hukommelse. De udvalgte sessioner var netop blandt dem, jeg huskede allerbedst, hvilket gjorde det muligt at supplere noterne med en mere detaljeret beskrivelse af forløbene. Samtidig var det nødvendigt at sikre anonymisering, så alle beskrivelser af patienterne blev omformuleret, således at de i princippet kunne have været en hvilken som helst patient på onkologiske sengeafsnit.

For at bevare en reflekterende og systematisk struktur i narrativerne valgte jeg at adskille forskellige perspektiver i min beskrivelse:

- **Observationer:** Den *etnografiske* del – en så objektiv som mulig gengivelse af, hvad der skete i situationen.

- **Overvejelser:** Fokus på *auto* – hvad jeg tænkte og følte i øjeblikket, mens situationen udfoldede sig.
- **Forforståelse:** Hvilke tidligere erfaringer og viden, jeg bragte med mig ind i situationen, og hvordan de potentielt påvirkede mine valg.
- **Efterfølgende refleksioner:** Hvad jeg i bagklogskabens lys tænkte om situationen – hvilke mønstre, dilemmaer eller spørgsmål der trådte frem, som jeg ikke nødvendigvis var bevidst om i sessionen.

Denne struktur gjorde det muligt at skelne mellem, hvad jeg observerede, at der skete, og hvordan jeg selv oplevede, fortolkede og reflekterede over det. Det hjalp samtidig med at gøre de skiftende perspektiver i min analyse mere synlige. Undervejs i processen med at udforme narrativerne blev det dog tydeligt, at materialet hurtigt voksede i omfang. Hvis jeg fortsatte med alle seks udvalgte sessioner, ville analysen blive for omfattende. Jeg valgte derfor at prioritere de tre narrativer, som jeg mente bedst repræsenterede variationen, der kunne opstå i sessioner på afsnittene.

For at illustrere, hvordan de fire perspektiver konkret anvendes, præsenteres et udsnit fra narrativ A i tabel 2 (de samlede narrativer findes i bilag 3). Udsnittet viser mit møde med patienten i fællesmiljøet på gangen, og hvordan de forskellige perspektiver bidrager til en dybere forståelse af situationen.

Perspektiv	Beskrivelse
<i>Observationer (etho)</i>	"Lidt inde i samtalen blev hans vejtrækning mere besværet, og han gled lidt ud på stolen, og måtte rette sig op . . . Da foreslog jeg, at vi kunne fortsætte inde på hans stue, hvor han kunne sidde mere komfortabelt, og måske få lidt bedre styr på vejtrækningen igen. Men han mente, at det var okay, og fortsatte umærket samtalen."
<i>Overvejelser (auto)</i>	"Da jeg første gang foreslog, at vi kunne fortsætte på stuen, havde jeg lagt mærke til, at han ikke kun brugte luft til at samtale, men også på at skulle sætte sig til rette på stolen indimellem . . . Derfor tænkte jeg, at det ville være oplagt, hvis jeg kunne få sat ham godt til rette . . . Senere i samtalen overvejede jeg, hvor balancen går mellem at facilitere en meningsfuld samtale og samtidig beskytte patientens grænser i et fælles miljø som dette . . . Jeg tænkte, at patientstuen måske ville udgøre en mere hensigtsmæssig ramme . . ."
<i>Forforståelse</i>	"Jeg opfattede fællesområdet mellem stuerne som et for åbent og tilgængeligt miljø til dybere bearbejdning af personlige følelser og oplevelser. Jeg var derfor usikker på, om det var hensigtsmæssigt at gå nærmere ind i de eksistentielle emner her . . . Jeg mente, at et mere lukket miljø kunne understøtte en mere fokuseret og intim proces."

Efterfølgende refleksion	"Her opstår en udfordrende tanke: Var mit ønske om at flytte os drevet af hans behov eller mit eget ønske om at skabe bedre rammer? Måske var hans stue ikke nødvendigvis et tryggere sted for ham – måske var det netop det fælles miljø, hvor han kunne høre liv omkring sig, der gav ham en følelse af normalitet og tryghed. Burde jeg have spurgt mere direkte ind til, hvor han følte sig bedst tilpas?"
--------------------------	--

Tabel 2 – Udsnit fra narrativ A

3.4 Trin 4 – Videreudvikling, tematisering og kodning

Da jeg havde skrevet de tre narrativer igennem første gang, gik jeg i gang med en grundig gennemlæsning og -skrivning af materialet. Jeg dykkede længere ned i hver enkelt session og genkaldte mig flere detaljer om, hvad der var sket, hvilke tanker jeg havde tænkt undervejs, og hvad der var gået forud – både i mødet med patienten og i min egen faglige og personlige udvikling.

Parallelt med denne proces begyndte jeg at systematisere de temaer, spørgsmål og undren, der gentog sig på tværs af narrativerne. Jeg noterede mine observationer i en form for intuitiv kodning, hvor jeg kategoriserede iagttagelserne i bredere temaer. Disse temaer blev samlet i en liste, der fungerede som grundlag for den videre tematiske analyse. Listen rummede mere eller mindre simple iagttagelser med hovedtemaerne værende forskellige faktorer, som prægede de tre sessioner, samt undertemaer (se evt. også bilag 7):

1. Musikalske teknikker og overgange
2. Verbale og psykodynamiske teknikker og overgange
3. Kropssprog og nonverbale signaler
4. Rammer og miljø
5. Forudgående faktorer og optakt
6. Omstændigheder, tilstande og følelser
7. Andre relevante aspekter

For at skabe en ramme til nærmere analyse af mit materiale omstrukturerede jeg disse temaer, spørgsmål og refleksioner til en mere fokuseret og målrettet liste (præsenteres sidst i afsnittet). De blev omformuleret som spørgsmål, der kredser om både de konkrete mekanismer i sessionsforløbet og de bredere kontekstuelle, relationelle og musikalske faktorer, der påvirker det.

Det førte til en mere brugbar systematisk analyse af, hvordan temaerne også relaterede sig til undersøgelsens problemformulering, og hvilken indflydelse de eventuelt kunne have på

interventionsovergange i sessionerne. Det endte ud i en samlet liste med otte overskrifter samt spørgsmål, eksempler og uddybninger af temaer.

Inden jeg præsenterer listen, vil jeg introducere en idé til et begreb, der opstod undervejs i denne proces, og som jeg brugte i denne liste: *transitionsforløb*. Jeg oplevede, at det gængse begreb *session* rettede fokus for meget mod det terapeutiske indhold og ikke mod selve interventionsovergangene, som er det centrale i denne undersøgelse. *Transitionsforløb* fungerer derfor som et alternativ, der fremhæver forløbet af overgange mellem interventioner i løbet af en session, frem for dens indhold som helhed. Dette forsøges illustreret i figur 3, selvom figuren ikke indfanger kompleksiteten af interventionsovergange, da de ikke synes at kunne afgrænses så klart (jf. [afsnit 3.2](#)). Ordet *transition* klinger desuden, i min optik, bedre sammen med *forløb* end det mere direkte *overgangsforløb*.



Figur 3 – Illustration af et transitionsforløb

Omstruktureringen af listen med temaer, spørgsmål og refleksioner følger herefter. Først præsenteres hvert temas overskrift (fx: 1. Overgange i interventionsforløbet), dernæst det spørgsmål, som temaet relaterer sig til (i parentes), dernæst undertemaer, og til slut, hvilken af de oprindelige kategorier fra den intuitive kodning (se evt. bilag 7), temaet relaterer sig til (også i parentes). Denne fremstilling virkede, da jeg formulerede den, som den mest oplagte måde at skabe overblik og sikre systematisk overførsel fra den oprindelige kodning.

1. Overgange i interventionsforløbet

(Hvilke interventionsovergange kan identificeres, og hvad kendetegner dem?)

- **Typer af overgange:**
 - Fra præsentation af musikterapi til aktiv deltagelse
 - Fra musik til stilhed (eller modsat)
 - Fra én (musikalsk) stemning til en anden
 - Fra musik til samtale (eller modsat)
 - Fra aktiv til passiv lytning
 - Fra intens følelsesudtryk til refleksion
 - Fra ét socialt rum til et andet/større
 - (Fra uvished til klarhed)
- **Kendetegn ved overgange:**
 - Flydende vs. abrupt
 - Styret af terapeuten vs. opstået organisk
 - Understøttende vs. forstyrrende

2. Musikalske teknikker til facilitering af overgange

(Hvordan påvirker musikalske valg interventionsovergangene?)

- Tempojusteringer
- Ændring i anslag/volumen
- Skift i taktart
- Valg af sang (matching vs. ændring af stemning)

(Knytter sig til: "Musikalske teknikker/overgange")

3. Verbale og psykodynamiske teknikker

(Hvordan skaber terapeutens verbale/psykodynamiske valg overgange?)

- **Holding:** Skabe et trygt rum, hvor patienten rummes
- **Validering:** Gøre patientens oplevelse eksplicit ved at anerkende følelser
- **Styring vs. følgen:** Hvornår initierer terapeuten en overgang, og hvornår følger terapeuten patientens flow?
- **Intention i spørgsmål:** Hvordan bruges sprog til at lede overgange i sessionen?
- **Opsummering:** Afrunding som overgang til næste intervention eller afslutning

(Knytter sig til: "Verbale eller psykodynamiske teknikker/overgange")

4. Kropssprog og nonverbale signaler

(Hvordan bruges nonverbal kommunikation til at facilitere overgange?)

- **Mimik:** Spejling af følelser, åbenhed, tryghed
- **Gestik:** Små bevægelser, der guider patienten gennem overgange
- **Fysisk fremtoning:** Kroppens umiddelbare udtryk for en given tilstand
- **Fysisk positionering:** Stol/seng/afstand kan påvirke intimiteten af interventioner

(Knytter sig til: "Kropssprog")

5. Eksterne faktorer, der påvirker interventionsovergange

(Hvordan påvirker rummet og miljøet interventionerne?)

- **Tilstedeværende personer** (pårørende, personale, andre patienter)
- **Støjniveau** (eksterne forstyrrelser)
- **Fysiske rammer** (åbent/lukket miljø – fx dør åben/lukket, stoleplacering)

(Knytter sig til: "Rammer/miljø")

6. Forudgående faktorer og terapeutens egen proces

(Hvordan påvirker terapeutens egen baggrund, usikkerheder og erfaringer overgange?)

- **Usikkerhed som 'grøn' musikterapeut**
- **Forventninger vs. intuition** (føler jeg, at jeg 'bør' gøre noget bestemt, eller følger jeg min fornemmelse?)
- **Præsentation af musikterapi:** Kan den lette eller besværliggøre facilitering af overgange senere?
- **Erfaring med tidligere sessioner:** Skaber genkendelighed en mere flydende overgang?

(Knytter sig til: "Forudgående faktorer/optakt" + "Min usikkerhed som grøn musikterapeut")

7. Følelsesmæssige og relationelle faktorer i overgange

(Hvordan påvirker den terapeutiske relation og følelser overgange?)

- **Tryghed og alliance:** Gør patientens relation til terapeuten overgange nemmere eller sværere? Fx kendskab mellem terapeut og patient ved tidligere møder
- **(Mod)overføring:** Hvornår mærker terapeuten egne følelser påvirke beslutninger om en intervention?
- **Patientens motivation og engagement**

(Knytter sig til: "Omstændigheder/tilstande/følelser")

8. Timing og intuition

(Hvornår og hvordan skabes den "rigtige" overgang?)

- Hvornår føles det naturligt at skifte fra én intervention til en anden?
- Er der tegn på, at patienten har brug for en overgang?
- Terapeutens rolle: Skal jeg tage initiativ til en overgang, eller vente og se, hvad der sker?

(Knytter sig til: "Timing", "Intuition")

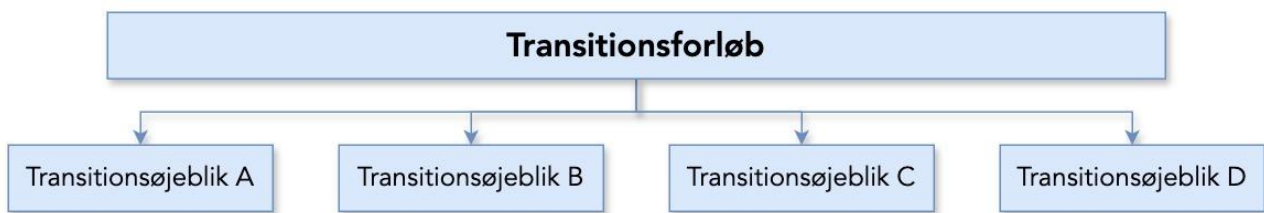
3.5 Trin 5 – Individuel analyse (og farvekodning)

I dette trin skiftede jeg, efter en intens indlevelse i de præsenterede narrativer, som primært er skrevet i første person, over til en mere distanceret position for at give plads til nye lag og læringer. I selve analysedelene vil 'terapeuten' derfor optræde som en analytisk figur i tredje person. Dette sproglige valg skal tydeliggøre de forskellige roller, jeg indtager i undersøgelsen: både som den, der har oplevet og udviklet narrativerne, og som den, der nu analyserer og fortolker dem. Samtidig vil jeg i metateksten fortsat skrive i førsteperson for at fastholde en tydelig forbindelse til min egen forskningsproces.

Efter at have udarbejdet listen med de otte temaer (se [afsnit 3.4](#)), vendte jeg tilbage til hvert enkelt narrativ for at identificere, hvordan temaerne kom til udtryk. I denne proces var mit fokus ikke at finde nye temaer, men at undersøge, hvilke af de fundne temaer der fandtes i hvert enkelt narrativ.

I samme proces opstod endnu en begrebsidé. For det syntes svært at pege på præcist, hvornår en interventionsovergang sker (som det også fremgår af [afsnit 3.2](#)). Snarere syntes den ofte at være et forløb, der består af flere mindre elementer, og jeg oplevede et behov for at kunne beskrive de øjeblikke, som var med til at definere en (potentiel) interventionsovergang. Her faldt det mig ind at kalde det *transitionsøjeblikke* i forlængelse af førnævnte *transitionsforløb*. *Transitionsøjeblikke* skal på den måde forstås som konkrete hændelser, der samlet set kunne udgøre et transitionsforløb. De kan ses som en form for underinddeling af et transitionsforløb eller en interventionsovergang,

måske sammenligneligt med, hvordan eksempelvis 8.-delsnoder eller 16.-delsnoder kan opdele en 4.-delsnode i musikken. Dette forhold kan illustreres som følger (figur 4).



Figur 4 – Illustration af forholdet mellem transitionsforløb og transitionsøjeblikke

For at skabe et overblik over, hvordan de tematiske aspekter manifesterede sig i hvert narrativ, gennemførte jeg en systematisk farvekodning af hvert narrativ. Farvekodningen gjorde det muligt at identificere tilbagevendende mønstre og tematiske overlap, samtidig med at den tydeliggjorde variationerne mellem de forskellige sessioner. Under denne proces fandt jeg ud af, at jeg manglede en kategori for, hvordan patientens verbale og kropslige udtryk havde indflydelse på overgange, og patientens udtryk blev derfor også integreret under henholdsvis tema 3 (verbale og psykodynamiske teknikker) og tema 4 (kropssprog og nonverbale signaler).

Alle narrativer blev kodet med farver i henhold til de otte temaer efter følgende kodningsguide:

1. Overgange i interventionsforløbet

Kodes med turkis streg i margin

2. Musikalske signaler

Kodes med rosa markering

3. Verbale og psykodynamiske signaler

Kodes med lysorange markering

4. Kropssprog og nonverbale signaler

Kodes med gul markering

5. Eksterne faktorer

Kodes med grøn markering

6. Forudgående faktorer og terapeutens egen proces

Kodes med blå markering

7. Følelsesmæssige og relationelle faktorer

Kodes med lilla markering

8. Timing og intuition

Kodes med lyserød markering

3.5.1 Analyse af narrativ A

For at illustrere min analytiske tilgang præsenterer jeg her dele af analysen af narrativ A. Nedenfor ses et udsnit fra den første del af narrativet (observationer (etno)) med farvekoder (figur 5). Dette eksempel viser, hvordan de fleste farvekoder bruges allerede i narrativets indledende afsnit (alle narrativer inklusive farvekoder kan ses i bilag 6).

Jeg mødte patienten igen ude på gangene, mens jeg sad og spillede og sang, som jeg gør det en tid de fleste dage. Han var tilsyneladende lige blevet indlagt igen. Han kom gående langsomt hen imod mig med et begejstret ansigtsudtryk og et smil. Han stoppede op og holdt den ene hånd op til brystet. Jeg mødte hans blik med et nik, gengældte smilet og afbrød kort en sætning i sangen for at kunne hilse med et "Hej", før jeg fortsatte med at synge.

Han komplimenterede mit spil og mumlede noget i retning af, at her kunne han godt sidde og slappe af lidt, hvorefter han langsomt bevægede sig over til stolen til højre for mig. Jeg sagde, at han endelig måtte slå sig ned, mens jeg spillede videre. Kort efter, at han havde sat sig, afsluttede jeg sangen, og han fortalte, hvorfor han var blevet indlagt, og at han havde været her før. Jeg sagde, at det da var trist at se ham her igen, selvom det selvfølgelig var dejligt at se ham, hvortil han spurgte, om jeg kunne huske ham. Det kunne jeg godt, fortalte jeg ham. Han virkede lidt forundret eller smigret, men fortalte så, at musikken havde været højdepunktet ved hans sidste indlæggelse – så han kunne bestemt også huske mig.

Figur 5 – Screenshot fra narrativ A med farvekoder

Ved hjælp af farvekodningen kunne jeg identificere en række gennemgående temaer (mønstre) i de tre narrativer. Her følger et par eksempler på fund ud fra undertemaerne præsenteret i listen i [afsnit 3.4](#) (se samlet oversigt i bilag 5):

- **Valg af sang:** Ved at spille en sang, som patienten har en personlig relation til, benyttes musikken til både normalisering af miljøet og følelsesmæssig bearbejdning.
- **Nonverbal afstemning:** Terapeuten er opmærksom på patientens signaler – blikket, smil, håndbevægelser og den fysiske anstrengelse ved vejtrækningen – og bruger disse cues til at tilpasse sine interventioner.
- **Erfaring og usikkerhed:** Terapeuten reflekterer over sine tidligere møder med patienten og overvejer, i hvor høj grad forslaget om at flytte ind på stuen afspejler hans egen idé om, hvad der er mest hensigtsmæssigt eller patientens præferencer.
- **Timing og intuition:** Terapeuten benytter sin intuition til at time overgangen mellem musikken og samtalen – han er opmærksom på, hvornår patientens vejtrækning bliver anstrengt, og tilpasser sine handlinger herefter.

Efter udarbejdelsen af listerne over narrativernes temaer blev hvert narrativ fulgt op med en opsamlende, fortolkende beskrivelse. For at illustrere denne del af processen præsenteres opsamlingen af narrativ A i sin helhed nedenfor, mens tilsvarende opsamlinger for narrativ B og C kan findes i bilag 5.

