

**GUIDED IMAGERY AND MUSIC FOR  
VOKSNE MED KOMPLEKSE KRONISKE  
SMERTER.**

**Musikkterapi ved smerte. En undersøkelse av om musikk kan hjelpe mennesker med kroniske smerter og hvordan terapien best kan tilrettelegges.**

**Anne Winther-Rasmussen  
Masteroppgave i musikkterapi  
Norges Musikkhøgskole  
Våren, 2017**



## **FORORD**

Takk til informantene, uten dere ville denne oppgave ikke blitt fullført. Takk til mannen min for hans uvurderlige støtte. Takk til min språklige redaktør, Camilla Wohl Sem, og takk til min gode veileder.

## **ABSTRACT**

30% of the adult population have chronic pain. The purpose of this study is to investigate the usefulness of receptive individual music therapy for adults with complex chronic pain. The method is the Bonny Method of Guided Imagery and Music. Based on literature review the method is modified and possible procedure are described. Research methodology is mixed method with embedded designs.

Data consists of notes and transcripts from 31 sessions and measured pain level (VAS scale). The quantitative results show a marked sustained pain reduction for two participants, also 3 months after termination. There is no effect for the other two. The qualitative results show that in sessions with greatest pain reduction, the therapy style is resource focused and client-centered. The focus is on the body. Pain reduction is described by many as a bubble sensation. Music pieces with both major and minor modes accommodate different emotions and support the therapeutic process. In hours with minimum or no pain reduction there is no dialogue or verbal interventions during the music listening and the choice of music does not fit. When the therapist is in doubt, the participant may choose music from a list suggested by the therapist.

Keywords: Music therapy, GIM-therapy, chronic pain, mixed method, The Bonny Method, individual therapy, adults, methods, procedures, resources.

## SAMMENDRAG

30 % av den voksne befolkningen har langvarige smerter. Formålet med dette studiet er å undersøke anvendeligheten av reseptiv individuell musikkterapi for voksne med komplekse kroniske smerter. Metoden er The Bonny Method of Guided Imagery and Music. Ut fra litteraturgjennomgang modifiseres metoden og mulige prosedyrer beskrives. Rekruttering av 4 informanter var en langvarig prosess. Forskningsmetoden er "mixed method" med "embedded design."

Datamaterialet består av notater og transkripsjoner fra 31 sesjoner og måling av smertenivå (VAS-skala) hos deltakerne. De kvantitative dataene brukes til å finne frem til datasettet. De kvantitative resultatene viser en markant vedvarende smertereduksjon for 2 deltakere, også 3 måneder etter avslutning. Det er ingen effekt for de to andre. De kvalitative resultater viser at i timer med størst smertereduksjon er terapeutstilen ressursfokusert og klientsentrert. Det er fokus på kroppen. Smertereduksjonen beskrives av flere som en bobleformelse. Musikk med både dur og moll gir plass til ulike følelser og hjelper i den terapeutiske prosessen. I timer med minst eller ingen smertereduksjon er det ikke dialog eller verbale intervensjoner under musikklyttingen og musikkvalget passer ikke. Når terapeuten er i tvil, er det nyttig om deltakeren eventuelt selv velger musikk ut fra forslag fra terapeuten.

Emneord: Musikkterapi, GIM-terapi, kroniske smerter, mixed method, The Bonny Method, individuell, voksne, tilrettelegging, metoder, ressurs.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Problemstilling, avgrensning og "mixed method"</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Litteratursøk</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4 Oppgavens oppbygging</b> .....	<b>4</b>
<b>1.5 Sentrale begreper</b> .....	<b>5</b>
1.5.1 Hva er smerter .....	5
1.5.1.1 Kroniske smerter .....	7
1.5.1.2 Beskrivelse av komplekse smerteopplevelser .....	9
1.5.1.3 Vurdering og behandling .....	10
1.5.2 Reseptiv musikkterapi .....	10
1.5.3 Definisjon av GIM, The Bonny Method og teoretisk ståsted .....	11
1.5.4 Musikkens påvirkning generelt .....	13
1.5.5 Hva er beroligende musikk? .....	14
1.5.6 Skal beroligende musikk brukes ved smerteproblemer? .....	15
1.5.7 Musikkterapi er ikke musikkmedisin .....	16
<b>1.6 Tidligere forskning og gjennomgang av litteraturen</b> .....	<b>17</b>
1.6.1 Effekt, evidens og problemer .....	17
1.6.2 Hva finnes av forskning om GIM og smertepasienter? .....	18
1.6.3 Valg og tilrettelegging av musikklyttingen .....	19
1.6.3.1 Hva er klientpreferanse? .....	20
1.6.3.2 Klientens relasjon til musikken og musikkterapeuten .....	21
1.6.3.3 Er terapeutens preferanse relevant? .....	22
1.6.3.4 Konklusjon om musikkvalg og tilrettelegging .....	22
1.6.4 Valg av induksjon og avspenningsteknikk .....	22

1.6.5	Bruk av åpningsbilder og fokus for lytting .....	23
1.6.6	Hvilke guideteknikker er gunstige? .....	24
1.6.6.1	Når guiden er mer styrende.....	25
1.6.6.2	Jobbe direkte med smerten .....	26
1.6.6.3	Fokusere på kroppen.....	27
1.6.6.4	Å guide vekk fra smerten.....	28
1.6.6.5	Guiding med avspenning som mål.....	29
1.6.6.6	Essensen av de 5 måtene å guide på .....	39
1.6.7	Hjemmearbeid, ja eller nei? .....	30
1.6.8	Hvor ofte passer det med GIM-terapi? .....	31
<b>1.7</b>	<b>Konklusjon på kapitel 1: Oppsummering av hvordan GIM tilrettelegges for smerteklienter .....</b>	<b>31</b>
<b>2.</b>	<b>METODEVALG.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1</b>	<b>Design, "mixed method" .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2</b>	<b>Deltakere.....</b>	<b>34</b>
2.2.1	Inkluderingskriterier .....	35
2.2.2	Ekskluderingskriterier.....	36
2.2.3	Rekrutteringsprosessen .....	36
2.2.4	Utvelgelse, egnede deltakere .....	36
<b>2.3</b>	<b>Prosedyre .....</b>	<b>37</b>
<b>2.4</b>	<b>Datainnsamling, transkripsjon og datamaterialet.....</b>	<b>37</b>
2.4.1	Datainnsamlingsprosessen .....	38
<b>2.5</b>	<b>Databearbeiding.....</b>	<b>38</b>
2.5.1	Kvantitativ databearbeidning .....	38
2.5.2	Det kvalitative datasettet med "flow chart" .....	39
2.5.3	Den kvalitative analysemetoden .....	40
<b>3.</b>	<b>RESULTATER.....</b>	<b>42</b>

<b>3.1 Populasjon .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 Kvantitative resultater .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3 Kvalitative resultater .....</b>	<b>44</b>
3.3.1 Analyse av sesjoner med mye smertereduksjon .....	44
3.3.2 Analyse av sesjoner med ingen eller lite smertereduksjon .....	48
3.3.3 Analyse av sesjoner hvor smerten øker .....	51
3.3.4 Sammenligning mellom resultater og kategorier fra punkt 1.7. ....	52
3.3.4.1 Hvor mye av The Bonny Method er modifisert? .....	54
<b>4. DISKUSJON .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1 Drøfting av utvalgte aspekter ved GIM.....</b>	<b>56</b>
4.1.1 Induksjoner .....	56
4.1.2 Musikkvalget .....	57
4.1.3 Distraksjon .....	58
4.1.4 Smertekonfrontasjon, kommunikasjon og transformasjon .....	59
<b>4.2 Hvem kan ha utbytte av GIM.....</b>	<b>59</b>
<b>4.3 Svakheter ved studiet .....</b>	<b>59</b>
<b>4.4 Dobbelrolle som både terapeut og forsker .....</b>	<b>61</b>
<b>5. KONKLUSJON .....</b>	<b>62</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>64</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>70</b>
<b>Vedlegg 1: Definisjoner og forkortelser.....</b>	<b>70</b>
<b>Vedlegg 2: Deltakerinformasjon og samtykkeerklæring .....</b>	<b>71</b>
<b>Vedlegg 3: NSD, kvittering og godkjenning .....</b>	<b>76</b>
<b>Vedlegg 4: Sjekkliste, telefonintervju .....</b>	<b>78</b>
<b>Vedlegg 5: Informasjonsfolder, rekruttering.....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 6: VAS-skala til prosjekt .....</b>	<b>81</b>
<b>Vedlegg 7: Spillelister til hjemmelytting.....</b>	<b>82</b>



**Vedlegg 8: VAS-resultater, numerisk verdi ..... 84**



# 1. INNLEDNING

Nesten 30% av Norges befolkning forteller at de har kroniske smerter. De aller fleste beskriver sammensatte smerter hvor årsaken er ukjent. Ofte handler det om uspesifikke muskelsmerter (Borchgrevink & Fredheim, 2013). Kroniske smerteopplevelser er komplekse. De er høyst individuelle, variable og sammensatte. Vi mangler spesifikk viten om området. I dag vet vi noe om relasjonen mellom musikk, kropp og hjerne, men samtidig er det så mye vi ikke vet. Musikk er komplekst med mange variabler. Hvordan vi lytter og opplever musikk er også et komplekst fenomen. Dette gjør forståelsen av feltet komplisert. Dette gjør det utfordrende å bruke musikklytting til smertereduksjon for mennesker med kroniske smerter.

Denne kompleksitet i både smerte- og musikkopplevelsen kan kanskje bety at nettopp musikk er relevant for kroniske smerteklienter. Musikkens kompleksitet avspeiler og illustrerer klientens komplekse smertetilstand. Samtidig er det nettopp dette som gjør det meget vanskelig å forske og komme frem til enkle og klare retningslinjer for musikkterapien. Vi vet for lite om område. The Bonny Method of Guided Imagery and Music (The Bonny Method) er en form for terapeutisk musikklytting innenfor musikkterapien. Når The Bonny Method modifiseres, kalles den for Guided Imagery and Music (GIM).

Min egen kliniske erfaring med GIM i gruppe viser at en del klienter ofte rapporterer om smertefravær under musikklytting i en avspent tilstand. En del opplever også smertereduksjon etterpå. Hvordan kan musikkterapien best tilrettelegges så smerteklienter får maksimalt utbytte av terapien? I denne oppgaven vil jeg fokusere på effekt og tilrettelegging av GIM for kroniske smerteklienter. Selv om deltakerantallet er for lite til å være signifikant, så kan studiet kanskje gi en ide om hvorvidt GIM-terapi er hensiktsmessig for smerteklienter.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den store mangel på tilbud til pasienter med kroniske smerter er velkjent. Det ble f.eks. belyst i TV programmet Puls. Mange mennesker har så store smerter at det i høy grad forringer deres livskvalitet. Mange klarer ikke å jobbe eller ha et sosialt liv. Mange spiser høye doser med smertestillende medisin uten at pillene klarer å fjerne smertene. Dette kan føre til mange bivirkninger. Kroniske smerteopplevelser får psykososiale følger og det kan gi bekymring, stress og angst (Sandvig, H., 2014).

Det finnes bare et forskningsstudium i Norge på GIM-terapi i forhold til voksne med ulike kroniske fysiske smerter. Bjellånes (1998) bruker elementer av GIM i en mindre del av sitt prosjekt for å undersøke virkning av musikk og avspenning for mennesker med fibromyalgi. Hun definerer ikke sitt studie som terapi, men som en pedagogisk form for trening og undervisning arrangert for grupper. Virkningen er smertefrihet i utøvelsesøyeblikket og/eller smertefrihet i etterkant for ca. halvdelen av deltakerne.

Internasjonal forskning viser at GIM kan gi fysiske forbedringer som forbedret blodtrykk og mindre stress. Det kan gi mindre smerteopplevelse hos pasienter med gikt og bedre livskvalitet hos kreftpasienter. Men det er ikke påvist at de fysiske symptomene kan forsvinne. Forskning viser mer entydig at GIM kan gi psykiske forbedringer (McKinney, 2002). Kanskje den fysiske forbedringen skjer når det er en direkte årsakssammenheng mellom det psykiske og det fysiske? Torres (2015) beskriver god effekt av gruppe-GIM for kvinner med fibromyalgi. Hun beskriver at de fikk bedre livskvalitet. Hun dokumenterer en statistisk tendens til redusert smerteintensitet blant deltakerne.

Jeg er inspirert av den danske GIM-terapeuten Anette Møller Larsen (2014). Hun skrev et ikke-publisert pilotprosjekt om "GIM som smertehåndtering". Her utførte Larsen en undersøkelse som omfattet to pasienter med smerter. De fikk hver 6 modifiserte GIM-sesjoner og lyttet samtidig til musikk hjemme. Hennes studium viser at smerteopplevelsen er betydelig redusert for den ene deltakeren. Den andre opplever ikke smertereduksjon, men får bedre livskvalitet. Larsen går ikke i dybden med hvordan terapien var tilrettelagt og metoden modifisert. Beck (2012) skriver om hvordan GIM tilrettelegges for klienter med arbeidsstress. Hovedfokus var ikke på smerter, men hun finner frem til at mange av deltakerne hadde smerter og mange av smertene forsvant helt når Beck jobbet direkte med smertefenomenene i sesjonene. Deltakere hos både Beck og Bjellånes beskriver hvordan de før terapistart opplever og benevner deres kropp som en "negativ smertekropp." Etterpå forteller de om "en positiv og mer smertefri" opplevelse av kroppen (Beck, 2012; Bjellånes, 1998). Ingen av de ovennevnte studiene fokuserer direkte på hvordan individuell GIM modifiseres og tilrettelegges for smerteklienter.

## **1.2 Problemstilling, avgrensning og "mixed method"**

Formålet er å undersøke anvendeligheten av reseptiv individuell musikkterapi for voksne med kroniske smerteproblemer. Det er naturlig å ta utgangspunkt i The Bonny Method of Guided

Imagery and Music fordi jeg fullførte denne utdannelsen og ble Fellow i 2013 (Association for Music and Imagery, 2016).

Ut fra litteraturgjennomgang ønsker jeg å modifisere The Bonny Method så den passer best mulig for voksne med kroniske smerter. Alle former for modifiseringer av The Bonny Method kalles for GIM. Jeg har hatt som mål å utprøve den modifiserte metoden. Jeg har avgrenset deltakerantallet til 4 for å kunne gjennomføre datainnsamling og analyse innenfor normert studietid. Deltakere fikk hver 8 individuelle GIM-sesjoner. Min forskning skal påvirke deltakerne så lite som mulig, jeg vil unngå å være i dobbeltrolle som både terapeut og intervjuer og har valgt bort intervju som forskningsmetode. Jeg vil studere GIM på en naturalistisk måte.

Fordi det er lite forskning om GIM for voksne med komplekse kroniske smerter, vil jeg undersøke emnet både kvalitativt og kvantitativt. Dermed blir datamaterialet mer nyansert og variert. Jeg vil beskrive hvilke metoder jeg anvender (kvalitativt). Jeg vil se på hvilken effekt metoden har (kvantitativt). Jeg mener forskningsmetoden "mixed method" er best egnet. Jeg vil ikke legge samme vekt på hver delmetode, men fokuserer mest på de kvalitative data. De kvantitative data brukes som en hjelp i utforskningen av de kvalitative data. Derfor velger jeg et "embedded design" hvor de kvantitative data legges til som et supplement. Det er en utfordring å anvende "mixed method" i en masteroppgave. "Mixed method" gir en større datamengde. Det kan være vanskelig å håndtere og nå en god nok bearbeidelse innenfor tidsfristen. Metoden kan kritiseres for ikke å være grundig eller vitenskapelig nok da den favner så bredt. En fordel med "mixed method" er at forskeren har større sjanse for å få anvendelig data da flere innfallsvinkler brukes samtidig (Creswell & Clark, 2011).

Problemstillingen er:

Hvordan kan The Bonny Method of Guided Imagery and Music (The Bonny Method) modifiseres og anvendes for voksne med kroniske smerter?

Mine forskningsspørsmål er:

A Litteratur og teori:

- 1 Hvilke retningslinjer finnes i litteraturen om hvordan The Bonny Method best kan modifiseres og tilrettelegges for voksne med smerter?

B Kvalitative spørsmål:

2 Hvilke modifikasjoner brukes i dette studiet for voksne med kronisk smerte?

C Kvantitative spørsmål:

3 Hvilken effekt har GIM-terapien for den enkelte deltakeren? Etter hver enkelt time? Etter avsluttet forløp?

D 4 Kan de kvantitative data forklare eller belyse de kvalitative?

### **1.3 Litteratursøk**

Jeg søkte i følgende databaser: BRAGE, PRO QUEST, MEDLINE, REFWORKS for musikkterapilitteratur (NMH), Worldcat, PsycInfo, Google scholar og Pub Med. Mine søkeord har vært: GIM, "Guided Imagery and music", Smerter, Pain, Kronisk\* AND smerte\*, Chroni\* AND pain\*, Smert\* AND Musikkterapi, Pain\* AND "Music therapy", Pain\* AND "Music therapy" AND Chroni\*, Kronisk\* smerte\* AND behandling, Chroni\* pain\* AND treatment. Jeg hentet også inn litteratur gjennom samtaler med erfarne GIM-terapeuter og ut fra generelle fagbøker og tidsskrifter. Litteratursøk begynte 2.2.2015 og avsluttet 15.10. 2015.

### **1.4 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven er delt inn i 4 hovedkapitler. I første kapittel samler jeg inn kunnskap og litteratur om emnet. Jeg presenterer relevant viten innenfor smerteteorier og musikkterapifeltet. I avsnitt 1.5 ser jeg på de to områdene hver for seg og definerer sentrale begreper. I avsnitt 1.6 diskuterer jeg først eksisterende forskning om anvendelse av musikk til smertelindring. Derne ser jeg på litteratur og forskning som kan brukes som en pekepinn i GIM-terapiarbeidet med smerteklienter. Spesifikt ser jeg på hvordan The Bonny Method kan modifiseres og anvendes for klienter med smerter. Jeg går i dybden med de enkelte elementer i GIM-terapien. Kapittel 1 avsluttes med et sammendrag og konklusjon, hvor jeg beskriver hvordan jeg ønsker å tilrettelegge GIM-terapien for smerteklienter.

I kapittel 2 beskriver jeg metoden. Prosedyren er individuell modifisert GIM-terapi. 4 deltakere får 8 individuelle GIM-terapi behandlinger. Deltakerne er voksne med komplekse

kroniske smerter. Kriterier for inkludering og eksklusjon drøftes sammen med rekrutteringsprosessen og selve utvelgelsen. Datainnsamlingen består av både kvantitative og kvalitative data. Kvantitative data er informantens egen numeriske vurdering av sin smerte. Kvalitative data er notater og materiale fra selve GIM-terapien. Jeg beskriver datainnsamlingsprosessen og transkripsjonen. Den kvantitative databearbeidingen skjer ved en enkel fremstilling av de numeriske smertenivåene i søylediagram både for hele forløpet samt før og etter hver enkelt time. Jeg beregner også et gjennomsnitt for smertereduksjon for alle GIM-timene. De kvantitative resultatene brukes til å belyse, innsnevre og begrense de kvalitative resultatene og komme frem til datasettet. Den kvalitative analysen av datasettet skjer ved en dybdelesning av materialet, først uavhengig av kategorier beskrevet i kapittel 1, og dernest med utgangspunkt i forslag til prosedyre beskrevet i avsnitt 1.7.

Resultater fra mine analyser fremlegger jeg i kapittel 3. I kapittel 4 diskuterer jeg resultatene og ser på de begrensninger og problemer som er i selve studiet. Konklusjonen beskrives i kapittel 5.

## **1.5 Sentrale begreper**

I dette avsnittet beskriver jeg teorier og begreper som er sentrale for å forstå, utforske og anvende vitensområder innen for smerter, kroniske smerter, musikk og GIM-terapi.

### **1.5.1 Hva er smerter?**

Jeg begynner med å se på generell viten om og forståelse av hva smerter er. Så ser jeg på kroniske smerter, dernest på den kroniske smerteopplevelse og avslutter med en kort beskrivelse av hvordan kroniske smerter vurderes og behandles.

Smerter er signaler til oss selv om at vi trenger å beskytte oss. Det er en advarsel, både ved akutt fare og ved heling av et skadet område. Vi blir minnet på at vi må endre atferd og ta vare på oss selv. Hvis vi kommer for nær åpen ild, vil vi automatisk trekke oss tilbake. Hvis vi holder på å skjære oss i fingeren, vil vi forhåpelig stoppe før vi har skåret av hele fingeren. Har vi et åpent sår, vil vi beskytte det og ikke bruke det skadede området før det er helet. Jeg refererer til den danske tekstboken om *Smerter* (Jensen, Dahl & Arendt-Nielsen, 2013). I dette avsnittet refererer jeg til "Smerteanatomi og fysiologi," andre kapittel i boken (Baastrup, Dahl, Arendt-Nielsen, & Jensen, 2013).

The International Association for the study of pain (IASP) definerer smerter som: "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" (Merskey & Bogduk, 1994, s. 209).

Smerten har således både en ubehagelig sensorisk og en ubehagelig emosjonell komponent. Det er også et kognitivt aspekt ved smerteopplevelsen. Smerten blir av personen vurdert ut fra den enkeltes nåværende livssituasjon, sine tidligere erfaringer med smerter og ut fra genetiske, sosiale og kulturelle kontekster. Dette gjør til sammen smertefenomener subjektive, svært sammensatte og komplekse. Smerter varierer fra person til person, og smerter hos den enkelte er også variable. Smerter kan være anfallsvise og/eller konstante. Styrken kan beskrives numerisk på en visuell analog skala fra 1-10 (også kaldt en VAS-skala). Smerter kan være stikkende, brennende, jagende eller dunkende. De kan være spontane eller bli fremprovosert av kulde, varme, mekanisk trykk, stikk eller myk berøring. Smerte kan gi atferdsendring som endret bevegelsesmønster, redusert arbeidsevne og endring i sosiale relasjoner.

Smerter kan være akutte eller kroniske (vanligvis i mer enn 6 måneder). Akutte smerter ses f.eks. etter vevsskade og involverer stigende puls og blodtrykk. Akutte smerter er med på å sikre vår overlevelse. Så snart vevsskaden begynner å hele, vil smertene i de fleste tilfeller minske eller helt opphøre. Annerledes er det med kroniske smerter. De vedvarer selv om vevsskaden er helet. De er ikke hensiktsmessige og oppleves som svært destruktive.

Man kan inndele smerter i 3 ulike typer: nociseptive, neuropatiske eller ideopatiske smerter.

Nociseptive (Inflammatoriske) smerter oppstår ved bevegelse eller annen form for belastning som forårsaker vevsødeleggelse. Smerten skyldes sannsynligvis stimulering og aktivisering av nociseptorer. Disse er en form for smertereseptorer som blir aktivisert under skaden. De kan aktiviseres direkte via bevegelse eller indirekte via kjemiske substanser, som blir produsert i vevet p.g.a. skaden eller p.g.a. fare for vevsødeleggelse. Når det inflammatoriske området er helet, vil smerten for det meste forsvinne. Det er to former for nociseptive smerter. Somatiske og viscerale. De somatiske er kraftige, kommer raskt og det er lett å identifisere hvor de sitter. De viscerale kommer etter en stund fra indre organer. De oppleves mer verkende, diffuse og er vanskelige å lokalisere.



Nevropatiske smerter skyldes en skade eller en sykdom i et nervevev. Det kan være i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet. Det normale smertesignalsystemet er skadet og det gir meget ubehagelige smerter. Smertene kan være spontane og uavhengige av stimuli, vedvarende, anfallsvis eller utløst av stimuli som vanligvis ikke er smertefulle.

Ideopatiske smerter dukker opp uten at vi vet hvorfor. Opprinnelsen er ukjent. Det normale smertesignalsystemet blir ekstra følsomt, en slags hypersensitivitet, som gir både spontane og utfordrende smerter. Dette sees f.eks. hos pasienter med fibromyalgi eller etter nakkesleng.

Dette er en unaturlig og teoretisk inndeling og klinisk vil mange pasienter ha en blanding av alle de 3 beskrevne smerteopplevelsene.

Jeg skal ikke gå inn i en detaljert beskrivelse av de fysiologiske og nevrokjemiske aspekter som er involvert i den komplekse prosess som fører til dannelser av smerter. Det er en del vi vet, men også mye vi ikke vet. Smerteopplevelsen involverer et spesifikt sted på eller i kroppen. Informasjon fra dette stedet sendes til ryggmargen og mange deler av hjernen. Ryggmargen og hjernen kommuniserer så tilbake til smertestedet. Det er en dynamisk kommunikasjon frem og tilbake som skjer lynrask. En vevsskade vil således bli kommunisert til vår bevissthet gjennom mange ulike systemer.

