

KORTLÆGNING AF SMERTE I PALLIATIV MUSIKTERAPI

En undersøgelse af den udvidede total smertemodel som
assessmentredskab til at beskrive smerteområder hos en
kræftramt kvinde i musikterapi



Caroline Zalcman, kandidatspeciale, musikterapi 2021/2022

Opgavetitel: "Kortlægning af smerte i palliativ musikterapi – en undersøgelse af den udvidede total smertemodel som assessmentredskab til at beskrive smerteområder hos en kræftramt kvinde i musikterapi"

Projekt: Kandidatspeciale

Uddannelsessted: Aalborg universitet

Specialevejleder: Ulla Holck

Anslag: 156.768

Normalsider: 65

Referencetil: APA 7

Udarbejdet af



Caroline Camilla Zalcmán

Stor tak til...

Ulla Holck for din store dedikation, omhyggelighed og dit skarpe øje både i forhold til supervisionen og specialevejledningen.

Amanda Fog-Møller Haar for mange, uvurderlige faglige snakke, for din store hjælp og for det fine forsidebillede.

Trine rytter Andersen fordi du altid er klar med kærlig opbakning, for din store hjælp og for de mange eksistentielle snakke.

Til ægteparret og særligt 'K', der lod mig undersøge hendes smertetilstand til trods for hendes sårbare ståsted i livet.

Til praktikstedet, der havde tillid til musikterapien, og til de to musikterapeuter Marie Falk og Signe Lindstrøm.

“Being vulnerable in trustful love is the foundation of the obedience of faith and of the place where you can receive although you cannot give.” (Saunders, 2005)

Abstract

Aim: This master thesis is based on a single case-study, aiming to investigate the application of Lindstrøm et al.'s (2020) model as an assessment tool to investigate the perception and management of pain for a woman with cancer during music therapy sessions.

Background: During my 9th semesters internship at an oncology section, I became aware that I needed a tool to describe and define the pain condition for cancer patients with complex pain, whom in addition to the physical pain, resulting from both their cancer illness and the treatment, are also affected by social, physical and existential challenges.

Method: Since Lindstrøm et al.'s model is developed as a tool to showcase palliative music therapy. To adjust the model as a tool for analysis and assessment, some revisions have been made, based on Van Deurzen's theory of the four dimensions of personal worldview (Van Deurzen, 2012), including my own evaluation. Based on terms from the model, an analysis of the transcriptions of conversations and the music during therapy has been conducted, and afterwards coded and classified according to needs, resources and pain conditions. The results from the analysis were transferred into a circle diagram, to illustrate the patient's condition of pain, well-being divided into needs, resources and pain. These three sections are further divided into physical, social, psychological and existential areas. The suitability of the Lindstrøm et al.'s model as a tool to define the patient's pain condition, are being discussed and interpreted according to the method selections, the analysis findings and theory.

Results/conclusion: This study concludes that Lindstrøm et al.'s model is a suitable tool to define pain conditions for a cancer patient within this case-study. Some further revisions and re-adjustments for the model need to be made, according to the purpose of defining and describing pain conditions. The results indicate a development and a connection between pain, needs and resources both according to music and conversations in therapy. Thus, they can define pain for a patient who is only scarcely expressing pain through words. The results cannot describe different pain reactions such as fear of death and the importance of the involvement of a spouse in the music therapy. The study shows a potential for further investigation in using the model as an assessment tool in clinical music therapy.

Keywords: pain; music therapy; palliative care; cancer treatment; end-of-life care

Indhold

Abstract	4
1. Indledning	7
1.1 Præsentation af K	9
1.2 Problemfelt	10
1.3 Problemformulering	11
1.4 Besvarelse af problemformulering	11
1.5 Videnskabsteoretiske refleksioner	11
1.6 Menneskesyn og behandlingssyn	13
2. Hospicefilosofien, eksistensterapi og billeddannelse i palliativ musikterapi	14
2.1 Intro til Palliation	14
2.2 Palliativ behandling for kræftramte patienter	16
2.3 Den moderne hospicebevægelse og total smerte-begrebet	16
2.3.1 Fysisk smerte	18
2.3.2 Mental smerte	18
2.3.3 Social smerte	19
2.3.4 Spirituel smerte	20
2.4 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indsatsområder	20
2.5 Eksistensfilosofi- og terapi	21
2.5.1 Inspiration fra eksistensfilosofien	21
2.5.2 Eksistensterapi	22
2.5.3 Van Deurzens fire eksistensdimensioner	22
2.6 Opsamling: Total smertemodellen og Van Deurzens fire eksistensdimensioner	25
2.7 Udviklingen af total smertemodellen	26
2.7.1 Total smertemodell med fokus på smerteproblematikker	27
2.7.2 Smertemodell med fokus på behov og ressourcer	28
2.8 Palliativ musikterapi med fokus på indre billeddannelse	31
2.8.1 Palliativ musikterapi	32
2.8.2 Indre billeddannelse	32
3. Metode	35
3.1 Transskription af casen	35
3.2 Første forsøg på analyse ud fra Lindstrøm et al.s model	36
3.3 Teoretisk forforståelse: Hospicefilosofi og eksistensterapi	37
3.4 Begrebsafklaring ift. Lindstrøm et al.s model	37

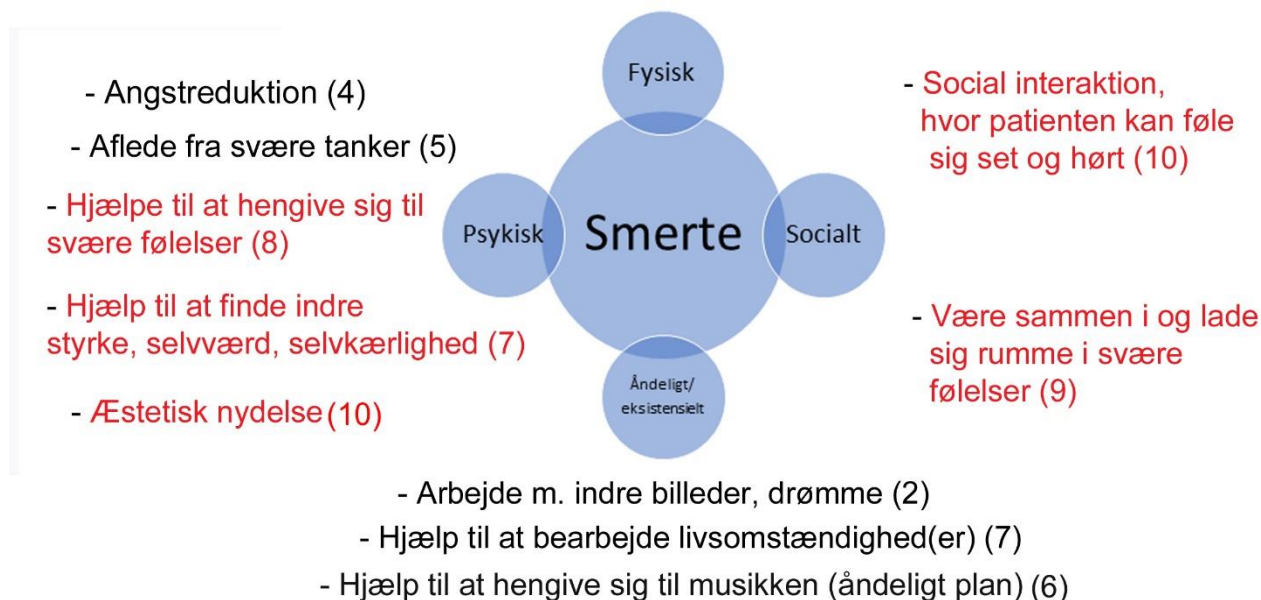
3.4.1 Det fysiske felt	38
3.4.2 Det psykiske felt.....	38
3.4.3 Det sociale felt:.....	39
3.4.4 Det åndeligt/eksistentielle felt:	39
3.5 Første revidering af Lindstrøm et al.s model.....	40
3.6 Første forsøg på analyse ud fra revideret model	41
3.7 Anden revidering af Lindstrøm et al.s model	42
3.8 Endelig fremgangsmåde for analysen	42
4. Data og analyse.....	44
4.1 Præsentation af det udvalgte casemateriale	44
4.2 Analyse af casemateriale	45
4.2.1 Session 4	46
4.2.2 Analyse af casemateriale: Session 5	56
4.2.3 Analysefund: Session 4	63
5. Diskussion	71
5.1 Diskussion af metode ift. besvarelse af problemformulering	71
5.1.1 Dataudvælgelse, transskriptioner og kodninger	71
5.1.2 Revideret smertemodell som assessmentredskab.....	73
5.2 Diskussion af analysefund ift. besvarelse af problemformulering	76
5.2.2 Graferne.....	76
5.2.3 Kortlægning af smerte gennem musikken.....	77
5.3 Perspektivering til klinisk praksis.....	82
6. Konklusion	83
7. Litteraturliste	85
8. Bilag	87
Bilag 1: Mailkorrespondance	87
Bilag 2: Stuegangspro	92
Bilag 3: Samtykkeerklæringer	93

1. Indledning

På mit 9. semester på musikterapiuddannelsen var jeg i praktik som musikterapeut på en onkologisk afdeling på et dansk sygehus. Som supplement til sundhedsvæsenets behandlingstiltag, tilbydes der på afdelingen en palliativ indsats, som har til formål at lindre smerter hos patienten. Selvom jeg havde en klar oplevelse af at musikterapien bidrog til lindring af smerter for patienterne og de pårørende, oplevede jeg, at det var udfordrende at videreformidle til plejepersonalet, hvordan musikterapien kunne bidrage til den palliative behandling. I min optik er det vigtigt med et tværfagligt samarbejde omkring patienterne, for at tilbyde den bedst mulige behandling, og derfor forsøgte jeg at opretholde en dialog med plejepersonalet omkring patienternes udbytte af musikterapien, men grundet Covid19 lockdown, blev der ikke afholdt tværfaglige møder, og den faglige kontakt til sygeplejegruppen var begrænset. Jeg havde dog adgang til journalerne, og kunne videreformidle min viden fra musikterapien den vej. Jeg opdagede dog sommetider, at jeg var usikker på hvilken viden, der var relevant for de andre faggrupper. Jeg tog sommetider mig selv i at skrive i journalerne, at 'pt er glad for musik, derfor har vi aftalt ny tid'. Sidenhen er det blevet tydeligt for mig, at det ikke var glæden for musikken, der var musikterapiens vigtigste bidrag til behandlingen, men hvordan musikken imødekom behov for lindring på forskellige niveauer. Det forestiller jeg mig ville have været betydningsfuld viden for det øvrige personale. De forskellige niveauer af smertelindring, som jeg oplevede at musikken imødekom, omhandlede bl.a. behov for beroligelse, afledning fra smerte og at blive mødt i en eksistentiel smerte. Alle de patienter og pårørende jeg var inde ved, befandt sig i en eksistentiel smerte og sorg i forskellige faser og grader af kompleksitet, og havde et behov for at blive mødt i dette.

For at illustrere hvilke patientbehov, som musikterapien kunne imødekomme på den onkologiske afdeling, udviklede jeg nedenstående model i løbet af praktikken. Modellen er inspireret af total smertemodellen og Lindstrøm et als (2020) model, som bliver præsenteret nærmere i kap. 2.

- Påvirke nervesystem (10)
- Dybere vejrtrækning (10)
- Aflede fra smerter, fx. kvalme (2)



Figur 1 Patientbehov (Zalcman, 2021)

Ud fra det fysiske, sociale, psykiske og eksistentielle felt, er noteret patientbehov, hvor musikterapien kunne imødekomme behovene. Den røde farve markerer lindring for en specifik patient, som bl.a. fik hjælp til at 'finde indre styrke, selvværd, selvkærlighed', som fik nedreguleret sit nervesystem for at opnå en dybere vejrtrækning, og som oplevede at 'være sammen i og lade sig rumme i svære følelser'. Tallene i parenteserne efter hvert patientbehov, beskriver det antal patienter, som fik deres behov dækket for hvert punkt. Dette ud fra deres eget udsagn, eller min egen fortolkning. Ved at jeg begyndte at anskue smerte ud fra en holistisk tilgang på denne måde, blev min forståelse af smertetilstanden hos de syge patienter mere nuanceret, men jeg havde fortsat svært ved at sætte en finger på hvad der lige præcis skete i musikterapien, der kunne imødekomme forskellige behov for smertelindring.

Ud af de 24 musikterapiforløb, der blev afviklet i praktikperioden, var der særligt et patientforløb, som gjorde indtryk på mig i forbindelse med smerte-arbejdet, og som jeg har udvalgt som casemateriale for specialets udforskning af arbejdet med smertelindring. I følgende afsnit præsenteres patienten, som jeg i dette speciale kalder for K. Da casen er udgangspunkt for specialets problemfelt, bliver K og de omstændigheder, der påvirker hendes smertetilstand samt

dele af musikterapiforløbet beskrevet forinden i afsnit 1.1. I afsnit 4.1 laves en uddybende præsentation af de udvalgte casemateriale-sekvenser.

1.1 Præsentation af K

K er en 50-årig kvinde i palliativ behandling for kræft i tyk- og endetarm med metastaser i leveren. Ved indlæggelsen er K's smertetilstand kompleks og der er mange omstændigheder og begivenheder, der påvirker hendes smerteniveau på et fysisk, psykisk, socialt og eksistentielt plan. Musikterapiforløbet med K foregår over fem sessioner og strækker sig over en uge. Da forløbet foregår under en covid19 lockdown periode, sidder jeg med mundbind på og med to meters afstand fra hende under hele forløbet. Jeg oplever dog ikke at dette påvirker tilliden mellem os i det musikterapeutiske arbejde.

Før indlæggelsen ringer K flere gange ind til sygehuset, men er ikke i stand til at udtrykke graden af den fysiske smerte, hun oplever, hvorfor hun først blev indlagt flere dage efter. Natten før indlæggelsen har K så mange mavesmerter, at hun tror at hun skal dø, hvilket afstedkommer en nærdødsoplevelse. Ofte forbindes nærdødsoplevelser med at kroppen dør i flere minutter og derfra genoplives, men en anden måde at være i kontakt med døden på, er ved at hallucinere grundet dehydrering (anoxi) (Rodabough & Cole, 2003), hvilket sandsynligvis er tilfældet for K. Under oplevelsen får K et indre billede af at hun er på en strand, og at hun møder en Gud/Jesus figur, der bærer hende væk. Efter oplevelsen har K svært ved at sove om natten og bliver beskrevet i journalen som "ængstelig og kontaktsøgende". For at berolige sig selv om natten, synger hun lydløst udvalgte sange igennem inde i hovedet.

Dagen efter bliver K indlagt grundet voldsomme mavesmerter. For at lindre mavesmerterne, får K anlagt en permanent stomi. Det reducerer smerterne, og samtidigt må K forholde sig til en ændret krop med en forandret anatomi. Desuden bliver K erklæret terminal under indlæggelsen. Dette læser jeg i journalen, men det er ikke noget, som vi taler eksplicit om i musikterapien, og jeg fornemmer en fortrængning hos K omkring den nærtforestående død. K's mand (F) er også uhelbredelig syg af kræft, og flere gange i musikterapiforløbet lader det til at K's opmærksomhed og sorg er rettet mere mod hans skæbne end hendes egen. Da ægteparret er erklæret syge med uhelbredelig kræft med fem måneders mellemrum, ved de ikke hvem der dør først. K har alligevel besluttet sig for at sangen 'Stjernefart' skal synges til F's begravelse. Hun fortæller at F er optaget af stjernehimlen og månen, og at hun ikke ruller gardinerne for om natten, for så kan de kigge på månen sammen fra hver deres sted. På samme måde kan deres tre børn også kigge op på månen, når forældrene ikke er der længere, for så er de alligevel altid forbundet til hinanden. Efter denne fortælling, fortæller jeg at den næste sang jeg har taget med tilfældigvis er 'De første

kærester på månen' af Tv2. Undervejs i sangen kommer ægtefællen ind og sætter sig ved siden af K og de tager hinanden i hænderne, og han begynder at græde. Jeg får en klar fornemmelse af at sangen spejler deres situation, og at dette giver plads til kærligheden imellem dem i nuet.

K fortæller om sin nærdødsoplevelse i session 4, og det er først her jeg oplever at K åbner op for at fortælle om en sorg og smerte, der omhandler hendes egen sygehistorie. Hun beskriver oplevelsen, som en 'væmmelig' oplevelse, da hun troede at hun skulle dø. Vi arbejder med oplevelsen i session 4 og 5 ud fra indre billeddannelse til live improvisatorisk musik, for at hjælpe K til at blive mere bekvem med oplevelsen. Ved session 5 er F inviteret med, da jeg fornemmer et ensomt udtryk hos K i øvelsen i session 4. I session 5 skaber ægteparret en fælles indre billeddannelse, og min fornemmelse er, at F's tilstedeværelse hjælper K til at føle sig mere tryk i øvelsen.

1.2 Problemfelt

Da smertetilstanden for den kvindelige kræftpatient K er kompleks, kan det være svært at lave en terapeutisk vurdering af hvilke smerteområder, der kræver en palliativ indsats i musikterapien. Der er mange livsomvæltende omstændigheder, som K skal forholde sig til, og det er ikke nødvendigvis alle smerteområder, som K har et behov for eller er klar til at arbejde med på tidspunktet, hvor musikterapien finder sted. Derudover er det heller ikke sikkert, at K selv har et sprog for smerteniveauet eller selv ved, hvilke behov hun har for at få lindret sin smerte. I musikterapiforløbet med K, har jeg manglet et redskab til at forstå og definere hendes smertetilstand og behov for smertelindring. Dette både for at få en større forståelse af hendes smertetilstand i musikterapien, som en hjælp til at tilpasse musikterapien og musikken til hendes behov for smertelindring, men også som en hjælp til at videreformidle hendes smertetilstand i et tværfagligt samarbejde med fagpersonalet.

Da jeg har erfaret, at Lindstrøm et al.s model (2020) er et brugbart redskab til at belyse de forskellige patientbehov, der kan være forbundne med smerte på forskellige planer i palliativ musikterapi, vil jeg undersøgende forholde mig til modellen, som et redskab til klinisk vurdering. Musikterapeuterne bag modellen er erfarne klinikere, som har lagt stort arbejde ind i udviklingen af modellen ud fra klinisk erfaring, som et redskab til at formidle det musikterapeutiske arbejde. Modellen er ikke udviklet som hverken analysemodel eller som et assessmentredskab. Som en del af studiet vil jeg derved undersøge, hvordan jeg kan lave en revidering af modellen således, at den kan tilpasses formålet.

Dette speciale har til formål at undersøge om Lindstrøm et al.s (2020) model kan bruges som et assessmentredskab til at forstå og definere smerte i en konkret case med en kræftramt patient med en kompleks smerte.

1.3 Problemformulering

Med udgangspunkt i et konkret musikterapeutisk forløb med en kvindelig kræftpatient vil jeg undersøge, om og hvordan en revideret udgave af Lindstrøm et al.s (2020) udvidede total smertemodel kan anvendes som et assessmentredskab til at kortlægge de forskellige typer smerte, der optræder i forløbet. Herunder vil jeg undersøge om den reviderede smertemodel kan afdække hvordan musikken bruges til at imødekomme smerter.

1.4 Besvarelse af problemformulering

For at give læseren en større forståelse af palliation som indsatsområde og udviklingen af total smertemodellen, er disse beskrevet i kapitel 2. Her er diverse kilder kontaktet for at blive klogere på forskellige udgaver af modellerne. Herfra er inddraget Van Deurzens teori om de fire eksistensdimensioner (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012), som benyttes både som et teoretisk belæg for metodevalg i kap. 3 og i diskussionen. Derfra beskrives indre billeddannelse som metode i musikterapi. I kapitel 3 beskrives metode og metodevalg i udarbejdelsen af specialet, samt processen for brugen af og revideringen af Lindstrøm et al.s model (2020), så den tilpasses formålet som analyse- og assessmentredskab. På baggrund af transskriptioner af udvalgte sekvenser fra casen (beskrevet foroven), laves der med udgangspunkt i en revideret udgave af Lindstrøm et al.s (2020) model i kapitel 4 en systematisk kodning af patienten K's behov, smertepunkter og ressourcer for at analysere og fortolke datamaterialet. Modellens brugbarhed som assessmentredskab diskuteres i kapitel 5 på baggrund af metodevalg, analysefund og Van Deurzens teori samt brugen af indre billeddannelse i musikterapi beskrevet i kapitel 2.

1.5 Videnskabsteoretiske refleksioner

Specialet er udarbejdet som et humanvidenskabeligt studie med en hermaneutisk-fænomenologisk tilgang. Studiet er eksplorativt og har til formål at undersøge brugen af en revideret model af Lindstrøm et al.s model (2020) som assessmentredskab til at beskrive smerteområder, som de opleves og beskrives af patient og musikterapeut i og for et udvalgt single case-studie. Undersøgelsen er dermed ideografisk i sit udgangspunkt, men gennem udviklingen af et potentielt redskab til at beskrive smerteområder hos andre patienter, nærmer jeg mig en nomotetisk tilgang.

Dog er dette speciale kun det første spadestik, og det vil ikke indeholde tiltag til yderligere ekstern validering.

Empirien anskues ud fra et fænomenologisk udgangspunkt, idét fænomenets essens søges forstået ud fra den måde det perciperes, konstrueres og fortolkes ud fra en subjektivistisk tilgang (B. L. Wheeler & Murphy, 2016). Fænomenologisk videnskab forsøger at forholde sig til genstandsfeltet ud fra en teorifri tilgang (Christensen, 2002), som inviterer til et åbent og fordomsfrit studie af menneskelige oplevelse af følelser såsom sorg og kærlighed eller eksempelvis eksistentielle koncepter såsom ensomhed (B. L. Wheeler & Murphy, 2016). Fænomenologien forholder sig til menneskets eksistens som værende kompleks, idet der er mange aspekter, der bidrager til den menneskelige sansning og oplevelse, og at elimineringen af visse aspekter vil forringe forståelsen af og forsimple essensen af det, der skal undersøges (K. Bruscia, 2005). Fænomenet der undersøges i dette studie, er patientens oplevelse af og behov for lindring af smerte, og slutningsmetoden er induktiv, da empirien danner grundlag for en teoretisk slutning (Ridder & Bonde, 2014). Musikterapien foregår på en hospitalsstue, og der kan derved argumenteres for, at empirien er skabt på baggrund af en naturlig setting (B. L. Wheeler & Murphy, 2016).

Det hermeneutiske udgangspunkt er fortolkende, og forskeren forholder sig til empirien ud fra egen forforståelse og på baggrund af egen fortolkningshorisont (Christensen, 2002). Idét studiet benytter den reviderede udgave af Lindstrøm et al.s model (2020) og Van Deurzens eksistensterapeutiske teori (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012) som en teoretisk forståelsesramme til at udforske patientens oplevelse af og behov for lindring af eksistentiel smerte og sorg, er anvendelsen af modellen derved hermeneutisk. Designet er et top-down design (deduktion), da den teoretiske model testes på den enkelte case, og casen bruges derved til at afgøre om teoriens kriterier er gyldige, eller om der findes et teoretisk alternativ, der er mere egnet (Neergaard, 2007).

Da jeg som terapeut er medskaber af terapisesionerne og derved medskaber af den mening, der undersøges, søges en transparens gennem validering af og systematisk behandling af data (Van Manen, her refereret af Bruscia, 2005) Validiteten opnås gennem kritisk refleksion vedrørende undersøgelsens forskellige faser.

Da jeg i undersøgelsen gør brug af egne, subjektive refleksioner og fornemmelser som en del af udarbejdelsen af analysen, er det nødvendigt med en præsentation af min forforståelse i form af mit menneskesyn og mit behandlingssyn beskrevet forneden.

1.6 Menneskesyn og behandlingssyn

Jeg er præget af det humanistiske grundsyn på menneske og musik, som vi bliver præsenteret for på musikterapistudiet på Aalborg universitet. Jeg forstår derfor mennesket som en enhed af krop, sind og ånd, som udgør tre perspektiver på tilværelsen (Bonde et al., 2014). I forlængelse af denne forståelse, er mit behandlingssyn holistisk og jeg har en holistisk tilgang til smerteforståelse, hvilket er i overensstemmelse med hospicefilosofiens helhedsorienterede tilgang til smerte, der forholder sig til smerte på et fysisk såvel som et socialt, psykisk og eksistentielt plan (Saunders et al., 1995).

I terapien mener jeg, at det er vigtigt, at terapeuten er 'medsvingende' i patienten univers, og derved går med ind i smerteudtrykket, ligegyldigt hvilken form det har, og samtidigt fastholder et tillidsfuldt og trygt rum. Denne forholdemåde kræver, at terapeuten har bevidsthed omkring sin egen proces og de overføringer, samt modoverføringer, der kan opstå i det terapeutiske rum (Bonde et al., 2014). Når smerten omhandler sorg over et tab, er jeg enig med Guldin (2019) i at en sorgintervention skal hjælpe patienten til at genetablere evnen til selvregulering, så vedkommende kan finde sin egen vej i sorgprocessen. Det handler ikke om at fjerne den psykiske smerte, men om at få sorgens udtryk til at stemme overens med tabet, og om at den sørgende sættes i stand til at bære den smerte, som sorgen forårsager, så livet kan leves, på trods af at det gør ondt (Guldin, 2019).

I litteratur omhandlende musikterapi med kræftpatienter, er der ofte fokus på brugen af Guided Imagery and Music (GIM) musikterapi (Bonde et al., 2014). På trods af at jeg ikke havde været igennem GIM kursus 1 i praktikken, er jeg gennem lærerterapi og andre egenerapi-erfaringer inspireret til at arbejde med indre billeddannelse/visualisering ved smertelindring. For at være tilpasningsparat i forhold til patientens behov i den aktive musiklytning, er min tilgang live og improvisatorisk.

2. Hospicefilosofien, eksistensterapi og billeddannelse i palliativ musikterapi

I første del af teorikapitlet introduceres der til palliation i det danske sundhedsvæsen, samt den moderne hospicebevægelse og total smertebegrebet udarbejdet af Cicely Saunders. Herfra laves en kort opsummering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indsatsområder i Danmark med fokus på de fire smertefelter. Videre laves der en beskrivelse af eksistensfilosofien og derfra laves der en gennemgang af den eksistensterapeutiske teori om de fire eksistensdimensioner udarbejdet af Van Deurzen. Herfra laves en opsamling, hvor de to filosofier sammenlignes, hvorfra udviklingen af total smertemodellen beskrives. Slutningvis laves en overordnet beskrivelse af brugen af indre billeddannelse/visualisering i palliativ musikterapi.

2.1 Intro til Palliation

Begrebet palliation anvendes om den sundhedsfaglige indsats, der benyttes til at forebygge og lindre lidelser hos patienter med livstruende sygdomme (Ilkjær & Kragh, 2021, WHO, 2018), og indsatsen har til formål at fremme livskvaliteten hos patienterne og deres familier gennem en tidlig diagnosticering og en behandling, der imødekommer fysiske, såvel som psykosociale og spirituelle problematikker (WHO, 2020). Den palliative indsats kan strække sig fra diagnosticeringen af den livstruende sygdom til efter patientens eventuelle død, hvor den palliative indsats har til formål at yde omsorg for de efterladte (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Retningslinjerne og anbefalingerne for den palliative indsats på de danske hospice og kræftafdelinger er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Sundhedsstyrelsen henholder sig til verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af den palliative indsats, som Sundhedsstyrelsen har præciseret i følgende punkter:

- tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces
- tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- integrerer omsorgens psykiske og åndelige aspekter
- tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger/indsatser, som udføres med henblik på livsforlængelse, som fx kemo- eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer

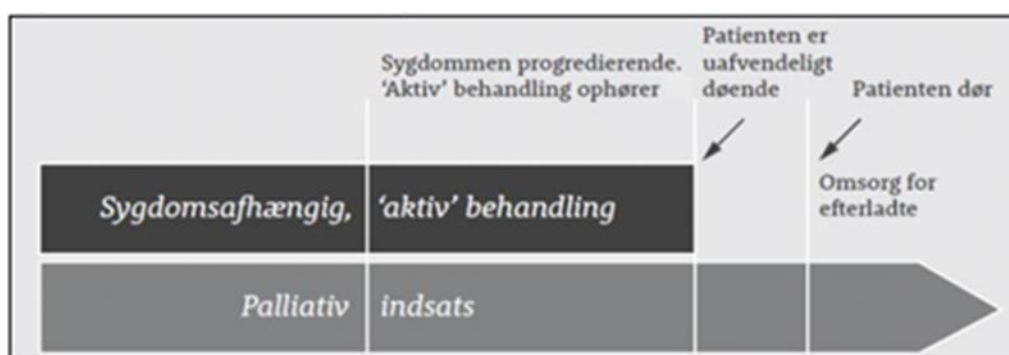
(Sundhedsstyrelsen, 2017, s. 6)

Der er flere behandlingsområder inden for palliationen. Den farmakologiske del af den palliative indsats retter sig mod at mindske følger efter sygdom og behandling for at fremme funktionsniveau, livskvalitet og udførelse af meningsfulde aktiviteter i hverdagen (Spile, 2011, her refereret af Ilkjær, 2021). Sammenholdt med den humanistiske palliation, der forholder sig til smertelindring ud fra et humanistisk perspektiv (Dalgaard & Jacobsen, 2011), er den farmakologiske palliation det mest velundersøgte og veludviklede indsatsområde. Det er dog først i 2013 at palliativ medicin er blevet anerkendt som et fagmedicinsk område i Danmark. Det betyder, at der i det danske sundhedsvæsen foregår et fodslæb med hensyn til at imødekomme patienternes behov for den medicinsk-lindrende behandling og pleje (Ilkjær, 2021).

I dette speciale beskæftiger jeg mig med humanistisk palliation, da jeg som musikterapeut forholder mig til smertelindring ud fra et humanistisk perspektiv og da jeg ikke har haft berøring med den farmakologiske del af den palliative smertelindring.

2.2 Palliativ behandling for kræftramte patienter

På kræftafdelingerne i Danmark får patienterne tilbudt palliativ behandling som en del af det samlede behandlingsforløb. Organiseringen af den palliative indsats er opdelt i to palliative indsatsformer, som indtræder under forskellige dele af sygdomsforløbet. Under den 'aktive' behandling af sygdommen, tilbydes en basal palliativ indsats, som en integreret del af behandlingsplanen, der finder sted på afdelingen. Ved en terminalerklæring ophører den 'aktive' behandling og i stedet fokuseres der på den specialiserede palliative indsats, som herefter er den primære behandlingsform. Den palliative behandling kan foregå på palliative afdelinger på sygehuset eller f.eks. på hospice eller i hjemmet (Sundhedsstyrelsen, 2017).



Figur 2 Palliative indsatser i et sygdomsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2017, 15)

Sundhedsvæsenet er i nyere tid begyndt at implementere rehabiliterende palliation som en del af den palliative behandling. Den rehabiliterende palliation har til formål at støtte patienten med deres funktionsevne ved bl.a. at understøtte patientens egenomsorg eller mestringsstrategier, så vedkommende bedre kan klare sig selv (Ilkjær et al., 2021).

