

**RAPPORT OVER PILOTPROJEKTET**

Receptiv musikterapi med udskrevne cancerpatienter

**En effektundersøgelse med fokus på stemning (mood) og livskvalitet  
(pilot-undersøgelse)**

*Lars Ole Bonde*

Lektor, Institut for musik og Musikterapi AAU

Juni 2003

VIFABs krav til rapporten: "Rapporten skal bl.a. indeholde en beskrivelse og vurdering af

- (1) Projektets gennemførelse og resultater i relation til projektbeskrivelsen og evt. senere godkendelser
- (2) Evt. afvigelser mellem projektets forventede resultater og faktiske resultater
- (3) Anvendelse af projekterfaringer og resultater der er opnået i forbindelse med projektets gennemførelse.
- (4) Rapporten skal være til fri offentliggørelse"

## **RAPPORT OVER PILOTPROJEKTET**

Receptiv musikterapi med udskrevne cancerpatienter

### **En effektundersøgelse med fokus på stemning (mood) og livskvalitet (pilot-undersøgelse)**

*Lars Ole Bonde*

Lektor, Institut for musik og Musikterapi AAU

Juni 2003

#### Indholdsfortegnelse:

1. Projektets gennemførelse ift den oprindelige projektbeskrivelse
  2. Projektets resultater
    - 2.1 Den kvantitative undersøgelse
      - 2.1.1 HADS
      - 2.1.2 EORTC-QLQ-C30
      - 2.1.3 SOC
      - 2.1.4 Fire musikterapispecifikke spørgsmål
      - 2.1.5 Sammenligning med 2 udvalgte undersøgelser
      - 2.1.6 Sammenfatning af de vigtigste resultater
    - 2.2 Den kvalitative undersøgelse – foreløbige resultater
      - 2.2.1 Interviewundersøgelsen
      - 2.2.2 Terapeutens rapport
      - 2.2.3 Fænomenologisk analyse (om proceduren)
      - 2.2.4 Sammenfatning af de vigtigste resultater
    - 2.3. Diskussion
    - 2.4. Konklusion
  3. Anvendelse af projekterfaringer og perspektivering
    - 3.1 Fremlæggelse på 4. Nordiske musikterapikonference i Bergen
    - 3.2 Internationalt samarbejde
    - 3.3 Ph.d. projekt
    - 3.4 Nyt forskningsprojekt?
- Referencer
- Bilag 1-9 (se særskilt indholdsfortegnelse)

*Dette projekt er gjort økonomisk muligt af  
Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling  
Desuden har projekt fået støtte af Kræftens bekæmpelse, Århus Afd. og  
Institut for musik og musikterapi, Aalborg Universitet*

# 1. Projektets gennemførelse ift den oprindelige projektbeskrivelse

Projektbeskrivelsen fremstod i ansøgningen til VIFAB (14.11.2001) som følger:

"Projektets formål er at undersøge, om receptiv musikterapi (metoden Guided Imagery and Music) kan have en positiv effekt på udskrevne cancer-patienters ("overleveres") stemning (mood) og livskvalitet. Projektet består af en kvantitativ effektundersøgelse med kontrolgruppe og en kvalitativ undersøgelse af deltagernes oplevelser i musikterapi. Forsøgspersonerne får 6 eller 10 musikterapi-sessioner (GIM).

Den kvantitative effektundersøgelse anvender selvrapporteringskemaerne POMS og QOL-CA som præ- og posttest, mens den kvalitative undersøgelse består af en fænomenologisk undersøgelse af deltagernes indre billeddannelse samt semistrukturerede interviews om deres oplevelse af musikterapien.

Hensigten med pilotprojektet er at afprøve designet med 6 deltagere og at finde frem til klinisk relevante værdier i effektundersøgelsen."

Projektet var og er (for den kvantitative dels vedkommende) stærkt inspireret af et 'small-scale' RCT-projekt gennemført af den amerikanske musikterapeut D. Burns, ph.d. (1999, 2001). – Hypoteserne for denne undersøgelse blev derfor – i RCT-projektet/pilotprojektet – formuleret på følgende måde:

I den *kvantitative* undersøgelse:

1. Forsøgspersonerne som gennemgår GIM-sessioner vil opnå signifikant bedre mood-score ved post-test og follow-up end kontrolgruppen. [I pilotprojektet: Forsøgspersonernes mood-score ved post-test og follow-up vil være signifikant bedre end ved pre-test.]
2. Forsøgspersonerne som gennemgår GIM-sessioner vil opnå signifikant bedre livskvalitet-score ved post-test og follow-up end kontrolgruppen. [I pilotprojektet: Forsøgspersonernes livskvalitet-score ved post-test og follow-up vil være signifikant bedre end ved pre-test.]
3. Forsøgsgruppen, som gennemgår 10 sessioner vil opnå signifikant bedre score end gruppen som gennemgår 6 sessioner. [Gælder ikke pilotprojektet]
4. Venteliste-kontrolgruppen vil opnå signifikant bedre score efter 6 gruppeGIM-sessioner end ved posttest. [Gælder ikke pilotprojektet]
- [5. Pilotprojektet: Kan der identificeres klinisk relevante værdier til en større effektundersøgelse]

Den *kvalitative* undersøgelse vil klarlægge

- 1) om der er tale om særlige former for billeddannelse og særlige mønstre i dennes udvikling hos udskrevne cancer-patienter i GIM-terapi - sammenlignet med (litteraturen om) andre former for psykosocial terapi (f.eks. Guided Imagery eller visualisering) [Gælder ikke pilotprojektet]
- 2) om og i givet fald hvordan udskrevne cancer-patienter oplever GIM som en terapiform, der kan bibringe psykosocial støtte og udvikling.

Pilotprojektet kom til at strække sig over ganske lang tid. Forberedelsesfasen var længere end beregnet

- (1) fordi projektet skulle godkendes af to videnskabetiske komitéer
- (2) fordi rekrutteringen af deltagere viste sig at være vanskeligere end forudset
- (3) fordi jeg på baggrund af samtaler med danske og svenske cancer-forskere samt den svenske kliniske supervisor (bl.a. studiebesøg på Radiumhemmet, Karolinska Sjukhusets Onkologiske Rehabiliteringscenter, august 2002) besluttede at udskifte spørgeskemaerne (herom senere). Der skulle således også skaffes tilladelse til at bruge disse skemaer.

Forberedelsesfasen kom således til at strække sig over hele forårssemestret 2002, og det kliniske arbejde (alle sessioner ved GIM-terapeut Ellen Thomasen) kunne først påbegyndes primo oktober.

Herefter er projektet forløbet efter planen, dog med den lille, men ikke ubetydelige afvigelse, at sessionerne ikke har været ugentlige, men (i det store og hele) har fundet sted med 2, evt. 3 ugers mellemrum for alle deltagerne (herom senere).

Sessionerne blev afsluttet i marts/april 2003 og follow-up (6 uger senere) fandt sted i april/maj 2003.

## Forløbet i oversigtsform:

### *Deltager-rekruttering*

6 frivillige deltagere, rekrutteret gennem Kræftens Bekæmpelse, Århus afd. og via informationsmateriale på Århus Kommunehospital, har over 5-6 måneder hver fået 10 musikterapisessioner (receptiv musikterapi: Guided Imagery and Music/Bonny-metoden, se bilag 1). Musikdelen af sessionen er blevet optaget på mini-disc, og terapeuten har udarbejdet såvel sessions-transkriptioner som sessionsoversigter. De seks deltagere, alle kvinder, 4 med brystkræft, 2 med kræft i underlivet, i alderen 41-65 år, præsenteres mere detaljeret i bilag 2).

### *Følgende spørgeskemaer blev anvendt:*

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Snaith & Zigmond 1983, 1992, 1994)

EORTC-QLQ-C30: European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (Aaronson et al. 1993)

SOC: A. Antonovsky's Sense of Coherence Scale (Antonovsky 1987, da. udg. 2002 – her oversættes SOC med OAS: "Oplevelsen af sammenhæng").

De to første erstattede de oprindeligt valgte (og af D. Burns anvendte) spørgeskemaer POMS og QOL-CA, fordi danske og svenske eksperter gjorde mig opmærksom på at HADS og QLQ-C30 er langt mere anvendt i Europa og derfor ville være at foretrække. SOC/OAS blev valgt som supplement, fordi dette spørgeskema indgår i de meget få, men vigtige effektundersøgelser af GIM-terapi (Körlin & Wrangsjö 1995, 2001).

De fire specifikke musikterapi-spørgsmål var formuleret af undertegnede og skulle udfyldes på samme måde som HADS.

### *Procedure*

Før musikterapiens begyndelse, efter 10. session samt 6 uger efter sidste session (=Follow-up) udfyldte deltagerne tre spørgeskemaer samt 4 specifikke musikterapi-spørgsmål:

Efter hver session (1.-9.) udfyldte deltagerne HADS og QLQ-C30.

1-2 uger efter follow-up gennemførte jeg et semi-struktureret forskningsinterview af 70-90 minutters varighed med hver af de 6 deltagere, ligesom jeg efter afslutningen af sessionerne interviewede musikterapeuten.