#### 1.5.1.1 Kroniske smerter

Ved kroniske smerter fungerer ikke lengre smertesignalsystemet optimalt. Det er en sykkelig tilstand hvor signalsystemet er aktivert uten at det har en biologisk verdi. Det er ingen fare og det inflammatoriske området er helet. Det er en kronisk sensitivitet. Smertesystemet klarer ikke å slå av sin hyperaktivitet og dets elementer er skadet. Denne forhøyede sensitiviteten kan spre seg til andre friske deler av kroppen. Vi mangler full forståelse for de nevrokjemiske mekanismer, men det viser seg at også hjernen kan gjennomgå en omkoding hos mennesker med kroniske smerter. Vi vet det eksisterer en vedvarende hypersensitivitet både i ryggmargen, hjernen, på skadestedet og kanskje videre til friske områder, men vi forstår egentlig ikke de fysiologiske og biokjemiske prosesser for hvordan akutte smerter blir til kroniske smerter. Hjernen kan således bli omprogrammert og fastlåst i å sende signaler til kroppen som er med på å bevare et destruktivt kommunikasjonssystem. Hjernen opplever at det stadig foreligger en ytre smertetrussel, selv når denne er helt forsvunnet eller når sår fra en skade er fullstendig helet. Den komplekse smerteopplevelsen er med på å sikre vår

overlevelse her og nå når smerten er akutt. Kompleksiteten gir samtidig en rimelig stor risiko for at en smerte blir kronisk. Noe kan gå galt når så mange dynamiske komplekse funksjoner kommuniserer sammen. Samtidig gir denne kompleksiteten også behandlingsmuligheter. Kompleksiteten gir mulighet for at smertesystemet kan påvirkes av en rekke indre og ytre faktorer. Det kan være en fysisk påvirkning (trening), en kjemisk (piller) eller ved hjelp av psykologiske tiltak (Baastrup m.fl, 2013).

Kroniske smertetilstander kan inndeles i enkle kroniske smerter eller komplekse kroniske smerter. Enkle kroniske smertetilstander inkluderer smerteopplevelser uten psykologiske eller sosiale problemstillinger. Det er moderate smerter og den enkelte klarer å jobbe og være sosial aktiv. Ved komplekse kroniske smertetilstander er det større psykologiske og sosiale aspekter involvert i opplevelsen. Det har opprinnelig alltid vært en form for indre eller ytre skade. Det ligger en fysisk årsak til grunn. Kroniske smerter skal ikke oppfattes som utelukkende psykiske eller psykiatriske fenomener. Selv om det ikke finnes et objektivt grunnlag for de kroniske smertene, kan grunnlaget eksistere eller ha eksistert på et tidligere tidspunkt. Kroniske smertetilstander skal ikke oppdeles som enten somatiske eller psykologiske. De psykiske faktorene er ikke primære, men et resultat av de kroniske smertene (Jensen, 2013).

Jeg tror vi vet for lite om årsakene til komplekse kroniske smerter. Jeg tror ikke det er mulig å fastslå om smertene opprinnelig er utløst av psykiske eller fysiske faktorer. Jeg tror mange kan oppleve psykiske belastninger eller direkte traumer i forbindelse med skaden, f.eks. ved bilulykker. Slik kan både den fysiske smerten og den psykiske belastningen oppstå samtidig. Denne tanke understøttes av Levins traumeforskning (Levine, 2010). Jeg kan også forestille meg at et menneske som har opplevd seksuelle overgrep eller har hatt andre belastninger tidlig i barndommen, kan være mer disponibel for at eventuelle akutte smerter blir kroniske og komplekse.

Jensen (2013) anbefaler å bruke uttrykket komplekse kroniske smerter. Det anbefales ikke å bruke betegnelser som f.eks. hypermobilitetssyndrom eller bekkenløsning, da disse betegnelser ikke sier noe om smerteproblemet, men bare kan være med på å sykeliggjøre pasienten. Det er mange faktorer involvert for at en enkel kronisk smerte skal bli til komplekse kroniske smerter. Det kan være en genetisk predisposisjon, en fysisk/psykisk konstitusjon, stress eller risikofaktorer. Risikoen for å få komplekse kroniske smerter er størst

for kvinner, sensitive, introverte, ambisiøse eller pliktoppfyllende. Andre faktorer er kort utdanning, høy alder, fraskilte, enker og folk med dårlig selvverurdert helse. Det kan også nevnes utilstrekkelig smertebehandling og mangel på informasjon i den akutte fasen, skader under operasjon og andre allerede eksisterende smertetilstander (Jensen, 2013).

#### 1.5.1.2 Beskrivelse av komplekse kroniske smerteopplevelser

De fleste pasienter med kroniske smerter opplever mange og sammensatte vanskeligheter. Det er smerter, tretthet, søvnproblemer, psykiske og kognitive problemer. Det er dannet en ond sirkel. Pasienten er aldri smertefri og kjenner seg trøtt uten at det hjelper å hvile. Søvnvansker skyldes både de fysiske smertene, en anspenhet og ulike psykologiske faktorer. Smertene blir forsterket av et ofte fremtredende depressivt stemningsleie og/eller angst og katastrofetanker. Det kan være en opplevelse av tap av uavhengighet, identitet, prestisje, sosial eller økonomisk status. Pasienten kan oppleve nedsatt konsentrasjon og hukommelse (spesielt korttidshukommelsen). Pasienten håndterer ofte sin smertesituasjon på en uhensiktsmessig måte. F.eks. ses ofte inaktivitet og isolasjon og et stort forbruk av helsetjenester uten positive resultater. Pasienten blir ofte møtt i helsevesenet med en mangel på forståelse for sine plager og føler seg ofte mistenkeliggjort. Vi kan (i motsetning til ved akutt smerte) ikke se at pasienten har vondt. Han eller hun blir derfor ofte feiltolket (Jensen, 2013).

Smerter kan intensiveres ut fra de subjektive vurderingene pasienten tillegger dem. Tidligere negative erfaringer, angst og opplevelse av en potensiell trussel øker smerten. Ved akutte smerter ses en opphisselsestilstand som fører til handling, men hos et menneske med kroniske smerter sees ofte en tendens til å trekke seg tilbake, bli passiv og isolert. Dermed likner atferden en som er deprimert (Frølich, 2013). Bech, Olsen, og Gormsen (2013) beskriver hvordan det er en rekke likhetstegn mellom smerteopplevelser og stress. Kroniske smerteopplevelser kan anskues som en form for kronisk stresstilstand. Både ved smerte og stress ses uhensiktsmessige reaksjoner som hindrer mestring.

Jeg tror det er forskjell på å ha en stresslidelse med kjent årsak (f.eks. jobbstress) og komplekse kroniske smerter. Rekkefølgen er annerledes. Stresslidelsen gir ofte uspesifikke muskelsmerter. Omvendt er det med smerter. Det er den kroniske smerteopplevelsen som fører til stress. Allikevel mener jeg det kan være hensiktsmessig å ha metaforen om stressopplevelser tilgjengelig i jobben med komplekse kroniske smerter.

### 1.5.1.3 Vurdering og behandling

Ved kroniske smerter har pasienten bruk for en holistisk vurdering som omfatter både fysiske, psykologiske, emosjonelle, kognitive, sosiale og miljømessige komponenter. Behandlingen skal være tverrfaglig og langvarig, gjerne opp til et år. Den skal ikke bare være medikamentell. Leger, fysioterapeuter, sykepleiere m. fl. trenger å samarbeide. Mål er å finne verdighet, funksjonsevner, mening i livet på tross av smerter, en optimal smertelindring og livskvalitet (Jensen, 2013). For å undersøke graden av depresjon hos pasienter med kronisk smerte er det ofte bedre å fokusere på livskvalitet enn å fokusere direkte på graden av depresjon (Bech, Olsen, & Gormsen, 2013).

Problemet med å anvende farmakologiske preparater er at medisinen ikke er spesifikk, men generelt demper overfølsomhet i smertesignalsystemene i hele nervesystemet. Vår viten om mekanismene omkring smerter er for begrenset. Smerter behandles ikke direkte, men bare symptomatisk. Dette er et spesielt uttalt problem ved kroniske smerter. Allikevel er det viktig å gi pasienten en optimal smertelindring. Pasienten skal ha hjelp til selvhjelp. Motivasjon må kultiveres og er en forutsetning for at behandlingen skal lykkes. Det er best å beskrive de komplekse kroniske smertene som et eksistensielt vilkår og ikke en sykdom. Fysioterapi er anvendelig for å øke aktivitetsnivået og for å oppnå større kroppsbevissthet. På det psykologiske plan er det viktig å jobbe frem mot en større fleksibilitet. Kognitiv terapi og smerteskoler kan være en hjelp (Jensen, 2013).

For å unngå å sykeliggjøre, tror jeg det er viktig å benevne pasienter som klienter. Konklusjonen fra litteraturen er at behandlingen skal være holistisk og tverrfaglig. Det er ikke et spørsmål om enten/eller. Det er viktig for klienten å lære at smertene ikke bare er fysiske eller ikke bare psykiske. De er sammensatte og det er essensielt å jobbe på flere plan samtidig for å forbedre livskvaliteten hos den enkelte. Bruk av musikk kan være en av behandlingsmetodene. I det følgende avsnittet skal jeg definere musikkterapi og spesielt fokusere på den reseptive musikkterapien.

### 1.5.2 Reseptiv musikkterapi

En overordnet definisjon av og et mål for musikkterapi kan være å gi mennesker nye handlemuligheter og en bedre helse (Ruud, 2003). Musikkterapi er profesjonell bruk av musikk for å øke menneskers livskvalitet. Dette inkluderer både fysiske, sosiale, emosjonelle, intellektuelle og spirituelt aspekter (World Federation of music therapy, 2011).

Musikkterapeuten bruker intervensjoner til å oppnå individuelle mål innenfor en terapeutisk relasjon (American Music Therapy Association, 2016).

Musikkterapi kan deles inn i to hovedgrupper. Den ene er aktiv, den andre reseptiv. Aktiv musikkterapi er når terapeut og klient spiller eller synger sammen enten improvisatorisk eller ut fra en fastlagt form. Reseptiv musikkterapi handler om å lytte til musikk. Denne kan være innspilt eller musikkterapeuten kan spille eller synge for klienten. Jeg skal i det følgende bare fokusere på reseptiv musikkterapi, hvor det anvendes musikk som allerede er komponert og innspilt. Jeg skal her ta utgangspunkt i GIM-terapi, men kommer også med generelle betraktninger om hvordan musikk påvirker oss. Jeg definerer og diskuterer anvendelse av beroligende musikk og ser på forskjellen mellom musikkmedisin og musikkterapi.

### 1.5.3 Definisjon av GIM, The Bonny Method og teoretiske ståsted

I dette avsnittet defineres GIM-terapi og jeg kommer også med en kort beskrivelse av mitt teoretiske ståsted som terapeut. The Bonny Method kan klassifiseres som en komplementær og holistisk behandlingsform som fokuserer både på kropp, sinn, psyke og sjel (Short, 2002). Oversatt til norsk kan man kalle GIM for "ledede forestillingsbilder og musikk."

The Bonny Method ble utviklet på 1970-tallet av musikkterapeut Helen Bonny (Bonny, 2002). Denne klassiske metoden er individuell og inneholder et behandlingsmøte på mellom 1 1/2 og 2 timer, gjerne hver 14 dag. Terapeut og klient har en innledende samtale hvor terapeuten kartlegger klientens behov og ønsker for musikklyttingen. Sammen definerer de et fokus og et åpningsbilde som kan brukes ved musikkstarten. Terapeuten velger blant etablerte lytteprogrammer. Musikkprogrammene er nøye sammensatt klassisk musikk som varer fra 25 til 50 minutter. De enkelte musikkstykker er valgt ut bl.a. p.g.a. deres evne til å danne images<sup>1</sup> hos lytteren. Terapeuten finner også frem til en passende induksjon. Induksjonen er en form

---

<sup>1</sup> Images kan både være visuelle (indre bilder), auditive (noe vi hører), taktile (berøringssansen) olfaktorisk (noe vi lukter) eller gustatorisk (noe vi smaker). I GIM-sammenheng er images de indre opplevelser som oppstår hos lytteren under selve musikklyttingen. De mest alminnelige images i GIM er de visuelle og taktile, men alle sanseinntrykk kan oppleves, også de mindre kjente som den vestibulære (likevektssansen) og den proprioceptive (muskel- og leddsansen) (Bonny, 2002a; Bresler, 2005; Bruscia & Grocke, 2002, kap.1-6).

for avspenning og konsentrasjonsteknikk, som hjelper klienten til å være i en lettere endret bevissthetstilstand (EBT), hvor hun får en større kroppskontakt og får en tilgang til dypere lag i psyken. Under selve musikklyttingen, også kalt en musikkreise, har terapeuten en fortløpende dialog med klienten. Klienten forteller om musikken og sine indre opplevelser, kroppsreaksjoner, visuelle bilder, images og følelser. Terapeuten gir verbal og ikke minst nonverbal støtte, og kommer med spørsmål relevant for klientens opplevelser. Terapeutens rolle er å guide på en ikke-styrende måte og la klienten følge sin egen prosess. Terapeuten noterer klientens opplevelser under reisen. Etter musikklyttingen kan klienten tegne eller male en abstrakt eller mer konkret illustrasjon av sine indre opplevelser. Dette kalles en Mandala. Det er en avsluttende samtale hvor klient og terapeut sammen bearbeider images, følelser og reaksjoner og setter det i relasjon til den innledende samtalen (Bruscia & Grocke, 2002, kap.1-6).

Mitt teoretiske ståsted er Bonny Method terapi (Bonny, 2002a) som er fundert i eksistensiell psykoterapi (Yalom, 1980, 2003). Målet for terapien er bedre livskvalitet med fokus på forbedret selvfølelse, integrering og dannelse av mening. Mening handler bl.a. om forutsigbarhet og handling. Selvfølelse handler bl.a. om evnen til å kjenne til og vurdere egne opplevelser, ønsker og behov (Monsen, 1996). Jeg drar også inn nyere psykoterapiteorier formulert av Daniel N. Stern, John Bowlby og Donald W. Winnicott (Hart & Schwartz, 2008) og tanker om GIM-teori formulert av Lisa Summer (2009a, 2009b). Nøkkelbegreper er empati, tilstedeværelse, relasjoner og emosjonell tilknytning. Fundamentet er teorier innenfor subjektivitet og affektregulering. Tema for terapien er definert ut fra klientens behov og jeg er åpen overfor å jobbe med mange ulike nivåer i GIM. Relevant er både musikkens fysiologiske påvirkning og de psykologiske og eksistensielle temaer som dukker opp for en klient med kroniske uspesifikke smerter. Relasjonen mellom klient, terapeut og ikke minst musikken er viktig. Klienten trenger ikke å bære smerten alene. Porges viser at relasjonene kan påvirke klientens nervesystem og dempe stressnivået (Porges, 2011). GIM-terapi handler ikke bare om symptomlindring. Det er en holistisk modell som adresserer hele klientens livssituasjon.

Det er mange måter The Bonny Method kan modifiseres på. Det er ikke enighet om hvordan metoden skal modifiseres, heller ikke innenfor samme klientgruppe. Terapeuten kan korte ned på varighet av musikken, klienten kan lytte til musikk uten guiding og dialog med terapeuten, induksjonen kan være kortere, eller terapeuten kan velge enklere musikk som ikke er inkludert i etablerte musikkprogrammer. Klienten kan ha øynene åpne i stedet for lukket.

Klienten kan sitte i stedet for å ligge. Det er essensielt å modifisere metoden når det jobbes med sårbare, stressete eller fysisk plagete klienter (Bruscia, 2002). Fysiske og medisinske problemer kan bety at konsentrasjonen er forringet og at varigheten av sesjonen skal forkortes ned til en time (Short, 2002).

The Bonny Method er således en holistisk form for reseptiv musikkterapi som både jobber med psykiske og fysiske helseproblemer. Terapien er relasjonell og består både av samtale, avspenning, musikklytting og mandalategning. The Bonny Method kan modifiseres så den passer til ulike klientgrupper, men det eksisterer ikke spesifikke retningslinjer for hvordan metoden modifiseres. Mitt teoretiske fundament er eklektisk med utgangspunkt i eksistensiell psykoterapi.

#### 1.5.4 Musikkens påvirkning generelt

Det er med utgangspunkt i GIM at jeg i det følgende kommer med betraktninger om musikkens påvirkning, klassifisering og terapeutiske egenskaper. Det er tre faktorer jeg mener er sentrale ved lytting til musikk:

1. Musikklytting påvirker kropp og sinn. Musikk påvirker hele kroppen og musikk gjør bruk av det meste av hjernen. I musikklytting brukes det meste av hjernen og musikk har en direkte virkning på kropp og nervesystem (Christensen, 2014):

"... den nyeste forskning peker også på, at musikk gjør bruk av størstedelen av hjernen og har direkte indvirkning på kroppen og nervesystemet. Samtidig med at musikk sender impulser og informasjon gjennom det auditive systemet, aktiverer musikken også oppmerksomhet, hukommelse, forventning, emotioner og bevegelse, og kroppen reagerer med forandringer av hjerteslag, åndedræt og svedproduksjon." (Christensen, 2014, side 64).

2. Musikk kan vekke våre følelser. Prosessen er veldig kompleks. Hvor sterk emosjonell respons musikk vekker, avhenger av situasjonen hvor musikken oppleves. Hvordan musikken oppleves og hvilken emosjonell benevnelse et musikkstykke får, avhenger av lytterens egen opplevelse, forventninger og kognitive vurdering (Juslin & Västfjäll, 2008).

3. Musikk vekker minner, assosiasjoner og images. Images er de ulike former for kroppslige eller visuelle bilder og assosiasjoner som oppstår under musikklytting (Bonny, 2002a; Bruscia

& Grocke, 2002). Det er ikke slik at musikken direkte danner images. Images kan dannes i oss når som helst med eller uten musikk. (Siegelman, 1990; Bresler, 2005). Forskning viser at imagedannelsen blir sterkere med musikk og at images får en emosjonell ladning (Band, Quilter & Miller, 2001). Det kan ikke sies at et musikkstykke inneholder spesifikke og entydige images. Allikevel kan man snakke om at et musikkstykke har et potensial for dannelse av ulike metaforer og symboler. Dette skyldes kulturelle forhold. Vi påvirkes av vårt fellesskap og de betydninger vi som gruppe tillegger den musikken vi hører på, men det er langt fra et faktum at den enkelte lytter vil oppleve musikken på samme måte som gruppen (Juslin & Västfjäll, 2008; Winther-Rasmussen, 1990).

Disse 3 grunnleggende faktorene virker sammen. Det er ikke sikkert at lytteren er bevisst alle faktorer samtidig. Lytteren kan merke en følelse (for eksempel en glede), eller noe fysisk (en varme) eller et visuelt image (ser seg selv danse i skogen). Frances Goldberg (2002) forklarer at det foregår en kjedereaksjon. Når vi lytter til musikk får vi kontakt med en følelse, denne følelsen fremkaller et image. Et image vil så igjen fremkalle flere images inntil den følelsesmessige energi er oppbrukt. Så vil denne sykliske bevegelsen begynne forfra med fornyet fokus på musikken. Musikken genererer en ny følelse, og den nye følelsen genererer et nytt image.

Faktorene kan kanskje forklare hvorfor musikk kan ha et potensial for å hjelpe klienter med kroniske smerter. Det er en rekke likhetstrekk mellom smerter og musikkopplevelsen. Begge opplevelser involverer flere deler av kroppen, nervesystemet og det meste av hjernen. Det er mange andre faktorer ved musikklytting som jeg ikke her skal gå i dybden med. I GIM mener jeg at slike forhold vil være inkludert og beskrevet av de image som dannes under musikklyttingen. Faktorene kan f.eks. være sosial kontakt, kompensasjon, distraksjon, estetikk eller musikalsk nytelse.

#### 1.5.5 Hva er beroligende musikk?

Musikk som brukes i GIM faller innenfor den beroligende musikk-kategorien og jeg skal i dette avsnittet kort definere hva beroligende musikk er. Det er tradisjon for at musikk inndeles i 2 hovedkategorier. Musikk kan klassifiseres som stimulerende eller avspennende. Stimulerende musikk er musikk som gir lytteren lyst til å bevege seg. Den gir mer kroppsenergi, hjerterytmen og blodtrykket stiger. Avspennende musikk har en omvendt effekt. Den får blodtrykk og hjerterytme til å falle, og den virker beroligende. Det er allikevel



ikke sikkert at et musikkstykke plassert i den avspennende kategorien vil ha de nevnte fysiske og psykiske virkninger. Lytterens individuelle preferanse for stykket vil kraftig påvirke effekten av hvert enkelt musikkstykke (Wigram & Bonde, 2014).

Det vi kan beskrive og definere før en musikklytting, er musikkens potensial for å ha en avspennende virkning. Følgende musikalske parametre kan være gunstige for at musikk skal oppleves som beroligende:

- ✓ Forutsigbarhet og stabilitet.
- ✓ Et stabilt tempo (60 til 80 slag per minutt).
- ✓ Stabil tekstur (kombinasjonen av instrumenter er konsistent, begrenset og med få forandringer).
- ✓ Stabilt eller sakte skift i volum. Volum er ikke høyere enn 60 desibel.
- ✓ Stabile rytmer med få aksenter.
- ✓ Stabile klanger, tonehøyder og harmonikk. Klangene er uten skarphet eller plutselige kontraster.
- ✓ Forutsigbar harmonikk, kadenser, fraser og melodiske forløp. Bruk av legato.
- ✓ Bruk av gjentakelser.
- ✓ En forståelig form og struktur (Chi & Young, 2011; Gooding, 2012; Wigram & Bonde, 2014).

Det vi definerer som beroligende musikk har således et potensial for å gi avspenning hos lytteren, men den individuelle lytteopplevelsen er subjektiv og kan ikke defineres på forhånd.

#### 1.5.6 Skal beroligende musikk brukes ved smerteproblemer?

Forskning viser at stimulerende musikk for mange øker både stress og smertenivået hos den enkelte lytter med smerteproblemer. Klienter med kroniske smerter blir ekstra sensitive overfor ytre stimuli. Mange orker ikke kompleks og uforutsigbar musikk. Selve smerteopplevelsen tar mye energi og oppmerksomhet og mange foretrekker stillhet (Gold & Clare, 2012).

I min egen kliniske erfaring er jeg overrasket over hvor rolig musikk smerteklienter ønsker seg. Hvis jeg anvender Wärrja og Bondes (2014) taksonomi, faller musikkønskene innenfor

den kategorien med den enkleste og mest rolige musikken. Musikken beskrives her som trygg, sikker og forutsigbar.

Omvendt kan musikken bli for rolig og ikke ha noen effekt for selve smerten. Nauert (2011) utførte et studie hvor frivillige friske voksne lyttet til musikk samtidig med at de ble utsatt for en smertestimuli. De ble instruert i å lytte til musikken, følge melodien og samtidig identifisere avvikende toner. Resultater viste at smerteopplevelsen ble mindre når musikkoppgaven var vanskeligere, altså når musikken krevde mer av lytterens oppmerksomhet. Det blir spekulert i om musikken hjelper med å redusere smerten på 3 måter. Den aktiverer de sensoriske kanaler som konkurrerer med smertekanalene. Den stimulerer til en følelsesmessig respons, og den involverer lytteren i en kognitiv oppmerksomhet. Nauert henviser videre til at musikken er velegnet til å redusere smerte hos klienter med angst og hos dem som lett engasjerer seg i kognitive aktiviteter (Nauert, 2011). Det er ikke sikkert at ulike deltakergrupper kan sammenlignes. Nauert forsket på friske voksne som ble utsatt for en akutt smerteopplevelse. Det kan være annerledes for folk med komplekse kroniske smerter.

Musikk som beskrives som enkel, rolig, trygg og forutsigbar kan ha best virkning for klienter med komplekse kroniske smerter. Annen musikk som er mer stimulerende kan virke for stressende og direkte ubehagelig. Omvendt kan musikken også bli så rolig at den ikke engasjerer lytteren. Målet blir kanskje å finne akkurat passende styrke og kompleksitet i musikken. I GIM-terapi er det ikke bare musikken som klienten engasjerer seg i. Det er også en GIM-terapeut til stede og terapien utfolder seg som et møte mellom klient, musikk og terapeut. Dette gjøre terapien vesentlig forskjellig fra musikkmedisin.

#### 1.5.7 Musikkterapi er ikke musikkmedisin

Musikkmedisin kan defineres som klienters bruk av innspilt musikk til å lindre ulike fysiske symptomer. Det er ofte sykepleiere eller leger som ordinerer musikken. Klienter lytter til musikk alene uten tilstedeværelse av helsepersonell. Det er heller ikke vanlig å ha samtale om musikkopplevelsen før og etter musikklyttingen. Fokus er ofte på å redusere klientens opplevelse av smerter og/eller angst. Mål kan være avledning, avspenning og søvnregulering. Disse intervensjoner foregår ofte på sykehus. Musikkmedisin kan beskrives som et lineært, kognitivt og atferdsorientert tilbud og det innebærer ikke en terapeutisk relasjon til klienten. Dette gjør den vesentlig forskjellig fra musikkterapi, hvor musikkterapeuten inngår i en dynamisk relasjon med klienten (Bonde, 2014).