Retningslinjerne og anbefalingerne for den palliative indsats på de danske kræftafdelinger i Danmark, er inspireret af 'Total pain'-begrebet som på dansk kaldes for total smerte. Begrebet er udviklet af den engelske sygeplejerske, socialrådgiver og læge Cicely Saunders (1918-2005), der var grundlæggeren af den moderne hospicebevægelse (jf. afsnit 2.1.2) (Ilkjær, 2021).

2.3 Den moderne hospicebevægelse og total smerte-begrebet

Cicely Saunders var grundlæggeren af den moderne hospicebevægelse. Hun revolutionerede behandlingen af fysisk smerte og udviklede en særlig forståelse for de eksistentielle behov hos døende patienter (Bramming et al., 2021). Da hun arbejdede i sygeplejen med indlagte krigs ofre under 2. verdenskrig, oplevede hun et fravær af tilstrækkelig palliativ pleje på hospitalerne. Hun begyndte at forske i smertetilstande for døende patienter på det engelske hospice, Sct. Christoffer

hospital. Her opdagede hun forholdet mellem den fysiske og den mentale smerte hos patienterne (Saunders, 1983, her refereret fra Ilkjær, 2021). Hun beskrev forholdet mellem de to felter med begrebet 'total smerte', som omfattede både fysiske symptomer, mental lidelse, sociale problemer og følelsesmæssige vanskeligheder (Ibid.). Gennem denne brede definition af smertebegrebet, blev der åbnet op for en villighed til at anerkende og forstå patienternes eksistentielle og åndelige lidelser, der opstod gennem de fysiske problematikker. Desuden blev der lyttet til patienternes egne beskrivelser og oplevelser af deres lidelser, for at få en mere kompleks forståelse af smerterne for at lindre dem på den bedst mulige vis (Saunders, 1978, her refereret fra Ilkjær, 2021).

Den lange tradition for hospicer i den kristne kultur, hvor åndelig omsorg udgjorde det idemæssige fundament for plejen, samt Saunders egen kristne baggrund, spillede en væsentlig rolle for udviklingen af hospicefilosofien (Bramming et al., 2021). Saunders opfordrede dog til at hospice skulle være et sted for åndsfrihed og til at plejepersonalet skulle finde deres eget eksistentielle ståsted, som ikke nødvendigvis skulle være religiøst (Bramming et al., 2021). I artiklen 'Tænk på ham' fra artikelsamlingen 'Bliv her og våg' skriver Saunders (2021) bl.a., at hun er enig med eksistensfilosoffen Viktor Frankl i hans syn på frihed; at mennesket under sine givne omstændigheder skal vælge sin egen vej (Saunders, 2021). Saunders mener dog ikke at meningen er endemålet i sig selv, men at: "Mening opstår gennem en forstærket følelse af forbundethed og varer ved frem til et øjeblik af nærvær, hvor helingen sker." (Saunders, 2021, s. 80).

I bogen 'Living with Dying' forklarer Saunders et al. (1995), at behandleren må se mere nuanceret på patientens smerte ved terminal tilstand, og at lidelserne ikke kan begrænses til at blive behandlet med en farmakologisk indsats, men at plejen bør være helhedsorienteret (Saunders et al., 1995). Ifølge Saunders et al (1995) er der som oftest mere subtile og komplekse smerteproblematikker forbundet med den terminale smerte. Når den totale smertelidelse undersøges i dybden på et mentalt, socialt og et spirituelt plan, viser det sig ofte at smerten på hvert af disse områder ligeledes er komplekse. Det kan være hårdt for personalet at forholde sig til den komplekse smerte, men dette kan hjælpe patienten og de pårørende til at acceptere tanker i forhold til identitet og mål i livet, og det kan give dem styrke til at se fremtiden i øjnene. Man kan sige, at patienten er i en krisetilstand, og at denne tilstand er med til at skabe en hurtig udvikling på et personligt og eksistentielt plan (Ibid.).

De smerter, der beskrives af cancerpatienter, kan opleves som værende fysiske smerter, til trods for at de kan være uløseligt forbundet med psykiske-, emotionelle-, sociale- og spirituelle smerter

set i et total smerteperspektiv (O'Brien, 1993). Forskellige situationer af smertetilstande, hvor farmakologisk behandling ikke er dækkende, kan være følgende:

- Smerten ved at skulle give afkald på rollen som forældre og ægtefælle.
- Smerten i forbindelse med at kroppen er forandret efter en eller flere strålebehandlinger eller operationer.
- Smerten ved at finde meningen med livet og med de lidelser, der er forbundet med sygdommen.

(O'Brien, 1993, s. 35)

I de følgende afsnit uddybes forståelsen af den fysiske, mentale, sociale og spirituelle smerte på baggrund af den moderne hospicefilosofi.

2.3.1 Fysisk smerte

Den fysiske smerte kan forårsages af sygdommen, behandlingen, andre sygdomme, eller eksempelvis fysisk svækkelse, der binder patienten til sengen og medfører immobilitet og evt. liggesår. Smerten bliver alt efter smertetype og hvor patienten befinder sig i sygdomsforløbet, lindret ud fra en klinisk specialiseret viden om symptomkontrol. Desuden kan psykiske faktorer påvirke den fysiske smerte (Saunders et al., 1995).

2.3.2 Mental smerte

Saunders (2021) mener, at den mentale smerte er vanskelig, fordi angsten for sygdommen og dens behandlinger kan smelte sammen med en depressiv tilstand fremkaldt af, at fysikken og åndsevnerne svinder hen. Når mennesket ser tilbage på sit levede liv, har det som oftest god grund til at føle skam over visse situationer, men hos meget syge mennesker kan skammen forveksles med uklare og irrationelle følelser af skyld (Saunders, 2021). Hvis der opstår følelser af et mislykket liv eller skyld og skam, kan der særligt opstå en følelse af isolation hos patienten, der kan påvirke sindet. Når sygdommen udvikler sig til at blive livstruende, vil der ofte samtidigt opstå angst hos patienten (Saunders et al., 1995).

Sorg opstår i enhver situation, hvor omstændighederne tvinger en person til at give slip på et bestemt verdenssyn og acceptere en ny virkelighed, som vedkommende ikke er forberedt på (Parkes, 1978). Saunders (2021) mener, at: "En døende patients største sorg er afslutningen på menneskelige relationer og ansvar." (Saunders, 2021, s. 47)

Ved dårlige nyheder omkring sygdommen, kan patienterne reagere med benægtelse. Denne tilstand kan være svær at opretholde og kan føre til vrede eller sorgfuld længsel efter det, der var før (Saunders et al., 1995). Håb er en vigtig del af det at opretholde det mentale helbred. Uden håb kan der ifølge Saunders et al. (1995) opstå en situation, hvor vreden vendes indad og den kan videreudvikle sig til fortvivlelse og depression. Saunders et al. (1995) mener, at det er muligt at arbejde sig igennem de forskelligartede reaktioner, og udviklingen til det bedre kan beskrives som det sidste stadie af accept. Der kan godt både være en accept af tilværelsen/døden samtidigt med, at der kan være håb til stede (Ibid.).

Det har som oftest stor betydning for patienten, at der er nogen, der lytter til og forholder sig til vedkommendes sorg og tristhed (Saunders et al., 1995). Desuden kan kedsomhed være en stor del af den mentale smerte, og her anbefaler Saunders bl.a. terapi, hvor forestillingsevnen bringes i spil. Saunders pointerer dog også, at det kan være svært at adskille mental og social smerte, da meget af patientens angst eksempelvis kan bestå af bekymringer for familien (Ibid.).

2.3.3 Social smerte

Ifølge Saunders et al. (2021) er den socialfaglige indsats rettet imod at hjælpe patienten til bedre kommunikation med sine nære relationer, hvis der f.eks. er spændinger eller uafklarede problematikker i relationerne. Men indsatsen handler også om at tage hånd om den sorg, som pårørende kan føle. Hvor hårdt det end må være at stå over for en kommende adskillelse, så hjælper det ifølge Saunders (2021), at fastholde sandheden i så stort omfang, det er muligt, for at kunne komme igennem den angst og smerte, som sandheden bringer med sig. For nogle familier gælder det, at de gennem livet kun har delt meget lidt, mens andre har brugt deres liv på at undgå ubehagelige samtaleemner, og det vil derfor ikke kunne lykkes for alle at mødes i en dybere fælles forståelse af det, som sker. Intet skal forceres, igennem barske afsløringer, og der kan være langt mellem sandhederne (Saunders, 2021). Desuden kan der være et behov for at diskutere økonomiske beslutninger i familien (Saunders et al., 1995). Nogle pårørende kan ifølge Saunders (2021) have tendens til at forsøge at beskytte deres syge familiemedlemmer mod smertefulde informationer. Men dette kan få patienten til at føle sig hægtet af, føle sig endnu mere isoleret end hun er i forvejen, og gøre hende ude af stand til at dele sine bekymringer (Saunders, 2021). De pårørende kan samtidigt have et lige så stort behov for støtte som patienterne, og det er derfor optimalt for at begge parter bliver inddraget i samtaler om sygdomsforløbet og processen for den fremtidige død. Ligeledes bør børn og teenagere inddrages i samtalerne. De pårørende kan have mange forestillinger om en smertefuld død for patienten, og her er det vigtigt at personalet forklarer, at med den rigtige palliative omsorg, vil patienten som oftest sove stille ind (Saunders et al., 1995).

I inddragelsen af familien skal der dog tages hensyn til, at der også kan være familier, hvor relationerne er vanskelige, eller hvor familiemedlemmerne har for svært ved at forholde sig til døden, og f.eks. ikke kan være til stede, når patienten dør, mens andre gerne vil være vidne til dette og trygt ledsager deres kære hele vejen henimod den endelige afsked (Saunders et al., 1995).

2.3.4 Spirituel smerte

Saunders og Sykes(1993) mente, at mens fysisk smerte kan lindres medicinsk, er eksistentiel/åndelige/spirituelle smerte langt mere kompleks i og med denne lidelse må gennearbejdes af patienten selv (Saunders & Sykes, 1993). Den spirituelle smerte kan beskrives som det at forholde sig til følelser af skam, værdiløshed og meningsløshed, som kan føre til dyb angst, og som kan være påvirket af kulturelle og religiøse overbevisninger. Patienten kan få hjælp til at ændre betydningen af hændelser i fortiden, hvis disse er smertefulde. En spirituel eller åndelig healing i den sidste levetid, kan opnås gennem f.eks. en tilgivelse fra en præst, men accepten og healingen kan også opstå i relationen til andre mennesker, hvor healingen ikke har med religion at gøre. Patienten må se tilbage på livet, men også samtidig række ud efter noget, som er større end dem selv. Ofte er dette forbundet med en overbevisning om, at livet fortsætter (Saunders et al., 1995).

Ved eksistentielle smerter, handler det ifølge Bramming et al., (2021) først og fremmest om at de sundhedsprofessionelle er der for patienten og de pårørende, og at de lytter og prøver at forstå dem på deres præmisser, frem for at komme med "rigtige" svar (Bramming et al., 2021).

2.4 Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indsatsområder

Som tidligere nævnt er retningslinjerne og anbefalingerne for den palliative indsats i Danmark udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. De er inspireret af hospicebevægelsen og total smertebegrebet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det er dog forskelligt hvor meget Sundhedsstyrelsen i dens anbefalinger forholder sig til de fire smertefelter. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indsatser vedrørende palliative behov på det psykiske niveau, er kort beskrevet i 'Anbefalinger for den palliative indsats' fra 2017. Det fremgår her, at det ikke er alle patienter, der har behov for rådgivning og behandling, men at eventuelle psykiske lidelser bør udredes, og at alle patienter har brug for støtte og empatisk kommunikation (Sundhedsstyrelsen, 2017). I 'Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft' fra 2018, bliver indsatsområder for psykiske smerter ikke nævnt (Sundhedsstyrelsen, 2018). Vedrørende den åndelige/eksistentielle omsorg er Sundhedsstyrelsen (2017) bevidst om at sundhedsprofessionelle i Danmark, ikke har nok viden

indenfor dette felt, da der i det danske sundhedsvæsen ikke er tradition for systematiske samtaler med patienter og deres pårørende om ønsker for og tanker om livet og døden. Derfor er der bl.a. udviklet modeller for planlægning af samtaler for at sikre en grundig afdækning af personlige ønsker (Sundhedsstyrelsen, 2017). Vedrørende den socialfaglige indsats anbefaler Sundhedsstyrelsen (2018) at have fokus på patienternes sociale forhold, og evt. at iværksætte relevante indsatser i forhold til daglig livsførelse og fritidsliv, beskæftigelse, uddannelse og økonomiske forhold for bl.a. at undgå konflikter i nære relationer samt social isolation (Sundhedsstyrelsen, 2018). Der er udviklet forskellige spørgeskemaer, der har til formål at måle patientens egen vurdering af symptomer og livskvalitet ud fra de fire smerteniveauer (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Ifølge forskning, der har undersøgt forholdet mellem patienter og de pårørende, bør de sundhedsprofessionelle være sensitive over for ægtefæller, hvor den pårørende selv er syg eller bliver syg under patientens sygdomsforløb (Torgé, 2014, her referet af Bernild & Vedsgaard, 2021). Parterne bliver i højere grad opmærksomme på hinanden og tilsidesætter ofte egne behov og udfordringer ved sygdom. De finder det ofte meningsfuldt at yde omsorg for hinanden. De sundhedsfaglige bør derved omhyggeligt undersøge parternes præferencer for, hvordan de bedst støttes samtidigt med at parforholdet integritet opretholdes (Ibid.).

2.5 Eksistensfilosofi- og terapi

Saunders nævner sin eksistensfilosofiske forståelse af frihed og mening med livet (jv 2.1.2). I dette afsnit vil jeg beskrive teorien om de fire eksistensdimensioner, som er grundstenen for flere retninger inden for den eksistensfilosofiske tilgang, som bl.a. er præsenteret og videreudviklet af den hollandske psykolog og eksistensfilosof Emmy Van Deurzen (1951-). For at få en bredere forståelse af begreberne; fysisk-, psykisk-, social- og eksistentiel smerte, beskrives de derved her ud fra en eksistensfilosofisk og eksistensterapeutisk forståelse.

2.5.1 Inspiration fra eksistensfilosofien

Eksistensterapien finder sit afsæt og inspiration i eksistensfilosofien i begyndelsen af 1900-tallet, da klinikker Karl Jaspers lavede en reformulering af psykopatologien og bl.a. brugte begrebet 'grænsesituation' om de livssituationer, hvor mennesket møder lidelse, skyld, krise eller død (Thomsen, 1995). Eksistenstænkningen fik sit første gennembrud efter 1. verdenskrig og igen efter 2. verdenskrig, hvor store dele af den vestlige kultur befandt sig i skæbnesvangre 'grænsesituationer'. I denne tid udviklede psykiateren Ludwig Binswanger Daseinsanalysen, som senere blev videreudviklet af Medard Boss og som er blevet en inspirationskilde for klinikere som May, Frankl, Yalom og Van Deurzen, der kategoriseres som en gruppe af eksistentialistiske

terapeuter med en analytisk-orienteret tilgang til eksistensterapien. Terapeuterne lægger vægt på at indleve sig i og forstå det enkelte menneskes livsverden med dets relationer, sådan som den fænomenologisk kommer til syne (Ibid.).

Binswanger udviklede en model for de tre eksistentielle dimensioner, som omfatter Umwelt, Mitwelt og Eigenwelt, på dansk: den fysiske, den sociale og den personlige verden (Van Deurzen-Smith, 1995). Senere implementerede de eksistentielle humanister Buber og Tillich samt Jaspers en fjerde dimension: den spirituelle verden (Überwelt). Det var dog først Van Deurzen, der gjorde den spirituelle dimension eksplicit i sin videre udarbejdelse af modellen (Van Deurzen, 2012). Van Deurzen var grundlæggeren af den britiske skole for den eksistentiel-analytiske tilgang til terapi og var optaget af at udvikle en metode til at udforske klientens oplevede verden med udgangspunkt i de fire eksistensdimensioner (Cooper, 2011) (Beskrevet i afsnit 2.5.3).

2.5.2 Eksistensterapi

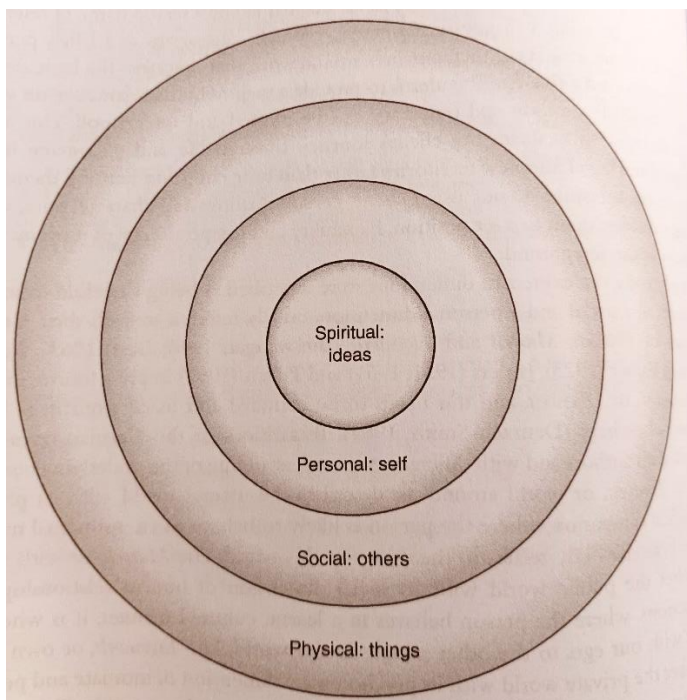
Den grundlæggende overbevisning i eksistenstænkningen er, at mennesket må ses i samspil med den verden, det lever i, og eksistenstænkningen beskæftiger sig derved med menneskets væren-i-verden (Thomsen, 1995). På samme måde er menneskets bevidsthed ikke skarpt afgrænset fra livsverden. Bevidstheden anses som noget, der altid er rettet mod noget og derved er bevidsthedslivet intentionelt. Den kan f.eks. rette sig mod den fysiske omverden, mod én selv, andre mennesker, eller mod ens fantasier og overbevisninger. I den eksistentielle terapi er terapeuten særligt opmærksom på, hvad klientens opmærksomhed er rettet mod i sessionerne, for at blive bevidst om klientens livssyn (Ibid.). Dertil undersøges livssynet ved at klarlægge forståelsen af og at reflektere over livet gennem konfrontationen med livets problematikker og muligheder, og samtidig også at udforske begrænsningerne (Van Deurzen, 2012). Frihedsbegrebet inden for den eksistentielle opfattelse, er knyttet op på overbevisningen om, at frihed er friheden til at vælge, hvordan man forholder sig til den situation, man er placeret i. Ved såkaldte grænsesituationer såsom ved alvorlig sygdom, er friheden begrænset af absolutte grænser, og frihedsgraden forstås ud fra, hvordan personen opfatter sig selv i situationen, f.eks. som et offer eller som "opdagelsesrejsende". At blive konfronteret med død, meningsløshed eller isolation skaber angst, og at lære at leve med angsten er et essentielt mål for eksistensterapien (Van Deurzen-Smith, 1995).

2.5.3 Van Deurzens fire eksistensdimensioner

Ifølge Van Deurzen (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012) består livet af konstante spændinger mellem forskellige polariteter. De mest centrale og monumentale spændinger opstår mellem liv og død, væren og ikke-væren samt nærvær og fravær. I de terapeutiske sessioner

handler det om at imødekomme og udforske de spændinger, som klienten er i kontakt med. Klienten kan dog kun tilgå den eksistentiale tilgang, hvis klienten selv er åben for denne tilgang og villig til at se sin egen eksistens i øjnene (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012). På samme måde bør terapeuten være bevidst om sin egen filosofiske tilgang til livet, som grundlag for at kunne være støtte for en klient i en eksistentiel krise (Van Deurzen, 2012).

Som et redskab til at udforske de forskellige aspekter i klientens oplevelse af tilværelsen, benytter Van Deurzen teorien om de fire eksistensdimensioner som en referenceramme. Rammen fungerer som et slags rejsekort, der skal belyse klientens rejse gennem tilværelsen og gøre den lettere ved at åbne op for muligheder frem for at begrænse dem (Van Deurzen, 1988). Når klienten taler om sig selv, og f.eks. udtrykker hvem hun er, er det muligt at identificere hvilken eksistensdimension hun placerer sig selv i (Van Deurzen-Smith, 1995). De fire eksistensdimensioner bestående af det fysiske, sociale, personlige og spirituelle felt, er illustreret med denne model:



Figur 3 Four relational layers (Van Deurzen, 2012, s. 76)

Modellen viser niveauerne for de fire dimensioner, hvor den fysiske dimension er den mest fundamentale og så fremdeles (Van Deurzen, 2012). Egentlig er alle dimensionerne tæt forbundne, og ikke som sådan til at adskille i en terapeutisk kontekst, men som en hjælp til at anskue klientens tilstand, anskues klientens livssyn ud fra de forskellige dimensioner. Hvis klienten f.eks. betoner fysiske lidelser, befinder vedkommende sig bevidsthedsmæssigt i naturverden, mens en betoning på hendes sociale rolle har at gøre med den sociale verden (Van Deurzen-Smith, 1995). Van

Deurzen (1995, 2012) mener, at det kan være kontraproduktivt at forholde sig til klienten ud fra en psykisk diagnosticering, når klienten allerede føler sig fortabt (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012). I stedet har klienten brug for assistance til at begå sig bedre i livet, ved at finde et personligt mod, en retning og at få hjælp til at se, hvad der er meningsfuldt i tilværelsen, så hun kan blive mere autentisk over for sig selv og derved blive mere oprigtig i sin måde at leve livet på. Klienten får hjælp til at forholde sig til det paradoks, at bekræfte sin egen individualitet sammen med det, at acceptere og forholde sig til det altomfattende, det universelle (Van Deurzen, 2012).

Herunder uddybes de fire eksistensdimensioner, som de er beskrevet af Van Deurzen:

2.5.3.1 Naturverden (Umwelt):

Ud af de fire dimensioner, er naturverden den mest fundamentale, da den menneskelige eksistens er forankret i den konkrete, materielle verden (Van Deurzen-Smith, 1995; Deurzen, 2012).

Mennesket er altså underlagt naturlovene, men hvordan det fortolker og reagerer på den verden, det er omgivet af, er subjektivt. En kropslig sansning af det biologiske og fysiske miljø, vil f.eks. både være en intra- og en intersubjektiv oplevelse, hvad enten det omhandler mad, sygdom eller livet generelt. Når terapeuten udforsker klientens forhold til naturverdens struktur, er det afgørende at forstå, hvordan omgivelserne spiller ind i den måde hun fortolker verden på (Van Deurzen-Smith, 1995; Deurzen, 2012). I naturverden er de mest centrale udfordringer det at overgive sig til naturlovene, eller det at forsøge at kontrollere de naturlove, vi er underlagt, og det handler om at udvikle en fleksibilitet i mødet med livet, døden, sygdommen, men også f.eks. sundheden. For at opleve spændingsfeltet mellem omgivelserne og kroppen, kan mennesket f.eks. dyrke en sports- eller fritidsinteresse. Hvis mennesket derimod bliver fremmedgjort over for dets egen krop, skabes en ubalance i perceptionen af naturverden (Van Deurzen-Smith, 1995).

2.5.3.2 Den sociale verden (Mitwelt)

Den sociale dimension omhandler den sociale interaktion med andre mennesker i en offentlig kontekst. Når relationen har en høj grad af nærhed og intimitet, vil relationen dog høre ind under den private verden, og falder derfor ikke ind i denne kategori (jf. afsnit 2.5.3.2). I den sociale dimension er menneskets erfaringer indlejret i sociale, politiske og kulturelle strukturer, og interpersonelle forhold vil til en vis grad være styrende for dets handlinger, følelser og tanker. Derved er den sociale verden den anden mest styrende dimension, for hvordan mennesket placerer sig selv i verden. I den sociale verden kan centrale spændinger opstå mellem polariteterne kærlighed og had, dominans og underkastelse, taknemmelig og frustration, og accept og afvisning. I terapien undersøger terapeuten klientens forholdemåde til de sociale omstændigheder, hun er indlejret i, og der arbejdes med spændingsfeltet mellem egoismen og

altruismen, som begge er altafgørende i den dynamiske tilpasningsproces mellem det enkelte individ og de andre (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012).

2.5.3.2 Den private verden (Eigenwelt)

Den private verden omhandler menneskets forhold til sig selv, og kan beskrives som intimitetens verden. Den omfatter menneskets nærhed, intimitet og samhørighedsfølelse med sig selv og med nære relationer, og kan omhandle tanker, følelser, karaktertræk, idéer og forhåbninger. Når en nær relation inviteres ind i den private verden, f.eks. en ægtefælle, anses personen som at være en integreret udvidelse af en selv. Hvis en klient er forankret i den private verden, vil hun eksempelvis understrege sine egne styrker og svagheder i forbindelse med hendes personlighed og karaktertræk. I terapien må patienten blive bekendt med, og undersøge de paradokser, som hun rummer i sig selv. Det kan være identitet over for frihed, styrker over for svagheder og integritet over for manglende integritet (Van Deurzen-Smith, 1995; Deurzen, 2012).

2.5.3.2 Den spirituelle verden (Überwelt)

Den spirituelle verden refererer til mennesket forbindelse til de abstrakte og metafysiske aspekter af livet. Den repræsenterer det erfaringsområde, hvor den enkelte selv skaber mening med og idéer omkring livet, verdenen, sin selvforståelse og evt. den spirituelle overbevisning, der kan repræsentere det åndelige eller eksistentielle element i menneskets tilværelse. Hvad enten man kalder sig selv for ateist, agnostiker eller religiøs, vil man ifølge Van Deurzen (2012) altid have noget, som man tror på, hvad enten det er videnskaben, sociale idealer, Allah eller Gud. I terapien tydeliggøres individets eget syn på tilværelsen, for at finde frem til idealer og værdier for hvordan klienten gerne vil leve sit liv. Disse opdagelser vil også kunne hjælpe klienten med at løse problematikker på den fysiske, sociale og private plan (Deurzen, 2012). I terapi-arbejdet på det spirituelle plan, er det vigtigt, at klienten føler sig forbundet til den private verden, for at kunne finde svarene gennem en indre guidning. De centrale paradokser i den spirituelle verden kan omhandle mening over for meningsløshed, det gode over for det onde og den rigtige overbevisning over for den forkerte, f.eks. i forbindelse med tro (Van Deurzen-Smith, 1995; Deurzen, 2012).

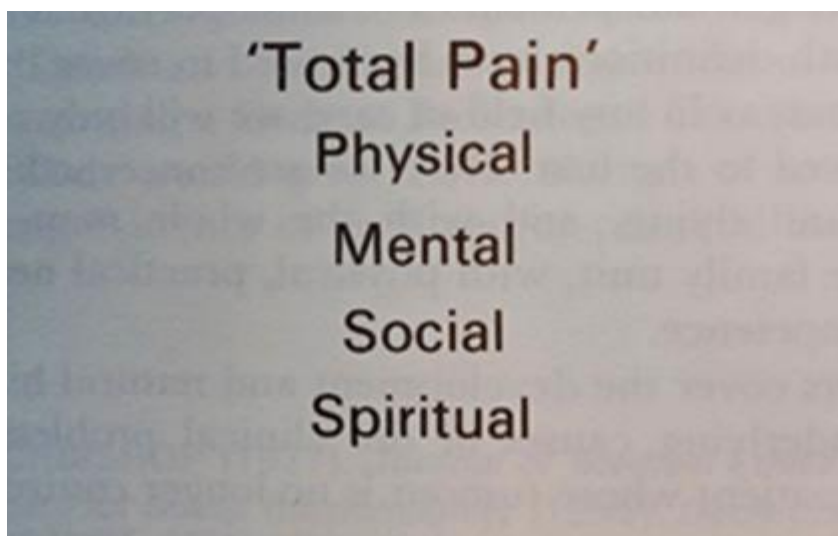
2.6 Opsamling: Total smertemodellen og Van Deurzens fire eksistensdimensioner

Hospicefilosofien og eksistensfilosofien vinder begge indpas efter 2. verdenskrig, og trods store ligheder, der kunne indikere, at der må være en sammenhæng, har jeg ikke kunnet finde direkte referencer fra hospicefilosofien til eksistensfilosofien eller omvendt. I en senere artikel udtaler Saunders sig om en vis enighed i eksistenstænkningen vedrørende frihed og mening med livet (jf. 2.3), men det er ikke ensbetydende med at eksistensfilosofien er rammeskabende for

hospicefilosofien, og det tyder snarere på, at der har været behov for et eksistentielt tankesæt i tiden efter 2. verdenskrig. Der er stor lighed mellem total smertemodellen og de fire eksistensdimensioner. De forholder sig begge til overbevisningen om at mennesket skal ses ud fra et helhedsorienteret synspunkt, hvor fysiske, sociale, psykiske/personlige og åndelige/eksistentielle tilstande tilsammen spiller en rolle for menneskets velvære. De paradokser der er tilknyttet hver eksistensdimension i modellen for de fire eksistensdimensioner, kan have en eksistentiel, social, psykisk/personlig eller fysisk smerte forbundet, og på samme måde kan hver smertetilstand set ud fra total smertemodellen være forbundet med en eksistentiel smerte. F.eks. kan eksistentielle bekymringer om et mislykket liv eller skyld og skam medføre en følelse af isolation, der kan påvirke den psykiske velvære (jf. 2.3.2).

2.7 Udviklingen af total smertemodellen

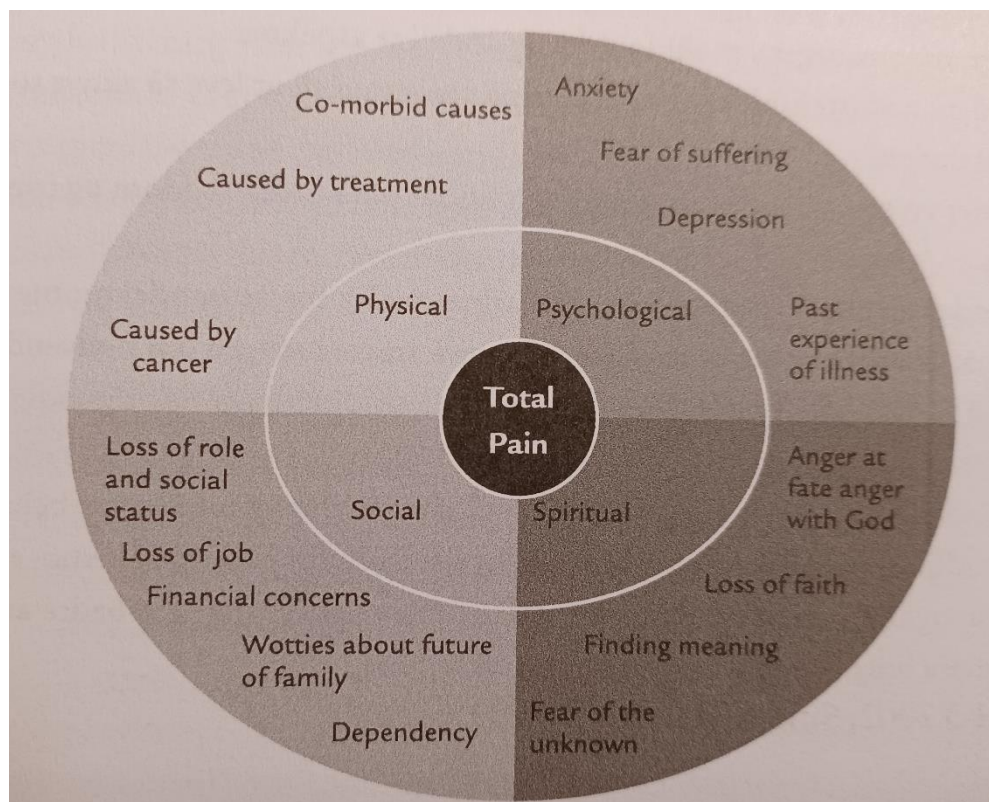
I bogen 'The management of Malignant Disease' fra 1978, illustrerer Saunders den totale smerte med denne figur:



Figur 4 Total pain (Saunders, 1978, s. 194)

Total smertemodellen som er beskrevet af Saunders (Saunders, 1978; Saunders et al., 1995), har udviklet sig fra at være en simpel model, der illustrerer den bredere total smerteforståelse med de fire felter: fysisk, mental, social, spirituelt smerte (jf figur 4), til senere at få flere lag, der enten beskriver smerteproblematikker (afsnit 2.7.1) eller behov og ressourcer (afsnit 2.7.2). I følgende afsnit uddybes beskrivelsen af udviklingen for den totale smertemodel.