Projektet har fået et uforudset, men spændende efterspil, idet de 6 deltagere uafhængigt af hinanden gav udtryk for et ønske om at mødes for at udveksle erfaringer. Ellen Thomasen og jeg besluttede at imødekomme dette ønske og afholdt den 26.6. et møde hvor 5 af de 6 deltagere var til stede (den 6. måtte melde afbud pga eksamen). Mødet var så vellykket at det blev besluttet at afholde endnu et fællesmøde 12.6. Her blev projektets resultater fremlagt i hovedtræk for alle 6 deltagere, som kommenterede engageret og konstruktivt. Det blev besluttet efter sommerferien at påbegynde et GIM-gruppeforløb over 10x2 timer (én gang om måneden). Dette vil gøre det muligt at indhøste vigtige erfaringen med gruppeformatet, som spiller en væsentlig rolle i det påtænkte større forskningsprojekt (herom senere).

## 2. Projektets resultater

I kap. 2 fremlægger jeg de af projektets resultater, som det har været muligt at nå frem til på den korte tid siden dataindsamlingens afslutning. Der vil blive fokuseret på resultater som er relevante ift projektbeskrivelsen og de fremlagte hypoteser. – Som det vil fremgå af kap. 3.3 og 3.4 regner jeg med at arbejde videre med projektet i mindst et år.

## 2.1 Den kvantitative undersøgelse

Jeg gør opmærksom på, at der i denne rapport kun anvendes deskriptiv statistik. Jeg diskuterer i øjeblikket med prof. Tony Wigram AAU (min vejleder på den kvantitative del af projektet), om det vil være hensigtsmæssigt at anvende parametrisk eller non-parametrisk statistik, givet de opnåede resultater, at samplen er lille (n=6), og at der ingen kontrolgruppe er. Formålet har som nævnt især været at identificere relevante effektmål for en større undersøgelse.

### 2.1.1 HADS

Er et spørgeskema med 14 spørgsmål der fokuserer på mood/stemmingsleje. Hvert andet spørgsmål er rette mod domænet Angst (anxiety), hvert andet mod domænet Depression.

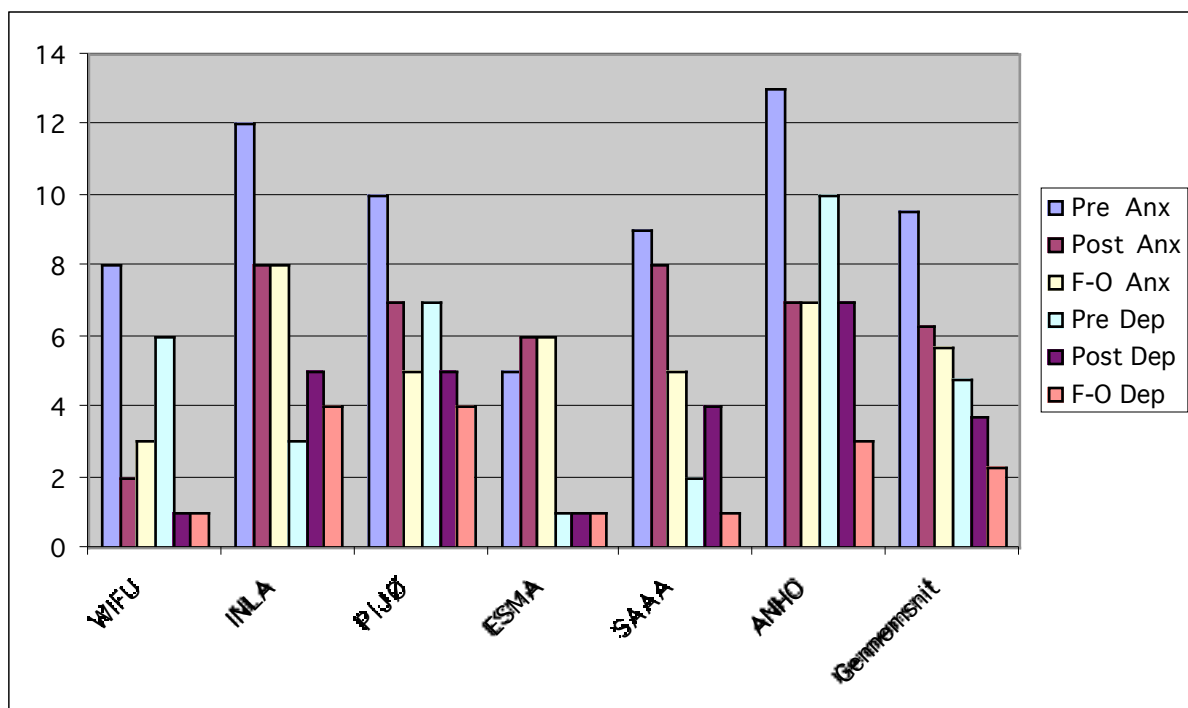
Deltagerne besvarer spørgsmålene på en 4 punkts Likert-skala med yderpunkterne ”Slet ikke” og ”I høj grad” (eller lignende).

Scoringsnormer: Der opereres med 4 grupper for hvert domæne:

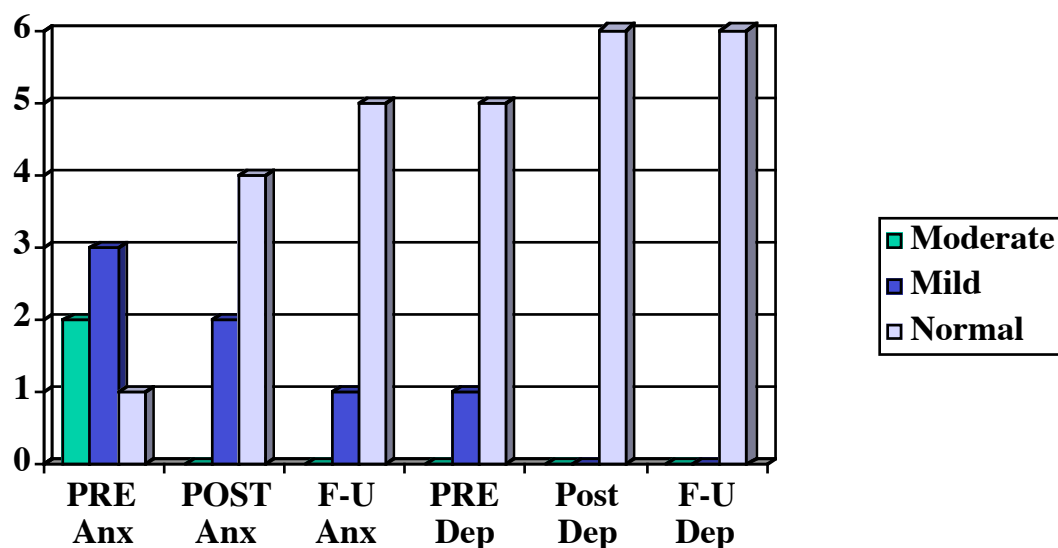
Normal (0-7); Mild (8-10); Moderat (11-14) Alvorlig (15-21)

#### Resultater

Nedenfor ses de 6 deltagers score Præ->Post->Follow-up samt gennemsnit, opdelt i de to domæner Ængstelse (Anx) og Depression (Dep).



Opdelt i forhold til gruppe-normerne tegner der sig følgende billede:



Det sidste skema viser klart, at angst-niveauet er blevet normaliseret: Kun én af de seks deltagere lå inden for normalområdet ved Præ-testen. Ved Post-test var det 4 og ved Follow-up 5. Depressions-niveauet var lavere end angst-niveauet ved Præ-testen. Kun en enkelt deltager lå uden for normal-området. Ved Post-test og F-U var alle 6 deltagere inden for normalområdet. Der er ret store individuelle forskelle i udviklingen, hvilket umiddelbart fremgår af skemaet. Interessant nok er den eneste af deltagerne, som ved Præ-test scorede inden for normalområdet, samtidig den eneste hvis score ikke er gået ned (men et point op ved Post/F-U). Hvis man kaster et blik på HADS-scorene fra session til session bliver det tydeligt, at der er tale om en jævn udvikling; der er ikke tale om afgørende spring på bestemte steder i forløbet.

### 2.1.2 EORTC-QLQ-C30

Er et spørgeskema med 30 spørgsmål, som fokuserer på forskellige aspekter af livskvalitet. – Deltagerne besvarer spørgsmålene på en 4-punkts Likert-skala (med yderpunkterne "Slet ikke" og "I høj grad" (eller lignende), for to spørgsmåls vedkommende besvares spørgsmålene dog på en 7-punkts Likert-skala: 29. "Hvordan vil De vurdere Deres samlede helbred i den forløbne uge?" og 30. "Hvordan vil De vurdere Deres samlede livskvalitet i den forløbne uge?" (begge med yderpunkterne "Meget dårligt"/"Særligt godt").