Mitt fokus i denne oppgaven er musikkterapi hvor det etableres en relasjon mellom klient og terapeut. Dette er vesenlig forskjellig fra musikkmedisin, hvor den terapeutiske kontakten mangler og klienten kun forholder seg til musikken og musikkens evne til å stimulere eller avspenne.

## **1.6 Tidligere forskning og gjennomgang av litteraturen**

I dette avsnittet ser jeg på tidligere forskning og generell litteratur om bruk av musikkmedisin, musikkterapi og GIM-terapi til smertereduksjon, og jeg undersøker hvilken type GIM-terapi som passer best for mennesker med smerter. Jeg supplerer underveis med egne refleksjoner da min hensikt er å finne frem til en brukbar prosedyre for smerteklienter.

### 1.6.1 Effekt, evidens og problemer

Forskning innenfor smerte og musikk viser ikke klare og kausale forbindelser. Dette kan bl.a. skyldes at forskere har blandet sammen forskning innenfor musikkmedisin og musikkterapi, og at mange undersøkelser ikke tar hensyn til klientens personlige musikksmak eller klientens musikalske behov i forhold til sin sykdom. Musikken er valgt mer tilfeldig og generelt, ikke individuelt eller i en kontekst. Dessuten er det vanskelig og komplekst å forske på musikk og smerter. I forskningen om musikkterapi er det også benyttet mange ulike metoder som gjør det vanskelig å sammenligne ulike forskningsresultater.

En "Cochrane review" konkluderer med at musikk kan redusere smerte, men effekten er liten og den kliniske relevansen er uklar (Cepeda, Carr, Lau & Alvarez, 2010). En nyere metastudie viser mer positive resultater, men de skal fortolkes forsiktig. Studiene er svært heterogene og ikke sammenlignbare (Lee, 2015). Forskning viser at musikkterapibehandling er mer effektiv i å redusere en klients smerte enn bruk av musikkmedisin, og at musikkterapien virker best på kroniske smerter og/eller kreft smerter (Lee, 2015; Schou & Bonde, 2012).

I Cochrane metaanalysen hos Cepeda m. fl. (2010) gir det ingen smertereduksjon hvis klienter selv får velge musikk (Cepeda, 2010). Det blir ikke spesifisert hvilke kriterier det er for utvelgelse av musikk. Det blir heller ikke differensiert mellom musikkmedisin og musikkterapi. Cochraneforskerne har en teoretisk forståelse av at musikken primært virker

som distraksjon fra smerten, men jeg mener musikken virker på flere plan og ikke kun som distraksjon.

Gooding, Swezey og Zwischenberger (2012) forklarer at mange musikkintervensjoner i litteraturen klassifiseres som musikkterapi, men i virkeligheten er det snakk om musikkmedisin. De beskriver at mangel på vitenskapelig bevis på effekten av musikk på smerte og stress ikke betyr en mangel på effekt. Dette kan forklares med at det er mange begrensninger i de studier som er utført spesielt i forhold til metodevalg. Det er ikke sikkert at det er musikken som gir denne begrensningen.

Således er den kvantitative forskning heterogen. Forskere sammenligner studier som ikke kan sammenlignes, og de sammenblander musikkmedisin og musikkterapi. Derfor er resultatene blandet. Undersøkelser viser at musikkterapi har en bedre virkning enn musikkmedisin.

Jeg vil i den følgende gjennomgang av litteraturen finne frem til hvilke musikkterapeutiske tilnærminger og metoder som kan være gunstige for smerteklienter. Jeg vil spesielt fokusere på modifisering av The Bonny Method. Jeg vil se på eksisterende forskning om GIM-terapi og finne frem til ideer om hvordan GIM-terapi best tilrettelegges for smerteklienter. Jeg vil undersøke forskning på de ulike elementer som er i GIM-metoden. Dette inkluderer valg av musikk, klientens relasjon til musikken og til terapeuten, selve lytte- og imageopplevelsen, valg av induksjon, valg av guideteknikker og bruk av hjemmeoppgaver.

#### 1.6.2 Hva finnes av forskning om GIM og smertepasienter?

I dette avsnittet beskriver jeg den begrensede forskningen det er om GIM-terapi for klienter med smerte. Mest kunnskap er det om GIM-terapi for smerter som oppstår i forbindelse med fysiske sykdommer som kreft eller hjerte- karsykdommer eller for klienter som utvikler smerte som følge av stress.

GIM-terapeuten Alison Short (2002) beskriver hvordan det er nødvendig å ta helt spesielle hensyn til klienter som er fysisk syke. De er vesentlige forskjellige fra psykiatriske klienter og folk som søker GIM til selvutvikling. De er i en sårbar situasjon p.g.a. deres fysiske situasjon og deres reaksjoner overfor sin sykdom. Klientene har et skrøpelig forsvarssystem og er ekstra sensitive. GIM-terapien kan medføre at klienter får kontakt med gammel sorg, gamle traumer og ulike vanskelige følelser. GIM-terapien skal modifiseres så den passer den enkelte.

Det er viktig i tilretteleggingen å forstå at de fleste med fysiske problemer ikke har tidligere erfaring med psykoterapi (Short, 2002). Hvis en klient opplever sterke smerter, er det viktig å tilrettelegge terapien så timen oppleves både avslappende og behagelig. Målet blir således avspenning. Det kan være viktig å gi klienten så stor opplevelse av kontroll som mulig. Forskning viser at GIM reduserer smerte hos klienter med kronisk gikt (Burns, 2002).

Det er således lite forskning om GIM-terapi for klienter med smerte. Smerteklienter er ekstra sårbare og sensitive. GIM-terapien skal tilrettelegges så klienten opplever kontroll og erfarer terapien som avslappende og behagelig. Klienten skal ikke føle seg presset, men støttes i å merke sin pust, gjenoppdage sin kropp, og være her og nå. Det er en støttende terapiform med struktur, gjentakelser, fokus på ressurser og med passe utfordring når klienten er parat til det. På grunn av den begrensede forskningen om smerteklienter i GIM-terapi, har jeg i de følgende avsnitt valgt å dra inn forskning fra andre områder. For å systematisere gjennomgangen fokuserer jeg på relevant forskning innenfor ulike aspekter av GIM-terapien. Jeg fokuserer på tilgjengelig forskning innenfor følgende undergrupper av GIM-terapien: valg og tilrettelegging av musikk, valg av avspenning og induksjonsteknikker, valg av åpningsbilder og fokus for musikklytting, valg av guideteknikker under musikklyttingen, bruk av hjemmearbeide, og hvor ofte det passer med GIM-terapi.

### 1.6.3 Valg og tilrettelegging av musikklyttingen

I dette avsnittet fokuserer jeg på valg av musikk og undersøker hvilken musikk som kan tenkes å være relevant for klienter med smerte. Skal klienten selv velge musikk? Eller skal musikkterapeuten? Jeg argumenterer for at det kan være mer produktivt å se på klientens relasjon til musikk i stedet for klientpreferanse. Endelig ser jeg på betydningen av terapeutens preferanser.

Innenfor musikkmedisin viser forskning at det er best å bruke beroligende musikk til smertemestring. I tillegg har musikken størst effekt hvis den varer fra 20 til 30 minutter uten avbrytelse. Det kan være best å unngå bruk av sunget tekst, da ordene kan virke distraherende og for noen direkte opphissende. Det anbefales et maksimum volum på 60 desibel (Gooding, 2012). Min erfaring med smerteklienter i gruppe er at de ofte ønsker enda lavere volum. Det er viktig å spørre om volum er ok i starten av hver lytting. Det musikalske materiale i GIM-terapien er musikkstykker som er nøye utvalgt for deres evne til å danne visuelle eller kroppslige images hos lytteren (Bonny, 2002b, kap. 3 og 18).

### 1.6.3.1 Hva er klientpreferanse?

For at musikken skal ha en terapeutisk effekt, er det i utgangspunktet essensielt at klienten foretrekker og liker musikken. Musikken skal ikke føles irriterende, virke fjern, mystisk, rar eller uforståelig. Musikken skal være tilgjengelig. Den skal være akseptabel, behagelig og oppløftende. Musikken skal være noenlunde innenfor klientens foretrukne musikksmak og den skal passe til klientens psykiske og fysiske tilstand (Bonde, 2014; Mitchell, MacDonald & Knussen, 2008). Forskning viser at musikk valgt av eksperter er mer effektive enn hvis en klient selv har valgt musikken (Gooding, Swezey, & Zwischenberger, 2012). Jeg tror det primære her er at terapeuten har et variert utvalg av musikk innenfor den beroligende kategorien og at musikken er av en type som er befordrende på imagedannelsen. Schou og Bonde (2012) argumenterer at fordi det er viktig for smerterklinter å ha opplevelse av kontroll, bør de gis mulighet for å velge musikk.

Det er min kliniske erfaring at det er mange klienter som ikke har peiling på hva de liker og ikke liker. Det er mange klienter som er i en slik psykisk eller fysisk tilstand som gjør dem ute av stand til å velge musikk. Da mener jeg at terapeuten må kartlegge klientens fremtoning og velge musikk som kanskje matcher klientens psykiske og fysiske tilstand. Dette kan også teoretisk beskrives som å benytte seg av isoprinsippet. Iso betyr det samme. Det handler om å velge musikk som ikke er for fremmed, men som nettopp avspeiler eller illustrerer klientens indre verden.

Det er også min erfaring at det ofte ikke er relevant å bruke klientens favorittmusikk. Den kan ikke nødvendigvis klassifiseres som beroligende. Det kan være at det er musikk som var vel likt da klienten var frisk, men som ikke passer til klientens nåværende livssituasjon. Det er min erfaring at klienter ofte foretrekker en annen musikk nå enn den de lyttet til før smertene begynte. De ønsker en musikk som er roligere.

Summer (2009a, kap. 4) beskriver en interessant måte å velge musikk. Hun anbefaler ikke å bruke ferdige GIM-musikkprogrammer, men å lage en spilleliste som passer den enkelte klient. Det handler om å finne musikk som best mulig beskriver og matcher klientens her- og nåsituasjon. Målet er at klienten føler seg hørt og speilet i musikken. Rent praktisk foregår dette ved at terapeuten bruker tid til denne utvelgelsesprosessen rett etter forsamlingen. Klienten får anledning til å ligge eller sitte komfortabelt, slappe av, la tanker fra forsamlingen falle til ro og gjøre seg klar til musikkreisen. Imens identifiserer musikkterapeuten egnede

musikkstykker som passer til klientens sinnstilstand og som har en passende grad av musikalsk utfordring. Terapeuten finner frem til 6-9 stykker som best beskriver klientens situasjon både kognitivt og emosjonelt. Terapeuten rangerer disse stykkene, slik at det stykket som gir best match spilles først. Hvis det første stykket er vellykket, faller i smak og klienten jobber godt med prosessen, kan stykket gjentas inntil det ikke lenger har samme effekt. Så kan det neste stykket spilles. Programmeringen er ikke ferdig, men skjer spontant og kreativt under hele musikkreisen.

### 1.6.3.2 Klientens relasjon til musikken og musikkterapeuten

Det er kanskje bedre å bruke termen relasjon enn å bruke preferanse. Hvilken relasjon har klienten til musikk? Er klienten åpen for å utvikle og intensivere sin relasjon til musikk? Hva tolererer klienten? Hvor mye og hvor lenge?

I samtaleterapi står relasjonen sentralt. Det gjør den også i musikkterapi. Her eksisterer der både en relasjon til musikkterapeuten og til musikken. I psykoterapeutisk musikkterapi vil musikkterapeuten også være fokusert på hvilke forhold klienten overfører til musikkterapeuten og til musikken. Man kan teoretisk snakke om en idealiserende-, speilende- eller tvillingoverføring. Klienten kan f. eks. oppleve terapeuten som en foreldrefigur, en beundrer eller en bestevenn. Klienten kan også få de samme opplevelser i forhold til musikken og oppleve at den f. eks. symboliserer en farsfigur. Forandring skjer både gjennom forandring i relasjonen og i overføringsforholdene (Brushia, 2009).

Summer (2009b) beskriver en ny vinkling på relasjonsforhold i GIM-terapi. Hun mener ikke at det ideelt sett skal være et likeverdig trekants forhold mellom klienten og dennes relasjon til musikken og til terapeuten. Musikken er det sentrale i GIM, ikke terapeuten. Det er gjennom musikken at forandringen og transformasjonen skjer. GIM-terapeutens oppgave er å velge god nok musikk. Musikken blir opphøyet til den primære agent, den som setter den terapeutiske prosessen i gang. Klientens primære forhold er til musikken. Det er musikken som oppfordrer klienten til å få kontakt med sine følelser og til å danne images. Terapeutens rolle er sekundær. Terapeutens rolle er å etablere og utvikle klientens forhold til musikken. Summer gjør også oppmerksom på at det ikke er alle klienter som er parat til denne form for sterke og rene musikkoverføring. Det er et kontinuum fra ren terapeutoverføring, til delt overføring- og til en ren musikkoverføring. Det er best med en glidende overgang så klienten vennes til en mer og mer ren musikkoverføring.

### 1.6.3.3 Er terapeutens preferanse relevant?

Jeg finner ikke noe i litteraturen om terapeutens musikkpreferanse og hvordan den påvirker det terapeutiske møtet. Jeg tror det er viktig at terapeuten er komfortabel med den musikken hun bruker med klientene. Det vil øke terapeutens tilstedeværelse og være med på å skape en god atmosfære i rommet.

### 1.6.3.4 Konklusjon om musikkvalg og tilrettelegging

Sammenfattende kan det sies at det er mange hensyn å ta i valg av musikk og i tilrettelegging av musikklyttingen for smerteklienter. Terapeuten trenger å spørre om volum er passe. De fleste smerteklienter foretrekker lavt volum. Lyttingen er kortere enn i The Bonny Method og varer optimalt fra 20-30 minutter. Musikkstykkene er helst uten sang som har forståelige tekster. Det tas utgangspunkt i beroligende GIM-musikk som klienten liker, men musikken har best virkning når de enkelte stykkene velges av terapeuten. Terapeuten kan eventuelt la klienten få velge mellom 3 egnede musikkstykker. Når klienten ikke kjenner sin egen musikkpreferanse, kan terapeuten bruke isoprinsippet for å velge musikk som illustrerer klientens indre verden. I stedet for å bruke ferdig utviklet spillelister som er mest vannlig i The Bonny Method, kan terapeuten bruke en aktiv programmeringsteknikk under hele musikklyttingen. Terapeuten velger relevante musikkstykker rett etter forsamtalen. Det best egnede stykket spilles først og gjentas så lenge det har en god effekt. Så spilles andre stykker. Det eksisterer et trekants forhold i GIM-terapi mellom klient, terapeut og musikk. Terapeutens rolle er å hjelpe klienten med å bygge opp en positiv relasjon til musikken. Målet er at musikken etter hvert blir viktigere enn terapeuten, men musikkrelasjonen kan ikke etableres uten terapeutens hjelp. Når musikk velges, er det derfor viktigere å bruke begrepet "klientens relasjon til musikken" frem for begrepet om klientpreferanse.

### 1.6.4 Valg av induksjon og avspenningsteknikker

I dette avsnittet beskriver jeg kort hvilke avspenningsteknikker som kan være relevante for smerteklienter. Det er lite i forskningslitteraturen om valg av induksjon. Bonny (2002c) nevner ulike typer uten å spesifisere hvem de egner seg for. Hun henviser til Schultz' autogen trening eller Jacobsens progressiv avspenningsteknikker, og hun opererer med fysiske, sentrerings- eller fantasiinduksjoner. Grocke og Wigram (2007) er i deres bok om reseptiv musikkterapi mer detaljert i sine beskrivelser og kommer med mange konkrete eksempler. De kommer ikke med spesifikke eksempler på valg av induksjoner for klienter med komplekse kroniske smerter. De gir et detaljert eksempel på en avspenning som kan passe for



hjerterpasienter. Ordene som er brukt her er bl.a. "oppmerksomhet, la kroppen synke ned i madrassen, madrassen holder deg og la sinnet slappe av (Grocke & Wigram, 2007)."

Induksjoner kan således varieres. De kan gjøres kortere eller lengre. De er tradisjonelt utført før musikken, men kan også foregå under musikklyttingen. Kartlegging av klientpreferanse er viktig. Noen har f.eks. vansker med å jobbe direkte med pusten, de ønsker ikke å gjøre den saktere eller dypere, men har behov for bare å observere sin pust. Jeg har selv gjennom min kliniske erfaring kommet frem til følgende spørsmål i valget av induksjoner: Skal induksjonen være konkret og systematisk eller mer abstrakt? Skal klienten observere eller fordype pusten? Har klienten angst, depresjon, og/eller smerter, eller ønsker klienten terapi for selvutvikling? Klarer klienten en fysisk induksjon (f.eks. spenn/gi slipp), eller har vedkommende smerter eller noe annet som ville gjøre dette ubehagelig? Skal det være fokus på kropp (f.eks. å forestille seg varme eller tyngde), følelser (f.eks. å forestille seg en ro) eller noe mere visuelt (f.eks. å se for seg en farge eller et lys)? Skal det i induksjonen være en dynamisk prosess, fra f.eks. å føle noe til å ha mer oppmerksomhet på kroppen (f.eks. å forestille seg en ro som forplanter seg til ulike deler av kroppen)? Det er også min erfaring fra praksis og selve GIM-utdannelsen at en del induksjoner blir skapt spontant og intuitivt i møte med den enkelte klient. Induksjonen er her selvfølgelig basert på terapeutens tidligere tilegnet viten.

Det er således skrevet lite om valg av induksjoner for smerteklienter. Det er min erfaring at det er viktig å ta individuelle hensyn og nøye kartlegge ut fra de spørsmål jeg beskrev ovenfor.

#### 1.6.5 Bruk av åpningsbilder og fokus for lytting

Hvordan fokus og åpningsbilder kan være for smerteklienter under selve musikklyttingen, belyses i dette avsnittet. Når terapeuten har hjulpet klienten med avspenningen, begynner selve musikklyttingen. Er det best med et bestemt fokus og åpningsbilde for lyttingen, eller skal dette være mer åpent?

Fokus for selve musikklyttingen kan være åpen, men dette kan gjøre det vanskelig for mange klienter. De kan få problemer med å fokusere og konsentrere seg, og opplevelsen kan bli for abstrakt. Hvis det etableres et spesifikt fokus i for samtalen, kan det også bli enklere for terapeuten å velge rett induksjon og å formulere spørsmål under musikklyttingen. Tema kan f.eks. være: "å frigjøre smerte," "å gi heling til deler av kroppen" eller "få tid til meg selv."

Klient og terapeut kan også avtale et fokusimage, som induseres rett etter induksjonen og rett før musikken begynner. Dette kan være en stor hjelp til å sette imageoplevelsen i gang. Det kan f.eks. være: "Å gi plass til å være oppmerksom på den del av kroppen som har bruk for heling," "la musikken bringe heling til kroppen," "gi plass til at sinnet kan danne et bilde hvor du kan få plass til deg selv," eller å forestille seg å ta musikken med til et favorittsted (Grocke & Wigram, 2007).

Det kan være mer relevant for smerteklienter med et fokus som er mer spesifikt enn det som er vanlig i The Bonny Method. Det kan også være fruktbart med et forhåndsbestemt åpningsbilde for å fokusere og målrette selve musikklyttingen.

#### 1.6.6 Hvilke guideteknikker er gunstige?

I dette avsnittet belyses hvordan terapeuten kan guide og formulere spørsmål til smerteklienter under selve musikklyttingen. Jeg argumenterer for at det er 5 ulike guideteknikker som kan være spesielt anvendelige for smerteklienter. Når klienten har begynt sin musikkreise og lyttet til musikken i 30 til 100 sekunder, er det vanlig at GIM-terapeuten formulerer spørsmål og engasjerer klienten i en verbal dialog. Hvordan skal disse spørsmålene stilles? Hvordan skal terapeuten guide klienten under musikklyttingen?

Gooding mfl. (2012) beskriver ulike teorier om hvordan musikken virker inn i forhold til smertereduksjon. A: Musikk kan virke som en distraksjon. B. Den kan gi et kick, utløse endorfiner i hjernen og virke nesten som et slags belønningssystem. C: Musikk kan gi nevro-psykologiske forandringer i de nevralt baner i ulike hjernedeler som hjernebarken, hypothalamus, limbic system og insula. Disse nevralt forandringene kan gi avspenning og fysiske forandringer (Gooding mfl., 2012). Det nevropsykologiske elementet kan være interessant i forhold til smertemestring. Som nevnt i 1.5.1.1 er en del hjernebaner forandret hos klienter med komplekse kroniske smerter. Kanskje musikken kan være med på å restrukturere hjernebaner "tilbake til en sunnere tilstand."

At det er mange teoretiske modeller som brukes til å forklare en mulig smertereduksjon, kan bety at det er flere metoder som fører til smertereduksjon. Det kan også bety at musikkterapeuten trenger å bruke forskjellige guideteknikker under selve musikklyttingen. Jeg har ikke i litteraturen funnet noe spesifikt om GIM guideteknikker for klienter med komplekse kroniske smerter. Ved å lese om andre klientgrupper har jeg funnet frem til at det

kanskje kan anvendes 5 ulike typer guideteknikker for smerteklienter som er annerledes enn tradisjonell guiding i The Bonny Method. Guiding kan være aktiv, det kan jobbes direkte med smerten, det kan guides vekk fra smerten, det kan fokuseres på kroppen, eller guidingen kan organiseres som en avspenning.

#### 1.6.6.1 Når guiden er mer styrende

En vesenlig del av GIM-prosessen er dannelsen av images. Bresler (2005) definerer et mentalt image som noe vi kan se, høre, smake, lukte, røre eller føle. Hinz (2009) forklarer at vi lærte å danne disse mentale images før vi lærte det verbale språket. Vi dannet images i kroppen først, så kom visuelle bilder litt senere (Hinz, 2009). Images har stor nytte i vår daglige liv, er kjernen i vår selvoppfattelse og påvirker hvordan vi fortolker verden. Kroppen reagerer overfor et mentalt image på samme måte som den ville reagere overfor en ytre påvirkning (Bresler, 2005).

Guided Imagery uten musikk består av ulike mentale og kroppslige teknikker. De kan være enkle eller mer komplekse. Det kan være å forestille seg et enkelt bilde eller en hel historie. Det kan også være en mottakelighet for at underbevisstheten danner spontane images som blir kommunisert og bevisstgjort for den bevisste hjerne. Dette kan f.eks. gjøres gjennom meditasjon og avspenning, visualiseringer eller affirmasjoner. Det er Breslers overbevisning at våre bevisste eller ubevisste images har store fysiske konsekvenser. Å bruke guided imagery bevisst kan øke smertetoleranse og motivasjon for behandling. Guided imagery virker best når teknikken ikke utføres alene, men i en relasjon (Bresler, 2005).

Guided imagery kan således være en måte å aktivt omdanne bekymringsfulle negative selvforestillinger til noe mer positivt. F.eks fra: "Jeg blir aldri smertefri og skal lide resten av mine dager" til "jeg blir etter hvert bedre til å håndtere mine smerter." Guided Imagery and Music faller inn under guided imagery, men i The Bonny Method er det mest de spontane imageopplevelser som står i fokus. GIM-terapeuten fungerer primært som en ikke-styrende støtte for klienten under musikkreisen. Det kan kanskje være bra i modifisert GIM også å inkludere andre tilnærminger. Det kan være at klienten har behov for å jobbe med mer aktive og styrende bildedannelser og at guiden skal ta høyde for i visse tilfeller å tilrettelegge for dette. Terapeut og klient kan avtale å bruke bestemte images under musikkreisen eller terapeuten kan spontant velge å oppfordre og guide klienten til å forestille seg ulike images.

Burns (2002) har som GIM-terapeut erfaringer med at smerteopplevelsen hos fysisk syke kan bli redusert ved at klienter forestiller seg "healing images." Klienter danner seg et visuelt bilde av å lindre selve smerten. Det kan f.eks. være å forestille seg varme på smertestedet.

Musikken beskrives som å ha en støttende funksjon som er med på å bevare varmeopplevelsen og lindre smerten. Musikken kan også gi struktur til selve imageopplevelsen så den reisende opplever rolige og avspennende images. Klienter kan også danne en symbolsk representasjon av smerten i et forsøk på å finne mening.