2.7.1 Total smertemodel med fokus på smerteproblematikker

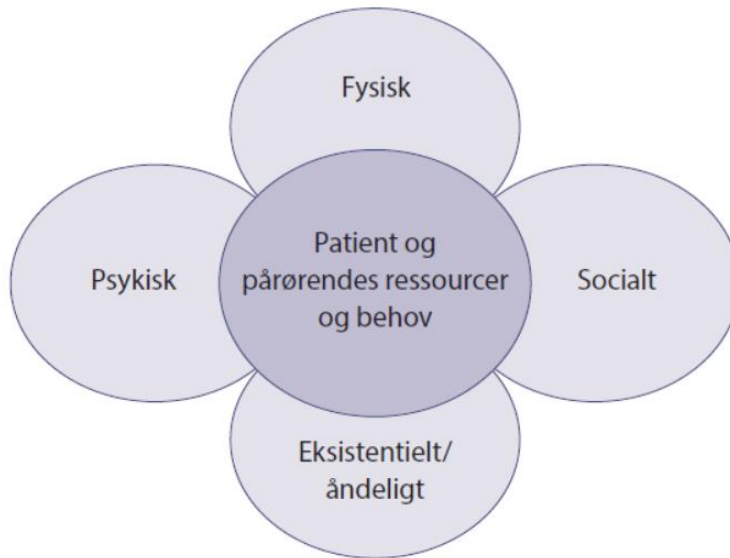


Figur 5 Total smertemodel. Fra Palliation og rehabiliterende palliation (Ilkjær, 2021, s. 15)

Denne total smertemodel er udvidet med et tredje lag, der beskriver smerteproblematikker hos uhelbredeligt syge patienter, der er tilknyttet hvert smertefelt i det andet lag. Mens Saunders kaldte den smerte, der har med psyken at gøre for mental smerte (jf figur 4), bruges her begrebet 'psykologisk'. Modellen er bl.a. benyttet af den danske musikterapeut Ilan Sanfi i hans arbejde med reducere af komplekse smerter hos cancerpatienter. I bogkapitlet 'Musikterapi som livskvalitets- og rehabiliteringsfremmende behandling hos voksne med komplekse, kroniske smerter' er begreberne i den illustrerede model oversat til dansk. I den danske version bruges betegnelsen 'psykisk' for den smerte, der har med den psykiske smertetilstand at gøre (Sanfi, 2017).

Smerteproblematikkerne i modellens tredje lag, er beskrevet i bogen 'The management of terminal malignant disease' fra 1978 og i bogen 'Living with dying' fra 1995. Selve modellen har jeg ikke kunnet finde i bøgerne, til trods for at flere kilder henviser til modellens illustration i samme bøger. For at få en større forståelse for modellens udvikling og tilføjelsen af det tredje led i modellen, har jeg derfor kontaktet flere kilder, desværre uden held med at finde frem til den originale kilde (se afsnit 3.3).

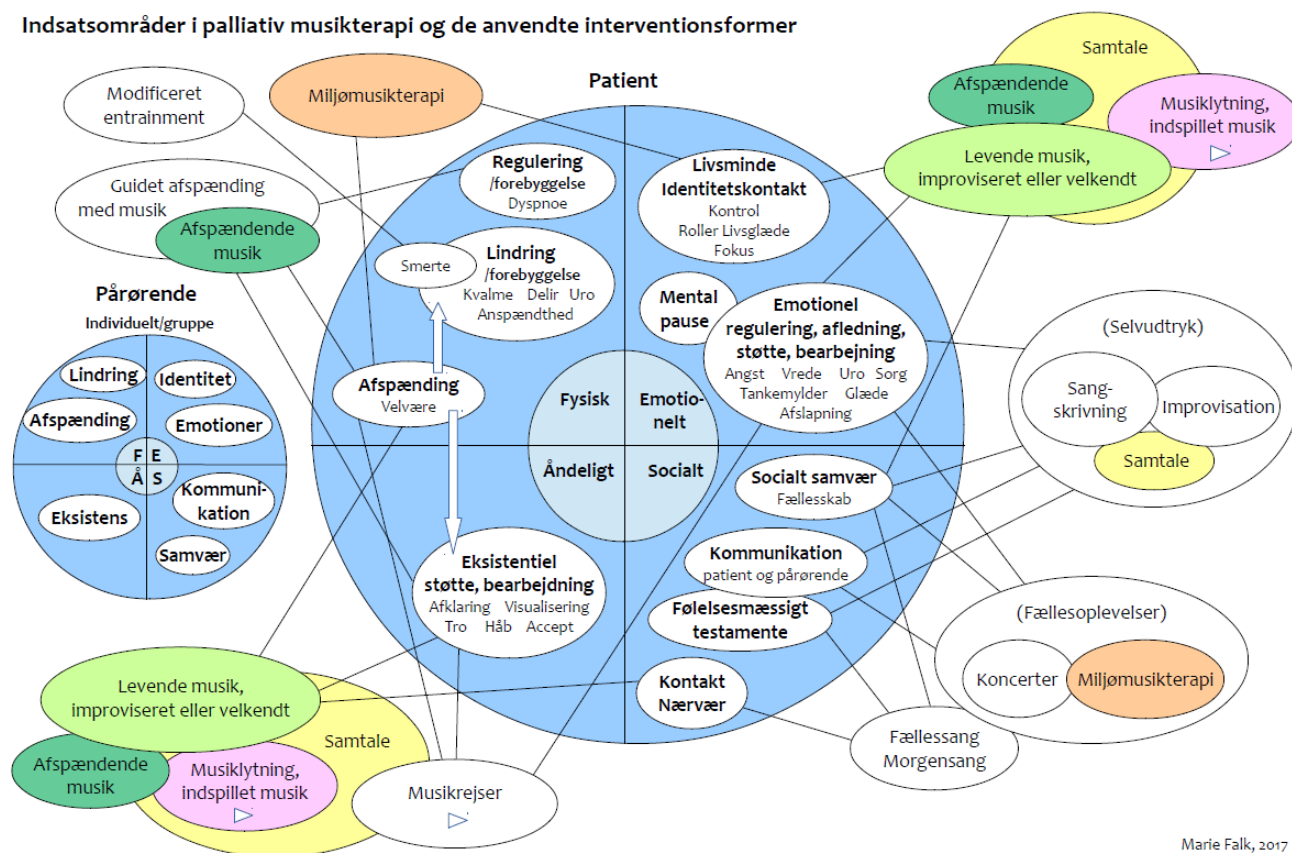
2.7.2 Smertemodel med fokus på behov og ressourcer



Figur 6 Rehabilitering og palliation. Fra Palliativ indsats, 2012, [Palliation - DSAM Vejledninger](#)

I denne model illustreret i Sundhedsstyrelsens vejledning for den palliative indsats fra 2012, kaldes det inderste felt for 'Patient og pårørendes ressourcer og behov'. Her er der sket en væsentlig ændring fra et fokus på smerteproblematikker til et fokus på ressourcer og behov hos patienten og de pårørende.

Indsatsområder i palliativ musikterapi og de anvendte interventionsformer

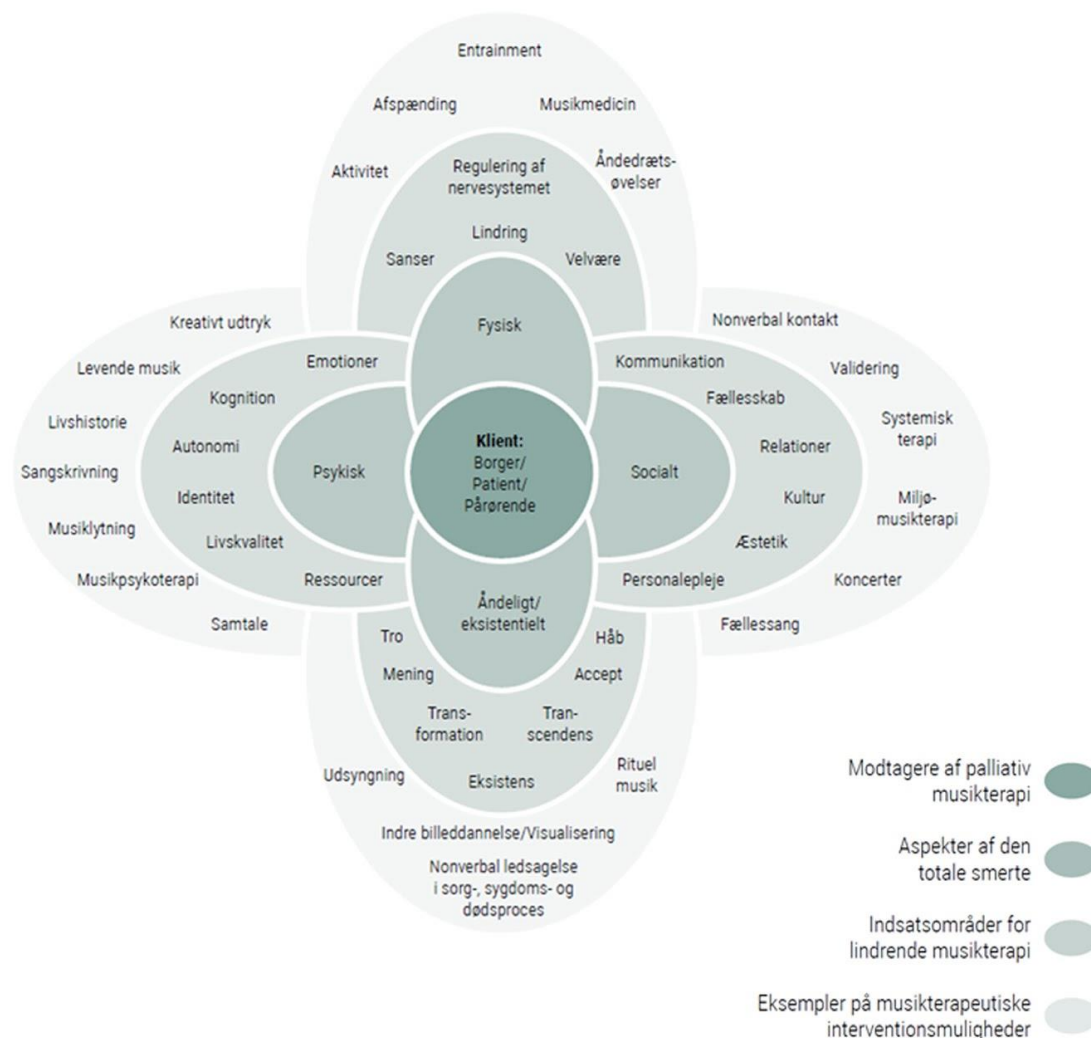


Marie Falk, 2017

Figur 7 Indsatsområder i palliativ musikterapi de anvendte interventionsformer (Falk, pers.kom, 14.10, 2021)

Denne model fra 2017, er den første udgave af en formidlingsmodel, som musikterapeut Marie Falk har arbejdet med at udvikle med udgangspunkt i hendes mange års erfaringer som palliativ musikterapeut på hospice (Falk, pers. kom., 30.09.2021). Modellen har til formål at beskrive indsatsområder og anvendte interventionsområder i palliativ musikterapi og tager afsæt i total smertemodellen. Ved henvendelse fik jeg lov til at gengive denne første version af modellen i specialet (Falk, pers. kom., 14.10.2021). Modellen præsenteres her, da den bruges til en begrebsafklaring (se afsnit 3.4). Jeg vil dog ikke lave en yderligere gennemgang af modellen her.

Sammen med musikterapeut Signe Lindstrøm, har Marie Falk udviklet den udvidede total smertemodell (figur 8), som er en revidering af figur 7 samt en videreudvikling af total smertemodellen figur 6.



Figur 8 Den udvidede total smertemodel (Lindstrøm et al., 2020, s. 14)

Den udvidede total smertemodel er illustreret og beskrevet i kompendiet 'Anbefalinger til kompetencer for musikterapeuter i den palliative indsats', som er udviklet i et samarbejde mellem musikterapeuterne: Signe Marie Lindstrøm, Marie Falk, Bente Laurberg Knudsen, Julie Ørnholt Bøtker, Ulla Lau Hyldgaard og Leif Rasmussen (Lindstrøm et al., 2020).

Modellen danner et overblik over de mest almindelige, palliative områder for lindring (det tredje lag) indenfor de fire smertefelter og knytter dem sammen med eksempler for relevante musikterapeutiske metoder og interventionsmuligheder (det fjerde lag) (Lindstrøm et al., 2020). I dette speciales undersøgelse af modellen som redskab til assessment, beskæftiger jeg mig primært med det tredje lag i modellen.

Ifølge Signe Lindstrøm (mailkorrespondance) er tredje lag primært udarbejdet af Marie Falk, men begge musikterapeuter har været med til at lave justeringer med hensyn til ordvalg, og de har forholdt sig til de fire dimensioner i hospicefilosofien i arbejdet (Lindstrøm, pers. kom., 03.11.2021). I en sammenligning med figur 7 ses det, at det ene felt 'Emotionelt' i figur 7 har ændret navn til det 'psykiske' felt i figur 8. Dog er ordet 'emotioner' benyttet som begreb i det tredje lag i modellen under det psykiske felt.

Ved undersøgelsen af Lindstrøm et al.s model (2020) som assessmentredskab, vil jeg ikke komme ind på det fjerde lag i modellen. Dog er det væsentligt at den musikterapeutiske metode: 'Indre billeddannelse/visualisering' er placeret ud fra det eksistentielt/åndelige smertefelt. Ved specialets undersøgelse af indre billeddannelse som smertelindring i den udvalgte case, forholder jeg mig til indre billeddannelse ud fra alle fire aspekter af den totale smerte, hvilket fremgår af følgende afsnit.

2.8 Palliativ musikterapi med fokus på indre billeddannelse

For at få en større forståelse for brugen af indre billeddannelse som metode inden for palliativ musikterapi, læste jeg op på emnet. Først undersøgte jeg, om der er forsket i brugen af indre billeddannelse i palliativ musikterapi, som redskab til at hjælpe en patient til at opnå en 'transformerende' oplevelse, fra en ubehagelig til en mere positiv oplevelse. Det var min intention at undersøge brugen af indre billeddannelse i forbindelse med en nærdødsoplevelse. I den sammenhæng forsøgte jeg at lave et litteraturreview, og her beskriver jeg kort fremgangsmåden. Jeg startede med at lave en søgning i Primo, for at få et overblik over hvilke søgeord, der gav relevante hits. Jeg søgte ud fra følgende begreber:

Music Therap*, Imagery, Palliation, transform*

Jeg fik 65 hits, hvoraf 2 artikler var relevante for mit emne.

Jeg ændrede begrebet 'palliation' til 'palliative care' for at få flere hits og søgte på udvalgte databaser:

Psychnet, Chinahl og Scopus

Databaserne gav mellem 12 og 17 hits, men ingen af de artikler, der dukkede op, havde relevans for mit emne. Jeg ændrede begrebet 'Music Therap*' til 'GIM', men det gav 0 hits for hver søgedatabase. I stedet valgte jeg derfor at lave en kædesøgning ud fra de fundne artikler for at finde frem til relevant materiale.

For at få en større forståelse for brugen af indre billeddannelse i palliativ musikterapi, laves først en kort gennemgang af palliativ musikterapi, hvorfra forskellige metoder inden for musikterapi og indre billeddannelse beskrives.

2.8.1 Palliativ musikterapi

Som en del af den palliative indsats, kan musikterapien være et nonfarmakologisk supplement til den medicinske behandling (Lindstrøm et al., 2020). Sundhedsstyrelsen (2017) nævner at forskning bl.a. viser, at terminale patienters behov imødekommes på flere områder gennem musikterapien, både på et fysisk, psykisk, eksistentielt/åndeligt og socialt plan (Sundhedsstyrelsen, 2017)

Ifølge Dileo og Dneaster (2005) er der forskellige musikterapeutiske interventioner, der dækker de terminale patienters behov på forskellige niveauer. Det første niveau er det **støttende niveau** og benyttes til at smertelindre fysiske, fysiologiske og kognitive symptomer, og til at skabe velvære, komfort, støtte og hjælp til nydelse (Dileo & Dneaster, 2005). Terapeuten kan f.eks. hjælpe patienten til at slappe af gennem en rolig musik, hvor patienten præsenteres for musik, som spejler patientens vejrtrækning, bevægelser og følelser, og langsomt sænker tempoet til et roligere tempo. Musikterapien kan føre til det næste niveau, **det kommunikative, ekspressive niveau**, hvor musikterapeuten hjælper patienten med at udtrykke følelser. F.eks. gennem sange, der kombinerer en støttende karakter fra vuggevisen med et sørgende, ekspressivt udtryk fra klagesangen (Bonde, 2014). Musikterapien kan endvidere føre til det næste niveau, **det transformative niveau**. Her hjælper musikterapien patienten med at skabe indsigt og udvikling i den sidste levetid. Patienten bliver hjulpet til at gennemse og acceptere, hvordan livet har udfoldet sig, og til at løse konflikter og følelser, tilgive sig selv og andre, udforske overbevisninger om efterlivet og til at opnå fred (Dileo & Dneaster, 2005). Musikken kan hjælpe patienten gennem en proces, hvor patienten kan få vendt sit livsperspektiv, fra at forstå sig selv som syg og døende til også at føle sig som et stærkere individ (Aldridge, 1999, her refereret af McConnell & Porter, 2016).

2.8.2 Indre billeddannelse

Ved indre billeddannelse i musikterapi guides patienten til at forestille sig et indre billede under musiklytning (Abrams & Kasayka, 2005). Den indre billeddannelse kan også omfatte fysiske sansninger, følelser m.m. I musikterapi med terminale patienter, bruges Indre billeddannelse ofte som hjælp til afslapning, for at mindske stress, smerte og ophøje fysisk og mental velvære. Metoden kan også bruges til at imødekomme spirituelle behov eller velvære (Ibid.).

Indre billeddannelse ved musiklytning bliver ofte forbundet med de musikterapeutiske metoder, GIM eller Music & Imagery, hvor patienten bliver guidet til, eller gennem dialog med terapeuten opnår indre billeddannelse under lytning til musik udvalgt af terapeuten (Grocke, 2016).

Interventionen kaldes ofte for en musikrejse, og kan f.eks. bruges til at 'skabe et sikkert sted', hvis patienten føler angst eller usikkerhed (Bonde, 2014). Ifølge musikterapeut Ilan Sanfi (2017) kan metoden Guidet Imagery and Music (GIM) have en smertelindrende effekt for patienter med kroniske smerter, idét: "...musik, indre billeddannelse og terapeutens følelsesmæssige resonans gør det muligt for patienten bedre at kunne rumme, bearbejde og ændre aspekter af sin smerteoplevelse og følgerikninger af smerterne." (Sanfi, 2017, s. 229).

Ved GIM og Music & Imagery skelnes der mellem musik, der egner sig til at stimulere til billeddannelse og musik som bruges til beroligelse (Grocke, 2016). Den stimulerende musik bør være varierende i parametre såsom dynamik, melodi og harmoni, mens musikken bør være repetitiv og forudsigelig, når den skal være beroligende (Ibid.). Musikterapeut Anthony Meadows (2015), der har erfaring inden for kræftområdet, mener at hvis det indre billede har en spirituel/eksistentiel karakter, f.eks. et møde med 'guds hånd', er der ikke nødvendigvis behov for en guidning under billeddannelsen i musikken, da billedet kan virke stærkt i sig selv, og da det kan være mere healende for patienten blot at forblive i kontakt med dette billede (Meadows, 2015).

Musikterapeut Therese Marie West (2015) har med inspiration fra GIM-metoden, udviklet 'Palliativ improvisation og indre billeddannelse' (PI/I), en metode der er justeret, så den passer til palliative patienter (West, 2015). Ved denne metode spiller eller synger musikterapeuten live improviseret musik. Her bruges den indre billeddannelsen som fokus for improvisationen. Terapeuten går ind i en anden bevidsthedstilstand, hvor hun forholder sig intuitivt og 'in tune' med patienten i skabelsen af musikken, som sammenskabes med patientens udtryk i momentet. Før musikken starter, er der mulighed for at musikterapeuten kan foreslå visualiseringen af et beroligende billede. Musikken bør starte roligt, og musikterapeuten bør være opmærksom på enhver reaktion fra patienten, samtidig med at hun lader musikken understøtte patientens vejtrækning. Simple melodier tillader patienten at være i nuet, frem for at bevæge sig et andet sted hen. Sommetider falder patienten i søvn, og i det tilfælde er der ingen grund til at vække patienten. Hvis terapeuten forholder sig intuitivt til patienten ud fra en anden bevidsthedstilstand, kan hun hjælpe patienten med at gå ind i en transformation/overgang til døden (Ibid.).

Ved brug af indre billeddannelse i musikterapi er der mulighed for at et ægtepar eller en gruppe kan skabe en indre visualisering sammen (Bruscia, 2015). Kenneth Bruscia (2015) beskriver flere former for guidede musikrejser, der gør det muligt for flere personer at interagere i den indre

billeddannelse. F.eks. nævner han 'couple re-imaging' og 'couple co-imaging', hvor den ene ægtefælle, genskaber det indre billede, som tidligere er skabt af den anden ægtefælle, eller hvor parterne sammen, "træder ind i" og sammenskaber et indre billede. Ved begge interventioner er terapeuten guidende og i dialog med de "musikrejsende". Målet er at parterne skal få mere indsigt og empati for hinanden ud fra hver deres personlige perspektiv. I en gruppeterapisession, hvor den musikalske intervention har til formål at genskabe et billede, som en af klienterne har præsenteret, kan dette også foregå uden at terapeuten guider (Bruscia, 2015).

Dette teoretiske kapitel har beskrevet palliation, hospicefilosofien, total smertemodellen og dennes udvikling samt de fire eksistensdimensioner udviklet af Van Deurzen, og indre billeddannelse i palliativ musikterapi. Med denne teoretiske viden påbegyndes metodeafsnittet.

3. Metode

Lindstrøm et al.s model (figur 8) er, som tidligere nævnt, udviklet som et formidlingsredskab på baggrund af kliniske praksiserfaringer og inspiration fra hospicefilosofien (2.7.2). I dette afsnit beskrives fremgangsmåden for undersøgelsen af brugen og udviklingen af modellen som redskab til klinisk vurdering, for at få en større forståelse for smertetilstanden for en kræftpatient i et musikterapeutisk forløb. Formålet med assessmentredskabet i dette studie, er at opnå viden om patientens almene behov, svagheder og styrkesider, og assessmenttypen er derfor almen (Jacobsen et al., 2014). Den kliniske vurdering foregår gennem en systematisk indsamling af informationer samt en analyse af patientens adfærd på et mikroanalytisk niveau samt en fortolkning af disse.

3.1 Transskription af casen

Til at begynde med lyttede jeg til audio-optagelserne fra hele musikterapiforløbet, dvs. session 1-5. Herfra udvalgte jeg de sekvenser fra forløbet, som skulle bruges som datamateriale. Jeg udvalgte sekvenser fra session 4 og 5, da jeg havde en fornemmelse af, at der i disse sekvenser opstod en vigtig proces i forbindelse med K's smertetilstand. 4. session var en individuel session med K, mens 5. session var en dyade-session med K og hendes ægtefælle F. De udvalgte sekvenser fra session 4 og session 5 indeholder begge samtaler før- og efter en musikintervention, hvor vi arbejdede med indre billeddannelse til live musikimprovisation, samt musikinterventionen. Disse sekvenser er udvalgt, da jeg havde en fornemmelse af, at der i disse sekvenser opstod en vigtig proces i forbindelse med K's smertetilstand. Herfra lavede jeg transskriptioner af de udvalgte samtaledele og grafiske tidslinjer for de musikalske improvisationer. Dette ud fra audio-optagelserne, men også ud fra noter, der blev skrevet ned lige efter sessionerne. For at begrænse mængden af data, har jeg undladt at transskribere visse passager i samtaledelen, idet jeg vurderede, at de har mindre betydning for beskrivelsen af K's smertetilstand. Passagerne er dog i visse tilfælde kort beskrevet og står i kursiv (se fornedet). I få tilfælde er de udeladte passager markeret med prikker: ... Nedenfor er vist et lille udpluk af transskriptionen fra session 4:

1. C: "Hvordan har du det i dag?"

K fortæller om smerteniveau (på et fysisk plan) og energi...

2. K: "...Jeg skal bare komme mig lige så stille og roligt. Jeg har været langt nede og vende, så. Og så opereret i maven, og så. Ja. Og der forinden var jeg også syg, så. Det er sådan to ting jeg sådan skal op igen, så".

K: Patienten K's udtalelser

F: Ægtefællen F's udtalelser

C: Mine udtalelser.

De grafiske tidslinjer viser tempo for musikken, instrumenternes funktion, musikkens funktion (overordnet), korte beskrivelser af hvad jeg husker (forkortet HHJ) fra med udgangspunkt i noter fra session eller fra hukommelsen fra de forskellige dele i improvisationerne samt mine refleksioner opstået under analysearbejdet. Ud fra de grafiske tidslinjer og noter fra sessionerne, lavede jeg en skriftlig beskrivelse af de musikalske improvisationer. Beskrivelserne er inddelt i tidsintervaller. Mine erindringer, refleksioner og fornemmelser omkring K's udtalelser og udtryk er ligeledes inddraget som en del af beskrivelsen. Som en hjælp til læseren, er beskrivelserne af musikken placeret før de grafiske tidslinjer.

3.2 Første forsøg på analyse ud fra Lindstrøm et al.s model

For at gøre kodningen nemmere at forstå, blev hvert smertefelt kombineret med et tal: Fysisk: 1, Socialt: 2, Psykisk: 3, Åndeligt/Eksistentiel: 4. På samme måde blev hvert begreb i det 3. led i Lindstrøm et al.s model (figur 8) nummeret ud fra hvilket smertefelt, det var tilknyttet. Begrebet 'Sanser' har f.eks. fået nummeret: 1.1, da det er tilknyttet det fysiske felt.

Herfra lavede jeg det første forsøg på analyse ud fra Lindstrøm et al.s model. Jeg kodede udtalelser og reaktioner for patienten K i samtaledele og skriftlige beskrivelser af de musikalske improvisationer ud fra begreber fra modellens 3. lag. Kodningerne blev noteret ned med tal i små bokse, f.eks. 1.1 ved siden af transskriptionerne. Det viste sig, at det sommetider var svært at se hvilken kodning, der hørte til hvilken udtalelse, og at layoutformen medvirkede til, at der stort set kun var plads til en kodning for hver udtalelse, hvilket gjorde kodningen ensidig. Desuden viste det sig, at det var nødvendigt at tilføje selve begreberne til tallene for bedre at kunne orientere sig i kodningerne. Samtidigt gik det op for mig, at jeg kun gjorde brug af de begreber, som jeg var sikker på, at jeg forstod betydningen af i denne sammenhæng.

Undervejs noterede jeg ned, hvad jeg huskede fra sessionerne vedrørende egne reaktioner eller overvejelser, samt hvilke refleksioner der opstod undervejs i kodningen. Disse refleksioner hjalp mig til at få en større forståelse for K's reaktioner og udtalelser.

Min erfaring efter det første forsøg på analysen var, at jeg havde brug for at ændre min måde at kode på og at det var nødvendigt at blive mere sikker på begreberne fra det 3. led i Lindstrøms et al.s model samt at det var relevant at inddrage egne erindringer og refleksioner som et supplement til kodningerne.

3.3 Teoretisk forforståelse: Hospicefilosofi og eksistensterapi

Inden næste kodningsrunde begyndte jeg at læse op på eksistenstænkningen og eksistensterapi med fokus på Van Deurzens eksistensterapeutiske tilgang og filosofi (Van Deurzen-Schmidt, 1995; Van Deurzen, 2012), for at få en forståelse for teorien omkring de fire eksistensdimensioner (se 2.5.3). Herfra læste jeg op på hospicefilosofien, total smertebegrebet og total smertemodellen (se 2.3). Dette for at få en større forståelse for den udvidede total smertemodel, bl.a. vedrørende begrebernes placeringer i modellen m.m.

Som det fremgår af kap. 2.7.1 henviste referencer til Saunders (1978) og Saunders et al. (1995) for en tidlig illustration af en udvidet total smertemodel, der har fokus på smerteproblematikker (figur 5). Da illustrationen af modellen ikke var til at finde i kilderne, henvendte jeg mig derfor til International Association for the Study of Pain (IASP), der henviste mig til Abigail Franklin, der er specialist inden for det palliative, medicinske område, og som har beskrevet modellen i artiklen 'Pain and Pain Management' (Franklin et al., 2018). Ved henvendelsen spurgte jeg efter en kildehenvisning og om hvem, der har tilføjet det tredje led i modellen. Desværre modtog jeg ikke noget svar, og henvendte mig derfor til musikterapeut Ilan Sanfi og til Ingeborg Ilkjær, som er lektor og sygeplejerske, og som har beskrevet modellen i bogen 'Palliation og rehabiliterende palliation' (Ilkjær & Kragh, 2021). Ilkjær og Sanfi var så venlige at svare, men kunne desværre ikke give mig yderligere information omkring kilden. Kildesøgningen har dermed ikke ledt tilbage til den første illustration af modellen, og det er derfor uvist, hvem der har tilføjet det tredje led i modellen. På samme måde kontaktede jeg musikterapeuterne Marie Falk og Signe Lindstrøm med henblik på at finde ud af, hvordan den udvidede total smertemodel (figur 8), præsenteret i Lindstrøm et al. (2020) var blevet udviklet. Dette førte til, at Marie Falk sendte mig den første udgave af modellen (fig.7), som hun udviklede i 2017, som redskab til at formidle sit arbejde som musikterapeut på hospice (Pers. kom. Falk, d. 30.09.2021). Senere uddybede Signe Lindstrøm nogle af begreberne fra Lindstrøm et al.s (2020) modellens 3. led (se nedenfor).

3.4 Begrebsafklaring ift. Lindstrøm et al.s model

Som nævnt (3.2) resulterede min første kodning i at jeg bl.a. blev klar over, at jeg havde behov for en begrebsafklaring. Læsning og forståelse af filosofien bag hospicebevægelsen (kap. 2.3) og Van Deurzens eksistensterapeutiske tilgang (kap. 2.5.3), hjalp en del, men der var stadig begreber i Lindstrøm et al.s model, som jeg manglede en mere præcis definition på, for at kunne bruge modellen, som et analyseredskab.