QLQ-C30 er opdelt i en række *Underskalaer*, som scores separat:

*Generel helbredstilstand/Livskvalitet* (de 2 ovenfor citerede spørgsmål)

*Funktionelle skalaer*: Fysisk helbred (5 spørgsmål); Rolle-funktion (2);

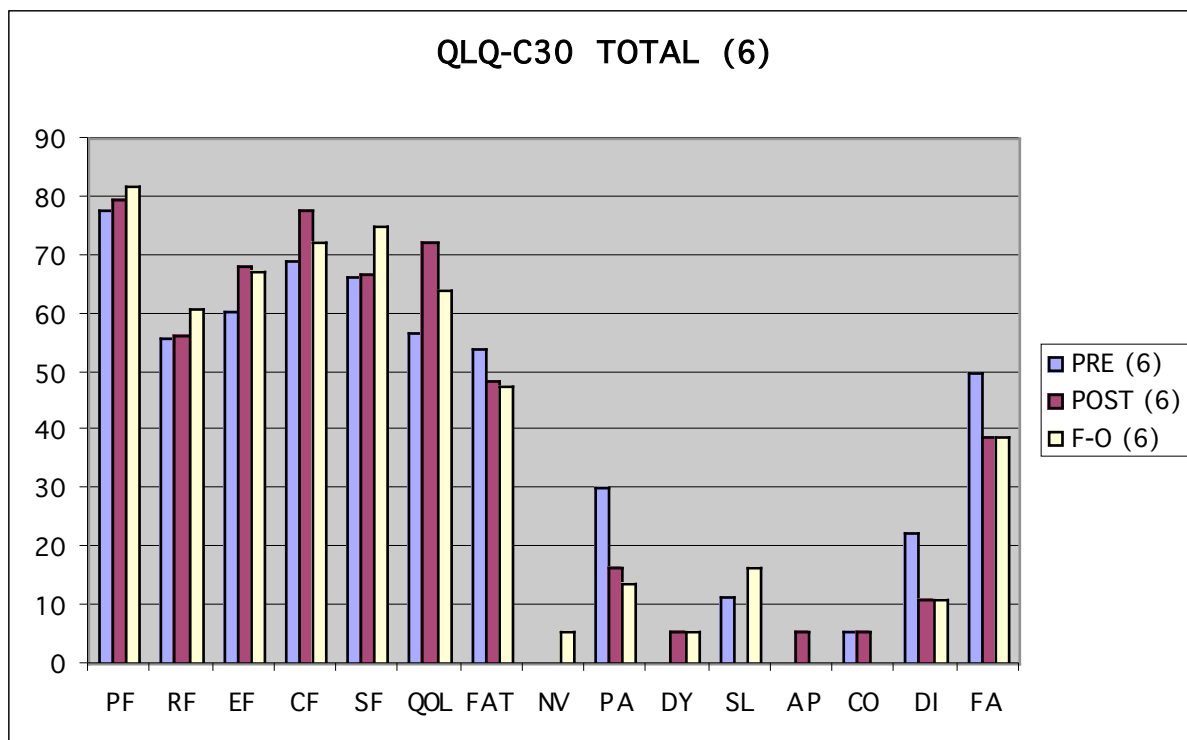
Følelsesmæssig funktion (4); Kognitiv funktion (2); Social funktion (2)

*Symptom-skalaer*: Træthed (3), Kvalme og opkast (2), Smerte (2) Åndenød,

Søvnbesvær, Tab af appetit, Forstoppelse, Diarré, Økonomisk forhold (1 hver)

## Resultater

Nedenfor ses gennemsnittet af den samlede score for alle 6 deltagere, opdelt i underskalaer. De enkelte deltagers score fremgår af af bilag 3.



Det samlede billede viser, at scoren (som ønskeligt) stiger fra Præ til Post for de 5 fysiske skalaer (PF, RF, EF, CF og SF) og for Livskvalitetsskalaen (QOL). Alle Follow-up scorer er for disse 6 underskalaers vedkommende højere end Præ, mens billedet er uklart ift. Post: 3 stiger yderligere, mens 3 falder ift. Post.

I Symptomskalaerne falder scoren (som ønskeligt) fra Præ til Post i 4, den er uændret i 3, mens den stiger i 2. Bortset fra træthedsskalaen er der tale om meget små scores – deltagerne har ikke haft mange af disse symptomer. Follow-up værdierne er ganske stabile ift. Post.

Hvis vi ser på de 6 deltagers individuelle score er billedet således:

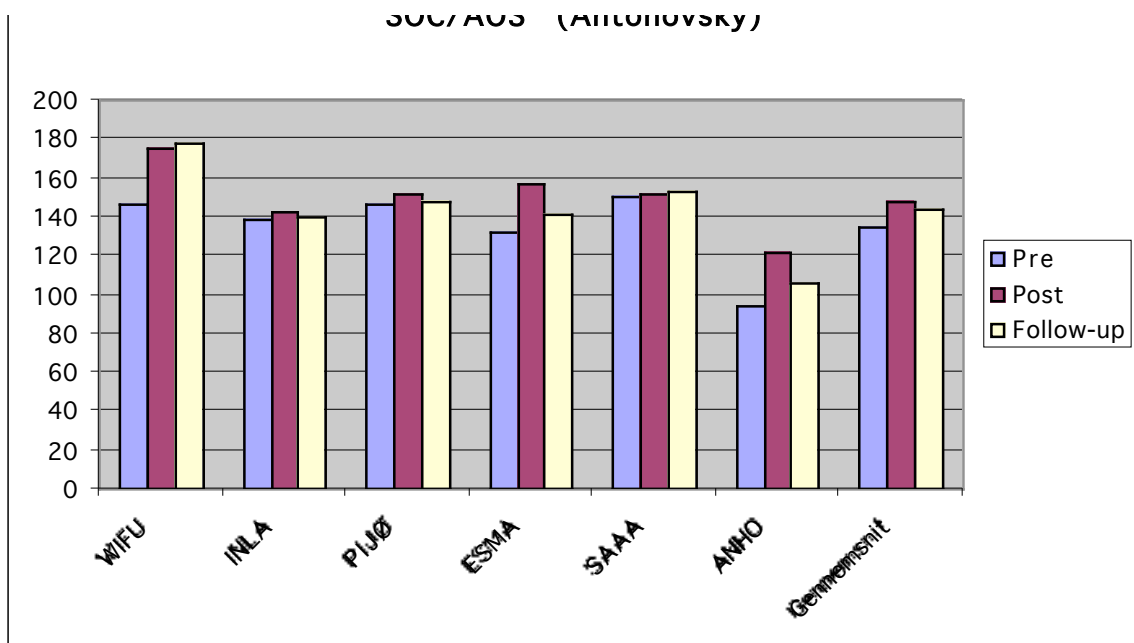
De 5 funktionelle skalaer: Der danner sig ikke noget klart billede. 4 deltagere forbedrer deres score Præ->Post, 2 scorer lavere.

Livskvalitet: Samme billede: 4 deltagere forbedrer deres score Præ->Post, 2 scorer lavere.

Symptomskalaerne: Meget uklart billede: 2 deltagere forbedrer deres score Præ->Post, 1 scorer lavere, mens 3 er uændrede.

### 2.1.3 SOC (Dansk: OAS)

Er et spørgeskema med 29 spørgsmål, som fokuserer på livskvalitetsaspektet *Oplevelse af sammenhæng i tilværelsen*. Antonovsky definerer OAS som "... en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i." (Antonovsky 2002, s. 37)



Deltagerne besvarer spørgsmålene på en 7-punkts Likert-skala (med yderpunkterne ”Aldrig” og ”Altid”, eller lignende).

OAS kan analytisk opdeles i 3 underskalaer (jvf ovenfor):

(1) Begribelighed (11 spørgsmål) (2) Håndterbarhed (10), (3) Meningsfuldhed (8)

#### Resultater

Nedenfor ses de 6 deltageres individuelle score Præ->Post->Follow-up. Scoren i forhold til de tre underskalaer fremgår af bilag 4.

Alle 6 deltagere forbedrer deres score Præ->Post, 3 af dem markant. Billedet fra Post->Follow-Up er mindre entydigt. 2 deltageres score stiger yderligere, mens 4 deltageres score falder, for en deltager vedkommende til samme niveau som Præ.

Ifølge Antonovsky er det meget vanskeligt at ændre et menneskes SOC/OAS gennem psykoterapi. ”En indstilling til livet, som er blevet dannet igennem årtier, er for rodfæstet til at kunne forandres på denne måde.” (Antonovsky 2002, s. 140). Han er dog alligevel positivt stemt over for interventioner der fører til (hvad han anser for) midlertidige og begrænsede ændringer: ”...selv det må vi være taknemmelige for” (s. 141). Mere varige ændringer af OAS er iflg. Antonovsky kun mulige, hvis behandlingen udruster patienten ”til selv at opsøge de OAS-fremmende erfaringer inden for de givne rammer. Dette gælder for enhver form for terapi, der skaber en længerevarende, konsekvent forandring i de livsoplevelser, patienten kommer ud for uden for behandlingssituationen.” (s. 142) Som vi skal se senere, giver flere af deltagerne faktisk udtryk for, at det er det de har fået ud af GIM-forløbet. – OAS er således også blevet brugt som redskab i en del effektundersøgelser, som nævnt bl.a. inden for GIM, og spørgeskemaet viser sig velegnet til formålet, bl.a. fordi man kan undersøge forandringer inden for de tre delkomponenter – hvilket gør det muligt at undersøge delkomponenterne for sig og opnå vigtig information om *hvad* det er, der ændrer sig i deltagernes ’oplevelse af sammenhæng’.