Images er således kjernen i vår selvoppfattelse og vår fortolkning av verden. Dessuten kan disse bevisste eller ubevisste images også påvirke oss rent fysisk både positivt og negativt. Bestemte images kan brukes til å øke vår smertetoleranse og vår motivasjon. Images kan omdanne negative tanker og selvbilder til noe mer positivt. GIM-terapeuten kan sammen med klienten i forsamtaalen finne frem til egnede images som så brukes aktivt under musikkreisen.

#### 1.6.6.2 Jobbe direkte med smerten

Beck (2012, kap. 8) beskriver en form for GIM-guiding for stressklienter med uspesifikke kroniske smerter. Klientene blir guidet til å jobbe direkte med smerten under musikkreisen. Dette foregår gjennom en konfrontasjon og en aktiv imagedannelse med stor hjelp fra musikken og guiden. I sin forskning fant Beck frem til at smerten kommuniserte gjennom imagedannelsen. Images inneholdt informasjon og følelser direkte relatert til smertene. Images var ofte ikke umiddelbart forståelige da de er sentrert i kroppen og kommer fra underbevisstheten. Smertereduksjon eller helt permanent smertefrihet oppstod idet images forandret seg. Symboliseringen utviklet seg gjennom en prosess i dialog med musikk og terapeut. Beck antyder at noen kroppsimagedannelser kan representere en underliggende biologisk mekanisme. Beck formulerer ideen om at selve smerten er en form for kommunikasjon til både kropp og sinn. Hennes hypotese er at folk med mye stress fortrenger signaler fra kroppen. De lytter ikke til kroppens behov. Beck oppfordrer klienten til å gå i dialog med smerten. Hun inviterer til å la smerten kommunisere og fortelle om hva smerten handler om. Hvilke følelser og informasjon kommer smerteopplevelsene med? (Beck, 2012, kap.8).

Beck (2012, kap. 8) legger til rette for at smerteopplevelser kan symboliseres gjennom imagedannelsene i musikken. Hun guider i forhold til stemning, struktur, farge, symboler, følelser, tanker, impulser og bevegelser. Beck benytter seg av ulike guidespørsmål så som:

"Prøv å ta musikken inn til smerten? Kan du beskrive smerten? Hva er smerten gjort av? Hvilken farge har den? Har den en form? Beveger det seg? Prøv å ta pusten med inn til images sammen med musikken og der hvor smerten er. Hvordan er det? Hvis smerten kunne tale eller føle, hva ville den så vise?" (Når klienten formulerer et ønske om at smerten skal forsvinne, så:) "Kan du forestille deg å dytte smerten vekk med armen? Gjør det sakte. La armen bevege seg ut fra de impulser som kommer." (Når smerten forsvinner:) "Hva er det så i armen?" Beck beskriver at klientene opplevde musikken som en "healing agent" (Beck, 2012, kap. 8).

Beck inviterte således musikken inn til smerteområdet. Hun oppfordret klienten til å merke smerten ikke bare som ren smerte, men omformet til andre modaliteter. Smerten fikk f.eks. en farge, en form, en auditiv beskjed eller en bevegelse. Dette gjorde hun for å få smerten til å kommunisere og fortelle om sin opprinnelse og for at klienten kunne høre hva smerten hadde å si. For å være i stand til å jobbe direkte med smerten i musikken, anbefaler Beck at terapeuten i forsamlingen hjelper klienten med å etablere og finne frem til symbolske hjelpere. Disse kan støtte klienten når det er vanskelig. Dette kan være et image av et dyr, en person, en bestemt behagelig følelse, et minne, eller en kroppsformelse (Beck, 2012, kap. 8).

Det kan være interessant å anvende Becks guidemetoder for smerteklienter. Det er ikke sikkert at metoden kan brukes overfor alle klienter med komplekse kroniske smerter. Hos stresspasienter var det stress som var den utløsende faktor. Hos smertepasienter er det ofte omvendt, det er smerteopplevelser som medfører stress. Det er også ulike fysiske kjente eller ukjente faktorer tilstede som kan bety at andre guideteknikker er nødvendige.

#### 1.6.6.3 Fokuser på kroppen

I dette avsnittet beskriver jeg hvordan GIM-terapeuten kan hjelpe smerteklienten til å få en større bevissthet om og kontakt med sin kropp. Short (2002) forklarer en sammenheng mellom sinn og kropp. Denne sammenhengen kan oppleves direkte i GIM-terapien:

"...there is an inherent knowledge which connects body and mind, which can be accessed via imagery processes within the therapeutic context" (Short, 2002, side 155). Hun sier videre at alle fysiske problemer vil manifestere seg i hele mennesket og også utløse flere reaksjoner og dialoger mellom kropp og sinn.

Disse indre kommunikasjonsmønstre vil komme frem i selve GIM-opplevelsen illustrert av imagedannelsen. Images vil inneholde informasjon som kan handle om fysisk sykdom, følelsesmessige reaksjoner, psykologiske faktorer, sosiale eller spirituelle forhold. Short antyder at images under musikklytting kan inkludere en symbolsk transformasjon av kroppsdelene og samtidig en større følelse av fysisk og mental sunnhet. Tapsopplevelser forbundet med fysisk sykdom kan også dukke opp. Det er således Shorts erfaring at det er en tydelig sammenheng mellom det emosjonelle og de images som dannes under musikklytting. Hun refererer til en mann med kroniske smerter, hvor GIM hadde en god effekt. Mannen opplevde sin kropp på en ny måte, han fikk smertefrihet under og rett etter musikklytting, og brukte senere musikk hjemme til smertemestring (Short, 2002).

Det kan være spesielt viktig for klienter med smerter å fokusere på kroppen, og terapeuten kan hjelpe klienter til en større kroppsbevissthet gjennom ulike verbale intervensjoner under musikklyttingen. (F.eks.: Hva merker du i kroppen? Merker du denne følelsen et bestemt sted i kroppen?). Denne tilnærmingen støttes av teorier om kroniske smerter, hvor noe av det anbefalte behandlingsopplegget nettopp er større kroppsbevissthet gjennom fysioterapi (se avsnitt 1.5.1.3). Bjellånes (1998) forteller at deltakerne oppnådde økt kroppsbevissthet i hennes studie. De hadde kvasifysiologiske responser som opplevelse av vektløshet eller å bli båret av musikken. Disse musikalske kroppsmetaforene ga meningsfulle og gode opplevelser og ble opplevd som en erstatning for smerte og ubehag (Bjellånes, 1998).

Forskere antyder således en sammenheng mellom kropp, sinn og følelser som kan erfares direkte i GIM-terapien gjennom imageopplevelsen. Sykdom og smerter kan manifestere seg i hele mennesket også gjennom en dialog mellom kropp og sinn. Det er viktig å legge til rette for denne opplevelsen og dialogen i musikken. Smerteklienter trenger ofte å oppnå en bedre kroppsbevissthet.

#### 1.6.6.4 Å guide vekk fra smerten

Det er ikke alle klienter som er parat til å fokusere på kroppen eller jobbe direkte med sine smerter i musikken. Noen forskere beskriver at musikkens evne til smertereduksjon skyldes følelse, distraksjon og placeboeffekt (Bjellånes, 1998, Villareal, 2011). Å jobbe med musikk som en distraksjon vekk fra kroppen er radikalt forskjellig fra Becks (2012, kap. 8) beskrivelse av å flytte oppmerksomheten inn i kroppen. Det kan være at begge forståelsesparadigmer skal anvendes i guiding av klienter med komplekse kroniske smerter.

Beck anbefaler å bruke distraksjonsteknikker ved akutte smerter og mer kroppsorienterte teknikker ved kroniske smerter (Beck, 2012, kap. 8). Jeg tror også det handler om selve styrken på smerten, om den er konstant eller periodevis, og kanskje hvilken type kroniske smerter vi snakker om. Det er således viktig å vurdere intensiteten av klientens smerte i forhold til valg av guidemetode og å bruke distraksjonsmetoder når smerten er voldsom.

#### 1.6.6.5 Guiding med avspenning som mål

I dette avsnittet beskriver jeg musikklytting hvor fokus kun er på avspenning. I stedet for bare å ha en induksjon før musikken, kan avspenning bli et mål i seg selv. Terapeuten velger veldig rolig musikk og forlenger induksjonen. Musikken brukes samtidig med induksjonen. Mange klienter er så ansente at de trenger denne tilnærmingen en eller flere ganger før de kan gå i gang med å jobbe på et dypere plan. Beck (2012, kap. 8) forklarer at 6 av hennes 20 stressdeltakere trengte en slik tilnærming i den første eller andre sesjonen. Jeg vil tro at behovet er enda større hos klienter med komplekse kroniske smerter. Bjellånes (1998) beskriver at musikken hadde en signalfunksjon under avspenningen. Når deltakere hørte musikken, ble det et signal til kroppen om at de skulle slappe av. Musikken hadde også funksjon som bevisstgjøring.

Det er viktig å kartlegge klientens evne til å spenne av. Spesielt i starten av et behandlingsforløp vil det være mange smerteklienter som først trenger å lære å slappe av før de kan jobbe på noen av de andre måter beskrevet overfor.

#### 1.6.6.6 Essensen av 5 måtene å guide på

Oppsummerende kan de 5 guidemetoder som anvendes under musikklyttingen beskrives slik:

1. Terapeuten kan være veldig styrende. Det kan avtales positive images i forsamlingen som brukes som fokus under musikklyttingen. Målet er å øke klientens smertetoleranse og motivasjon. Det kan anvendes "healing images" som å forestille seg smertelindring eller varme på smertestedet.

2. Terapeuten kan hjelpe klienten med å jobbe direkte med smerten i et forsøk på konfrontasjon, kommunikasjon med og transformasjon av smerten. Denne innfallsvinkelen skal for det meste avtales og forberedes i forsamlingen.

3. Terapeuten formulerer spørsmål under musikkreisen som hjelper klienten til større kroppsbevissthet.

4. Når smerten er for intens, kan terapeuten hjelpe og guide klienten vekk fra smerten ved å bruke ulike teknikker så hovedfokus blir på noe annet enn selve smerten. Dette kan f.eks. være å fokusere på elementer av musikken, som en melodi, et instrument eller en rytme.

5. Noen klienter kan ha så store smerter at målet for hele musikklyttingen blir avspenning. Smertene gjør det umulig å jobbe direkte med smerten. Klienten trenger først å kunne lære å slappe av.

#### 1.6.7 Hjemmearbeid, ja eller nei?

I dette avsnittet diskuterer jeg anvendeligheten av hjemmearbeid mellom GIM-behandlingene. Hvis musikkspillelister blir nøye planlagt ut fra terapeutiske kriterier og koplet med klientpreferanser, kan klienter ha glede av å bruke avspenningsmusikk hjemme. McCaffrey og Freeman (2003) beskriver at kroniske smerter hos eldre ble signifikant redusert når de hjemme daglig lyttet til 20 minutters ekspertvalgt musikk sammenlignet med en gruppe eldre som satt stille i 20 minutter uten musikk (McCaffrey & Freeman, 2003). Det er viktig at klienten opplever hjemmeoppgaver som en invitasjon til en musikkfordypelse og avspenning og ikke som et krav. Hjemmelytting kan fort bli enda et område som den komplekse kroniske smerteklienten ikke mestrer, og det kan kanskje føre til at klienten helt stopper med terapien.

Gjentatt lytting til samme musikkspilleliste kan gjøre smertereduksjonen mer effektiv. Hjemmearbeid hvor klienten lytter til samme musikk en eller to ganger per dag, kan ha god effekt (Gooding m.fl., 2012).

Innenfor feltet musikkmedisin beskriver Guétin m. fl. (2014) en spesiell metode til å sette sammen musikkstykker slik at det kan gi avspenning og smertereduksjon. Det er snakk om en fordypelseeffekt, hvor det foregår en gradvis forandring av tempo og antall instrumenter. Det stykket med det langsomste tempo og med færrest antall musikkinstrumenter foregår i midten av lyttesekvensen. Det første musikkstykket kan således ha et tempo fra 95-85 slag per minutt med 10 til 11 instrumenter. Det midterste stykke kan ha en et tempo på 40 til 30 slag per minutt og med bare 1-3 instrumenter. Sluttstykket kan så igjen være med litt høyere tempo (80-60) og litt flere instrumenter (5-10). Samtidig anbefales det også en forandring i volum fra sterkere til svakere, og så igjen litt sterkere ved avslutningen (Guétin mfl., 2014). Disse retningslinjene kan kanskje brukes ved sammensetningen av musikkprogrammer som klienter kan få med seg hjem og bruke mellom sesjonene.



For mange klienter er det således nyttig å jobbe med musikklytting og spesielt med avspenning mellom behandlingene. For noen kan det medføre et krav. De makter ikke å gjennomføre oppgavene, og dette kan virke negativt inn på selve terapien.

#### 1.6.8 Hvor ofte passer det med GIM-terapi?

Hvor ofte skal klienten ha GIM-terapi? Hver uke eller hver annen uke? I The Bonny Method er det ofte anbefalt annenhver uke da prosessen er så kraftfull at klienten trenger tid til bevisst og ubevisst å bearbeide materialet som dukker opp under musikkreisen. Noen terapeuter velger å møte klienten hver uke, men avtaler da en ren samtaleterapi annenhver gang. Jeg tror dette må vurderes ut fra den enkelte smerteklient. Hvor dypt jobber vi? Hvor mye er det bare fokus på avspenning? Noen ganger vil hyppige møter være passende, andre ganger holder det med hver 14. dag.

### **1.7 Konklusjon på kapittel 1: Oppsummering av hvordan modifisert GIM tilrettelegges for smerteklienter**

Det er flere modeller som kan brukes til å forstå forholdet mellom smerte og GIM-terapi. Og det er flere måter å modifisere og tilrettelegge GIM-terapi. Hvilken metode som skal anvendes må vurderes i hver enkelttime og kanskje også spontant under selve musikkreisen. Jeg skal her først oppsummere 6 ulike adaptasjoner av GIM-terapien og så avslutte med refleksjoner om musikkvalg, hjemmearbeid, terapeutens forståelse og hvor ofte klienter med smerte skal ha terapi. Jeg kommer med oppsummerende antagelser om hvordan GIM kan tilrettelegges for klienter med smerte.

1. Avspenning: GIM kan tilrettelegges så målet for timen blir en dyp avslapning. Å finne frem til en viss grad av avspenning er essensielt for å kunne jobbe med noen av de andre metodene.
2. Kroppen: Musikk og imageopplevelsen i GIM kan hjelpe klienten til å få en større kroppsbevissthet og terapeuten kan guide med en spesifikk intensjon om større kroppsfokus.
3. Distrasjon: Musikk og smerte er begge komplekse fenomener som engasjerer det meste av hjernen og påvirker hele kroppen. Musikken kan brukes som distrasjon vekk fra smerten. Hjernens kan bare være opptatt av en begrenset mengde med stimuli. Musikk og smerte konkurrerer om oppmerksomheten, og musikken kan vinne denne oppmerksomhetskampen, så smerten under musikklytting forsvinner.

4. Konfrontasjon, kommunikasjon og transformasjon: Kroniske komplekse smerter har i motsetning til akutte ikke noen umiddelbar hensikt. Akutte smerter vil snakke til oss og kommuniserer lynrask. De vil advare oss og gi oss beskyttelse. Ved kroniske smerter er det ikke lenger fare eller behov for beskyttelse. Tvert imot trenger klienten å fortsette å være aktiv og engasjert i livet. Allikevel kan den kroniske smerten hos den enkelte ha noe å si. Problemet kan være at det ikke lenger er noen som lytter til eller forstår smertesignalene. GIM kan brukes til å gi smerten plass til å fortelle sin historie. Når klienten er parat, kan GIM-terapeuten legge til rette for en musikkreise som inkluderer et direkte fokus på og transformasjon av smerten ved å bruke spesielle verbale intervensjonen under musikklyttingen (Se 1.6.6.2).

5. Følelser: Smerter har en emosjonell komponent. Musikk handler også om følelser. Klienten kan få plass til å gjenoppta kontakt med sitt emosjonelle jeg ved å oppleve ulike følelser sammen med musikken. Større kontakt med følelser vil igjen bringe en større kroppskontakt, da følelser merkes i kroppen.

6. Healing og det kognitive: En smerteopplevelse vil alltid ha med seg en kognitiv vurdering. Ved kroniske smerter er mange av klientens egne vurderinger negative og uten hensikt. Disse kan omskrives under eller etter musikkreisen. Klient og terapeut kan sammen avtale å bruke ulike positive images under musikkreisen. Klienten kan forestille seg behagelige opplevelser gjennom ulike visualiseringer. Terapeuten er her mer styrende enn i The Bonny Method og kan oppfordre klienten til å danne positive bilder under selve musikkreisen, eller klienten kan selv spontant skape disse images underveis sammen med musikken.

Musikk som egner seg er musikk anvendt innenfor GIM-tradisjonen. Det må i hver enkelt time nøye kartlegges hvilke grad av utfordring musikken skal ha. Mange smerteklienter vil foretrekke musikk som er trygg, sikker og forutsigbar. Lisa Summers (2009a) utvelgelsesteknikk kan anvendes for å sikre at musikken best mulig illustrerer klientens situasjon og behov (Se 1.6.3.1). Klienten kan også få anledning til å velge selv ved f.eks. å høre på de første 20 sekunder av 3 stykker som terapeuten mener er gunstige. Å velge selv kan gi klienten en følelse av trygghet og kontroll.

Valg av induksjon skjer ut fra klientens toleranse og preferanser og avstemmes i forhold til besluttet fokus for musikklyttingen. Hjemmearbeid, i form av musikklytting, kan være en mulighet så klienten lærer gode avspenningsteknikker og blir mer fortrolig med å bruke musikk terapeutisk. Hjemmearbeide skal ikke dyttes på klienten eller være et krav, men det er svært gunstig hvis klienten selv klarer å bruke musikk til smertemestring spesielt etter at terapien er avsluttet. GIM-behandlingene avtales ukentlig eller hver 14. dag avhengig av klientens behov.

## **2. METODEVALG**

I dette kapitlet presenterer jeg valg av metode og forskningsdesign og kommer med etiske refleksjoner. Jeg definerer inkluderings- og ekskluderingskriterier og forteller om valg av informanter. Jeg beskriver rekrutterings- og datainnsamlingsprosessen og hva som ligger til grunn for datamaterialet. Jeg forteller om prosessen med å bearbeide data og definerer datasettet.

### **2.1 Design, "mixed method"**

Min forskning er et studium som kan peke i en ny retning for hvordan det kan jobbes i GIM-terapi med klienter med komplekse kroniske smerter. Intervensjonen i denne oppgaven er modifisert GIM-terapi, som den er beskrevet i avsnitt 1.7.

Dette er både en kvalitativ og en kvantitativ undersøkelse. Forskningsmetoden "mixed method" med "embedded design" ble anvendt som beskrevet i avsnitt 1.2. Den kvalitative utforskningen var fleksibel og utformet slik at den kunne endres underveis i forløpet. Det kvantitative supplement ble forutbestemt og kunne ikke endres. Sammenstillingen av kvalitative og kvantitative data var fleksibel og kunne endres underveis.

### **2.2 Deltakere**

Jeg inkluderte frivillige deltakere, voksne mellom 18 og 65 år med uspesifikke kroniske smerter, som var tilgjengelig for GIM-terapi i en periode på 16 uker. De deltok i et inntaks- og informasjonsmøte og var tilgjengelig for en kort telefonsamtale 6 uker og 3 måneder etter avsluttet behandling. Det er etisk viktig å overveie hvor mye informasjon informantene trenger om forskningsstudiet. For lite kan gjøre at deltakerne villedes. For mye informasjon kan gjøre at informantene ledes og styres mot spesifikke svar.

Det er viktig å se på etiske elementer ved forskningen og spesielt å respektere hver enkelt deltakers integritet og rett til selv å bestemme. Deltakernes velbefinnende og personlige behov settes i sentrum. Deltakere i studiet var frivillige som, hvis de ville, når som helst kunne avbryte GIM-terapien. De fikk grundig skriftlig informasjon og muntlig redegjørelse for prosjektet, så de forstod hva de sa ja til (se vedlegg 2 for deltakerinformasjon). Terapien var gratis. Konfidensialiteten til den enkelte ble beskyttet. Det ble laget taushetsplikt- og

samtykkeerklæringer og forskningen ble godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datateneste (Se vedlegg 3).

Alt innsamlet skriftlig og digitalt materiale fra terapien ble låst inne når det ikke var i bruk og ble destruert ved avslutning av prosjektet. All digital data ble lagret med kryptering på en ekstern minnebrikke. All data som ble brukt i selve masteroppgaven ble anonymisert. Taushetserklæring, deltakersamtykke og informasjon om deltakers navn og telefonnummer ble låst inne i et annet skap og et annet rom enn der hvor datamaterialet befant seg.

Ulemper, risiko ved eller skadevirkning av GIM ble vurdert til å være lav. Som GIM-terapeut tilrettela jeg terapien ut fra individuelle behov og ønsker og respekterte den enkeltes grenser. Musikkvalg og intervensjonsmetoder ble vurdert kontinuerlig gjennom hele forløpet. Det ble vurdert at deltakere kunne ha mange fordeler ved deltakelse og kanskje kunne oppleve bedre smertemestring.

### 2.2.1 Inkluderingskriterier

Inkludert i studiet er deltakere som har hatt kroniske smerter i minst 6 måneder. Opprinnelig var planen at deltakere maksimalt skulle ha hatt smerter i bare 2 år, men jeg fikk ikke noen henvendelser og forkastet dette kriteriet. Studiet er ment å inkludere deltakere som ved besøk hos lege eller neurolog fant at smerten ikke skyldes noen påviselig fysisk sykdom. Sår og skader er helet. Deltakere skal ha smerter som ikke kan tilskrives en kjent, veldefinert somatisk sykdom eller skade, eller den utløsende sykdommen eller skaden er fullstendig helbredet. Det er idiopatiske eller funksjonelle smerter. Smertene er så store at det nedsetter deltakers livskvalitet så mye at det begrenser mulighet for å delta i familie-, fritids- og arbeidsliv. Ifølge Fink og Birket-Smith (2013) passer komplekse kroniske smerter inn i den nye diagnosen: Bodily Distress Syndrom (BDS). BDS er en diagnose som ikke brukes medisinsk, men er meget brukt i forskning (Fink & Birket-Smith, 2013).

Deltakeren skal ha 3 av følgende symptomer for å passe til diagnosen BDS: Smerter i armer. Smerter i ben. Muskelsmerter. Leddsmerter. Ryggmerter. Smerter som flytter seg. Ubehagelig lammelsesfølelse eller føleforstyrrelser i deler av kroppen. Deltakeren kan ha 3 av følgende symptomer: Konsentrasjonsvansker, hukommelsesbesvær, tretthet, hodepine eller svimmelhet (Fink & Birket-Smith, 2013). Disse kriterier brukte jeg for å utforme spørsmål i den innledende telefonsamtalen (se vedlegg 4).

### 2.2.2 Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriterier er tidligere psykiatrisk behandling, stort røyke- og alkoholforbruk eller bruk av narkotika. Jeg planla å utelukke deltakere med akutt sykdom, akutte smerter, kreft, gikt eller annen alvorlig sykdom, PTSD (som f.eks. krigstraumer, seksuelt misbruk) eller psykiatrisk sykdom og innleggelse.

Det viste seg meget vanskelig å få tak i deltakere, derfor ble jeg etter hvert mindre og mindre streng i mine ekskluderingskriterier. Jeg inkluderte informanter som både hadde idiopatiske smerter og smerter som direkte skyldes fysiske sykdommer.

Det var også umulig fullstendig å ekskludere PTSD og psykiatrisk sykdom. Noen deltakere var ikke bevisst sine traumatiske opplevelser. Andre fortalte ikke i forsamlingen om sine psykiatriske problemer.

Det ble så vanskelig å rekruttere deltakere at jeg endret teksten i rekrutteringsfolderen fra "kroniske smerter uten kjent medisinsk grunn" til "kroniske smerter" (se vedlegg 5). Etter denne endringen fikk jeg nok henvendelser.

Alle disse endringene gjorde den utvalgte gruppen heterogen og smertebildet ble mye mer sammensatt og komplekst enn opprinnelig tenkt.

### 2.2.3 Rekrutteringsprosessen

Rekrutteringsprosessen begynte 25.11.2015 og ble avsluttet 4.4.2016. Jeg tok kontakt med mange ulike aktører: Smerte- Medisinsk Institutt, Majorstuen, Avdeling for smertebehandling (Oslo universitetssykehus), ulike terapeutkollegaer, Norges Migreneforbund, Ryggforeningen i Norge, Lærings- og mestringssenteret på Bærum sykehus, Foreningen for kroniske smertepasienter, og Norges Fibromyalgi Forbund. Jeg la informasjon hos fastleger, yoga- og Chi-Gong sentre og på biblioteker.