3.5.1.1 Opsamlende, fortolkende beskrivelse

Narrativ A viser, **hvordan interventionsovergange i musikterapi kan skabes** gennem en kombination af musikalske, verbale, nonverbale og relationelle faktorer. Overgangene sker både mellem terapeutiske interventioner (fx fra musik til samtale) og inden for musikken selv (fx fra en musikalsk stemning til en anden). Særligt bemærkelsesværdigt er, hvordan patientens fysiske og følelsesmæssige tilstand påvirker overgangen mellem interventioner, og hvordan terapeuten balancerer mellem styring og følgen for at tilpasse forløbet.

Musikalske teknikker såsom tempojustering og volumenændringer fungerer som centrale redskaber i faciliteringen af overgange, idet terapeuten tilpasser musikken til patientens vejrtrækning og følelsesmæssige respons. Derudover spiller valg af sange en væsentlig rolle i at skabe en meningsfuld overgang mellem overfladisk og mere dybdegående samspil.

Samtidig er de **verbale og psykodynamiske elementer** med til at understøtte overgange, særligt gennem validering og holding, som skaber en tryk ramme for patientens fortsatte åbenhed og engagement. Terapeutens måde at veksle mellem aktiv samtale og musikalsk intervention viser, hvordan **timing og intuition** kan være væsentlige for at facilitere overgange.

Nonverbale faktorer påvirker ligeledes overgange. Særligt i denne case er det tydeligt, hvordan patientens fysiske tilstand og kropslige holdning har indflydelse på terapeutens valg af intervention. Den **fysiske ramme**, hvor sessionen finder sted, skaber dog en særlig udfordring, idet gangen som behandlingsrum begrænser terapeutens muligheder og skaber overvejelser om at flytte sessionen til patientens stue.

Terapeutens egne refleksioner viser en bevidsthed om en afvejning mellem egen erfaring, intuition og faglige viden overfor patientens præferencer. Han stiller spørgsmål ved, om hans initiativer til skift i ramme og intervention er drevet af en forventning om, hvad der 'bør' ske, eller om de reelt udspringer af patientens behov. Denne refleksion afspejler en usikkerhed og udviklingsproces som musikterapeut, hvor han både navigerer i sin egen rolle og patientens oplevelse.

Samlet set viser narrativet, at interventionsovergange afhænger af en kompleks **vekselvirkning mellem patientens behov, terapeutens intuition og eksterne faktorer**. Mens visse overgange opstår naturligt, såsom skift fra musik til samtale, kan andre være mere udfordrende – fx overgangen til et nyt fysisk rum.

Dette peger på, hvordan eksterne og nonverbale faktorer samt terapeutens egen proces kan spille en afgørende rolle i interventionsovergange.

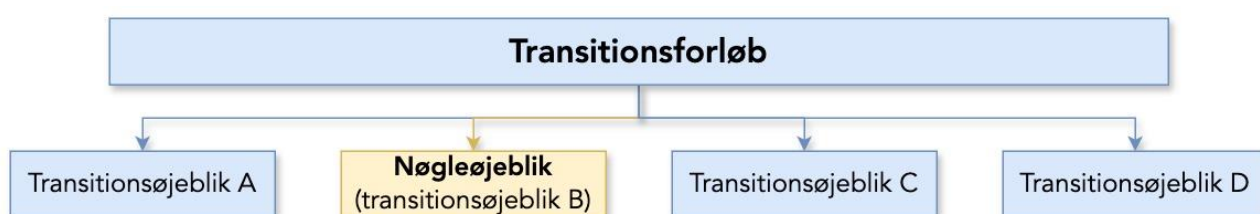
3.6 Trin 6 – Tværgående analyse

Efter den individuelle analyse af hvert narrativ ville jeg identificere væsentlige forskelle og ligheder på tværs af narrativerne. Formålet med dette trin var at undersøge, hvordan de tematiske mønstre, der var blevet kortlagt i den foregående fase, udfoldede sig i forhold til hinanden. Ved at sammenligne narrativerne kunne jeg få øje på både tilbagevendende dynamikker og unikke aspekter ved hver situation.

I denne proces blev det også tydeligt, at visse teoretiske perspektiver kunne være særligt relevante for at forstå de temaer, der trådte frem i analysen. Derfor noterede jeg de teoretiske idéer, der opstod undervejs, som mulige perspektiver i en senere diskussion. Derudover genovervejede jeg de oprindeligt definerede temaer for at vurdere, om de stadig gav bedst mulig mening i lyset af sammenligningen, eller om nye nuancer skulle inddrages.

Dette trin fungerede således som en sammenlignende analyse og en brobygning mellem de empiriske fund og de teoretiske perspektiver, som senere i undersøgelsen blev uddybet og udgjorde en del af grundlaget for den følgende diskussion.

Undervejs opstod en sidste begrebsidé i forlængelse af de to foregående (transitionsforløb og transitionsøjeblikke). For selvom en interventionsovergang, som nævnt, sjældent sker på én gang, men snarere er et forløb bestående af flere transitionsøjeblikke, synes visse af disse øjeblikke at være særligt væsentlige for overgangen. Måske de kunne siges at rumme en form for nøgle eller udløsende faktor for skiftet – en hændelse, som, hvis den var udeblevet, potentielt kunne have forhindret eller ændret overgangen markant. På den måde oplevede jeg et behov for yderligere præcisering. I denne proces opstod *nøgleøjeblikke* som en naturlig betegnelse for disse særligt betydningsfulde transitionsøjeblikke. En ganske simpel ændring i den tidligere figur 4 kan måske illustrere dette (figur 6).



Figur 6 – Illustration af et nøgleøjeblik

3.6.1 Genovervejelse af temaer

Som nævnt i sidste trin (se [afsnit 3.5](#)) var patienternes verbale og nonverbale signaler afgørende for interventionsovergangene. Derfor har jeg justeret temaerne for at adskille patientens signaler og signalernes indflydelse fra terapeutens egne verbale og nonverbale strategier. Hovedændringen er, at *Verbale og psykodynamiske teknikker* og *Kropssprog og nonverbale signaler* er slået sammen, men opdelt i to nye temaer: ét for terapeutens brug af ord og kropssprog, og ét for patientens med fokus på, hvordan de påvirker terapeutens overvejelser. Derudover er de øvrige temaer finjusteret. De vil alle blive præsenteret nærmere i næste afsnit i forbindelse med den tværgående analyse ([afsnit 3.6.2](#)).

De reviderede temaer er:

1. **Typer af interventionsovergange**
2. **Musikalske teknikker**
3. **Terapeutens verbale og nonverbale kommunikation**
4. **Patientens verbale og nonverbale indflydelse**
5. **Eksterne faktorer**
6. **Erfaring og udvikling**
7. **Følelser og relation**
8. **Timing og intuition**

3.6.2 Sammenlignende analyse af narrativ A, B og C

Den tværgående analyse sammenligner de tematiske fund fra de tre narrativer (A, B og C) med fokus på interventionsovergange i musikterapi. Formålet er at identificere både fælles mønstre og forskelle i, hvordan overgange faciliteres og opleves i de forskellige situationer, hvilke faktorer der spiller ind, og hvilke overvejelser og udfordringer, der kan opstå. For at gøre den mest muligt relevant og systematisk er analysen struktureret efter de reviderede hovedtemaer. Inden for hvert tema præsenteres først en kort definition, efterfulgt af en sammenligning af fællesnævner og forskelle på tværs af narrativerne, og afslutningsvis en opsummering. Den tværgående analyse findes i sin fulde ordlyd i bilag 8. Nedenfor præsenteres hovedpunkterne i en mere overskuelig fremstilling af de centrale fund i tabel 3. Derefter følger afsluttende bemærkninger og en sammenfatning af den tværgående analyse i [afsnit 3.6.2.1](#).

Tema	Definition	Fællesnævner	Forskelle / Variationer	Opsummering / Kernefund
1. Typer af interventionsovergange	Omhandler identifikation og beskrivelse af de forskellige typer af interventionsovergange, der findes i narrativerne.	Overgang fra præsentation til aktiv deltagelse samt skift mellem samtale og musik ses i alle tre cases, dog med variation i timing og form.	Narrativ A : Dynamisk/tosidet musik/samtale-overgang (refleksion/regulering). Narrativ B : Hurtig/måltrettet samtale-til-musik (lindring). Narrativ C : Tøvende musik/samtale-overgang (hensyn til partner).	Overgange mellem samtale/musik og præsentation/deltagelse er gennemgående, men form og tempo varierer markant med behov og dynamik. Kendetegn: Oftest flydende, men også abrupte (C) eller mindre flydende (A). Både terapeutstyrede (B) og organiske (A). Synes understøttende, men forsøg på potentielt forstyrrende overgange ses også (A og C).
2. Musikalske teknikker til facilitering	Refererer til terapeutens musikalske valg (sange, tempo, dynamik osv.), som understøtter eller skaber overgange.	Musikken er afgørende i alle cases. Tempojustering og dynamikændringer bruges i alle narrativer til afstemning og stemningsskift.	Narrativ A : Musik påvirker åndedræt direkte. Narrativ B : Længerevarende, subtil justering inkl. taktartsskift. Narrativ C : Sangvalg centralt for følelsesmæssig proces.	Musikalske teknikker er centrale redskaber til at facilitere overgange; valget afhænger af situation og behov.
3. Terapeutens verbale og nonverbale kommunikation	Omhandler terapeutens brug af ord og kropssprog i forbindelse med interventionsovergange.	Strategier varierer i omfang, men har altid en funktion. Anerkendelse/validering skaber tryghed. Mimik, tonefald, lyde ("mmmh") er væsentlige for afstemning.	Narrativ A : Vekselvirkning samtale/musik. Narrativ B : Få, præcise verbale bidrag (leder til musik); tydelig bevidst nonverbal styring. Narrativ C : Verbal holding ("Er det okay?"); mere umiddelbar/ubevidst nonverbal kommunikation.	Terapeutens verbale/nonverbale kommunikation er central for at guide/understøtte overgange; formen varierer. Styring vs. følgen: Balancen er central i alle cases. Varierer fra løbende justering (A), tydelig styring (B) til stor refleksion over egen rolle (C).
4. Patientens verbale og nonverbale indflydelse	Fokuserer på, hvordan patientens signaler påvirker terapeutens valg og handlinger ifm. interventionsovergange.	Terapeutens opmærksomhed på patientens signaler er afgørende i alle narrativer.	Narrativ A og B : Især mimik, vejtrækning, kropsholdning guider terapeuten. Narrativ C : Også parrets indbyrdes nonverbale kommunikation spiller ind.	Patientens signaler er en vigtig informationskilde og påvirker direkte terapeutens overvejelser og valg ift. interventionsovergange.

<p>5. Eksterne faktorer</p>	<p>Omfatter hvordan fysiske rammer, andre personer og udefrakommende omstændigheder påvirker terapeutens refleksioner/handlinger ang. interventionsovergange.</p>	<p>De ydre rammer har indflydelse i alle tre narrativer.</p>	<p>Narrativ A: Dårlig stol, åbent rum påvirker valg. Narrativ B: Fysisk opstilling bidrager til tryghed. Narrativ C: Nabopatients ankomst skaber uventet dynamik.</p>	<p>Eksterne faktorer kan begrænse/muliggøre transitionsforløbet og kræver fleksibilitet hos terapeuten.</p>
<p>6. Erfaring og udvikling</p>	<p>Omhandler hvordan terapeutens erfaring, viden og personlige/professionelle udvikling påvirker håndteringen af interventionsovergange.</p>	<p>Terapeutens erfaring og refleksion spiller en central rolle i alle cases.</p>	<p>Narrativ A og B: Intuitiv handling baseret på erfaring; refleksion over egne vs. patientens behov. Narrativ C: Refleksion mere kompleks pga. indre rollekonflikt (musiker/terapeut).</p>	<p>Terapeutens erfaring, refleksion og udvikling er afgørende for navigationen i transitionsforløbet.</p>
<p>7. Følelser og relation</p>	<p>Fokuserer på hvordan den terapeutiske relation og følelser i samspillet påvirker interventionsovergange eller terapeutens håndtering deraf.</p>	<p>Følelser og relation spiller en rolle i alle tre cases.</p>	<p>Narrativ A: Skabe tryk relation i åbent miljø. Narrativ B: Forståelse og tillid centralt. Narrativ C: Parrets relation i centrum; terapeutens balancegang ml. støtte og egen rolle/reaktion.</p>	<p>Følelser og relation er tæt forbundet med interventionsovergange. Terapeutens evne til at aflæse, rumme og respondere er afgørende.</p>
<p>8. Timing og intuition</p>	<p>Refererer til terapeutens evne til at opfange og handle på de rette tidspunkter ift. interventionsovergange.</p>	<p>Intuition og timing er vigtige i alle narrativer for overganges opståen/facilitering. Terapeuten handler primært intuitivt med løbende refleksion.</p>	<p>Narrativ A: Centralt i organiske musik/samtale-overgange (aflæsning/tilpasning). Narrativ B: Intuitiv musikalsk afstemning skaber ro. Narrativ C: Intuition præget af indre konflikt/tøven (kontrast til A og B).</p>	<p>Timing og intuition er afgørende for vellykkede overgange, men kan være forbundet med usikkerhed og refleksion.</p>

Tabel 3 – Oversigt over tematiske fund i den tværgående analyse

3.6.2.1 Afsluttende bemærkninger og sammenfatning

Den tværgående analyse af narrativerne A, B og C viser, at interventionsovergange er en fundamental men kompleks dimension af den musikterapeutiske praksis i denne kontekst af korte, intensive forløb i hospitalsregi. Overgangene omfatter ikke blot skift mellem forskellige aktiviteter (fx fra musik til samtale), men også subtile, dynamiske ændringer i emotionel tilstand og terapeutisk fokus.

Analysen har vist, at terapeutens integrerede brug af musikalske, verbale og nonverbale strategier er afgørende for at facilitere disse overgange. Samtidig spiller patientens respons, omgivelsernes kvalitet og terapeutens egen indre proces en væsentlig rolle.

Et centralt fund er, at interventionsovergange ikke er ensartede. De varierer betydeligt i form, funktion og graden af terapeutisk styring. Nogle overgange er flydende og organiske, mens andre er mere abrupte eller bevidst initierede. Nogle overgange er tydeligt understøttende, mens andre kan forstyrre. Et andet centralt fund er, at interventionsovergange ikke finder sted på en gang og på et bestemt tidspunkt, men er afhængige af, hvordan en række indbyrdes forbundne faktorer udfolder sig over tid i en dynamisk proces.

For at fange de mange forskellige sider af interventionsovergange i musikterapi, og for at få et mere præcist sprog til at tale om dem, introduceres her en tredelt kategorisering, som er udsprunget i arbejdet med analysen.

- **Musikalske overgange**, som handler om de justeringer, terapeuten laver i selve musikken, og som direkte påvirker, hvordan patienten oplever den.
- **Modalitetsovergange**, som handler om skift i måden, man er sammen på – om man eksempelvis taler, lytter, spiller musik, eller om man flytter sig til et andet rum.
- **Fokusovergange**, som er ændring i terapeutisk fokus og handler om, hvad terapeuten prøver at opnå med det, han eller hun gør – altså tanken bag handlingen.

Ved at skelne mellem disse tre typer kan vi både analysere overgange mere præcist og blive klogere på, hvordan de kan bruges bedst muligt i praksis. De tre typer kan dog hænge sammen og påvirke hinanden.

3.7 Trin 7 – Opsummering, overblik og syntese

Gennem en detaljeret analyse af tre narrativer om musikterapeutiske sessioner i hospitalskontekst (A, B og C) – først gennem individuel analyse af hvert narrativ og dernæst gennem en tværgående, sammenlignende analyse – er der opnået en dybere forståelse af, hvordan interventionsovergange kan udfolde sig og påvirkes af forskellige faktorer i praksis. I forlængelse af problemformuleringens tre første underspørgsmål kan analysens centrale fund opsummeres således:

1. Interventionsovergangenes karakter og kendetegn:

Interventionsovergange i de tre narrativer er ikke skarpt afgrænsede fænomener, men snarere flydende, flerlagede processer, hvor skift mellem musikalske, verbale, nonverbale og emotionelle tilstande væves sammen. De spænder fra tydelige skift mellem aktiviteter til subtile, dynamiske ændringer i afstemning eller fokus. Overgangene kan være flydende eller abrupte, terapeutstyrede eller organisk opståede, understøttende eller potentielt forstyrrende.

2. Faktorer, der kan påvirke interventionsovergange:

Terapeutens integrerede brug af musikalske teknikker, verbale strategier og nonverbal kommunikation er afgørende for at skabe og understøtte overgange. Samtidig spiller patientens respons (både verbale og nonverbale), det nærværende miljø (fx rummets karakter, tilstedeværelsen af andre) og terapeutens egen indre proces (fx intuition, refleksion) en væsentlig rolle.

3. Udfordringer og terapeutiske overvejelser:

En central udfordring for terapeuten er at balancere mellem at lede og følge – at tage initiativ til overgange uden at overskride patientens grænser eller forstyrre en meningsfuld proces. Terapeutens egen usikkerhed og indre konflikter kan også påvirke, hvordan overgange håndteres.

For at kunne beskrive (og analysere) interventionsovergange i musikterapi mere præcist, og for yderligere at kvalificere forståelsen af deres mangfoldige karakter, inddeles de her i tre typer:

- **Musikalske overgange:** Handler om de ændringer, terapeuten laver i selve musikken.
- **Modalitetsovergange:** Handler om skift i måden, hvorpå man er sammen.
- **Fokusovergange:** Handler om hvad terapeuten prøver at opnå med det, han eller hun gør.

Som en del af analysens fund, og som supplement til de tre overgangstyper, introduceres yderligere tre begreber:

1. **Transitionsforløb:** Fremhæver forløbet af overgange mellem interventioner over tid.
2. **Transitionøjeblikke:** Beskriver de nedslag, der påvirker eller tilsammen udgør en interventionsovergang.
3. **Nøgleøjeblikke:** Betegner de særligt betydningsfulde transitionøjeblikke.

Disse i alt seks begreber er foreløbige og bør udvikles og afprøves yderligere. De repræsenterer imidlertid et forsøg på at indfange kompleksiteten i interventionsovergange og skabe et mere præcist sprog til at beskrive, analysere og reflektere over dette centrale fænomen i den undersøgte musikterapeutiske praksis.