I Körlin & Wrangsjös seneste effektstudie (2001), hvor deltagerne var en blanding af mennesker der brugte GIM til selvudvikling og mennesker med psykiske problemer, var det især meningsfuldhed og håndterbarhed, der ændrede sig i positiv retning, mens begribelighed var uforandret. I nærværende undersøgelse (se bilag 4) viser det sig, at begribelighed er den delkomponent, der ændrer sig mest markant (højere score Præ-



>Post hos 5 ud af de 6 deltagere), håndterbarhed ændrer sig noget (lidt højere score hos alle 6 Præ->Post), mens scoren for meningsfuldhed er højere for 3 og lavere for 3. – Hvordan kan dette tolkes? Den kvalitative undersøgelse kan bidrage med vigtige oplysninger på dette punkt, her vil jeg i første omgang nøjes med at foreslå, at effekten af GIM-terapien – som den fremgår af OAS-scorerne – ikke har gjort det mere meningsfyldt for patienterne, at de må leve med (bevidstheden om at de har haft) cancer, og at sygdommen kan vende tilbage. Undersøgelsen peger på, at de gennem GIM-terapien fået nogle redskaber og opnået en forståelse af sig selv og deres situation, som forbedrer kvaliteten af deres liv med cancer.

#### 2.1.4 Fire musikterapispecifikke spørgsmål

De 4 spørgsmål fokuserede på 2 aspekter: a) musikkens og de indre billeders meningsfuldhed for deltagerne, b) musikterapiens brugbarhed for dem.

De fire påstande lød som følger:

1. Musikterapien hjælper mig til at komme videre
2. De indre billeder giver mening for mig
3. Musikken har betydning for mig
4. Jeg kan bruge det musikterapien har lært mig

Spørgsmålene blev besvaret på en 4-punkts Likert-skala med trinene: ”Slet ikke – Kun lidt – I nogen grad – Helt sikkert”.

#### *Resultater*

Deltagernes score fremgår af bilag 5. Her er der naturligvis ingen Præ-score, da ingen af deltagerne havde erfaringer med GIM. Den første session var tænkt som en prøvesession, men allerede efter denne scorede 3 deltagere maximum/”Helt sikkert” på alle 4 spørgsmål, mens 3 scorede ”I nogen grad” på sp 1 og 4. – Fra 2. til 10. session var besvarelsene fuldstændig stabile hos alle 6 deltagere:

På spørgsmål 1 svarer 4 deltagere 10 x ”helt sikkert” (= maximum) (F-U: 3 x ”Helt sikkert”. – 2 deltagere svare 10 x ”I nogen grad” (F-U: 3 x ”I nogen grad”)

På spørgsmål 2 svarer alle 6 deltagere 10 x ”Helt sikkert” (do. ved Follow-up)

På spørgsmål 3 svarer alle 6 deltagere 10 x ”Helt sikkert” (do. ved Follow-up)

På spørgsmål 4 svarer 4 deltagere 10 x ”helt sikkert” (= maximum. – 2 deltagere svare 10 x ”I nogen grad” (ingen ændringer ved Follow-up).

En af deltagerne gav i interviewet en vigtig forklaring på, hvorfor hun havde scoret ”I nogen grad” på sp. 1 og 4: Da hun ikke aktivt havde ’gjort noget’, f.eks. udført øvelser til musikken eller skrevet dagbog, syntes hun ikke det ville være korrekt at score ”Helt sikkert”.

### 2.1.5 Sammenligning med 2 udvalgte undersøgelser

Debra Burns (1999, 2001) undersøgte GIMs indflydelse på stemningsleje (mood) og livskvalitet i en lille, kontrolleret undersøgelse ( $n=8$ ; 4 i forsøgsgruppen, 4 i kontrolgruppen). Forsøgspersonerne fik 10 (ugentlige) individuelle GIM-sessioner. Hun anvendte POMS som måleinstrument i forhold til mood og QOL-CA i forhold til livskvalitet. Resultaterne af denne undersøgelse viste signifikante forbedringer i forsøgsgruppen fra præ til post, både hvad angår stemningsleje (POMS scores) og livskvalitet (QOL-CA).

I dette pilotprojekt er der ingen kontrolgruppe, og der er – som tidligere anført – anvendt andre måleinstrumenter. Men tendenserne i pilotprojektets resultater er de samme som i Burns' undersøgelse.

Körlin og Wrangsjö (2002) rapporterer resultaterne af en undersøgelse med 30 deltagere (ingen kontrolgruppe), der enten anvendte GIM til selvudviklingsformål eller som hjælp til at bearbejde forskellige psykiske problemer. Effekten blev målt ved hjælp af spørgeskemaerne IIP, SCL-90 og SOC/OAS. Resultaterne pegede på klinisk signifikante ændringer hos 6 af 10 deltagere, som ændrede status fra dysfunktionel til funktionel ud fra SCL-90 kriterier. Deltagerne i den funktionelle gruppe viste forbedringer i de ego-dystone underskalaer af IIP som ellers anses for vanskeligt påvirkelige gennem psykoterapi. SOC/OAS viste at det navnlig var underskalaen håndterbarhed, der blev påvirket positivt gennem GIM-terapien.

I pilotprojektet her anvendtes SOC/OAS, og som omtalt ovenfor var resultatet her, at det navnlig var underskalaen begribelighed, der udviste moderate-markante ændringer hos 5 af de 6 deltagere, mens underskalaen håndterbarhed udviste moderat positiv ændring hos alle 6 deltagere. Forskellen i resultat har uden tvivl noget at gøre med forskellen i klientellet i de to undersøgelser, hvor cancer-patienter i langt højere grad end mennesker med psykiske problemer har været ude for et pludseligt chok ved at blive konfronteret med en livstruende sygdom. I begge undersøgelserne peger forbedringen af SOC-scoren på en forbedret coping, men resultaterne er i øvrigt ikke direkte sammenlignelige.

### 2.1.6 Sammenfatning af de vigtigste resultater

HADS: Angstscoren reduceres markant

EORTC QLQ-C30: Gennemsnitsscorene forbedres i de funktionelle skalaer og livskvalitetsskalaen, men der er store individuelle forskelle mellem deltagere, som ikke alle forbedrer deres score.

SOC: Alle 6 deltagere forbedrer deres totalscore, 3 af dem markant. Af de tre delkomponenter forbedres Begribelighedsscoren markant og Håndterbarhedsscoren stabilt hos alle, hvilket peger på forbedret coping.

Musikterapispørgsmålene: Alle deltagere angiver at musik og indre billeder "helt sikkert" har betydning for dem. Alle deltagere angiver at musikterapien hjælper dem med at komme videre, 4 "helt sikkert", 2 "i nogen grad".

Der har ikke været frafald – alle 6 deltagere har gennemført projektet som planlagt. Desuden har alle 6 deltagere ytret ønske om at følge projektet op i gruppe og deltaget i foreløbig 2 gruppemøder.

## **2.2 Den kvalitative undersøgelse – foreløbige resultater**

Det er kun muligt at fremlægge nogle meget foreløbige resultater af den kvalitative undersøgelse. Datamaterialet er omfattende og vil først blive analyseret til bunds i løbet af det kommende år:

7 interviews af 70-90 minutters varighed (et med hver af deltagerne, et med terapeuten)

55 minidisc-optagelser af musikdelen af sessionerne (nogle få sessioner var rent verbale og blev ikke optaget, en enkelt optagelse mislykkedes teknisk).  
Terapeutens sessionstranskripter og –oversigter

Et antal mandalaer (frie tegninger, som regel i cirkelformat), som deltagerne har tegnet som en del af sessionens slutdel. (Bilag 6)

Jeg er derfor nødsaget til at begrænse fremlæggelsen af resultater til følgende:

1. Effekttyper: deltagernes udbytte af musikterapien i et psykoteraeutisk perspektiv. (Baseret på de 7 interviews og terapeutens notater)
2. Deltagernes egen vurdering af musikterapien og deres kommentarer (i interviewene) til deres proces og deres personlige score i de tre spørgeskemaer og de musikterapispecifikke spørgsmål.

### **2.2.1 Interviewundersøgelsen**

*Metode:* 1-2 uger efter at de spørgeskemaerne var blevet udfyldt for sidste gang, dvs. ved Follow-up, gennemførte jeg et kvalitativt, semi-struktureret forskningsinterview med hver af de 6 deltagere samt med terapeuten. Interviewguiden er vedlagt som bilag 7. Inden interviewet havde jeg udregnet den samlede score for alle 4 spørgeskemaer samt gennemlæst terapeutens sessionsnotater. Jeg havde således et rimeligt præcist overblik over hvad der var foregået i de 10 sessioner – og hvordan den enkelte havde givet udtryk for sit stemningsleje, sin livskvalitet og sit udbytte af terapien i form af besvarelsen af spørgeskemaerne. – Det har ikke været tidsmæssigt muligt at skrive alle interview-samtalerne ud, så der er her kun tale om en foreløbig bearbejdning af dette meget værdifulde materiale (se i øvrigt 3.3).