### 2.2.4 Utvelgelse, egnede deltakere

Potensielle deltakere kontaktet meg på telefon eller e-post. Jeg arrangerte et kortere telefonintervju for å vurdere den enkelte potensielle deltakers egnethet. (Se vedlegg 4). Hvis den enkelte oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene inviterte jeg vedkommende inn til en forsamling. Jeg undersøkte om personen så ut til å dra nytte av GIM-terapien. Jeg utførte

en kort lytteøvelse, som ikke var terapeutisk. Deltakeren fikk velge mellom 3 korte musikkstykker<sup>2</sup>. Lytteøvelsen ble tilrettelagt så den kartla deltakerens evne til imagedannelse og mentalisering. Dette var for å få et inntrykk av informantens indre ressurser. Jeg prøvde å vurdere om informantene kunne se seg selv utenfra og om de kunne danne images. Jeg prøvde å vurdere om de kunne bruke musikken slik at deres images ikke forble statiske. Kunne de bruke musikken som inspirasjon? Var det bevegelse og forandringer i deres images? I tillegg spurte jeg om deltakernes VAS-nivå (se avsnitt 2.4 og vedlegg 6). Møtet handlet også om å gi detaljert informasjon om forskningsstudiet og få samtykke (se vedlegg 2).

Jeg fikk i alt 13 henvendelser hvorav jeg ekskluderte 6. Fra 8 telefonintervju ekskluderte jeg 1. Alle 4 som kom til for samtalen ble inkludert i studiet. Jeg satte 3 på venteliste. En informant dukket ikke opp til selve terapien, men avlyste mange ganger. P.g.a. tidspress ekskluderte jeg vedkommende og inkluderte en deltaker fra ventelisten.

### **2.3 Prosedyre**

GIM-terapien var inspirert av og tilrettelagt ut fra avsnitt 1.7. GIM-terapi ble utført for 4 informanter. Jeg valgte en dynamisk GIM-metode som ut fra min kliniske praksis også underveis ble modifisert og videreutviklet. Jeg var i timene oppmerksom på hvilken intervensjon jeg valgte under musikklytting. Deltakerne fikk utlevert musikklistor på CD eller USB-nøkkel og ble invitert til å velge og lytte til musikk hjemme, gjerne uforstyrret og i en behagelig sitte- eller liggestilling (Se vedlegg 7).

### **2.4 Datainnsamling, transkripsjon og datamaterialet**

Datainnsamlingen begynte 18.12.2015 og ble avsluttet 19.9.2016.

De kvalitative data ble samlet inn på 4 fronter:

1. Mine egne notater fra GIM-terapitimene.
2. Transkripsjonen fra informantens opplevelser under musikklyttingen.
3. Elektronisk foto av informantens Mandala.
4. Mine notater mellom GIM-timene.

---

<sup>2</sup> De 3 musikkstykker var: Alessanda Celletti: Turfan; Vaughan Williams: Fantasia on Greensleeves og Geirr Tveitt: Velkomne med æra.

Den samlede transkripsjonen som genererte det kvalitative datamateriale fant sted kontinuerlig våren 2016. Transkripsjonen begynte allerede i det første møtet med deltakeren. De håndskrevne notater fra timene ble ofte skrevet inn på PC rett etter en sesjon, eller mellom sesjonene. Å omsette talespråk til skriftspråk er problematisk (Kvale & Brinkmann, 2009). Transkripsjonen er bare en indirekte og begrenset gjengivelse av den virkelighet som finner sted mellom terapeut og klient. Den er ikke virkeligheten. En del beskrivelser og meninger er gått tapt i omskrivninger og filtreringer. Når muntlig tale omsettes til skriftlige ord, skjer det alltid en fordreining. Det er umulig å få med alt det som sies i samtalene. Det er heller ikke mulig å få med de nonverbale sider av kommunikasjonen, noen få er dog notert. Jeg valgte bort lydopptak, da det å lytte til og transkribere 31 sesjoner (ca 60 timer) er en uoverkommelig oppgave innenfor en masteroppgave. Jeg valgte bort videoopptak fordi dette påvirker terapisisituasjonen vesentlig. Jeg ville studere GIM på en naturalistisk måte.

De kvantitative data ble samlet inn ved at deltakerne noterte sitt smertenivå under forsamlingen, ved begynnelse og avslutning av hver enkelt time, samt 6 uker og 3 måneder etter avsluttet forløp. Smertenivået ble notert skriftlig på en skala fra 0 til 10, hvor 0 representerer ingen smerte og 10 representerer den verst tenkelige smerte (se vedlegg 6). Dette kalles en Visuel Analog Scale (VAS). Den er enkel å administrere og har vært mye brukt i tidligere forskning. Den har vist god validitet og reliabilitet (Jensen & Karoly, 2001). For å få data 6 uker og 3 måneder etter avsluttet forløp tok jeg telefonisk kontakt.

#### 2.4.1 Datainnsamlingsprosessen

Den kvalitative datainnsamlingen var langvarig og tidkrevende. Den påvirket meg både psykisk og fysisk. I begynnelsen merket jeg psykiske spenninger nærmest som fysiske ubehag i hals og bryst. Mot slutten hadde jeg lettere smerter i ryggen. Rett før avslutning var jeg tappet for energi og ganske utslitt. Samtidig var dette også en gavepakke som gjorde det både nødvendig og mulig for meg å konfrontere og hele egne ubalanser.

## 2.5 Databearbeiding

#### 2.5.1 Kvantitativ databearbeiding

Jeg så på effekten av GIM-terapi for hver enkelt deltaker. Jeg gjorde dette ved å se på forandring av VAS-nivå over tid:



- a) fra før og etter hver behandling
- b) fra forsamtale til 6 uker etter avsluttet forløp
- c) fra forsamtale til 3 måneder etter avsluttet forløp

Den utleverte VAS-skala er delt inn i 10 nivåer. Flere deltakere satte merker mellom strekene. Derfor registrerte jeg smertenivå på en skala fra 1 til 100, ikke bare fra 1 til 10. Jeg så ikke på den samlede forandringen i smertenivå da jeg bare hadde 4 deltakere. Jeg laget en enkel beregning av den gjennomsnittlige smertereduksjonen for alle 31 sesjoner (se vedlegg 8: VAS-resultater, numerisk verdi).

### 2.5.2 Det kvalitative datasettet med flow chart

Det kvalitative datamateriale ble på 168 sider inklusive notater fra telefonintervjuer og forsamtaler. Det er for stort. Med så mange sider er det krevende med en kvalitativ dybdeanalyse og analysen kan bli overfladisk. Derfor brukte jeg de kvantitative resultatene som en hjelp til å innsnevre materialet og danne datasettet. Jeg tok med tekst fra datamaterialet som inneholdt mulighet for å få svar på mine forskningsspørsmål. Derfor valgte jeg bort mandalategninger. Å analyse mandala er et stort arbeid, og selv om mandala gir informasjon om terapien, gir de ikke nødvendigvis svar på mine spørsmål.

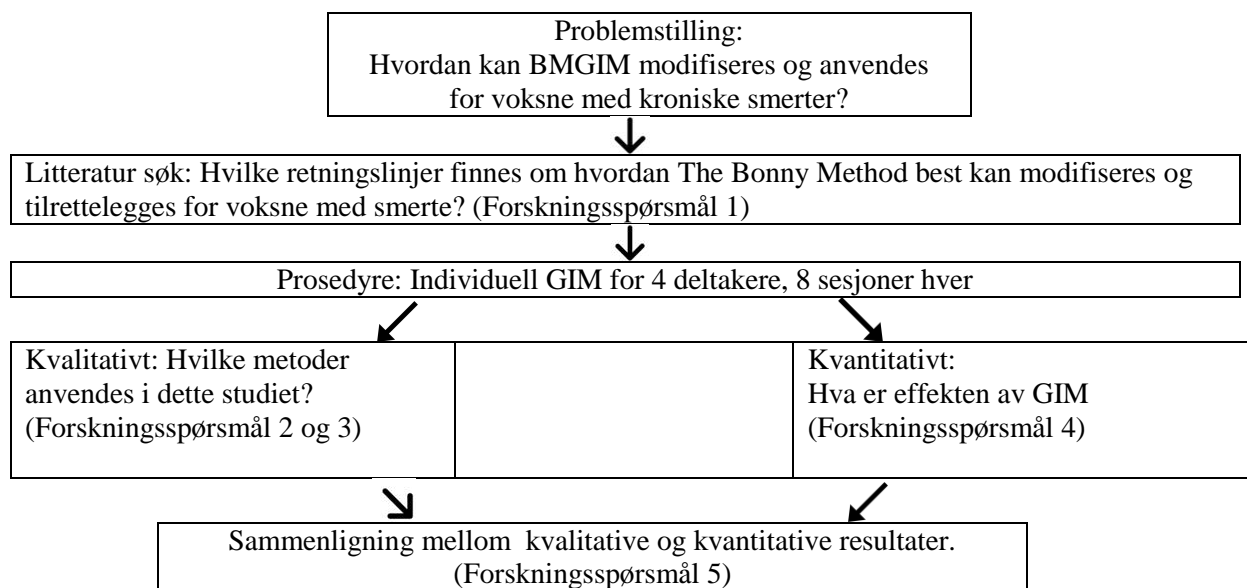
Jeg foretok en tverrgående analyse ved å se på utvalgte sesjoner på tvers av informantene. Jeg valgte i alt 12 sesjoner. Dette dannet datasettet. Jeg valgte de 5 sesjonene som hadde størst VAS-reduksjon. Jeg valgte de 5 som hadde minst reduksjon og jeg valgte de 2 sesjonene hvor deltakeren hadde mer smerte ved slutten av timen:

1. VAS-reduksjon på mer enn 2. (Marie<sup>3</sup> sesjon 2 og 6; Sofie sesjon 2; Kurt sesjon 5; og Tone sesjon 2).
2. Ingen VAS-reduksjon eller VAS-reduksjon på under 1/2. (Sofie sesjon 1 og 3; Kurt sesjon 1 og 2; og Tone sesjon 6). Jeg tok ikke med de 3 timene hos Marie hvor det ikke var endring i VAS, da smerten i utgangspunktet var 0 eller 1. (Sesjon 3,5 og 8).
3. Større smerte etter sesjonen enn før sesjonen. (Marie sesjon 4 og 7).

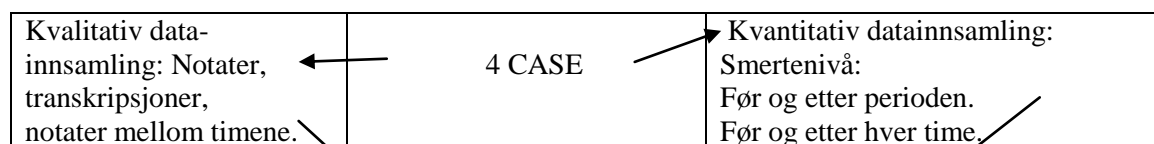
Dette ga et datasett på 55 sider, som jeg printet ut. Her er en samlet grafisk oversikt over min forskningsmetode og mine prosedyrer:

---

<sup>3</sup> Se forklaring på fiktive navn i avsnitt 3.2.



**Prosedyre nivå:**



Kvalitative resultater	Kvalitativ analyse: Hvilke intervensjoner og metoder brukes i studiet?	Enkel kvantitativ analyse: Smertenivåer settes inn i søylediagrammer.	Kvantitative resultater
	Prosedyretriangulering: Metoder brukt ved størst smertereduksjon i timen. Metoder brukt ved minst smerteendring i timen. Metoder brukt ved størst smerteøkning i timen.		
	KVAL + kvan ("embedded design"). "Mixed method" syntese og diskusjon av resultater.		

**2.5.3 Den kvalitative analysemetoden**

Min tilnærming i dette studiet er utforskende, da det er skrevet lite om emnet og området er komplekst. I min utforskning velger jeg en hermeneutisk forståelsesramme. Denne innfallsvinkel er ofte anvendt i psykotераpeutisk forskning og egner seg til å studere komplekse fenomener. Hermeneutikk handler om å forstå, finne mening, tolke og forklare

menneskelig eksistens og er mye brukt som et prinsipp i fortolkning av samtaler og tekster. Å være bevisst og kunne definere sin egen forforståelse er essensielt i hermeneutikken (se avsnitt 1.7 for essensen av min forforståelse) (Kenny, Jahn-Langenberg & Loewy, 2005).

I stedet for bare å ta utgangspunkt i 1.7, så jeg først på hva som fant sted i de utvalgte timer. Min forforståelse er selvfølgelig med meg, jeg leste materialet ut fra den viten jeg beskrev i kapittel 1, men var åpen for nye oppdagelser i materialet. Jeg brukte en abduktiv tilnærming i analysen. For å komme frem til mine resultater benyttet jeg både eksisterende teori og informasjonen fra datasettet. Teorien er nødvendig for å forstå materialet, og samtidig kan teori oppstå gjennom dataanalysen (Malterud, 2013; Douven, 2016).

Først leste jeg gjennom utvalget for å danne meg et overblikk. Jeg skrev ned spontane kommentarer i teksten og understreket det som jeg syntes var spesielt interessant eller relevant. På et separat stykke papir skrev jeg så ned generelle kommentarer til hver tekstenhet, ikke til spesifikke momenter. Jeg leste så datasettet igjen. Nå skrev jeg notater og kommentarer på separat papir direkte knyttet til spesifikke elementer. Så leste jeg teksten en tredje gang på samme måte som andre gang. Nå hadde jeg 4 tekster. Datasettet og 3 fortolkninger. Jeg sammenfattet disse. Til sist så jeg på materialet på nytt med utgangspunkt i de opprinnelige kategoriene.

### 3. RESULTATER

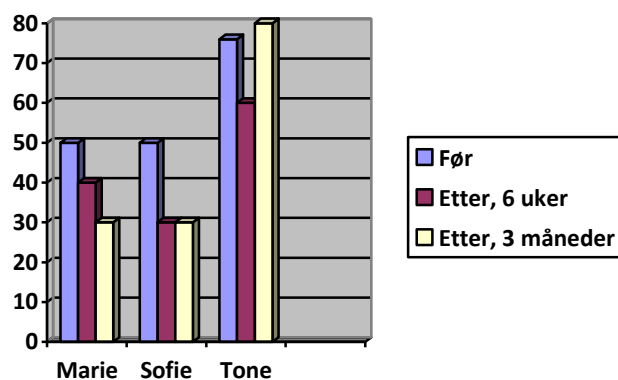
I dette kapitlet presenterer jeg mine funn. Informantenes karakteristika beskrives. De kvantitative resultatene illustreres i søylediagrammer. Kvalitative resultater presenteres både generelt og med sitater fra deltakere. Først presenteres metoder brukt ved mest smertereduksjon, så ved minst, og så ved økning av smerte. Endelig sammenstilles metoder brukt i datasettet med metoder beskrevet i avsnitt 1.6 og 1.7.

#### 3.1 Populasjon

Populasjonen består av 4 deltakere. Aldersfordelingen er mellom 45 og 64 år. Informantene består av en mann og tre kvinner, alle norske. To av deltakerne er langtidssykmeldte, den ene i 2 år, den andre i 1 1/2 år. De to andre har ikke jobbet på over 8 år. De idiopatiske smertene har eksistert mellom 3 og 25 år. Deltakerne har en del andre sykdommer. Samlet sett er disse: psoriasis, lichen, ulike reumatiske sykdommer, utmattelse, fibromyalgi og astma. Knyttet til disse lidelsene har deltakere hatt spesifikke smerter i mellom 25 og 35 år. Tre av informantene får 8 sesjoner hver og gjennomfører de planlagte oppfølgingsamtalene 6 uker og 3 måneder etter avsluttet forløp. Den fjerde deltakeren får 7 sesjoner, men avlyser mange møter, også den 8. sesjonen. Pga sommerferie og tidspress er det ikke mulig å arrangere et siste møte. Vedkommende svarer ikke senere på telefonkontakt 6 uker og 3 måneder etter terapien.

#### 3.2 Kvantitative resultater

Smertenivå for VAS for deltakere før og etter terapiforløpet:

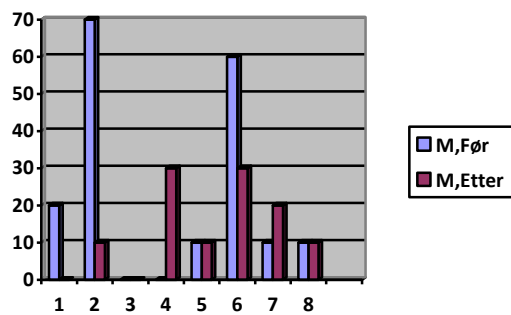


Den vertikale linjen representerer VAS smertenivå. Tabellen er laget fra 0 til 100, i stedet for fra 0 til 10, da flere deltakere satte merke mellom de opprinnelige inndelingene (f.eks. 7,5). De ulike fargene representerer ulike tidspunkter: Blå= Før terapien begynner. Rød= 6 uker etter at terapien er avsluttet. Hvit= 3 måneder etter avslutning. Jeg dikter opp navn for hver enkelt deltaker. Jeg har ikke data for måling 2 og 3 for Kurt, derfor har jeg utelatt ham fra dette diagrammet. Jeg har ikke beregnet et metrisk gjennomsnitt, da jeg bare har 3 deltakere.

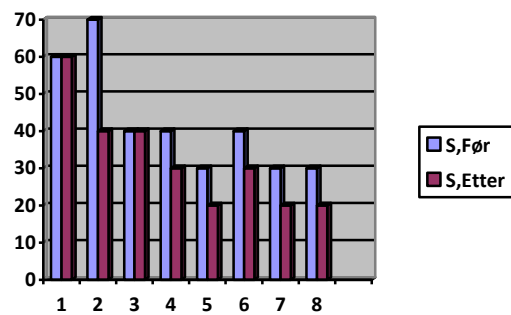
Smertenivå for VAS for hver enkelt deltakere før og etter hver GIM-time:

Vertikalt vises VAS-nivå. Horisontalt vises de enkelte sesjoner. Den blå søylen viser VAS smertenivå før timen. Den røde søylen viser VAS smertenivå etter timen.

VAS for Marie før og etter hver GIM time:

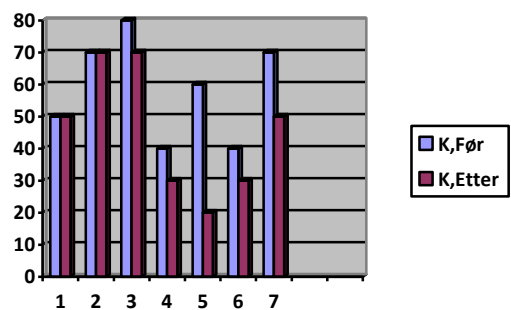


VAS for Sofie før og etter hver GIM time:

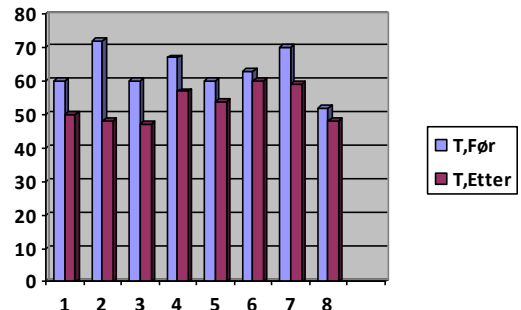


NB: Det vises ikke tydelig at Marie har VAS-nivå 0 i time 1 (etter), time 3 (før og etter) og time 4 (før).

VAS for Kurt før og etter hver GIM-time:



VAS for Tone før og etter hver GIM-time:



Det er en samlet gjennomsnittlig reduksjon i smertenivå på 10,3 for de 31 sesjonene. Det vil si at hver deltaker gjennomsnittlig går ned ett trinn på den opprinnelige numeriske smertenivå VAS-skala. Med bare 31 sesjoner har resultatet ikke statistisk signifikans.

### 3.3 Kvalitative resultater

#### 3.3.1 Analyse av sesjoner med mye smertereduksjon

Her er faktorer som kan ha medvirket til stor reduksjon i VAS (nedgang fra 2 til 6).

##### Forberedelse til timen

Terapeuten har en plan før timen spesielt med hensyn til musikk og induksjonsmuligheter. Hun har en ide om og er bevisst på hvilken musikk som kan egne seg for den enkelte. Hun har en forestilling om hvem deltakeren er og hva deltakeren trenger, men er samtidig fleksibel og åpen over for deltakerens egne ønsker for timen. Terapeuten prøver å forstå og forestille seg hvordan den enkelte opplever sin smerte.

##### Forsamtalen

Terapeuten formulerer gode spørsmål i den innledende samtalen:

*En deltaker<sup>4</sup> klager over store smertefulle utslett på hendene og terapeuten spør: [Hva har huden bruk for i dag] Deltaker svarer: "Den trenger lindring. Jeg må snu dette. Jeg har vondt i hodet om natten." [Hva kunne du tenke deg at musikken kunne gjøre for deg i dag] "Jeg vil gjerne bli løftet opp av musikken."*

Terapeuten forhører seg om informantens kroppsopplevelse før musikklyttingen begynner og hjelper deltakeren til også å identifisere sine ressurssteder i kroppen. *Når en deltaker bare forteller om negative og smertefulle steder i kroppen, inviterer terapeuten deltakeren til også å fortelle om sine ressurssteder.*

Det definerte fokus for musikklyttingen er personlig, relevant og tydelig.

---

<sup>4</sup> Jeg nevner ikke deltakeren med det oppdiktede navn fra de kvantitative resultater. Dette er ikke nødvendig for forståelsen. Utelatelsen høyner anonymiseringen.

## Musikkvalg

Terapeuten gir seg god tid til musikkvalget. Terapeuten lytter til musikk på høretelefoner mens deltakeren beveger seg i rommet, går på do eller ligger ned og forbereder seg på avspenningen.

Musikkvalg avpasses den enkelte deltakers preferanser, personlighet og stil. *En deltaker trenger musikk med rytmisk kraft, energi, bevegelse og lav intensitet. Her brukes Jan Johansson: Bandura, Johann Pachelbel: Kanon i D-dur og Johan Sebastian Bach: Konsert for to fioliner, Largo.*

*En annen trenger musikk som er myk, mørk og litt maskulin, en slags kroppsmusikk med bratsj, cello, og i hvert fall ikke lyse fioliner. Her brukes Johan Sebastian Bach: Juleoratoriet, Johann Pachelbel: Kanon i D-dur og Carl Stamitz: Cello konsert i G-dur, nr 1, andre sats(romanse: andantino).*

Det første musikkstykket passer godt til deltakerens situasjon og beskrivelser fra forsamlingen. Musikkvalget henger sammen med forsamlingen, fokus og åpningsbildet. Terapeuten er bevisst om og kan begrunne sitt musikkvalg. *F. eks. illustrerer Johan Sebastian Bach: Juleoratoriet deltakerens uro. Stykket har mange ulike instrumenter, men har også en gjennomgående lys tone som passer til de positive fremskrittene deltakeren har hatt siden siste møte.*

Musikk med både dur og moll gir plass til ulike følelser, skaper bevegelse og kontraster, og støtter opp om deltakerens egen prosess. *En deltaker forteller i intervjuet at hun ikke liker musikk i moll, det er så trist. Allikevel viser hun god toleranse for musikk som begynner i dur, men har midtstykket i moll. Hun klarer å bruke musikkens "triste" deler til å bearbeide sorg og bruker durdelene til å gi seg selv et løft. F. eks. brukes Christoph Willibald Gluck: Tanz des gesegneten Geistes.*

Det samme musikkstykket gjentas så lenge stykket støtter opp om deltakerens images. Terapeuten er lydhør overfor deltakerens behov og opplevelser. Stykket gjentas til images i musikkreisen kommer til en naturlig avslutning eller til det er behov for annen musikk.

## Induksjon

Induksjonen virker tett på behov og beskrivelser fra forsamtalet og passer til den enkelte deltaker. Induksjonen er en naturlig forlengelse av forsamtale og definerte fokus, og er en god overgang til musikklyttingen.

*En deltaker er anspent, føler hun svever over madrassen og fokus er "å komme ned."*

*Induksjonen er: Å få kontakt med madrassen, den holder og bærer deg, gi plass til å synke litt ned i madrassen.*

*En deltaker er urolig, klarer ikke sitte stille, ønsker å roe seg ned og er veldig visuell.*

*Induksjonen "Kulen" velges fordi den er visuell og fordi deltakeren blir invitert til å forestille seg en kule, som beveger seg rundt til ulike steder på kroppen. Terapeuten bruker forestillingen om en kule, som kan gi opplevelse av ro og som hjelper informantene med å gi slipp.*

Induksjonen er relevant i forhold til smerteproblematikken. Den både illustrerer smerten, men skaper også løsningsmuligheter. Den møter deltakeren i hennes egen beskrivelse av sin smerte. *En deltaker forteller at hun har et mønster med ubevisst å spenne musklene. Disse spenningene utvikler seg til migrene. Spenn / Gi slipp induksjonen illustrerer disse spenningene, men tilbyr også en mulig løsning, nemlig å gi slipp.*

Induksjonen starter det sted i kroppen som deltakeren selv opplever som en ressurs. *En deltaker forteller om voldsomme hode- og magesmerter, men har gode fornemmelser i føttene. Derfor begynner induksjonen her.*

## Intervensjoner

Terapeutens guiding og verbale intervensjoner under musikklytting virker tett på. De er ikke dirigerende, men kan best beskrives som klientsentrert. Agendaen er å følge den reisende helt nært og støtte opp om følelser og kroppsopplevelser.