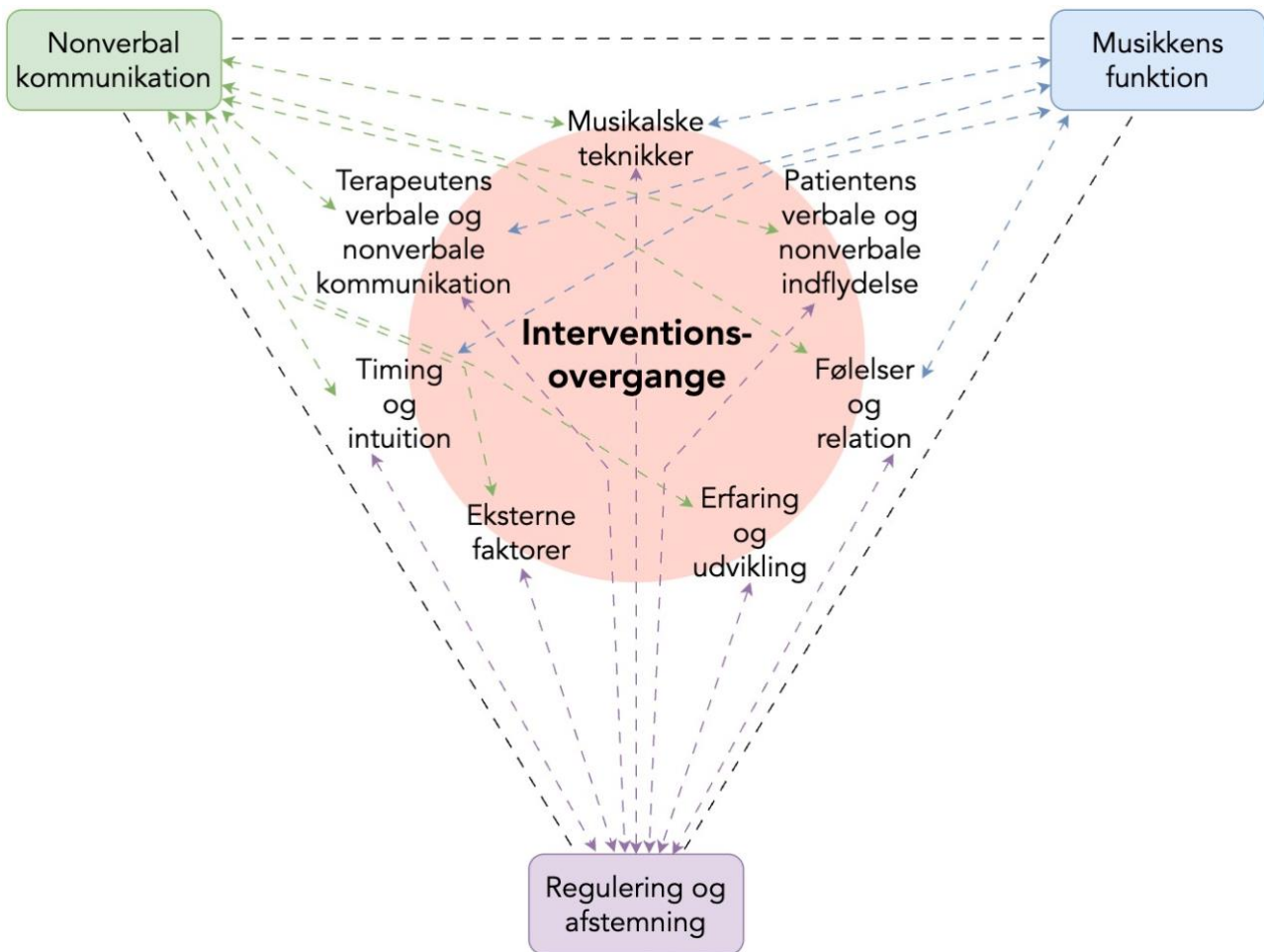
3.7.1 Overblik

I tabel 4 (i slutningen af dette kapitel) opsummeres centrale temaer og fund vedrørende interventionsovergange på tværs af de tre narrativer, med eksempler på anvendelsen af de overordnede overgangstyper og en tilføjelse af de introducerede begreber.

3.7.2 Syntese

Analysen viser at interventionsovergange i musikterapi er komplekse, dynamiske processer, der formes i et samspil mellem musikalske, (non)verbale og relationelle faktorer, terapeutens intuition og de ydre omstændigheder. Disse fund peger især på tre centrale aspekter: nonverbal kommunikation, regulering og afstemning samt musikkens funktion. Denne relation forsøges illustreret i figur 7 herefter. Teoretiske perspektiver omkring disse vil blive udfoldet i [kapitel 4](#), som grundlag for en diskussion af fundene i [kapitel 5](#).

Analysen viser desuden, at interventionsovergange sjældent er skarpt afgrænsede hændelser, men snarere forløb bestående af flere transitionøjeblikke, hvoraf nogle fremstår som nøgleøjeblikke for overgangen.



Figur 7 – Syntese: teoretiske perspektiver

Tema	Narrativ A	Narrativ B	Narrativ C
1. Typer af interventionsovergange	Modalitetsovergange (musik/samtale). Fokusovergang (lindring/refleksion).	Musikalsk overgang (tempo, dynamik, taktart). Fokusovergang (lindring/søvn).	Modalitetsovergang (samtale/musik). Fokusovergang (intim setting/rumme nabo).
2. Musikalske teknikker	Ændringer i tempo, dynamik og sangvalg for at afstemme til patientens tilstand.	Skift i taktart, tempo, dynamik, gradvis reduktion for at understøtte overgang til stilhed.	Valg af betydningsfuld sang for at skifte modalitet. Dynamiske justeringer i musikken for at afstemme til parrets reaktioner.
3. Terapeutens verbale og nonverbale kommunikation	Vekslen mellem at guide og følge. Løbende afstemning. Formål: Møde skiftende behov.	Mere styrende, men lydhør. Bevidst brug af nonverbal udtryk for at skabe overgang til ro.	Tøvende og undersøgende. Formål: Afsøge behov, rumme følelser.
4. Patientens verbale og nonverbale indflydelse	Veksler mellem at lytte, deltage aktivt, samt udstråler ubehag. Påvirker direkte terapeutens valg.	Udviser træthed, smerte og kvalme, hvilket direkte guider terapeutens valg af intervention og overgang til ro/søvn.	Bevæger sig fra neutralitet til emotionel åbenhed og sårbarhed, hvilket medvirker terapeutens forslag og overvejelser om fokus- og modalitetsovergang.
5. Eksterne faktorer	Åbent, forstyrrende miljø. Påvirker terapeutens overvejelser om at flytte sessionen.	Bevidst placering (instrumenter, krop) bidrager til tryk atmosfære.	Nabopatients ankomst. Terapeuten tilpasser intervention for at integrere nyt vilkår, men bevare fokus på parret.
6. Erfaring og udvikling	Terapeutens tidligere erfaring med patienten og lignende situationer, påvirker overvejelser om modalitetsovergang.	Terapeutens erfaring med afstemning og viden om musikkens virkning på smerter/kvalme ligger til grund for de intuitive, musikalske valg.	Terapeutens indre konflikt (musiker/terapeut) og usikkerhed omkring egen rolle præger overvejelser om interventionsovergange.
7. Følelser og relation	Terapeutens forsøg på at skabe tryghed. Patientens åbenhed.	Terapeutens intuitive forståelse for patientens behov. Stiltiende tillid.	Intenst følelsesmæssigt rum. Terapeutens egen berørthed og refleksion over sin rolle.
8. Timing og intuition	Centralt i de modalitetsovergange (musik/samtale). Terapeuten aflæser og tilpasser sig løbende.	Intuitiv, musikalsk afstemning skaber subtil overgang.	Tvivel og usikkerhed præger timingen. Kontrast til den umiddelbare handling i narrativ A og B.
Transitionsbegreber	Dynamisk transitionsforløb. Flere transitionsøjeblikke (musik/samtale). Muligt nøgleøjeblik: sangønske.	Subtlt transitionsforløb. Få, men afgørende transitionsøjeblikke (intuitive justering). Muligt nøgleøjeblik: taktartskiftet.	Transitionsforløb præget af usikkerhed og mange overvejelser (rolle/behov). Muligt nøgleøjeblik: parrets reaktion.

Tabel 4 – Overblik: centrale temaer og fund

4 Teori

I dette kapitel præsenteres teoretiske perspektiver, der kan belyse og nuancere forståelsen af interventionsovergange i musikterapi. Da undersøgelsens struktur følger et induktivt design, inddrages teori først her – på baggrund af de temaer, der opstod i analysen. Der er ikke tale om en udtømmende gennemgang af al relevant teori, men om et fokuseret udvalg af perspektiver, der kan belyse fænomenet, som det fremkommer i de autoetnografiske narrativer og analysen deraf ([kapitel 3](#)). Disse teorier danner grundlag for den efterfølgende diskussion ([kapitel 5](#)).

4.1 Teoretisk afgrænsning

De teoretiske perspektiver er udvalgt på baggrund af en iterativ proces. Idéerne til de teoretiske perspektiver opstod i analyseprocessens sidste faser (se figur 2, indledning til [kapitel 3](#)) og i høj grad i forbindelse med de identificerede temaer (se [afsnit 3.6.1](#)), som pegede på forskellige teoretiske vinkler, der kunne have relevans for undersøgelsen. Inden for rammerne af dette speciale er det imidlertid nødvendigt at foretage en afgrænsning for at sikre en tilstrækkelig dybdegående behandling af de udvalgte teorier.

Tre teoretiske perspektiver fremstår som særligt centrale for at forstå de identificerede mønstre i narrativerne: *nonverbal kommunikation*, *regulering og afstemning* samt *musikkens funktion*. Disse tre områder er valgt, fordi de tilsammen kan belyse de processer og mønstre, der er observeret i de autoetnografiske narrativer, og dermed bidrage til en dybere forståelse af interventionsovergange. Som det fremgår af figur 2 (indledning til [kapitel 3](#)), peger temaerne særligt klart på nonverbal kommunikation og regulering og afstemning, mens musikkens funktion ikke er helt så tydeligt forbundet. En efterfølgende litteratursøgning (via Google Scholar, kædesøgning samt gennemgang af egen bogsamling) bidrog til den endelige udvælgelse.

Det er vigtigt at understrege, at der findes andre teoretiske perspektiver, som kunne have været relevante at inddrage, eksempelvis teorier om verbale elementer eller indre processer, da de uden tvivl kan spille en rolle i interventionsovergange. Særligt et perspektiv om indre processer kunne være relevant i forhold til narrativerne. Oprindeligt var tanken dog, at det kunne inddrages under perspektiver på *regulering og afstemning*, hvilket også til dels er tilfældet. Fokus er derfor bevidst lagt på de tre ovennævnte perspektiver.

For at sikre en vis dybde i præsentationen af perspektiverne er der forsøgt en progression i fremstillingen, hvor perspektiverne bevæger sig fra generelle principper til efterhånden mere

musikterapeutiskspecifikke forståelser. Først introduceres nonverbal kommunikation som et generelt fundament, hvilket indebærer en gennemgang af en række grundlæggende begreber. Dernæst tilføjes et lag med teorier om regulering og afstemning i (terapeutiske) interaktioner, og til sidst præsenteres et perspektiv på musikkens funktion, som hviler på de to foregående, og integrerer dem. Disse teoretiske perspektiver vil således blive udfoldet i de følgende afsnit.

4.2 Nonverbal kommunikation (NVC)

Professor i kommunikation Judee K. Burgoon har forsket i nonverbal kommunikation (herefter NVC) i årtier. I bogen *Nonverbal Communication* (Burgoon et al., 2016) beskriver hun, sammen med Laura Guerrero og Valerie Manusov, hvordan NVC er en helt grundlæggende del af, hvordan vi mennesker interagerer, som er tæt forbundet med den kontekst, den foregår i. Den nonverbale kommunikation kan både understøtte, nuancere, erstatte og i nogle tilfælde modstride det, vi siger med ord (Burgoon et al., 2016).

Burgoon et al. (2016, s. 3-8, min prioritering) fremhæver flere grunde til, at det nonverbale er så vigtigt i interaktioner, blandt andre:

1. **Allestedsnærværende:** Nonverbale signaler er konstant til stede i mødet mellem mennesker. Alt fra kropsholdning til ansigtsudtryk og tonefald bidrager til den samlede kommunikation.
2. **Fylogenetisk og ontogenetisk primat:** NVC går forud for det verbale sprog, både i menneskets evolutionære historie og i det enkelte menneskes udvikling – spædbørn kommunikerer nonverbalt, længe før de lærer at tale.
3. **Interaktionsprimat:** Inden en samtale overhovedet begynder, har de nonverbale signaler allerede sat en ramme. Kropssprog, påklædning og omgivelser skaber et førstehåndsindtryk, der påvirker, hvordan efterfølgende verbale budskaber fortolkes.
4. **Udtryksmuligheder:** NVC kan udtrykke følelser, holdninger og intentioner, som kan være vanskelige, risikable eller upassende at udtrykke direkte med ord. De nonverbale signaler giver mulighed for mere subtile og indirekte budskaber.
5. **Tillid:** Ofte tillægges nonverbale signaler større troværdighed end verbale udsagn, især hvis der er uoverensstemmelse mellem dem. Dette skyldes en (ikke altid korrekt) antagelse om, at nonverbale signaler er mere spontane og mindre kontrollerede.
6. **Nonverbal kommunikations dominans:** Nonverbale signaler udgør størstedelen af den samlede kommunikation i en given besked.

4.2.1 Grundlæggende komponenter i NVC

Burgoon et al. (2016) opdeler NVC i flere kerneområder, der hver især bidrager til interaktionens flow og struktur.

4.2.1.1 Kinetik (kropssprog)

Kinetik omfatter alle bevægelser, som kan understøtte eller i nogle tilfælde erstatte verbal kommunikation. Det inddeles i forskellige kropslige udtryk, som uddybet herunder. Burgoon et al. (2016) påpeger, at kropssprog ofte er mere spontant og vanskeligt at kontrollere bevidst, hvilket gør det til en vigtig informationskilde i interaktion.

Vigtige aspekter af kinetik inkluderer (Burgoon et al., 2016):

- **Ansigtstudtryk:** Grundlæggende følelsesmæssige tilstande formidles ofte via ansigtet og kan opfattes øjeblikkeligt af samtalepartnere.
- **Hovedbevægelser:** Nik, rysten på hovedet og hovedets hældning bruges ofte som *regulatorer* i samtaler eller som *emblemer* (forklares nedenfor).
- **Øjenadfærd:** Blikretning, varighed af øjenkontakt og pupilændringer regulerer interaktion og udtrykker engagement og følelser.
- **Holdning:** Kroppens position og orientering kan signalere status, stemning, og graden af åbenhed eller lukkethed.
- **Gestik:** Bevægelser med hænder og arme kan understøtte eller regulere et verbalt budskab.
- **Gang:** Måden, hvorpå en person bevæger sig, kan afsløre sindsstemning, personlighedstræk og helbredstilstand.

Ekman og Friesen (1969b, her efter Burgoon et al., 2016, s. 125) inddeler yderligere kinetiske signaler i:

- **Emblemer:** Gestus med en direkte, kulturelt specifik verbal oversættelse, der bruges bevidst og kan stå alene (fx vinke for “hej”, nik for “ja”). De har en præcis betydning, og afsenderen tager ansvar for dem. Antallet af emblemer varierer meget fra kultur til kultur (Ekman & Friesen, 1969b, her efter Burgoon et al., 2016).
- **Illustratorer:** Gestus, der ledsager og understøtter talen, og hjælper med at tydeliggøre og fastholde opmærksomheden. De beskriver, følger og giver rytme til talen (fx tegne en form i luften, vise størrelsesforhold med hænderne). Illustratorer er vigtige for at undgå tvetydige budskaber (Holler & Beattie, 2003, her efter Burgoon et al., 2016).

- **Regulatorer:** Gestus og anden adfærd, der styrer samtals flow og turtagning (fx nik for at opmuntre, øjenkontakt for at signalere taletid). De koordinerer samtalen, læres tidligt og udføres ofte ubevidst. Regulatorer kan være emnerelaterede eller fokusere på at bevare dialogen (Bavelas & Chovil, 2000, 2006; Chovil, 2004, her efter Burgoon et al., 2016).
- **Affektudtryk:** Primært ansigtsudtryk, der signalerer følelser (fx smil for glæde/forlegenhed, rynke panden for tristhed). Der er debat om, hvorvidt de primært afspejler indre følelser eller er sociale signaler (Fridlund & Russell, 2006, her efter Burgoon et al., 2016).
- **Adaptorer:** Adfærd, der tilfredsstiller fysiske eller psykiske behov, og som ofte udføres ubevidst (fx selvadaptorer som at klø sig, objektadaptorer som at pille ved en kuglepen). Selvom de ofte er ubevidste, kan de afsløre personens indre tilstand (McBrayer et al., 1992, her efter Burgoon et al., 2016).

4.2.1.2 Paralingvistik (stemmeføring)

Paralingvistik (eller vokalik/prosodi) omhandler de ikke-sproglige dele af talen, altså hvordan noget siges snarere end, hvad der siges (Burgoon et al., 2016). De kan inddeles i:

- **Segmentale elementer:** De enkelte lydelementer i sproget (fx vokaler eller konsonanters særegne lyd), og beskrivelsen af dem (fx tungens placering eller læbernes udformning).
- **Suprasegmentale træk:** De overordnede træk, der giver sproget rytme, melodi og betoning, og som kan ændre betydningen af et udsagn markant. Her omfattes:
 - **Tonefald (pitch):** En stigende eller faldende tone kan indikere spørgsmål, afslutning eller eftertryk.
 - **Tempo:** Hurtigere tale kan signalere engagement eller stress, mens langsom tale kan skabe en følelse af refleksion eller afslutning.
 - **Volumen:** Variationer i lydstyrke kan bruges til at fremhæve bestemte ord eller udtrykke følelser.
 - **Kvalitet:** Stemmekvaliteten kan være med til at underbygge eller indikere forskellige følelser (fx kan en luftfyldt stemme signalere sårbarhed, mens en hæs stemme kan signalere vrede eller udmattelse).
- **Ikke-leksikalske lyde:** Lyde som “øh”, “mmm” (fyldte pauser) og stilhed (uudfyldte pauser), kan signalere tøven, usikkerhed, signalere turtagning eller skift i fokus.

4.2.1.3 Andre grundlæggende aspekter

Ud over kinetik og paralingvistik nævner Burgoon et al. (2016) også:

- **Haptik:** Dækker over berøring i interaktioner og kan have forskellige funktioner afhængigt af kontekst og relation. Det er en stærk nonverbal kanal, der eksempelvis kan formidle trøst, opmuntring, dominans eller tilknytning.
- **Proksemik:** Handler om, hvordan vi bruger det fysiske rum omkring os til at kommunikere. Afstanden mellem mennesker i en interaktion kan signalere relationens karakter (fx i henhold til Edward Halls zoner (1959, 1990, her efter Burgoon et al., 2016): intim, personlig, social eller offentlig) og påvirke samtaleens dynamik. Kulturelle normer og den specifikke situation spiller en stor rolle for, hvilken afstand der opfattes som passende.
- **Kronomik:** Handler om, hvordan vi bruger tid som en del af kommunikationen. Dette omfatter ting som punktlighed, hvor lang tid vi bruger på en interaktion, hvor hurtigt eller langsomt vi taler, og hvor længe vi venter på et svar. Kulturelle forskelle er meget udtalte, eksempelvis i opfattelsen af punktlighed eller hvor længe man taler ad gangen.
- **Artefakter:** Handler om de fysiske genstande, der omgiver os, samt det nærværende miljø, og hvordan de kommunikerer nonverbalt. Dette kan omfatte tøj, smykker, møbler og indretning. Også valget af mødested kan sende signaler om status, personlighed, interesser, og hvilken type interaktion der forventes.