I den følgende begrebsafklaring står der (jf. Falk, figur 7), hvis jeg referer til Marie Falks forklaringsmodel (figur 7). Hvis jeg henviser til mailkorrespondancen med Signe Lindstrøm, står der (Lindstrøm, pers. kom., dato). Svarene i mailkorrespondancen kan i sin helhed læses i bilag 1. Hvis der ikke står en kildehenvisning, skyldes det, at jeg ikke har skønnet at der var behov for de andres hjælp til en begrebsafklaring. Her er afklaringen således min egen forståelse af begrebet. Få af begreberne er sat sammen, da de har en lignende betydning.

3.4.1 Det fysiske felt

Sanser, lindring og velvære: Hjælp til afspænding, lindring og evt. forebyggelse af kvalme, delir, uro og anspændthed (jf Falk, figur 7).

Regulering af nervesystemet: Da regulering af nervesystemet både kan omhandle fysisk arousalregulering og en regulering af følelser, spurgte jeg i en mail, om det er arousalregulering, der beskrives. Til dette svarede Lindstrøm: "Ja. Nervesystemet omhandler både fysisk grad af spænding i tonus i kroppen og grad af bevidsthed/vågenhed. Så ja, når man regulerer arousal, hænger det fuldstændigt sammen med det autonome nervesystem, og om man regulerer imod mere stimuli og mere aktivitet (sympatiske nervesystem) eller imod lavere grad af stimuli og øget afspænding (parasympatiske nervesystem)." (Lindstrøm, pers. kom., 02.11.2021). Desuden kan en regulering af nervesystemet hjælpe til forebyggelse af vejrtrækningsproblematikker (jf Falk, figur 7).

3.4.2 Det psykiske felt

Emotioner: Hjælp til emotionel regulering, støtte eller bearbejdning af følelser ved bl.a. angst, vrede, uro, sorg, tankemylder. Det kan også være en understøttelse af glæde og positive følelser/minder, eller at hjælpe til opnå en mental pause (jf Falk, fig. 7).

Kognition: "Hjælp til at huske sin identitet som rask og gode minder, hjælp til at tænke klarere når nervesystem kommer i ro, skabe rum og tid til at tænke og for de narrativer, det kan afføde (der beskriver hvordan pt tænker om sit liv, sin sygdom og død)." (Lindstrøm, pers. kom., 02.11.2021).

Identitet: Hjælp til at acceptere tanker i forhold til identitet forbundet med patientrollen, eller at få hjælp til at huske sin identitet som rask.

Autonomi: Hjælp til følelse af selvstyre/medbestemmelse trods lavere grad af fysisk autonomi og afhængighedsfølelse af bl.a. behandlingssystemet og pårørende, der kan opstå grundet sygdommen.

Livskvalitet og ressourcer: Ståsted i forhold til tilfredshed med livet og graden af indre styrke i forhold til at gennemleve livet, der hvor omstændighederne er udfordrende. Det kan være i momentvise øjeblikke fx ved lytning af musik, der bringer autentiske følelser eller minder frem, over en periode eller i livet generelt.

3.4.3 Det sociale felt:

Kommunikation: Hjælp til kommunikation mellem patient og pårørende (jf Falk, fig. xx), eller kommunikation mellem patient og fagpersoner.

Fællesskab: Socialt samvær (jf Falk, fig. 7), f.eks. mellem patient og pårørende eller mellem patient og musikterapeut.

Relationer: "Relationsarbejde i palliativ musikterapi kan have form af f.eks. parterapi, familierapi, at facilitere at række ud til/invitere patientens vigtige relationer med i musikterapi (konkret med i sessionen eller ved at lave produkt, som de pårørende kan få senere, fx brev, konfirmationssang eller tegning)" (Lindstrøm, pers. kom., 02.11.2021). Da jeg noterer mig, at begrebet relationer er placeret ved det sociale felt, på trods af at man jf. den eksistensterapeutiske filosofi kan argumentere for, at begrebet hører ind under det psykiske felt (jf afsnit 2.5.3), spurgte jeg Lindstrøm og Falk, om de ville give mig ret i, at man også ville kunne arbejde med nære relationer i det psykiske felt. Dertil svarede Lindstrøm, at: "generelt i Hospice-regi taler man om relationer som noget i den sociale sfære" og at da "måske 80 % af sessionerne har pårørende fysisk med i musikterapi (og de er en målgruppe i sig selv), var det mest relevant at lægge begrebet relationer ind under den sociale sfære." Lindstrøm medgiver samtidigt, at "det kan have en rigtig god psykisk indvirken på patient at inddrage relationer.. og at arbejde med relationer i individuel eller familiebaseret psykoterapi." Hun gør dog opmærksom på, at det kan være en ulempe, at have familiemedlemmer med til musikterapien, hvis relationen er utryk (Lindstrøm, pers. kom., 02.11.2021).

Kultur og æstetik: At hjælpe til at opnå livskvalitet og/eller en positiv fælles oplevelse gennem æstetiske udtryk i musikken og/eller at skabe forbindelse til en bestemt kultur gennem musiklytning eller sammenspil i musikken.

Personalepleje: Hjælpe personalet til større velvære for et bedre arbejdsmiljø.

3.4.4 Det åndeligt/eksistentielle felt:

Tro: Overvejelser/ståsted vedrørende religiøsitet eller spiritualitet og betydningen af døden. F.eks. en forestilling om livet efter døden. At opnå en tillid til det, der skal ske.

Mening: At opleve en meningsfuldhed i noget, der kan føles meningsløst. At finde mening med tilværelsen trods sygdom.

Transformation: ”Bevægelse fra en tilstand til en anden: Fra håbløshed til håb. Fra aktiv uafhængig person til afhængig af hjælp, bundet til sengen og uden bevægelse. Fra levende til døende. Fra døende til død. Fra pårørende til efterladte. Fra meningsløst til meningsfyldt” (Lindstrøm, pers. kom., 02.11.2021).

Transcendens: ”Følelse/oplevelse af kontakt til noget, ”der er større end os”: det guddommelige, naturen, efterlivet, at komme ”ud af kroppen” og dermed løftes ud af lidelse/smerte (fysisk, psykisk, social og eksistentiel smerte)” (Lindstrøm, pers. kom., 02.11.2021).

Eksistens: Overvejelser omkring selvforståelse omhandlende krop, sind og evt. ånd og/eller forestillinger om eksistensens form efter døden.

Accept: At nå til erkendelse i forhold til sygdommen og døden, eller at acceptere andre omstændigheder, der har indflydelse på den situation, som den syge person befinder sig i.

Håb: At bevare et håb under de givne omstændigheder. F.eks. at nå, at have sommeren med, at komme til barnebarnets konfirmation eller lign.

3.5 Første revidering af Lindstrøm et al.s model

Ud fra en større forståelse af begreberne og på baggrund af den eksistensterapeutiske forståelse af nære relationer som del af det psykiske felt (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012), har jeg valgt at lave en justering i Lindstrøm et al.s model, således at relationer deles op i:

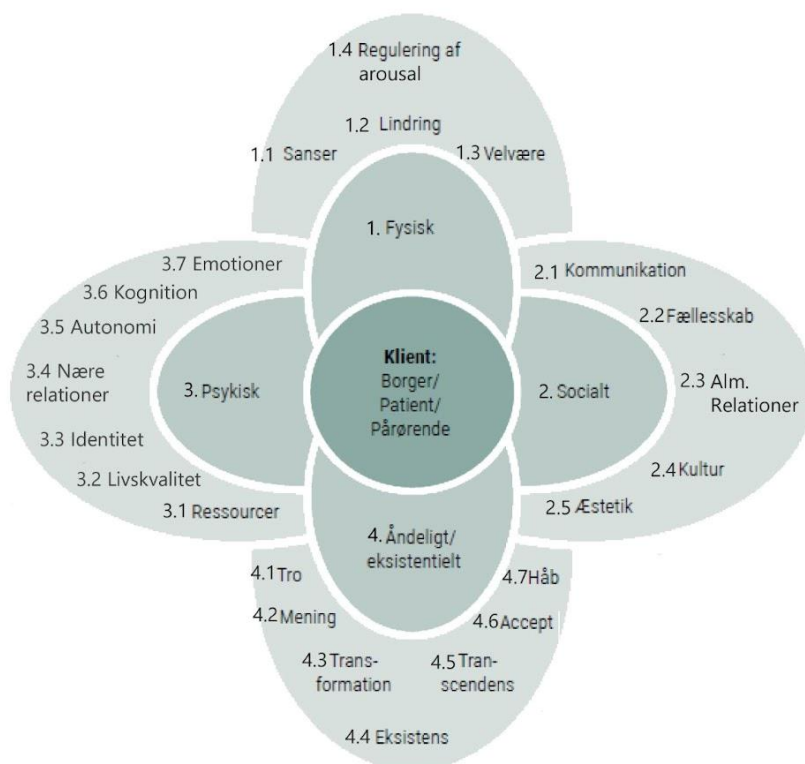
- Almindelige relationer (forkortes alm. relationer)
- Nære relationer

Ud fra denne forståelse opfatter jeg alm. relationer, som de relationer patienten har i det offentlige rum, og dette begreb placeres derved i det sociale felt. Nære relationer er de intime relationer, hvor relationen til en anden nærtstående person er en integreret del af patienten selv, og dette begreb placeres derved i det psykiske felt.

For at præcisere begrebet ’Regulering af nervesystemet’, så det omhandler arousalregulering frem for emotionel regulering, har jeg valgt at ændre navnet til ’Regulering af arousal’. I modellen forkortes dette til ’Reg. arousal’.

Jeg har udeladt begrebet 'Personalepleje', da det ikke har relevans for undersøgelsen af patientens smerte i dette studie.

Den reviderede model ser således ud:



Figur 9 Den reviderede smertemodel (Zalcman, 2022)

Udover at revidere modellen, valgte jeg at ændre den layoutmæssige fremgangsmåde for kodningen. Hver kodning blev noteret i firkantede klammer: [...] med tal og begreber efter hver kodet udtalelse eller reaktion, f.eks. [4.4. Eksistens]. Ligeledes er mine erindringer og refleksioner sat i firkantede rammer og skrevet i kursiv efter de transskriptioner, hvor erindringer og refleksioner opstod.

3.6 Første forsøg på analyse ud fra revideret model

Ved første forsøg på analyse ud fra den reviderede model, havde jeg nu fået en større forståelse for at K's udtalelser og reaktioner ikke blot beskrev smerteområder, men også behov og

ressourcer, og at begreberne i modellens tredje lag ikke i sig selv beskrev smerte. En udtalelse fra K kunne indikere håbløshed, men den kodning, der passede bedst ville være 'håb'. Dette betød, at kodningen blev for unuanceret, hvis jeg kodede alle udtalelser og reaktioner ud fra det samme kodnings-niveau, og jeg opdagede, at jeg savnede en måde at kode på, hvor der var mulighed for at niveauinddele K's tilstand.

3.7 Anden revidering af Lindstrøm et al.s model

For at gøre det muligt at niveauinddele K's tilstand i kodningen, valgte jeg at inddele den i tre dele: Smertepunkter, ressourcer og behov, og at give dem farver. Dette gjorde jeg med inspiration fra figur 5. Begrebet smertepunkter beskriver K's smertetilstand ud fra de fire smerteområder, det fysiske, sociale, psykiske og eksistentielle niveau, og begrebet ressourcer betegner K's tilstand i forhold til indre ressourcer ud fra de fire smerteområder. Begrebet behov beskriver K's behov på et implicit eller eksplicit niveau udtrykt gennem emotionelle udtryk eller verbale udtalelser, og kan være udtryk for behov for lindring eller behov for større velvære.

3.8 Endelig fremgangsmåde for analysen

Ud fra ovenstående revidering af modellen, lavede jeg en endelig analyse. Fremgangsmåden for analysen beskrives herunder.

Sektioner fra session 4 og 5 udvalgt til analyse er inddelt i følgende sekvenser:

Samtale før musikken, musikalsk improvisation, samtale efter musikken.

De udvalgte sekvenser er kodet ud fra den reviderede smertemodel (figur 9) på følgende måde:

Ved **samtaler før musikken** og **samtaler efter musikken** er K's tilstand af smerte og velvære farvekodet ud fra de tre niveauer: smertepunkter, behov og grad af indre ressourcer. Kodningerne er skrevet ind efter hver udtalelse eller reaktion i firkantede klammer: [...] med tal, der er kædet sammen med begreber fra det tredje led i den reviderede model. Kodningerne beskriver de tre niveauer og er kategoriseret i farver således:

Smertepunkter: rød, Ressourcer: lilla, Behov: grøn.

Som et supplement til kodningerne, har jeg inddraget egne erindringer (HHJ) og refleksioner efter specifikke udtalelser i transskriptionerne for en mere nuanceret forståelse af K's smertetilstand og velvære. Ved session 5 er der desuden lavet kodninger for F's udtalelser og reaktioner, der beskriver hans smertetilstand, behov og grad af indre ressourcer. Disse kodninger bruges dog ikke til videre udvikling af grafer.

For at danne et overblik over **de musikalske improvisationer** har jeg udviklet grafiske tidslinjer, og derfra udformet skriftlige beskrivelser af improvisationerne. Ud fra de skriftlige beskrivelser af improvisationerne foretaget kodninger af K og F's tilstand ud fra erindringer og egne fornemmelser samt min egen forholdemåde som musikterapeut i musikken. Hvor det skønnes relevant, har jeg også kodet K's reaktioner gennem øjenkontakt og/eller kropssprog. Dog havde jeg udelukkende audiooptagelser, hvorfor kropslige reaktioner etc. udelukkende er beskrevet ud fra mine noter efter sessionerne. Kodninger af F's tilstand bruges dog ikke til videre udvikling af grafer.

Ud fra resultaterne fra kodningerne af hver sekvens beskrevet ovenfor, har jeg udviklet grafer (cirkeldiagrammer), der viser en procentvis fordeling af de fysiske, sociale, psykiske og eksistentielle paradigmer fordelt over de tre områder: smertepunkter, ressourcer og behov. Hvis et felt ikke er noteret, betyder det, at udfaldet er 0 %. For hver graf er der noteret hvor mange kodninger der er lavet, for at danne et overblik over mængden af data. Først er der foretaget en analyse af hver graf. Derfra foretages en samlet analyse af analysefund fra session 4 og 5.

4. Data og analyse

Før analysen laves herunder en kort gennemgang af musikterapiforløbet for de udvalgte sekvenser fra session 4 og 5.

4.1 Præsentation af det udvalgte casemateriale

Som nævnt i afsnit 1.2.1 strakte musikterapiforløbet sig hen over 5 sessioner. Sessionerne lå tæt op ad hinanden over fem dage fordelt på to uger, og K's ægtefælle F deltog i session 5 sammen med K.

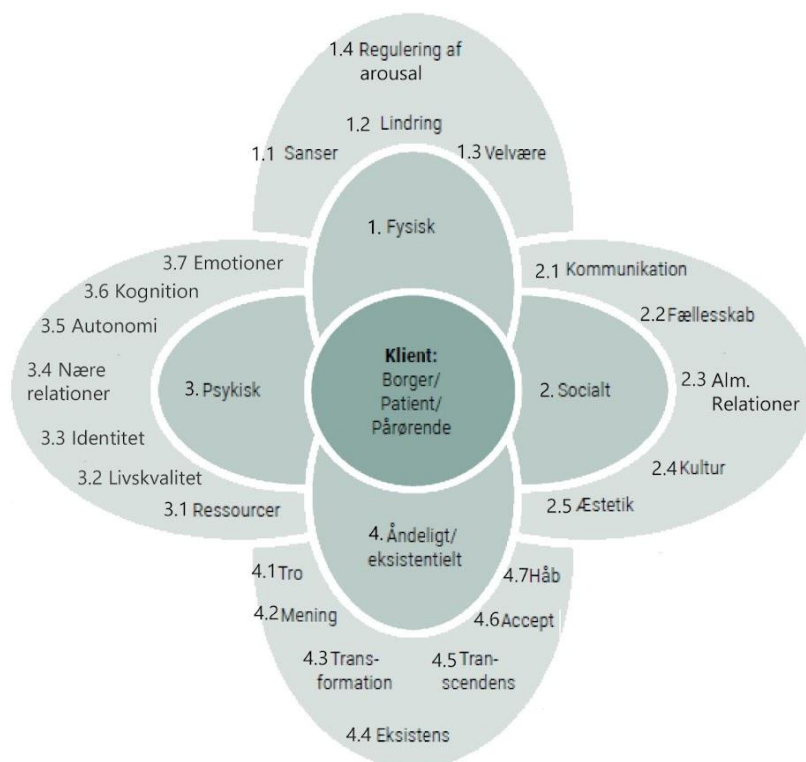
I 4. session fortæller K om den nærdødsoplevelse hun havde, natten før hun blev indlagt. Hun havde det så dårligt, at hun troede at hun skulle dø, men hun var ikke i stand til at sige farvel til familien. Hun fik et indre billede af at være på stranden, hvor der er en Gud/Jesus-skikkelse, der bærer hende under armene, baglæns, så hendes fødder slasker hen ad sandet langs stranden. Skikkelsen siger, at den vil hjælpe hende. K fortæller mig, at nærdødsoplevelsen var en væmmelig oplevelse, da hun troede at hun skulle dø, men hun siger også, at det er første gang, at hun ikke bekymrer sig om de andre omkring sig. Jeg siger at det er et smukt billede, og spørger om jeg skal spille klangauge for hende, mens hun forestiller sig, at hun står på stranden ved vandkanten og mærker sandet mellem tæerne. Det vil hun gerne være med til. Hun har lukkede øjne under spillet, men på et tidspunkt åbner hun øjnene og begynder at smile, da vi en gang imellem har øjenkontakt. Jeg får en fornemmelse af at, K føler sig alene i oplevelsen. Efter spillet spørger jeg hende, om hun er opmærksom på, at hun åbner øjnene. Det er hun, siger hun, og forklarer, at hun godt kan se billedet for sig af at være på stranden og ved vandet, at det er dejligt, men at hun også gerne vil kigge på mig, der spiller. Jeg spørger om det er for at få en 'fælles oplevelse' sammen med mig, og det svarer hun ja til.

Ægtefællen F bliver inviteret med i session 5, da jeg fornemmer en ensomhed hos K i musikinterventionen i session 4. Jeg spørger, om ægteparret har lyst til at vi genskaber visualiseringen af at være på en strand til musikimprovisation fra dagen forinden. Det vil de gerne begge to. Da jeg fortæller K, at det virkede som om, at hun dagen forinden gerne ville have været der sammen med andre, fortæller hun, at hun var der sammen med F og børnene. Jeg bliver overrasket over at hun ikke har fortalt mig dette. Da musikinterventionen skal starte, tager de hinanden i hænderne.

Efter musikinterventionen fortæller K grædende, at hun ser indre billeder for sig, fra da de fejrede F's fødselsdag på stranden i sommers. Hun fortæller også, at hun bliver ked af det, fordi hun håber at de kan nå at få sådan en oplevelse igen til sommer. Min fornemmelse er, at når de danner indre

billeder sammen, skaber det en tryghed for K til at omforme billedet af stranden fra nærdødsoplevelsen, til et trygt sted.

4.2 Analyse af casemateriale



Figur 9 Den reviderede smertemodel (Zalcman, 2022)

Transskriptionen er som nævnt i 3.1 lavet på baggrund af audiooptagelser samt mine noter umiddelbart efter sessionen. I visse passager er beskrivelsen af K's tilstand af smerte eller velvære ikke nuanceret nok til, at jeg har kunnet kategorisere den i begreber fra 3. led i modellen. Her har jeg valgt at kategorisere tilstanden ud fra begreber i 2. led i modellen.

Koderne er farvelagt på følgende måde:

Smertepunkter: rød, **Ressourcer:** lilla, **Behov:** grøn.

En uddybende forklaring af koderne findes i kap 3.8

HHJ står for: Hvad Husker Jeg.

4.2.1 Session 4

4.2.1.1 Samtale før musikken:

(1) C: "Hvordan har du det i dag?"

...K fortæller om smerteniveau (på fysisk plan) og energi...

(2) K: "...Jeg skal bare komme mig lige så stille og roligt. Jeg har været langt nede og vende [3 Psykisk], så. Og så opereret i maven [1 Fysisk], og så. Ja. Og der forinden var jeg også syg, så. Det er sådan to ting jeg sådan skal op igen, så"[1 Fysisk][3 Psykisk].

(3) C: " Ja."

(4) K: "Ja. Så".

(5) C: " Så når du siger, at du har været oppe at vende. Eller nede at vende.."

(6) K: " Ja, nede at vende ja."

(7) C: " Øh, er det så, altså sådan... i forhold til sådan følelser, eller?"

(8) K: "Jamen jeg troede faktisk at jeg skulle dø [4.1 Tro][4.3 Transform][4.4 Eksistens]...Det troede jeg faktisk. Ja".

(9) C: "Ja."

(10) K: "Ja... Jeg fik sådan helt øhm. Jamen det er helt vildt at tænke på (*stemme bliver mere skrøbelig i udtrykket*) [3.7 Emotioner]. Den her, den ene aft øhh, jeg gik i seng, der tænker jeg: Nu er det slet ikke sikkert at jeg vågner i morgen[4.7 Håb][4.4 eksistens]. Og da jeg sagde godnat til min mand, jeg sagde bare almindelig godnat, men jeg havde sådan lyst til at sige, og tak for alt, det har været et fantastisk liv [3.7 Emotioner] [3.4 Nære relationer] [2.1 Kommunikation][4.4 Eksistens][3.1 Ressourcer], men det, det skulle han ikke bekymre sig om [2.1 Kommunikation][3.4 Nære relationer]. Men jeg var sådan, at jeg tænkte: Nu kunne det også være lige godt [3.1 Ressourcer] [4.6 Accept]. Og så følte jeg sådan en, der sådan tog mig under armen, og sagde: Kom jeg hjælper dig [4.5 Transcendens]. Jeg kunne simpelthen høre, og sådan mærke, sådan fysisk, at der var en, der tog mig under armen [1.1 Sanser][4.5 Transcendens][4.3 Transformation]. Og svingede mig igennem sådan noget sand, mine hæle, eller sådan mine fødder lavede sådan nogle spor i sandet[1.1 Sanser], det var helt vildt, og så kunne jeg sådan se, jamen jeg ved ikke om det var Gud eller Jesus [4.1 Tro] [4.7 Håb][4.4 Eksistens], altså, og

så sådan nogle hvide, fluffy vinger[4.5 Transcendens], så, og der tænkte jeg bare, hold da op, nu tror jeg godt nok.. [4.3 Transformation] [4.4 Eksistens] men så om natten så...var jeg jo oppe, du ved, diarre og opkast[1.3 Velvære]. Så, så var jeg jo vågen igen efter et par timer, så tænkte jeg nå... Du holder endnu, så ja[4.7 Håb][4.4 Eksistens]. Og så skulle jeg bare lige igennem torsdag [1.2 Lindring], Jeg ved ikke, jeg var så vag[1.2 Lindring], og det var fordi jeg vidste at jeg skulle vaccineres om fredagen...Men jeg var så vag, så troede faktisk ikke om jeg måtte blive det. Så ringede jeg jo herind ind og sagde, jeg er simpelthen så vag, må jeg godt blive vaccineret? Det måtte jeg godt, hvis jeg ikke havde feber. Og så aftalte vi, at lige så snart jeg blev vaccineret så kørte jeg direkte herind, og så gik det bare stærkt..Ja, så gik det stærkt ja... Ja, så jeg har været helt nede og vende, vil jeg sige. ja[1 Fysisk][3 Psykisk][4 Åndeligt].”

[HHJ: Ud fra et følelsesmæssigt plan, oplever jeg Ks udtryk, som ensomt/alene, når hun fortæller om sin nærdødsoplevelse.] [3.7 Emotioner]

(11) C: ” Ja, og hvornår, hvornår var det?”

...Fortæller om dagene.

(12) K: ”..Og troede egentlig bare at jeg var dehydreret og skulle have noget smertestillende [1.2 Lindring], jeg troede bare at jeg skulle ind og have noget væske og så noget smertestillende [1.2 Lindring]...og så blev det bare værre og værre, og ud???(utydeligt) med at jeg har fået stomi [1.2 Lindring][3.5 Autonomi][4.3 Transformation], ikke også? Ja, det er det...Det er jo ret voldsomt.. [3.3 Identitet][3.2 Livskvalitet][3.7 Emotioner][4.4 Eksistens].”

[Refleksioner: Stomien medvirker til en kropslig transformation]

(13) C: ”Det er meget voldsomt, indgreb, ja.”

(14) K:”Ja. Så jeg skal sådan ovenpå, at jeg var helt afkræftet af alt det opkast og diarre[1 Fysisk] [1.2 Lindring], det skal jeg ovenpå, på det, og så skal jeg ovenpå det her... ja, så, der er lige lidt lang vej, men altså, men jeg tænker det går fremad[3.1 Ressourcer][4.7 Håb][3.2 Livskvalitet][1.3 Velvære], men det går stille fremad. Ingen energi og ingen overskud [1.3 Velvære]. Nej, Nu har jeg været i bad, og så skal der ikke ske mere i dag.” Griner.

(15) C: ”Nej, det kan jeg godt forstå... Men sikke et smukt billede, som du fortalte om, med en der bærer dig i sandet.”

[Jeg oplever billedet meget lysende, meget tydeligt, og derfor smukt [3.1 Ressourcer]. Som en stor ressource i form af Jesus eller Gud, der kommer og hjælper hende. Jeg undrer mig over hvad den hjælper hende med? At gå ind i døden, eller at komme tilbage til livet.]

(16) K: ” Ja, altså du ved, den tog mig sådan her under i armen [1.1 Sanser], sådan hvis jeg tager en under armen, sådan og så kø(utydeligt?), og så løfter mig, og siger: Kom lige jeg hjælper dig [3.1 Ressourcer][4.5 Transcendens][4.3 Transformation], prik prik prik, det kan sådan set, kom lige jeg hjælper dig. Og så, og det er jo ikke fordi jeg kunne genkende at det var mine egne fødder eller ben, men jeg ved at det var mig[3.3 Identitet][4.4 Eksistens], for jeg kunne mærke, at der var en der tog fat i mig[4.5 Transcendens], det var mærkeligt, sådan, jeg ved ikke om det hedder en nærdødsoplevelse eller hvad søren man kalder det[4.4 Åndeligt], eller hvad.. Men det, der tænkte jeg godt nok, og jeg er så ligeglad med det hele[3.7 Emotioner], og det er jeg ellers ikke[3.3 Identitet]. Men så kan man komme så langt ud, at, at jeg tænkte, for jeg lå og tænkte, jeg har jo ikke sagt farvel til børnene[3.4 Nære relationer], jeg har ikke, jeg var helt ligeglad med det hele[3.7 Emotioner], så tænkte jeg, så er det sådan det er [4.3 Transformation][4.6 Accept][3.1 Ressourcer], jeg er så langt nede nu, så det må være sådan[4.4 Eksistens]..ja... ja, sådan tænker jeg ikke mere, og jeg kan også godt fortælle det uden at græde[3.7 Emotioner][3.1 Ressourcer], for nu er det alligevel, lidt siden, men hold fast det var godt nok væmmeligt alligevel..[3.7 Emotioner]”

(17) C: ” Okay? Mmm” *(lyder overrasket)*

[HHJ: Jeg bliver overrasket, fordi billedet i sig selv, er meget stærkt og smukt beskrevet, og jeg bliver forvirret over, hvordan det kan opleves væmmeligt.]

(18) K: ” Ja, jeg synes, jamen ja (tøver)...Altså, at jeg synes, at jeg føler, at jeg har været så tæt på at dø, jeg bliver meget let, hvis jeg ikke kan...” [3.5 Autonomi][3.7 Emotioner][4.7 Håb][4.4 Eksistens]

[Refleksioner: Meget let bange? Ked af det? Min fornemmelse er, at K har svært ved at sige ord, der beskriver hendes smertefulde tilstand på et psykisk/eksistentielt plan.][3.7 Emotioner] [4.4 Eksistens]

(19) C: ” Ja..Ja, det er væmmeligt”

(20) K:”Ja. Men det, men det er et fint nok billede af det, hvordan det var, altså der var ikke noget ubehageligt [1.3 Velvære] ved det, nej...”

[Refleksioner: Jeg går ud fra at K mener, at der ikke var fysisk ubehag ved oplevelsen.]

(21) C: ”Nej”

(22) K: "Nej...Ja, vildt..ja, men du hører nok nogle historier rundt omkring, og det var så min.." [2.1 Kommunikation][3.3 Identitet]

[HHJ: Jeg oplever det som om, at K har behov for at dele nærdødsoplevelsen, og at delingen er lindrende i sig selv.] [2.1 Kommunikation]

(23) C: "ja, det er så din.."

(24) K: "Ja"

(25) C:" Men flot at du fortæller det."

(26) K: "Jaja, det, det var sådan jeg følte [3.7 Emotioner][4.4 Eksistens]det den aften, nat, eller, da jeg skulle sove....Ja..."

(27) C: " Er det noget du har tænkt meget på siden, sådan?"

(28) K: " Øhh, ja lige dagene derefter, sådan at, tænk at det var så vildt[3.7 Emotioner][4.4 Eksistens]. Også da jeg kommer herind om fredagen, så siger de også, at du skulle jo være kommet herind for et par dage siden, og jeg skulle jeg have været kommet om onsdagen, inden jeg lægger mig til at sove, og hvor det er så galt at jeg jo faktisk tror at jeg dør, ikke også[1. Fysisk][4. Eksistentiel]? Ja, så øh...og det, ikke, at alt det her ville jo ske lige meget hvad dag jeg var kommet, men jeg var så langt nede, at øh, jeg skulle være kommet to dage før...Ja." [2.3 Alm relationer][2.1 Kommunikation][3.5 Autonomi][3.7 Emotioner].

[Refleksioner: Jeg fornemmer at K er skyldbetyngt i forhold til sygeplejerskerne med hensyn til det, at hun ikke blev indlagt før] [2.3 Alm. relationer]

(29) C:" Ja"

(30) K: "Ja, men nu er jeg her, nu, det må, gå lige så stille fremad." [4.7 Håb]

(31) C: "Lige præcis.."

(32) K: "Jeg kunne jo godt tænke mig, at det gik lidt hurtigere, sådan, men det gør det bare ikke..." [3.5 Autonomi]

(33) C: "Det gør det ikke, nej."

(34) K: "De fortæller også, at de har været inde og åbne maven, og har haft tarmene ude, og jeg har et stort sår, og altså, de har været inde og rode, og mavemusklerne er revet over, og altså det

er jo en stor operation [1. Fysisk], selvom alt er gået godt, og, lige nu er jeg ikke på noget smertestillende [3.2 Ressourcer], så skal jeg bare ikke lige tro at jeg er frisk, for det er jeg ikke..”[3.5 Autonomi][1.3 Velvære]

[Refleksioner: Det lader til at K har en styrke (indre ressourcer), når det omhandler at gennemgå behandlinger] [3.1 Ressourcer]

(35) C: ”Nej, men det er jo på en måde flot, ikke? At du kan ligge sådan uden smertestillende med sådan et sår, eller sådan, eller det er jo så et ar.”