*Foreløbige resultater:*

#### *A. Effekttyper*

5 af de 6 deltagere havde udbytte af alle elementerne i BMGIM-sessionen; 1 deltager havde mest udbytte af præludium og postludium, dvs. de rent verbale dele af terapien. Bedømt ud fra den amerikanske filosof Ken Wilbers 'Fulcrum-model' over psykoteraeutiske niveauer (Wilber 2000, se evt. Bonde et 2001 s. 72f) kan 4 af de 6 deltageres sessionsforløb karakteriseres som eksistentielt af natur (Wilber niveau 5-6), mens 2 deltageres forløb var mere psykodynamisk af natur (Wilber niveau 3-4). Forskellen viser sig bl.a. i de temaer der arbejdes med, i arbejdsalliancens art, i billeddannelsens udvikling, i responsen på musikken og i forståelsen af den indre billeddannelse. Dette kan imidlertid kun dokumenteres gennem en nøjere analyse af datamaterialet, så ovenstående må indtil videre betragtes som en foreløbig arbejdshypotese.

## *B. Deltagers egen vurdering af musikterapien.*

*B1. Spørgeskemaerne.* Deltagernes kommentarer til spørgeskemaerne er gennemgående ret kritiske. Dette gælder både tekniske detaljer og mere generelle validitetsspørgsmål. Især QLQ-C30 blev omtalt som vanskeligt at udfylde. Her følger en sammenfatning af deltagernes udsagn om problemer med spørgeskemaerne: Deltagerne gav udtryk for, at alle skemaerne havde det indbyggede problem, at det ikke var muligt at angive stemningsmæssige svingninger inden for perioden (en uge), f.eks. panikanfald eller kortvarige kriser.

De var også utilfredse med en del af de konkrete formuleringer. Et eksempel kunne være metaforen ”sommerfugle i maven” (HADS), som iflg. en deltager snarere gav associationer i retning af forelskelse end af angst.

En anden deltager mente, at hun ville have svaret meget anderledes på et spørgsmål som ”Har du oplevet at være angst” end de mere detaljerede HADS-spørgsmål, som ikke nævner begrebet angst, men forsøger at rette sig mod delsymptomer.

Flere deltagere mente at skemaerne med fordel kunne have været udfyldt umiddelbart før sessionen i stedet for umiddelbart efter, og at den generelle indfaldsvinkel til besvarelse skulle være ”i den forløbne tid siden sidste session” frem for ”i den sidste uge” – med mulighed for at tilføje evt. kommentarer til enkeltscoringer. På den måde ville det blive muligt at anføre evt. store udsving inden for perioden.

De fleste af deltagerne troede som udgangspunkt (direkte adspurgt i interviewet) ikke, at opgørelsen af spørgeskemaerne ville vise nogen særlig effekt, hvilket de samtidig forholdt sig kritisk til, da de samme (faktisk alle) gav udtryk for at have fået stort udbytte af musikterapien – men måske på måder, som de mente vanskeligt kunne angives ved hjælp af kvantitative redskaber som spørgeskemaerne. Deltagerne blev derfor ofte forbavset, når jeg kunne vise dem, at spørgeskemaerne faktisk i mange tilfælde viste en mere eller mindre tydelig effekt – i form af fremgang/højere score.

### *B2. Musikken*

For 5 af de 6 deltagere fik musikken stor betydning. Ingen af dem kunne på forhånd siges at høre til den klassiske musiks ”kernelyttere” – én af dem omtalte sig selv som ”musikalsk analfabet”. Ikke desto mindre tog de musikken til sig og brugte den som det er tanken i GIM: 1) som en psykologisk klangbund, der kan forstærke, spejle, fremkalde og uddybe stemninger og følelser; 2) som en dynamisk og fleksibel variabel, der kan stimulere, understøtte og guide den indre billeddannelse; og endelig 3) som et æstetisk felt, der kan åbne for oplevelsen af skønhed. – Alle deltagerne fik (på forskellige tidspunkter i forløbet) udleveret en cd med udvalgt GIM-musik til eget brug derhjemme. Deres brug af disse cd'er er nærmere beskrevet i interviewene.

### *B3. De indre billeder*

I interviewet blev alle deltagere spurgt, om der var bestemte billeder, de ønskede at fremhæve som særligt betydningsfulde. Alle nævnte spontant et eller flere billeder, som havde betydet noget særligt for dem. De fleste gav udtryk for hvor vigtigt det havde været for dem gennem GIM at komme i kontakt med disse indre billeder, der oplevedes som en uventet og nærmest ukendt ressource. 5 af de 6 deltagere havde mao. ingen problemer med at forholde sig til billederne og deres udvikling som visuelle metaforer for og fortællinger (narrativer) om deres indre liv. Nogle af deltagerne havde før GIM-forløbet erfaringer med visualisering (herunder brug af Bobby Zachariaes bånd/cd'er). De beskrev forskellen mellem billeder i visualisering og billeder i GIM sådan, at de guidede bånd var gode at bruge, når man følte sig træt og havde brug for at slappe af, mens GIM var en mere aktiv form for billeddannelse, der godt kunne fungere afslappende, men også åbne for noget nyt.

### *B4. Deltagernes egen formulering af deres udbytte.*

For at nå frem til et klart svar på hvad deltagerne har fået ud af musikterapien skal interviewene gennemanalysere efter principperne i Grounded Theory, dvs at fremgangsmåden er følgende: Først gennemføres der en *åben kodning*, dvs. at samtlige udsagn i de 6 interviews gennemgås med henblik på at opdele materiale i vigtige udsagn (*concepts*). Derefter foregår der en såkaldt *aksial kodning*, hvor forskeren sorterer disse udsagn i nogle hovedgrupper, som kan kaldes *kategorier* eller *nøgletemaer*. Der lægges med andre ord ikke nogen principper fra en eksisterende (f.eks. psykologisk) teori ned over materialet. Det får lov at tale for sig selv, og det er forskerens opgave at finde forbindelseslinierne og eventuelt udvikle en teori, som kan forklare fællestræk og forskelle i datamaterialet.

På dette tidspunkt (medio juni), hvor omkring en fjerdedel af materialet er gennemgået, men slet ikke gennemarbejdet, er det kun muligt at fremlægge nogle meget foreløbige kategorier og give eksempler på udsagn fra deltagerne inde for disse kategorier. En komplet analyse indgår som en del af projektets fortsættelse (som omtalt under 3.3). Den foreløbige analyse viser, at deltagernes udbytte bl.a. kan karakteriseres gennem nedenstående meningskategorier. Kriteriet i denne foreløbige analyse har været *enten* at mindst 4 af de 6 deltagere har fremsat udsagn, der kan henføres til kategorien, *eller* at kategorien fremtræder som yderst væsentlig for 1-3 deltagere. De to sidstnævnte kategorier tilhører den sidste type.

*Nye perspektiver*

*Forbedret coping*

*Forbedret stemningsleje og livskvalitet*

*Håb*

*Forbedret selvforståelse*

*At komme overens med liv og død*

*Åbning imod spiritualitet*

Her følger nogle interviewudsagn til belysning af de enkelte kategorier:

*Nye perspektiver*

ESMA: Når jeg lyttede til musikken kom der nogle stemninger og følelser, som faktisk var nye for mig. – Jeg oplevede [mig selv og min omverden] på en anderledes måde - mere intenst, en ny måde.

ANHO: Jeg har fået et nyt syn på mig selv på en eller anden måde: Jeg stoler mere på mig selv, mine meninger og mine holdninger, min tro og det jeg fornemmer.

SASA: Musikterapien har været rigtig god for mig – til at blive lidt mere klar over, hvad det ellers er jeg kunne gøre – nye perspektiver.

*Forbedret coping*

VITA: Det bedste ved MT er det værktøj, jeg har fået – jeg har fået nogle muligheder med mig... en måde at løse nogle ting på... et værktøj til at gøre mig selv stabil igen, når jeg får det dårligt.

ESMA: Jeg er blevet stabiliseret i min... kamp for at holde mig på det niveau, jeg synes jeg er på i øjeblikket og gerne vil blive på, så jeg ikke ryger ”ned ad skrænten, ned i noget morads”; jeg vil blive ”oppe på vejen”.

ANHO: Jeg har fået lettere ved at tro på mig selv, være tro mod mig selv, tro på at det jeg fornemmer er godt nok...

PIJØ: Jeg kan tackle [mine problemer] langt bedre, har følelsen af ikke at drukne – så meget, når der sker nogle svære ting.

#### *Forbedret stemningsleje og livskvalitet*

PIJØ: Det [er]lykkedes at finde nogle måder at komme op på igen [når jeg har været] helt nede på bunden.