4.2.2 NVC som regulator af interaktion

Nonverbale signaler fungerer ikke kun som informationsbærere, men spiller også en central rolle i organiseringen og styringen af interaktioner (Burgoon et al., 2016). Ifølge Burgoon et al. (2016) ses dette især inden for følgende områder, hvor kinetiske signaler fungerer som regulatorer:

- **Strukturering af samtaler:** Nonverbale signaler, især kinetiske signaler som hovednik og rytmiske bevægelser, kan fungere som en form for nonverbal tegnsætning (s. 216), der hjælper med at strukturere samtaleforløbet for både talere og lyttere.
- **Turtagning:** Kinetiske signaler, såsom blikretning og gestik, samt paralingvistiske træk (fx tonefald), er afgørende for at signalere, hvornår det er en persons tur til at tale, og for at koordinere overgange mellem talere gennem præcis timing.
- **Indledning og afslutning af interaktioner:** Nonverbale signaler, eksempelvis ændringer i kropsholdning, øjenkontakt og fysisk afstand, bruges til at markere begyndelsen og slutningen af samtaler samt overgange mellem forskellige sekvenser i en interaktion.

- **Emnestyring:** Nonverbale signaler, særligt kinetiske, bruges til at markere skift i samtaleemner.
- **Interaktionssynkronicitet:** Den proces, hvor nonverbale signaler skaber en form for implicit rytme i samtalen, idet parterne ubevidst eller bevidst reagerer på og imiterer hinandens bevægelser og udtryk.

Disse regulerende funktioner af nonverbale signaler bidrager ifølge Burgoon et al. til at “organisere og sekvensere interaktioner” (2016, s. 389). Betydningen bliver særligt tydelig i situationer, der indebærer hyppige skift i fokus, engagement eller aktivitet, idet de hjælper med at skabe struktur og flow i interaktionen.

4.2.3 Automatisk og kontrolleret fortolkning af nonverbale signaler

En anden central skikkelse inden for forskningen i nonverbale interaktioner er professor emeritus i psykologi, Judith Hall. Hun har (med)forfattet talrige publikationer, der udforsker nonverbal kommunikation og sociale adfærd og opfattelser, både i og uden for det terapeutiske rum. Sammen med Terrence Horgan og Nora Murphy udgav hun i 2019 artiklen *Nonverbal Communication* (Hall et al., 2019). Artiklen bakker op om mange af de samme begrebsrammer og koncepter, som netop præsenteret efter Burgoon et al. (2016), men introducerer også nye perspektiver på feltet. Nogle af disse vil blive fremhævet her.

For at forstå, hvordan vi bearbejder nonverbale signaler, skelner Hall et al. (2019) mellem to grundlæggende kognitive processer: *automatisk* og *kontrolleret* fortolkning. De adskiller sig i forhold til i bevidsthedsniveau og kognitiv indsats og begge spiller en afgørende rolle i sociale interaktioner. *Automatisk* fortolkning er en intuitiv, umiddelbar proces, der foregår ubevist. Den bygger på indlærte mønstre, tidligere erfaringer og muligvis medfødte reaktioner (Hall et al., 2019). Vi reagerer umiddelbart på nonverbale signaler og danner os et førstehåndsindtryk, uden at vi nødvendigvis kan identificere de specifikke signaler, der ligger til grund. Automatisk fortolkning sker hurtigt, og kræver ikke meget af os, men er ifølge Hall et al. også modtagelig over for bias og fejlslutninger (2019). *Kontrolleret* fortolkning beskrives derimod i Hall et al. som en langsommere og mere krævende proces, der involverer bevidst fokus og refleksion (2019). Vi observerer aktivt nonverbale signaler og analyserer og fortolker dem i lyset af den specifikke situation og anden relevant information. Denne proces er mere nøjagtig og mindre påvirket af bias, men den kræver tid og mentale ressourcer (Hall et al., 2019).

Automatisk og kontrolleret fortolkning skal ikke ses som to adskilte systemer, men indbyrdes forbundne processer, der hele tiden interagerer (Hall et al., 2019). Vores første, intuitive reaktioner kan påvirke vores efterfølgende bevidste analyse, og vores bevidste overvejelser kan regulere eller ændre vores umiddelbare indtryk. Ofte vil de to processer være på spil samtidigt i en vekselvirkning (Hall et al., 2019).

4.2.4 Brunswiks linsemodel

En anden forståelsesramme, som nævnes i Hall et al. er Brunswiks linsemodel (Brunswik, 1956, her efter Hall et al., 2019).

Brunswiks linsemodel kan være en nyttig teoretisk ramme for at forstå, hvordan vi danner os indtryk af andre mennesker baseret på deres nonverbale adfærd. Modellen illustrerer processen, hvorigennem en persons indre tilstand (fx følelser, intentioner, personlighedstræk) synliggøres gennem observerbare nonverbale signaler ("cues") og fortolkes af en anden person (Hall et al., 2019, s. 274). Ligesom en linse i et kamera eller øje fokuserer og bryder lys for at skabe et billede, omhandler Brunswiks linsemodel, hvordan en modtager 'fokuserer' på og 'fortolker' afsenderens nonverbale cues for at danne sig et indtryk af afsenderens indre tilstand. I denne metafor fungerer de nonverbale cues som det medium, hvorigennem modtageren 'ser' afsenderens tilstand.

Set gennem linsemodellen kan det nonverbale budskab på den måde forstås som eksisterende i tre forskellige stadier (Hall et al., 2019):

1. **Afsenderens indre tilstand:** Dette er den faktiske tilstand, som afsenderen befinder sig i (fx bange eller glad). Denne tilstand er ikke direkte observerbar for andre.
2. **Nonverbale cues:** Dette er de observerbare nonverbale signaler, som afsenderen udsender (fx ansigtsudtryk, kropssprog, stemmeføring, fysisk afstand). Disse cues kan være bevidste eller ubevidste, og de kan være mere eller mindre tydelige.
3. **Modtagerens fortolkning:** Dette er det indtryk, som modtageren danner sig af afsenderens indre tilstand, baseret på de observerede cues.

Mellem disse stadier findes der ifølge Hall et al. tre nøglebegreber, som kan benyttes til at forstå budskabets værdi (2019):

1. **Cue validity** (gyldighed): I hvor høj grad et nonverbalt cue faktisk afspejler afsenderens indre tilstand. Et cue med høj cue validity er et troværdigt tegn på den pågældende tilstand.

2. **Cue utilization** (anvendelse): I hvor høj grad modtageren opfatter, fortolker og vægter de relevante cues korrekt. En modtager med høj cue utilization er god til at aflæse nonverbale signaler.
3. **Funktionel gyldighed**: I hvor høj grad der er overensstemmelse mellem afsenderens indre tilstand og modtagerens fortolkning. Høj funktionel gyldighed betyder, at modtageren har dannet sig et præcist indtryk af afsenderen.

Brunswiks linsemodel understreger, at der altid er en vis usikkerhed i fortolkningen af nonverbale signaler – de samme cues kan betyde forskellige ting i forskellige kontekster, og afsendere kan variere i, hvor tydeligt de udtrykker sig (høj eller lav cue validity) (Hall et al., 2019).

4.2.5 Signaler og tegn

Som en yderligere nuancering af, hvordan nonverbale cues fungerer, skelner Hall et al. (2019) mellem *signaler* og *tegn*. Denne skelnen er særligt relevant i situationer, hvor det kan være afgørende at forstå, hvorfor en person udviser en bestemt nonverbal adfærd.

Hall et al. definerer *signaler* som bevidste, intentionelle handlinger, der indgår i et alment forstået system af nonverbale signaler, mens *tegn* er ubevidste, utilsigtede reaktioner, der kan være informative, men ikke er ment som kommunikation (2019, s. 272-273). *Signaler* er altså ment som kommunikation og har en relativt klar betydning inden for en given social eller kulturel kontekst, mens *tegn* ikke nødvendigvis er en del af et bevidst kommunikationsforsøg, men kan afsløre indre tilstande (Hall et al., 2019).

Det understreges, at grænsen mellem signaler og tegn ikke altid er tydelig. Det er derfor et validt analytisk begreb, mens det i praksis kan være svært at vide, hvorvidt der er intention bag et nonverbalt element eller ej (Hall et al., 2019).

4.2.6 Afrunding

Nonverbal kommunikation er en fundamental del af social interaktion og omfatter et bredt spektrum af signaler, der både regulerer interaktionens flow og struktur og formidler relationelle budskaber. Ifølge Burgoon et al. (2016) er nonverbale signaler ofte mere umiddelbare og opleves som mere autentiske end verbal kommunikation, hvilket gør dem centrale for afstemning, timing og dynamik i interpersonelle relationer.

4.3 Regulering og afstemning

4.3.1 Affektiv afstemning og vitalitetsformer (Stern)

I forlængelse af de hidtil beskrevne teoretiske perspektiver på nonverbal kommunikation introduceres her professor i psykologi Daniel Sterns begreber om *affektiv afstemning* og *vitalitetsformer*. Hvor de foregående afsnit fokuserede på generelle mekanismer i nonverbal interaktion, bidrager Stern (2000, 2010) med en dybere forståelse af, hvordan affektiv og nonverbal resonans skaber meningsfuld forbindelse mellem mennesker. Sterns arbejde, med udgangspunkt i udviklingspsykologi og psykoterapi, belyser disse processer i en psykodynamisk, terapeutisk kontekst.

4.3.1.1 Affektiv afstemning

Affektiv afstemning er et begreb udviklet af Daniel Stern (2000) og præsenteres i bogen *Spædbarnets interpersonelle verden*. Begrebet beskriver en nonverbal proces, hvor mennesker deler og responderer på hinandens følelsesmæssige (affektive) tilstande. Selvom Sterns primære fokus oprindeligt var på spædbørn, har begrebet om affektiv afstemning bredere anvendelse og kan kaste lys over dynamikker i enhver interaktion mellem mennesker. Affektiv afstemning handler ikke om imitation af specifik adfærd, men om at respondere på en måde, der afspejler den følelsesmæssige kvalitet af den andens oplevelse. Affektiv afstemning kan forstås som en nonverbal genklang, hvor man intuitivt fornemmer og møder den andens indre tilstand, uden nødvendigvis at anvende et identisk udtryk (Stern, 2000).

Stern (2000) beskriver, hvordan affektiv afstemning ofte sker tværmodalt – altså på tværs af forskellige sansemodaliteter. Det centrale er ikke den præcise adfærd, men den følelsesmæssige kvalitet, der ligger bag. Ifølge Stern kan denne følelsesmæssige kvalitet udtrykkes og genkendes amodalt, fordi den har nogle grundlæggende dimensioner, der kan opfattes på tværs af sanser – som intensitet, timing og form.

- **Intensitet** refererer til følelsens grad af styrke (fx svag, moderat, kraftig).
- **Timing** omhandler rytme, tempo og varighed af følelsesudtrykket.
- **Form** beskriver den rumlige eller tidslige kontur af følelsesudtrykket (fx stigende, faldende, bølgende).

Disse dimensioner kan transponeres fra én modalitet til en anden (fx fra en bevægelse til en lyd), hvilket muliggør en umiddelbar og intuitiv fornemmelse af en andens indre tilstand. Et eksempel på

det er, hvordan stemmeleje og rytme kan afspejle intensiteten og formen i en bevægelse (Stern, 2000).

Stern (2000) skelner mellem forskellige former for afstemning, herunder *ægte* afstemninger, hvor der er overensstemmelse mellem parternes følelsetilstande, og *fejlafstemninger*, hvor der opstår misforståelser. Fejlafstemninger kan yderligere inddeles i *stemning (tuning)*, hvor man intentionelt over- eller underdriver sin respons for at påvirke den andens tilstand, og *utilsigtet fejlafstemning*. Stern understreger dog, at affektiv afstemning primært sker ubevidst og automatisk. Det er en intuitiv proces, der er fundamental for menneskelig interaktion (2000).

4.3.1.2 Vitalitetsformer

Et andet centralt begreb hos Stern (2010) er *vitalitetsformer*. Vitalitetsformer beskriver de dynamiske, tidlige og kinetiske kvaliteter ved enhver form for adfærd og indre oplevelse – det er måden, noget sker på, snarere end hvad der sker. Stern betragter vitalitetsformer som en grundlæggende, men ofte overset, dimension af den menneskelige oplevelsesverden. De er allestedsnærværende i vores liv, fra de tidligste interaktioner mellem spædbørn og omsorgspersoner, og de påvirker vores oplevelse af os selv, andre og verden omkring os. Desuden er de amodale og kan genkendes på tværs af alle sansemodaliteter; de er ikke knyttet til en specifik, men kan opleves både visuelt, auditivt, taktilt osv., og de kan genkendes på tværs af disse modaliteter (Stern, 2010).

Vitalitetsformer kan beskrives med ord som: “eksploderende”, “hendøende”, “brusende”, “svævende”, “tæt” og “blid” (Stern, 2010, s. 14). Disse ord beskriver ikke specifikke emotioner som glæde eller vrede (*hvad*), men snarere den dynamiske kvalitet af, *hvordan* en vitalitet udfolder sig. Ifølge Stern udgør de dynamiske vitalitetsformer selve fundamentet for vores fornemmelse og oplevelse af andre mennesker i bevægelse. De er allestedsnærværende, fra de tidligste sanseoplevelser til komplekse sociale interaktioner (Stern, 2010).

Stern (2010) understreger, at vitalitetsformer ikke er det samme som emotioner. Der er ikke kun én vitalitetsform, der kan udtrykke en emotion – eksempelvis glæde. Glæde kan være brusende, men den kan også eksplodere eller være stærk. Vitalitetsformer opleves dog ofte i samspil med emotioner, og det er vitalitetsformen, der giver emotionen (eller enhver anden oplevelse) dens dynamiske form (Stern, 2010).

Vitalitetsformer er en afgørende del af interpersonel kommunikation (Stern, 2010). De giver os mulighed for umiddelbart og intuitivt at fornemme og forstå hinandens indre liv, før vi overhovedet begynder at fortolke den specifikke mening med ord eller handlinger. De skaber ifølge Stern en resonans, en følelse af forbundethed, der ligger til grund for mere komplekse former for samspil (2010).

4.3.2 Makro- og mikroregulering (Hart)

Susan Hart (2017) arbejder inden for det neuroaffektive felt, hvor hun fokuserer på, hvordan vi regulerer følelser og interagerer med andre. Hun ser menneskets emotionelle udvikling som et samspil mellem arv og miljø, altså mellem vores medfødte egenskaber og de relationer, vi indgår i. En vigtig pointe er, at hjernen er plastisk, hvilket betyder, at vores følelsesmæssige reaktionsmønstre kan ændres gennem hele livet på baggrund af nye erfaringer og møder med andre mennesker (Hart, 2017).

Hart (2017) identificerer to former for regulering, der supplerer hinanden: *makroregulering* og *mikroregulering*.

- **Makroregulering** henviser de ydre rammer og den struktur, der skaber tryghed og forudsigelighed i vores samvær med andre. Det kan være ting som faste rutiner, klare roller og genkendelige mønstre, der tilsammen udgør en stabil base for følelsesmæssig kontakt. I en terapisisituation kan det for eksempel være en fast struktur for, hvordan sessionerne forløber, med gentagelse af bestemte elementer og en forudsigelig rækkefølge. Denne ydre struktur understøtter den indre følelsesmæssige regulering.
- **Mikroregulering** handler om de små, næsten umærkelige justeringer, vi hele tiden foretager, når vi er sammen med andre. Mikroregulering sker via ansigtsudtryk, kropssprog, tonefald og andre nonverbale signaler, som vi konstant tilpasser efter, hvordan den anden reagerer. Det er gennem denne løbende, nonverbale kommunikation, at vi opretholder og finjusterer den følelsesmæssige kontakt og regulering.

Ifølge Hart er både makro- og mikroregulering vigtig for udvikling af følelsesmæssige kompetencer og selvregulering. Mens makroreguleringen skaber en tryk ramme og forudsigelighed, bidrager mikroreguleringen til en dynamisk og kontinuerlig følelsesmæssig afstemning. Det er i balancen mellem de to niveauer, at optimal emotionel udvikling og relationel forankring kan finde sted (Hart, 2017).

4.3.3 Holding (Slochower)

Joyce Slochower (2013) bygger videre på den engelske psykoanalytiker Donald Winnicotts begreb om *holding*, men omfortolker og udvider det inden for en moderne, relationel psykoanalytisk ramme. Hun argumenterer for, at holding er relevant i enhver terapeutisk relation, hvor der er behov for at skabe et trygt og støttende rum for patientens udforskning. Slochower betoner, at holding er en gensidig proces – ikke blot noget, terapeuten gør alene, men en dynamik, som patienten også skal tillade og medvirke til. Begge parter bidrager til at skabe og opretholde et *holdende miljø (space)*, hvilket indebærer en vis grad af gensidig regulering (Slochower, 2013).

Et centralt element i Slochowens forståelse af holding er begrebet om *analytisk rubricering* (2013). Det henviser til, at terapeuten midlertidigt bør sætte parentes om sin bevidsthed om egne reaktioner, følelser og tanker, der ikke umiddelbart stemmer overens med patientens oplevelse, eller som risikerer at forstyrre den terapeutiske proces. Formålet er at skabe et rum, hvor patientens oplevelse kan være i centrum uden at blive unødigt udfordret eller afbrudt af terapeutens reaktioner. Rubricering handler dog ikke om at undertrykke eller fornægte egne følelser, men om at regulere dem, så de ikke kommer til at dominere det terapeutiske rum. I den forbindelse beskriver Slochower også gensidig rubricering som en proces, hvor patienten ubevidst forsøger at undgå forstyrrende elementer i terapeutens adfærd. Dermed bliver holding hos Slochower en fælles bestræbelse på at opretholde et trygt og støttende miljø (2013).

Endelig fremhæver Slochower (2013), at holding ikke betyder at være passiv eller at give efter. Det indebærer aktiv intervention eller afventen, grænsesætning eller endda konfrontation – forudsat at disse handlinger er afstemt efter patientens behov og times korrekt (Slochower, 2013). Det afgørende er altså, at patienten fortsat føler sig rummet og støttet i sin proces.

4.4 Musikkens funktion

Dette afsnit præsenterer et perspektiv på overgange i musikalsk improvisation efter den nu afdøde professor i musikterapi, Tony Wigram (2004). Wigram var en højt respekteret forsker og kliniker, hvis bidrag har sat et markant aftryk på feltet, både i Danmark og internationalt. Følgende afsnit trækker på elementer fra hans teoretiske og praktiske arv.

4.4.1 Overgange i improvisation (Wigram)

Wigram definerer en overgang som: "Den proces, hvorved terapeutens og klientens (eller klienternes) musik bevæger sig fra én musikalsk ramme til en ny musikalsk ramme" (2001, her efter Wigram, 2004, s. 140).

Der er altså tale om en overgang fra én musikalsk ramme til en anden. Det kan indebære ændringer i dynamik, tempo, tonalitet, tekstur eller andre musikalske elementer (Wigram, 2004). Ændringerne kan være små eller store, subtile eller markante. Ifølge Wigram er det centrale, at de skaber bevægelse i musikken og dermed åbner for nye muligheder i det terapeutiske rum. Han understreger, at overgange er særligt vigtige, når musikken (og terapien) går i ring eller er gået i stå. De fungerer som en modgift (antidote) i den slags situationer (Wigram, 2004).