K fortæller om stomien...

...

(36) C: ”Hva øh (rømmer sig), i forhold til musikken, hvad kunne du godt tænke dig i dag?”

(37) K: ”Ved du hvad, jeg er simpelthen åben for hvad du kommer med, jeg har slet ikke øhm ..tænkt sådan, så meget, jeg har bare, jeg har bare lyst til at tage imod det du kommer med[3.7 Emotioner][3.2 Livskvalitet]. Fordi det har været fantastisk hver gang, og jeg har fået nogle ønsker opfyldt, som jeg slet ikke har vidst og troet [3.7 Emotioner][3.2 Livskvalitet][3.3 Identitet][2.5 Æstetik], sådan, så jeg har, så hvad du byder ind med og overrasker med[2.2 Fællesskab][Alm. relationer], det er bare skønt[3.7 Emotioner][3.2 Livskvalitet][4.1 Tro][4.2 Mening]. Det vil jeg bare tage imod og nyde [3.7 Emotioner][4.2 Mening]. Helt vildt. Ja, ja”.

(38) C: ”Og du får faktisk helt tårer i øjnene?”

(39) K: ” jamen det gør jeg (mere bævende stemme) [3.7 Emotioner]. For det er bare skønt. Så skal jeg ikke forholde mig til noget, jeg skal bare ligge og tage imod og det er bare dejligt [3.7 Emotioner][3.2 Livskvalitet].... For jeg har tænkt om der er noget, men nej, jeg har bare lyst til bare at tage imod.”

(40) C: ”Kunne man forestille sig... jeg synes bare, øhm, nu fortalte du bare lige om det her med sådan at glide hen ad sandet, hvis man nu, altså hvis jeg nu spiller på steel drummen (klangaugen), og så bare forestiller sig, fordi, den her følelse af sand er jo enormt dejlig. Kunne man forestille sig bare, at du forestiller dig, at du er måske på en strand? og går i sandet? måske i bare tæer? Måske ved vandet?”

[HHJ: Jeg ser billedet, som et stærkt billede, og med Gud/jesus figuren, som en stærk ressource, der kan hjælpe. Gennem musikken, forestiller jeg mig, at jeg i en forsigtig grad kan hjælpe K til at

blive tryk/komfortabel med billedet. At gå i sandet i stedet for at blive båret. En tanke om at hjælpe til grounding/opnå større grad af mestringserfaring.] [3.5 Autonomi]

(41) K: "Ja, sagtens. Det elsker jeg [3.7 Emotioner][1.3 Velvære][1.1 Sanser][3.2 Livskvalitet]. Det gør jeg virkelig."

(42) C: "Skal vi ikke prøve det?"

(43) K: "Det skal vi, det kan jeg sagtens forestille mig [3.1 Ressourcer][4.2 Mening][4.1 Tro]...Det er fint, god idé."

4.2.1.2 Musikalsk improvisation

Efter kort tids sang og spil på klangaugen, føler en medpatient på stuen sig forstyrret, og K og jeg rykker ind i et andet lokale. De skriftlige beskrivelser og den grafiske tidslinje beskriver musikken, der påbegyndes, da vi rykker ind i det nye lokale.

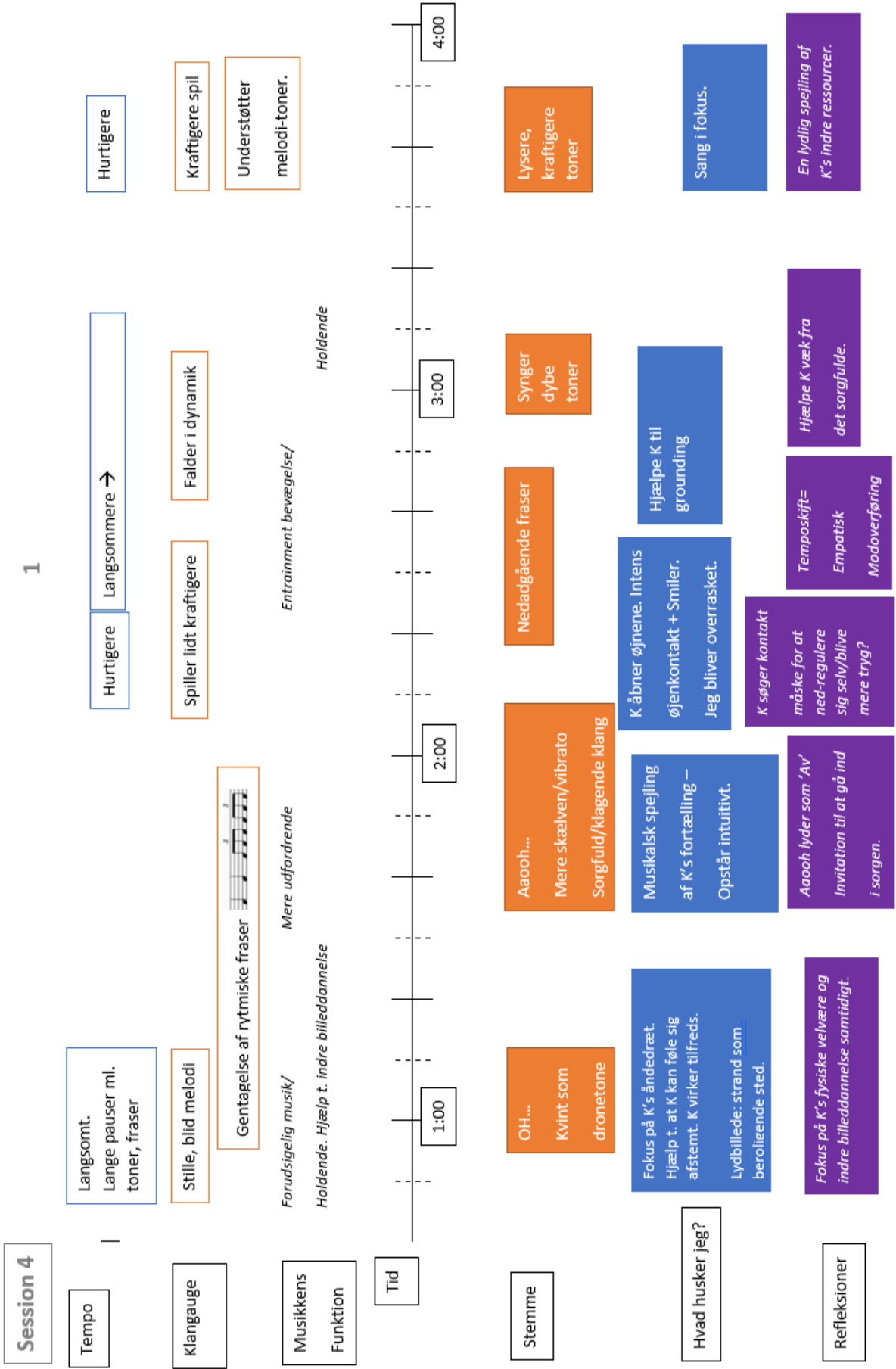
0:45-1:56: Ved den nye påbegyndelse af improvisationen starter jeg med at spille stille, blide gentagende, harmoniske melodifraser på klangaugen. Dette i et langsomt tempo med lange pauser mellem tonerne og fraserne, og med det formål, at skabe et lydbillede af det at være på stranden [1.1 Sanser][1.2 Lindring]. Fraserne repræsenterer lyden af bølger, der bruser ind mod strandkanten [1.1 Sanser]. Jeg spiller med fokus på K's åndedræt, dvs. så vidt muligt lader jeg fraserne starte samtidigt med K's indåndinger [1.4 Reg. arousal], som jeg synkroniserer med mine egne indåndinger, for at hjælpe K med at føle sig afstemt [2.1 Kommunikation][2.2 Fællesskab][3.4 Nære relationer]. Jeg husker, at K virker tilfreds med dette, som om hun føler sig set [3.3 Identitet][3.7 Emotioner][2.2 Fællesskab]. Efter kort tid begynder jeg at synge lange 'OH' fraser, som en slags dronetone hen over klangaugespillet. Spillet ved denne del af improvisationen er forudsigelig og holdende, og lader til at hjælpe K til fysisk velvære og afspænding [1.3 Velvære][1.4 Reg. arousal].

1:56-2:17: 'Oh' lyden ændrer sig til 'Aaoh', og bliver mere skælvende og sorgfuld i udtrykket. Dette opstår intuitivt, og jeg husker det, som om jeg påbegynder dette, for at lave en musikalsk spejling af den ensomhedsfølelse, som jeg fornemmede opstod i K, da hun fortalte om nærdødsoplevelsen [3.7 Emotioner][4.4 Eksistens]. 'Aaoh' kan lyde som av, og fremstår som en invitation til at gå ind i sorgen/smerten og musikken bliver derved mere udfordrende. Efter kort tid åbner K øjnene, kigger intenst på mig og smiler. Jeg bliver overrasket og begynder at spille hurtigere og lidt kraftigere. Temposkiftet er et tegn på en empatisk modoverføring. Øjenkontakten er intens [3.7 Kommunikation], og jeg fornemmer, at K søger min øjenkontakt for at blive mere tryk [3.7 Emotioner][1.4 Reg. arousal][2.2 Fællesskab].

2:17-5:58: Jeg begynder at spille langsommere og mere stille, mens jeg synger nedadgående fraser og dybe toner for endvidere at hjælpe K med at nedregulere sig selv, og for at hjælpe hende til grounding [1.4 Reg. arousal][1.3 Velvære]. Derudover hjælper jeg hende væk fra det sorgfulde/smertefulde, og musikken kommer til at fungere som en slags lindring af den kortvarige kontakt med smerten [3.7 Emotioner]. Efter lidt tid begynder jeg at synge kraftige, lysere toner og spillet på klangaugen bliver også kraftigere. I denne del af improvisationen akkompagnerer spillet på klangaugen, sangen som derved kommer i fokus. Derfra udfoldes en melodi i klangaugen, så klangaugen får en mere ledende funktion, mens jeg synger lange, få toner. Klangaugen får et mere kraftfuldt udtryk, og i bevægelsen fra det støttende til det ledende, kan det være en invitation til transformation, autonomi og empowerment [4.3 Transformation] [3.5 Autonomi] [3.1 Ressourcer], og derved en invitation ind til det psykiske og det åndelige niveau. Jeg husker det dog som om, at K ikke reagerer på den dynamiske ændring i musikken, og jeg spekulerer på, om det er fordi hun har åbne øjne, og derfor ikke er så indlevende i musikken.

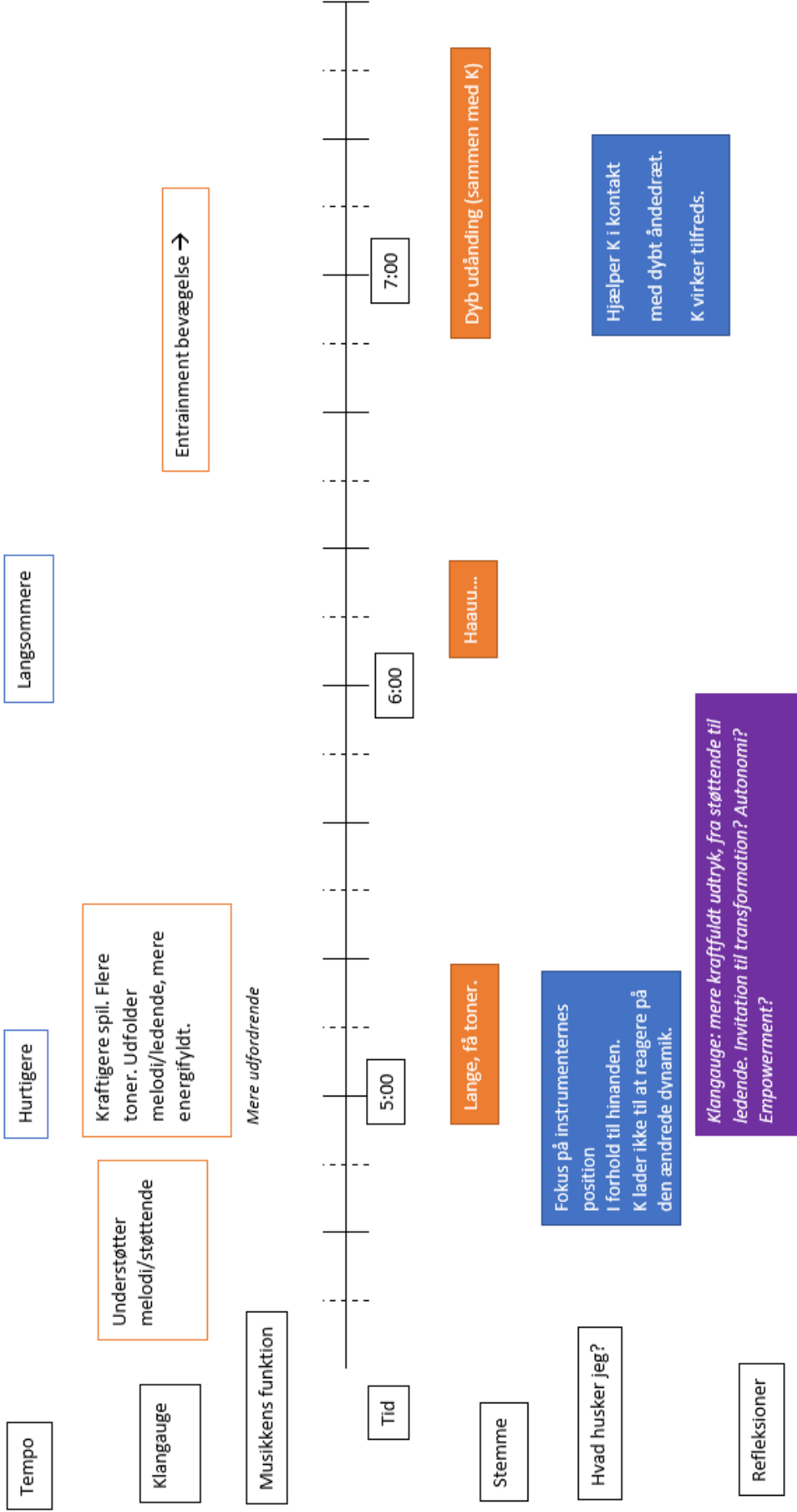
5:58-7:32: Derfra begynder jeg at spille langsommere, hvorfra jeg begynder at spille i takt med Ks åndedræt for til sidst at sætte lyd på min udånding i en synkron bevægelse med Ks udånding, for at hjælpe K i kontakt med et dybere åndedræt[1.4 Reg. arousal][1.3 Velvære]. Jeg husker at K nikker den første gang vi trækker vejret sammen, som om hun dirigerer til hvornår udåndingen skal starte[2.2 Fællesskab][1.4 Reg. arousal][1.3 Velvære].

4.2.1.2.1 Grafisk tidslinje: Musikalsk improvisation



Session 4

2



4.2.1.3 Samtale efter musikken

(44) K: "Tak. Det var fint, det var rigtig fint...Ja... Dejligt..." [3.7 Emotioner]

(45) C: "Jeg lod mærke til at du startede med at have lukkede øjne. Og så lige pludselig så åbnede du dem, øjnene. Kan du godt huske det?"

[HHJ: *Min egen fornemmelse var, at K følte sig ensom i oplevelsen, og derfor åbner øjnene.*][2.2 fællesskab]

(46) K: "Ja, det kan jeg godt. For jeg forestillede mig alt der det du sagde, det der med at, gå hen ad stranden og sandet mellem fødderne[1.1 Sanser], og... jeg var ude ved vandet, og.. og så kunne man sådan se, sådan i slow motion sådan hen ad stranden...Ja, det kunne, ja sådan sagtens se, sådan... Ja, det kunne jeg sådan sagtens se, og så skulle jeg sådan lige også, også se, sådan, at være bevidst om, altså at du sidder der og gør det så fint[1.1 Sanser]. Det skulle jeg også lige se.[2.1 Kommunikation]. Altså at jeg skulle have det hele med."

[HHJ: *Jeg har en fornemmelse af, at K opfatter mig som en nær relation under musikken.*][3.4 Nære relationer]

(47) C: "Ah. Du skulle have det hele med. På den måde."

(48) K: "Ja, det var sådan ja. Det var sådan. Så skulle jeg lige have det med også, at du sidder og gør det så fint. Og så din vejtrækning[1.1 Sanser][2.2 Fællesskab][3.4 Nære relationer][1.4 Reg. Arousal], og også bare så, det er bare en fornøjelse[3.7 Emotioner][1.3 Velvære]. Så det var sådan."

(49) C: "Så måske følelsen af at vi gør det sammen?"

(50) K: " Ja, helt bestemt, helt bestemt (*siger ivrigt*) [3.7 Emotioner][2.2 fællesskab]. Ja, det er rigtig fint."

(51) C:" Ja."

(52) K: "Ja."

(53) C: "Jeg får helt selv den der følelse af at gå i sandet, altså i bare tæer..."

[Overvejelser: *Det siger jeg for at understøtte fornemmelsen af at 'gøre det sammen'.*]

(54) K: "Ja, det kan vi glæde os til."[2.2 Fællesskab][4.2 Mening][4.1 Tro][4.7 Håb][3.7 Emotioner][3.2 Livskvalitet][1.3 Velvære]

4.2.2 Analyse af casemateriale: Session 5

Ægtefællen F medvirker i session 5. I analysen har jeg foretaget kodninger af F's smertetilstand og velvære, for at få et billede af hans smertetilstand i sammenligning med K's smertetilstand. Disse kodninger bruges dog ikke som en del af analysefundene, da studiet fokuserer på K's smertetilstand.

4.2.2.1 Samtale før musikken

(55)C: "Hvordan har I det i dag?"

(K har det godt siger hun. Hun ser frem til at blive udskrevet. Føler sig forpustet hurtigt.

(56) C: "...Hvordan har du det i dag?" (henvendt til F)

(57) F: "Jamen jeg har det også..Okay(siger lidt tøvende)[3.7 Emotioner], vil jeg sige. Ja...Jeg ved ikke om du ved det, men jeg er også i behandling."

(58) C: "Ja."

(59) K: "Jo, vi er syge begge to, uhelbredeligt kræft begge to. Ja."

[K virker ikke emotionelt påvirket af sin udtalelse, trods de svære omstændigheder, som begge parter er underlagt. Jeg spekulerer på om det kan skyldes, at K i øjeblikket accepterer situationen, fordi hun har en god dag, eller om hun skubber sorgen væk, fordi det er hendes behov.] [4.6 Accept]

(60) F: "...Så det er lidt barsk[3.7 Emotioner] [3.2 Livskvalitet][1.3 Velvære]. Altså ja...Vi hænger i så godt vi kan.."[3.7 Emotioner] [3.2 Livskvalitet][1.3 Velvære]

[Refleksioner: Jeg bemærker, at der er en forskel på hvordan K og F udtrykker deres velvære/smertetilstande. For F lader det til at den situation, som parret står i, volder ham stor smerte. Når K omtaler deres situationer, kan jeg ikke fornemme samme grad af smerte. Jeg spekulerer på om det er fordi F har et tydeligere sprog for, hvad der er smertefuldt for ham, eller fordi K har en god dag, hvor hun ikke lader sig påvirke af smerten.]

...Snak om at være hinandens pårørende.

...snak om at der kom meget lys ind gennem vinduerne...

(61) C: "Jeg tænkte på, i går, der startede vi med, at, at jeg spillede lidt på steel drummen (klangauge), og sang lidt til, hvor K forestillede sig at hun var på stranden.."

(62) F: "Mmm, ja"

(63) K: "Du ved, det elsker jeg."(Henvendt til F) [3.7 Emotioner][3.2 Livskvalitet][3.3 Identitet][3.6 Kognition][3.4 Nære relationer]

(64) C: "Men så fik jeg lidt fornemmelsen af, at det måske, at du havde lyst til at der var nogen, der var sammen med dig på en eller anden måde?"

(65) K: "Jamen jeg var der sammen med dig (henvendt til F) og børnene[2.2 Fællesskab][3.4 Nære relationer]. Så jaja, altså det var jeg. Jeg tænkte tilbage til august, der hvor der lige pludselig var så helt vildt godt vejr, hvor vi kørte til stranden et par dage i træk [3.6 Kognition][3.7 Emotioner][3.3 Identitet][3.2 Livskvalitet][3.1 Ressourcer][2.2 Fællesskab][3.4 Nære relationer]. Og der har jeg selvfølgelig nogle billeder på mobiltelefonen, og det var dem jeg sådan kunne se for mig, så du ved sådan. Jeg sad både på strand[1.1 Sanser], og sådan i slow motion, fordi du spillede så dejligt stille[1.1 Sanser][1.4 Reg. Arousal][1.3 Velvære], og det der åndedræt [2.2 Fællesskab][1.1 Sanser]og... ja..Så jojo, vi var der sammen[2.2 Fællesskab][3.4 Nære relationer], det var ikke bare *mig* (betoning på mig), der gik der alene..Nej, nej og også børnene. " [2.2 Fællesskab][3.4 Nære relationer]

[Refleksioner: Jeg bliver overrasket over at K ikke har delt dette med mig i session 4, men på den anden side, spørger jeg ikke ind til det.]

(66) C: "Okay...Hvordan har du det med at være på stranden F? Altså sådan, altså i virkeligheden?"

(67) F:" Jo (griner)... jeg kan godt lide at bade[1.3 Velvære][3.7 Emotioner][3.6 Kognition].. Altså, det der med at tage sol, der skal jeg helst lige sidde i skyggen."[3.6 Kognition] [1.1 Sanser]

....Snakker om at lyset kommer ind ad vinduet....

(68) F: "Så nu, ja...Jeg skal ikke sidde der en hel dag.."

(69) K: "Nej, ikke en hel dag. Sådan, du kan godt lide at bade. Der synes jeg at vandet er for koldt. Der kan jeg sådan lige gå hertil (viser på maven)[1.1 Sanser][3.6 Kognition]. Så sådan, sådan lidt af hvert. Lidt blandet, sådan en god dag. Noget med i køletasken, og... dåsesodavand og ...børn der hygger sig."[3.6 Kognition][3.7 Emotioner][3.3 Identitet][3.4 Nære relationer][3.2 Livskvalitet][3.1 Ressourcer][2.4 Kultur][2.2 Fællesskab][1.1 Sanser]

(70) F: " Ja, sådan førhen har vi spillet bold, dengang vi var friske. "[3.5 Autonomi]

(71) K:" Jaja, gravet i sandet, og...Ja." [3.5 Autonomi] [1.1 Sanser]

(72) F: "Ja, gravet i sandet, ja." [3.5 Autonomi] [1.1 Sanser]

(73) C: "Ja. Skal vi prøve at gøre det samme igen, som vi gjorde, igen, hvor..."

(74) K: "Ja, jeg kan sagtens tænke mig tilbage til den dag." [3.1 Ressourcer]

(75) C: "Ja. Altså hvor I lige sådan sætter jer godt til rette, hvor I lige sidder, og måske, I er velkomne til at lukke øjnene, hvis det er det, og så måske, imens jeg spiller, forestiller jer at I er ude på stranden, om I bader, eller sidder inde og soler jer, eller hvad I gør. Sammen, altså jer to, men også sammen med børnene."

(76) K: "Ja, det er fint."

(77) C: "Det prøver vi."

K og F tager hinanden i hænderne.

78) F: (Hvisker) "Er du okay?" (Henvendt til K) [3.4 Nære relationer]

(79) K: (Hvisker) "Jeg er lidt forpustet, men jeg har det så godt." [3.1 Ressourcer]

4.2.2.2 Musikalsk improvisation

0:43- 2:37: Jeg spiller blide, harmoniske fraser, med lange pauser imellem fraserne og lange afslutninger på fraserne. Fraserne repræsenterer bølgerens brusen, og skal hjælpe K og F til at danne et indre billede af at være på stranden, men også som en hjælp til at blive beroliget [1.2 Lindring][1.3 Velvære][1.1 Sanser][3.6 Kognition]. Musikken har en holdende funktion og en forudsigelig karakter, da rytmen i fraserne bliver gentaget. Jeg begynder at spille langsommere, og der opstår en entrainment bevægelse, hvor jeg hjælper K til et dybere åndedræt, ved at matche hendes tempo for åndedrættet og derfra sænke tempoet [1.4 Reg. arousal]. Derfra begynder jeg at sætte lyd på mine udåndinger i takt med K's udåndinger for at hjælpe hende til en dybere vejtrækning gennem spejling [1.4 Reg. arousal][2.2 Fællesskab]. Dvs. her hjælper jeg K med yderligere at nedregulere sit nervesystem gennem en empatisk spejling.

2:37- 3:08: Spillet på klangaugen bliver blidere sammen med at jeg begynder at synge 'Mmm' med en varm klang. Fraserne er lange og jeg synger med et omsorgsfuldt/moderligt udtryk. Gennem empatisk støtte i musikken inviteres K og F derved til større hengivelse til den harmoniske lyd sammen med en invitation til en større forbindelse til egne indre ressourcer gennem den moderlige klang i sangen [3.1 Ressourcer][1.2 Lindring][1.3 Velvære][3.7 Emotioner][3.2 Livskvalitet].

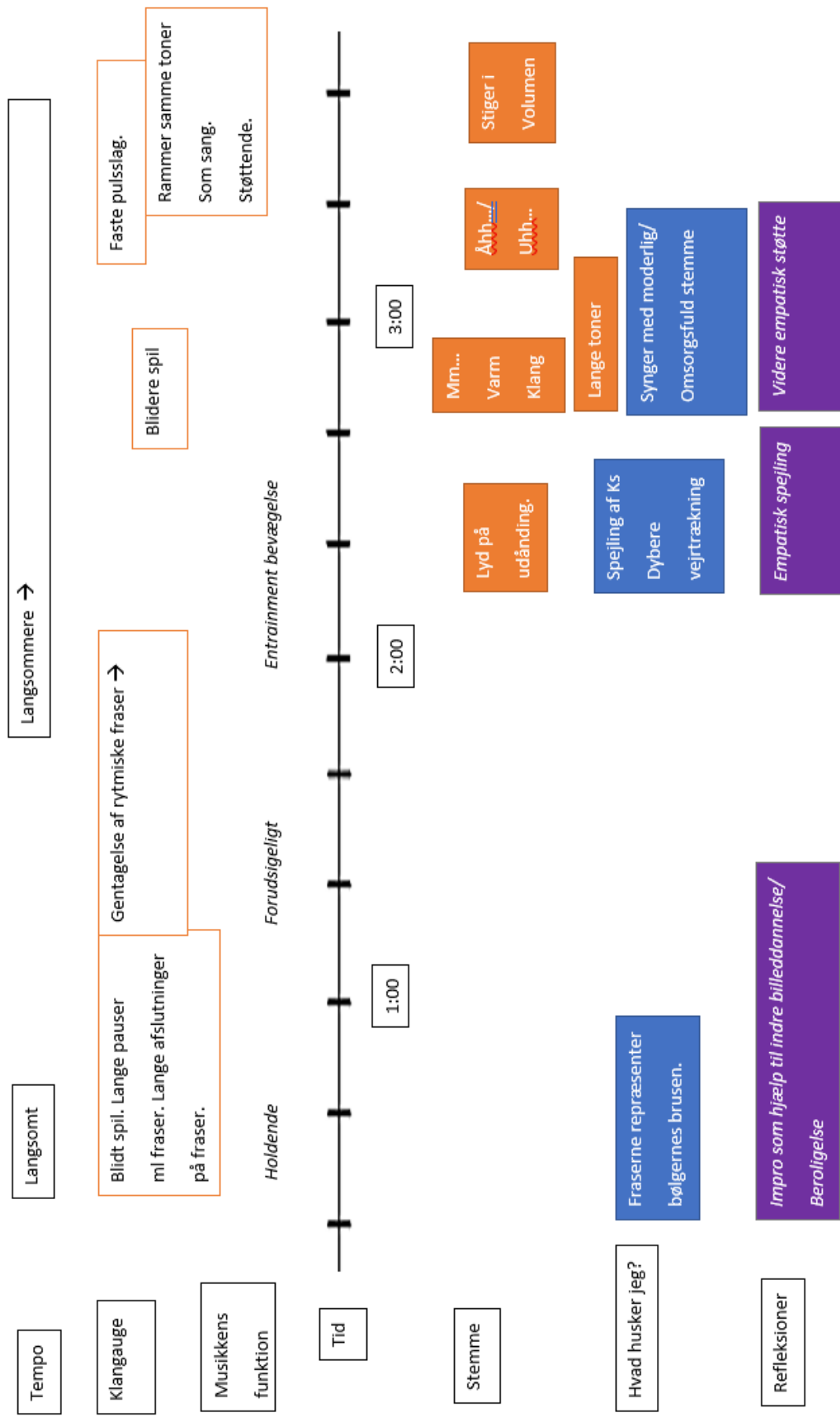
3:08- 5:16: Herfra begynder jeg at synge 'Uuh' og 'Åhh' i samme varme klang, mens jeg begynder at spille faste pulsslæg på klangaugen, så den får en mere akkompagnerende position i lydbilledet. Samtidigt med at min sang stiger i volumen, laver jeg en slags 'forslags' noder på klangaugen. Dvs. jeg spiller toner på klangaugen, som jeg derfra synger/kopierer med stemmen. Dette for at skabe en slags mødepunkter for de to instrumenter for at invitere til fornemmelsen af samhørighed og spejling [2.2 Fællesskab]. Her virker stemmen mere stærk i udtrykket, fordi den bliver understøttet i tonerne fra klangaugen. Der opstår en slags ur-lyd, der inviterer til at sanse styrken i udtrykket [1.2 Sanser][3.1 Ressourcer].

5:16- 7:02: Derfra afsluttes improvisationen ved at jeg begynder at spille og synge langsommere, og der opstår en entrainment bevægelse (se betydning ovenfor)[1.4 Regulering af arousal]. Jeg synger 'Hauuuu' som en slags dronetone og derfra sætter jeg lyd på min udånding i samme tempo, som K for at hjælpe hende i kontakt med en dybere udånding [1.4 Regulering af arousal]. Denne afslutning er forudsigelig for K, idét den har samme form, som i session forinden, og den hjælper K og F til større fysisk velvære [1.3 Velvære].