Terapeuten undersøker deltakerens følelser [*hvordan har du det*] og gjør det konkret [*hvor er du*]. Terapeuten kopler deltakerens følelser ikke bare til kroppen generelt, men til bestemte steder i kroppen. [*Kjenner du denne følelsen i kroppen*] og [*Kunne du si noe om hvor i*



*kroppen*]. Hun inviterer deltakeren til å gi plass til de positive følelser i kroppen. [*Gi plass og tid til denne letthetsfølelse*].

Når noe oppleves vanskelig, prøver terapeuten å inkludere musikken og hjelper deltakeren med å ta vare på seg selv: [*Hva trenger denne sorgen hvis den kunne få hva som helst fra musikken*].

Når en deltaker opplever sterke smerter under forsamlingen blir formulering av intervensjoner under musikken ressursfokuset. Her er det for lite energi til å konfrontere smertene direkte. *En deltaker forteller om vondt i hodet og får samtidig en sitrende fornemmelse i brystet. Terapeuten fokuserer ikke på smertene, men sier: [Kunne du være i stand til å beskrive den sitrende fornemmelsen i brystet] "Akkurat som du har drukket noe som bobler."*

I stedet for å dytte henne vekk fra tankespinn, la terapeuten deltakeren bli i sine tanker og inviterer henne til å ta tankene med inn i musikken: "*Jeg driftet litt bort i tanker*" [*Ta tankene med inn i musikken*].

Når det er få images og bare kroppsspenninger, inviterer terapeuten deltakeren til å visualisere spenningene: [*Har spenningene en farge, en form*].

Ved irritasjon og sinne overfor musikken, oppfordrer terapeuten deltakeren til dialog: [*Er det noe du har lyst til å si til musikken*].

Det er invitasjon til et her og nå fokus: *En deltaker sier: "Jeg kan besøke venner som gir meg god energi" [Merker du energien nå] "Den var med musikken" [Ta den energien du kan fra musikken]*.

Det er mange direkte kroppsintervensjoner som: [*Hvordan kjennes det i kroppen*] [*Hvor i kroppen*] [*Er det noe kroppen trenger*] [*Ta musikken med inn til den lette følelsen du har i kroppen*] [*Kjenner du på følelsen av å være verdsatt i kroppen*] [*Hvordan kjennes det i brystet*] [*Har varmen en farge og en form*].

### Samtalen etter musikklytting

En deltaker lærer å begrense seg og finner ut at det er best bare å lytte til musikk hjemme i 15-20 minutter, ellers er musikklyttingen med på å forsterke smertene.

Noen deltakere har tanker om det å tenke hele tiden:

*En deltaker forteller at hun ikke klarer å skru av men forblir på. Det å sette grenser overfor andre handler ikke om å sette opp en vegg, men om å kunne gi slipp på ansvaret. Det er en mekanisme som skal skapes i henne selv.*

*En annen sier: "Når jeg går inn i musikken, så kan jeg slippe det å være på og tenke. Jeg kan slippe det. Jeg er ikke god til å være snill mot meg selv."*

Smertereduksjonen beskrives av flere som en bobleformelse:

*"Det bobler i kroppen. Det er som Farris inne i meg. Dette overdøver smerten i venstre side. Det tar over venstre side. En herlig følelse."*

*"Akkurat som du har drukket noe som bobler."*

*"Det bruser i venstre side, som champagne, selv om jeg ikke liker champagne. Jeg kommer til å bli full. En herlig opplevelse."*

### 3.3.2 Analyse av sesjoner med ingen eller lite smertereduksjon

Her er faktorer som kan ha medvirket til uendret eller meget liten nedgang i VAS (0 eller under 1).

#### Forsamtalen

Forsamtalen fyller mye. Vi forblir intellektuelle, kommer ikke frem til relevant fokus eller får med oss essensen av forsamtalen med inn i musikklyttingen. *En deltaker snakker så mye i preludiet at hun nærmest "snakker seg tom." Dermed forsvinner energien og intensiteten i det hun sliter med. Fokus blir meningsløst. Det blir ingen spenst eller kraft i reisen.*

#### Induksjoner

Terapeuten velger induksjoner som ikke passer til deltakernes sensoriske preferanser eller fokus. Induksjonen skal hjelpe klienten over i en lettere endret bevissthetstilstand (EBT), skape oppmerksomhet og konsentrasjon, være behagelig og gi passe avspenning. Den skal

ikke skape ubehag. *En deltaker er ikke parat til å fokusere på kroppen og forestille seg å "synke litt ned i madrassen og gi slipp." Hun har en negativ kroppsopplevelse, vil helst vekk fra kroppen og liker det visuelle. Å forestille seg en kule med en behagelig farge er her mer optimalt.*

### Musikkvalg

Terapeuten er ikke bevisst musikkvalget. Hun tar ikke deltakernes musikkpreferanser med inn i musikkvalget eller velger musikk som ikke passer til fastsatt fokus. Musikken er ikke relevant, den gir ikke støtte og energi til det deltakerne trenger å jobbe med. *F.eks. velger terapeuten Johan Sebastian Bach: Konzert für 2 Violinen und Orchester, d-Moll, BWV 1043, Largo ma non tanto, men skriver i sine notater at det er vanskelig å si hvorfor stykket ble valgt. Deltakeren forteller i forsamlingen at musikk generelt krever alt for mye av hennes tankevirksomhet. Hun føler seg også tom og hul innvendig. Bach-stykket blir for krevende. Stykket Spiegel im Spiegel (Arvo Pärt) hadde kanskje passet bedre.*

### Kroppen

Deltakere vil ikke merke seg selv og sin kropp. En deltaker sier: *"Jeg setter meg utenfor kroppen." "Jeg blir sint på kroppen." "Jeg ønsker ikke å kjenne etter."*

En annen deltaker beskriver sin kroppsopplevelse slik:

*"Jeg er ikke naturlig opptatt av kroppen. Jeg var veldig visuell når jeg jobbet på PC. Jeg glemmer kroppen. Da jeg hadde problemer med skulderen, så var jeg så fiksert på det jeg holdt på med på PC, jeg merket ikke min arbeidsstilling. Det visuelle overstyrte hva jeg hadde i kroppen. Jeg ønsker en helhetsopplevelse av kroppen. Vil gjerne kunne merke at jeg sitter feil."*

### Musikklytting gir ikke smertereduksjon, men mer fokus på selve smerten

En deltaker blir mer bevisst på sin smerte idet hun gir slipp. Hun merker tydelig sin smerte og sin egen sårbarhet i løpet av musikken. Smerten kan være et fysisk uttrykk for hennes egen psykiske sårbarhet. Samtidig kan smerten være en form for beskyttelse overfor den psykiske påkjenningen:

*"..... når jeg kommer i kontakt med de spenninger jeg har, så gir jeg litt slipp, det blir til rykninger i armer og ben. Idet jeg slapper av, så kommer smertene, ..... Det ligger på det*

*ubevisste planet. .... Når man slipper taket, så blir det ikke umiddelbart en smertelindring, men kan bety en sårbarhet."*

En annen deltaker opplever også mer fokus på smertene:

*"Prikkingen i hodet øker når jeg er i disse koseperiodene. Det er som om smerten sier: Du må ikke glemme meg..... Det som er rart er at selv om det var behagelig [musikklytting] så tar den lammende, prikkende fornemmelsen sin rolle."*

### Terapeuten klarer ikke å holde fokus

Terapeuten klarer ikke å være 100% til stede når en deltaker forteller om sine svært vanskelige og traumatiske smertehistorier. To andre ganger er hun sliten og lei all datainnsamlingen. Det ser ut som om musikkvalg og induksjoner ikke henger sammen med forsamtale og informantens her og nå situasjon. Det blir ikke kommunisert følelser, hverken i musikkreisen eller i samtalene.

### Bare samtale

Det er ingen smertereduksjon i den ene timen hvor det ikke er musikklytting (Kurts 1. sesjon)

### Ikke dialog under musikklytting

Det er ingen smertereduksjon når:

A: Musikklyttingen er utformet som en avspenning uten dialog (terapeuten ga deltakeren en lang induksjon under selve musikken)(Sofies 1. time).

B: Musikklyttingen består av to korte lyttesekvenser (på 2.09 og 1.57 minutter) helt uten guiding (Kurts andre time).

### Ta musikken med inn i kroppen

En deltaker klarer ikke å ta imot musikken og forestille seg å ta den inn i kroppen.

### Statiske images under musikklytting

Images under musikklytting er statiske eller flytter seg lite. Deltakere forholder seg passivt til sine images: *En deltaker ser en stor eng med røde valmuer: [Hvor er du] "Jeg står i utkanten og ser" [Har du lyst til å bevege deg litt lengre inn] "Jeg blir nok stående."*

## Intervensjoner

Det er ingen reduksjon i smerte i de 3 sesjonene hvor det ikke er verbale intervensjoner og dialog. Dette kan kanskje tyde på at sesjoner med dialog kan gi mer smertereduksjon enn timer uten denne dialogen.

I de andre to sesjonene med dialog under musikklytting mangler det fokus på følelser og kroppsopplevelser, eller timen var konfronterende og uten visuelle images:

*I den ene timen spør terapeuten først i 6. musikkstykket om hva deltakeren opplever i kroppen. Terapeuten får heller ikke i løpet av reisen tak i hva informanten føler.*

*Den andre timen består av konfronterende intervensjoner relatert til deltakerens smerteopplevelser. Det er her mange dirigerende intervensjoner som informanten ikke virker parat til å ta til seg. Det kan være at smerten blir sterkere under musikklyttingen og så demper seg etter hvert. Hun har ingen visuelle images under reisen.*

## Avsluttende samtale

Det virker som om en deltaker re-traumatiserer seg i måten informanten snakker om seg selv og sine smerter. Selv om musikklyttingen kan ha hatt en smertereduserende effekt, intensiveres smerten i den etterfølgende samtalen. Det virker som om deltakeren snakker seg frem til sine smerter.

### 3.3.3 Analyse av sesjoner hvor smerten øker

Denne analysen er fra 2 sesjoner hvor en deltaker (Marie) opplever større smerte etter timen. Smertenivået utvikler seg i den ene timen fra 0 til 7 og blir redusert til 3. Den andre gangen fra 1 - 8 - 2. Generelt skyldes økning i smertenivå at deltakeren i utgangspunktet har lav smerte (0 eller 1). Dette er medvirkende til at deltakeren har energi og mot til å konfrontere sine smerter. Vi jobber med å forstå smerten og forstå noe av årsaken til smerten. Idet vi fokuserer på smerten, blir smerten veldig sterk.

Smertenivåøkning kan også skyldes at terapeuten velger mer konfronterende og utfordrende musikk. Deltakeren forteller etterpå at stykket "Fläskkvartetten: Innocent" beskriver hennes smerte situasjon perfekt. Bruken av "Haydens Cello Konsert i C, adagio" (fra GIM-programmet: Caring) i den andre sesjonen skaper raskt svært vanskelige smerteopplevelser.

Induksjonen er begge ganger spenn / gi slipp, som nettopp setter i scene det denne deltakeren gjør, nemlig ubevisst å spenne sine muskler så mye at hun får migrene. Det interessante er at smerten i løpet av selve musikklyttingen i begge timene øker til et høyt nivå (VAS på 7 1/2 eller 8) for så å avta på slutten av musikklyttingen (til 3 eller 2). Således brukes musikkreisen både til å fremskaffe og merke smerter, men også til å dempe dem igjen. Deltakeren opplever tydelig i musikken hvordan hennes tankemønster er med på å skape migrene. Terapeuten er mer dirigerende i sine intervensjoner med en intensjon om å hjelpe henne både til å forstå smerten og til å redusere den når den blir for sterk.

Musikk som spesielt hjelper deltakeren under migreneopplevelsen er: Giacomo Puccini: Corò a bocca chiusa (Humming Chorus). Deltakeren sier i samtalen: *"Det med koret. Det var bra. Jeg var ikke alene. Det var noen som støttet meg. De forlangte ingenting. De bare var der. Veldig bra."* Carl Stamitz: Cello konsert i G-dur, nr 1, andre sats (romanse: andantino) fungerer også bra for deltakeren sammen med følgende intervensjoner:

*[Hvis du kunne få hva som helst fra musikken, hva trenger du] Surstoff, bevegelse, få tungen på plass [Gi surstoff til din venstre side] ....(hun puster dypt med magen) .....[Hva legger du merke til] Jeg greier å puste inn litt liv. [Ta musikken og pusten med inn til deg] .....[Kunne du forestille deg en farge som ville være god å ha hos deg] Rosa, det vet du [Forestill deg å ta den rosa fargen med inn til deg] ..... Nå har jeg varme i kroppen. Varmen sprer seg oppover. Det er godt. [Gi plass til at varmen kan spre seg sammen med musikken]*

(Carl Stamitz: Cello konsert i G-dur, nr 1, andre sats, repeteres):

*[Hva legger du merke til] At jeg har vært kjempekald, en begynnelse til migrene, og så er det over. [Hva mer] At jeg er heldig. Det bruser i venstre side. [Hvordan er det] Som champagne, selv om jeg ikke liker champagne. (tårer triller) [Gi plass til så mye av champagnen som du synes er behagelig] Jeg kommer til å bli full. En herlig opplevelse. [Du smiler] Jeg har det bra [Gi plass til å ha det bra] Dette er lørdagsgodt.*

### 3.3.4 Sammenligning mellom resultater og kategorier fra punkt 1.7

I det følgende har jeg analysert datasettet og utvalgte elementer fra datamaterialet ut fra kategoriene beskrevet i kapittel 1.

I hele datamaterialet er Avspenning bare brukt som intervensjon i 3 timer og medfører ingen(2) eller lite(1) smertereduksjon.

I datasettet bruker terapeuten mange "kroppsintervensjoner" for å skjerpe oppmerksomheten på hva som skjer i kroppen og for å hjelpe deltakeren til en større kroppsbevissthet. Musikken brukes ikke bevisst av terapeuten til distraksjon. Noen deltakere er overbevist om at de trenger å distrahere seg selv vekk fra smerten. Dette krever mye energi av den enkelte og ser ikke ut til å gi smertereduksjon i timene. En deltaker bruker distraksjon hjemme med gode resultater, men får så mye mer vondt dagen etter og er samtidig helt utslitt. En musikktime hvor denne deltakeren har god smertereduksjon, er også der hvor informantene ikke distraherer seg, men er bevisst på sine smerter og sitt traume. Terapeuten konfronterer ikke smertene, men hjelper heller ikke deltakeren vekk fra smerten. Terapeuten hjelper deltakeren med å fokusere på ressurssteder i kroppen og gi plass til ressursopplevelser.

Teknikken med konfrontasjon, kommunikasjon og transformasjon brukes i datasettet tre ganger. Det er terapeutens erfaring at dette fungerer best når smerten hos den enkelte er lav og det er nok energi til å tåle et direkte møte med smerten. Bevisstgjøring, kommunikasjon og uttrykk for følelser er sentralt for noen deltakere. Det er ikke spesielt fokus på healing og det kognitive. Positive visualiseringer avtalt i forsamlingen brukes ikke som et forsøk på å redusere smerten. Under selve musikkreisen hjelper terapeuten enkelte ganger deltakere med å danne images, som kan brukes til smertereduksjon.

Det kan ikke sies at noen induksjoner er mer smertereduserende enn andre. Når en induksjon passer med forsamlingen og deltakerens smertesituasjon, ser den ut til å ha bedre effekt.

En deltaker bruker hjemmearbeid flittig både under og etter endt forløp. Hun bruker CD-en med avspenningsinstruksjon og forteller at det har veldig god effekt. En annen deltaker opplever musikklytting hjemme som en form for re-traumatisering. Deltakeren klarer ikke å sette grenser for seg selv, og alt oppleves som et negativt ork. Det å lytte til musikk hjemme blir også en overdrivelse. Deltakeren sovner til musikken og våkner med mareritt. De andre to bruker ikke utlevert musikkmateriale. Flere deltakere i studiet forteller at de ikke lytter til musikk nå, men har gjort det før smertene begynte. Å lytte til egen foretrukket musikk er krevende, tar mye energi og noen ganger fremkaller dette smerter. Dette funnet understøttes av forskning (Gold & Clare, 2012). Dette kan kanskje forklare hvorfor det er så vanskelig å

rekruttere deltakere. Potensielle deltakere finner det ikke naturlig å bruke musikk til behandling da mange, etter flere år med store kroniske smerter, er holdt opp med å lytte til musikk.

#### 3.3.4.1 Hvor mye av The Bonny Method er modifisert?

Hvor mye skal The Bonny Method modifiseres for mennesker med alvorlige og kroniske smerter? I dette studiet ligger formen på GIM-terapien tett opp til The Bonny Method. Når det er god smertereduksjon, er musikkens lengde på ca 30 minutter. Hva som er den største forskjellen er den anvendte musikken og hvordan denne musikken velges.

Jeg har sett på musikkvalg for hele datasettet. Musikken har forholdsvis lav intensitet og er ikke vesentlig forskjellig om det er smertereduksjon eller ikke. Musikken er valgt innenfor den kategori med den enkleste og mest rolige musikken. Det er også anvendt enkelte litt sterkere musikkstykker fra GIM-programmer for nybegynnere (Se avsnitt 1.5.3-1.5.6). Hvis jeg anvender Wärja og Bonde's (2014) taksonomi, kan de anvendte stykkene beskrives som trygge (7), litt åpnende (15), undersøkende (35) og litt utfordrende (12). Det er ikke brukt GIM-programmer i datasettet.

I datamaterialet er det bare i 2 av de i alt 31 sesjonene brukt hele programmer uten at dette gir en stor smertereduksjon. I disse to timene opplever deltakeren musikken som litt for intens og litt ubehagelig. I forsamtaen velger alle informantene å lytte til musikk med forholdsvis lav intensitet. Det kan virke som om deltakerne i utgangspunktet trenger musikk med forholdsvis lav intensitet.

Terapeuten følger i 24 sesjoner Lisa Summers (2009a, kapitel 4) programmeringsmetode (se avsnitt 1.6.3.1). Det er nytt for terapeuten. Det tar noen ganger noe av oppmerksomheten vekk fra deltakeren. Terapeuten må tenke på hva neste stykke skal være. Etter hvert går denne programmering noe lettere og blir mer naturlig, men det trengs nok mer erfaring for å mestre metoden. Det er en stor fordel å repetere det samme musikkstykket, ofte 3 eller 4 ganger. Det hjelper deltakeren med å holde fast i det hun jobber med.

Det er vanlig at terapeuten velger musikken i The Bonny Method. Terapeuten velger også musikken i dette studiet. Når terapeuten kan forklare valg av musikk ut fra forsamtae, fokus, åpningsbilde og induksjon, virker det som om musikken er virkningsfull og gir



smertereduksjon. Når terapeuten er usikker, blir valget vanskelig og her kan klientens eget valg kanskje være til hjelp. Det kan være tilrådelig, i de timene hvor terapeuten ikke har funnet frem til en godt match, å la deltakeren velge mellom 3 stykker. Det vil dels sikre at musikken virkelig beskriver deltakerens stemning og behov. Det vil også gi terapeuten en ide om hvilke andre stykker som kan programmeres spontant underveis. Summer (2009a, kapittel 5) beskriver en utvelgelsesprosedyre hvor hun først ber en klient velge mellom 3 stykker. Klientens valg gir ytterligere informasjon om sentrale aspekter, men Summer bruker ikke musikkstykket. Hun velger et nytt stykke basert på klientens reaksjoner til musikkvalget. Det kan anbefales å utprøve Summers utvelgelsesmetode i et nytt studie. Det er umulig for en terapeut alltid å være sikker i sitt musikkvalg.

Sesjoner ble i utgangspunkt planlagt hver uke, men p.g.a. sykdom, ferier og høytidsdager var det ikke praktisk gjennomførbart.

## **4. DISKUSJON**

I dette avsnittet diskuterer jeg noen av mine funn og resultater. Jeg ser på hvordan jeg har modifisert og anvendt The Bonny Method for smerteklienter. Jeg drøfter utvalgte aspekter ved GIM, ser på eventuell utbytte og effekt av studiet, nevner svakheter ved studiet og diskuterer dobbeltrollen som terapeut og forsker.

### **4.1 Drøfting av utvalgte aspekter ved GIM**

Emner jeg belyser er valg og design av induksjoner, bruk av musikk, distraksjon som metode, og tanker om smertekonfrontasjon.

#### **4.1.1 Induksjoner**

Induksjonen er selve overgangen til musikklyttingen og er essensiell idet den forbereder lytteren til en fruktbar musikkopplevelse. Derfor er dette valget så viktig. Som nevnt i 1.6.4 er det forsket lite på valg og utforming av induksjoner i GIM. I dette studiet er det god smertereduksjon når induksjonen fungerer som en god overgang til musikklyttingen.

Induksjonen er en naturlig forlengelse av forsamtales og definerte fokus. Den virker tett på behov og essens fra forsamtales. Induksjonen er relevant i forhold til smerteproblematikken.

For den klienten som er parat, kan induksjonen utformes så den møter deltakeren i hennes egen beskrivelse av sin smerteproblematikk (f.eks. spenn / gi slipp). Den kan både illustrere smerten, men også inneholde løsningsmuligheter.

For klienter med mye smerte er det ikke ønskelig å begynne induksjonen det stedet i kroppen hvor smerten sitter. Her starter induksjonen der hvor deltakeren har en positiv opplevelse av sin kropp - et ressurssted.

Utvelgelse av induksjonen skjer ikke ut fra en forutbestemt liste. I dette studiet blir utformingen av induksjonen til i en kreativ prosess som nøye tilpasses den enkelte. Det anbefales at det forskes mer direkte på funksjon og bruk av induksjoner i GIM.

#### 4.1.2 Musikkvalget

Den største kunsten og utfordringen i GIM-terapi er musikkvalget. I dette studiet er det god smertereduksjon når terapeuten er bevisst og kan begrunne sine musikkvalg. Bortsett fra i forsamtalen velger deltakeren ikke selv musikk. I The Bonny Method er det naturlig og vanlig at terapeuten velger musikk for klienten, ofte fordi klienten ikke kjenner til de eksisterende GIM-programmer og heller ikke kjenner til musikkens terapeutiske potensial. I spontan programmering (som er det dominerende valget i denne oppgaven) er det ikke praktisk underveis å spørre klienten etter preferanser. Det vil ta klienten ut av EBT og fjerne henne fra fokus på selve musikkreisen. Musikkvalg egner seg i de spesielle situasjoner hvor terapeuten ikke finner frem til en god nok musikkmatch før avspenningen. Som nevnt i kapittel 1 er det mer smertereduksjon når musikk velges av eksperter fremfor av klienten selv (Gold & Clare, 2012; Gooding m.fl., 2012), men i mitt studium er det lite smertereduksjon når terapeuten er i tvil. Kanskje er det bedre å spille utsnitt av 3 terapeutisk relevante stykker og la klienten selv velge blant disse. Klientens valg og respons til musikken kan også brukes for å finne annen relevant musikk.

Det er god smertereduksjon når første musikkstykke passer godt til deltakerens livssituasjon, og når musikkvalget henger sammen med forsamtalen, fokus og åpningsbildet. Det er god smertereduksjon når det samme musikkstykket gjentas så lenge stykket støtter opp om deltakerens images. Stykket gjentas til images i musikkreisen kommer til en naturlig avslutning eller til det er behov for annen musikk. Denne tilnærmingen støttes av annen forskning som viser god smertereduksjon ved gjentakelse av samme musikkstykke (Gooding m.fl., 2012).

I dette studiet anvendes musikk med lav intensitet. Det er musikk som er lett tilgjengelig. Det krever lite energi å lytte til det. Musikkstykkene har mye til felles med de stykkene Helen Bonny anvender på intensivavdeling for hjertesyrke pasienter (Bonny, 2002b, kap. 17). Mennesker med komplekse kroniske smerter ser i dette studiet ikke ut til å tåle vanlige GIM-programmer, men det er for få deltakere til å generalisere. Musikktoleranse er selvfølgelig individuelt, og intensiteten skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. Noe forskning viser at mennesker med kroniske smerter ikke lenger lytter til tidligere foretrukket musikk, det oppleves for sterkt, irriterende og til tider nesten smertefullt (Gold & Clare, 2012). Da musikkvalget er selve kjernen i GIM-terapien, anbefales det at det forskes mer på musikkvalgsprosessen i GIM.