Wigram præsenterer en række simple overgange, før han italesætter de mere komplekse. Simple overgange kan være små ændringer i ét enkelt musikalsk element, mens andre elementer forbliver konstante. Disse kan ske mellem forskellige varianter indenfor dynamik, rytme eller tonalitet (Wigram, 2004, s. 140-141).

Wigram (2004) definerer tre centrale overgangsformer i improviseret musik: *forførende overgange* (*seductive*), *limboovergange* og *overlapovergange*. Overgangene adskiller sig fra hinanden både i deres forhold til tid og i, hvor markant overgangen er, og de tilbyder på den måde forskellige muligheder i det terapeutiske arbejde.

1. **Forførende overgange** er gradvise og subtile, hvor forandringen sker næsten umærkeligt. De er velegnede til klienter, der er følsomme over for skift. Terapeuten ændrer ét musikalsk parameter ad gangen (fx dynamik) og guider nænsomt musikken i en ny retning.
2. **Limboovergange** indebærer en bevidst opløsning af den musikalske struktur. Musikken bevæger sig ind i et 'mellemrum' præget af gentagelse og manglende retning. Dette skaber en pause, men behøver ikke føre til noget nyt.
3. **Overlapovergange** sker, når et nyt musikalsk element introduceres, mens det eksisterende fortsætter. De to lag overlapper altså, før det nye element overtager. Denne overgang er tydeligere end den forførende, men giver stadig tid til tilvænning.

Ifølge Wigram (2004) kan overgange initieres af både klient og terapeut, og de kan være både bevidste og ubevidste. Han fremhæver terapeutens fleksibilitet og lydhørhed som afgørende for at kunne opfange og respondere på klientens initiativer til forandring, samt for selv at kunne initiere

musikalske overgange, der understøtter de terapeutiske processer. Wigram påpeger nemlig, at der er en tæt sammenhæng mellem de musikalske processer i overgangene og de parallelle terapeutiske processer (2004).

Wigram lægger vægt på at disse overgangstyper også er praktiske redskaber i det musikterapeutiske arbejde, og kan integreres i en lang række musikalske aktiviteter og fungere på flere niveauer (2004). Ud over at være konkrete musikalske greb kan de også tjene som metaforer for klientens livsprocesser og dermed bidrage til øget selvforståelse. Arbejdet med overgange kan understøtte klientens evne til at udtrykke sig, til at omstille sig og til at håndtere forandringer – både i musikken og i livet. Det er dog afgørende, at terapeuten anvender overgangene med omtanke og er opmærksom på klienten, så de matcher de aktuelle behov og ressourcer (Wigram, 2004).

4.5 Afrunding

I dette kapitel blev et udvalg af teoretiske perspektiver præsenteret, som kan belyse fænomenet interventionsovergange i musikterapi. Selvom teorierne om nonverbal kommunikation, regulering og afstemning samt musikkens funktion er centrale, udgør de ikke en udtømmende redegørelse for feltet. Ikke desto mindre danner de et grundlag for den efterfølgende diskussion af de empiriske fund.

5 Diskussion

Efter at have præsenteret analysens resultater ([kapitel 3](#)) og de udvalgte teoretiske perspektiver ([kapitel 4](#)), vil jeg i dette kapitel forbinde de to dele og derefter afrunde med opsamlende metodiske og personlige refleksioner.

Jeg indleder diskussionen med at sætte de væsentligste fund i relation til de præsenterede teoretiske perspektiver ([afsnit 5.1](#)), for at bidrage til en dybere forståelse af de mekanismer, der er på spil i interventionsovergange i musikterapi. I denne del vil 'terapeuten' igen indgå som en naturlig forlængelse af analysen. Teori-fund-diskussionen vil blive efterfulgt af en diskussion af forskellige begrebers relevans ([afsnit 5.2](#)). Dernæst følger en opsamlende metodisk vurdering af forskningsdesign, autoetnografi og tematisk analyse ([afsnit 5.3](#)). Undervejs diskuteres de forskellige elementer i undersøgelsens betydning og potentielle praktiske implikationer. Kapitlet rundes af med personlige refleksioner og implikationer ([afsnit 5.4](#)).

5.1 Teori-fund-diskussion

Med udgangspunkt i de teoretiske perspektiver præsenteret i [kapitel 4](#) vil dette afsnit diskutere deres relevans for analysens fund ([kapitel 3](#)). Diskussionen tager afsæt i centrale teoretiske begreber og undersøger, hvordan begreberne kan anvendes til at belyse de processer og dynamikker, der kendetegner interventionsovergange, som de fremstår i de autoetnografiske narrativer.

5.1.1 Nonverbal kommunikation i interventionsovergange

Som det fremgik af analysen ([kapitel 3](#)), spiller nonverbal kommunikation en afgørende rolle i skabelsen og markeringen af interventionsovergange. Terapeutens kropssprog, ansigtsudtryk, stemmeføring og timing er med til at forme interaktionen og påvirke klientens oplevelse. I det følgende diskuteres, hvordan specifikke nonverbale signaler (Burgoon et al., 2016; Hall et al., 2019) kan forstås i arbejdet med overgangene.

5.1.1.1 Kinetiske signaler i interventionsovergange

Ifølge Burgoon et al. (2016) er nonverbal kommunikation ikke blot en parallel informationskanal til den verbale kommunikation, men en strukturerende mekanisme, der styrer timing og skift i interaktioner. I analysen af interventionsovergange viste det sig også tydeligt i terapeutens evne til at aflæse patientens signaler og justere sin egen adfærd derefter.

Et centralt aspekt er kropssprog og bevægelser (kinetik). Analysen viste, at ændringer i kropsholdning, mimik og gestik kunne fungere som et transitionsøjeblik – fx når terapeuten lænede

sig frem for at signalere, om det var tid til, at en intervention skulle afsluttes (narrativ C), når patientens armbevægelser tydeliggjorde et fysisk behov (narrativ A), eller når patientens ændring i ansigtsudtryk fra et udtryk for smerte til et mere afslappet udtryk, indikerede en ny følelsesmæssig tilstand (narrativ B). Når det (som i eksemplerne fra narrativ A og B) fremkalder en passende reaktion hos den anden part, beskriver Burgoon et al. (2016) dette som interaktionssynkronicitet, hvor nonverbale signaler skaber en form for implicit rytme i samtalen. Dette synes relevant til beskrivelse af dette aspekt i en interventionsovergang, om end der nok kan findes en mere mundret udgave af tilsvarende begreb andetsteds.

På samme måde spillede øjenkontakt en væsentlig rolle i transitionsøjeblikke. Pludselig afbrudt øjenkontakt kunne indikere en tøven eller en følelsesmæssig forandring (narrativ C), mens længerevarende øjenkontakt kunne understøtte en fokusovergang (narrativ B). Dette er i tråd med Burgoon et al.'s (2016) pointe om, at øjenkontakt og anden kinetik kan regulere turtagning og kan fungere som et nonverbalt cue for skift i aktivitet.

5.1.1.2 Paralingvistiske signaler i interventionsovergange

Selvom der i analysen ikke var direkte fokus på stemmens nonverbale dimensioner (paralingvistik), er der flere eksempler i narrativerne på, hvordan terapeuten bruger stemmens paralingvistiske kvaliteter, samt at de tilsyneladende er med til at lette interventionsovergangene. Det stemmer også overens med, hvordan det i Burgoon et al. (2016) beskrives, at disse paralingvistiske signaler som tonefald, volumen og pauser kan signalere skift i interaktionen og understøtte samtalestrukturen.

I analysen sås dette eksempelvis, når terapeuten:

- Sænkede sin stemme i forbindelse med at facilitere en overgang til en mere rolig eller afslappende fase (narrativ B).
- Brugte en strategisk pause (også kronomik) for at give patienten mulighed for at tage initiativ til en ny fase i sessionen (narrativ A).
- Justerede sit tonefald i overensstemmelse med patientens respons for at skabe en mere hensigtsmæssig overgang (særligt narrativ A og C).

Dette peger på, at paralingvistiske træk kan fungere som en mekanisme i transitionsforløb, der kan hjælpe terapeuten med at skabe et transitionsøjeblik (eller nøgleøjeblik) med en patient.

Ligeledes viste patientens paralingvistiske signaler også tydelig påvirkning af transitionsforløbet i narrativerne. I narrativ A var det særligt patientens mange pauser (åndenød), i narrativ B var det

særligt tonefaldet i den indledende sætning, og i narrativ C var det muligvis selve nøgleøjeblikket, da patienten reagerer med intens gråd. I alle tre tilfælde påvirkede det både terapeutens timing og valg angående tilgang og interventionsovergang.

5.1.1.3 Betydningen af andre nonverbale komponenter

Et andet interessant fund i analysen var betydningen af fysisk placering og afstand (proksemik) i interventionsovergange. Burgoon et al. (2016) påpeger også, at ændringer i fysisk nærhed har stor indflydelse i relationelle dynamikker, hvilket kunne være interessant at kigge nærmere på i narrativerne. Umiddelbart var proksemik en stor faktor på forløbet i narrativ B, hvor terapeuten tænkte nøje over placering (hvilket i nogen grad også var tilfældet i narrativ C), og muligvis også i narrativ A, hvor patienten kommer og sætter sig lige ved siden af, med blikket rettet samme vej som terapeuten.

Terapeutens brug af tid (kronomik) var ligeledes en faktor i flere af interventionsovergangene. Som kort antydnet i [afsnit 5.1.1.2](#) var der en udpræget brug af pauser, af timing i forbindelse med overgangene i transitionsforløbet i narrativ A. For at komme betydningen af denne faktor endnu nærmere, kunne der analyseres en lignende case, hvor der havde forelagt audio- eller videomateriale. Det viste sig dog også i, at terapeuten tydeligt tog sig god tid i narrativ C og undlod at forcere processen, mens han både udviser stor tidseffektivitet i overgangen fra samtale til musik i narrativ B, og efterfølgende god tid til musikalske interventioner. Disse eksempler viser, at timing og tempo er væsentlige nonverbale virkemidler i terapeutens 'værktøjskasse'.

Særligt i narrativ B (i forbindelse med proksemik) sås en tydelig brug af artefakter i terapeutens nøje overvejelser angående placering af sine instrumenter (iPad-stativ og guitar). Der sås ingen klare eksempler på haptik med relation til interventionsovergangene i de autoetnografiske narrativer, hvilket muligvis kan tilskrives konteksten: patienter på onkologiske sengeafsnit.

Samlet set viser disse eksempler, at terapeutens bevidste og ubevidste brug af rum, tid og genstande også spiller en rolle i skabelsen af interventionsovergange.

5.1.1.4 Automatisk og kontrolleret fortolkning af nonverbale signaler

Nonverbale signaler kan modtages og fortolkes på to niveauer: automatisk (ubevidst) eller kontrolleret (reflekteret) (Hall et al., 2019). I interventionsovergangene i narrativ A, B og C er det særligt relevant, da terapeuten ofte måtte balancere mellem en intuitiv, umiddelbar fornemmelse af patientens signaler og en mere strategisk, bevidst brug af nonverbal kommunikation til at facilitere skift mellem interventioner.

Den automatiske proces indebærer, at terapeuten ubevidst opfanger nonverbale signaler – eksempelvis en ændring i patientens ansigtsudtryk (narrativ B og C), vejrtrækning (narrativ A og B) eller kropsholdning (narrativ A). Dette kan skabe en umiddelbar, intuitiv fornemmelse af, at noget ændrer sig i interaktionen, hvilket kan føre til en ligeledes intuitiv tilpasning af terapeutens adfærd (fx ændring af stemmeleje, ansigtsudtryk eller tempo i musikken, som i narrativ B).

Den kontrollerede proces indebærer derimod, at terapeuten bevidst observerer og analyserer patientens nonverbale reaktioner og bruger denne information strategisk til at facilitere eller, måske nærmere, guide overgangen. Det kan eksempelvis være en skiftende kropsholdning (narrativ A), der bevidst tolkes som et tegn på uro eller ubehag. Nonverbale strategier kan også bruges mere proaktivt, eksempelvis ved bevidst at spejle patientens bevægelser for at skabe synkronisering eller ved at justere paralingvistiske elementer (som taletempo og pauser) for at skabe en blødere overgang mellem musik og samtale. I narrativ A er det ikke fuldstændig klart, hvor bevidste (eller hvor omfattende) musikterapeutens nonverbale handlinger er, men terapeuten er tydeligvis opmærksom på den nonverbale information, patienten signalerer, og bruger den aktivt i sine overvejelser og handlinger, eksempelvis i forbindelse med den effektive, verbale interventionsovergang til musik og afslapning samt i forsøget på at flytte samtalen ind på patientstuen.

I praksis vil terapeuten ofte veksle mellem disse to processer: intuition og strategi. De ubevidste reaktioner kan fungere som en 'første alarm', der gør opmærksom på, at noget er på færde, mens den bevidste analyse gør det muligt at finjustere interventionen og træffe informerede valg om, hvordan overgangen bedst kan faciliteres. Netop denne vekselvirkning mellem intuition og refleksion er central for terapeutens evne til at navigere i de komplekse dynamikker, der kendetegner interventionsovergange. En øget bevidsthed om samspillet mellem intuition og strategi i nonverbal fortolkning kan give terapeuten et mere præcist billede af, hvilke processer der er på spil i interaktionen. Det kan styrke terapeutens evne til at vurdere, om en intervention eller et fokus bør justeres, videreføres eller udskiftes. Men som det fremgår af narrativerne, er det en løbende udfordring at finde den rette balance mellem at stole på den umiddelbare, intuitive fornemmelse og samtidig være kritisk reflekterende over for, om interventionen bør justeres.

5.1.1.5 Brunswiks linsemodel

Brunswiks linsemodel (Brunswik, 1956, her efter Hall et al., 2019) giver en værdifuld teoretisk ramme til at forstå de komplekse processer, der ligger til grund for, hvordan terapeut og patient

opfatter og fortolker hinandens nonverbale signaler i dynamiske interaktioner som i interventionsovergange.

Hvis vi anvender linsemodellen og dens begreber cue-validity (i hvor høj grad de observerbare signaler faktisk afspejler patientens indre tilstand), cue-utilization (i hvor høj grad terapeuten korrekt opfatter og vægter signalerne) og funktionel gyldighed (i hvor høj grad, der er overensstemmelse mellem hensigt og fortolkning) på interventionsovergange, bliver det tydeligt, at terapeutens evne til præcist at afkode patientens signaler, både de bevidste og de ubevidste, er afgørende for at kunne vurdere, hvornår og hvordan (og måske hvorfor) en overgang er hensigtsmæssig.

- Eksempel fra narrativ B: I narrativ B fortolker terapeuten formentlig patientens rolige vejrtrækning og lukkede øjne korrekt: som tegn på afslapning (høj cue validity og cue utilization). Det fører til en passende intervention (fortsat roligere musik), og dermed en høj funktionel gyldighed. En fejlagtig fortolkning kunne have ført til en uhensigtsmæssig intervention.
- Eksempel fra narrativ A: I narrativ A er situationen mere kompleks. Patienten udtrykker verbalt, at han har det okay, men hans besværede vejrtrækning og kropsholdning (høj cue validity for fysisk ubehag) signalerer noget andet. Terapeutens forslag om at flytte ind på stuen kan ses som et forsøg på at imødekomme det, han opfatter som patientens reelle behov (høj cue utilization af nonverbale signaler, men potentiel lav cue utilization af verbale signaler). Patientens afvisning skaber imidlertid en situation med lav funktionel gyldighed, hvor terapeutens intention og patientens oplevelse ikke stemmer overens. Det illustrerer en udfordring i at vægte forskellige cues korrekt, især når de er modstridende.

Brunswiks linsemodel understreger også, at der altid er en vis usikkerhed i fortolkningen af nonverbale signaler. Samme cue kan betyde noget forskelligt i forskellige kontekster (fx kan et smil både vise glæde og usikkerhed), og afsenderens cue validity kan variere. Derfor er terapeutens erfaring, kontekstuelle forståelse og evne til at integrere information fra flere cues afgørende for at begrænse usikkerheden. Terapeuten må løbende validere sine fortolkninger eksempelvis ved åbne spørgsmål, observation af respons og opmærksomhed på uoverensstemmelser mellem verbale og nonverbale signaler – en form for kalibrering af terapeutens 'linse'. Denne afstemningsproces synes netop at være central i de undersøgte interventionsovergange.

5.1.1.6 Signaler og tegn

I forlængelse af Brunswiks linsemodel er det relevant at supplere med inddelingen i *signaler* og *tegn*, som Hall et al. (2019) beskriver. Ifølge Hall et al. (2019) kan nonverbal adfærd inddeles i signaler, der er bevidste og intentionelle, og tegn, der er ubevidste og spontane udtryk. Hvor Brunswiks linsemodel fokuserer på præcisionen i (terapeutens) aflæsning af (patientens) cues, retter signal/tegn-inddelingen opmærksomheden mod intentionen bag den nonverbale adfærd. I denne kontekst med interventionsovergange kan en skelnen mellem signaler og tegn bidrage til terapeutens forståelse af, hvordan patienten oplever interventionen, og hvordan terapeuten bedst tilpasser den eller faciliterer en overgang.

- Eksempel fra narrativ C: Da terapeuten spørger, om det er okay at fortsætte med at spille, giver patienten “et lille nik”, hvilket kan tolkes som et *signal* om accept. Samtidig viser parrets kropssprog og emotionelle tilstand tydelige *tegn* på en intens følelsesmæssig tilstand. Senere overvejer terapeuten at introducere en ny aktivitet, men der er ingen klare verbale eller nonverbale signaler fra parret. Terapeuten må forlade sig på tegn (kropssprog, følelsesmæssig tilstand) og egen intuition. Denne usikkerhed fører til, at terapeuten forbliver i “musikerrollen”.

Denne skelnen mellem signaler og tegn er, som dette eksempel viser, ikke altid ligetil. Den har dog direkte konsekvens for, hvordan terapeuten forstår patientens (og de pårørendes) behov, og hvordan han initierer (og forsøger at facilitere) interventionsovergange. Ved at være bevidst om denne forskel kan terapeuten øge sandsynligheden for, at overgange opleves som meningsfulde og støttende. Det understreger vigtigheden af en vedvarende opmærksomhed på både de bevidste og ubevidste aspekter af nonverbal kommunikation i den terapeutiske proces, samt en bevidsthed om terapeutens egen rolle og mulige bias (fx “musikerrollen” versus “terapeutrollen”, narrativ C).

5.1.1.7 Opsamling og perspektiv

De foregående afsnit har vist, hvordan forskellige nonverbale faktorer – fra kropssprog og stemmeføring til fysisk afstand, timing og brugen af genstande – spiller en afgørende rolle i interventionsovergange. Disse nonverbale signaler fungerer både som regulatorer af interaktionen, der markerer og påvirker skift i fokus, aktivitet og emotionel tilstand, og som bærere af information om patientens indre tilstand og oplevelse af interventionen. Terapeutens evne til at aflæse, fortolke og respondere på patientens nonverbale signaler samt til bevidst at bruge sine egne nonverbale signaler er essentiel for at skabe afstemte og meningsfulde interventionsovergange.