4.2.2.2.1 Grafisk tidslinje: Musikalsk improvisation

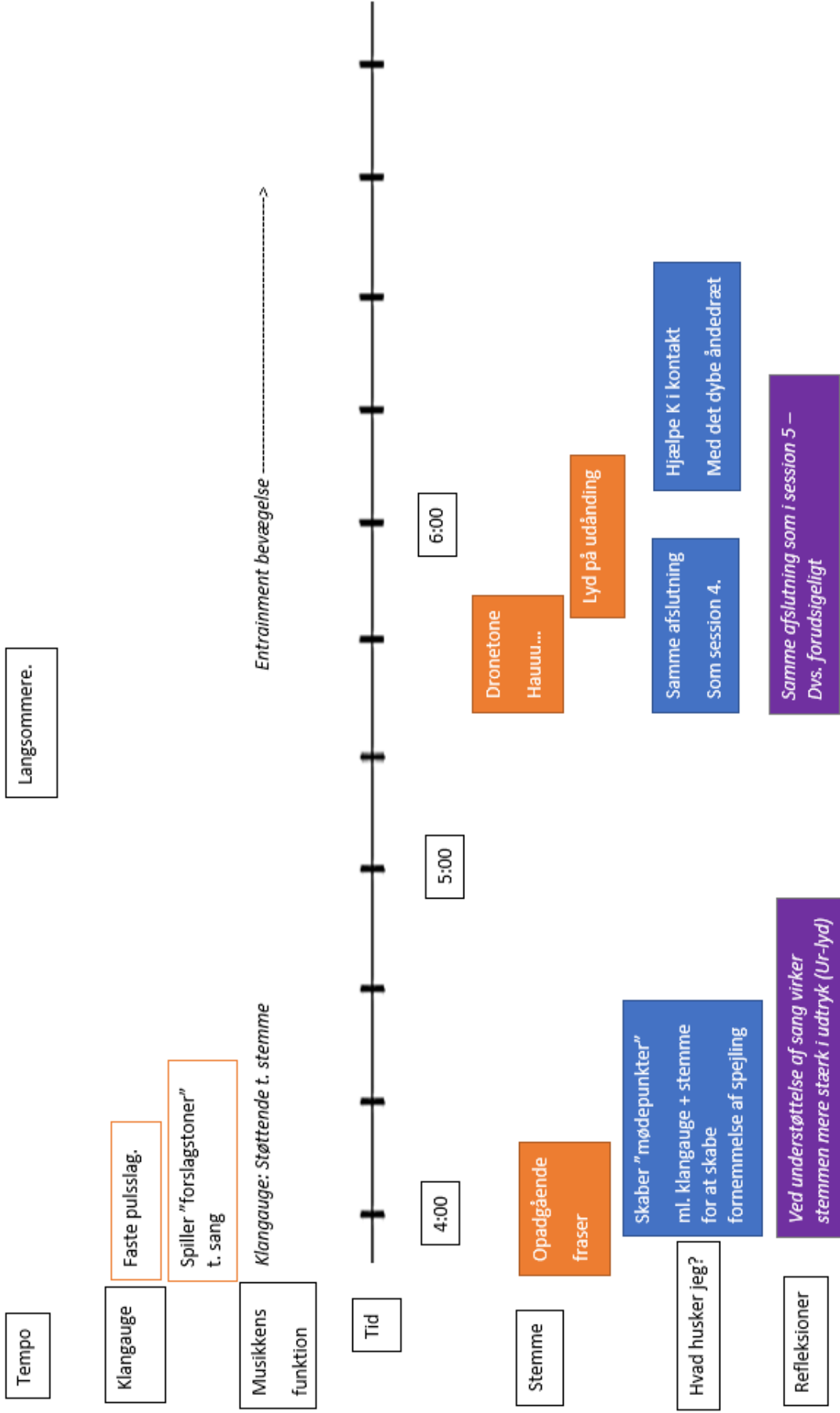
Session 5

1



Session 5

2



4.2.2.3 Samtale efter musikken

(80) K: "Ja. Det var fint. Ja"

(81) F: "Ja." bævende stemme. [3.7 Emotioner]

(82) K: "Ja." bævende stemme. [3.7 Emotioner]

(83) F: "Mine tanker flyver sådan...hen til oplevelser vi havde i USA." [2.2 Fællesskab] [3.2 Livskvalitet] [3.3 Identitet] [3.6 Kognition]

(84) K: "Ja, og jeg genoplevede hele den dag ved stranden (hulker lidt) [2.2 Fællesskab] [3.2 Livskvalitet] [3.3 Identitet] [3.6 Kognition] [3.7 Emotioner]. Og det var faktisk den 17. august, det var din fødselsdag (henvendt til F) [3.4 nære relationer]. Vi havde faktisk flag med, som vi sådan satte op. [2.2 Fællesskab] [2.4 Kultur] Ja (bævende stemme)... [3.7 Emotioner] Så jeg genoplevede lige hele dagen, hvordan vi kom og pakkede ud med tæpper, og vi havde sådan klapsammen stole med, du ved de der festivalstole, og nede og mærke vandet, og." [1.1 Sanser] [3.6 Kognition] [3.1 Ressourcer] [3.2 Livskvalitet] [3.2 Identitet] [1.3 Velvære]

(85) F: "Parasol til mig" [3.6 Kognition]

(86) K: "Ja, parasol til dig og." [3.6 Kognition]

(87) F griner. [3.7 Emotioner]

(88) K: "Og køletasken hvor vi havde en sandwich med fra Nadias. Og kager. Og dåsesodavand. Vi havde sådan en god dag...." [1.1 Sanser] [3.6 Kognition] [3.1 Ressourcer] [3.2 Livskvalitet] [3.2 Identitet] [1.3 Velvære] [3.7 Emotioner]

(89) C: "Ja."

(90) K: "Og det jeg bliver rørt over, det er at jeg kommer til at tænke på om vi får sådan en dag igen, til sommer...Det ville jeg elske.. [3.7 Emotioner] [4.6 Håb] [4.2 Mening] [4.1 Tro] [4.4 eksistens] Det er lige sådan de tanker jeg havde, fik undervejs...ja (pudser næse)...Ja, du kan noget Caroline, det kan du jo godt se. Du trykker lige på en knap... [3.7 Emotioner] Ja..Men det er jo skønt at tænke tilbage, det er jo gode minder.. [3.7 Emotioner] Det er jo alt det gode vi tænker på... " [3.1 Ressourcer] [3.2 Livskvalitet] [3.3 Identitet] [3.4 Nære relationer] [3.6 Kognition] [3.7 Emotioner]

(91) C: "Ja, så det var de billeder du fik."

(92) K: "Ja, skønt." [3.7 Emotioner]

Jeg spørger ind til F's oplevelse, og han fortæller om billeder der dukker op fra flere naturoplevelser i USA, som de har haft på rejser, han og K, og også sammen med børnene. Han ser en indianer for sig. F og K er enige om, at lydene/tonerne er lidt indianeragtige.

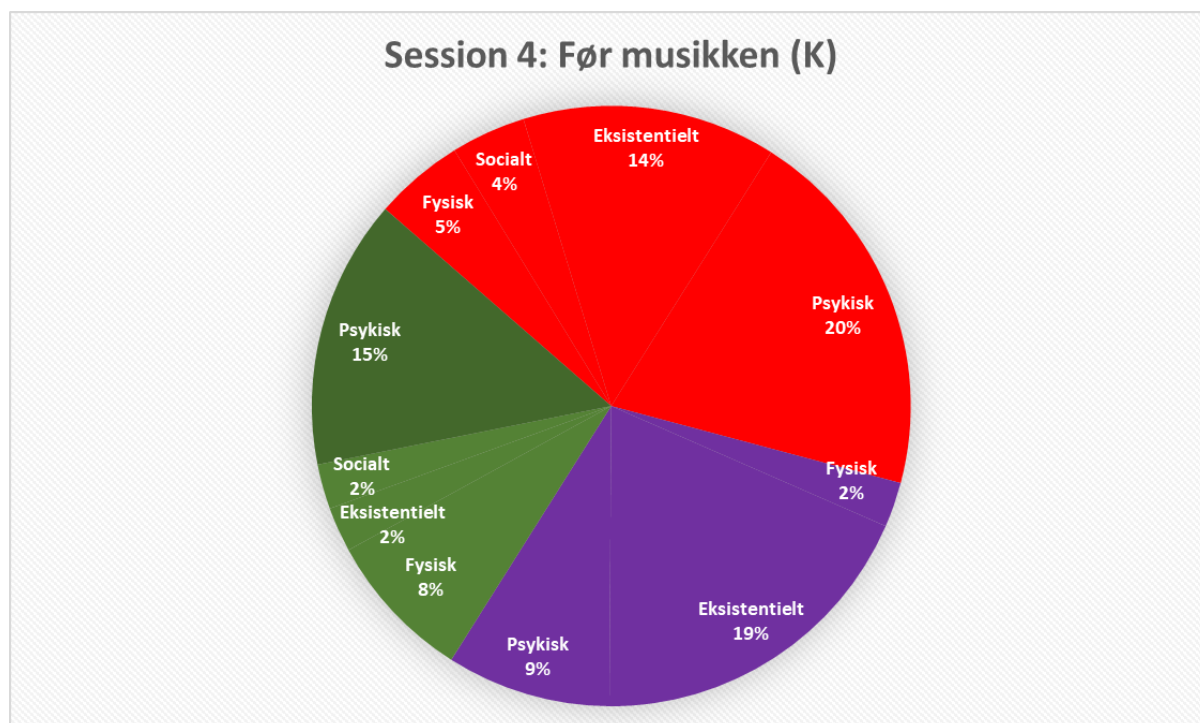
[Refleksioner: For F lader det også til at have stor betydning, at tænke K og børnene med ind i musikrejsen.][3.4 Nære relationer]

4.2.3 Analysefund: Session 4

I dette afsnit er analysefund for hver faser af sessionerne illustreret med grafer, der viser procentvise fordelinger af kodninger for K's tilstand på det fysiske, sociale, psykiske og eksistentielle plan, fordelt på hendes tilstand vedrørende behov, ressourcer og smertepunkter. Kodningerne er behæftet med mine subjektive definitioner og begrebsforståelser, og derved giver procenterne kun et billede af tendenser for K's smertetilstand.

4.2.3.1 Samtale før musikken (K)

Der er i alt foretaget 124 kodninger for samtalen før musikken, fordelt så der er kodet **42 % smertepunkter**, **29 % ressourcer** og **27 % behov**. K's tilstand ved samtalen før musikken er illustreret med følgende graf:

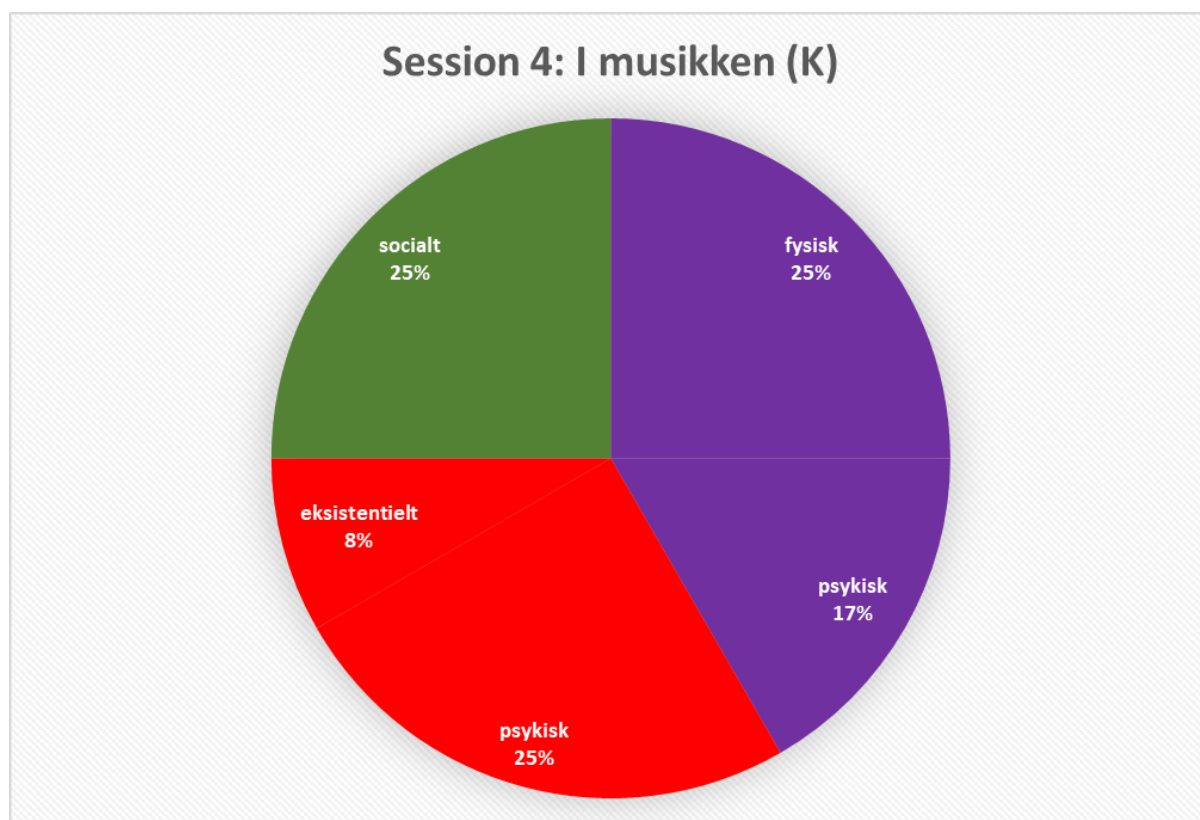


Figur 10 Session 4: Før musikken (K)

Med det forbehold der skal tages i forhold til de enkelte procenttal, så viser grafen, at det der fylder mest for K i samtalen før musikken er det røde smerteområde, hvoraf den psykiske smerte fylder mest. Samtidigt er det behov, der fylder mest for K i samtalen det psykiske behov, og der kan sandsynligvis være en sammenhæng mellem det psykiske behov og den psykiske smerte. Jeg vil også mene, at det er værd at notere sig, at det eksistentielle felt fylder en del i det røde og det lilla område, mens det fylder meget lidt i det grønne behovsområde. Det sociale felt fylder meget lidt i alle tre farveområder.

4.2.3.2 I musikken (K)

Der er i alt foretaget 12 kodninger for K's tilstand i musikken, fordelt så der er kodet **33 % smertepunkter**, **42 % ressourcer** og **25 % behov**. Kodningerne er få, da musikterapien er receptiv, og da jeg derved kun har kodet K's udtryk og reaktioner ud fra noter fra sessionen og fra hukommelsen. K's smertetilstand i musikken er illustreret med følgende graf:

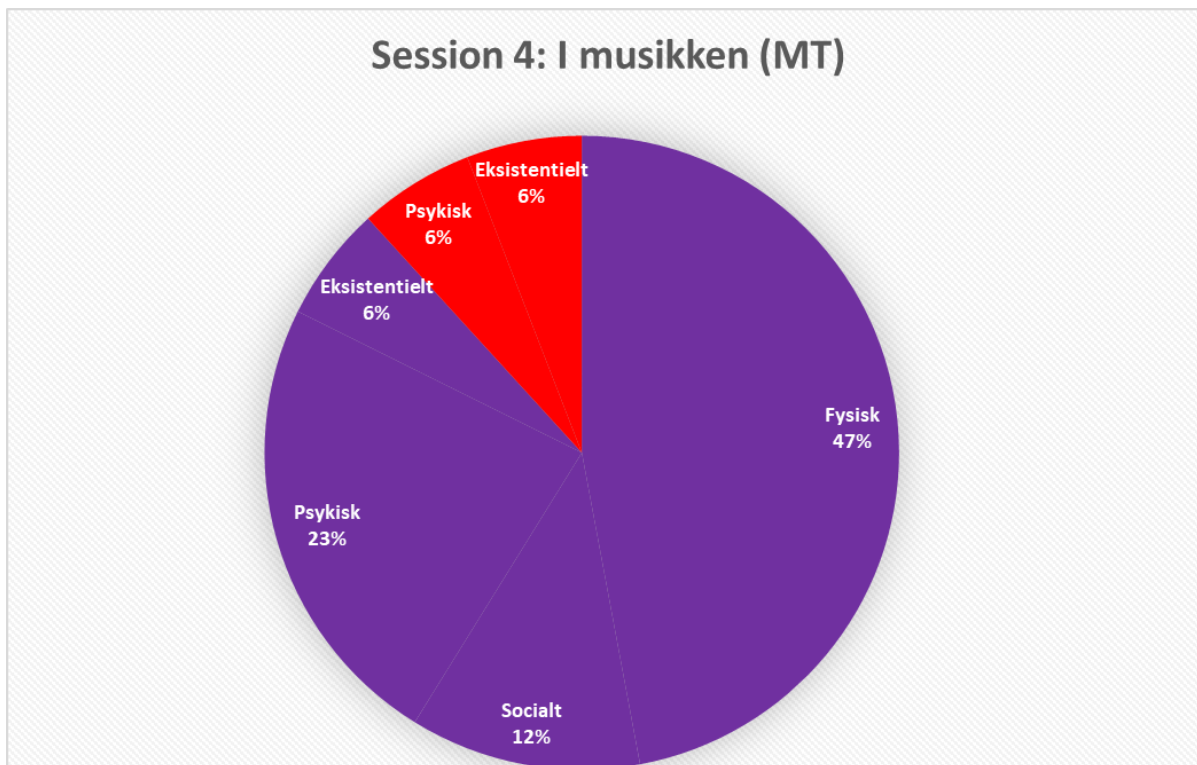


Figur 11 Session 4: I musikken (K)

Grafen viser at der er opstået et socialt behov hos K. Da der ikke er kodet en social smerte, viser tendensen, at det sociale behov ikke nødvendigvis er forbundet med en social smerte. I det røde smerteområde, er det ligesom i samtalen før musikken fortsat det eksistentielle og det psykiske felt, der fylder mest.

4.2.3.3 I musikken (MT)

Der er i alt foretaget 17 kodninger for min forholdemåde som MT i musikken, fordelt så der er kodet 12 % smertepunkter, 88 % ressourcer og 0 % behov. Min forholdemåde som MT i musikken er er illustreret med følgende graf:



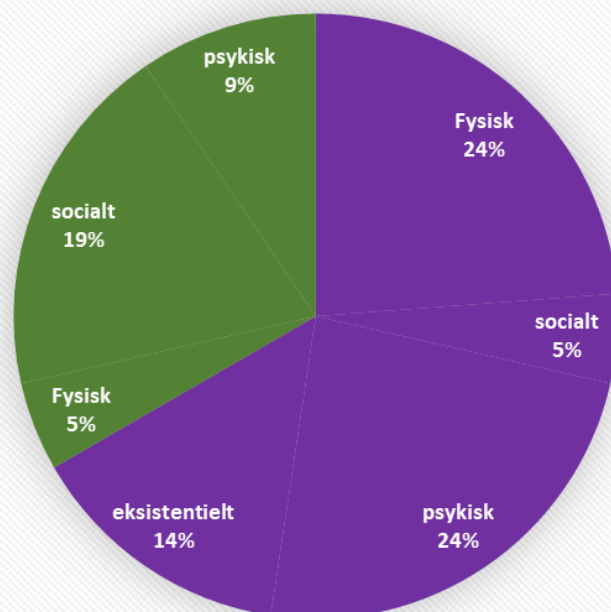
Figur 12 Session 4: I musikken (MT)

Grafen viser at jeg gennem min forholdemåde i musikken primært støtter K i hendes indre ressourcer, hvoraf det fysiske felt fylder næsten halvdelen. Jeg understøtter hende også en del på det psykiske plan. Derfra spejler jeg hende også i hendes smertetilstand.

4.2.3.4 Samtale efter musikken (K)

Der er i alt foretaget 21 kodninger for K's smertetilstand i samtalen efter musikken, fordelt så der er kodet 0 % smertepunkter, 67 % ressourcer og 33 % behov. K's smertetilstand ved denne del af sessionen er illustreret med følgende graf:

Session 4: Samtale efter musikken (K)

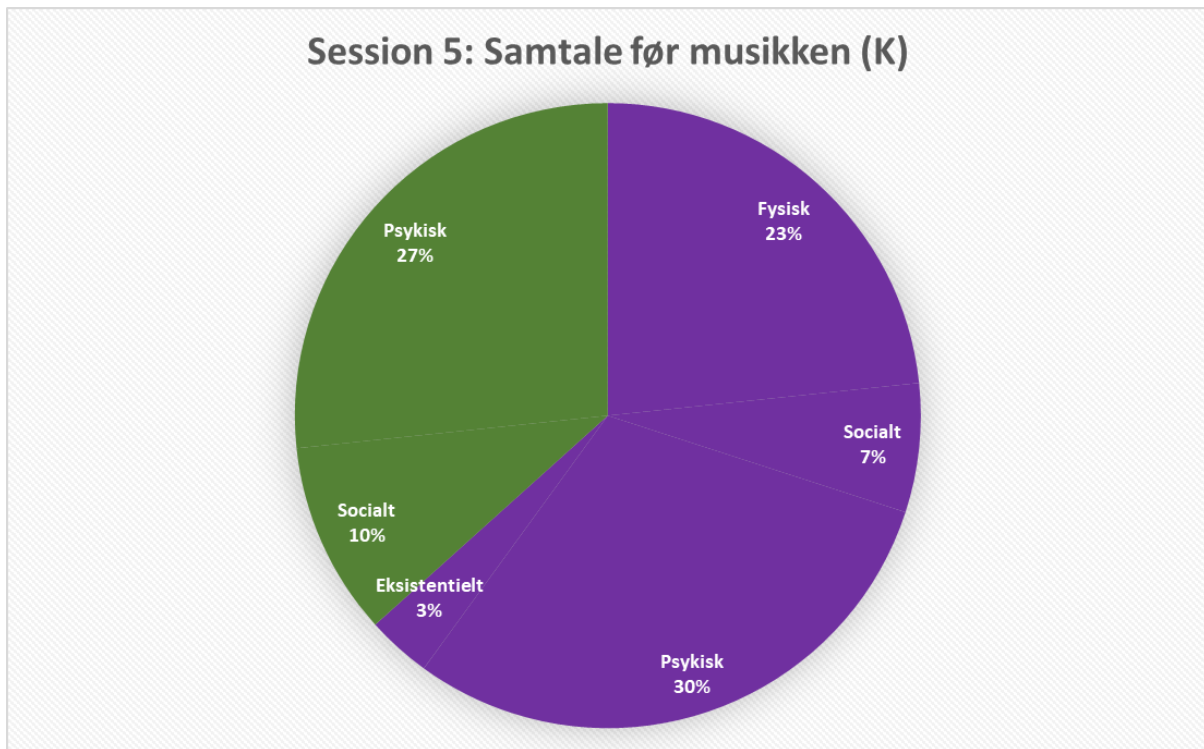


Figur 13 Session 4: Samtale efter musikken (K)

I min kodning af K's smertetilstand, har jeg ikke opfattet, at K giver udtryk for smerte i denne del af sessionen. Til gengæld fylder det lille ressourceområde en stor del af det samlede billede af smertetilstanden, hvorunder de fysiske og de psykiske ressourcer, fylder mest i området. Samtidigt er de procentvise fordelinger i det lille område mere ligeligt fordelt end tidligere. Desuden viser grafen at det sociale behov er mest dominerende i det grønne behovsområde.

4.2.3.4 Session 5: Samtale før musikken (K)

Der er i alt foretaget 30 kodninger for K's smertetilstand før musikken i session 5, fordelt så der er kodet **0 % smertepunkter**, **63 % ressourcer** og **37 % behov**. K's smertetilstand er illustreret med følgende graf:

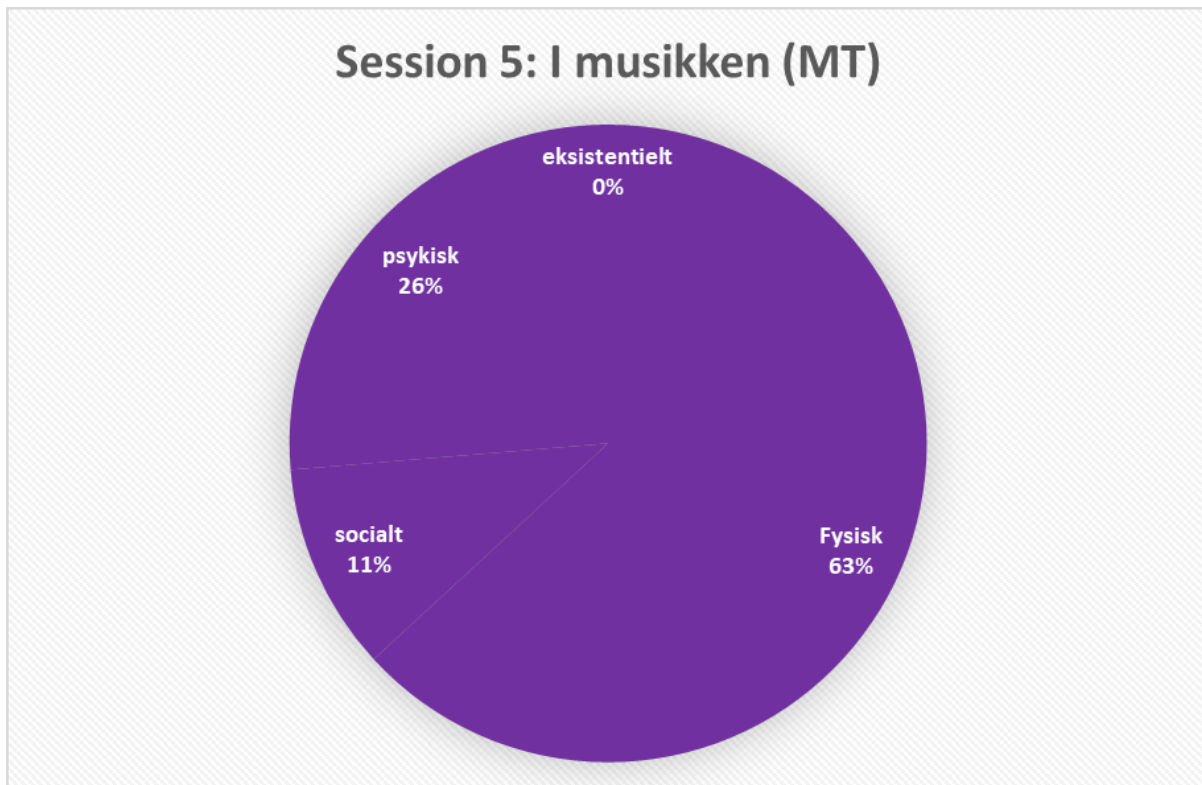


Figur 14 Session 5: Samtale før musikken (K)

Med udgangspunkt i den måde koderne er skabt på, har jeg ikke opfattet, at K giver udtryk for smerte i denne del af sessionen. Det lilla ressourceområde fylder en stor del af det samlede billede, hvoraf de psykiske og de fysiske ressourcer fylder meget. Ved det grønne behovsområde fylder de psykiske behov en del.

4.2.3.5 I musikken (MT)

Da jeg hverken har noteret mig eller husker, K's reaktioner i musikken i session 5, forholder kodningen for musikken sig udelukkende til min forholdemåde i musikken i rollen som musikterapeut. Der er i alt foretaget 19 kodninger for min forholdemåde, med alle kodninger fordelt over det lilla felt, illustreret med følgende graf:

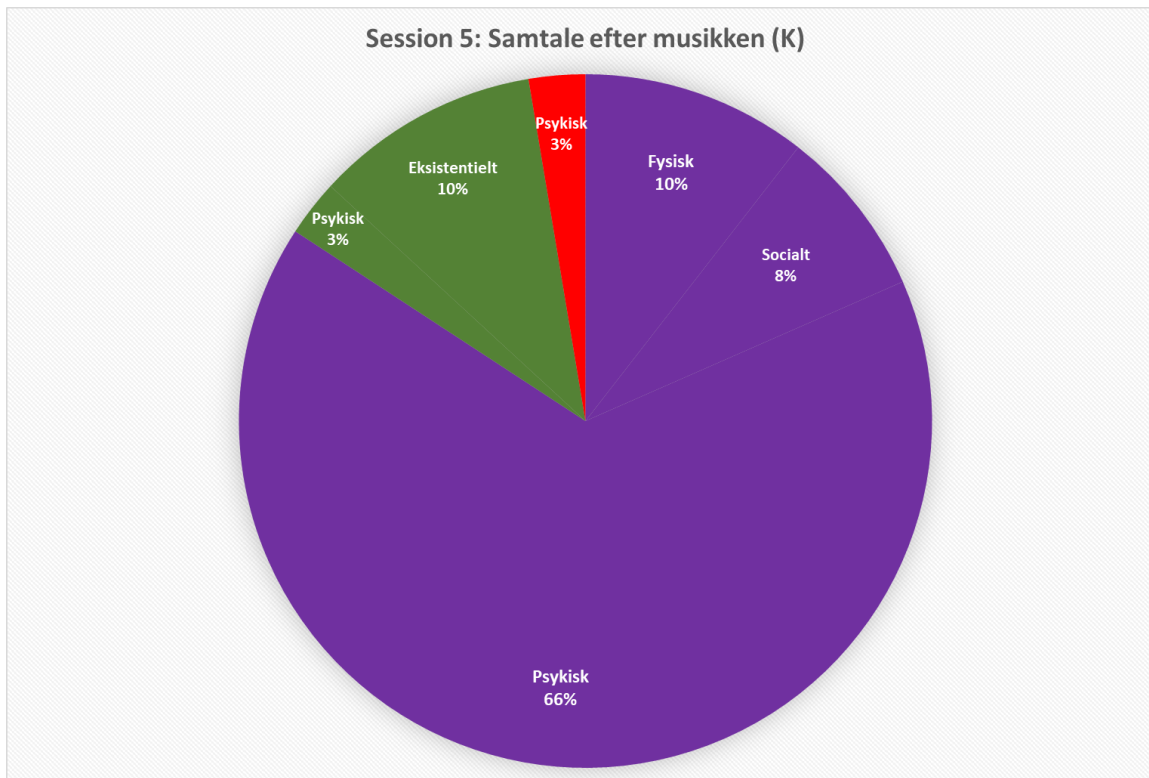


Figur 15 Session 5: I musikken (MT)

Grafen viser at jeg i den musikalske improvisation i session 5 understøtter K (og F) primært på det fysiske plan, da dette fylder en stor del af det samlede billede. Derfra understøtter jeg dem også en del på det psykiske plan. Desuden er det bemærkelsesværdigt, at jeg ikke understøtter K og F på det eksistentielle plan.

4.2.3.6 Samtale efter musikken (K)

Der er i alt foretaget 38 kodninger for K's smertetilstand efter musikken, hvoraf procenttallene er fordelt således: **Smertepunkter 3 %**, **ressourcer 84 %**, **behov 13 %**. K's smertetilstand er illustreret med følgende graf:



Figur 16 Session 5: Samtale efter musikken (K)

Med udgangspunkt i den måde koderne er skabt på, kan man sige, at der er en tendens til at K's indre ressourcer udgør en stor del af det samlede billede af K's tilstand, i samtalen efter musikken. Heraf fylder de psykiske ressourcer over halvdelen af ressourceområdet. Samtidigt viser kodningen en smertetilstand på det psykiske felt. Udviklingen kan tolkes som at de mange ressourcer især på det psykiske felt, åbner op for at K bliver i stand til at takle smerten, og derved får mod til at lade den blive synlig (se videre afsnit 5.2.3).

4.2.3.7 Samlet analysefund for session 4 og 5

Set i forhold til hinanden, viser graferne flere tendenser i forbindelse med udviklingen af K's smertetilstand og graden af velvære. Først og fremmest er det bemærkelsesværdigt at procentallet for K's indre ressourcer i løbet af de to sessioner er voksende og stiger fra 29 % ved samtalen før musikken i session 4 til 84 % i samtalen efter musikken i session 5. I session 5 udgør de psykiske ressourcer (66%), og er dermed en stor del af det samlede billede af indre ressourcer (84 %).

I starten af session 4 fylder de fysiske ressourcer næsten ikke noget (2 %), men efter musikken i 4 session og videre hen i 5 session, fylder de fysiske ressourcer en stor del af det samlede billede. Dette kan hænge sammen med at jeg understøtter K i hendes indre ressourcer gennem musikken:

53% i session 4 og 63 % i session 5. Der er derved en sandsynlighed for at musikterapien har påvirket K's følelse af indre ressourcer på det fysiske plan.