VITA: Jeg har fået stabiliseret min psyke. Jeg er ikke længere afhængig af mine omgivelser... Jeg er kommet i kontakt med en meget stærk indre lykkefølelse. Jeg ved egentlig ikke hvad det *er* der er godt, men følelsen er der. Og den kan jeg fremkalde med Haydns *Cellokoncert* (latter). – Jeg har en historie, som er min.

#### *Håb*

ESMA: Man bliver overmandet af stærke følelser, sorg, fortvivlelse, angst, usikkerhed – om man nu skal leve eller dø – det vælter ind over en. Ved at lytte til cd'erne får jeg klaret begreberne og tanket op på en eller anden måde, så jeg føler mig rolig og afslappet, parat til at tackle problemerne når jeg kommer ned [fra min "hule"] igen.

ANHO: Tanken om at jeg skulle dø af cancer som 52årig, ligesom min mor, har virkelig fyldt meget. Det har været en "mur", jeg skulle bryde igennem. Jeg føler, jeg er kommet over på den anden side. Jeg planlægger fremtiden.

VITA: Jeg har fundet styrken inden i mig selv. Jeg har fundet nogle billeder, som er mine, og som ingen kan tage fra mig, og som jeg kan bruge uanset hvor jeg kommer hen.

#### *Forbedret selvforståelse*

ESMA: Jeg har virkelig været et præstationsmenneske. Men jeg har indset nu at det kan sådan set være lige meget. – Jeg har lært tålmodighed; man løser jo ikke nogen problemer i galsind...

ANHO: Jeg er blevet bedre til at skubbe pligten i baggrunden – det har været meget værre! Bedre til at give mig selv lov til at sige 'Jamen sådan er det jo bare. Jeg kan ikke trylle'.

SASA: Musikterapien har været med til at rykke mit fokus i forhold til hvad det er jeg gerne vil nå hen til engang.

PITO: Jeg har haft det meget med at skulle være stærk, og det er lige før jeg tror man kan blive syg af det... Jeg er bedre til at være i nuet generelt, ikke bekymre mig så meget om hvordan jeg lige skal klare det.

#### *At komme overens med liv og død*

VITA: Engang så jeg døden [i GIM sessionen], oplevede døden som noget positivt, noget lyst faktisk, inde i "min have". ...

Jeg kom til at tænke på, hvordan jeg gerne ville dø: hvem skulle være der? hvad skulle der ske? Skulle der være musik? Det gjorde at jeg i tiden lige efter blev afklaret om nogle af de ting...

#### *Åbning imod spiritualitet*

SASA: Jeg har en indre fornemmelse af .. en ny essens – en større enkelthed, noget mere åndeligt.

VITA: Jeg har brug for at få et billede af det guddommelige, som ikke er så konkret som ikoner osv. [Det har jeg fået i GIM]

### *Sammenfatning*

Fra den psykosociale cancer-litteratur (Ross-Petersen et al. 1998) ved vi bl.a., at kontrolaspektet spiller en meget vigtig rolle for patienternes velbefindende. Cancer bevirker – som andre livstruende sygdomme – et voldsomt kontroltab, både i operationsfasen og i rehabiliteringsfasen, og den psykosociale onkologi har af samme grund tilkendt *empowerment* en central rolle, ikke mindst i rehabiliteringen: De psykosociale interventionsformer skal give patienter redskaber/mestrings-værktøj, nye handlemuligheder, indre styrke osv.

Interviewene dokumenterer hvordan musikterapien på forskellige måder hjælper deltagerne med at genvinde kontrollen over dele af deres liv. Fornemmelsen af kaos og katastrofe bliver mindre og deltagerne beskriver hvordan de har fået redskaber til at tackle de vanskelige følelser, når de dukker op. Dette positive udbytte af musikterapien skyldes ikke mindst, at deltagerne gennem musikken og de indre billeder er kommet i nærkontakt med den følelsesmæssige dimension af deres problematik. Flere beskriver, at den væsentligste forskel mellem psykologsamtaler (som de fleste har fået på et eller andet tidspunkt i deres sygdomsforløb) og GIM/musikterapi er, at psykologsamtalerne har været kognitivt domineret/handlet om deltagerens tanker, mens musikterapien har været emotionelt orienteret/handlet om deres følelser.

#### 2.2.2 Terapeutens rapport [v. Ellen Thomasen]

Jeg har bedt GIM-terapeut Ellen Thomasen om at bidrage til denne rapport. Hendes meget udførlige rapport – vedlagt særskilt – fokuserer på erfaringer og overvejelser fra klinikerens/ terapeutens perspektiv. Den inkluderer en case rapport, som bl.a. dokumenterer sessions-rapporteringen i overblikksform og i detaljer i forhold til en enkelt af deltagerne.

#### 2.2.3 Fænomenologisk analyse af den indre billeddannelse i musikrejserne

Denne del af projektet er endnu ikke påbegyndt, men vil blive fuldt udfoldet i projektet omtalt under 3.3. Hver enkelt musikrejse vil blive analyseret med henblik på at afdække følgende forhold: a) mønstre og (evt.) udvikling i den enkelte deltagers billeddannelse (horisontal analyse), b) mønstre og (evt.) udvikling i alle deltagers billeddannelse (vertikal analyse, baseret på Ricoeurs teori om mimesis og konfiguration af livsfortællinger), c) forholdet mellem musik og billeddannelse (både vertikal og horisontal analyse).

### 2.3 Diskussion

Erfaringerne fra pilotprojektet kan bl.a. bruges til at opstille nogle retningslinier for designet af en større, kontrolleret undersøgelse – hvilket var et af hovedformålene med den. Der skal f.eks. ikke planlægges med ugentlige sessioner (som oprindeligt planlagt, og som i Burns' undersøgelse), men med sessioner (typisk) hver anden uge. Deltagerne giver samstemmende udtryk for, at ugentlige sessioner er "for meget" i forhold til hvor meget materiale, der fremkommer i en enkelt session.

Af de anvendte spørgeskemaer har HADS, OAS og de 4 musikterapispecifikke spørgsmål vist sig brugbare – i betydningen tilpas enkle at udfylde og med relevant og klart fokus, mens QLQ-C30 møder en del kritik fra deltagerne – hvilket bl.a. har noget at gøre med de mange delaspæker, dette skema bruges til at undersøge, og hvoraf en del (f.eks. de fysiske symptomer) kun i meget begrænset omfang kan siges

at være relevante i denne kontekst. Man kunne overveje at skifte QLQ-C30 ud med enten den danske kortform af POMS, som Bobby Zachariae har udarbejdet, eller med QOL-CA (Padilla et al. 1996), som stadig forekommer mig at være et bedre fokuseret og enklere skema end QLQ-C30 – i denne sammenhæng. OAS findes i en kortform med 13 (i stedet for 29 spørgsmål), og det bør overvejes om denne version kan bruges i stedet.

Der forestår som nævnt en del statistisk arbejde med de fremlagte resultater, bl.a. skal effect size udregnes, der skal evt. gennemføres signifikansberegninger med parametrisk statistik, og de opnåede resultater skal sættes i forhold til normalscoren for cancer-patienter (QLQ-C30).

Det var hensigten med pilotprojektet at lade det være åbent for alle typer cancer og begge køn. Der meldte sig imidlertid ingen mænd, og jeg vurderer det sådan, at det vil kræve en særlig indsats at få mænd med i en større undersøgelse. Dette rejser så spørgsmålet, om det vil være hensigtsmæssigt at fokusere på én cancertype. I pilotprojektet indgik 4 deltagere med bryst-, 2 med underlivscancer. Der er bemærkelsesværdig forskel på de to gruppers resultater: de 2 deltagere med underlivscancer har scoret markant lavere end brystcancer-deltagerne i QLQ-C30 og OAS, højere i HADS (både præ og post); de har haft lidt vanskeligere ved at opnå udbytte af musikterapien (dette viser sig i lidt lavere score i de specifikke musikterapi-spørgsmål). Deres forløb har været af primært psykodynamisk karakter, mens brystcancer-deltagerens forløb har været af primært eksistentiel karakter. Der er selvfølgelig ikke grundlag for at generalisere overhovedet, og udbyttet har bestemt ikke været mindre for de to underlivscancer-deltagere. Men noget tyder altså på, at cancertypen spiller en rolle på flere niveauer, hvilket kunne være et argument for at fokusere på én type, f.eks. brystcancer, i en større undersøgelse. – Et andet relevant spørgsmål er, hvilken betydning det har, om deltagerne er tæt på eller langt fra udskrivningsdatoen. Der er en tendens i materialet til, at de deltagere som er 'tættest på' deres behandling opnår tydeligere resultater i den kvantitative del af undersøgelsen. Dette er ikke overraskende, jvf. en stor svensk undersøgelse (Michelson 2002), som viser at brystcancer-patienters QLQ-C30 scores udjævnes i forhold til normalbefolkningens over 2 år.

En vigtig erfaring fra pilotprojektet er at den kvantitative og den kvalitative del supplerer hinanden meget fint, og at de tilsammen kan give et både præcist og detaljeret svar på spørgsmålene, om og i givet fald hvordan GIM-terapi har nogen effekt på udskrevne cancerpatienters stemningsleje og livskvalitet.

## 2.4 Konklusion

Pilotprojektet dokumenterer at alle deltagerne – på hver deres måde – har haft udbytte af GIM-terapien, og at de ved afslutningen af forløbet rapporterer forbedret stemningsleje og højere livskvalitet. Nogle men langt fra alle typer udbytte ses udtrykt i den kvantitative undersøgelse. Omvendt er der delresultater af den kvalitative undersøgelse, som ikke berøres i den kvantitative undersøgelse (interviewene). Da der ikke har været nogen kontrolgruppe kan det imidlertid ikke siges med sikkerhed, at det i den kvantitative undersøgelsesdel konstaterede forbedrede stemningsleje og den forbedrede livskvalitet hos deltagerne skyldes GIM-terapien. En sammenligning med D. Burns undersøgelse (som opererede med en forsøgs- og en kontrolgruppe på hver 4 deltagere) er ikke direkte mulig, da Burns anvendte andre spørgeskemaer og ikke gennemførte nogen kvalitativ undersøgelse. Men resultaterne af hendes kvantitative undersøgelse med kontrolgruppe peger i samme retning som



denne undersøgelse: begge undersøgelser indikerer at det er muligt at forbedre udskrevne cancer-patienters stemningsleje og livskvalitet gennem GIM-terapi. Der er således efter min mening basis for at gennemføre en større, kontrolleret undersøgelse med et større deltagerantal og et lettere revideret design, bl.a. efter nøjere fastlæggelse af relevante kliniske effektmål (hvilket kræver yderligere analyse af materialet, bl.a. statistisk bearbejdning).

### **3. Anvendelse af projekterfaringer**

Musikterapiforskningen er inde i en rivende udvikling i disse år. Mange erfarne klinikere gennemfører ph.d.projekter og dokumenterer – kvantitativt såvel som kvalitativt – effekten og værdien af musikterapi på en lang række områder. Dette projekt er et af de første i Danmark inden for området musikterapi med somatiske patienter, og det betyder (1) at der nu kan etableres kontakt til andre klinikere og forskere, som i udlandet arbejder med receptiv musikterapi med cancer-patienter, (2) at der er basis for at etablere et samarbejde med danske forskere, der undersøger psykosociale interventioners effekt på cancer-patienter.

#### **3.1 Fremlæggelse på 4. Nordiske musikterapikonference i Bergen**

Ellen Thomasen og jeg fik mulighed for at præsentere projektet den 23. maj på den 4. Nordiske musikterapikonference på Fana Folkehøgskule (Bergen, Norge). Undertegnede gennemgik projektets design og de foreløbige resultater (i princippet på samme måde som i denne rapport), og Ellen Thomasen præsenterede udvalgt materiale til belysning af det kliniske arbejde/den terapeutiske proces: eksempler på de indre billeders fremtræden og udvikling og deltagernes refleksioner over disse samt hendes forståelse af deltagernes proces. Blandt tilhørerne var to af de internationalt mest erfarne klinikere og forskere inden for området: Dr. Leslie Bunt (Bristol Cancer Care Center, GB) og Brian Abrams Ph.D. (Utah State University, USA). Begge gav udtryk for, at de kunne genkende træk fra deres eget arbejde i de fremlagte resultater, og at de meget gerne ville indgå i et internationalt forskningssamarbejde om GIM med cancer-patienter.

#### **3.2 Internationalt samarbejde**

Spørgsmålet er så, hvordan et sådan arbejde kan organiseres. Jane Edwards Ph.D. (Universitetet i Limerick, Irland), som også deltog i diskussionen i Bergen, foreslog at hun, Bunt og undertegnede skulle ansøge The European Research Foundation om (EU-)midler til afholdelse af nogle indledende møder til afklaring af mulighederne. Jeg har desuden etableret kontakt til nogle af de forskere, som i USA arbejder med beslægtede projekter, og spurgt om de ville være interesserede i (i første omgang) at oprette en international web-conference samt (i anden omgang, f.eks. foråret 2004) at afholde et internationalt seminar eller symposium med indbudte deltagere. Der er interesse for dette, og jeg vil derfor arbejde videre med begge muligheder.

#### **3.3 Ph.d. projekt**

I marts 2003 godkendte det internationale "Board of Advisors" ved Forskerskolen i musikterapi ved Aalborg Universitet min projektbeskrivelse "*The Effect of Receptive Music Therapy on Mood and Quality of Life in Adult Cancer Survivors*". A small scale project. Det betyder, at jeg det næste års tid arbejder videre med projektet her – med henblik på at aflevere en afhandling til forsvar for ph.d.graden i efteråret 2004.

Den kvantitative del af projektet vil blive udbygget som beskrevet tidligere, men det vil især være den kvalitative del af projektet, som jeg vil komme til at bruge kræfter på. Ph.d.projektets metode fremgår af bilag 8.

### **3.4 Nyt forskningsprojekt**

Den foreløbige konklusion (2.4) lægger op til, at der er basis for at gennemføre et nyt og større projekt med kontrolgruppe. Et sådant RCT-projekt vil – med de nødvendige revisioner – kunne anvende det oprindeligt foreslåede design (se grafisk oversigt i bilag 9). VIFAB skrev i sit brev med tilsagn om støtte til pilotprojektet (9. april/ NVH), at en ny ansøgning om støtte til hovedprojektet vil kræve forskellige præciseringer (randomiseringsprocedure mm.), ligesom det foreslås at fokusere på én cancerform, og det anbefales at indføre en Karnofski-vurdering i inklusionskriterierne, evt. også som effektmål. De nævnte krav og forslag er alle relevante, og jeg vil gerne diskutere mulighederne igennem med repræsentanter for VIFAB. Dog står det klart for mig, at en gennemførelse af hovedprojektet (med 30 deltagere) vil kræve et tættere samarbejde med det etablerede behandlingssystem og Kræftens Bekæmpelse. Dette skal afklares, før jeg kan afgøre om det er relevant at forsøge at skaffe økonomisk grundlag for hovedprojektet.

Endelig giver pilotprojektet anledning til at overveje, om det evt. vil være mere relevant at designe en kontrolleret undersøgelse med en anden målgruppe, nemlig cancer-patienter *i behandling*. Deltagerne i pilotprojektet har (i de individuelle interviews og i gruppesamtalerne) givet udtryk for, at de kunne have haft udbytte af GIM-terapi langt tidligere i deres forløb. Udbyttet ville efter deres mening ikke være det samme som det udbytte, de har haft i dette projekt/rehabiliteringsfasen; de omtaler det følelsesmæssige kaos og den eksistentielle angst, man som cancer-patient kastes ud i – uden at der tilbydes relevant psykosocial støtte. Perspektivet er interessant, men en beslutning må afvente feedback fra VIFAB og kommende diskussioner med repræsentanter for GIM-cancerforskningen og den danske psykosociale cancerforskning.

### **Referencer:**

- Aaronson, N.K. et al. (1993). The European Organisation for Research and Treatment QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trial in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 85:365-76
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mysteries of Health*. San Francisco: Jossey-Bass. [Dansk udgave 2002: *Helbredets Mysterium*. Kbh: Hans reitzels Forlag]
- Bonde, L. O., I. N. Pedersen, et al. (2001). *Musikterapi: Når ord ikke slår til*. En håndbog i musikterapiens teori og praksis. Århus, Klim.
- Bunt, L., S. Burns, et al. (2000). "Variations on a theme. The evolution of a music therapy research programme at the Bristol Cancer Help Centre." *British Journal of Music Therapy* 14(2): 62-69.
- Burns, D. S. (1999). *The Effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the Quality of Life and Cortisol Levels of Cancer Patients*. Department of Music and Dance. Kansas, University of Kansas
- Burns, D. S. (2001). "The Effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the Mood and Life Quality of Cancer Patients." *Journal of Music Therapy* XXXVIII(1): 51-65.
- Burns, S. J. I., M. S. Harbuz, et al. (2001). "A small scale study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help centre." *Alternative Therapies in Health and Medicine* 7(1): 48-57.
- Michelson, H. (2002). *Long term health-related Quality of Life among Women with High-Risk Breasts Cancer receiving Adjuvant High-Dose Chemotherapy: A Comparison with the Normal Population*. Ph.D. afhandling. Radiumhemmet, Karolinska Sjukhuset, Stockholm.
- Olofsson, A. (1993). *Music Therapy in Cancer Care. When there are no Words*. 7th World Congress in Music Therapy, Vitoria-Gasteiz, Spain, David Aldridge (ed.): *Music Therapy Info Vol. II (CD-Rom)* Universitat Witten-Herdecke 1999.
- Padilla, G., M. Grant, et al. (1996). *Quality of Life - Cancer Scale (QOL-CA)*. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. New York: Raven Press: 301-308
- Ross-Petersen, L., C. Johansen, et al. (1998). "Har psykosocial intervention blandt cancerpatienter effekt p overlevelse og psykologisk velbefindende? Oversigtsartikel." *Ugeskrift for lger* 160(39): 5625-5634

- Snaith, R.P. & Zigmond, A.S (1994) The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Manual. NFER-NELSON
- Wilber, K. (2000). Integral Psychology. Boston: Shambhala.
- Wrangsjö, B. and D. Körlin (1995). "Guided Imagery and Music (GIM) as a Psychotherapeutic Method in Psychiatry." *Journal of the Association for Music & Imagery* 4: 79-92.
- Wrangsjö, B. and D. Körlin (2002). "Treatment Effects of Guided Imagery and Music (GIM) Therapy." *Nordic Journal of Music Therapy* 11(2): 3-15.
- Zigmond, A, & Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67: 361-70.