Et gennemgående fund i analysen var desuden identifikationen af nøgleøjeblikke – specifikke øjeblikke i interventionsforløbet, hvor en bestemt handling eller interaktionselement syntes at være afgørende for, om en overgang blev faciliteret eller forstyrret. Ud fra analysen i denne undersøgelse synes nøgleøjeblikkene ofte at være knyttet til nonverbale handlinger (som det ses, særligt i narrativ B og C), men at verbale handlinger også kan spille en afgørende rolle, eksempelvis ved sangønsket i narrativ A. I narrativ B kunne øjeblikket, hvor patientens vejrtrækning bliver tungere, ses som et nøgleøjeblik – selvom det måske ikke i sig selv er et nonverbalt signal fra patienten, responderer terapeuten på det som et sådant. Denne tendens stemmer overens med Burgoon et al.'s (2016) pointe om, at nonverbal kommunikation ofte fungerer som den primære kommunikation i interpersonelle interaktioner. Det peger i retning af, at nonverbale handlinger kan have en særlig udløsende funktion for skift i interaktionen, og for interventionsovergange i det hele taget. Det er dog vigtigt at understrege, at nonverbale og verbale signaler altid indgår i et komplekst samspil, så det vil nok ofte være kombinationen af cues, der skaber et eventuelt nøgleøjeblik.

Som Brunswiks linsemodel og en skelnen mellem signaler og tegn viser, er fortolkningen af nonverbale signaler aldrig helt entydig. Der vil altid være en vis usikkerhed og et behov for løbende afstemning. Udfordringen for terapeuten ligger i at balancere intuition og refleksion, at være åben for både de bevidste og ubevidste signaler, og at være opmærksom på sin egen rolle og mulige bias i fortolkningsprocessen. En dybere forståelse af processerne er derfor nøglen til at optimere interventionsovergange og dermed styrke den terapeutiske proces.

5.1.2 Regulering og afstemning i interventionsovergange

De nonverbale interaktioner, og særligt den gensidige tilpasning af adfærd, er tæt forbundet med regulering og afstemning i interaktioner (i terapi). I det følgende vil begreberne blive udfoldet med henblik på at belyse, hvordan disse processer kommer til udtryk i de analyserede narrativer.

5.1.2.1 *Affektiv afstemning i interventionsovergange*

I analysens narrativer ser vi konkrete eksempler på, hvordan terapeuten løbende forsøger at afstemme sig til patienten i forbindelse med interventionsovergange. Daniel Sterns begreb affektiv afstemning (2000) virker særdeles rammende for at forstå de subtile, nonverbale processer, der ligger til grund for den følelsesmæssige resonans og forbindelse, der kan opstå (og efterstræbes) mellem terapeut og patient, for at spore sig ind på hvornår og hvordan en interventionsovergang kunne faciliteres.

- I narrativ B reagerer terapeuten på patientens smerter og kvalme ved at spille stille og roligt. Dette er ikke en imitation af patientens ubehag, men en affektiv afstemning til patientens grundlæggende tilstand – en sansning af patientens anspændthed og behov for ro. Efterhånden som patienten falder i søvn, synkroniseres terapeutens spil med patientens vejrtrækning. Her er der tale om en tæt affektiv afstemning, hvor terapeuten følger og understøtter patienten nonverbalt.
- I narrativ C ser vi en lignende stræben efter affektiv afstemning, selvom situationen er mere kompleks. Efter parret reagerede med voldsom gråd på salmen, vælger terapeuten at fortsætte med at spille for at rumme den intense følelsesmæssige situation. Selvom terapeuten ikke deler parrets specifikke sorg, afstemmer han sig med den følelsesmæssige intensitet gennem sin musikalske tilstedeværelse.

Disse eksempler viser, at affektiv afstemning kan belyse helt centrale mekanismer i interventionsovergange i musikterapi. Det handler ikke kun om at reagere på patientens eksplicite verbale udsagn, men om at sanse, og respondere på, de subtile, ofte ubevidste nonverbale signaler, der kan vise patientens indre tilstand. Det er også centralt, at affektiv afstemning ikke er en statisk tilstand, men en vedvarende, dynamisk proces, hvor terapeuten vedblivende tuner ind på patienten og justerer sin egen adfærd. Den proces involverer både umiddelbar, intuitiv respons og bevidst observation og refleksion (jf. diskussionen af automatisk og kontrolleret fortolkning i [afsnit 5.1.1.4](#)).

I narrativ A overvejer terapeuten eksempelvis patientens præferencer for opholdssted – gangen eller stuen? Terapeuten forsøger at aflæse patientens signaler, men erkender efterhånden usikkerheden i tolkningen. Det viser, at affektiv afstemning ikke altid er en enkel proces. Det kræver en villighed til at stole på sin intuition, men også en parathed til at korrigere sig selv, hvis man opdager en fejltolkning eller en manglende afstemning. Det vigtige er at blive ved med at søge forbindelsen med patienten.

Ved at forblive opmærksom på både egne og patientens signaler og tilpasse sin egen nonverbale adfærd derefter, kan terapeuten skabe en følelse af samhørighed og gensidig forståelse, som kan være afgørende for en vellykket interventionsovergang. Det kan altså tyde på, at hvis den affektive afstemning er til stede eller sker mellem terapeut og patient, er der større chance for, at en hensigtsmæssig, måske umærkelig, interventionsovergang lettere kan finde sted – og måske endda uden en klar bevidsthed om, hvordan denne overgang præcist udfolder sig. Det kan også betyde, at

terapeuten derfor ikke behøver at skulle rumme eller overskue hele forløbet af transitionsøjeblikke, men blot fokusere på, hvad terapeuten oplever, der er brug for – hvis denne oplever en tilstand af affektiv afstemning.

5.1.2.2 Vitalitetsformer i interventionsovergange

I forlængelse af affektiv afstemning tilbyder Sterns (2010) begreb vitalitetsformer et andet værdifuldt redskab til at forstå de dynamiske processer i interventionsovergange. Vitalitetsformer er, som beskrevet i teori afsnittet, de kvaliteter, der kendetegner måden, noget gøres på – eksempelvis den 'eksploderende' karakter af en bevægelse, lyd eller følelse (Stern, 2010). De er ikke knyttet til specifikke emotioner, men giver form til oplevelsen og er afgørende for vores umiddelbare fornemmelse af andre mennesker (Stern, 2010).

Hvor traditionelle analyser af musikterapeutiske interventioner ofte fokuserer på indholdet (fx hvilken aktivitet, der igangsættes), giver vitalitetsformer en mulighed for at undersøge formen – hvordan overgangen udføres, dens tidlige, dynamiske og kinetiske kvalitet. Dette er særligt relevant i en musikterapeutisk kontekst, hvor nonverbal kommunikation og affektiv afstemning, som tidligere nævnt, spiller en central rolle, og hvor musikken i sig selv udtrykker vitalitetsformer.

Som det fremgår af narrativerne, har ord som 'abrupt', 'flydende', 'tøvende' og 'energisk' været anvendt intuitivt til at beskrive interventionsovergange. Disse er netop eksempler på vitalitetsformer. Ved at systematisere denne beskrivelse og eksplicit referere til Sterns teori kan analysen præciseres og forbindes til den en bredere teoretisk ramme. Vitalitetsformer kan således bruges som et beskrivelsesværktøj til at indfange hvordan-delen af interventionsovergangene.

Eksempler fra narrativerne: I narrativ B beskriver terapeuten, hvordan overgangen til rolig musik skabes. Denne overgang kan beskrives med vitalitetsformer som blid, gradvis og omsluttende. Senere, da patienten falder i søvn, ændres musikken gradvist, og overgangen til stilhed kan beskrives som aftagende eller glidende. I modsætning hertil kan overgangen i narrativ A, hvor patienten får åndenød, beskrives som afbrydende eller presserende – en markant anderledes vitalitetsform.

Vitalitetsformer kan potentielt bruges til at analysere karakteren af selve overgangen og dermed give indsigt i flere aspekter af den terapeutiske proces:

- **Graden af forandring:** Hvor stor er forskellen mellem den foregående og den efterfølgende intervention, målt på vitalitetsform? En overgang fra energisk til stille vil opleves som mere markant end en overgang fra rolig til stille.
- **Terapeutens intention** (implicit eller eksplicit): Hvilken effekt søger terapeutens at opnå med overgangen? En abrupt overgang (fx et pludseligt stop i musikken) kan signalere et tydeligt skift i fokus eller en nødvendig afbrydelse. En flydende overgang (fx en gradvis ændring i tempo eller dynamik) kan skabe en følelse af kontinuitet og sammenhæng. En tøvende overgang kan afsløre terapeutens usikkerhed eller en bevidst strategi om at give patienten plads.
- **Patientens respons** (observeret nonverbalt (eller verbalt) udtryk): Hvordan reagerer patienten på overgangens vitalitetsform? Accepterer patienten overgangen? Modsætter patienten sig? Bliver patienten forvirret, overvældet, lettet? Patientens respons kan give værdifuld information om, hvorvidt overgangen er hensigtsmæssig og understøttende.

I narrativ C bliver dette særligt tydeligt. Her er det ikke tilstrækkeligt blot at skifte fra den ene sang til den næste. Terapeuten må opmærksomt sanse stemningen og dens forandringer. Da parret reagerer så kraftigt på salmen, opstår der en intens vitalitetsform, som terapeutens må forholde sig til. Terapeuten vælger at fortsætte med at spille for at rumme denne intensitet, men er samtidig bevidst om ikke at forstærke den unødigt. Senere, da nabopatienten kommer ind, må terapeutens modulere vitalitetsformen – fra det intense til noget mere åbent og inkluderende. Det er en proces, hvor terapeutens hele tiden er opmærksom og tilpasser sig de dynamiske kvaliteter i situationen.

Vitalitetsformer kan altså være en væsentlig dimension af interventionsovergange. De kan bidrage til at skabe sammenhæng og mening i oplevelsen. De kan også være med til at give en indsigt i, hvordan musikken virker – ikke kun, hvad der spilles, men hvordan det spilles, og hvilken dynamisk kvalitet det skaber (udadtil). En yderligere udforskning af vitalitetsformernes rolle kunne med fordel inddrage mere systematisk analyse af musikalske parametre (tempo, dynamik, harmonik, klangfarve) og deres relation til oplevede vitalitetsformer, hvilket dog også ville kræve et andet datamateriale end de autoetnografiske narrativer i denne undersøgelse.

5.1.2.3 Kritiske refleksioner over affektiv afstemning og vitalitetsformer

Selvom Sterns begreber om affektiv afstemning og vitalitetsformer er værdifulde, er det vigtigt at være opmærksom på potentielle faldgruber og udfordringer ved deres anvendelse i praksis. En risiko kunne være overidentifikation, hvor terapeutens i sin stræben efter affektiv resonans ukritisk

spejler patientens følelser men mister fornemmelsen for eventuelle grænser patienten eller terapeuten selv måtte have. Det ville kunne føre til en forstærkning af negative følelser og hæmme interventionsovergangene.

Ligeledes er det værd at overveje, om vitalitetsformer i praksis kan blive for flygtige og svære at anvende konkret, da de netop beskriver dynamiske kvaliteter snarere end klart afgrænsede adfærdsmønstre. Desuden kan vitalitetsformer være svære at anvende på en præcis og konsistent måde i analysehenseende. Der er en risiko for, at de bliver for subjektive og abstrakte.

Selvom Sterns begreber om affektiv afstemning og vitalitetsformer er værdifulde, er det også vigtigt at forholde sig kritisk til deres anvendelse i praksis. En reflekteret og nuanceret tilgang til affektiv afstemning og vitalitetsformer kan bidrage til at styrke den terapeutiske proces, mens en ureflekteret og overdreven fokusering kan risikere at forstyrre den.

5.1.2.4 Makro- og mikroregulering (Hart)

Sterns fokus på affektiv afstemning og vitalitetsformer suppleres af Hart (2017), hvis begreber om makro- og mikroregulering uddyber forståelsen af, hvordan terapeuten både kan skabe overordnede, stabile rammer og foretage løbende, situationsbestemte justeringer i interventionsovergange.

Makroregulering, der handler om at etablere forudsigelige rammer og strukturer, er implicit til stede i alle narrativer. Det kommer til udtryk i terapeutens valg af kendte sange (narrativ A, B og C) og i forsøget på at skabe et trygt rum (fx forslaget om at gå ind på stuen i narrativ A, møde dem på deres stue i narrativ B og C). Disse kan ses som et forsøg på makroregulering, der kan skabe tryghed og genkendelighed og dermed også potentielt set kan bidrage til at lette overgangene. Det er dog vigtigt at understrege, at de specifikke vilkår på et onkologisk sengeafsnit ofte begrænser mulighederne for en fast og forudsigelig makroregulering. Da terapeuten typisk kun møder patienten en enkelt eller få gange, i uvante omgivelser (på trods af at hospitalsstuen efterhånden kan blive (kedeligt) genkendelig for nogle) og ofte under omstændigheder præget af sygdom, usikkerhed og potentielt stærke følelser, er det sjældent muligt at etablere faste rutiner eller en struktureret plan for sessionen. Hertil kommer udefrakommende larm, andre patienters tilstedeværelse og skiftende personale.

Mikroregulering, derimod, handler om de konstante, små, ofte nonverbale justeringer, der sker i interaktionen. Her er der tydelige eksempler i alle narrativer: terapeutens tilpasning af stemmeleje og tempo (narrativ B og C), de strategiske pauser (narrativ A), den løbende afstemning af

kropssprog og blik (alle narrativer). Disse mikroregulerende handlinger er afgørende for at fastholde kontakten, respondere på patientens skiftende behov og guide overgangene på en sensitiv måde. Netop fordi de ydre rammer (makroreguleringen) ofte er ustabile eller uforudsigelige i en hospitalskontekst, bliver terapeutens evne til mikroregulering særligt afgørende. Det er gennem de små, løbende justeringer, at terapeuten kan skabe en følelse af tryghed, tillid og afstemthed, selv når de ydre omstændigheder er vanskelige.

Narrativerne viser imidlertid også at det kan være udfordrende at skabe balance mellem makro- og mikroregulering. I narrativ A kan terapeutens gentagne forslag om at flytte ind på stuen ses som et forsøg på at etablere en bedre makroregulering, men det mislykkes – måske fordi det ikke er afstemt med patientens umiddelbare behov (mikroregulering). Det understreger, at en vellykket interventionsovergang kræver en konstant vekselvirkning mellem de to reguleringsniveauer, og at terapeutens evne til at navigere i denne vekselvirkning kan være afgørende for det terapeutiske forløb.

5.1.2.5 Holding og interventionsovergange

I dette afsnit vil jeg diskutere holding-begrebet, som det er udviklet af Donald Winnicott og især videreført af Joyce Slochower (2013), og dets potentiale til at bidrage til forståelsen af interventionsovergange.

5.1.2.5.1 Holding som en fælles proces i interventionsovergange

Som redegjort for i [afsnit 4.3.3](#), er holding ikke en ensidig handling fra terapeutens side ifølge Slochower (2013), men en proces, der opstår i samspillet mellem terapeut og patient. Holding er noget, patienten tillader terapeuten at gøre, og det kræver en vis grad af gensidig rubricering.

Dette relationelle perspektiv på holding bidrager meningsfuldt til forståelsen af mine fund vedrørende interventionsovergange. Som vi ser i narrativ C, hvor parret har en voldsom følelsesmæssig reaktion på salmen, er terapeuten ikke alene om at rumme og skabe en tryk atmosfære (holde) for parret. I lyset af denne forståelse af holding er det en fælles rubricering, hvor parret lader terapeuten gøre dette.

I narrativ A, kan der også forstås at være et holdene miljø i terapeuten og patientens samvær ude på gangene. Men patienten synes at have en grænse for, hvor han lader dette holdene miljø være – og giver eksempelvis ikke terapeuten mulighed for at gøre det samme på sin stue.

Holding-begrebet hjælper med at sætte ord på den relationelle dimension og bakker op om min forståelse af interventionsovergange, som et fænomen, hvor både terapeut og patient har indflydelse. Det handler ikke kun om, hvad terapeuten siger eller gør, men i høj grad også om, hvordan det gøres, og om den relationelle kontekst, der skabes. Holding-begrebet er dermed med til at understrege, at interventionsovergange er en fælles proces.

5.1.2.5.2 Begrænsninger ved holding-begrebet

Selvom holding-begrebet bidrager til forståelsen af visse aspekter i interventionsovergange, har det også sine begrænsninger.

- **Risiko for idealisering:** Der er en fare for at komme til at se holding som en magisk løsning på terapeutiske problemer. Det er vigtigt at huske, at holding er en proces, der ikke altid bare lykkes, og at der kan være situationer, hvor andre tilgange er mere hensigtsmæssige.
- **Svært at måle:** Holding er en subjektiv og relationel proces, der kan være svært at vide sig sikker på. I denne hensigt kan det sammenlignes med, hvordan der i affektiv afstemning (Stern, 2000) kan opstå forskellige former for fejlafstemninger. Det kan desuden være vanskeligt at bevise, om en bestemt overgang lykkedes på grund af holding.
- **Magtasymmetri:** Slochower taler om gensidighed, men med en bevidsthed om fænomener som holding, er der (som med så meget andet) et potentiale for misbrug af denne slags magt.

5.1.2.6 Perspektiver på holding i musikterapi

I terapeutiske situationer hvor holding kunne være en påvirkende faktor i en interventionsovergang, kan det give mening med en opmærksomhed på:

- **Betydningen af den relationelle dimension:** Interventionsovergange handler ikke kun om teknik, men i høj grad om at skabe en tryk og tillidsfuld relation, eksempelvis gennem holding.
- **Nonverbal kommunikation:** Terapeuten skal være opmærksom på sine egne og patientens nonverbale signaler, da de spiller en væsentlig rolle i holding-processen.
- **Analytisk rubricering:** Terapeuten skal være bevidst om og regulere egne reaktioner for at kunne være fuldt til stede for patienten.
- **Patientens perspektiv:** Terapeuten skal huske, at holding er noget, der opleves fra patientens perspektiv, ikke terapeutens.

Ved at integrere holding-begrebet i omtalen af interventionsovergange kan det bidrage til større sensitivitet og bevidsthed om at skabe trygge og hensigtsmæssige interventionsovergange.

5.1.2.7 Ligheder mellem holding og affektiv afstemning

Det er værd at bemærke, at Slochowens (2013) beskrivelse af holding har mange lighedspunkter med begrebet affektiv afstemning, som det er udviklet af Stern (2000). Begge begreber understreger betydningen af nonverbal kommunikation, hjælper med at sætte ord på denne relationelle dimension og understreger, at interventionsovergange er en fælles proces, hvor både terapeut og patient bidrager. Mens affektiv afstemning primært fokuserer på mikroprocesser i følelsesmæssig udveksling, der finder sted i øjeblikket, har holding dog et bredere fokus, der omfatter hele den terapeutiske ramme og terapeuten samlede måde at være med patienten på.

5.1.3 Musikkens funktion

Mens de foregående afsnit har belyst interventionsovergange gennem nonverbal kommunikation samt regulering og afstemning, tilbyder musikterapeuter naturligvis også specifikke perspektiver. Tony Wigrams arbejde med overgange i musikalsk improvisation (2004), som beskrevet i [afsnit 4.4](#), giver en værdifuld indgang til at forstå de musikalske dimensioner af overgangene og musikkens potentielle funktion i faciliteringen heraf.

5.1.3.1 Overgange i musikalsk improvisation og terapeutiske interventioner

Wigram (2004) definerer improvisationsovergange specifikt som bevægelsen mellem forskellige musikalske rammer i fælles improvisation, altså hvor både terapeut og klient bidrager musikalsk. Selvom den kliniske kontekst i narrativerne primært er receptiv (livemusik, hvor terapeuten spiller for patienten), er Wigrams perspektiv stadig relevant for den type overgang, som i analysen blev kategoriseret som musikalske overgange ([afsnit 3.6.2.1](#)). Narrativ B er et tydeligt eksempel herpå. Her anvender terapeuten bevidst og gradvist ændringer i musikalske parametre – tempo, dynamik og endda taktart – for at facilitere en overgang fra en tilstand præget af smerte og kvalme mod afslapning og søvn. Denne proces, hvor musikken subtilt justeres for at møde og lede patientens tilstand, afspejler Wigrams idé om overgange som terapeutiske redskaber, der kan fungere som en modgift mod en fastlåst tilstand. Den gradvise og nænsomme karakter af disse musikalske skift i narrativ B minder betydeligt om Wigrams beskrivelse af forførende overgange, som netop er kendetegnet ved subtile ændringer, der egner sig til sensitive klienter eller situationer, og er muligvis netop et eksempel på en sådan.

I narrativ C udløser musikken en intens følelsesmæssig reaktion. Terapeutens efterfølgende overvejelser handler ikke så meget om at ændre den musikalske ramme (han fortsætter med at spille for at 'holde' rummet), men om hvorvidt han skal facilitere en modalitetsovergang til samtale og/eller en fokusovergang ved at introducere en ny aktivitet. Samtidig kan hans tøven og fastholdelse af musikken ses i lyset af Wigrams pointe om at anvende overgange med omtanke for klientens behov. Samtidig illustrerer netop denne situation, hvordan Wigrams musikalske teknikker potentielt kunne anvendes til at sondere terrænet for en bredere terapeutisk overgang: Man kunne her overveje, om en improvisatorisk inspireret, rent musikalsk forførende- eller overlapovergang, kunne have været en mulighed for terapeuten til forsigtigt at undersøge, om parret var klar til en ændring i den musikalske stemning. Sådanne forsigtige musikalske 'følere' kunne potentielt have givet terapeuten et praj om parrets parathed til en bredere terapeutisk overgang (fx i fokus eller modalitet), med mulighed for at vende tilbage til den oprindelige stemning, hvis skiftet føltes forstyrrende. Dette går også i tråd med Wigrams pointe om sammenhængen mellem musikalske og terapeutiske processer, som han især beskrev for overgange inden for aktive musikalske rammer i fælles improvisation.

Analysen viser imidlertid, især i narrativ A, at skift mellem musik og andre modaliteter (især samtale) ligeledes er hyppige og relevante interventionsovergange i den receptive musikterapeutiske praksis i denne undersøgelse. I narrativ A ses netop gentagne modalitetsovergange mellem musik og samtale, drevet af både patientens verbale initiativer og terapeutens observationer af patientens fysiske tilstand (fx åndenød). Overgangene her handler primært om at skifte interaktionsform. At observere disse modalitetsskift side om side med de musikalske overgange (som i Narrativ B) understreger vigtigheden af det bredere begrebsapparat (musikalske, modalitets-, fokusovergange), der blev udviklet i analysen, for at kunne indfange fænomenets mangfoldighed nærmere i denne kontekst.

Selvom Wigrams specifikke overgangstyper (limbo, overlap) ikke træder lige så tydeligt frem i de analyserede receptivt prægede sessioner som i aktiv improvisation, er hans grundlæggende pointe om den tætte sammenhæng mellem musikalske processer og terapeutiske processer yderst relevant. Analysen understøtter klart, at de musikalske valg og justeringer i alle tre narrativer er direkte forbundet med de terapeutiske mål som regulering (narrativ A og B), følelsesmæssig forløsning og holding (narrativ C) samt skabe forbindelse og tillid (alle narrativer). Musikken er ikke blot en aktivitet, men et aktivt redskab, hvis dynamiske udformning (inklusive overgangene i musikken) har terapeutisk betydning.

Endvidere understreger Wigrams fokus på terapeutens fleksibilitet og lydhørhed (2004) et centralt fund i analysen. Terapeutens konstante afvejning af patientens signaler, egne intentioner og kontekstens muligheder er afgørende for navigationen i interventionsovergange. Narrativ C illustrerer den kompleksitet og usikkerhed, der kan opstå i denne proces, og som Wigram også berører i sin opfordring til opmærksom anvendelse af overgangsteknikker.

Sammenfattende tilbyder Wigrams perspektiv et relevant bidrag til forståelsen af de specifikt musikalske aspekter af interventionsovergange, især når det gælder ændringer inden for en musikalsk aktivitet. Det belyser, hvordan musikalske elementer kan manipuleres for at facilitere forandring, regulering og endda afsøgning af terapeutisk retning. I tilegnelsen af en nærmere forståelse af fænomenet interventionsovergange i den forstand, som det udforskes i dette speciale – inklusive skift mellem modaliteter og fokus – bliver Wigrams perspektiv særligt værdifuldt, når det ses i samspil med de bredere teorier om nonverbal kommunikation og regulering/afstemning samt den typologi (musikalske, modalitets-, fokusovergange), der blev udviklet i analysen. Wigrams arbejde tilbyder dermed et væsentligt musikspecifikt fundament, som komplementeres af de andre perspektiver for at skabe et mere fuldstændigt billede af interventionsovergange.

5.2 Begrebsdiskussion

5.2.1 Anvendelighed og begrænsninger ved begreber fra teoretiske perspektiver

Gennemgangen af nonverbal kommunikation, affektiv afstemning, vitalitetsformer, makro-/mikroregulering, holding og improvisation har præsenteret et bredt spektrum af teoretiske begreber. Derfor vil jeg i det følgende give en kritisk opsamling på, om, i hvilket omfang, og hvordan disse begreber kan anvendes til at belyse interventionsovergange og de dynamikker, der påvirker dem. Ikke alle begreber vil være lige relevante eller anvendelige i alle situationer, og nogle kan være mere frugtbare end andre indenfor konteksten af denne undersøgelse.

5.2.1.1 Begreber fra NVC

Inden for nonverbal kommunikation synes der at være en overflod af begreber og kategorier (kinetik, paralingvistik, proksemik osv.). Selvom disse begreber kan være nyttige til at systematisere observationer og skabe et fælles sprog, kan de også blive for skematiske og reducerende. Ikke al NVC lader sig let indfange i prædefinerede kategorier, og der er en fare for at overse de subtile nuancer og den kontekstuelle betydning, hvis man udelukkende fokuserer på de enkelte elementer. I denne undersøgelse har begreber som interaktionssynkronicitet, linsemodellens cues samt signaler/tegn været særligt interessante til at belyse specifikke aspekter af den nonverbale

interaktion i interventionsovergange, selvom de ikke giver et fuldstændigt billede. Inddelingen med de mere grundlæggende begreber (som de indledningsvist nævnte) kan dog være nyttige at have kendskab til, for at få udvidet sit perspektiv på, hvor omfattende NVC er. Det hjælper med at forstå og navigere i kompleksiteten og nuancerne i nonverbal kommunikation.

5.2.1.2 Sterns begreber

Sterns begreber om affektiv afstemning og vitalitetsformer tilbyder en mere holistisk og nær tilgang, der kan indfange de dynamiske og relationelle aspekter af interventionsovergange.

Begreberne er særligt relevante for at forstå, hvordan terapeuten skaber kontakt og resonans med patienten på et følelsesmæssigt plan. Udfordringen er, at begreberne kan være svære at bruge til at skabe en mere standard forståelsesramme. De kræver en fortolkende tilgang og en sensitivitet over for nuancerne i interaktionen.

5.2.1.3 Harts begreber

Harts begreber om makro- og mikroregulering giver et nyttigt analytisk redskab til at skelne mellem forskellige niveauer af regulering i interventionsovergange. De kan hjælpe med at strukturere analyse og identificere både de overordnede rammer og de løbende justeringer, der er på spil. I denne undersøgelse har begreberne især bidraget til at belyse, hvordan terapeuten forsøger at skabe tryghed og forudsigelighed (makro) og samtidig tilpasse sig patientens skiftende behov (mikro).

5.2.1.4 Holding-begrebet

Holding-begrebet har en anden karakter end de foregående, idet det i højere grad beskriver en relationel kvalitet end specifikke handlinger. Det tilføjer en meget værdifuldt dimension med en påmindelse om, at interventionsovergange altid finder sted i en relationel kontekst, ikke bare i et virvar af signaler og tegn, der skal analyseres og responderes på, på bestemte og velovervejede måder, og at terapeutens mere intuitive evne til at skabe et trygt og rummende miljø er afgørende. Begrebet er mindre velegnet til at analysere specifikke interaktionsmønstre.

5.2.1.5 Wigrams begreber

Wigrams begreber tilbyder værdifulde redskaber til at analysere dynamikken og de terapeutiske potentialer i musikalske overgange. Begreberne er dog udviklet specifikt til analyse af fælles klinisk improvisation med fokus på skift indenfor musikalske rammer. I mødet med en overvejende receptiv praksis, hvor skift mellem modaliteter (fx musik/samtale) er hyppige, viser Wigrams model sig mindre dækkende for hele spektret af interventionsovergange. Specifikke improvisationsbaserede overgangstyper (fx limbo, overlap) kan ligeledes have begrænset relevans.

Begrebernes styrke ligger altså i den musikalske mikrodynamik, men sammen med bevidsthed om konteksten og integration med bredere perspektiver kan de bidrage væsentligt til forståelse og nuancering af interventionsovergange i denne undersøgelses specifikke setting.

5.2.1.6 Opsamlende diskussion af anvendelighed

Samlet set, som jeg ser det, kan de præsenterede begreber bidrage til en mere nuanceret og dybdegående forståelse af interventionsovergange, og hvordan de kan påvirkes. Det er dog, som min diskussion har vist, vigtigt at forholde sig selektivt og kritisk til de mange begreber og overveje, hvilke der giver mest mening i forhold til de specifikke fund og den konkrete kontekst. Ingen af begreberne kan alene indfange hele kompleksiteten i fænomenet. Det er heller ikke nødvendigt (eller realistisk) at huske alle begreber i enhver situation. Men at have en grundlæggende forståelse for de processer, begreberne beskriver, og en bevidsthed om de forskellige niveauer af interaktion, der er på spil, fremstår for mig, ud fra denne undersøgelse, som væsentlig. Jeg ser et stort potentiale i at undersøge, hvordan de forskellige begreber kan integreres i en mere systematisk model til forståelse og facilitering af interventionsovergange i musikterapi, samt en slags tests af begrebernes anvendelighed i andre og bredere kontekster. Udviklingen og afprøvningen af en sådan integreret model kunne potentielt styrke både den teoretiske ramme og den kliniske praksis vedrørende interventionsovergange.

5.2.2 Anvendelighed og begrænsninger ved undersøgelsens 'egne' begreber

Ud over at trække på eksisterende teori har jeg i denne undersøgelse også udviklet et specifikt begrebsapparat i forsøget på at indfange og analysere fænomenet interventionsovergange. Det omfatter hovedbegrebet *interventionsovergange*, de analytiske underbegreber *transitionsforløb*, *transitionsøjeblikke* og *nøgleøjeblikke*, samt typologien med *musikalske*, *modalitets-* og *fokusovergange*. I det følgende diskuteres anvendeligheden og begrænsningerne ved disse begreber.

5.2.2.1 Interventionsovergange (hovedbegreb)

Begrebet blev introduceret ([afsnit 1.1.1](#) & [afsnit 1.2.2](#)) for at adressere et oplevet hul i litteraturen omkring skift i musikterapisessioner i hospitalsregi. Den indledende definition var bevidst bred for at favne et uudforsket fænomen. Gennem analysen viste interventionsovergange sig at være endnu mere komplekse, dynamiske og flerlagede, end først antaget. Den brede definition viste sig derfor anvendelig, netop fordi den kunne rumme denne kompleksitet. Den brede forståelse kan måske især være relevant for erfarne musikterapeuter, som i højere grad forventes at have opmærksomhed på og kunne navigere i selv de mest subtile skift i afstemning og dynamik. For studerende eller

nyuddannede, hvis undren måske, som oprindeligt i denne undersøgelse, knytter sig til mere markante overgange (fx fra musik til samtale), kan det pædagogisk give mening først at fokusere på de tydeligere skift, før opmærksomheden rettes mod de finere mikroprocesser. At fænomenet kan rumme denne store kompleksitet, fra det åbenlyse til det næsten umærkelige, blev imidlertid tydeligt gennem analysen. Begrebet har således udviklet sig fra en indledende fornemmelse af specifikke skift til at omfatte en bredere vifte af dynamiske processer.

Som et overordnet paraplybegreb synes interventionsovergange at have fungeret godt i denne undersøgelse, men dets fokus på overgange som en proces i stedet for klare begivenheder har samtidig rejst spørgsmålet om, hvad der egentlig kommer først: interventionen eller selve overgangen? Umiddelbart kan det synes nærliggende at tænke, at der ikke kan være en interventionsovergang, før der har været en intervention. Efter min overbevisning kan noget imidlertid ikke opstå af ingenting, og processen i denne undersøgelse bakker op om dette. I analysen stødte jeg hurtigt på, at den allerførste 'intervention' nødvendigvis må være indlejret i eller følge af en indledende overgang – overgangen fra ikke-terapi til terapi (første intervention), som opstår i selve mødet mellem terapeut og patient. Dette fremgår også af både analyse og illustrationer (fx figur 3, [afsnit 3.4](#)), der starter med at vise en interventionsovergang (og slutter med en). Denne første overgang formes af de indledende verbale og nonverbale signaler, afstemningen og de relationelle dynamikker – netop de mekanismer, der generelt viser sig at forme interventionsovergange i det terapeutiske rum – før den første egentlige intervention finder sted (jf. analysens startpunkter og Burgoon et al.'s (2016) pointe om interaktionsprimat i [afsnit 4.2](#)). Selvom det kan diskuteres, understøtter denne forståelse synet på interventionsovergange som en fundamental og kontinuerlig proces i det terapeutiske møde, snarere end blot isolerede skift mellem definerede handlinger.

5.2.2.2 Transitionsforløb, -øjeblikke og nøgleøjeblikke

Disse tre begreber blev udviklet i en iterativ proces under analysen (jf. [afsnit 3.4](#), [3.5](#), [3.6](#)) ud fra et behov for at kunne rette fokus nærmere mod interventionsovergange og deres mindre bestanddele. *Transitionsforløb* gav mulighed for at se på det samlede forløb af overgange i en session, frem for hele sessionens indhold. *Transitionsøjeblikke* gjorde det muligt at zoome ind på de mindre bestanddele eller hændelser, der udgjorde eller påvirkede en overgang. *Nøgleøjeblikke* hjalp med at rette fokus mod de potentielt mest afgørende elementer i et forløb. Tilsammen tilbyder de en måde at bevæge sig videre fra en forståelse af interventionsovergange som isolerede begivenheder og

analysere dem som processer med sin egen dynamik og struktur. Begreberne tilføjer således et værdifuldt organiseringsniveau til analysen og diskussionen i denne undersøgelse.

Som nye begreber er klare definitioner (som forsøgt i [kapitel 3](#)) og konsistent brug naturligvis vigtigt. De overlapper bevidst hierarkisk: Nøgleøjeblikke er særlige transitionsøjeblikke, som igen er dele af et transitionsforløb. Det ser jeg ikke som et problem, men som en styrke, da det åbner for analyse på flere detaljeniveauer. Om de i praksis vil opleves tilstrækkeligt klare, afhænger af yderligere afprøvning og muligvis skarpere definitioner.

Begrebernes værdi rækker formentlig ud over specifikke analyser i mere formelle undersøgelser. De kan give et sprog i supervision og refleksion, hvor man kan diskutere specifikke hændelser, eksempelvis: “Hvad skete der i transitionsøjeblikkene op til skiftet?”, “Var der et særligt nøgleøjeblik?”, eller “Hvordan tegnede det samlede transitionsforløb sig?”. Også i undervisningen af kommende musikterapeuter kan der måske være et potentiale i at bruge begreberne til at rette fokus på overgange mellem interventioner og de subtile processer, der udspiller sig i dem.

Begreberne er udviklet på baggrund af ét autoetnografisk studie og bør afprøves i andre kontekster, med andre metoder og af andre forskere/klinikere.

5.2.2.3 De tre overgangstyper (musikalske, modalitets-, fokusovergange)

Typologien opstod under den tværgående analyse ([afsnit 3.6.2.1](#)) som en måde at kategorisere de forskellige typer overgange, jeg fandt. De tre typer – overgange i musikken (musikalske), skift mellem måder at være sammen på (modalitets-), og ændringer i terapeutisk sigte (fokusovergange) – virkede til at fange de vigtigste forskelle i denne kontekst.

Inddelingen har sandsynligvis begrænsninger i andre former for musikterapi. Aktiv improvisation kunne fx kræve finere underinddelinger af musikalske overgange (fx Wigrams (2004)), og gruppeterapi kunne have andre dimensioner. Men for denne undersøgelse gav inddelingen en nyttig ramme til at skelne mellem og forstå de komplekse overgange. Analysen viste også, at typerne godt kan overlappe eller ske på samme tid. Om typologien alligevel er brugbar og dækkende i andre musikterapeutiske sammenhænge, må fremtidige studier dog vise.

5.3 Opsummerende vurdering af metodiske valg

Selvom den metodiske refleksion er vævet ind i specialet løbende (jf. [afsnit 2.5](#)), samler jeg i dette afsnit op på de centrale metodiske erfaringer. Fokus er her specifikt på at vurdere

forskningsdesignet samt anvendelsen af autoetnografi og tematisk analyse i lyset af den konkrete forskningsproces, herunder de væsentligste styrker, udfordringer og begrænsninger, der trådte frem.

Et markant træk ved specialets opbygning er, at teoriafsnittet kommer efter analysen. Dette valg afspejler det grundlæggende forskningsdesign, som er kvalitativt, eksplorativt og induktivt med en autoetnografisk vinkel (beskrevet i [kapitel 2](#)). Pointen med den induktive tilgang er, at teorien primært skal bruges til at diskutere og fortolke de fund, der kommer ud af analysen, i stedet for at styre analysen fra start (jf. Ankersborg, 2024). Selvom jeg undervejs i skriveprocessen oplevede, at det kunne føles mere naturligt løbende at flette teori og diskussion sammen, valgte jeg at fastholde den separate struktur. Strukturen medførte på den måde, at den centrale diskussion, hvor teori og fund skulle bringes sammen ([afsnit 5.1](#)), kunne bygge på et solidt og transparent grundlag: dels en klar og datanær analyse ([kapitel 3](#)), dels en gennemtænkt præsentation af den relevante, analyseinformerede teori ([kapitel 4](#)).