Graferne viser endvidere, at K's smerte udvikler sig fra at fylde meget i starten af session 4(42 %), og at jeg spejler hende i denne smerte i musikken, men at smertepunkterne er fraværende i slutningen af session 4 samt starten af session 5. Efter musikken i session 5 opstår en smerte på et psykisk plan (3 %). Denne tendens peger på, at musikken både kan lindre smerten, men også åbne op for en smerte, der skal bearbejdes.

I forbindelse med udviklingen af K's behov hen over de to sessioner, viser graferne, at K i samtalen før musikken i session 4, udviser et moderat samlet behov (27 %), hvoraf det psykiske behov fylder mest (15%). Ved kodningerne foretaget under musikken viser sig et større socialt behov hos K (25 %), som også fylder meget i samtalen efter musikken (19 %). Ved samtalen før musikken i session 5 er det igen det psykiske behov der fylder mest for K (29 %), hvorimod der efter musikken opstår et eksistentielt behov (10 %), der ellers har været enten fraværende eller meget lille. Dette viser en tendens til at musikken kan åbne op for et behov hos patienten på et socialt eller et eksistentielt plan, som ikke var tydeligt i samtaledelen før musikken (se mere afsnit 5.2.2).

5. Diskussion

Med afsæt i flere års musikterapeutisk arbejdserfaring inden for palliativ musikterapi, har Falk arbejdet på at udvikle en formidlingsmodel på dette område, og sammen med Lindstrøm har de udviklet Lindstrøm et al.s model. I dette speciale har jeg taget det næste skridt, og forsøgt at kortlægge brugen af modellen, som et redskab til klinisk vurdering. Først vil jeg diskutere metodevalg i forbindelse med udarbejdelsen af dette studie, for derefter at diskutere den reviderede Lindstrøm et al.s model som assessmentredskab, og hvordan man eventuelt ville kunne arbejde videre med modellen. For disse to afsnit laves en delkonklusion. Derfra diskuteres resultaterne og derpå brugen af musikken i forhold til at besvare problemformuleringen. Disse to afsnit afsluttes ligeledes med en delkonklusion. Til slut perspektiveres der til brugen af modellen til at definere indsatsområder i en tværfaglig kontekst.

Når jeg refererer til sætninger i transskriptionerne, står der (se linje...).

5.1 Diskussion af metode ift. besvarelse af problemformulering

5.1.1 Dataudvælgelse, transskriptioner og kodninger

Ud fra en kvalitativ tilgang, har jeg forsøgt at gøre alle led i udarbejdelsen af specialet så transparent som muligt. Jeg har forsøgt at gøre min forståelse af begreberne i modellen mere tydelige, samt forsøgt at synliggøre hvordan jeg koder samtalerne og musikken i terapisesessionerne. Læseren har herved mulighed for at vurdere, om vedkommende er enig i fremgangsmåden. Hvis man skulle arbejde videre med denne metode, ville det være relevant at få andre til at bruge samme metode for kodning for at opnå en ekstern validitet samt større grad af reliabilitet.

De udvalgte sekvenser fra terapiforløbet er valgt på baggrund af min egen fornemmelse for, hvad der var vigtigt at tage med for at undersøge patientens smertetilstand. I den henseende er det en fordel, at jeg selv har været medskaber af terapisesessionerne. På samme måde, har jeg i forbindelse med transskriptionerne, valgt at udelade visse passager, som jeg ikke mente skulle kodes. Jeg udladde f.eks. følgende passage: *'K fortæller om smerteniveau (på et fysisk plan) og energi'*, da jeg i udarbejdelsen af transskriptionen vurderede at K's beskrivelse af denne fysiske smerte ikke havde større relevans for det samlede smertebillede. I et retroperspektiv kan jeg se, at jeg har haft en tendens til at adskille smerte, der havde med lægevidenskabelig faglighed at gøre, og fysisk smerte, der ikke har direkte tilknytning til behandling af kræftsygdommen, men som er en bivirkning af sygdommen. Dette kunne f.eks. være fysisk smerte grundet åndenød. Passagerne var ikke udeladt på baggrund af en systematisk proces, men på baggrund af min fornemmelse for

hvad der var vigtigt. Her kan man sige, at mine valg ikke kun har omhandlet patienten og terapien, men at den også er påvirket af den kontekst, jeg var en del af i praktikken. Jeg blev ikke inddraget i et tværfagligt samarbejde og har måske derfor ubevidst ikke ment, at det har haft relevans i min rolle som musikterapeut at forholde mig til kræftsygdommen i sig selv. Udvælgelse af data har dermed påvirket det samlede billede af patientens smertetilstand. Ved en eventuel fremtidig benyttelse af analysemetoden, foreslår jeg at inddrage alle passager, der har med smerter at gøre, for at få et mere virkelighedsnært billede af patientens smertetilstand.

Transskriptionerne er udarbejdet gennem lytning af audio-optagelser fra sessionerne. Da de ikke kan gengive kropssprog, intensitet af øjenkontakt osv., er disse elementer genskabt ud fra hukommelsen og med udgangspunkt i noter foretaget lige efter sessionerne. På samme måde er kodningen af de forskellige udsagn og reaktioner i både samtalerne og i musikken, præget af en subjektiv tilgang, hvortil jeg selv er medskaber af terapisesessionerne og derved er mine egne erindringer, fornemmelser og refleksioner fra sessionerne en vigtig del af resultaterne. Dette kunne f.eks. være, når patienten taler om sygdommen, men ikke lader til at være emotionelt påvirket af sin egen udtalelse (se linje 59). En kodning af udtalelsen i sig selv, ville give et resultat, mens en kodning ud fra mine fornemmelser og erindringer, giver et andet. Man kan dermed sige, at det er en svaghed at kode sætningerne hver for sig, da der kan ligge budskaber mellem linjerne, som dermed ikke fanges i kodningerne alene, men ved en inddragelse af egne erindringer, refleksioner og fornemmelser, opnår kodningen større validitet. Desuden har det været en fordel at kode de samme udsagn og reaktioner med flere begreber, for at gøre kodningen mere nuanceret. I samtalen før musikken i session 4, beskriver K tilstande af smerte og velvære i forbindelse med nærdødsoplevelsen, der fandt sted inden K blev indlagt. Disse smertetilstande kan være forskellige fra hvordan hun oplever den pågældende smerte i musikterapien. Samtidigt vil jeg mene, at K's gengivelse af nærdødsoplevelsen afspejler den smertetilstand, der er til stede ved genfortællingen. Datamængden er lille vedrørende K's reaktioner i musikken, da jeg kun husker få reaktioner, som jeg er i stand til at gengive. Det betyder, at kredibiliteten er mindre for graferne og målingerne af K's smertebillede under musikken. Til gengæld vil jeg mene, at det er en fordel, at jeg har kodet min egen forholdemåde i musikken, for derigennem at sætte resultaterne op imod hinanden. Desuden er det en fordel at sætte kodningerne i musikken op mod kodningerne i samtalen efter musikken, da K's udtalelser og reaktioner sandsynligvis er påvirket af den oplevelse hun har haft i musikken. Når jeg har kodet mine egne forholdemåder som musikterapeut i de musikalske musikinterventioner, har jeg til gengæld skulle være opmærksom på, at jeg ikke kodede ud fra den intention at vise at jeg gjorde et godt stykke arbejde som musikterapeut. Transskriptionerne af musikken, er lavet på baggrund af min hukommelse for hvad jeg husker fra sessionerne i praktikken, og fra noter taget lige efter sessionerne. Hvis jeg på forhånd under praktikken eller

specifikt ved dette musikterapiforløb, havde vidst, at jeg gerne ville bruge casen til at studere smertetilstande, ville jeg sandsynligvis have skrevet flere relevante noter vedrørende smerter ned lige efter sessionerne, eller netop forsøgt mig med at bruge Lindstrøm et al.s model, som et redskab.

5.1.2 Revideret smertemodel som assessmentredskab

Da Lindstrøm et al.s (2020) model er udviklet som en formidlingsmodel og ikke et assessmentredskab, har dette som forventet, givet visse udfordringer, da begreberne ikke er udviklet til klinisk vurdering. Samtidigt forholder et assessmentredskab sig netop til det, at belyse eller formidle en tendens i praksis (Jacobsen et al., 2014), og derved har dette også været positivt. Dette afsnit forholder sig diskuterende til de forskellige revideringer af modellen, og kommer med forslag til nye revideringer til eventuel fremtidig brug, bl.a. på baggrund af Van Deurzens teori om de fire eksistensdimensioner (Van Deurzen, 2012). Studiet forholder sig til brugen af den reviderede Lindstrøm et al.s model (figur 9) i forhold til casen, og jeg har derved ikke erfaring med at bruge modellen i klinisk praksis.

Den brede palette af begreber i Lindstrøm et al.s model, er udviklet og rettet mod forskellige, specialiserede behandlingsfokus inden for palliativ musikterapi. Begreberne er derved relevante, og indbyder til en mikroanalytisk tilgang til kodning af sessionerne, hvor begreberne fanger flere nuancer i transskriptionerne og musikken i forhold til patientens tilstand. Da modellen fokuserer på aktivering af behov og ressourcer frem for at beskrive smertetilstande, er det samtidigt en udfordring at bruge modellen til at kortlægge smertetilstanden hos en patient. Som det fremstår i samtalen før musikken (se 4.2.1.1), omhandler mange af K's udtalelser om smerter. Jeg opdagede undervejs i analysearbejdet, at jeg ikke kunne kode ud fra begreberne alene, men var nødsaget til at udvikle en farvekodning for at kombinere fokus på behov og ressourcer med fokus på smertepunkter. Inddragelsen af smertepunkter har været relevant, og giver modellen en ekstra dimension, da den dermed både bliver et redskab til at definere velvære, men også til at definere smertetilstande. I en videre revidering af modellen, kunne man forestille sig at forholde sig til begreberne med inspiration fra Van Deurzens fokus på spændingsfelter mellem polariteter (jf 2.5.3). Ved begrebet 'Håb' kunne man f.eks. tilføje 'Håbløshed' og så fremdeles. Dette ville være en yderligere hjælp til at kombinere de tre områder (behov, ressourcer og smerte) i modellen og simplificere fremgangsmåden for kodningen.

Begreberne i det 3. led i Lindstrøm et al.s model er underbygget af en inspiration fra hospicefilosofien, men er først og fremmest udviklet på baggrund af mange års klinisk erfaring, og derpå blevet justeret over en længere periode. Først i dette studie, er modellen med tilhørende

begreber, benyttet i en videnskabelig kontekst. Ved flere begrebsafklaringer, har jeg taget udgangspunkt i min egen definition af begreberne, ud fra den viden jeg har om hospicefilosofien. Mine egne definitioner af begreberne er dog også præget af en subjektiv forståelse samt en prægning fra min viden om Van Deurzens fire eksistensdimensioner. Hospicefilosofien er f.eks. præget af den kristne kultur (Bramming et al., 2021), hvorimod jeg selv har en mere eksistentiel tilgang til begreber som f.eks. 'Håb' og 'Tro'. Ved kodningen med begrebet 'Tro' har jeg f.eks. primært brugt den del af definitionen, der omhandler det, at 'opnå tillid til det, der skal ske' (se 3.4.4). I forbindelse med revideringen af Lindstrøm et al.s model, besluttede jeg mig for at adskille begreberne 'nære relationer' og 'almindelige relationer'. Dette vil jeg mene, har været nødvendigt, da jeg ikke mener, at de vigtige relationer i terapiforløbet, (K's relation til ægtefællen og K's relation til mig selv), udelukkende kan placeres i det sociale felt. Musikterapien udvider det sociale rum gennem den intimitet, der opstår mellem de involverede parter. Her er jeg blevet opmærksom på, at det ville være brugbart at tilføje begrebet 'Spejling', som begreb inden for det psykiske felt i forbindelse med kodningen. Casematerialet peger på, at spejling kan være et behov for patienten, som hjælp til lindring af smerten på et psykisk niveau (se f.eks. **5:58-7:32** i 4.2.1.2). Ved kodningen har jeg benyttet begrebet 'Fællesskab', som er tilknyttet det sociale felt, men jeg vil mene, at behovet for spejling er et andet slags behov, der er tilknyttet det psykiske felt (se også 5.2). Min egen definition af begreberne har derved påvirket kodningerne og derved slutresultaterne. Jeg foreslår, at der ved en eventuel videreudvikling af modellen som assessmentredskab, arbejdes videre med en begrebsafklaring, der skal gøre begreberne så tydelige som muligt.

I kodningsprocessen er jeg blevet klar over, at begreberne har forskellige niveauer. Dette har betydning for brugen af modellen som assessmentredskab, da visse begreber har en tydelig forbindelse til et specifikt smertefelt, f.eks. 'Kommunikation', der hører til det sociale felt, mens et begreb som 'Livskvalitet' er placeret i det psykiske felt. Som beskrevet i afsnit 2.1 er hele den palliative pleje baseret på at hjælpe patienten til større livskvalitet ved at imødekomme smerteproblematikker på et fysisk, psykosocialt og spirituelt niveau. Ved de steder hvor 'Livskvalitet' er kodet, viser resultaterne derved kodninger på det psykiske felt, men jeg vil dog mene, at kodningen er tilknyttet alle fire smertefelter. På samme måde er flere af de begreber, der er placeret i det eksistentielle felt, både begreber, der beskriver behov og ressourcer på et eksistentielt plan, men samtidigt er det også et mål for eksistentiel eller åndelig terapi. Begrebet 'Accept' bliver f.eks. både omtalt af Saunders et al. (1995) og Van Deurzen(2012), som et mål i sig selv i palliativ pleje eller eksistensterapi (Saunders et al., 1995; Van Deurzen, 2012).

Forskellige niveauer af begreber er altså blandet sammen i modellen, og man kan dermed argumentere for, at det eksistentielle felt til dels er ophøjet i forhold til de andre felter i modellen, da

begreberne i dette felt både kan forårsage en aktivering af behov og ressourcer i specifik situation, og samtidigt være et mål i sig selv. Van Deurzens model (figur 3), er inddelt i flere niveauer, hvor det fysiske felt er det mest fundamentale, men hvor eksistentielle opdagelser, samtidigt kan hjælpe individet til at løse problematikker på de andre niveauer (se 2.5.3). Denne mere niveauinddelte forholdemåde til dimensionerne, ville kunne tilføjes Lindstrøm et al.s model for at tydeliggøre vigtigheden af det eksistentielle niveau i det eksistentielle terapiarbejde.

Samtidigt kan man sige, at det er paradoksalt overhovedet at forholde sig til smertefelterne, som adskilte dele, idét man i det palliative arbejde, forholder sig helhedsorienteret til smerte. I den model, som jeg udviklede i forbindelse med praktikken (se figur 1), har jeg placeret sætningen 'være sammen i og lade sig rumme i svære følelser' i det sociale felt, men egentlig er det et patientbehov, der hører til det, som man ville kunne kalde for det psykosociale felt. Altså kombinationen af det psykiske og det sociale felt. På samme måde kan en depression opstå, fordi de fysiske evner svinder hen (se 2.3.2), eller når arousal reguleres ned, kan det også indvirke på det følelsesmæssige plan og f.eks. mindske angst, agitation, stress eller vrede (Lindstrøm, pers. kom., 27.12.2021). Som Lindstrøm også nævner i en mail: "... det er jo i virkeligheden svært at skille det ad, for alle sfærer er indbyrdes forbundne, og påvirker hinanden. Det er det spændende ved at arbejde i helhedsorienteret indsats, men også det komplekse. På en måde er blomst-modellen (total smertemodellen) jo kunstig, fordi det hele er sammenvævet, men modellen er god til at anskueliggøre delene i helheden og bevidstgøre om, at man har "det hele menneske" med." (Lindstrøm, pers. kom. 03.11.2021). Set ud fra et videnskabsteoretisk perspektiv, forholder studiet sig til smertefænomenet ud fra en fænomenologisk forholdemåde. Det forholder sig netop til menneskets eksistens og derved menneskets oplevelse som værende kompleks, idet den består af mange aspekter. At eliminere dele af denne ville være at miste essensen af det, der skal undersøges (Bruscia, 2005). På samme måde forholder Van Deurzen (Van Deurzen-Smith, 1995) sig til dimensionerne i teorien om de fire eksistensdimensioner, som tæt forbundne, men samtidigt hjælper opdelingen af dimensionerne til at anskue patientens tilstand (Van Deurzen-Smith, 1995). I analyseprocessen mener jeg derfor, at det er nødvendigt at opdele smerteområderne, for at opnå den mest nuancerede kortlægning af smerteområderne.

5.1.2 Delkonklusion

Selvom Lindstrøm et al.s model er udviklet på baggrund af en helhedsorienteret forståelse af smerte, er det nødvendigt at opdele smerteområderne for at få en større forståelse af smertetilstanden for kræftpatienten i denne case. For at tilpasse modellen til brug i forbindelse med analyse og klinisk vurdering, er det relevant at tilføje begreber og dimensioner i modellen samt at arbejde videre med en begrebsafklaring. I undersøgelsesprocessen er det relevant både at

forholde sig til patientens egen udtrykte oplevelse af smerten og musikterapeutens egne fornemmelser, refleksioner og erindringer samt musikterapeutens forholdemåde i musikken.

5.2 Diskussion af analysefund ift. besvarelse af problemformulering

5.2.2 Graferne

Som beskrevet i afsnit (4.2.3) kan graferne danne overblik over smertetilstande, grad af ressourcer, behov og udviklingen af disse. Graferne illustrerer de tre områder adskilt fra hinanden, hvilket kan være en fordel i kortlægningen af en patients smertetilstand, og samtidigt viser de et helhedsbillede af smerten. Graferne viser bl.a. at ressourceområdet vokser i løbet af sessionerne, og man kan dermed argumentere for at den palliative behandling er inden for feltet rehabiliterende palliation (se 2.2). Desuden kan graferne belyse tilstande, hvor behov og smerte f.eks. på et psykisk plan, sandsynligvis er tilknyttet hinanden, når begge felter fylder meget i hvert farveområde (se figur 10). Graferne kan også sige noget om, hvornår behov ikke har noget med smerte at gøre eller omvendt. Det ser vi f.eks. i figur 11, hvor der opstår et socialt behov igennem musikken, men hvor der ikke er kodet en social smerte. Den kommunikation, der opstår i musikken er direkte og autentisk, og K's reaktioner er tydelige og dermed bliver hendes sociale behov sandsynligvis også tydeligere. Selve kommunikationens karakter er dog ikke til at se i graferne, men at de viser, at der opstår et socialt behov, kan give musikterapeuten en retning for hvad der skal til for at hjælpe til smertelindring. K har ikke altid været så tydelig i sin kommunikation omkring smerter, og det lader sommetider til at hun undlader at sige svære ord. Ved linje 18 siger hun f.eks. følgende: *"Ja, jeg synes, jamen ja (tøver)...Altså, at jeg synes at jeg føler at jeg har været så tæt på at dø, jeg bliver meget let, hvis jeg ikke kan..."*. Her har det været værdifuldt at bruge denne assessmentmetode, fordi jeg gennem kodning og ud fra mine egne fornemmelser og refleksioner, er kommet tættere på at kortlægge den smerte, som K undlader at udtrykke verbalt. Som Saunders et al (1995) beskriver, kan dårlige nyheder omkring en sygdom føre til benægtelse, og dette kan bl.a. føre til sorgfuld længsel efter det, der har været (Saunders et al., 1995). Det er ikke tydeligt ud fra resultaterne, om K er i benægtelse, men sammenlignet med F (se linje 60), lader K til at være mindre udtryksfuld omkring sin sorg. I løbet af de to sessioner lader det dog til, at musikken har hjulpet K til åbne op for en sorgfuld længsel (se linje 90), og dermed har musikken fremvist en udvikling i sorgprocessen.

Samtidigt er det vigtigt at være opmærksom på at kodningerne og dermed de procentvise fordelinger i graferne, afhænger af hvordan jeg definerer en specifik type smerte. Figur 15, der viser min forholdemåde i musikken i session 5, viser f.eks. at jeg ikke støtter patienten på det eksistentielle niveau, selvom den musikalske intervention netop forholder sig til eksistens, fordi den er en videre bearbejdelse af nærdødsoplevelsen. I kodningsprocessen har jeg ikke vurderet, at

begreberne tilknyttet det eksistentielle felt har passet ind i beskrivelsen af den musikalske kontekst, da jeg i min musikalske forholdemåde har haft fokus på den fysiske stabilisering og 'den fælles oplevelse' (se afsnit 4.2.1.2 og 4.2.2.2).

Ved at se på graferne alene, er det ikke til at se hvorvidt musikken afleder K fra smerte eller om den er et redskab til at bearbejde smerte. Udviklingen af smertebilledet hen over de to sessioner, viser dog en tendens til større grad af indre ressourcer, hvilket sandsynligvis peger på, at K bearbejder smerten. Dette da udviklingen kan tolkes som at de mange ressourcer især på det psykiske felt, åbner op for at K bliver i stand til at takle smerten (se figur 16).

Det er ikke til at aflæse hvilke eksistentielle smertereaktioner, som er gældende i de forskellige dele af sessionerne. I starten af session 4 er K's smerte forbundet med *angsten for at dø*. Følgende eksistentielle begreber er kodet i forbindelse med hendes udsagn omhandlende smerte: Håb, eksistens og transformation, hvor der er flest kodninger for eksistens. I slutningen af session 5 opstår en sorg, der er forbundet med, at K længes tilbage til fødselsdagen på stranden, og at hun ønsker at opleve dette igen (se linje 90). Jeg tolker dette, som at sorgen er forbundet med *kærligheden til livet*. Her er smerten kodet som en emotionel smerte, kombineret med eksistentielle behov: håb, mening, tro, eksistens. Der er dermed en stor forskel på den smerte og sorg, som K oplever i session 4 og session 5. Samtidigt er der en lighed mellem smertereaktionerne og den måde hvorpå musikken bliver brugt på. Ved 4. session bliver K's smerteudtryk spejlet (1:56-2:17), mens musikrejsen i session 5 inviterer til en afledning fra smerten. De forskellige smertereaktioner og måden musikken bruges i forbindelse med smertereaktionerne er ikke til at aflæse i graferne. Sandsynligvis opstår det større eksistentielle behov efterhånden som tilliden til mig, musikken eller det at F er til stede øges. Udviklingen i tilliden kan ikke som sådan opspores i graferne, men når jeg inviterer F med til session 5, hjælper jeg K med at afdække det sociale behov der opstår i session 4, og dette har sandsynligvis gjort tilliden større imellem os. Som tidligere nævnt, kan graferne bruges, som et redskab til at belyse udviklingen af smertelystande, behov og ressourcer, men jeg vil mene, at terapeutens egen vurdering, erindringer og fornemmelser er et vigtigt led i den kliniske vurdering. En anden måde at skabe en syntese på som hjælp til klinisk vurdering, kunne være at undersøge om der er tendenser i kombinationen af kodningerne, og derigennem skabe et overblik over forskellige eksistentielle smertereaktioner, f.eks. dødsangst, sorg over tab af livet, længsel efter det, der har været osv.

5.2.3 Kortlægning af smerte gennem musikken

Igennem musikken og samtalerne forsøger jeg at hjælpe K til at opnå mestring, grounding (se linje 40) og at opnå en fælles, positiv oplevelse (se linje 53). Den musikterapeutiske støtte på det

fysiske plan fylder meget i musikken, og man kan sige, at jeg stabiliserer patienten gennem musikken. Resultaterne tyder på, at der er en tendens til at den fysiske støtte hjælper patienten til større velvære på det sociale, psykiske og eksistentielle plan (se figur 13 og figur 16). Som beskrevet i afsnit 2.8.1, inddeler Dileo og Dneaster (2005) terminale patientens behov, som kan imødekommes gennem musikterapi på forskellige niveauer. På det støttende niveau, som er det første niveau, støttes patienten til fysisk smertelindring, og til bl.a. at opnå velvære, komfort og hjælp til nydelse (Dileo & Dneaster, 2005). Denne niveauopdeling ses også i forhold til eksistensdimensionerne i Van Deurzens model (se figur 3), hvor det fysiske niveau er det mest fundamentale (se også 2.5.3). Først efter denne nedregulering, f.eks. gennem rolig musik, kan musikterapien føre til det næste niveau; det kommunikative ekspressive niveau, hvor patienten hjælpes til at udtrykke følelser (Dileo & Dneaster, 2005). Dette f.eks. gennem en vuggesang med et sørgende, ekspressivt udtryk (Bonde, 2014). Dette udtryk kan sammenlignes med den måde jeg spejler K's smerte i musikken i session 4 (1:56-2:17), hvor udtrykket bliver mere skælvende og sorgfuldt. Man kan diskutere, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at spejle sorgen hos patienten, når patienten forventer en musikintervention, der udelukkende skal skabe velvære. I den henseende, er der sandsynligvis foregået et lille tillidsbrud, da K ikke har været indstillet på dette. Tillidsbruddet kan ikke aflæses i graferne, da grafen for samtalen efter musikken ikke viser smertepunkter (se figur 13). Men i selve kodningen for musikken, er der kodet en smerte i kommunikationen (1:56-2:17), der kan belyse dette lille tillidsbrud, og kodningen er dermed en information til musikterapeuten om, at det kan være for voldsomt med en spejling af smerte til trods for at patienten ikke udtaler sig om dette. Samtidigt kan netop denne spejling af smerten hjælpe patienten til at nå til det, som Dileo et al (2005) kalder for det transformative niveau, hvor patienten bliver hjulpet til at skabe indsigt og udvikling i den sidste levetid, og til at acceptere hvordan livet har udfoldet sig (Dileo et al., 2005). Patienten kan ved dette niveau få vendt sit livsperspektiv, fra at opleve sig selv som syg og døende til at føle sig som et stærkere individ (Aldrigde, 1999, her refereret af McConnell et al., 2016). Dette niveau vil jeg mene, kan sammenlignes med det eksistentielle niveau i Lindstrøm et al.s model, hvor bl.a. håb, accept, mening og transformation kan aktiveres (se figur 8). Jeg er enig i Dileo og Dneasters niveauopdeling af musikken, og at musikkens støtte på det fysiske niveau kan danne grobund for terapeutisk bearbejdelse af smerte på andre niveauer. Samtidigt vil jeg mene, at det ikke er musikken alene, der skaber rammerne for hvordan patientens behov bliver imødekommet i musikken, men også patientens parathed til dette. Van Deurzen (2012), mener på samme måde, at patienten selv skal være villig til at gå ind i den spirituelle dimension, før et arbejde på det eksistentielle plan kan opstå (Van Deurzen, 2012). I denne kontekst kan graferne være et redskab til at definere patientens parathed. K viser kun et

eksistentiel behov i meget lille grad eller slet ikke i musikterapien helt frem til den sidste del af 5. session, hvor dette behov opstår (se figur 16).

I det 4. led af Lindstrøm et al.s model, er den musikterapeutiske intervention, indre billeddannelse/visualisering, placeret under det eksistentielle felt (se figur 8). Det samme har jeg selv gjort i min model fra praktikken (se figur 1), og jeg husker det som om, at jeg placerede den der, fordi jeg opdagede muligheden for transformation gennem billeddannelse. Selvom det 4. led i Lindstrøm et al.s model blot angiver eksempler på interventionsmuligheder, vil jeg mene, at man ikke kan placere interventionerne, så de er tilknyttet et bestemt smerteområde. Dette studie viser netop, at et terapeutisk arbejde med indre billeddannelse omfavner alle fire smerteområder. Det ses f.eks. i musikken i session 4 (se figur 11), hvor K's reaktioner er kodet inden for alle fire felter, og ligeledes støtter og spejler jeg K i alle fire felter i min forholdemåde i musikken (se figur 12). Desuden bliver interventionsformen også brugt til lindring af fysiske smerter, f.eks. ved Sanfi's forskning (Sanfi, 2017). Jeg foreslår at det 4. led revideres således, at eksemplerne for musikinterventioner for revideringen af Lindstrøm et al.s model, bliver illustreret som et baggrundstapet frem for at lade interventionerne være tilknyttet hver deres smertefelt.

Ved 5. session, kan den indre billeddannelsesrejse kaldes for 'couple re-imaging', da det indre billede som K forestiller sig i session 4 forsøges genskabt af begge parter i en sammenskabende 'musikrejse' (se 2.8.2). Her vil jeg mene, at den indre billeddannelse tager afsæt i det fysiske og det psykiske felt, hvor K i løbet af billeddannelsesrejsen opnår tryghed bl.a. gennem arousal nedregulering, spejling og sansning (0:43- 2:37), samt den nære relation med F. Herfra vil jeg mene, at der opstår en invitation til at skabe mening i tilværelsen på et eksistentielt niveau. Som Saunders (2021) udtrykker det: "Mening opstår gennem en forstærket følelse af forbundethed og varer ved frem til et øjeblik af nærvær, hvor helingen sker." (Saunders, 2021, s. 80). Den nære relation til F i musikken er ikke kodet, da den ikke har direkte forbindelse til de musikalske hændelser. Men i samtalen efter musikken, er begrebet kodet flere gange for begge parter, og dette tyder på, at den nære relation har haft en betydning for oplevelsen i musikrejsen.

Begge musikrejser i de to sessioner har til formål at hjælpe K til en transformation af nærdødsoplevelsen fra en 'væmmelig oplevelse' til en mere positiv oplevelse. Overordnet set viser resultaterne en forbedring i K's tilstand af velvære (se 4.2.3). Samtidigt åbner den indre billeddannelse op for en psykisk smerte (se figur 16). Terapien har ikke til formål at smertelindre fuldstændigt, men også at skabe et terapeutisk rum, hvor der er plads til sorg og smerte, og hvor der kan tages hånd om smerten. Ligesom Guldin (2019), mener jeg, at det ikke handler om at fjerne den psykiske smerte, men om at få sorgens udtryk til at stemme overens med tabet, og om

at den sørgende sættes i stand til at bære den smerte, som sorgen forårsager (Guldin, 2019). Her mener jeg, at det er svært at adskille den psykiske smerte i forbindelse med den eksistentielle smerte, for en stor del af den eksistentielle smerte er netop de følelser, der er forbundet dertil. Van Deurzen (1995, 2012) mener, at når der arbejdes på det spirituelle plan i eksistensterapi, er det vigtigt, at patienten føler sig forbundet til sig selv, for at kunne finde svar omhandlende bl.a. mening gennem indre guidning (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012). Van Deurzen (2012) mener endvidere, at patienten får assistance til at begå sig bedre i livet, ved at finde et personligt mod, en retning og at få hjælp til at se, hvad der er meningsfuldt i tilværelsen, så hun kan blive mere autentisk over for sig selv (Van Deurzen, 2012).