### 4.1.3 Distraksjon

Litteraturen innenfor musikkmedisin er opptatt av å finne forklaringer på hvordan musikken virker inn som smertereduksjon. Det henvises i mange artikler til best smertereduksjon når musikk brukes og virker som distraksjon, men resultatene er usikre (Gooding m.fl., 2012; Gold & Clare, 2007; Mitchell, 2007). Det kan også tenkes at GIM blir brukt som en form for distraksjon. Short (2014) beskriver en GIM-case hvor en mann får redusert sine smerter betraktelig ved spontant å forestille seg vakre og oppløftende images. Klienten jobber ikke direkte med smerten eller med andre psykososiale problemer.

Det problematiske ved distraksjon som smertehåndteringsmetode er at det bare er en midlertidig løsning. Metoden kan brukes ved akutte smerter, men hjelper den i forhold til kroniske smerter? I dette studiet blir effekten av terapien for noen av deltakerne kanskje mindre fordi de har vært på kurs og lært å distrahere seg fra smerten. En av mine deltakere beretter om hvor slitsomt det er å bruke distraksjon hjemme. Det gjør det mulig å være sosial i et begrenset tidsrom, men prisen er høy. Vedkommende får enda sterkere smerter dagen etter og orker ingenting. Resultatene mine viser at distraksjon ikke er naturlig i dette studiet. Når GIM-stilen består av dialog og har fokus på kropp og følelser, så oppnår deltakeren ikke distanse fra smerter. Informanten får mer kontakt. Når en klient har trent seg opp til å distansere seg selv vekk fra sine smerter, kan det noen ganger bli vanskelig å gå inn og jobbe med kroppssopplevelser og følelser. Klienten ønsker bare å komme vekk fra smerten.

Å komme vekk fra smerter krever mye energi. Klienten prøver å flykte fra sine smerter. Dette er vanskelig fordi smertene vil ha oppmerksomhet. De har noe å si. De har noe å fortelle, men klienten vil ikke lytte. Jeg tror dette kan bli en ond sirkel som er med på å fastholde og forsterke de kroniske smertene. Det er en vesentlig forskjell på å distrahere seg fra smerter, og til å gi slipp på smerter. Når det er distanse forsvinner smertene ikke, de blir ikke redusert. I dette studiet er det størst smertereduksjon når stilen er ressursorientert og klientsentrert. Det er fokus på kroppen. Terapeuten konfronterer ikke smertene, men hjelper heller ikke deltakeren vekk fra smerten. Terapeuten hjelper deltakeren med å fokusere på ressurssteder i kroppen og gi plass til ressursopplevelser.

Bruken av induksjoner som innledning til musikklytting i GIM er også med på å gjøre distraksjon som metode vanskelig i GIM. En induksjon er kroppsbasert. Den fokuserer nettopp på større kontakt med pust og kropp.

#### 4.1.4 Smertekonfrontasjon, kommunikasjon og transformasjon

Teknikken med konfrontasjon, kommunikasjon og transformasjon fungerer best når smerten hos den enkelte er lav og det er nok energi til å tåle et direkte møte med smerten. Det interessante er at musikken brukes både til å intensivere smerten og til senere å redusere den.

Når den enkelte er parat til å gå inn i smerten, forstå den, gi den navn, form og bilde, kan klienten kanskje også gi slipp på smerten. Musikken brukes direkte. Musikken tas med inn til smertestedet. Dette må ideelt sett avtales i forsamlingen. Smertekonfrontasjon er nok en metode som ikke passer så ofte. Den blir bare anvendt 3 ganger i datasettet.

#### 4.2 Hvem kan ha utbytte av GIM?

Jeg prøvde å utforme en seleksjonsmetode slik at hver deltaker viste et potensial for å dra nytte av GIM, men da jeg hadde så store problemer med å få tak i deltakere, inkluderte jeg i praksis alle som kom til forsamlingen. Jeg tror det innenfor terapiverdenen er for lite diskusjon om hvilken terapi som passer hvem. Vi er svært forskjellige og derfor er det ikke sikkert at alle drar nytte av samme terapimetode. Det er i GIM forsket lite på hvem som kan ha glede og utbytte av metoden. Det er lite diskusjon om screening før en klient begynner i GIM. Jeg har bare funnet et studie som beskriver seleksjonsprosessen i forhold til gruppe-GIM med distriktpsikiatriske pasienter (Bonde & Nygaard Pedersen, 2015). Mitt studium viser at det er effekt for de to deltakerne som har middels høye, men ikke ekstreme smerter. Dette er også informanter som har positiv erfaring med annen terapi eller kroppsbaserte teknikker så som yoga.

Det er ikke sikkert at GIM skal anvendes når informanten har sterke smerter. Ved høye smerter er fokus og konsentrasjon dårlig. Kanskje skal det først brukes en annen metode som klarer å senke selve smerten til et tålelig nivå. Det er utviklet en individuell musikkterapimetode til behandling av smerter som kalles Entrainment (Dimaio, 2010). Denne kombinerer aktiv og reseptiv musikkterapi. Musikkterapeuten og klienten finner sammen frem til smertemusikk og smertefri musikk, og så spiller terapeuten denne musikken live for klienten. Det er lite forskning om Entrainmentmetoden.

#### 4.3 Svakheter ved studiet

Det trengs et mye større antall informanter for å kunne finne troverdige kvantitative resultater.

En kontrollgruppe mangler i dette studiet. Det kan f.eks. være informanter som lytter til forutbestemt musikk uten samtale med eller oppmerksomhet fra forskeren. Forskjellen på VAS-nivå mellom disse to gruppene vil gi en bedre ide om effekten av GIM i forhold til musikkmedisin. Det er ikke sikkert at nedgangen i VAS etter musikken skyldes GIM-terapien. Det kan være reduksjonen er lik eller større for dem som bare legger seg ned, slapper av og lytter til musikk uten samtale, induksjoner og guiding. En annen kontrollgruppe kunne også være deltakere som er på en venteliste og får GIM-terapi når de andre har avsluttet deres forløp.

Det er også mulig at reduksjon i smerte over tid for de to informantene skyldes andre årsaker enn GIM-terapien. Det kan f.eks. skyldes endring i årstid fra vinter til sommer. Det kan også skyldes en placeborespons, eller det at det er noen som lytter til dem, noen som bryr seg.

For noen deltakere er det helt naturlig og uproblematisk å skrive ned sitt VAS-nivå. For andre er det vanskelig, spesielt fordi deres VAS hele tiden fluktuerer også innenfor helt korte tidsintervaller som 3 minutter. For en deltaker er det vanskelig å beregne et gjennomsnittlig VAS over en 14 dagers periode, da hennes smerter ikke er jevne. De er i perioder veldig sterke på grunn av voldsom migrene. I dette tilfellet vil måling av antall migrene og varighet av hvert anfall være en mye mer presis måling enn VAS. Det kan også diskuteres om noen deltakere skriver ned lavere VAS ved slutten av timen for å være snill mot sin terapeut. VAS-nivået blir ikke notert i hemmelighet, men er nyttig informasjon som hjelper i tilrettelegging av etterfølgende timer. VAS er en enkel skala. Ved et større studie anbefales det å bruke en mer avansert smerteskala som f.eks. McGill Pain Questionnaire (Groen, 2007).

Det anslås at det for mennesker med komplekse kroniske smerter er veldig vanskelig å lykkes med å redusere smertene. Derimot er det større sjanse for å oppnå bedre livskvalitet (Jensen, 2013). Dette studie kunne ha inkludert en livskvalitetstest før og etter forløpet.

Å notere VAS-nivå før og etter hver time kan medføre at deltakeren får ekstra fokus på selve smerten. I et annet GIM-pilotstudie hvor det forskes på reduksjon av migreaneanfall, er det ikke fokus på selve smertene i terapien. De blir ikke nevnt, men det jobbes med psykososiale aspektet knyttet til migrene (Smyrnioti, 2016).

Utvelgelse av deltakere er ikke tilfeldig. Deltakere er motiverte og frivillige og således ikke et representativt utvalg av individer med kronisk smerte. De utvalgte har kanskje en tro på at musikkterapi vil hjelpe, noe som kan påvirke resultatet. Det er også deltakere som, på tross av sine store smerter, har ressurser og energi nok til å komme til timene. Det finnes mange mennesker som ikke har den drivkraften, men forblir hjemme og isolert fra hjelpeapparatet. Et studium som også inkluderer tilrettelagte hjemmebesøk er mer ideelt.

Det er viktig å få med det kulturelle aspektet ved smertebehandling. Folk fra ulike kulturer forholder seg ulikt til smerter. Min forskning har bare norske deltakere, så kulturelle aspekter er ikke belyst. Det er også forskjell i kjønnsopplevelsen av smerter, men mitt studium er for lite til at jeg kan utlede noe om dette.

Det er en svakhet at det i dataanalysen ikke er fokusert på det relasjonelle aspektet. Som nevnt i 1.6.3.2 er klientens relasjon til terapeuten noe av det aller viktigste i enhver terapi. Uten en god kjemi mellom klient og terapeut fungerer terapien dårlig. Min notatskriving blir et problem i forskningen. Jeg prøver å skrive ned det meste av terapisaamtalen mens den foregår. Det påvirker selve terapien. Jeg blir noen ganger distraheret av min egen notatskriving, og det tar noe av fokuset vekk fra informanten. Andre ganger er jeg så opptatt av kontakten med deltakeren at jeg ikke får transkribert alt, og på den måten går jeg glipp av viktig data. Et lydopptak vil generere mer presist datamateriale.

#### **4.4 Dobbeltrolle som både terapeut og forsker**

Det er mer ideelt å forske på en annen GIM-terapeut som jobber med smerteklienter. Det er problematisk å forske på seg selv. Det kan medføre at forskere ikke får øye på fenomener som andre forskere ville se. Jeg har bevisst tatt ulike valg og satt ulike grenser for å kunne være mer helstøpt i de enkelte roller. Hele den kvalitative datainnsamlingen ble gjennomført før en 7 ukers lang sommerferie og lenge før jeg begynte å analysere datamaterialet. Jeg begynte ikke på dybdeanalysen før 12 uker etter den kvalitative datainnsamlingen var avsluttet. Under analysen la jeg bevisst distanse til meg selv og omtalte og beskrev terapien som bestående av terapeut og deltaker. Fordelen ved å forske på seg selv er at jeg allerede hadde stor kjennskap til det materialet som skulle analyseres. Det gjør kanskje forskeren forutinntatt, men kan også fremme oppdagelser av interessante funn.

## 5. KONKLUSJON

Ut fra litteraturen har jeg i dette studiet funnet frem til mulige prosedyrer for hvordan det kan være hensiktsmessig å tilrettelegge GIM for voksne med kroniske smerter. Med inspirasjon fra denne kartleggingen har jeg utført 31 individuelle GIM-sesjoner.

Å rekruttere deltakere var vanskelig og forskerens planlagte seleksjonsmetode under forsamlingen ble ikke brukt. Det var et utfordrende og svært vanskelig studium da deltakernes smerter er kroniske, langvarige og sammensatte. Forskning av GIM på en naturalistisk måte er krevende. Det tar tid og er litt for ambisiøst innenfor tidsrammen av en masteroppgave. Essensielt for GIM-terapeuten er å forstå og designe terapien ut fra den enkeltes livssituasjon og smerteopplevelser. Det virker umulig å komme med entydige retningslinjer. Området er akkurat så komplekst som de komplekse kroniske smerterne. Det er ikke sikkert det skal være enkle retningslinjer. I dette studiet har jeg kommet frem til noen mulige relevante intervensjonsmåter. Enhver GIM-terapeut trenger et bredt repertoar av ulike fremgangsmåter, men må samtidig være åpen for å utvikle nye teknikker og tilnæringer. GIM kan aldri bli mekanisk og basert på faste prosedyrer. Det er en kreativ prosess som nøye tilpasses den enkelte.

Resultater viser at GIM kan være hensiktsmessig for noen smerteklienter. 2 av 4 deltakere har markant og vedvarende smertereduksjon etter 8 individuelle GIM-sesjoner. Den gjennomsnittlige smertereduksjonen for deltakerne i timene er ett trinn ned på en 10. punkts VAS-skala. Smertereduksjonen følger ikke et bestemt mønster, noen ganger er det ingen forandringer, et par ganger er smerten større etter timen. De kvantitative data ble brukt til å belyse kvalitative data. Dette var praktisk og gjorde analysen overkommelig i forhold til tidsfristen.

I dette studiet er det erfart at musikk for smerteklienter har lavere intensitet enn musikk brukt i The Bonny Method. Det brukes spontan programmering og ikke GIM-programmer. Det brukes gjentagelse av samme musikkstykket så lenge dette har en god effekt for den enkelte. Når terapeuten er usikker, kan klienten eventuelt velge musikk blant egnede terapeutiske stykker. Det er lite eller ingen smertereduksjon når deltakeren lytter til musikk uten dialog med terapeuten. Det er større smertereduksjon når det er dialog i musikken. Ved god



smertereduksjon er terapeutstilen ressursorientert og klientsentrert. Det er fokus på kroppen. Smertereduksjonen beskrives av flere som en boblefornekkelse.

Det brukes ikke healing eller distraksjon som metode i dette studiet. Musikklytting kan gi mer fokus på selve smerten og metoden distraksjon ser ikke ut til å passe inn i denne GIM-stilen. Spesielle hensyn skal tas når det jobbes med smerteklienter. Når det er mye smerte er det f.eks. viktig å begynne induksjonen ikke på selve smertestedet, men et sted i kroppen som klienten opplever som en ressurs.

Som nevnt i kapittel 1 er det begrenset med forskning på GIM-terapi for mennesker med komplekse kroniske smerter. Eventuelle forklaringer kan være at mange mennesker med kroniske smerter ikke lenger lytter til musikk. De vurderer ikke umiddelbart musikk som en terapeutisk mulighet. Det gjør rekruttering til forskning ekstra vanskelig. Det oppleves også av denne forskeren som en krevende oppgave å være terapeut for målgruppen.

I samfunnet er det generelt mangel på behandlingstilbud. Smerteklienter trenger å ha mange ulike tilbud for å kunne velge det som virker best for den enkelte. GIM kan være en mulighet. Derfor trengs det også forskning i seleksjonsmetoder. Hvilke smerteklienter er det som eventuelt vil dra nytte av GIM-terapi?

## LITTERATURLISTE

- American Music Therapy Association. (2016). *About*. Hentet 7. november, 2016 fra <http://www.musictherapy.org/about>
- Association for Music and Imagery. (2016). *About*. Hentet 9. november, 2016 fra <http://ami-bonnymethod.org/about>
- Baastrup, C.S., Dahl, J.B., Arendt-Nielsen, L. & Jensen, T.S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T.S. Jensen, J.B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smertes, baggrund, evidens og behandling* (3. utg.), (s. 15-33). København: FADL.
- Band, J.P., Quilter, M. S. & Miller G.M. (2001). The influence of selected music and inductions on mental imagery: Implications for practitioners of guided imagery and music. *Journal of the Association for Music & Imagery*, 8,13-31.
- Bech, P., Olsen, L.R. & Gormsen, L. (2013). Smertes, Angst og depression. I T.S. Jensen, J.B.Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smertes. baggrund, evidens og behandling*, (3. utg.), (s. 283-297). København: FADL.
- Beck, B. D. (2012). *Guided Imagery and Music (GIM) with adults on sick leave suffering from work-related stress – a mixed methods experimental study*. (Ph.d.- avhandling, Aalborg Universitet, Institut for Kommunikation, Danmark). Hentet fra <http://www.kommunikation.aau.dk/phd/ph.d.-afhandlinger/Ph.d.-afhandlinger+2005-2013/>
- Bjellånes, N. (1998). Musikk og avspenning som helsefaktorer for mennesker med fibromyalgi. *Nordic Journal of Music Therapy*, 7(2), 135-149.
- Bonde, L.O. (2014a). Musik og menneske: musikpsykologiske grundlagsproblemer. I L.O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*, (s. 59-63). Århus: Klim.
- Bonde, L.O. (2014b). MusikMedicin: Musik anvendt i medicinsk behandling. I L.O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*, (s. 222-227). Århus: Klim.
- Bonde, L.O. & Pedersen, I.N. (2015). Group music and imagery (GrpMI) in the rehabilitation of psychiatric outpatients. I D. Grocke & T. Moe (Red.), *Guided imagery and music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy*, (s. 265-275). London: Jessica Kingsley.
- Bonny, H. (2002a). I L. Summer (Red.), *Music Consciousness: The evolution of Guided Imagery and Music*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

- Bonny, H. (2002b). Music listening for intensive coronary care units: A pilot project. I L. Summer (Red.), *Music Consciousness: The evolution of Guided Imagery and Music*.(s. 247-262). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bonny, H. (2002c). Facilitating guided imagery and music (GIM) sessions. I L. Summer (Red.), *Music Consciousness: The evolution of Guided Imagery and Music*.(s. 269-297). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Borchgrevink, P.C. & Fredheim, O.M. (2013). Om langvarige smerter. *Norsk legemiddelhåndbok*. T20.5.1. Hentet 21. november, 2016 fra: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/363102?expand=1>
- Bradt J, Dileo C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD006902. DOI: 10.1002/14651858.CD006902.pub3.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. Hentet 24. november <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bresler, D.E. (2005). Physiological consequences of Guided Imagery. What every pain therapist should know about guided imagery. *Practical pain management*. Hentet 21. november, 2016 fra <http://www.practicalpainmanagement.com/treatments/complementary/biobehavioral/physiological-consequences-guided-imagery>
- Bruscia, K. E. (2002). The boundaries of guided imagery and music. I K. E. Bruscia & D. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, (s.37-61). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2009) Manifestations of Transference in Guided Imagery and music. I K. E. Bruscia (Red.), *The dynamics of music psychotherapy*, (s. 407-430). Gilsum, NJ: Barcelona.
- Bruscia, K.E. & Grocke, D.E. (Red.). (2002). *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Burns, D. (2002) Guided Imagery and Music (GIM) in the treatment of individuals with chronic illness. I K.E. Bruscia & D. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, (s. 171-186). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J. & Alvarez, H. (2010). Music for pain relief. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD004843. DOI: 10.1002/14651858.CD004843.pub2

- Christensen, E. (2014) Musik i kroppen og hjernen. I L.O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*, (s. 64-80). Århus: Klim.
- Chi, G. C. & Young, A. (2011) Selection of Music for Inducing Relaxation and Alleviating Pain: Literature Review. *Holistic Nursing Practice*, 25(3), 127-135.
- Creswell, J.W. & Clark, V.L.P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. (2. utg.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Dimaio, L. (2010). Music therapy entrainment: A humanistic music therapist's perspective of using music therapy entrainment with hospice clients experiencing pain. *Music Therapy Perspectives*, 28(2), 106-115.
- Douven, I. (2016). Abduction. I *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Hentet 2. Desember fra <<https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/abduction/>>
- Fink, P. & Birket-Smith, M. (2013). Funktionelle smerter og sygdom. I T.S. Jensen; J.B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red), *Smerter. baggrund, evidens og behandling*, (299-313). København: FADL.
- Frølich, S. (2013) Psykologisk smertebehandling. I T.S. Jensen, J.B.Dahl & L. Arendt-Nielsen, *Smerter. baggrund, evidens og behandling*, (349-357). København: FADL.
- Gold, A. & Clare, A. (2012). An exploration of music listening in chronic pain. *Psychology of Music*, 41 (5), 545-552.
- Goldberg, F. (2002). Holographic Field Theory. I K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, (s. 359-378). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Gooding, L., Swezey, S., & Zwischenberger, J.B. (2012). Using music interventions in Perioperative Care. *South Medical journal*, 105 (9), 486-490.
- Grocke, D. E. & Wigram, T (2007). *Receptive Methods in Music therapy. Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Grocke (2002). Qualitative research in Guided Imagery and Music (GIM). I K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, (s. 467-480). Gilsum, NH:Barcelona Publishers.
- Groen, K.M. (2007). Pain Assessment and management in the end of life care: a survey of assessment and treatment practices of hospice music therapy and nursing professionals. *Journal of Music Therapy*, 44 (2), 90-112.

- Guétin, S., Falvay, D., Chanques, G., Jaber, S., Lattre, S., Souche, B., Giniés, P., Picot, M., Hérisson, C., Brun, L., Diego, E., & Touchon, J. (2014) Evaluation of the standardized MUSIC CARE App in the Treatment of Pain: The U-shape Composing Technique. *Music & Medicine*, 6 (2), 46-50.
- Hart, H. & Schwartz, R. (2009) *Fra interaksjon til relasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Hinz, D. H. (2009). *Expressive Therapies Continuum. A framework for using art in therapy*. New York: Routledge.
- Jensen, M.P. & Karoly, R. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. I D.C. Turk & Melzack (Red.), *Handbook of pain assessment*, (s. 135-151). New York, NY: Guildford Press.
- Jensen, T.S. (2013). Den kroniske smertepatient. I T.S. Jensen, J.B.Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red), *Smerter. baggrund, evidens og behandling* (3. utg.), (s.359-372). København. FADL.
- Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (2013). *Smerter. baggrund, evidens og behandling* (3. utg.).. København: FADL.
- Juslin, P.N. & Västfjäll, D. (2008). Emotional responses to music: The need to consider underlying mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 559–621. DOI: <http://nemcog.smusic.nyu.edu/docs/JuslinBBSTargetArticle.pdf>
- Kenny, C., Jahn-Langenberg, M. & Loewy, J. (2005). Hermeneutic inquiry. I B. L. Wheeler (Red.), *Music therapy research* (2. utg.), (s. 335-351). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Larsen, A. M. (2014). *GIM som smertehåndtering*. Ikke publisert pilotprosjekt.
- Lee, J.H. (2015). *The effects of music on pain: A review of systematic reviews and meta-analysis*. (Ph.d.- avhandling, Tempel University, Philadelphia).
- Levine, P. (2010). *In an unspoken voice. How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic books.
- Malderud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCaffrey, R. & Freeman, E. (2003). Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people. *Journal of advanced Nursing*, 44(5), 517-524.

- McKinney, C. (2002). Quantitative research in Guided Imagery and Music (GIM): A review. I K.E. Bruscia & D. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, (s. 449-466). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Merskey, H & Bogduk, N. (1994) (Red). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. I *Classification of chronic pain* (2.utg.) (s. 209-214). Hentet 25. november, 2016 fra: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Mitchell, L.A., MacDonald, R.A.R. & Knussen, C. (2007). A survey investigation of the effects of music listening on chronic pain. *Psychology of music*, 35 (1), 37-58.
- Mitchell, L.A., MacDonald, R.A.R. & Knussen, C. (2008). An investigation of the effects of music and art on pain perception. *Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts*, 2 (3), 162-170.
- Monsen, J. (1996). Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Oslo: Tano.
- Nauert, R (2011). Music Soothes Anxiety, Reduces pain. *Psych Central*. Hentet 26. November 2016, fra <http://psychcentral.com/news/2011/12/23/music-soothes-anxiety-reduces-pain/32952.html>
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York: Norton.
- Ruud, E. (2003). *Varme øyeblikk*. Oslo: Unipub.
- Sandvig, H. (Programleder). (2014, 3. november). Puls [TV-program]. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/puls/MDHP12004514/03-11-2014>
- Schou, K & Bonde, L O (2012). Forskning i musikkintervention: Smertebehandling i forbindelse med operation. *Dansk Musikterapi*, 9(1), 34-43.
- Short, A (2002). Guided imagery and music (GIM) in medical care. I K.E. Bruscia & D. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, (s.151-170). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Short, A (2014). Heart's work: relaxing and infilling as integral to sustained forward movement. GIM in cardiac rehabilitation. I C. Dileo (Red.), *Advanced Practice in Medical Music Therapy: Case Reports*, (s. 159-173). Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Siegelman, E.Y. (1990). *Metaphor and meaning in psychotherapy*. New York: The Guildford Press.
- Smyrnioti, M. (2016, 15. september). GIM research in the Greek hospital. GIM therapy in patients with persistent and chronic headache: a pilot study. Presentasjon på den 12. Europeiske Guided Imagery and Music (GIM) konferanse. Athen, Hellas.

- Summer, L. (2009a). *Client perspectives on the music in guided imagery and music*. (Ph.d.-avhandling, Aalborg Universitet, Institut for Kommunikation, Danmark). Hentet fra [http://vbn.aau.dk/files/112202270/6467\\_lisa\\_summer\\_thesis.pdf](http://vbn.aau.dk/files/112202270/6467_lisa_summer_thesis.pdf)
- Summer, L. (2009b) The pure music transference in Guided Imagery and Music. I K. E. Bruscia (Red.), *The dynamics of music psychotherapy*, (s. 431-460). Gilsum, NJ: Barcelona.
- Torres Serna, E. (2015). *Effectiveness of GrpMI with fibromyalgia patients*. Aalborg Universitetsforlag. (Ph.d.-avhandling, Aalborg Universitet, Danmark). Hentet fra DOI: 10.5278/vbn.phd.hum.00001
- Villarreal, E.A.G., 2011. *Cognitive and Emotional Processing of Music and its Effect on Pain*. (Ph.d.-avhandling, Aarhus Universitet: Institut for folkesundhed, Danmark). Hentet fra <http://docplayer.net/2145912-Cognitive-and-emotional-processing-of-music-and-its-effect-on-pain.html>
- Wärja, M. & Bonde, L.O. (2014). Music as Co-Therapist: Towards a Taxonomy of Music in Therapeutic Music and Imagery Work. *Music and Medicine*, 6(2), 16-27.
- Wigram, T. & Bonde, L.O. (2014). Fysiologiske reaktioner på musik. I L.O. Bonde (Red.), *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*, (s. 218-221). Århus: Klim.
- Winther-Rasmussen, A. (1990). *Music and emotion in music therapy*. (Hodeoppgave i musikkterapi) Aalborg Universitet, Danmark.
- World Federation of Music Therapy (2011). What is music therapy. *About WFMT*. Hentet 7. november, 2016 fra [http://www.wfmt.info/WFMT/About\\_WFMT.html](http://www.wfmt.info/WFMT/About_WFMT.html)
- Yalom, I.D. (2003). *Terapiens gave*. Oslo: Pax forlag.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

# VEDLEGG

## Vedlegg 1: Definisjoner og forkortelser

BDS står for Bodily Distress Syndrom og er en diagnose som ikke brukes klinisk, men er anvendt i forskning.

The Bonny Method står for The Bonny Method of Guided Imagery and Music.

EBT står for endret bevissthetstilstand. Det er en tilstand som oppstår i GIM under musikklyttingen. Gjennom den innledende avspenningsøvelsen oppstår en lettere endret bevissthetstilstand, som gjør det lettere for klienten å fokusere og få tilgang til sine indre opplevelser.

GIM står for Guided Imagery and Music og er en modifisert form av den originale metoden The Bonny Method.

Images kan både være visuelle (indre bilder), auditive (noe vi hører), taktile (berøringssansen) olfaktorisk (noe vi lukter) eller gustatorisk (noe vi smaker). I GIM-sammenheng er images de indre opplevelser som oppstår hos lytteren under selve musikklyttingen. De mest alminnelige images i GIM er de visuelle og taktile, men alle sanseinntrykk kan oppleves, også de mindre kjente som den vestibulære (likevektssansen) og den proprioceptive (muskel- og leddsansen).

KMR står for Korte Musikk-Reiser og er en måte å modifisere The Bonny Method. I KMR lytter klienten til musikk uten guiding fra terapeuten og musikken har lav intensitet med en varighet på 5 til 10 minutter.

Mandala er det bildet klienten tegner etter sin musikklytting. Klienten kan velge å tegne innenfor en skissert sirkel eller bruke hele A3 arket.

VAS står for Visual Analog Scale.



## Vedlegg 2: Deltakerinformasjon og samtykkeerklæring

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## Musikkterapi ved smerte

### Bakgrunn og formål

Dette er en undersøkelse av hvordan musikk kan hjelpe mennesker med kroniske smerter og fokuserer på hvordan musikkterapi best kan tilrettelegges.

Din deltakelse vil kunne få betydning for design av behandlingsmetoden og for fremtidig anvendelse.

Du vil få anledning til å stille spørsmål om undersøkelsen ved et avtalt individuelt orienterings- og inntaksmøte.

Dette er en del av et mastergradsstudie i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole i Oslo.

### Behandlingsform

Musikkterapietoden som brukes heter "Guided Imagery and Music" (GIM), og består i guidet avspenning, 20-30 minutters liggende musikklytting (klassisk og annen musikk) mens du forteller om dine opplevelser med terapeuten. Det er også samtale og mulighet for å tegne dine opplevelser. Fokus for musikklyttingen vil være avtalt på forhånd og vil fortrinnsvis handle om problemer rundt dine smerter. Mens du lytter på musikk kan du oppnå en kontakt med indre bilder (som en form for våken drøm), kroppsopplevelser, sansninger, følelser, erindringer, tanker og indre viten. I musikkterapien kan du arbeide med aktuelle og tidligere situasjoner, og du kan få en mulighet for å regulere og dempe din smertetilstand. Du vil få musikk med hjem så du kan arbeide på egen hånd mellom behandlingene. Du kan lese mer om behandlingsformen på [www.gimterapi.dk](http://www.gimterapi.dk) og [www.annesgimterapi.com](http://www.annesgimterapi.com), hvis du har adgang til internett.

### Risiko

Risiko i forbindelse med behandlingsformen musikkterapi er minimale, da det arbeides med stor respekt for den enkeltes grenser og ønsker. Det vil være fokus på å oppbygge ressurser og metoder til å håndtere smerte, som du også kan bruke hjemme. I arbeidet med eventuelle belastende følelser og situasjoner, vil det bli tatt vare på deg som deltaker, og du vil få tid til å avslutte arbeidet ordentlig.

### Inkludering i forsøket, utelukkelse fra forsøket eller avbrytelse av forsøket

Før du blir godkjent som deltaker, vil du bli bedt om å delta i en samtale og en kort lytteøvelse sammen med Anne Winther-Rasmussen. Dette er for å undersøke om musikkterapi er noe for deg. I denne samtalen vil du også bli bedt om å vurdere ditt smertenivå på en skala fra 1 til 10.

Hvis du underveis i forsøket utvikler psykisk sykdom, kommer inn i et medisin-, alkohol- eller stoffmisbruk, eller holder opp med å delta i prosjektet, kan du bli utelukket av undersøkelsen. Hvis forsøket av en ukjent årsak skulle avbrytes, vil du få vite begrunnelsen.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Du anmodes om å delta i et vitenskapelig forsøk, hvor du vil få åtte individuelle musikkterapi behandlinger. Hver behandling varer fra 60 til 90 minutter. Du vil hver gang bli bedt om å vurdere ditt smertenivå på en skala fra 1 til 10.

6 uker og 3 måneder etter avsluttet behandlingsforløp vil du igjen bli anmodet om å vurdere ditt smertenivå. Varigheten av din deltagelse i hele forsøket vil i alt være ca. 7 måneder.

Data som blir innsamlet om deg vil omhandle notater fra musikkterapitimene, fotos av dine tegninger og ditt smertenivå.

### **Honorar**

Det vil ikke være noe honorar for deltakelse eller refusjon av evt. omkostninger ved deltakelse. Du kan beholde CD-en eller musikk USB - nøkkelen som du får som en del av prosjektet.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og i tillegg til Anne Winther-Rasmussen, er det bare den faglige veileder som får innsyn i disse opplysningene. Notater fra musikkterapien og fotos av dine tegninger vil være nedlåst i de perioder av masterprosjektet det ikke brukes.

### **Adgang til resultater**

Du har rett til at se alle papirer, som har med din deltakelse i forsøket å gjøre, og til å få destruert alle dine dokumenter. Notater fra musikkterapien vil bli destruert senest 31.5.2017.

Resultatene av undersøkelsen vil offentliggjøres i en rapport, i en masteroppgave, i fagtidsskrifter og på foredrag på faglige konferanser. Alle opplysninger vil være anonyme. Du kan til enhver tid be om å få kopier av rapporter m.m. ved henvendelse til Anne Winther-Rasmussen.

### **Frivillig**

Det er frivillig å delta i forsøket og du kan når som helst trekke deg underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil de opplysninger du har gitt bli slettet. Fotos vil også bli slettet.

Dersom du sier nei til å delta i forskningsprosjektet eller senere trekker deg, vil dette ikke ha noen innvirkning på ditt forhold til noen av de behandlerne som eventuelt har henvist deg til dette prosjektet.

### **Ja til deltakelse**

Dersom du sier ja til å delta i forskningsprosjektet, må du undertegne vedlagte samtykkeerklæring og levere den tilbake til meg.

Forskningsprosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), som godkjenner at prosjektet gjennomføres på etisk riktig vis.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på tlf 93638570 eller sende en e-post til [anne.winther-rasmussen@student.nmh.no](mailto:anne.winther-rasmussen@student.nmh.no) . Du kan også kontakte min faglige veileder v/ Norges Musikkhøgskole, professor, musikkterapeut og psykolog Even Ruud: [even.ruud@imv.uio.no](mailto:even.ruud@imv.uio.no)

### **Tillegg til Deltakerinformasjonen**

## **Beskrivelse av terapimetoden GIM i prosjekt MUSIKKTERAPI VED SMERTE**

"The Bonny Method of Guided Imagery and Music" (GIM) er en psykoterapeutisk metode, hvor musikkopplevelsen står i sentrum.

Musikken som anvendes, er spesielt utvalgt musikk (klassisk og annen musikk). Man behøver ikke å ha kjennskap til musikken for å få utbytte av GIM.

I GIM - terapi arbeider man med de indre bilder, kroppsforfølelser, følelser, tanker og erindringer som lytteopplevelsen fremkaller. Imagery er det engelske ord for disse indre opplevelser.

Arbeidet i GIM-terapien utspiller seg på flere forskjellige bevissthetsplan og gir mulighet for endring av fastlåste reaksjonsmønstre, økt selvforståelse, og eksistensielle opplevelser.

### **Bakgrunn**

Fiolinisten og musikkterapeuten Helen Bonny, Ph.D., utviklet GIM - metoden i begynnelsen av 70-tallet på Maryland Psychiatric Research Center i USA.

Siden da er det foregått en intensiv videreutvikling av metoden, og den har vist seg å være et effektivt redskap både til selvutvikling og i arbeidet med mange forskjellige problemstillinger. Forskning har også vist at GIM terapien i noen tilfelle kan ha en positiv virkning på fysiske problemer så som for høyt blodtrykk..

### **Beskrivelse av GIM**

Varigheten er ca. 1 ½ time og består av fire faser:

1. En samtale hvor du sammen med terapeuten finner frem til hvilket fokus du vil ha for musikklyttingen. Innholdet av denne samtale blir veiledende for den musikken som terapeuten velger.
2. Forberedelse til selve musikklyttingen består av en guidet liggende avspenning og fokusering på et konsentrasjonspunkt, f.eks. en følelse, et sted i kroppen eller et indre bilde.
3. Under musikkreisen (som regel foregår liggende med lukkede øyne) forteller du terapeuten om dine opplevelser. Terapeutens oppgave er å være lydhør overfor opplevelsene så vel som for musikken, og å hjelpe deg med å la dine opplevelser komme frem gjennom en ikke-styrende samtale.
4. Lytteopplevelsene bearbeides på forskjellig vis. Ofte gjennom å tegne/male - et billedlig uttrykk for opplevelsene fra reisen, og gjennom en samtale om både opplevelsene og tegningen. Her knyttes forbindelsen tilbake til behandlingens fokus, og til hvordan opplevelsene innvirker på ditt ytre liv.

GIM - terapeuten tolker ikke dine opplevelser, men søker å skape rom for at du selv finner frem til din egen forståelse av opplevelsene.

## **Lytte til musikk hjemme**

Det er mulig å lytte til musikk mellom de enkelte timer. Du vil få med deg musikkprogrammer på CD eller USB-nøkkel. Musikken kan brukes til avspenning. Du kan ved søvnproblemer lytte konsentrert til musikk ved sengetid. Du kan bruke musikk hjemme til smertemestring eller til å gjenkaller viktige positive opplevelser fra timene. Denne form for lytting kan bli et verktøy som du kan ta med deg videre etter at prosjektet er avsluttet.

## **Terapeutens utdanning**

GIM-terapeuten er universitetsutdannet musikkterapeut og har en videreutdanning som GIM-terapeut som er en 3-5 år lang overbygningsutdanning. GIM-terapeuter er forpliktet til å overholde de etiske regler fra Association of Music and Imagery, og være under stadig supervisjon og etterutdanning.

## **Praktiske opplysninger**

Deltakere som etter en forsamtale og lytteøvelse er inkludert i studiet får 8 individuelle behandlinger. Disse planlegges med en ukes mellomrom. Evt. avlysninger skal om mulig skje senest dagen før en behandling, og erstattes med en senere time snarest mulig. Alle behandlinger i prosjektet er gratis for deltakerne. Det er full taushetsplikt.

## **Lenker**

[www.gimterapi.dk](http://www.gimterapi.dk)

[www.ami-bonnymethod.Org](http://www.ami-bonnymethod.Org)

[www.annesgimterapi.com](http://www.annesgimterapi.com)

# Informert samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt

## Forskningsprosjektets tittel:

Musikkterapi ved smerte. En undersøkelse av om musikk kan hjelpe mennesker med kroniske smerter og hvordan terapien best kan tilrettelegges.

## Erklæring fra forsøkspersonen:

Jeg har fått skriftlig og muntlig informasjon og jeg vet nok om formål, metode, fordeler og ulemper til å si ja til deltakelse.

Jeg vet at det er frivillig å delta, og at jeg alltid kan trekke mitt samtykke tilbake.

Jeg gir samtykke til å delta i forskningsprosjektet, og har fått en kopi av dette samtykke - arket samt en skriftlig kopi av informasjonen om prosjektet til eget bruk.

Jeg gir samtykke til at foto av mine tegninger kan benyttes i anonymisert form i masteroppgaven og i rapporter og fremleggelse generelt. Jeg gir samtykke til at materiale fra musikkterapien kan benyttes i anonymisert form i masteroppgaven og i rapporter og fremleggelse generelt. Jeg gir samtykke til at informasjon om mitt smertenivå (tall mellom 0 og 10) kan benyttes i anonymisert form i masteroppgaven og i rapporter og fremleggelse generelt.

Hvis jeg har lyst, har jeg rett til å lese det anonymiserte råmateriale fra musikkterapien før det publiseres.

Forsøksdeltakerens navn: \_\_\_\_\_

*Dato:* \_\_\_\_\_ *Underskrift:* \_\_\_\_\_

## Erklæring fra den forsøksansvarlige:

Jeg erklærer at det er gitt muntlig informasjon om prosjektet, utlevert skriftlig informasjon, og at det foreligger et samtykke til at forsøkspersonen kan delta.

Den forsøksansvarliges  
navn: \_\_\_\_\_

*Dato:* \_\_\_\_\_ *Underskrift:* \_\_\_\_\_

## Vedlegg 3: Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Even Ruud  
Senter for musikk og helse Norges Musikkhøgskole  
Postboks 5190 Majorstua  
0302 OSLO

Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 24.11.2015

Vår ref: 45202 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45202	<i>Anvendelse av musikkterapi ved kroniske smerter</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Even Ruud</i>
Student	<i>Anne Winther-Rasmussen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontoret / District Offices*

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no  
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36 nsdmaa@svt.uit.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 45202

Formålet er å undersøke hvordan musikk kan hjelpe mennesker med kroniske uspesifikke smerter.

Ifølge prosjektmeldingen skal utvalget informeres muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. For å tilfredsstille kravet om et informert samtykke etter loven, må utvalget informeres om følgende:

- hvilken institusjon som er ansvarlig
- prosjektets formål / problemstilling
- hvilke metoder som skal benyttes for datainnsamling
- hvilke typer opplysninger som samles inn
- at opplysningene behandles konfidensielt og hvem som vil ha tilgang
- at det er frivillig å delta og at man kan trekke seg når som helst uten begrunnelse
- dato for forventet prosjektslutt
- at data anonymiseres ved prosjektslutt
- hvorvidt enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven
- kontaktopplysninger til student/veileder.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Norges musikkhøgskole sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.05.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette personidentifiserende lyd- og bildemateriale.

## Vedlegg 4: Sjekkliste, telefonintervju

**Dato: TELEFON INTERVJU, SJEKKLISTE, INKLUDERINGS-  
KRITERIER (utvelgelsesprosedyre)**

Hvordan hørte du om prosjektet?

Din alder: (18 - 65 år).

Hvor lenge har du hatt smerter (mer enn 6 måneder)?

Er det en kjent medisinsk årsak til dine smerter?

Hvor opplever du smertene?

Hvordan vil du beskrive smertene?

a) stikkende, brennende, tannpineaktig

b) (vansker med å beskrive deres intensitet, kvalitet og kronologi)

Er de kroniske?

Forringer smertene din livskvalitet? Påvirkes din evne til å delta i familie-, fritids- og arbeidsliv?

Bruker du medisiner:

Har du noen av disse symptomene (Deltakeren skal ha 3 av følgende symptomer):

*Smerter i armer*

*Smerter i ben*

*Muskelsmerter*

*Ledsmerter*

*Følelse av lammelse i armer eller ben*

*Ryggsmerter*

*Smerter som flytter seg*

*Ubehagelig nummenhet eller føleforstyrrelser*

Har du noen av disse symptomene? (Deltakeren kan ha 3 av følgende symptomer):

*Hodepine*

*Konsentrasjonsbesvær*

*Hukommelsesbesvær*

*tretthet*

*svimmelhet*



Jeg har litt flere spørsmål om din helse. (Ekskluderings kriterier):

*Har du en akutt sykdom (du behøver ikke fortelle meg om hvilken)*

*Har du eller har du hatt kreft*

*Har du gikt?*

*Har du eller har du hatt en psykisk sykdom*

*Har du PTSD (krigstraumer, seksuelt misbruk) Du skal ikke fortelle meg om hva du har opplevd.*

*Har du astma?*

*Har du kols?*

*Har du diabetes?*

*Har du et alkoholmisbruk?*

Oppsummering: Det vil si at det for deg ikke er en fysisk sykdom som utløser smertene?  
Alle sår og skader er helet?

Annes kommentar:

## Vedlegg 5: Informasjonsfolder, rekruttering

### Forskning i musikk og smerter:

Du vil inngå i et masterprosjekt som foregår i samarbeid mellom Norges Musikkhøgskole og musikkterapeut Anne Winther-Rasmussen.

Forskningsprosjektets formål er å undersøke hvordan musikk (GIM) kan hjelpe mennesker med kroniske smerter.

Du skal ha hatt smerter i minst 6 måneder for å kunne delta.



Kontakt og informasjon:

Ring for en uforpliktende samtale til



Musikkterapeut  
Anne Winther-Rasmussen

Mobil: 93638570

E post:

[anne.winther-rasmussen@student.nmh.no](mailto:anne.winther-rasmussen@student.nmh.no)

Musikkterapien foregår i privat praksis 12 minutters gang fra Østerås T-banestasjon.

Se hjemmesiden:  
[www.annesgimterapi.com](http://www.annesgimterapi.com)

## SMERTER

- gratis behandling med musikk og samtale



for deg som har kroniske smerter

## Vedlegg 6: VAS skala til innsamling av data

### VAS skala til innsamling av kvantitative data:

SMERTE NIVÅ, FØR MUSIKKTERAPIEN, DELTAKER NUMMER \_\_\_\_\_ MUSIKKTERAPI TIME NUMMER: \_\_\_\_\_

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerter Mild Moderat Verst tenkelige smerter

SMERTE NIVÅ, ETTER MUSIKKTERAPIEN, DELTAKER NUMMER \_\_\_\_\_ MUSIKKTERAPI TIME NUMMER: \_\_\_\_\_

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerter Mild Moderat Verst tenkelige smerter

SMERTE NIVÅ, FORSAMTALE, DELTAKER NUMMER \_\_\_\_\_ Beskriv ditt smertenivå de siste 14 dager

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerter Mild Moderat Verst tenkelige smerter

SMERTE NIVÅ, 6 UKER ETTER TERAPI SLUTT, DELTAKER NUMMER \_\_\_\_\_ Beskriv ditt smertenivå de siste 14 dager

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerter Mild Moderat Verst tenkelige smerter

SMERTE NIVÅ, 3 MÅNEDER ETTER TERAPI SLUTT, DELTAKER NUMMER \_\_\_\_\_ Beskriv ditt smertenivå de siste 14 dager

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ingen smerter Mild Moderat Verst tenkelige smerter

## Vedlegg 7: Spillelister til hjemmelytting

### Spillelister til hjemmelytting:

SKAL IKKE BRUKES VED BILJKØRING, SYKLING ELLER ANDRE AKTIVITETER SOM KREVER STOR OPPMERKSOMHET. Denne musikken kan du lytte til så ofte du har lyst, best utbytte oppnås hvis du sitter eller ligger i en avslappet stilling uten forstyrrelser.

#### MED AVSPENNINGS INSTRUKSJON: CD 1

##### Spor 1 Pop [20:21]

Lothlórien (2:08) ENYA fra Shepherd Moons  
No Holly For Miss Quinn(2.43) ENYA fra Shepherd Moons  
Turfan[3.40] Celletti, Alessandra  
Bandura [2.25] JAN JOHANSSON  
The Riddle Song(6.39) Daniel Kobialka  
A day without rain[2.38] ENYA

##### Spor 2 Klassisk 1 [20:35]

Wilmas theme [1.57] Nilsson, Stefan  
Carmen,Entracte, suite1,Intermezzo[2.34] Bizet, Georges (1838-1875)  
Canon in D major for strings and continuo(7.18) Pachelbel, Johann (1653-1706)  
Gymnopedies#1,piano(3:15) Satie, Erik  
Piano concertto in F,BWV 1056,Largo[3.16] Bach, J.S. (1685-1750)  
The girl with the flaxen hair[2,17] Debussy, Claude (1862-1918)

##### Spor 3 Klassisk 2 [18:38]

Sonate#2Siciliana[2.09] Parry, John  
Serenade for 13 wind instruments,Eflat major, Andante(6.14) Mozart  
Chaconne in ass minor. L [4.04] Durande  
Scaramouche [3:59] Sibelius, Jean (1865-1957)  
The girl with the flaxen hair[2,17] Debussy, Claude (1862-1918)

SKAL IKKE BRUKED VED BILKØRING, SYKLING ELLER ANDRE AKTIVITETER SOM KREVER STOR OPPMERKSOMHET. Denne musikk kan du lytte til så ofte du har lyst, best utbytte oppnås hvis du sitter eller ligger i en avslappet stilling uten forstyrrelser.

### **KUN MUSIKK: CD 2**

#### Popp [21 MINUTTER] spor 1-6

1. Lothlórien [2:08] ENYA fra Shepherd Moons
2. No Holly For Miss Quinn [2:43] ENYA fra Shepherd Moons
3. Turfan[3:40] Celletti, Alessandra
4. Bandura [2:25] JAN JOHANSSON
5. The Riddle Song [6:39] Daniel Kobialka
6. A day without rain[2:38] ENYA

#### Klassisk 1 [21 MINUTTER] spor 7-12

7. Dance of the blessed spirit [6:49] Christoph Willibald Ritter von Gluck
8. Carmen,Entracte, suite1,Intermezzo[2:34] Bizet, Georges (1838-1875)
9. Wilmas theme [1:57] Nilsson, Stefan
10. Gymnopedies#1,piano[3:15] Satie, Erik
11. Piano concerto in F,BWV 1056,Largo[3.16] Bach, J.S. (1685-1750)
12. The girl with the flaxen hair[2:17] Debussy, Claude (1862-1918)

#### Klassisk 2 [20 MINUTTER] spor 13-17

13. Serenade for 13 wind instruments, E flat major, Andante [6:14] Mozart
14. Chaconne, Op 62, a minor. L [4:04] Durand, August
15. Gymnopedies#1,piano[3:15] Satie, Erik
16. Scaramouche [3:59] Sibelius, Jean (1865-1957)
17. The girl with the flaxen hair[2:17] Debussy, Claude (1862-1918)

## Vedlegg 8: VAS resultater, numerisk verdi.

Resultater for VAS smertenivå for deltakere før og etter terapiforløpet:

VAS-nivå	Marie	Sofie	Tone
Ved forsamtalen	50	50	76
6 uker etter avslutning	40	30	60
3 måneder etter avslutning	30	30	80

Resultater for VAS smertenivå for hver enkelt deltakere før og etter hver GIM-time:

VAS for Marie før og etter hver GIM-time:

VAS-nivå	1 time	2 time	3 time	4 time	5 time	6 time	7 time	8 time
Før timen	20	70	0	0	10	60	10	10
Etter timen	0	10	0	30	10	30	20	10

VAS for Sofie før og etter hver GIM-time:

VAS nivå	1 time	2 time	3 time	4 time	5 time	6 time	7 time	8 time
Før timen	60	70	40	40	30	40	30	30
Etter timen	60	40	40	30	20	30	20	20

VAS for Kurt før og etter hver GIM-time:

VAS nivå	1 time	2 time	3 time	4 time	5 time	6 time	7 time	
Før timen	50	70	80	40	60	40	70	
Etter timen	50	70	70	30	20	30	50	

VAS for Tone før og etter hver GIM-time:

VAS nivå	1 time	2 time	3 time	4 time	5 time	6 time	7 time	8 time
Før timen	60	72	60	67	60	63	70	52
Etter timen	50	48	47	57	54	60	59	48

Det er en samlet gjennomsnittlig reduksjon i smertenivå på 10,3 på de 31 timene.