## BILAG:

1. GIM-sessionens opbygning
2. Præsentation af de 6 deltagere i projektet (stikord)
3. De 6 deltageres individuelle QLQ-C30 scores
4. SOC-scoren opdelt i de 3 underkategorier
5. De 4 musikterapispecifikke spørgsmål (eksempel)
6. Eksempler på mandalaer (udgået – se i stedet Musikterapeutens rapport)
7. Interview-guide
8. Kort metodebeskrivelse fra Lars Ole Bondes ph.d.projekt

Bilag 1: The Bonny Method of Guided Imagery and Music – kort introduktion til metoden og sessionens opbygning.

Uddrag af Ellen Thomasens hjemmeside: [www.mindandmusic.dk](http://www.mindandmusic.dk)

### **Hvordan foregår en GIM-session?**

Sessionen forløber i 4 faser og varer normalt 1 1/2 - 2 timer:

- 1) I en kort indledende samtale indkredser vi dine ønsker og behov og finder et fokus for sessionen; via denne samtale finder jeg ud af hvilken musik, du har brug for.
- 2) Herefter hjælper jeg dig til at slappe af, som forberedelse til musiklytningen, og giver dig et passende fokusbillede, du kan gå ind i musikken med.
- 3) Under musikrejsen, der - ligesom afspændingen - normalt foregår liggende med lukkede øjne, ledsager og guider jeg dig, så du trygt kan udforske dine indre forestillingsbilleder i dialog med mig.
- 4) Du får mulighed for at tegne/male en mandala - et billedligt udtryk for dine indre oplevelser. Mandalaen kan tilføje en værdifuld dimension til den samtale, som gør det muligt for dig at bearbejde lytteoplevelserne. Vi trækker tråde tilbage til dit fokus og reflekterer sammen over, hvilken betydning eller mening oplevelserne kan have i forhold til dig og dit ydre liv.

*"Engang imellem må du lukke øjnene for bedre at kunne se" (Paul La Cour)*

## Bilag 2: Deltagerne i undersøgelsen (stikord)

Inklusionskriterierne var bl.a. at der skulle være gået mindst 1,5 måned, højst 24 måneder siden udskrivning.

**WIFU:** 59, gift, 3 børn, pensioneret, stabil økonomi, ubehandlelig brystkræft. (Går under projektet løbende til kontrol)

**ANHO:** 52, skilt, 3 børn, arbejdsløs, ustabil økonomi, underlivskræft + tilbagefald (kommer ind i projektet 5 måneder efter udskrivning).

**INLA:** 44, skilt, 2 børn, i arbejde, stabil økonomi, brystkræft (kommer ind i projektet 11 måneder efter udskrivning)

**PIJØ:** 41, skilt, 1 barn, studerende, ustabil økonomi, underlivskræft (kommer ind i projektet 6 måneder efter udskrivning).

**SAAA:** 46, gift, 3 børn, arbejdsløs, ustabil økonomi, brystkræft (kommer ind i projektet 21 måneder efter udskrivning).

**ESMA:** 65, gift, 3 børn, pensionist, stabil økonomi, brystkræft (kommer ind i projektet 1,5 måneder efter udskrivning).

## Bilag 7: Interview-guide

INTERVIEWGUIDE + Bemærkninger om klientens forløb KLIENT: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

### (1) SPØRGESKEMAERNE

Hvordan var det at udfylde dem? Hvad synes du de (ikke) fortæller?

Hvad er din fornemmelse af udviklingen? Hvad betød det, at det var en undersøgelse?

### (2) REFLEKSIONER I TILBAGEBLIK

Hver/anden uge? Formen (lære GIM at kende).

Stemning og livskvalitet som fokus – hvad siger du selv? Overraskelser?

### (3) DE FIRE MT-SPECIFIKKE SPØRGSMÅL (I HADS)

Hvordan gav billeder/musik mening for dig? Trekanten B-M-Tp: Vurder den/dem!

Hvad har du kunnet bruge dine oplevelser og erfaringer til?

### (4) SÆRLIGT VIGTIGE OPLEVELSER (BILLEDER/MUSIK)

Kernebilleder for dig (positive/negative)? [Billederne gennemdiskuteres]

Hvilken musik har du særligt haft glæde af – også uden for terapien?

### (5) MT IFT ANDRE BEHANDLINGSTILBUD – OG IFT hospitalsbehandlingen.

Er der specielle fordele/ulemper ved MT ift andet du har prøvet?

Hvordan skal tilbudene tilgodese det eksistentielle/QOL?

Kunne GIM have været et godt tilbud tidligere i forløbet?

### (6) HVAD ER DET VIGTIGSTE DU TAGER MED DIG? (Vendepunkter?)

### (7) ANDRE PERSONLIGE TILFØJELSER (Hvem kan have glæde af dette?)

\*\*\*\*\*

Klientens forløb:

SOC: Præ:\_\_\_\_\_ Post:\_\_\_\_\_ FO:\_\_\_\_\_

HADS A: Præ:\_\_\_\_\_ Post:\_\_\_\_\_ FO:\_\_\_\_\_

HADS D: Præ:\_\_\_\_\_ Post:\_\_\_\_\_ FO:\_\_\_\_\_

C-30 QLQ Præ:\_\_\_\_\_ Post:\_\_\_\_\_ FO:\_\_\_\_\_

C-30 FAT Præ:\_\_\_\_\_ Post:\_\_\_\_\_ FO:\_\_\_\_\_

C-30 PA Præ:\_\_\_\_\_ Post:\_\_\_\_\_ FO:\_\_\_\_\_

Udbytte/MT Præ:\_\_\_\_\_ Post:\_\_\_\_\_ FO:\_\_\_\_\_

Formål:

Bemærkninger:

Kernebilleder:

Andet:

## Bilag 8 Metodebeskrivelse fra Lars Ole Bondes ph.d. projekt

### METHODOLOGY *Small scale project*

6 participants are recruited through Kræftens Bekæmpelse ["Fight Cancer", the largest private Danish anti-cancer organization] and through other contacts.

Participants receive 10 (weekly or biweekly) sessions (the client may stop the process at any time, he/she may wish). The therapist (Ellen Thomassen) is a registered GIM-therapist (FAMI)

The session format is the normal GIM format, and the standard GIM music repertoire (programs and selections) is used. The music travel parts of the sessions are recorded (mini-disc). The therapist make standard transcripts and summaries of the sessions.

One week before project start all participants fill in the following questionnaires/self reports (a) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),

(b) European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30),

(c) Antonovsky's Sense of Coherences Scale (SOC)

After every session questionnaire (a) + (b) is filled in. After termination of therapy and 6 weeks after all three questionnaires are filled in. No later than one month after follow-up two or more participants will be interviewed (by researcher) about their experiences of the therapy.

### ANALYSIS *Quantitative*

The evaluation is based on the standardized self reports mentioned.

Four specific questions concerning the imagery, the music and the music therapy is included.

Scores will be compared to established norms (HADS and QLQ-C30).

Analysis will be performed using inferential statistics and measure of effect size (if appropriate).

### ANALYSIS *Qualitative*

The quality and development of the imagery of the patients will be analysed, based on the principles of (1) phenomenological analysis (Giorgi) and (2) hermeneutic investigation (Ricoeur).

(1a) Following the principles of phenomenology data (the imagery) will be categorized into conceptual units, which may then be grouped into subcategories and more general categories. Relationships between the categories are established by means of a paradigm which examines the properties of a phenomenon, the dimensions to these and intervening conditions which then impact upon interactional strategies.

(1b) The relationship between imagery and music will be investigated focusing on how categories of imagery may be connected to characteristic features of the music. This analysis will include a procedure similar to Grocke's Structural Model of Music Analysis (SMMA).

(1c) The interviews will (a) be subject to a phenomenological analysis following the principles of Giorgi, (b) be related to (1a) and (2a), and the results of the quantitative analysis.

(2a) Following the principles of hermeneutic investigation (as presented by Paul Ricoeur) the imagery will be analysed for the occurrence of a) metaphors of the Self, b) configuration of metaphors into narrative episodes ('emplotment') and c) eventual occurrence of full narratives.

(2b) The relationship between imagery and music will be investigated focusing on how specific metaphors and narrative configurations may be connected to metaphoric properties of musical parameters and the 'musical narrative'.