Styrken ved den valgte induktive tilgang var åbenheden og nysgerrigheden. Åbenheden var essentiel, da den tillod en undersøgelse af et fænomen, der i udgangspunktet var delvist undefinerbart. Tilgangen gjorde det derefter muligt for centrale begreber og forståelser at vokse frem i analysen af praksiserfaringerne, uden at være begrænset af en på forhånd bestemt teori. En alternativ tilgang kunne have været mere abduktiv, hvor relevante teorier (fx om nonverbal kommunikation) i højere grad var blevet inddraget undervejs i analyseprocessen, efterhånden som specifikke temaer trådte frem. Det kunne potentielt have givet en stærkere teoretisk integration i selve analysen. Samtidig ville det indebære en risiko for at indsnævre fokus for tidligt, og blive så optaget af de kendte teorier, at man overså de unikke nuancer, som netop denne undersøgelses data kunne tilbyde. Eksempelvis er det ikke sikkert, at de nye begreber var opstået under en mere teoretisk informeret analyse. Valget handlede altså om at vægte den eksplorative og datanære undersøgelse af et nyt fænomen højest. Den eksplorative og induktive natur betyder også, at forskningsprocessen i sagens natur ikke har været strengt lineær. Vejen er blevet til undervejs med løbende justeringer, efterhånden som forståelsen af fænomenet udviklede sig (fx fra at se overgange som isolerede skift til at forstå dem som komplekse processer).

Inden for det kvalitative, eksplorative og induktive forskningsdesign som ramme, gav autoetnografien en unik adgang til praksisnærhed og dybde. Bagsiden af medaljen er den uundgåelige subjektivitet og dobbeltrolle, hvor fundene formes af min personlige livsverden, som dog samtidig også netop er dens klare styrke, når den anvendes med høj refleksivitet og transparens.

Men netop det at balancere 'insiderens' følelsesmæssige engagement i de oplevede situationer med den nødvendige analytiske distance var en konkret udfordring. Her var supervision og de teoretiske perspektiver vigtige redskaber til at skabe et kritisk reflektivt rum. På trods af systematisk arbejde og refleksivitet kan bias altså ikke udelukkes. Resultaterne peger derfor ikke mod generalisering, men mod dybdeforståelse og begrebsudvikling, hvilket passer til det eksplorative sigte. Alt i alt fremstår autoetnografien, trods disse forbehold, som en nødvendig og relevant vej til at belyse det fænomen, jeg oplevede.

Til analysen af de autoetnografiske narrativer blev tematisk analyse (TA) valgt, da metodens fleksibilitet passede godt til den eksplorative undersøgelse af et 'nyt' fænomen, interventionsovergange. Flexibiliteten blev dog udfordret af fænomenets ikke klart afgrænsede karakter. Da jeg dykkede videre ned i kodningen af narrativerne (blandt andet med farver), gik det op for mig, hvor gennemgribende fænomenet faktisk var – det meste syntes pludselig at have indflydelse på interventionsovergangene, hvilket gjorde det svært at isolere fænomenet fra sessionens helhed. Jeg måtte derfor erkende, at min oprindelige plan om at 'klippe' enkelte sekvenser ud til nærmere analyse ikke var realistisk, hvilket på sin vis ledte mig tilbage til min oprindelige fornemmelse af interventionsovergange (i praktikken) som værende komplekst og vanskeligt at håndtere. Her viste TA sig alligevel værdifuld og tillod justeringen af analyseniveauet (fra sekvenser til transitionsforløb). At definere klare temaer for et så forholdsvist flydende fænomen og samtidig være bevidst om egen rolle i temakonstruktionen, krævede dog grundig overvejelse og en fokuseret proces, hvilket blev afhjulpnet af syvtrins processen (se [kapitel 3](#)) og supervision. Samlet set fremstår TA som have været en hensigtsmæssig metode, der understøttede en nuanceret, datanær analyse.

5.4 Afsluttende refleksion og personlige implikationer

Som en autoetnografisk undersøgelse, hvor min subjektive livsverden har været integreret gennem hele specialet, er det hensigtsmæssigt at afslutte med en personlig refleksion. Denne vil samle specialets tråde, belyse min oplevelse som forsker og pege fremad, og dermed bidrage til en mere helhedsorienteret forståelse af det undersøgte fænomen.

Autoetnografi var en ny og til tider udfordrende metode for mig, markant forskellig fra tidligere undersøgelser. Selvom det var uvant at betragte personlige erfaringer som data, har muligheden for at dykke dybt ned i en presserende praksisudfordring været afgørende for specialet. Processen har været præget af både læring og fascination, hvilket også er kommet til udtryk undervejs. Jeg oplever

mig nu bedre rustet til min fremtidige praksis med en dybere indsigt i interventionsoverganges kompleksitet og betydning. Samtidig har rejsen været krævende. Den åbne, induktive tilgang medførte perioder med usikkerhed om retning, hvor samtaler med min vejleder og simple pusterum, såsom en gåtur, var afgørende for at acceptere processens natur. Først mod slutningen af denne intense skriveproces er mange tråde for alvor samlet, hvilket understreger metodens organiske (til tider frustrerende) natur.

Min forståelse af interventionsovergange har udviklet sig markant undervejs. Fra en frustrerende fornemmelse af 'noget', jeg ikke mestrede, er fænomenets kompleksitet og dens vanskeligt definerbare natur nu mere klar. Den måske største erkendelse er, at interventionsovergange er dynamiske processer, formet af interaktion og kontekst – ikke isolerede hændelser. Denne indsigt bekræfter min oprindelige fornemmelse af, at fænomenet ikke let lader sig indfange, og specialets præsentation ses derfor som et startsted for videre udforskning, ikke en endelig facitliste.

På et konkret plan tager jeg flere værdifulde redskaber med mig videre fra specialearbejdet. Begrebet interventionsovergange og den udviklede typologi giver et håndgribeligt sprog til i praksis hurtigt at spore mig ind på, hvad der er på spil, og hvilken retning jeg ønsker at bevæge mig i, hvilket muliggør mere bevidste valg. Til efterfølgende refleksion ser jeg stor værdi i begreber som Sterns vitalitetsformer og en skelnen mellem signaler og tegn, som kan skærpe analyse, refleksion og forståelse af subtile interaktioner. Samlet set styrker disse indsigter, sammen med en generelt øget bevidsthed om nonverbal kommunikation, fundamentet for at træffe mere informerede og afstemte terapeutiske beslutninger.

Selvom fokus primært var på nonverbale elementer, har processen vakt min interesse for samspillet med de verbale aspekter af interventionsovergange, hvilket fremstår som et oplagt område for fremtidig forskning og personlig fordybelse. Den selvreflekterende forskningsproces har desuden givet mig en dybere indsigt i værdien af selvrefleksion i terapeutisk arbejde. I lyset af interventionsoverganges kompleksitet forekommer en nærmere undersøgelse af udviklingen og anvendelsen af denne terapeutiske kompetence derfor også som et væsentligt område at forfølge. Oplevelsen af at bruge mine egne erfaringer som data var ambivalent, idet åbenheden omkring tanker og usikkerheder medførte en vis sårbarhed samt tvivl om andres vurdering. Samtidig var nærheden til materialet afgørende for den dybde, jeg oplever, undersøgelsen har nået. Specialet har således været en personlig og faglig rejse, der har givet nye indsigter og et bredere fundament for min fremtidige praksis som musikterapeut.

6 Konklusion

I denne autoetnografiske undersøgelse har jeg, med afsæt i praksiserfaringer fra korte, intensive forløb i hospitalsregi, undersøgt hvordan fænomenet interventionsovergange kan forstås i en musikterapeutisk kontekst.

Specialet har vist, at interventionsovergange bedst forstås som komplekse, dynamiske og flerlagede processer snarere end isolerede tekniske skift. Disse processer formes i et tæt samspil mellem terapeut, patient, musik og kontekst og præges i høj grad af faktorer som nonverbal kommunikation, regulerings- og afstemningsprocesser samt musikkens specifikke anvendelse. Teoretiske perspektiver på disse faktorer er desuden centrale for at belyse, hvorfor og hvordan overgangene udfolder sig – særligt i lyset af de udfordringer og terapeutiske overvejelser der opstår i praksis. De handler især om balancen mellem at lede og følge samt om at være opmærksom på egne reaktioner.

For at muliggøre en dybere og mere nuanceret indsigt i og analyse af disse processer introduceres et nyt begrebsapparat. Dette omfatter en typologi (musikalske, modalitets- og fokusovergange) og deskriptive begreber (transitionsforløb, -øjeblikke, nøgleøjeblikke). Tilsammen giver begreberne et grundlag for dybere faglig refleksion og en mere præcis opfattelse af overgangene, og de rummer potentiale til at bidrage til både musikterapeutisk praksis og uddannelse.

Dette bidrager samlet set til en forståelse af interventionsovergange, der flytter fokus mod de dynamiske og relationelle aspekter. Med denne forståelse samt opmærksomhed på de nævnte påvirkningsfaktorer kan terapeuten mere bevidst navigere i og facilitere meningsfulde overgange.

Specialets begrænsede empiriske grundlag understreger behovet for yderligere forskning for at validere og videreudvikle den præsenterede forståelse og begrebsramme – både i andre kontekster og med forskellige metodiske tilgange.

Litteraturliste

- Andersen, N. L. (2018). *Musikterapeutiske umiddelbare møder – et autoetnografisk studie af en miljøterapeutisk tilgang til demensplejen* [Kandidatspeciale]. Aalborg Universitet.
- Ankersborg, V. (2024). *Specialeprocessen: Tag magten over dit speciale!* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Baarts, C. (2020). Autoetnografi. I L. Tanggaard & S. Brinkmann (Red.), *Kvalitative metoder: En grundbog* (3. udg., s. 203–216). Hans Reitzel.
- Baptiste, D. A. (Red.). (2002). *Clinical epiphanies in marital and family therapy: A practitioner's casebook of therapeutic insights, perceptions, and breakthroughs*. Taylor & Francis Group.
- Bonde, L. O. (2011). *Musik og menneske: Introduktion til musikpsykologi* (2. udg.). Samfundslitteratur.
- Bonde, L. O. (2014). Musikterapi i den palliative indsats. I L. O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning – en håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 349–356). Klim.
- Bradt, J., Dileo, C., Myers-Coffman, K., & Biondo, J. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(9). <https://doi.org/10.1002/14651858>
- Brammer, L. M. (1992). Coping with life transitions. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 15(4), 239–253. <https://doi.org/10.1007/BF02449903>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Braun, V., Clarke, V., & Hayfield, N. (2022). 'A starting point for your journey, not a map': Nikki Hayfield in conversation with Virginia Braun and Victoria Clarke about thematic analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 19(2), 424–445. <https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1670765>
- Bruscia, K. E. (Red.). (1998). *The dynamics of music psychotherapy*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3. udg.). Barcelona Publishers.
- Burgoon, J. K., Floyd, K., & Guerrero, L. (2016). *Nonverbal communication*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Chang, H. (2016). *Autoethnography as method*. Routledge.
- Coleman, E. A., & Berenson, R. A. (2004). Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal Medicine*, 141(7), 533–536. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009>
- Dallos, R. (with Stedmon, J.). (2009). *Reflective practice in psychotherapy and counselling*. Open University Press.
- Dansk Musikterapeutforening. (u.å.). *Om musikterapi*. Hentet 27. marts 2025, fra www.danskmusikterapi.dk/index.php/om-musikterapi/
- Dansk Musikterapeutforening. (2016). *Etiske principper: For medlemmer af Dansk Musikterapeutforening*. <https://www.danskmusikterapi.dk/wp-content/uploads/2024/09/Web-Etiske-principper-2016.pdf>

- Eagers, J., Franklin, R. C., Broome, K., Yau, M. K., & Barnett, F. (2022). Current occupational therapy scope of practice in the work-to-retirement transition process: An Australian study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(6), 495–510. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1841286>
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An overview. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, 36(4), 273–290.
- Fafner, J. (2024, september 12). *Humanisme*. Lex - Danmarks nationaleleksikon. <https://lex.dk/humanisme>
- Foley, G. N., & Gentile, J. P. (2010). Nonverbal communication in psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(6), 38–44.
- Guldager, J. (2015). *Videnskabsteori – en indføring for praktikere*. Akademisk forlag.
- Hall, J. A., Horgan, T. G., & Murphy, N. A. (2019). Nonverbal communication. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 271–294. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103145>
- Hart, S. (2017). Introduktion til neuroaffektive processer i musikterapi. I B. D. Beck & C. Lindvang (Red.), *Musik, krop og følelser: Neuroaffektive processer i musikterapi* (s. 53–78). Frydenlund Academic.
- Jacobsen, V. A. (2021). Novice-terapeuters forudsætninger for at praktisere integrativ psykoterapi. *Psyke & Logos*, 42(1), 111–128. <https://doi.org/10.7146/pl.v42i1.128769>
- Jensen, I. H., & Hald, C. (2021). *Bivirkninger i forbindelse med medicinsk kræft-behandling*. Herlev Hospital.
- Johannsen, N., & Nissen, P. S. (2013). *Terapeutens brug af sig selv – hvordan indre processer og selvfølelse kan skabe forandring ud fra et psykoanalytisk og mentaliseringsbaseret perspektiv* [Kandidatspeciale]. Aalborg Universitet.
- Kræftens Bekæmpelse. (2020, juni 12). *Musikterapi og musikmedicin*. www.cancer.dk/hverdag/hvad-kan-du-selv-goere/alternativ-behandling/behandlingsformer/musikterapi/
- Leslie, L. A. (2002). Finding one's voice. I D. A. Baptiste (Red.), *Clinical epiphanies in marital and family therapy: A practitioner's casebook of therapeutic insights, perceptions, and breakthroughs* (s. 211–216). Taylor & Francis Group.
- Lindstrøm, S. M., Falk, M., Knudsen, B. L., Bøtker, J. Ø., Hyldgaard, U. L., & Rasmussen, L. (2020). *Anbefalinger til kompetencer for musikterapeuter i den palliative indsats*. Dansk Musikterapeutforening. [https://www.dmcgpal.dk/files/januar2020_musikterapeuter_a4brochure_low\(1\).pdf](https://www.dmcgpal.dk/files/januar2020_musikterapeuter_a4brochure_low(1).pdf)
- Neergaard, M. A. (2024, februar 29). *Smertes og smertebehandling ved kræft*. Sundhed.dk. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kraeft/sygdomme/behandlingsmetoder/smerter-og-smertebehandling-ved-kraeft/>
- Nielsen, T. N. M. (2024). *Musikterapeutiske interventioner med brug livemusik hos voksne patienter på kræft- eller palliativafsnit – et scoping review* [Upubliceret semesterprojekt]. Aalborg Universitet.
- Ordbogen.com. (u.å.-a). Intervention. I *Nudansk Ordbog med etymologi fra Politikens Forlag*. Hentet 14. marts 2025, fra

www.ordbogen.com/da/search/classic?query=intervention&dictionaryId=pol-current-dada&allowSwitchDictionary

- Ordbogen.com. (u.å.-b). Overgang. I *Den Danske Netordbog fra Center for Leksikografi*. Hentet 21. marts 2025, fra www.ordbogen.com/da/search/classic?query=overgang&dictionaryId=cent-dada&allowSwitchDictionary
- Pagán, A. F., & Loveland, K. A. (2025). Launching! to adulthood: An updated group therapy program for young adults with neurodevelopmental differences transitioning to adulthood. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 9(1), 115–129. <https://doi.org/10.1007/s41252-024-00402-4>
- Pedersen, I. N. (2014). Analytiske og psykodynamiske teorier. I L. O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning – en håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 102–118). Klim.
- Pedersen, I. N., Hannibal, N., & Bonde, L. O. (2014). Musikterapi med voksne i hospitalspsykiatrien. I L. O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning – en håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 249–268). Klim.
- Pedersen, I. N., Lindvang, C., & Beck, B. D. (Red.). (2023). *Resonant learning in music therapy: A training model to tune the therapist*. Jessica Kingsley Publishers.
- Region Nordjylland. (2024). *Akut basal palliation til uafvendeligt døende patienter, der udskrives fra hospital i Region Nordjylland*. <https://pri.rn.dk/document/REGNORD-1547845390-687>
- Remmen, K. B. (2024). En kritisk diskusjon av ‘tematisk analyse etter Braun og Clarke (2006)’ i naturfagdidaktiske studier: A critical discussion of ‘thematic analysis following Braun and Clarke (2006)’ in science education research. *Nordic Studies in Science Education*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.5617/nordina.10094>
- Ridder, H. M. O., & Bonde, L. O. (2014). Musikterapeutisk forskning: Et overblik. I L. O. Bonde (Red.), *Musikterapi, teori, uddannelse, praksis, forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 407–425). Klim.
- Rider, M. S. (1985). Entrainment mechanisms are involved in pain reduction, muscle relaxation, and music-mediated imagery. *Journal of Music Therapy*, 22(4), 183–192. <https://doi.org/10.1093/jmt/22.4.183>
- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real world research: A resource for users of social research methods in applied settings* (4. udg.). Wiley.
- Saunders, C., Baines, M., & Dunlop, R. (1995). *Living with dying: A guide to palliative care* (3. udg.). Oxford University Press.
- Sayer, A. (2000). *Realism and social science*. SAGE Publications, Limited.
- Silverman, M. J., Letwin, L., & Nuehring, L. (2016). Patient preferred live music with adult medical patients: A systematic review to determine implications for clinical practice and future research. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.004>
- Skov, S. (2024). The intervention zones – a model of music therapy practice at hospitals. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health, Volume 6*(1), 1–7. <https://doi.org/10.18261/njach.6.1.5>
- Slochower, J. (2013). Relational holding: Using Winnicott today. *Revue Roumaine de Psychoanalyse*, 6(2), 15–40.

- Stern, D. N. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden: Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv* (B. Nake, overs.; 3. udg.). Hans Reitzels Forlag. (Oprindeligt udgivet 1985)
- Stern, D. N. (2010). *Vitalitetsformer: Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling* (B. Nake, overs.). Hans Reitzels Forlag.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504–1516.
<https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Søgaard, V. Y., & Sommer, C. (2015). Ét problem – mange løsninger. *Sygeplejersken*, 2015(7), 27.
- Theorell, T. (2018). How does music translate itself biologically in a public health context? I L. O. Bonde & T. Theorell (Red.), *Music and Public Health* (s. 71–84). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76240-1_5
- Trepper, T. S. (2002). Show me one more time. I D. A. Baptiste (Red.), *Clinical epiphanies in marital and family therapy: A practitioner's casebook of therapeutic insights, perceptions, and breakthroughs* (s. 217–220). Taylor & Francis Group.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Zalcman, C. (2023). Den musikterapeutiske totale smertemodell: Et assessmentredskab til kortlægning af smerte i palliativ musikterapi. *Dansk Musikterapi*, 20(1), 32–38.