Samtidigt kan psykisk smerte være forbundet med at miste sin autonomi på et fysisk plan gennem sygdom (se afsnit 2.3.2). I de indre billeder, der opstår for K i nærdødsoplevelsen, er hun hjælpeløs og bliver båret væk (se afsnit 4.1). Helt anderledes er det i visualiseringen af fødselsdags-seancen, hvor både K og F forestiller sig at være fysisk aktive (se linje 84). Van Deurzen (1995) mener, at hvis et menneske bliver fremmedgjort over for dets krop, kan det skabe en ubalance i perceptionen af den fysiske verden. For at opleve spændingsfeltet mellem omgivelserne og kroppen, kan vedkommende f.eks. dyrke en sports- eller fritidsinteresse (Van Deurzen-Smith, 1995). Grundet parternes sygdomstilstande, er det ikke muligt for dem at være fysisk aktive, men dette kan lade sig gøre gennem sansningen af den indre visualisering. Denne følelse af fysisk autonomi, som parret har opnået, har været udfordrende at kode ud fra Lindstrøm et al.s modellen, da begrebet autonomi er tilknyttet det psykiske felt. Derfor er denne ressource inden for det fysiske felt ikke tydelig i graferne for session 5. I en videre revidering af modellen, ville det være en mulighed at tilføje begrebet 'Fysisk autonomi' til det fysiske felt.

I musikterapiforløbet lader det til at en stor del af K's smerte omhandler F's sygdom. Da casematerialet er udvalgt med fokus på K's smerte i forbindelse med sin egen sygdom, er K's bekymring og sorg vedrørende ægtefællen ikke tydelig i resultaterne. Selvom den indre billeddannelsesrejse inviterer til at patienten kan forestille sig en anden virkelighed, vil jeg ikke mene, at det er den eneste aktivering, der opstår i den musikalske intervention. Ligesom K f.eks. er optaget af den evige forbindelse til familien gennem det at se på månen (se afsnit 1.1), vil jeg samtidigt mene at denne musikintervention inviterer til at parret kan forholde sig til kærligheden til hinanden i nuet. Musikinterventionsmetoden lægger sig tæt op ad 'Palliativ improvisation og indre billeddannelse' (PI/I) (se afsnit 2.8.2), hvor musikkens simple form og melodi tillader patienten at være i nuet frem for at bevæge sig et andet sted hen (West, 2015). Ligesom teksten i TV2-sangen, som jeg synger for parret i session 2, der handler om at kærligheden kun kan opleves, hvis vi er lige nu og her:

”Og jeg der var så ung,
Jeg troede vi skulle være,
De første kærester på månen,
Men vores himmelrum,
Var lige nu og her,
Så vi holdt bare verden gående.”

(sangtekst skrevet af Steffen Brandt)

Ud fra Van Deurzens eksistensterapi kan man sige, at et af de paradokser, der er mest fremtrædende i denne case, er det at overgive sig til naturlovene over det at forsøge at kontrollere dem, og at ved at arbejde med dette paradoks, kan der udvikles en fleksibilitet i mødet med livet, døden og sygdommen (se afsnit 2.5.3.1). I et eksistensterapeutisk perspektiv vil jeg mene, at jeg i musikterapien hjælper K med at overgive sig til naturlovene, for at opnå større fleksibilitet og accept i forhold til situationen. Dette er dog ikke en nuance, der kan aflæses i analysen eller graferne. Jeg vil dog mene, at det i en klinisk sammenhæng ville give mening at forholde sig til Van Deurzens teori om de fire eksistensdimensioner i kombination med den reviderede Lindstrøm et al.s model.

5.2.4 Delkonklusion

Graferne viser både delelementer ved smerten og smertetilstanden som helhed. Graferne kan belyse tilstande, hvor behov og smerte sandsynligvis hænger sammen, men også hvor de ikke hænger sammen, hvilket kan være brugbar information for musikterapeuten i det terapeutiske arbejde. Graferne og kodningerne kan definere en smertetilstand for en patient, der har et begrænset sprog i forbindelse med at udtrykke sin smerte. Graferne kan dog ikke beskrive nuancerne for de forskellige smertereaktioner, f.eks. dødsangst, der kan opstå hos patienten. Det er heller ikke tydeligt at se i graferne, hvorvidt patienten afledes fra smerten gennem musikken eller om patienten bearbejder smerten gennem musikken.

Formålet med de to musikrejser er at hjælpe K til en transformation af nærdødsoplevelsen fra en ’væmmelig oplevelse’ til en mere positiv oplevelse. Her kan graferne kan sige noget om udviklingen af K’s behov og smertetilstand i forbindelse med musikken, både i forhold til en forbedring af tilstanden, men også hvornår der kan opstå en smerte i forbindelse med musikken. Desuden viser resultaterne, at graferne kan definere patientens parathed i forhold til at gå ind i det eksistentielle arbejde. Det er dog svært at afkode relevansen af F’s medinddragelse i

musikinterventionen til trods for at jeg i rollen som musikterapeut har fornemmet at dette har haft en stor betydning for K's tillid i forbindelse med øvelsen.

5.3 Perspektivering til klinisk praksis

I dette studie har jeg undersøgt hvordan en revidering af Lindstrøm et al.s (2020) model kan bruges til at kortlægge smerteområder for en patient. I et eventuelt videre arbejde med modellen, ville det være interessant at undersøge hvorvidt den kan bruges til at definere indsatsområder, som redskab i den tværfaglige, palliative behandling for en indlagt patient. Lindstrøm et al.s model kalder selv det 3. led i modellen for 'Indsatsområder for lindrende musikterapi'. Jeg forstår dette som områder inden for de fire smerteområder, hvor musikterapeuten bevidst går ind og aktiverer behovs- eller ressourc punkter for at afhjælpe en smerte. Jeg forestiller mig, at en kortlægning af smerter ud fra en revidering af Lindstrøm et al.s model i et musikterapeutisk forløb, kan bruges til at lave en klinisk vurdering for hvilke indsatsområder, der skal tages i brug. Hvis en patient i et musikterapiforløb f.eks. bliver kodet til at have smertepunkter i forbindelse med 'autonomi' og 'mening', kan der være et behov for en samtale med en sundhedsfaglig om handlemuligheder i forbindelse med en krop, der har ændret sig grundet sygdommen og behandlinger. Det kan også være at patienten har et forandret selvbillede og har et behov for en samtale med en hospitalspræst. Flere patienter ville selv kunne udtrykke et behov for smertelindring, men som O'Brien (1993) påpeger, er det ikke altid at patienten selv er i stand til at beskrive smerter på et psykisk, socialt og et spirituelt niveau (O'Brien, 1993). Casen viser desuden, at patienten kan befinde sig i en eller anden grad af benægtelse, eller generelt have svært ved at sætte ord på det, der er svært. Desuden kan en patient med en kræftsygdom bl.a. være plaget af en delirøs tilstand¹, som kan medføre sproglige udfordringer og koncentrationsbesvær (Sundhed, 2020).

På de onkologiske afdelinger i Danmark, er der udviklet spørgeskemaer til at vurdere patienternes grad af velvære og smerte, samt hvad der fylder i bevidstheden. Spørgsmålene kan besvares ud fra skalaer fra 0 til 10, hvor 0 indikerer ingen smerte eller ugehag, og hvor 10 indikerer højeste grad af smerte. Plejepersonalet sætter kryds ved det felt, der beskriver tilstanden ud fra patientens egen vurdering på det pågældende tidspunkt. Der kan sættes kryds ved bl.a. smerteniveau, træthed, kvalme, åndenød og angst. Smertetilstandene er dog primært forbundet til den fysiske smerte (se bilag 2). Ud fra de ovenstående refleksioner vil jeg mene, at der er et behov for at udvikle et assessmentredskab, der har til formål at definere patientens smertetilstand og behov ud fra den professionelles vurdering, og som inddrager smerte på et psykisk, socialt og et eksistentielt niveau

¹ Delirøs tilstand: Forvirringstilstand, der ofte skyldes somatisk sygdom (Sundhed, 2020)

6. Konklusion

I henhold til problemformuleringen præsenteret i afsnit 1.3, har dette speciale undersøgt om og hvordan en revideret udgave af Lindstrøm et al.s (2020) udvidede total smertemodel kan anvendes som et assessmentredskab til at kortlægge de forskellige typer smerter for en kvindelig kræftpatient, og om den reviderede smertemodel kan afdække hvordan musikken bruges til at imødekomme smerter.

For at tilpasse modellen som redskab til analyse, er der i udarbejdelsen af studiet, foretaget en revidering af modellen på baggrund af Van Deurzens teori om de fire eksistensdimensioner (Van Deurzen-Smith, 1995; Van Deurzen, 2012) og egne vurderinger. Ud fra analysen foretaget med den reviderede model, oplever jeg at begreberne fra modellen er dækkende i forhold til at afdække smerteområderne for kræftpatienten i den specifikke case. Ud fra de erfaringer som jeg har gjort mig i forbindelse med analysen af den specifikke case, mener jeg dog at det er nødvendigt at revidere modellen yderligere ved at tilføje begreber og dimensioner i modellen, for at justere den til brug ved analyse af smertetilstand.

Analysen er foretaget ud fra en farvekodning, der er inddelt i behov, ressourcer og smertetilstanden. Resultaterne for casen viser, at brugen af den reviderede Lindstrøm et al.s model (figur 9), kan vise en udvikling og sammenhæng mellem smerter, behov og ressourcer, både i forhold til musikken og ved samtaler i terapien, og de kan definere en smerte for en patient, der kun i lav grad giver udtryk for sin smerte verbalt. I den forbindelse er det både relevant at forholde sig til patientens egen udtrykte oplevelse af smerten og musikterapeutens egne fornemmelser, refleksioner og erindringer samt musikterapeutens forholdemåde i musikken. Resultaterne kan dog ikke beskrive forskellige smertereaktioner, såsom dødsangst, og kan heller ikke definere betydningen af inddragelse af en ægtefælle i musikterapien.

Resultaterne for analysen er indsat i cirkeldiagrammer, der illustrerer de tre områder adskilt fra hinanden og samtidigt viser de et helhedsbillede af smerten. Graferne kan belyse tilstande, hvor behov og smerte sandsynligvis hænger sammen, men også hvor de ikke hænger sammen, hvilket kan være brugbar information for musikterapeuten i kortlægningen af smerten. At graferne både kan ansues ud fra en opdeling af smerten og ud fra et helhedsbillede, er i overensstemmelse med hospicefilosofiens tilgang til smerte, og kan dermed være et brugbart formidlingsredskab i en kontekst for palliativ pleje. De to musikinterventioner i sessionerne, støtter patienten med at transformere sin nærdødsoplevelse fra en 'væmmelig oplevelse' til en mere positiv oplevelse. Her kan graferne kan sige noget om udviklingen af patientens behov og smertetilstand i forbindelse med musikken.

Studiet forholder sig til undersøgelsen af Lindstrøm et al.s model som assessmentredskab i forhold til casen, og redskabet er endnu ikke afprøvet i klinisk praksis. Jeg mener dog at studiet viser et potentiale for en videre undersøgelse af brugen af redskabet i klinisk praksis, og jeg mener at der er et behov for at udvikle et assessmentredskab, der kan definere indsatsområder for smertelindring i et tværfagligt samarbejde.

7. Litteraturliste

- Abrams, B., & Kasayka, R. (2005). Music Imaging for Persons at the End of Life. In C. Dileo & J. Loewy (Eds.), *Music Therapy at the End of Life*. Jeffrey Books.
- Bernild, C., & Vedsgaard, H., W. (2021). Pårørende til alvorligt syge mennesker i rehabiliterende og palliative forløb. In I. Ilkjær & C. F. Kragh (Eds.), *Palliation og rehabiliterende palliation (1. udgave)*. Gads forlag.
- Bonde, L. O. (2014). *Musikterapi : teori, uddannelse, praksis, forskning : en håndbog om musikterapi i Danmark (1. udgave)*. Klim.
- Bramming, B., Clark, D., & Graven, V. (2021). Forord til den danske udgave. In *BLIV HER OG VÅG Inspirationen bag hospicefilosofien*. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
- Bruscia, K. (2005). Designing Qualitative Research. In B. Wheeler (Ed.), *Music therapy Research (2nd ed.)*. Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2015). Interactive and Group Imaging. In *Notes on the Practice of Guided Imagery and Music*. Barcelona Publishers. [ProQuest Ebook Central - Reader](#)
- Christensen, G. (2002). *Psykologiens videnskabsteori : en introduktion (1. udgave)*. Roskilde Universitetsforlag.
- Cooper, M. (2011). *Eksistentielle terapier. (1. udgave.)*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Dalgaard, K. M., & Jacobsen, M. H. (2011). *Humanistisk palliation: teori, metode, etik og praksis. (1. udgave)*. Hans Reitzels forlag.
- Dileo, C., & Dneaster, D. (2005). Music therapy at the End of Life: State of the Art. In *Music Therapy at the End of Life*. Jeffrey Books.
- Grocke, D. (2016). Receptive Music Therapy. In J. Edwards (Ed.), *The oxford handbook of Music Therapy (1. udgave)*. Oxford University Press.
- Guldin, M.-B. (2019). *Tab og Sorg - En grundbog for professionelle (2. udgave)*. Hans Reitzels forlag.
- Ilkjær, I., & Kragh, C. F. (2021). *Palliation og rehabiliterende palliation (1. udgave)*. Gads forlag.
- Jacobsen, S. L., Wigram, T., & Rasmussen, A. M. (2014). Assessment - Klinisk vurdering i musikterapi. In *Musikterapi Teori Uddannelse Praksis Forskning - En håndbog om musikterapi i Danmark (1. udgave)*. Klim.
- Lindstrøm, S. M., Falk, M., Knudsen, B. L., Bøtker, J. Ø., Leif, U. L. H. og, Signe Marie Lindstrøm, M. F., ... Hyldgaard Rasmussen, U. L. (2020). Anbefalinger til kompetencer for musikterapeuter i den palliative indsats. *Dansk Musikterapeutforening*, 24.
http://www.dmcgpal.dk/files/arkiv_2017/1.11.13_kompetencer_fys.pdf
- McConnell, T., & Porter, S. (2016). Music therapy for palliative care: A realist review. *Palliative and Supportive Care*, 15(4), 454–464. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000663>
- Meadows, A. (2015). Music and Imagery in Cancer Care. In D. Grocke & T. Moe (Eds.), *Guided imagery & music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy*. Jessica Kingsley. [VleReader](#)

- Neergaard, H. (2007). *Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser* (2. udgave). Samfundslitteratur.
- O'Brien, T. (1993). Pain. In C. Saunders & N. Sykes (Eds.), *The Management of Terminal Disease* (3. udgave). Edward Arnold.
- Parkes, C. (1978). Psychological Aspects. In Cicely I. Saunders (Ed.), *The Management of Terminal Disease* (1. udgave). Edward Arnold.
- Ridder, H. M. O., & Bonde, L. O. (2014). Musikterapeutisk forskning: Et overblik. In *Musikterapi Teori Uddannelse Praksis Forskning - En håndbog om musikterapi i Danmark* (1. udgave). Klim.
- Rodabough, T., & Cole, K. (2003). Near-Death Experiences as secular Eschatology. In *Handbook of Death & Dying*. Sage Publications. [SAGE Reference - Handbook of Death & Dying \(aau.dk\)](#)
- Sanfi, I. (2017). Musikterapi som livskvalitets- og rehabiliteringsfremmende behandling hos voksne med komplekse kroniske smerter. In C. Lindvang & B. D. Beck (Eds.), *Musik, krop og følelser : neuroaffektive processer i musikterapi* (1. udgave). Frydenlund.
- Saunders, C. (1978). The Philosophy of Terminal Care. In C. Saunders (Ed.), *The Management of Terminal Disease* (1. udgave). Edward Arnold.
- Saunders, C. (2005). Watch with me - Inspiration for a life in hospice care. In *The Japanese journal of nursing* (Vol. 43). <https://doi.org/10.13109/weme.2020.72.5.408>
- Saunders, C. M., Baines, M., & Dunlop, R. J. (Robert J. . (1995). *Living with dying : a guide to palliative care* (1. udgave). Oxford University Press.
- Saunders, C., & Sykes, S. (1993). *The Management of Terminal Disease* (3. udgave). Edward Arnold.
- Saunders, Cicely. (2021). *Bliv her og våg - inspiration bag hospicefilosofien*. Repha. <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2021/05/Bliv-her-og-vaag-online.pdf>
- Sundhed. (2020). Delir. 03.01.2022. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/neurologi/symptomer-og-tegn/delir/>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Anbefalinger for den palliative indsats*. <https://www.sst.dk/>
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (2. udgave). [Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft \(sst.dk\)](#)
- Thomsen, J. S. (1995). Indledning til den danske udgave. In *Eksistentiel samtale og terapi*. Hans Reitzels forlag.
- Van Deurzen-Smith, E. (1995). *Eksistentiel samtale og terapi*. Hans Reitzels forlag.
- Van Deurzen, E. (2012). *Existential counselling & psychotherapy in practice* (3. udgave). Sage Publications.
- West, T. M. (2015). A Spectrum of Adaptions for Palliative Care and The End of Life. In D. Grocke & T. Moe (Eds.), *Guided imagery & music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy*. Jessica Kingsley. - [VleReader](#)
- Wheeler, B. L., & Murphy, K. (2016). *Music therapy research* (3. udgave). Barcelona Publishers.
- WHO. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. 03.01.2022. [Integrating palliative care and symptom relief into primary health care \(who.int\)](#)

8. Bilag

Bilag 1: Mailkorrespondance

Mail d. 30.09.2021

Fra: falkmusikterapi@yahoo.dk <falkmusikterapi@yahoo.dk>

Sendt: 30. september 2021 10:57:45

Til: Signe Lindstrøm; Caroline Camilla Zalcmán

Cc: falkmusikterapi@yahoo.dk

Emne: Ang.:Re: vedr. videreudvikling af total smertemodel

Kære Caroline og Signe

Jeg kan tilslutte mig Signes glæde over, at du har kunnet bruge dokumentet med kompetenceanbefalinger! Dejligt!

Jeg husker ikke, hvor Ilan brugte sin firforksmodel, men den "blomst", vi er endt med, er faktisk mere en videreudvikling af en model, jeg selv lavede og brugte i min formidling gennem mange år. Så ja, jeg bruger modellen - eller forenklinger af den - jævnligt, når jeg holder foredrag om mit arbejde.

Det lyder spændende med både din praktik og dit speciale! Rigtig god fornøjelse og skriv gerne igen, hvis du har andre spørgsmål.

Bedste hilsener Marie

Mail d. 14.10.2021

Fra: falkmusikterapi@yahoo.dk <falkmusikterapi@yahoo.dk>

Sendt: 14. oktober 2021 17:43:09

Til: Signe Lindstrøm; Caroline Camilla Zalcmán

Emne: Re: Sv: Ang.:Re: vedr. videreudvikling af total smertemodel

Hej Caroline

Jeg kan vedhæfte dig en gammel en, men jeg har nogle opdaterede liggende på min arbejdscomputer, og den kommer jeg "desværre" først i nærheden af efter efterårsferien igen :-). Sig til, hvis det alligevel bliver relevant.

Kh Marie

Den torsdag den 14. oktober 2021 12.48.57 CEST skrev Caroline Camilla Zalcmán <czalcm16@student.aau.dk>:

Kære Signe og Marie,

Mange tak for svar.

Marie, hvis du har et dokument med den ældre version af modellen, så må du endelig gerne sende den til mig. Dette naturligvis kun hvis jeg må bruge den i forbindelse med specialet, for at illustrere eller beskrive udviklingen af modellen.

Og tak for de pæne ord og opbakningen. Det tager jeg helt sikkert til mig.

Kh

Caroline

Mail d. 02.11.2021

s. 1

Fra: Signe Lindstrøm <signemarielind@gmail.com>

Sendt: 2. november 2021 14:58

Til: Caroline Camilla Zalczman

Cc: falkmusikterapi@yahoo.dk

Emne: Uddybning omkring smertemidellen

Kære Caroline og Marie

Undskyld det ikke blev i går, jeg svarede som lovet... kollapsede lidt i går, da jeg kom hjem.

Men nu er jeg på banen.

Jeg vil forsøge at svare så godt, jeg kan... Marie, du må gerne supplere, hvis du har tilføjelser... ☺

Jeg har kopieret de specifikke spørgsmål ind herunder...

Hvordan er ordene/begreberne i det 3. led i modellen opstået? Er der f.eks. noget GIM litteratur eller noget litteratur om palliation eller eksistentialisme der understøtter begreberne?

Her tænker jeg faktisk henvisningen til Ilans firforksmodel er relevant...fordi han også beskrev indsatsområder... der findes dog nogle rigtig gode pointer fra GIM-litteratur i dette lag, f.eks.

Grocke, D & Moe, T. (eds)(2015) Guided Imagery and Music (GIM) and music imagery methods for Individual and group therapy...(særligt kapitel af West, T.M; "A spektrum of adaptations for palliative Care and end of life")

Begrebsafklaring;

Transformation

Bevægelse fra en tilstand til en anden:

Fra håbløshed til håb. Fra aktiv uafhængig person til afhængig af hjælp, bundet til sengen og uden bevægelse. Fra levende til døende. Fra døende til død. Fra pårørende til efterladte. Fra meningsløst til meningsfyldt

Transcendens

Følelse/oplevelse af kontakt til noget, "der er større end os": det guddommelige, naturen, efterlivet, at komme "ud af kroppen" og dermed løftes ud af lidelse/smerte (fysisk, psykisk, social og eksistentiel smerte)

s. 2

Transformation

Bevægelse fra en tilstand til en anden:

Fra håbløshed til håb. Fra aktiv uafhængig person til afhængig af hjælp, bundet til sengen og uden bevægelse. Fra levende til døende. Fra døende til død. Fra pårørende til efterladte. Fra meningsløst til meningsfyldt

Transcendens

Følelse/oplevelse af kontakt til noget, "der er større end os": det guddommelige, naturen, efterlivet, at komme "ud af kroppen" og dermed løftes ud af lidelse/smerte (fysisk, psykisk, social og eksistentiel smerte)

Relationer

Kontakt og rolle i forhold til familie, venner, kolleger og personale

Relationsarbejde i palliativ musikterapi kan have form af f.eks. parterapi, familierapi, at facilitere at række ud til/invitere patientens vigtige relationer med i musikterapi (konkret med i sessionen eller ved at lave produkt, som de pårørende kan få senere, fx brev, konfirmationssang eller tegning).

Kognition

Hjælp til at huske sin identitet som rask og gode minder, hjælp til at tænke klarere når nervesystem kommer i ro, skabe rum og tid til at tænke og for de narrativer, det kan afføde (der beskriver hvordan pt tænker om sit liv, sin sygdom og død),

Regulering af nervesystemet? Betyder det arousalregulering?

Ja. Nervesystemet omhandler både fysisk grad af spænding i tonus i kroppen og grad af bevidsthed/vågenhed. Så ja, når man regulerer grad af arousal hænger det fuldstændigt sammen med det autonome nervesystem, og om man regulerer imod mere stimuli og mere aktivitet (sympatiske nervesystem) eller imod lavere grad af stimuli og øget afspænding (parasympstiske nervesystem) .

Signe refererer til, som ligger på Rehpas hjemmeside. Har du mulighed for at henvise til den specifikke side?

Hmm, jeg kan godt se, Repha har omstruktureret sin hjemmeside, så det ikke fremgår tydeligt derfra mere! Her er en lidt ældre version af Sundhedsstyrelsens brug af "blomst-modellen" med de fire kronblade...

<https://vejledninger.dsam.dk/palliation/?mode=visKapitel&cid=671>

Mail d. 03.11.2021

Den onsdag den 3. november 2021 12.20.33 CET skrev Signe Lindstrøm <signemarielind@gmail.com>

Kære Caroline
Velbekomme!

Det er mest overskueligt at svare pr mail... 😊

1. Det tredje led i modellen er primært udarbejdet af Marie, men vi har begge to bidraget til at justere mht. ordvalg. Vi har forholdt os til de fire dimensioner i Hospicofilosofien og lagt disse forskellige aspekter ind, hvor vi syntes de passede.

Ilans oprindelige model, som vi tog udgangspunkt i (firforks-modellen) er udviklet på baggrund af en "tre-fork-model", af en Camilla (?) så vidt jeg husker. Jeg ved ikke om det er dén model, du henviser til...

2) Da vi på Hospice i måske 80 % af sessionerne har pårørende fysisk med i musikterapi (og de er en målgruppe i sig selv) var det mest relevant at lægge begrebet relationer ind under den sociale sfære. Så ja, også generelt i Hospice-regi taler man om relationer som noget i den sociale sfære (eller psykosociale 😊).

Men det er jo i virkeligheden svært at skille det ad, for alle sfærer er indbyrdes forbundne, og påvirker hinanden. Det er det spændende ved at arbejde i helhedsorienteret indsats, men også det komplekse. På en måde er blomst-modellen jo kunstig, fordi det hele er sammenvævet, men modellen er god til at anskueliggøre delene i helheden og bevidstgøre om, at man har "det hele menneske" med.

Jeg medgiver helt bestemt, at det kan have en rigtig god psykisk indvirkning på patient at inddrage relationer... og at arbejde med relationer i individuel eller familiebaseret psykoterapi.

Og i nogle tilfælde kan det jo være en ulempe/kontraproduktivt at have familiemedlemmer med, hvis relationen er utryg/fysisk eller psykisk voldelig eller krænkende...

Vh Signe

Mail d. 04.11.2021

Fra: falkmusikterapi@yahoo.dk <falkmusikterapi@yahoo.dk>

Sendt: 4. november 2021 13:58:12

Til: Caroline Camilla Zalzman; Signe Lindstrøm

Emne: Re: Uddybning omkring smertemidellen

Kære Caroline og Signe

Tak for at kunne følge jeres interessante mailveksling! Jeg kan kun bakke op om Signes svar på dine spørgsmål, Caroline.

Ja, alle de fire områder i 'Totalsmerte-modellen' er uløseligt forbundne og vil ALTID indvirke på hinanden alle fire, selvom nogle områder vil være mere påvirkede end andre i en given musikterapeutisk session :-).

Fortsat alt godt for dit arbejde, Caroline!

Bedste hilsener til jer begge

Marie

Den onsdag den 3. november 2021 12.20.33 CET skrev Signe Lindstrøm <signemarielind@gmail.com>

Kære Caroline

Velbekomme!

Det er mest overskueligt at svare pr mail... 😊

1. Det tredje led i modellen er primært udarbejdet af Marie, men vi har begge to bidraget til at justere mht. ordvalg. Vi har forholdt os til de fire dimensioner i Hospicefilosofien og lagt disse forskellige aspekter ind, hvor vi syntes de passede.

Ilans oprindelige model, som vi tog udgangspunkt i (firforks-modellen) er udviklet på baggrund af en "tre-fork-model", af en Camilla (?) så vidt jeg husker. Jeg ved ikke om det er dén model, du henviser til...

2) Da vi på Hospice i måske 80 % af sessionerne har pårørende fysisk med i musikterapi (og de er en målgruppe i sig selv) var det mest relevant at lægge begrebet relationer ind under den sociale sfære. Så ja, også generelt i Hospice-regi taler man om relationer som noget i den sociale sfære (eller psykosociale 😊).

Men det er jo i virkeligheden svært at skille det ad, for alle sfærer er indbyrdes forbundne, og påvirker hinanden. Det er det spændende ved at arbejde i helhedsorienteret indsats, men også det komplekse. På en måde er blomst-modellen jo kunstig, fordi det hele er sammenvævet, men modellen er god til at anskueliggøre delene i helheden og bevidstgøre om, at man har "det hele menneske" med.

Mail d. 27.12.2021

Signe Lindstrøm <signemarielind@gmail.com>

ma 27-12-2021 22:43

Til: Caroline Camilla Zalcmán <czalcm16@student.aau.dk>;

cc: falkmusikterapi@yahoo.dk <falkmusikterapi@yahoo.dk>

Kære Caroline.
Glædelig bag-jul.

Hvor er det spændende, at du nu er så tæt på aflevering! Tillykke!

Så fik jeg tid til at gennemlæse dine begrebsafklaringer.

Umiddelbart ser det hele fornuftigt ud.

Jeg ved godt, det er sent i processen. Men jeg får lyst til at uddybe få af begrebsafklaringerne. Du må vurdere, om det har nogen som helst gavn. Ellers så kan du måske bruge det til eksamen, hvis du finder det relevant for dig.

SANSER: I ændret bevidsthedstilstand under guidet afspænding/visualisering oplever patient/pårørende ofte indre billeder, hvor også andre sanselige aspekter af og til kan udfolde sig, f.eks. lugtesansen (f.eks. dufte til roser), følesansen (f.eks. at mærke havet slå ind over fødderne/berøring fra en afdød) og høresansen (f.eks. at høre fugle)

REGULERING AF NERVESYSTEM: når arousal reguleres ned imod det parasympatiske kan det også indvirke på det følelsesmæssige. F.eks. mindre angst, agitation, stress eller vrede.

RELATIONER: om at arbejde med relationer i det psykiske felt... Der er også aspekter af relationer i det psykiske felt. Men det er mere de intrapsyriske gestalter af patientens relationer; hvis der er tale om individuel musikterapi. Og de overføringer og modoverføringer, der kan opstå mellem patient og musikterapeut omhandler også patientens relationer og relationserfaringer.

Det var det hele

Held og lykke med det hele!

Kærlig hilsen
Signe

Bilag 2: Stuegangspro

De to første sider:

Hvordan har du det lige nu?

Sæt et kryds ved det tal, der bedst beskriver:

Smerter	Ingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Træthed	Ingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kvalme	Ingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Døsighed (Døsighed = føle sig søvrig)	Ingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Appetit	Normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Åndenød	Ingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nedtrykthed	Ingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Angst	Ingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hvordan er du tilpas i dag?	Godt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Værst tænkelig	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Hvilke af nedenstående symptomer fylder mest for dig lige nu?

Smerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Træthed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Kvalme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Døsighed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Åndenød	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Nedtrykthed	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej
Andet symptom, der ikke er nævnt ovenfor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nej

Bilag 3: Samtykkeerklæringer

Samtykkeerklæring til brug af audio/videoptagelser

I forbindelse med studerende Caroline Zalcmán og dennes praktik på Musikterapiuddannelsens 9.semester giver jeg ud fra følgende aftaler og specificeringer hermed min tilladelse til:

- | | JA | NEJ |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| - at den studerendes noter i anonymiseret form må anvendes i forbindelse med den studerendes afsluttende speciale. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at sessionerne må audiooptages samt at skriftlig beskrivelse og analyse af audiomaterialet i anonymiseret form må bruges i forbindelse med den studerendes afsluttende speciale. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at sessionerne må videooptages samt at skriftlig beskrivelse og analyse af videomaterialet i anonymiseret form må bruges i forbindelse med den studerendes afsluttende speciale. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - at specialet, efter bestået eksamen, kan danne ramme for artikler til nationale og internationale tidsskrifter. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anonymiserede noter fra sessioner samt eventuelle video og/eller audiooptagelser vil i forbindelse med supervision blive delt med supervisor Ulla Holck fra Aalborg Universitet som en del af kvalitetssikring af sessionerne og etisk sikring praktikforløbet. Forudsætningen for denne samtykkeerklæring er, at alt materiale bliver opbevaret sikkert og fortroligt i henhold til Datatilsynets krav. Materialet bliver opbevaret indtil endt kandidat-eksamen i ^{september} juli 2022, hvorefter det slettes. Alle der har tilladelse til at se materialet har tavshedspligt. Det er altid muligt at trække denne samtykkeerklæring tilbage, hvorefter video- eller audiomateriale vil blive slettet.

[Redacted]
Deltagers navn

[Redacted]
Forældre/værge (evt.)

Dato

Underskrift

4.3.2021

Spørgsmål angående samtykke er velkomne, og du kan kontakte den studerende og supervisor på følgende email:

