

**Canadian Journal of
Music Therapy**

**Revue canadienne de
musicothérapie**

Volume 27 | 2021

**Official journal of the Canadian Association of Music Therapists
Revue officielle de l'Association canadienne des musicothérapeutes**

CANADIAN JOURNAL OF MUSIC THERAPY REVUE CANADIENNE DE MUSICOTHÉRAPIE

Official Journal of the Canadian Association of Music Therapists
Revue officielle de l'Association canadienne des musicothérapeutes

Volume 27 | 2021

Editor-in Chief

Rédactrice en chef

SarahRose Black, PhD, RP, MTA

Editor, French Content

Directrice, contenu en français

Annabelle Brault, M.A., MTA, MT-BC

Editor, English Content

Directrice, contenu en anglais

SarahRose Black, PhD, RP, MTA

Copy Editing, French Content

Révision linguistique, contenu en français

Sophie Pallotta, Traductrice et réviseure agréée
OTTIAQ, ACR

Copy Editing, English Content

Révision linguistique, contenu en anglais

Cheryl O'Shea, BA

French Translation

Traduction (vers le français)

Rosalind Lobo, B.A., M.A. (Trad.)

English Translation

Traduction (vers l'anglais)

Benoit Vanasse, Certified Translator, OTTIAQ
Michel Legault, Certified Translator, OTTIAQ

Proofreading

Correction d'épreuves

Debbie Carroll, PhD, MTA

Printing

Impression

Minuteman Press London North
London, Ontario, Canada

Editorial Review Board

Comité de lecture

Miya Adout, MA, MTA, MT-BC
Andrew Ascenzo, DMA
Joanie Ayotte, MTA
Sue Baines, PhD, MTA
Felicity Baker, PhD, RMT
Sylvie Boisvert, MA, LGSM, MTA
Darlene Brooks, PhD, MT-BC
Debbie Carroll, PhD, LGSMT, MTA
Jane Edwards, PhD, RMT
Lilian Eyre, PhD, MT-BC, MTA
Rachel Finnerty, MMT, RP, MTA
Bev Foster, ARCT, MA
Simon Gilbertson, Dr. Rer. Medic
Don Hardy, BMT, MTA
Anne Johnson, BMus, MTA
Petra Kern, DMtG
Kevin Kirkland, PhD, MTA
John Lawrence, MMT, MTA
Josephine Lee, MA, MTA
Chelsea McKinnon, BHSc, MA, MMIE
Theresa Merrill, PhD, MT-BC
Sarah Millis, MA, MTA
Nicola Oddy, MA, RP, MTA, CCC
Sarah Pearson, MMT, DipSCP, RP
Julien Peyrin, BMT, MTA
Noah Potvin, MMT, LPC, MT-BC
Sara Pun, MMT, MTA, BA, ARCT
Ruth Roberts, MMT, MTA
Deborah Salmon, MA, MTA, RP, MFT
Chelsea Shanoff, DMA
Susan Summers, PhD, MTA
Charles-Antoine Thibeault, MA, MTA
Guylaine Vaillancourt, PhD, MTA
Stephen Williams, MCAT, MTA
Alpha Woodward, PhD, MTA
Michael Zanders, PhD, LPC, MT-BC

Table of Contents

From the Editor-in-Chief and English Content Editor.....	4
SarahRose Black	
From the French Content Editor.....	6
Annabelle Brault	
Interview	10
Interview with Dr. Colin Andrew Lee	
SarahRose Black	
Reflection Paper	21
Reconsidering the Dominant Narratives of the Music Therapy Profession for the Future	
Katrina Skewes McFerran	
Original Research	35
Expériences de musicothérapeutes travaillant à court terme avec des groupes d'adolescents en santé mentale	
Erika Guittard	
Literature Review	50
Can Music Improve Sleep Quality? A Systematic Literature Review	
Bing-Yi Pan and Elizabeth M. Pan	
Special Article	78
Un nouvel institut pour promouvoir et soutenir la musicothérapie	
Suzanne Caron	
Documentary Review	86
Isabelle Raynauld (Director): <i>Tuning the Brain with Music</i>	
Reviewed by Vickie Levasseur	
Poetry Review	89
Mary Rykov: <i>some conditions apply</i>	
Reviewed by Liz Moffitt	
Book Review	93
Katrina McFerran, Phillipa Derrington, and Suvi Saarikallio (Eds.): <i>Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing</i>	
Reviewed by Melody Newcomb	
Book Review	99
Elizabeth Schwartz: <i>Basic Verbal Skills for Music Therapists</i>	
Reviewed by Stephen Williams	

Table des matières

Mot de la rédactrice en chef et directrice du contenu en anglais	4
SarahRose Black	
Mot de la directrice du contenu en français	6
Annabelle Brault	
Entrevue	15
Entrevue avec le Dr Colin Andrew Lee	
SarahRose Black	
Document de réflexion	21
Reconsidering the Dominant Narratives of the Music Therapy Profession for the Future	
Katrina Skewes McFerran	
Recherche inédite	35
Expériences de musicothérapeutes travaillant à court terme avec des groupes d'adolescents en santé Mentale	
Erika Guittard	
Revue de littérature	50
Can Music Improve Sleep Quality? A Systematic Literature Review	
Bing-Yi Pan et Elizabeth M. Pan	
Article spécial	78
Un nouvel institut pour promouvoir et soutenir la musicothérapie	
Suzanne Caron	
Critique de documentaire	83
Isabelle Raynald (réalisatrice) : <i>De la musique pour le cerveau</i>	
Critique par Vickie Levasseur	
Critique de poésie	89
Mary Rykov: <i>some conditions apply</i>	
Critique par Liz Moffitt	
Critique de livre	93
Katrina McFerran, Phillipa Derrington et Suvi Saarikallio :	
<i>Guide musique, adolescence et bien être</i>	
Critique par Melody Newcomb	
Critique de livre	99
Elizabeth Schwartz : <i>Compétences verbales de base pour musicothérapeutes</i>	
Critique par Stephen Williams	

From the Editor-in-Chief and English Content Editor

It is my absolute privilege to present the 2021 issue of the *Canadian Journal of Music Therapy*, a representation of a point in time in our history as a profession and a remarkable testament to the bold and brilliant voices that make up the unique fabric of our work. Never before have I been more struck by the profound significance and importance of music as a tool for healing, connecting communities, embodying and exemplifying diversity, and promoting revolutionary change within health-care systems in our country and beyond. This past year has brought us all immense challenge. Whether we have had to pivot to virtual clinical care, adapt or pause our research pursuits, or reconfigure our professional work as a result of this global pandemic's significant impact on our economy and on health care in general, we have all felt the effects of the past 12 months.

Amidst these immeasurable challenges, this issue's authors invite us to reflect, consider, and reconsider who we are, where we have come from, and what lies ahead for us as individuals and as a collective. "The way we describe how and why we do what we do is the area that requires careful, curious, optimistic reconsideration," Dr. Katrina McFerran suggests in her position paper, as she points us to a question of what theoretical perspectives we as music therapists might favour if we were establishing ourselves now, as opposed to our professional roots which were planted over fifty years ago. We are invited to explore our own career trajectories as we journey alongside Dr. Colin Andrew Lee who offers us a candid and intimate interview that explores both the roots of his own theoretical perspectives and the future directions he is pursuing. Dr. Bing-Yi Pan and Elizabeth Pan present a thorough and comprehensive systematic review of the impact of music on sleep quality, adding a vital evidence-based perspective on the role music can play in sleep regulation. Our French content features Erika Guittard's phenomenological exploration of the experience of music therapists who have worked with adolescents in short-term contexts, offering insight into this paradigm. Suzanne Caron's reflections on the creation and first year of the innovative and unique National Music Therapy Institute in Montreal and Vickie Levasseur's review of Isabelle Raynaud's documentary, *Tuning the Brain with Music*, bring us fresh perspectives on new and exciting work being done in Quebec and beyond. We are especially thrilled to welcome two new styles of review to our journal, both Levasseur's documentary review and Liz Moffitt's considered and thoughtful review of Mary Rykov's new book of poetry, *some conditions apply*. Stephen Williams offers a look into Elizabeth Schwartz's *Basic Verbal Skills for Music Therapists* and provides us with suggestions for possible applications, and Melody Newcomb presents an overview, close look, and insights from McFerran, Derrington, and Saarikallio's recently published *Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing*.

Our authors' work demonstrates a breadth and depth of thought-provoking music therapy perspectives from different parts of the country, showcasing an array of voices, ideas, and hopes for our future. I have marvelled at the advocacy that has continued to be a focal point for many of us in the field and have felt proud of our community that has come together to continue to support our clinical populations and engage in meaningful research. We are entering into what I hope will be a pivotal time of change and accessibility, as our journal has officially become available through an open access platform, a truly exciting and encouraging landmark for our profession. I offer my sincerest thanks to all of those who have worked tirelessly to make this pursuit a reality and am passionately optimistic that this shift will mean our voices will be accessible to a much larger and more diverse audience. As incoming Editor-in-Chief of this publication, which has been close to my heart since my own entry into music therapy, I humbly recognize and acknowledge that I stand on the shoulders of giants—pillars in our community who have fundamentally shaped the growth of our field from a place of deeply-rooted passion for clinical and

research excellence. I am grateful to the editors who have come before me, and am honoured to be able to carry this journal forward alongside my colleague and our French Content Editor, Annabelle Brault, in partnership with our journal team. I invite each of you to consider your own passions, research interests, curiosities, and questions, and to connect with our team if you would like to discuss an opportunity to contribute to our Canadian journal. I look forward to working with many of you in the coming months! It is an absolute pleasure to be your new Editor-in-Chief. I am grateful for the opportunity, and hope you enjoy the 2021 issue of the *Canadian Journal of Music Therapy*.

Dr. SarahRose Black, PhD, RP, MTA
Editor-in-Chief and English Content Editor, *CJMT*
journal@musictherapy.ca

Mot de la rédactrice en chef et directrice du contenu en anglais

J'ai le privilège sans égal de vous présenter l'édition 2021 de la *Revue canadienne de musicothérapie*, qui correspond à un moment crucial dans l'histoire de notre profession et constitue un remarquable témoignage des voix hardies et lumineuses qui composent la trame unique de notre travail. Je n'ai jamais été aussi frappée par la portée et l'importance primordiales de la musique comme outil pour soigner et unir les communautés, incarner et illustrer la diversité et promouvoir des changements radicaux à l'intérieur des systèmes de santé, au Canada et à l'étranger. Au cours de la dernière année, nous avons tous fait face à d'énormes défis. Nous avons dû nous tourner vers la prestation de soins cliniques virtuels, adapter ou interrompre nos travaux de recherche ou réorienter notre travail en raison des répercussions importantes de la pandémie mondiale sur notre économie et notre système de santé dans son ensemble. Bref, nous avons tous ressenti durement les douze derniers mois.

Au beau milieu de tous ces énormes défis, les auteurs de ce numéro nous invitent à réfléchir, à ce que nous sommes, à nos origines et à ce que l'avenir nous réserve, personnellement et collectivement, puis à tout remettre en question. « Nous devons réexaminer avec prudence, curiosité et optimisme notre façon de décrire ce que nous faisons et les raisons pour lesquelles nous le faisons », exprime la Dre Katrina McFerran dans son énoncé de position, suggérant qu'il nous faut remettre en question les perspectives théoriques que nous adopterions si notre profession s'établissait maintenant plutôt qu'il y a cinquante ans. Le Dr Colin Andrew Lee nous invite à faire le point sur notre propre parcours professionnel, alors qu'il se prête avec candeur à une entrevue intime explorant les racines de ses propres perspectives théoriques et ses orientations futures. Le Dr Bing-Yi Pan et Elizabeth Pan présentent un examen systématique et exhaustif de l'effet de la musique sur la qualité du sommeil, apportant une perspective factuelle vitale sur le rôle que peut jouer la musique dans la régulation du sommeil. Notre volet français comprend un article d'Erika Guittard, qui porte un regard phénoménologique sur l'expérience des musicothérapeutes ayant travaillé auprès d'adolescents dans un contexte de thérapie brève et offre un aperçu de ce paradigme. Les réflexions de Suzanne Caron sur la fondation et la première année d'activité de l'Institut national de musicothérapie de Montréal et la critique du documentaire d'Isabelle Raynaud *De la musique pour le cerveau* par Vickie Levasseur présentent des perspectives originales sur de passionnants travaux de recherche menés au Québec et ailleurs. Nous sommes particulièrement ravis d'accueillir deux nouveaux types d'analyses critiques dans notre revue, soit celle du documentaire signée par Vickie Levasseur et l'analyse réfléchie et approfondie du nouveau recueil de poésie de Mary Rykov, *some conditions apply*, par Liz Moffit. Stephen Williams présente un aperçu du livre *Basic Verbal Skills for Music Therapists* d'Elizabeth Schwartz et des suggestions sur de possibles applications pouvant en résulter, et Melody Newcomb analyse minutieusement l'ouvrage *Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing*, récemment publié par McFerran, Derrington et Saarikallio et nous fait part de ses réflexions en découlant.

Le travail de nos auteurs inspire en mettant en lumière l'ampleur et la profondeur de perspectives diverses de la musicothérapie issues de tous les coins du pays, présentant un vaste éventail de voix, d'idées et d'espoirs pour notre avenir. J'ai été ravie de constater à quel point nombre d'entre nous continuent de défendre la profession, et fière du fait que les membres de notre profession unissent leurs efforts pour continuer d'appuyer notre clientèle clinique et de mener des travaux de recherche pertinents. Nous entrons dans une nouvelle ère qui, je l'espère, donnera lieu à des changements marquants et à une plus grande accessibilité, comme en témoigne le passage de notre revue à une plateforme ouverte, une étape encourageante et stimulante pour notre profession. Je remercie du fond du cœur ceux et celles qui ont travaillé sans relâche pour réaliser ces objectifs et je suis persuadée que ces avancées nous permettront d'élargir et de diversifier notre auditoire. Dans mes nouvelles fonctions de directrice de la rédaction de cette publication qui m'est chère depuis mon entrée dans le domaine de la musicothérapie, je reconnais humblement que je suis juchée sur les épaules de géants, des piliers de la profession dont la passion

pour l'excellence en recherche clinique a façonné la croissance de notre profession. Je suis reconnaissante envers mes prédécesseurs et c'est un honneur de prendre les rênes de cette revue de concert avec ma collègue Annabelle Brault, responsable du contenu en français, et en collaboration avec l'équipe de rédaction de la revue. Je vous invite à réfléchir à vos propres passions et activités de recherche, ainsi qu'aux questions qui piquent votre curiosité, puis à communiquer avec notre équipe pour discuter de possibles contributions à la *RCM*. Je suis impatiente de travailler avec beaucoup d'entre vous au cours des mois à venir! C'est un immense plaisir d'être votre nouvelle directrice de la rédaction. Je suis reconnaissante de cette occasion qui m'est offerte et j'espère que l'édition 2021 de la *Revue canadienne de musicothérapie* vous plaira.

Dre SarahRose Black, Ph. D., RP, MTA

Rédactrice en chef et directrice du contenu en anglais, *RCM*

journal@musictherapy.ca

Mot de la directrice du contenu en français

Au moment d'écrire le mot de la directrice du contenu en français lors de l'édition 2020 de la Revue, j'étais loin de me douter de l'ampleur que prendrait la pandémie. Plusieurs experts estiment que celle-ci aura des répercussions sociales importantes à long terme, que ce soit sur nos relations interpersonnelles ou sur notre rapport avec les télécommunications et l'espace public. Malgré tout, la pandémie nous aura montré la résilience de la communauté des musicothérapeutes. Sur le champ clinique, de nouvelles initiatives de musicothérapie en ligne nous ont permis d'atteindre des gens isolés et vulnérabilisés par la pandémie, et les enseignants ont mis sur pied et offert des formations en ligne d'excellente qualité. Cela s'est avéré un bond essentiel pour notre profession qui jusque-là, était demeurée hésitante à proposer des services en mode virtuel. Alors que nous continuons d'apprivoiser les différentes possibilités à notre disposition en matière de technologies numériques pour le développement de la musicothérapie, je me sens privilégiée d'avoir été témoin de la grande résilience, de la persévérance et de la flexibilité de notre communauté dans cette situation difficile.

C'est avec grand plaisir que je vous présente les contributions francophones de l'édition 2021, volume 27 de la *Revue canadienne de musicothérapie*. Ce numéro débute par une entrevue du Dr Colin Andrew Lee par D^{re} SarahRose Black. Le Dr Lee porte un regard rétrospectif sur sa carrière et observe combien ses identités multiples, et plus particulièrement son identité de musicien, ont imprégné tous les aspects de son parcours professionnel. Puis, nous poursuivons avec un article de recherche en français intitulé *Expériences de musicothérapeutes travaillant à court terme avec des groupes d'adolescents en santé mentale*. Dans cette étude phénoménologique, Erika Guittard explore les particularités des séances de thérapie brève réalisées auprès de groupes d'adolescents par le biais d'entrevues semi-structurées réalisées auprès de trois musicothérapeutes canadiennes. Elle examine le rôle de la musicothérapie dans ce contexte, les approches adoptées, ainsi que les compétences professionnelles spécifiques d'intervention à court terme. Vient ensuite un essai de Suzanne Caron qui nous raconte le parcours l'ayant menée à la création de l'Institut national de musicothérapie. Puisque le lancement de l'Institut a coïncidé de près avec l'arrivée de la pandémie, elle explique également comment elle et son équipe ont su se réinventer pour offrir des services novateurs en temps de grand besoin. Enfin, Vicky Levasseur nous présente une critique du documentaire *De la musique pour le cerveau* de la réalisatrice Isabelle Raynauld. Ce documentaire présente le travail de plusieurs musicothérapeutes canadiens, musiciens communautaires, et chercheurs en neuroscience pour mieux comprendre les effets de la musique sur le cerveau. Il s'agit de la première critique de documentaire publiée par la *Revue canadienne de musicothérapie*.

Je tiens à féliciter la Dre SarahRose Black pour sa première collaboration à la *RCM* en tant que rédactrice en chef et directrice du contenu en anglais. C'est un grand plaisir de travailler avec elle et je suis enthousiaste à l'idée des transformations qui s'annoncent pour la Revue. Je remercie aussi la Dre Guylaine Vaillancourt qui continue de m'épauler dans mon rôle de directrice du contenu en français. C'est un grand privilège de pouvoir évoluer dans un forum bilingue où les musicothérapeutes peuvent partager la richesse et la diversité de leurs pratiques professionnelles et de leurs activités de recherche respectives. Avec le lancement de la Revue en libre accès, nous espérons rejoindre un public encore plus vaste et diversifié, et invitons tout particulièrement les auteurs émergents à nous contacter pour explorer les possibilités de publication et de mentorat au sein de la *RCM*.

Annabelle Brault, M. A., MTA, MT-BC
Directrice, contenu en français, *RCM*
revue@musictherapy.ca

From the French Content Editor

Last year when I sat down to write my message for the 2020 edition of this journal, little did I know how extensive the scale of this pandemic would be. A number of experts believe that it will have major long-term social repercussions—on either our interpersonal relationships or the role of telecommunications and public spaces in our lives. Be that as it may, the pandemic has shown the resilience of the music therapy community. In clinical terms, new online music therapy initiatives have helped us reach people who feel isolated and vulnerable because of the pandemic, and educators have developed and made available some excellent virtual training sessions. This has proven to be an essential leap forward for our profession, which had, until recently, been resistant to the idea of offering online services. As we grow our expertise with the various digital technology options available for developing music therapy, I feel privileged to have witnessed our community's tremendous resilience, perseverance, and flexibility in this challenging situation.

I am very pleased to present the French-language contributions to the 2021 edition (Volume 27) of the *Canadian Journal of Music Therapy*. The first article in this issue is an interview with Dr. Colin Andrew Lee, conducted by Dr. SarahRose Black. Dr. Lee looks back on his career and discusses how his multiple roles—especially that of musician—have permeated every aspect of it. Next is a research paper, written in French, titled “Expériences de musicothérapeutes travaillant à court terme avec des groupes d’adolescents en santé mentale” (“The Experiences of Music Therapists Working, on a Short-Term Basis, with Groups of Adolescents in a Mental Health Context”). In this phenomenological study, Erika Guittard uses semi-structured interviews with three Canadian music therapists to explore the defining features of brief therapy sessions involving groups of adolescents. She examines the role of music therapy in this context, the approaches adopted, and the professional skills specific to short-term intervention. This study is followed by Suzanne Caron, who describes the journey that led her to establish the National Music Therapy Institute. Since the Institute was launched almost concurrently with the onset of the pandemic, she also explains how she and her team reinvented themselves so they could offer innovative services in a time of dire need. Finally, Vickie Levasseur presents a review of the documentary *De la musique pour le cerveau/Tuning the Brain with Music*, directed by Isabelle Raynauld. This film presents the work of several Canadian music therapists along with community musicians and neuroscience researchers who seek to better understand the effects of music on the brain. This is the first documentary review published by the *CJMT*.

My congratulations to Dr. SarahRose Black on her first contribution to this publication as Editor-in-Chief and Editor, English Content. I am tremendously pleased to be working with her and excited about the changes planned for the *CJMT*. I would also like to thank Dr. Guylaine Vaillancourt, who continues to support me in my role as Editor, French Content. This opportunity to advance in a bilingual forum, where music therapists can share the richness and diversity of their individual professional practices and their respective research activities, is truly a privilege. We hope the launch of the journal's open access platform will help us reach an even wider and more diversified audience, and we invite aspiring authors, in particular, to get in touch with us to explore publication and mentoring opportunities at the *CJMT*.

Annabelle Brault, MA, MTA, MT-BC
Editor, French Content, *CJMT*
revue@musictherapy.ca

Interview with Dr. Colin Andrew Lee, 19 October, 2020

SarahRose Black, PhD, RT, MTA
Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Ontario

Colin Andrew Lee, PhD taught at Wilfrid Laurier University, Waterloo from 1998 to 2020. Following piano studies at the Nordwestdeutsche Musikakademie, he earned his Postgraduate Diploma in Music Therapy from the Nordoff–Robbins Music Therapy Centre, London and his PhD from City University, London, culminating in the music-centred theory of Aesthetic Music Therapy (AeMT) that was the subject of Colin’s debut monograph, *The Architecture of Aesthetic Music Therapy* (Barcelona Publishers, 2003). His subsequent books include, among others, *Improvising in Styles: A Workbook for Music Therapists* (with Marc Houde; Barcelona Publishers, 2011), *Paul Nordoff: Composer and Music Therapist* (Barcelona Publishers, 2014), and *Music at the Edge: The Music Therapy Experiences of a Musician with AIDS* (2nd ed., Routledge, 2016). In 1996, Colin helped create the Towersey Foundation, a charity that promotes and creates positions for music therapy in palliative and end-of-life care. Colin was interviewed by SarahRose on October 19, 2020.

Throughout your career, you’ve worn many hats. How has your identity evolved?

Throughout my career I have attempted to balance my intersecting identities as a composer, pianist, therapist, and white cisgendered, gay man. I am unashamedly first and foremost a musician. Before becoming a music therapist, I identified myself as a composer and pianist. Beginning the Nordoff–Robbins training course, I made myself a promise, a promise that I would keep my work alive as a composer and performer alongside my work as a therapist. Finding a balance between art and science, music and words, has been an ongoing journey of enquiry that continues to consume my thinking to this day. I am a passionate musician and a passionate therapist. I am also an openly gay man who has never hidden the reality of my sexual identity and how it has affected my work as a therapist and educator.

Can you speak about the various theoretical influences that have inspired you throughout your career?

My main theoretical influences have come from the aesthetics of music and musicology. I am a Nordoff–Robbins, music-centred, composer–music therapist who believes in the centrality of music to achieve positive therapeutic outcomes. Improvisation has always been at the core of my practice and it was my investigations into the art of clinical improvisation that inspired me to create Aesthetic Music Therapy (AeMT). Linking my experiences as a musician to my experiences as a music therapist was an important part of the theoretical building blocks as I started to formalize AeMT through practice and teaching. AeMT promotes the belief that the qualities and beauty of music used in therapy should be of equal importance to the non-musical rigours of clinical aims and objectives; that the balance between our understanding of the science of music therapy should be equal to our understanding of the artistic creativity of music-making with clients. To date, music therapy has devoted much of its energies to formulating evidence-based research, understanding the therapeutic process through theories of psychotherapy, creating musical experiences in different community settings, and less on detailed investigations of the qualities and outcomes of music itself. AeMT advocates for a re-imagining of this balance to include studies in music aesthetics and musicology as equal to the rigours of non-musical theories and outcomes. My belief in the sacrosanct qualities of music to inform the qualities of therapy have remained steadfast throughout my career.

Musicianship and musical styles have been central to your practice and pedagogy. Who are your most notable musical influences?

I have been influenced by many composers, styles, and genres during my career. Working in palliative care, first at London Lighthouse, a Centre for People Facing the Challenge of AIDS, and later at Sir Michael Sobell House Hospice, Oxford, J. S. Bach became my constant professional and personal guide. I would distill themes from secular chamber works (e.g., Cello Suites, Sonatas and Partitas for Solo Violin, Goldberg Variations) as well as music from larger sacred compositions, such as the Mass in B Minor. These distillations would act as structural–musical themes for active improvisations as well as providing receptive themes for bedside work. Bach’s music also became my private guide as I reflected on work with critically ill clients. Before sessions began every morning, I would take time to play from the keyboard suites and inventions. I would play each phrase slowly, living within the transparency of every musical moment. His music allowed me time to reflect on my work with clients, my own humanness, and helped me find peace before sessions began. I believe the reason Bach’s music can be such a cherished musical–therapeutic guide in palliative care is because it is beyond the grounded reality of life. His music represented in my work an intimate manifestation of the human condition, providing clients with a musical bridge as they moved toward the transcendental dimensions of dying.

Another composer who has influenced my reflections on practice—though more recently—is Jóhann Jóhannsson. The simplicity, clarity, and sadness of his music contains an emotional directness that can feel, at times, overwhelming. As I contemplated his music, it occurred to me that much of the music we use in therapy is often extrovert. From my experience, it is rare to hear introvert music that is simple, slow, and transparent for extended periods. Jóhannsson challenged my assumptions about the qualities and pace of music used in therapy. The world in which we live is fast and fractured. Music that is slow, reflective, and melancholic in nature, I believe, can be a potent therapeutic tool and transport the therapeutic process toward a more intimate spiritual experience.

You taught at Wilfrid Laurier University for over two decades. In reflecting on your time there, what stands out for you and what are your hopes for the future of the programs?

I would like to thank Wilfrid Laurier University for allowing me the opportunity to develop and share my work during my 22-year tenure as Professor. I would also like to recognize the support of my colleagues: Rosemary Fischer, Carolyn Arnason, and Heidi Ahonen. When Rosemary first invited me to teach as a part of their search for a new faculty member, I was unsure how I might contribute to the already established Bachelor’s (BMT) program. Learning that the program was also looking to develop a Master’s (MMT) program, I immediately applied for the position. In 1998 on arriving at Laurier, I launched myself into the organization and administration needed to take the Master’s program through the various academic and provincial levels necessary for its validation. Within two years and with the support of Rosemary and Carolyn, the program was up and running. Heidi was later appointed to complete the faculty needed to run both programs.

Being provided with a blank sheet to create a new Master’s program was something I had only dreamed about. From the outset I knew I would include as central the Nordoff–Robbins music-centred pedagogical values that had been so essential in my own training and practice. I began by mapping out four improvisation courses—one each term—that would provide the music-centred foundations for the program. Clinical musicianship and the development of musical resources were core values that I knew from the beginning would consolidate the

program and the curriculum as a whole. Courses on theory, case studies, qualitative research, and talks on music were balanced with placements and preparation for students' final internship.

Both the BMT and MMT programs at Laurier have been theoretically and musically built from classical foundations. With the advent and development of community music running in parallel at the university, the cross-fertilization of courses has begun. The BMT program now accepts students from both the classical and community streams. The community music students have brought a freshness and contemporary creativity that I hope will continue to impact not only the BMT and MMT programs but the profession as a whole. Issues of social justice are becoming increasingly relevant components of music therapy practice and research. Approaches that acknowledge and address epistemic privilege and responsibility, intersectionality, trauma-informed and anti-oppressive approaches are just some of the social issues facing the profession as a whole. Music therapy is in a period of great change. It is my hope that the programs at Laurier will rise to address these challenges in their developing curriculums.

Though you've often shared that you don't consider yourself a researcher, you have developed theories and practices that intersect with research. Where do you see yourself within these landscapes?

Even though I don't consider myself a researcher, I have conducted music-centred studies that have included methodological rigour. I do, however, consider myself a theorist. If I were to identify one area I am passionate about it would be the importance of developing a music-centred indigenous theory. The idea of designing a musicological and music-centred theory of music therapy that is not bound on theories such as psychology, psychotherapy, or medicine, for me is ultimately inspiring. I understand the arguments that non-musical theories are needed to contextualize and provide frameworks that cannot be found in music itself. I still crave, however, for the idea that creativity and the therapeutic process could find their own levels of expertise through the study of music. In reading new music therapy books and journal articles, the main element I observe that is missing is detailed and in-depth discussions and examples of the one quality that defines our practice: music. My beliefs may indeed be idealistic but I believe it is good to dream!

As you reflect back on your career, what would you consider to be significant milestones?

There have been several major milestones in my career. Perhaps the most significant is the day I met Francis, the client described in *Music at the Edge* (Lee, 1996, 2016). Our work together and the publication of the book would change the course of my career, providing me the opportunity to move to North America—first at Berklee College in Boston, and later at Wilfrid Laurier University. Coincidentally this was the same day that I also met Diana, Princess of Wales during her visit to London Lighthouse. Princess Diana had requested to meet two clients (Charles and Tony) and myself. She asked if Charles and Tony might be willing to share their experiences of the music therapy program. I remember how humble Princess Diana was and how respectful she was of our work. She asked insightful questions and requested that we demonstrate our work with a short improvisation. The time flew by in a whirlwind, leaving us emotionally exhausted yet elated and alive. Later, once the normalcy of the day had resumed, I met Francis. He was staying on the residential unit of London Lighthouse and had referred himself for music therapy. Our assessment session later that afternoon would be equally exacting and would be the beginning of one of the most extraordinary and enlightening music therapy relationships of my career.

A more recent milestone came during the COVID-19 lockdown. As I began reading recent articles and books on the beginnings of queer music therapy, intersectionality, multi-culturalism, LGBTQ+, and the creative arts, I wondered if it may be time to devote a whole volume to music therapy and the LGBTQ+ community. I wrote to the commissioning editor of Oxford University Press with the idea of creating and editing the *Oxford Handbook of Queer and Trans Music Therapy*. He responded immediately and, after writing a detailed proposal and going through a rigorous review process, the book was accepted. I now find myself at the helm of a volume of over 42 chapters. I am overwhelmed and in awe of the contributors I have met and the innovative clinical work, theory, musicology, research, and philosophical thinking that will be included in the book.

Who are some of the music therapists who have influenced your theories and clinical practices throughout your career?

I first met Carol and Clive Robbins during the Nordoff–Robbins training course in 1985. They visited the centre in Kentish Town, London, teaching full-time for a period of six weeks. This was an extraordinary experience that affected me intensely as a musician and fledgling therapist. Some years later, as I finished the final manuscript of *Music at the Edge*, I somewhat nervously wrote to Clive and asked if he would write the foreword for the book. After several weeks, he responded and asked if I would be prepared to fly to the Nordoff–Robbins centre in New York so we could go over the text. Within a few days, I found myself staying with Carol and Clive in their apartment, working morning until night on the book for the following five days. Our work together would solidify my relationship with Carol and Clive professionally and personally. After the book was finished and I had moved to Boston to teach at Berklee College, I would stay with them regularly, accompanying them to the centre, viewing sessions, attending classes, and talking vigorously about music therapy over breakfast, lunch, and dinner. These times had a powerful effect on my passion for the field and inspirations for clinical composition and improvisation. Carol and Clive were great supporters of my work, especially as I began to formulate my ideas for AeMT. They listened to my ideas and questioned my visions for the future of music therapy with great intent and respect. We also ate copious amounts of pasta and ice cream! I miss them both very much.

During one of my visits I asked Clive if he had any compositions by Paul Nordoff before he became a music therapist. Clive smiled and found an old recording of Paul's—Concerto for Violin and Piano (1952). Listening to the concerto, I was transfixed. I had never realized before the stature of Paul's compositions and his potential contribution to American music. For the next ten years, Clive and I formed an alliance to collect and archive Paul's music. This work culminated in *Paul Nordoff: Composer and Music Therapist*, which was published in 2014, some three years after Clive's death. We catalogued his compositions and recordings into large boxes that were carefully labelled and indexed. Later, after the completion of our work and publication of the book, I began to feel the weight of having Paul's music in my home, of which many compositions were written in Paul's own hand. I contacted his son, Anthony Nordoff, and asked if I could bequeath the collection to him. He was grateful and accepted my offer. Later in the summer, Anthony and his partner Christi drove to Waterloo and took the scores and recordings we had collected so they could be reunited with his family where I believe they rightly belong.

Kenneth Bruscia has been an important person in my life for many years. His support and publication of my books on AeMT and improvisation pedagogy have given me a professional voice, allowing me the opportunity to develop my philosophies as a composer–music therapist. Kenneth Aigen, as a fellow Nordoff–Robbins music therapist, has also been a great advocate and supporter of my ideas. His response to the original critiques of *Music at the Edge* provided me with much needed emotional support during this difficult time. And then there is Marc

Houde who co-wrote and collaborated with me on the resource book, *Improvising in Styles: A Workbook for Music Therapists, Educators, and Musicians* (2011). I would finally like to acknowledge and recognize Rosemary Fischer who began the Bachelor's program at Wilfrid Laurier. Our heated conversations about music and therapy inspired me to believe in the music-centred values that were to become so essential as the Master's program began.

What would you tell a beginning music therapist? What's really important?

I find it hard to believe I have been a music therapist for 37 years! I remember my first class on the Nordoff–Robbins training course as if it were yesterday. Sybil Beresford-Peirce, our teacher and director of the centre, shared a video of an individual session with a child with special needs. The child was playing drum and cymbal and the therapist was improvising in response from the piano. Each student had to watch and listen to one minute of the video. Sybil would stop the video and we then had to describe exactly what we saw and heard. We were not allowed to interpret or make evaluations that were not factual in nature. This exercise was much harder than any of us had imagined and I seem to remember we all failed miserably! What I learnt from this was the fundamental concept that therapists need to be able to hear precisely clients' musical creativity and describe their physical presence before making interpretations and judgments with regard to ongoing aims and objectives.

I would urge beginning music therapists to remember that music defines our practice, that the quality of musical response to a client's playing will affect the quality of therapeutic outcome. In order to remain musician therapists, we must be prepared to practise, practise, practise! To include in sessions your principal instruments as core. Orchestral and world instruments, as well as voice, can become powerful therapeutic resources that will help clients find their individual musical freedoms and unique creative force. It is important to acknowledge and embrace new technologies (e.g., looping) as well as newly designed instruments (e.g., handpan) that will amplify and add richness to your musical landscapes. To end, I would like to thank all the students I worked with throughout my teaching at Wilfrid Laurier. I miss our classes, music-making, and inspirations discussing music, health, and life. I encourage all young therapists to develop the richness of your own intersecting identities, to champion for what you believe in, even if this may be different from the norms of current practice. The future of music therapy is yours.

References

- Lee, C. A. (1996, 2016). *Music at the edge: The music therapy experiences of a musician with AIDS*. Routledge.
- Lee, C. A. (2014). *Paul Nordoff: Composer and music therapist*. Barcelona Publishers.
- Lee, C.A., & Houde, M. (2011). *Improvising in Styles: A workbook for music therapists, educators, and musicians*. Barcelona Publishers.

Author Information

SarahRose Black, PhD, RP, MTA, is a certified music therapist and registered psychotherapist who practises in psychosocial oncology and palliative care at the Princess Margaret Cancer Centre and Kensington Hospice in Toronto, Ontario. She serves as Editor-in-Chief for the *Canadian Journal of Music Therapy* and has research interests in the role of music therapy within medical assistance in dying, as well as music therapy for young adults with cancer.

Sarahrose.black@uhn.ca

Entrevue avec le Dr Colin Andrew Lee, 19 octobre 2020

SarahRose Black, Ph. D., TR, MTA
Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Ontario

Colin Andrew Lee, Ph. D. a enseigné à l'Université Wilfrid-Laurier de Waterloo de 1998 à 2020. Après des études en piano à la Nordwestdeutsche Musikakademie, il a obtenu un diplôme de troisième cycle en musicothérapie au Nordoff-Robbins Music Therapy Centre de Londres et un doctorat de la City University de Londres, qui a donné lieu à la formulation de la théorie musicocentrique de la musicothérapie esthétique, sujet de la première monographie du Dr Lee, *The Architecture of Aesthetic Music Therapy* (Barcelona Publishers, 2003). Il a ensuite publié de nombreux ouvrages, notamment *Improvising in Styles: A Workbook for Music Therapists* (avec Marc Houde; Barcelona Publishers, 2011), *Paul Nordoff: Composer and Music Therapist* (Barcelona Publishers, 2014) et *Music at the Edge: The Music Therapy Experiences of a Musician with AIDS* (2^e édition, Routledge, 2016). En 1996, le Dr Lee a contribué à la création de la Fondation Towersey, un organisme de bienfaisance qui fait la promotion de la musicothérapie dans les soins palliatifs et de fin de vie et qui aide à créer des postes dans ce domaine. Le Dr Lee a été interviewé par la Dre SarahRose Black le 19 octobre 2020.

Pendant votre carrière, vous avez porté de nombreux chapeaux. Comment votre identité a-t-elle évolué?

Tout au long de ma carrière, j'ai recherché l'équilibre entre mes identités multiples de compositeur, de pianiste, de thérapeute et d'homme gai blanc cisgenre. Mais je peux affirmer sans gêne que je suis un musicien avant tout. Avant de devenir musicothérapeute, je m'identifiais comme compositeur et pianiste. Lorsque j'ai commencé ma formation à Nordoff-Robbins, je me suis promis que j'allais conjuguer ma carrière de compositeur et d'interprète à ma carrière de thérapeute. La recherche d'un équilibre entre l'art et la science, la musique et les mots est une quête de sens qui continue de m'occuper l'esprit à ce jour. Je suis un musicien passionné et un thérapeute passionné. Je suis également un homme ouvertement gai et je n'ai jamais caché la réalité de mon identité sexuelle et l'influence de celle-ci sur mon travail de thérapeute et d'éducateur.

Pouvez-vous me parler des différentes influences théoriques qui vous ont inspiré pendant votre carrière?

Mes principales influences théoriques me viennent de l'esthétique de la musique et de la musicologie. Je suis un compositeur-musicothérapeute musicocentrique de l'école Nordoff-Robbins qui croit au rôle central de la musique dans l'obtention de résultats thérapeutiques positifs. L'improvisation a toujours été au cœur de ma pratique et ce sont mes recherches sur l'art de l'improvisation en milieu clinique qui m'ont inspiré dans la création de l'approche de la musicothérapie esthétique (Aesthetic Music Therapy - AeMT). Le lien entre mes expériences à titre de musicien et mes expériences de musicothérapeute est l'un des fondements théoriques sur lesquels je me suis appuyé lorsque j'ai commencé à modéliser l'AeMT par la pratique et l'enseignement. L'AeMT défend l'idée que les qualités et la beauté de la musique utilisée dans la thérapie sont tout aussi importantes que la rigueur non musicale des objectifs cliniques; et que notre compréhension du volet scientifique de la musicothérapie est aussi importante que notre compréhension de la créativité artistique lorsque l'on fait de la musique avec les patients. Jusqu'ici, la musicothérapie s'est principalement consacrée à articuler la recherche en se fondant sur des données probantes, à comprendre le processus thérapeutique à partir de la psychothérapie et à créer des expériences

musicales dans différents contextes communautaires, et a consacré moins de temps à des enquêtes détaillées axées sur les qualités intrinsèques de la musique et les résultats qui y sont étroitement liés. L'AeMT préconise un équilibre repensé selon lequel l'esthétique de la musique et la musicologie revêtent la même importance que les théories et les résultats dictés par des méthodes non musicales rigoureuses. Tout au long de ma carrière, je suis resté immuable dans ma conviction que les qualités intangibles de la musique peuvent façonner la thérapie.

La musicalité et les styles musicaux ont toujours été au centre de votre pratique et de votre enseignement. Quelles sont vos principales influences musicales?

Pendant ma carrière, j'ai été influencé par plusieurs compositeurs, styles et genres. Dans mon travail en soins palliatifs, d'abord au London Lighthouse, un centre pour les personnes touchées par le SIDA, puis au Sir Michael Sobell House Hospice, à Oxford, J. S. Bach est devenu mon guide personnel et professionnel. Je distillais les thèmes de la musique de chambre laïque (p. ex., Suites pour violoncelle, Sonates et Partitas pour violon seul, Variations Goldberg), ainsi que des œuvres religieuses de plus grande envergure, comme la Messe en si mineur. Les éléments de cette distillation me fournissaient ensuite des thèmes musicaux et structuraux pour animer des séances d'improvisation active ou pour jouer des pièces évocatrices au chevet de patients. La musique de Bach m'a aussi servi de guide privé dans ma réflexion sur le travail auprès de patients gravement malades. Chaque matin, avant le début des séances, je prenais le temps de jouer quelques suites et inventions pour clavier. Je jouais chaque phrase lentement, en prenant le temps de vivre la transparence de chaque moment musical. Cette musique me donnait le temps de réfléchir à mon travail auprès des patients, à ma propre humanité; elle m'aidait à trouver la paix avant le début des séances. Je crois que, si Bach s'avère un guide musical thérapeutique si précieux en soins palliatifs, c'est parce que sa musique s'élève au-delà des réalités de la vie. Elle représente, dans mon travail, une manifestation intime de la condition humaine, et procure aux patients un pont musical vers les dimensions transcendantes de la mort.

Plus récemment, le compositeur Jóhann Jóhannsson a également influencé ma réflexion sur ma pratique. La simplicité, la clarté et la tristesse de sa musique véhiculent une émotion si vraie qu'elle peut parfois sembler intolérable. En étudiant sa musique, j'ai réalisé que la musique que nous utilisons en thérapie a souvent un caractère extraverti. Selon mon expérience, il est rare d'entendre de la musique introvertie qui soit simple, lente et transparente pendant de longues périodes. Jóhannsson a remis en question mes hypothèses sur les qualités et le rythme de la musique utilisée en thérapie. Le monde dans lequel nous vivons est trépidant et fracturé. À mon avis, une musique lente, contemplative et mélancolique peut être un outil thérapeutique puissant et transformer le processus thérapeutique en une expérience spirituelle intime.

Vous avez enseigné à l'Université Wilfrid-Laurier pendant plus de vingt ans. Qu'est-ce qui se démarque de votre passage dans cet établissement et quels sont vos espoirs pour l'avenir de ses programmes?

Je souhaite remercier l'Université Wilfrid-Laurier de m'avoir permis de développer et de partager mon travail pendant mes 22 années à titre de professeur. Je souhaite également souligner le soutien de mes collègues Rosemary Fischer, Carolyn Arnason et Heidi Ahonen. Lorsque Rosemary m'a invité à enseigner pour la première fois dans le cadre du processus de recrutement d'un nouveau professeur, je n'étais pas certain de la façon dont je pourrais contribuer au programme de baccalauréat (BMT) déjà en place. Lorsque j'ai appris que le département cherchait également à élaborer un programme de maîtrise (MMT), j'ai tout de

suite présenté ma candidature. Lorsque je suis arrivé à Laurier en 1998, je me suis lancé dans l'organisation et l'administration nécessaires pour obtenir la validation du programme par les différentes instances universitaires et provinciales. Après deux ans de travail, et avec le soutien de Rosemary et de Carolyn, le programme était lancé. Heidi a ensuite été embauchée pour compléter le corps professoral nécessaire pour gérer les deux programmes.

Jusqu'alors, je n'avais pu que rêver de créer de toutes pièces un nouveau programme de maîtrise. Dès le début, j'ai su que j'allais intégrer au cœur du programme les valeurs pédagogiques musicocentriques de Nordoff–Robbins qui avaient façonné ma propre formation et ma pratique. J'ai commencé par concevoir quatre cours d'improvisation, un pour chaque semestre, qui allaient établir les fondements musicocentriques du programme. Dès le début, je savais que la maîtrise de la musique appliquée au milieu clinique et la création de ressources musicales allaient être les valeurs centrales autour desquelles s'articuleraient les cours et le programme dans son intégralité. Il a fallu trouver un équilibre entre, d'une part, les cours théoriques, les études de cas, les travaux de recherche qualitative et les conférences sur la musique et, d'autre part, le placement des étudiants et leur préparation au stage de fin d'études.

Les programmes de BMT et de MMT à Laurier ont tous deux été construits à partir de fondements classiques, tant sur le plan musical que théorique. L'apparition et le développement de la musique communautaire en parallèle à l'université ont favorisé un enrichissement des cours. Le programme de BMT accepte désormais des étudiants des courants classique et communautaire. Les étudiants en musique provenant de la communauté ont apporté une fraîcheur et une créativité contemporaines qui, je l'espère, continueront de se faire sentir, non seulement dans le cadre des programmes de BMT et de MMT, mais aussi dans l'ensemble de la profession. Les questions de justice sociale sont des éléments de plus en plus pertinents de la recherche en musicothérapie et de l'exercice de la discipline. Les démarches qui reconnaissent et confrontent les questions épistémologiques de privilège et de responsabilité, l'intersectionnalité, et les démarches anti-oppressives et adaptées aux traumatismes ne sont que quelques-uns des enjeux sociaux abordés dans l'exercice général de la profession. La musicothérapie traverse une période de grands changements. J'espère que les responsables des programmes de Laurier continueront à s'attaquer à ces défis dans l'évolution de leur offre de cours.

Bien que vous ayez souvent affirmé ne pas vous considérer comme un chercheur, vous avez élaboré des théories et des pratiques qui recoupent la recherche. Quelle est, selon vous, votre place dans ce milieu?

Bien que je ne me considère pas comme un chercheur, j'ai, en effet, mené des études musicocentriques qui exigeaient une rigueur méthodologique. Cependant, je me considère comme un théoricien. S'il me fallait déterminer un aspect qui me tient particulièrement à cœur, ce serait l'importance de former une théorie musicocentrique indigène à la musicothérapie. Je suis inspiré au plus haut point à l'idée de concevoir une théorie de la musicothérapie centrée sur la musique et la musicologie qui ne soit assujettie d'aucune façon aux théories de la psychologie, de la psychothérapie ou de la médecine. Je comprends que certaines théories non liées à la musique soient nécessaires pour procurer un contexte et un cadre qui ne sont pas présents dans la musique même. Toutefois, je continue de rêver que la créativité et le processus thérapeutique puissent atteindre leurs propres niveaux d'expertise par l'étude de la musique. Lorsque je lis de nouveaux ouvrages et articles sur la musicothérapie, je constate qu'il y manque surtout des études exhaustives et des exemples détaillés sur le principal élément qui définit notre pratique, soit la musique. On me dira idéaliste, mais il fait bon rêver!

En rétrospective, quelles sont, à votre avis, les étapes marquantes de votre carrière?

J'ai connu plusieurs étapes importantes dans ma carrière. La plus marquante est peut-être le jour où j'ai rencontré Francis, le patient présenté dans *Music at the Edge* (Lee, 1996, 2016). Notre travail collaboratif et la publication du livre ont changé le cours de ma carrière en me donnant l'occasion de venir en Amérique du Nord, d'abord au Collège Berklee de Boston, puis à l'Université Wilfrid-Laurier. C'est également le jour où j'ai rencontré Diana, princesse de Galles, pendant sa visite au London Lighthouse. La princesse Diana avait demandé à nous rencontrer, moi et deux patients (Charles et Tony). Elle a demandé si Charles et Tony seraient disposés à parler de leur expérience du programme de musicothérapie. Je me souviens de la grande humilité de la princesse Diana et de son respect pour notre travail. Elle a posé des questions judicieuses et nous a demandé d'illustrer notre travail par une courte improvisation. Le temps a littéralement filé et la présentation nous a laissés à la fois épuisés émotionnellement et complètement ravis. Plus tard ce jour-là, après le retour à la normale, j'ai rencontré Francis. Il séjournait dans l'unité résidentielle du London Lighthouse et s'était porté volontaire pour la musicothérapie. La séance d'évaluation, plus tard ce même après-midi, a été tout aussi épuisante, et elle marquerait le début de l'une des relations les plus extraordinaires et révélatrices de ma carrière en musicothérapie.

J'ai récemment vécu une autre étape importante pendant le confinement dans le contexte de la COVID-19. En lisant des articles et des livres récents sur les débuts de la musicothérapie queer, l'intersectionnalité, le multiculturalisme, la communauté LGBTQ+ et les arts créatifs, je me suis demandé s'il n'était pas temps de consacrer un volume entier à la musicothérapie à l'intention de la communauté LGBTQ+. J'ai écrit à l'éditeur responsable d'Oxford University Press pour lui faire part de mon idée de créer et d'éditer un ouvrage intitulé *Oxford Handbook of Queer and Trans Music Therapy*. Il m'a répondu immédiatement et, après la rédaction d'une proposition détaillée et un processus d'examen rigoureux, le livre a été accepté. Je me retrouve à la tête d'un volume de plus de 42 chapitres. Je suis en admiration devant les contributeurs que j'ai rencontrés et ravi du caractère innovateur du travail clinique, des théories, de la musicologie, de la recherche et des réflexions philosophiques qui feront partie de l'ouvrage.

Qui sont les musicothérapeutes qui ont influencé vos théories et votre pratique clinique pendant votre carrière?

J'ai d'abord rencontré Carol et Clive Robbins pendant ma formation à Nordoff–Robbins en 1985. Ils avaient visité le centre de Kentish Town à Londres, où ils avaient enseigné pendant six semaines. Ce fut une expérience extraordinaire qui m'a touché profondément en tant que musicien et thérapeute novice. Quelques années plus tard, alors que j'achevais le manuscrit définitif de *Music at the Edge*, j'ai écrit un peu nerveusement à Clive pour lui demander de rédiger la préface du livre. Il m'a répondu après quelques semaines et m'a demandé si j'étais prêt à me rendre au centre Nordoff–Robbins de New York pour que nous puissions regarder le texte ensemble. Quelques jours plus tard, Carol et Clive m'hébergeaient dans leur appartement et, pendant les cinq jours suivants, nous avons travaillé à ce livre du matin au soir. Notre travail ensemble allait solidifier ma relation professionnelle et personnelle avec Carol et Clive. Après avoir terminé le livre et déménagé à Boston pour enseigner au Collège Berklee, je leur ai souvent rendu visite pour les accompagner au centre, observer des séances, assister à des cours et parler abondamment de musicothérapie à tous les repas. Ces moments ont profondément influencé ma passion pour le domaine et mon inspiration pour la composition et l'improvisation cliniques. Carol et Clive m'ont beaucoup aidé dans mon travail, surtout lorsque j'ai commencé à formuler les idées à la base de l'AeMT. Avec

grand respect et intérêt, ils ont écouté mes idées et m'ont questionné sur ma vision du futur de la musicothérapie. Nous nous sommes également goinfrés de pâtes et de crème glacée! Ils me manquent beaucoup.

Pendant l'une de mes visites, j'ai demandé à Clive s'il avait des compositions de Paul Nordoff avant que ce dernier ne devienne musicothérapeute. Clive a souri et a trouvé un vieil enregistrement de Paul, *Concerto for Violin and Piano* (1952). En écoutant le concerto, j'ai été fasciné. Je n'avais jamais réalisé l'envergure des compositions de Paul et sa possible contribution à la musique américaine. Au cours des dix années suivantes, Clive et moi nous étions ligüés pour colliger et archiver la musique de Paul. Ce travail a débouché sur le livre *Paul Nordoff: Composer and Music Therapist*, publié en 2014, environ trois ans après le décès de Clive. Nous avons catalogué ses compositions et ses enregistrements dans de grandes boîtes minutieusement étiquetées et indexées. Plus tard, après avoir terminé notre travail et publié le livre, j'ai commencé à ressentir le poids de la responsabilité de conserver chez moi la musique de Paul, dont plusieurs compositions manuscrites. J'ai communiqué avec son fils, Anthony Nordoff, pour lui demander si je pouvais lui léguer la collection. Il a accepté mon offre avec reconnaissance. Plus tard cet été-là, Anthony et sa partenaire Christi sont venus à Waterloo pour récupérer les partitions et les enregistrements que Clive et moi avions rassemblés et les rapporter dans sa famille, comme il se doit.

Kenneth Bruscia est, depuis de nombreuses années, une personne importante dans ma vie. En m'offrant son soutien et en publiant mes livres sur l'AeMT et la pédagogie de l'improvisation, il m'a donné une voix professionnelle, ce qui m'a permis de développer mes philosophies en tant que compositeur-musicothérapeute. Kenneth Aigen, un collègue musicothérapeute de Nordoff-Robbins, a également été un grand promoteur de mes idées. Sa réponse aux premières critiques de *Music at the Edge* m'a offert un soutien émotif plus que bienvenu pendant cette période difficile. Et il y a aussi Marc Houde, qui a coécrit avec moi le livre-ressource *Improvising in Styles: A Workbook for Music Therapists, Educators, and Musicians* (2011). Finalement, je souhaite souligner l'apport de Rosemary Fischer, qui a lancé le baccalauréat à Wilfrid-Laurier. Nos conversations enflammées sur la musique et la thérapie m'ont incité à croire aux valeurs musicocentriques qui allaient devenir essentielles au programme de maîtrise.

Quel conseil donneriez-vous à un musicothérapeute débutant? Qu'est-ce qui est vraiment important?

Je n'arrive pas à croire que je suis musicothérapeute depuis 37 ans! Je me souviens de mon premier cours à Nordoff-Robbins comme si c'était hier. Sybil Beresford-Peirce, notre enseignante et la directrice du centre, nous a fait visionner une vidéo d'une séance individuelle avec un enfant ayant des besoins particuliers. L'enfant jouait du tambour et de la cymbale, et le thérapeute répondait en improvisant au piano. Chaque étudiant devait regarder et écouter une minute de la vidéo. Sybil arrêta la vidéo, puis nous devions décrire exactement ce que nous avions vu et entendu. Nous n'étions pas autorisés à interpréter ou à faire des évaluations qui n'étaient pas de nature factuelle. Cet exercice était beaucoup plus difficile que ce que nous avions imaginé, et je me souviens que nous avons tous échoué misérablement! Cet exercice m'a enseigné le concept fondamental voulant que le thérapeute doive être capable d'entendre précisément la créativité musicale du patient et de décrire sa présence physique avant d'interpréter ou d'évaluer l'atteinte des objectifs.

J'exhorterais les musicothérapeutes novices à ne pas oublier que c'est la musique qui définit notre pratique, que la qualité de la réponse musicale au jeu d'un patient influencera la qualité du résultat thérapeutique. Pour demeurer des musiciens thérapeutes, il nous faut nous exercer et nous exercer encore! Il nous faut inclure notre instrument principal dans nos séances. Les instruments d'orchestre et du monde, de même que la voix, peuvent

être des ressources thérapeutiques puissantes qui aideront les patients à trouver leur propre liberté musicale et leur force créatrice unique. Il est important de reconnaître et d'adopter les nouvelles technologies (comme les boucles audio) ainsi que les nouveaux instruments (comme le *handpan*) qui amplifient notre paysage musical et l'enrichissent. Pour conclure, je souhaite remercier tous les étudiants avec qui j'ai travaillé en enseignant à Wilfrid-Laurier. Nos cours, la musique et les discussions inspirantes sur la musique, la santé et la vie me manquent. J'encourage tous les jeunes thérapeutes à cultiver la richesse de leurs propres identités croisées et à défendre leurs valeurs, même si celles-ci s'écartent des normes de pratique actuelles. L'avenir de la musicothérapie vous appartient.

Références

- Lee, C. A. (1996, 2016). *Music at the edge: The music therapy experiences of a musician with AIDS*. Routledge.
- Lee, C. A. (2014). *Paul Nordoff: Composer and music therapist*. Barcelona Publishers.
- Lee, C.A., & Houde, M. (2011). *Improvising in Styles: A workbook for music therapists, educators, and musicians*. Barcelona Publishers.

Renseignements sur l'autrice

SarahRose Black, Ph. D., RP, MTA, est une musicothérapeute certifiée et psychothérapeute accréditée qui exerce dans le domaine de l'oncologie psychosociale et des soins palliatifs au Princess Margaret Cancer Centre et au Kensington Hospice à Toronto, en Ontario. Elle est rédactrice en chef de la Revue canadienne de musicothérapie. Elle s'intéresse au rôle de la musicothérapie dans l'aide médicale à mourir et à la musicothérapie pour les adolescents et les jeunes adultes atteints de cancer.

Sarahrose.black@uhn.ca

Reconsidering the Dominant Narratives of the Music Therapy Profession for the Future

Katrina Skewes McFerran, PhD
University of Melbourne, Australia

Abstract

Music therapy has always been a research-based profession that is informed by theory. However, many of the theories that we rely on were proposed nearly half a century ago. This paper, which was presented as a keynote to the Canadian Music Therapy Association in 2020, provides one answer to the question of what theoretical perspectives we might privilege if the profession were established now, instead of at that time. Critical theories including intersectionality, post-humanism, and post-ableism are highlighted and practical suggestions are made about how these perspectives would alter the way we describe our practice as music therapists.

Keywords: Music therapy theory, intersectionality, ableism, post-humanism

Sommaire

La musicothérapie repose depuis toujours sur une recherche aux fondements théoriques. Cependant, nombre des théories sur lesquelles nous nous appuyons ont été formulées il y a près d'un demi-siècle. Le présent article, qui a fait l'objet du discours d'ouverture du congrès de l'Association canadienne des musicothérapeutes de 2020, propose une réponse possible à la question des perspectives théoriques qui seraient adoptées si la profession s'était établie aujourd'hui plutôt qu'il y a cinquante ans. On y aborde des théories critiques, portant notamment sur l'intersectionnalité, le post-humanisme et le post-capacitisme, et on y fait des suggestions pratiques sur les variations qu'apporteraient ces perspectives à notre définition de l'exercice de la musicothérapie.

Mots-clés: théorie de la musicothérapie, intersectionnalité, habilitisme, post-humanisme

Being invited to provide a keynote for the Canadian Music Therapy Conference in 2020 afforded me the opportunity to reflect on some of the persistent challenges facing our profession, as perceived from my position as a music therapy educator, researcher, and practitioner working with a range of young people in the multicultural city of Melbourne, Australia. I recognize that I have been afforded the opportunity to share my views because of my privileges, attributed to me partly because I have wielded the power of the pen, the typewriter, and now the keypad over the last 22 years, beginning with my PhD at the University of Melbourne in 1998. All those years spent writing and thinking, combined with the unearned privileges afforded by my white skin and middle-class background, have provided me with this opportunity to share my opinions; some are more substantiated than others, but all have been discussed in university classes and with professional colleagues around the globe, and some have been published. In acknowledgement of that, I would like to emulate the traditions of Aboriginal and Torres Strait Islander peoples in Australia and pay my respects to those whose ideas have informed me and to the audience and readers of this discussion. I pay my respects to the traditions of your lands, and to the many different theoretical positions that exist within music therapy in your place, including the diversity of approaches, beliefs, and values that go with them. Although I am challenging some long-held assumptions which may feel uncomfortable, I do so with respect and also with hope that the world is changing rapidly, and that it needs to.

Even as I take advantage of this opportunity to elaborate on my frustrations, I am conscious that my perspective may already be outdated in our rapidly changing world. I am, after all, a middle-aged, divorced, white mother of teenagers living in a country that was never ceded to the colonists and which continues to tolerate ongoing sexism, racism, and fear of minority groups but which affords me the status of professor. These contextual conditions inform my perspective and while I hope to contribute to the future of music therapy, I simultaneously believe it should be shaped by those who are fresher and less privileged than I. But I offer what power I have to advocate for a profession of music therapy workers who are:

- contextually sensitive
- arts-based
- negotiators
- with a change orientation
- and a deep respect for social justice.

This keynote has helped me to articulate my personal frustration with the language we use to describe the people with whom we work and our position in regard to them—and by we, I mean professional, qualified music therapists who have spent years and dollars to gain our qualifications and to position ourselves to be employed. It has also been an opportunity to challenge our continued reliance on the theories created in the middle of the last century by privileged white men, mostly from the USA. To quote the wise words of the notorious Ruth Bader Ginsberg (1933–2020), “I would like to dissent.” This publication of my keynote address represents the details of my argument, as made to the conference attendees on the 20th of June in 2020.

Dissents speak to a future age. It’s not simply to say, “My colleagues are wrong, and I would do it this way.” But the greatest dissents do become court opinions and gradually over time their views become the dominant view. So that’s the dissenter’s hope: that they are writing not for today, but for tomorrow. (Bader Ginsberg, 2002)

Where Are We Now?

Before making suggestions about how we might be able to evolve as a profession if we were to expand our theoretical influences, I will briefly outline what I consider to be the dominant theoretical positions and then focus on two critiques. Although many different words could be used to describe our major theoretical influences, I have used four categories in previous writing and teaching (McFerran, 2010) and find them to be a simplified but useful list of the dominant traditions in music therapy practice. The oldest are the psychodynamic theories, and although they have evolved from the 19th century psychoanalytic propositions of Sigmund Freud in Austria, the psychodynamic tradition is still an important influence. Behavioural theories emerged in the early 20th century and have been supplemented by what might be called developmental or medical approaches, both of which continue to focus on the therapist helping the individual to improve an area of deficit. Humanistic and person-centred approaches entered the stage in the mid 20th century in order to decentralize people's problems and highlight their abilities and have now been expanded to incorporate strengths-oriented approaches and positive psychology. Ecological, or systems-based, approaches have arrived most recently and are therefore less dominant but are still a noteworthy theoretical influence on the field with increasing emphasis on consultancy and family-focused models. It is immediately obvious that, although revised, the foundations of our profession were generated during different times, by privileged men. Their assumptions have subsequently been critiqued for their tendency to uphold the patriarchal, white, and anthropocentric social systems that have distributed power unevenly for centuries.

One example of how these theories have continued to be propagated is the continuing use of the term "clients," originally proposed by Carl Rogers, the key proponent of humanism, in 1951 as an alternative to the idea of treating "patients." His use of the term was intended to signify how we might see the "client" as the expert who has the most profound self-knowledge that will be of value in recovery, but even Rogers went on to develop a preference for seeing the "person" rather than the "client." Whilst the word might seem harmless, I believe there are a number of problems with using a single, convenient (to those in power) term to group people together in ways that disguise their diversity. It is similar to when we refer to "populations" of people with disabilities or mental and physical illnesses. One issue is that it suggests "clients" in music therapy are people who do not fit the humanist ideal of strong, resilient, independent, rational, heteronormative, white individuals. This post-humanist argument has been highlighted as a predicament for professions informed by key humanities scholars such as Braidotti (2013), following on Foucault's (1970) groundbreaking critique, and has slowly reached greater prominence in music therapy (Ansdell & Stige, 2018; Hadley & Thomas, 2018; Shaw, 2019). The key issue being highlighted by these discourses is our unconscious tendency to think of people in comparison to the traditionally dominant group. However, for me, these provocations raise an immediate counter-question: What is the alternative to this view of the people with whom we work?

Another example is our ongoing alignment with an "expert model" of "treatment" (Rolvsjord & Stige, 2015) where the "therapist decides what music would induce the desired therapeutic response" (Aigen, 2013, p. 40), often regardless of context. This positions the therapist as "well" and the client as "unwell" and therefore the nature of the relationship is of one human as superior to another. Although this may be necessary in some contexts, the use of the expert model has not been contained to certain places where people are acutely unwell and need to rely on the expertise of professionals to manage their immediate urgent needs. Our tendency to position ourselves as experts is taught as foundational in many training courses and reflected in introductory textbooks to music therapy where students are taught to write goals and objectives as a foundation for practice, demonstrating a direct alignment with the treatment model (Abbott, 2020; Thompson, 2020).

The goals are determined by the therapist, who has superior knowledge and insights about how to “fix” the client.

In my experience, the ways people react to my explanations of the work I do with adolescents in diverse contexts offer some insight into how my language must suggest certain power dynamics and comparisons between myself and others. These reactions have often assumed that the people with whom I work (my “clients”) have either been unlucky or difficult, and their view of me, as the “clinician” who is helping to fix them, varies from seeing my work as meaningful and rewarding to generous and challenging. For example, outsiders often respond to my descriptions of work with marginalized youth by congratulating me on how generous I am to spend time this way, despite the fact that I am clearly paid to do so. I sense through people’s well-intended responses that society sees my clients as “difficult” and the unspoken, humanist assumption is that they could “try harder” to conquer their challenges by being tougher, stronger, more rational, or more determined. This is confirmed if I describe how they “fail to attend” sessions, or when they are present, how they may be “defensive,” “resistive,” or “non-compliant.” In contrast, when I describe my work in children’s hospitals or pediatric palliative care, it is as though I am the one who is lucky to be doing such meaningful work. The unlucky people we find in rehabilitation, oncology, palliative care, neonatology, and other contexts seem to have arrived there by “accident” and are often considered “blameless.” This illustration reflects the kinds of unconsciously held views about different humans, which are the basis of the post-humanist critique. The language we use to describe people within a treatment model is well suited to medical contexts, but once we move beyond that context, it is inherently flawed and reflects poorly on “clients” who do not achieve their “goals and objectives” and perhaps never will.

A specific example of how we diminish people through the use of outdated language is a “population” who have patronized music therapy from its beginning as a profession, and who are one of the largest groups of consumers of music therapy services in countries such as Australia and the USA according to national surveys (AMTA, 2018; Jack et al., 2016). These are people with disabilities, or disabled people as some prefer to be called (Pickard et al., 2020). The Ableist movement highlights how this particular group of clients are marginalized because they are imperfect and make people feel uncomfortable (Rolvjord, 2014). Although people with disabilities may enjoy music therapy and enjoy their therapeutic relationships with us, our alignment with a medical model that offers to fix people is becoming increasingly problematic (Strauss, 2014). As Honisch (2014) suggests, they are questioning why other people do music, but they do music therapy.

It is important to acknowledge that people who are described as having “problems” that take a long time to “fix” create excellent conditions for our employment as ongoing service providers of long-term therapy. And since these people are disabled in ways that do not result in a lack of musicality or ability to engage meaningfully in relationships, we are able to music together easily. But because we profit from describing this musicking as “building skills” in order to justify our ongoing tenure with them, we have a problem. So, in continuing with this specific illustration of the dilemmas created by our continuing alignment with outdated theoretical models, we can perhaps see why we, as a group of professionals who have also paid money to a different system to acquire skills from which we could then make a living, seem to be stuck. And why, despite our positive feelings about the clients we work with, some, more than others, are further marginalized by our traditions of practice.

In the second part of this paper, I attempt to complement critical perspectives by offering a pragmatic answer to the questions they raise by focusing on the usefulness and application of this knowledge (Rosenthal & Thayer, 2017). For the purposes of this discussion, I am also thinking about the potential benefits to the music therapy profession as a whole if we can discover what needs to be done in response to the array of critiques that might be made of a profession that still relies on dominant theories of the past. I have been grappling with how to respond to these critiques in my

practice and in teaching music therapy students at university. I have found that once seen (and heard), these critiques of dominant traditions are difficult to unsee. And whilst emerging demands for greater systemic equality initially seem to align easily with the basic tenets of the humanist movement and its emphasis on inherent potential and relationships that express the natural mutuality of our union (Abrams, 2011), this is perhaps naïve given more recent critique. The post-humanist position warns that our good intentions are founded on certain assumptions about equality that cannot be sustained in our contemporary world and require reconsideration (Ansdell & Stige, 2018).

I believe that we are standing in a very challenging position, and I suspect we have become stuck in our subscription to aging theories and that now is a good time to question our traditions and our heritage. It has led me to wonder what we might see if we were to look with fresh eyes, where we might go, and what we might do as a group of professionals. The “doing” is of particular interest to me, as I have frequently aligned with critical ideas only to find myself stuck in not knowing how to actually change my practice whilst it is enmeshed in an economic system that makes demands for evidence of improvement. This is why I have positioned myself as a pragmatist—out of necessity and a yearning to know how I might “do” better. As noted at the outset, I believe we all might benefit from reconsidering our assumptions.

So, where are we going and what should we do differently? I would like to answer that question by exploring another question that I have taken from an esteemed art therapy colleague, Shirley Riley (2009), who asked: Where would we choose to go if we were starting out now? She concludes her article by saying:

The historical “founding parents” of our profession established our identity in the face of disbelief from many professionals. However, they took the encouragement they received from others and held on to their own convictions. They believed in the positive qualities that art therapy could bring to treatment. We face a different challenge in the preservation of our identity. We can do it best by recognizing that although change is threatening, it also offers new opportunities to redefine our profession and continue to offer our unique talents to clients and the profession of mental health. (p.138)

This seems an excellent beginning point for the next stage of the conversation.

Where Could We Go?

The conversation about where we might go needs to begin by considering whose voices we would privilege, if not the medical profession (Rolvjord, 2010), and how we could avoid further oppressing people through our own practices as music therapists (Baines, 2013). In alignment with my pragmatic intentions, I do not suggest there are singular answers to the questions I am posing, and acknowledge that my own answers reflect my beliefs and values without any intention for this to represent those of others.

What Might We Call the People with whom We Work?

In answer to this question, all I can say is: not “clients.” I think the words we use should reflect the context in which we meet people, and therefore the values that are considered important in that context. This is often recognized by music therapists who work in particular contexts, but once they begin discussions, writing about the field more generally, or training music therapists, there is a tendency to revert to the language of clients (McFerran, 2019). Patients belong in hospitals, students in schools, service users in services, clients in private practice, etc.

Language is powerful but varied in its use in different cultural contexts. For example, a survey of 336 service users in the UK mental health system (Simmons et al., 2010) concluded that “patient” was the preferred term when consulted by psychiatrists and nurses, but it was equally preferable to “client” for social workers and occupational therapists. “Service user” was disliked more than liked overall, particularly by those who consulted a health professional, but not by those who consulted a social worker. A significant minority wished to be regarded as a “survivor” or “user.” Clearly, there are many opinions and no single answer.

My rationale for why music therapists should stop using the word “clients” as though it is all-encompassing is simply because it is not. It centralizes our needs as a professional group over the diverse identities of the people with whom we work. There is no literature justifying this selection of terminology and my persistent questioning of colleagues over the past decade suggests that most believe it is simply cumbersome to use specific language when they are focusing on the practice of music therapy, rather than the specific person experiencing it. Superficially, this convenience may seem aligned with pragmatic choices. However, the understanding that knowledge is contextual is key to the approach for which I am advocating. If we need to use a word to refer to the people who legitimize our income, then the word we choose should at least reflect the context in which that income is generated. It should not rely on the homogenizing language used in training when lecturers are referring to a generic “client” in need of our professional help.

The disability movement has been leading this discussion for some time. Beginning in the 1970s, there was a challenge to the ways people were described and movement towards emphasizing individuality and personhood over impairments through the use of person-first language. This is still strongly advocated for in many allied health fields (Crocker & Smith, 2019). However, there has been a more recent counter-challenge against this universalizing tendency, which is based on an assumption that people do not take pride in their disability and do not wish to be identified by it (Goodley, 2011). Identity-first language has therefore come into prominence and some disability community members, advocates, and scholars have argued powerfully for owning the language, requiring professionals to be culturally sensitive and not to assume that there is a singular, preferred way that all people in the disability community wish to have used (Dunn & Andrews, 2015). The convenience of language for professionals is no longer considered to be the main priority when selecting our words.

What Would We Call Ourselves?

Another complex question related to terminology is in regard to us as practitioners. Are we comfortable with a universalizing discourse about our own name(s), given that many new graduates report being challenged by the question of whether they should introduce themselves as a music therapist or something else to avoid the connotations of therapy or to legitimize themselves by attaching to a higher level categorization such as allied health or psychotherapist? The challenge seems related to our professional label being a description of what we do professionally, rather than focusing on what is addressed, such as speech or occupational skills, although a music-centred discourse does resolve that problem if accepted (Aigen, 2005). The idea of being called “health musickers” has been trialed in Norway, embracing Christopher Small’s notion of musicking as the most appropriate verb for describing the actions of doing music with others (Small, 1998). However, this does not escape the problem of medical alignment, which is only relevant when working in medical settings.

I suggest that we should embrace creative approaches that respond to the needs in each place, rather than being concerned about betraying our professional body by using diverse terminology at different times. It is not our individual obligation to protect the profession. Our obligation is to the people with whom we work and the places in which we work. It is entirely feasible that we can move beyond a positivistic need for a universalizing language that satisfies the philosophical beliefs of those who believe in singular truths. The profession is music therapy, but what we do in each place can vary significantly.

The Music Worker

I enjoy the idea of being a Music Worker for a range of reasons. By admitting this is about work with music, it is clear that we are being paid to spend this creative and spontaneous time with others. As part of that work, we negotiate what music to engage in, how to music, and towards what shared purpose we might agree to work. I also tend to align professionally with the kinds of work that social workers and youth workers do. This is less about being the “expert” that fixes and more about contributing to a team which aims to support individuals, families, and groups. It is less about special sessions with clients in closed rooms where they reveal their private selves, but then have no further opportunity to do so until we meet again. I have come to believe that music therapists would benefit from being more embedded and responsible in teams, contributing to case management and all the other administrative duties that most team members have to do. This also supports the idea of being a worker. Some music therapists prefer to be employed solely for the purposes of running sessions and doing the associated documentation, but that can also foster professional jealousy and resentment within teams, as well as positioning ourselves as outside of responsibilities and therefore being much more vulnerable to funding cuts.

I would personally rather be more like a social worker than a clinician, more like a youth worker than a psychologist, and more like a transformational coach than a psychotherapist. This comes from my experience of working in teams that serve adolescents where being a therapist is not a useful point of reference for the young people in schools and services. Most only have a vague sense of what a therapist does, and they assume that my being a therapist means they are “crazy.” Whereas I might refer to myself as a therapist when I am working in my private practice and people have come to me specifically for therapy, that is not a useful frame for me in community-based, education, and health programs. It does not adequately convey the work I do.

What Theories Might Inform Our Practices?

If we were to start now, theories such as behaviouralism, psychoanalysis, and even humanism would not be the theoretical influences that I would privilege. If they were not already embedded in my practice and thinking, I would view them as historical words supported by colonial, binary, heteronormative assumptions about wellness and responsibility. There have been wonderful learnings from these traditions, but that does not justify a continued adherence to them. They have been deconstructed and critiqued by contemporary proponents and, in many cases, they have been found to have significant flaws. They have been transcended by new theoretical perspectives (Combs, 2013), which include the knowledge gained from previous approaches, but extend and rise above the limits of them, particularly to triumph over the negative and restrictive aspects. This requires moving beyond binaries like good and bad or old and new, and focusing more on evolution and growth. It becomes possible to pay respect to all that has landed us here, without being trapped by it. It is not disrespectful to evolve. It is a necessary and unavoidable human action. And some would argue it is what the world needs right now (Wilber, 2000).

Intersectionality

Intersectional theory provides a useful way of understanding how power interlocks and intersects in people's lives, creating a multitude of barriers for those outside the straight, white, heteronormative, male norm. Kimberlé Crenshaw's (1991) seminal work has slowly infiltrated the thinking and theorizing about most fields of practice from law to health to education and beyond. Crenshaw's work is increasingly referenced in doctoral dissertations and is beginning to be centralized in refereed journals (Boggan et al., 2017; Hadley & Thomas, 2018; Seabrook, 2019). Intersectionality is particularly relevant for music therapists who work with people who usually encounter more than one barrier in their lives (e.g., individuals who are excluded or marginalized). It provides a framework for explaining why we might not adopt a psychodynamic framework when working with people who have experienced violence and abuse, for example. It articulates a powerful rationale for why we do not focus only on their historical experiences and the resolution of them, because the meanings that have been constructed as a way of surviving are shaped by other aspects of their identity, such as gender and financial possibilities, and the resources afforded them for coping, etc. It can also be used to explain why, when we work with people in prisons, we do not focus primarily on their crime but rather on their reconstruction of identity, or perhaps even the intersection of their life experience and the biases that pervade our society. In this way, intersectionality provides a useful way of understanding the people we work with as well as explaining why we might not focus on their individual problems within the therapeutic encounter.

Post-humanism

As an extension of the influence of humanistic thinking in music therapy, post-humanism would be integral to the development of a profession launched in today's world. Gary Ansdell and Brynjulf Stige (2018) have provided an important introduction to conceptualizing a post-humanist approach and have identified a focus on individualism, internalism, and exclusivism as the key problems that might bear further critique. They highlight Carolyn Kenny's (1982) early contributions to the inclusion of humanism; however her later work (Kenny, 2015) also began to move towards post-humanism in the increasing recognition of the anthropocentrism in music therapy. For Kenny, this was largely about indigenous understandings that naturally privilege spirituality and nature, whereas Carolyn Shaw (2019) also embraces and acknowledges the non-human aspects of therapy that are the built environment, and animals and creatures, as well as nature and spirituality. Given that music is often positioned as an object for consumption, it seems feasible that music-based practitioners might be better served by a contemporary discourse like post-humanism. In addition, it might be useful to distance ourselves from the suggestion of human superiority, given that it suggests a narrow conception of an "ideal" human (Ansdell & Stige, 2018, p.179), where some types of humans are more valued than others (Shaw, 2019, p.142).

Post-ableism

The notion of ableism is linked to the challenges of humanism but focuses specifically on the body and mind. Shaw's (2019) doctoral dissertation has centralized the importance of a post-ableist music therapy, grounded in her own experiences of illness and disability. Zoë Kalenderidis (2020) has similarly examined her own experiences of disability through an arts-based project that led her to call for music therapists to more actively challenge ableist assumptions in our workplaces. Compared to the calls for post-humanism, the recognition of ableism has been

much more grounded in lived experience and music therapy practice. For example, Hiroko Miyake (2014) calls music therapy professionals to action by saying, “Simply encouraging the social participation of people with disabilities will not change the boundaries that divide people across ability/disability, health/disease, normal/abnormal, majority/minority binaries.” For Miyake, the recognition of ableism is seen as a call for social justice that focuses on disabled people but includes others who are marginalized by dominant perspectives and actions, perhaps similarly to feminism. Daphne Rickson (2014) reminds us that not all people in the disability community have the same views, and highlights how some of the young people she worked with were uncomfortable with this activist approach. This is a timely reminder that our attempts to embrace diversity need to be carefully moderated by the human tendency to classify and categorize with fresh boundaries.

Our professional practices may be out of step with the social movements that are gaining increasing prominence and power in the various places we inhabit. The time has come for reflexive examination of our field.

What Could Our Practices Look Like?

My answer to the question of what our practices could look like is that they might look very similar. However, the way we describe how and why we do what we do is the area that requires careful, curious, optimistic reconsideration. Consider a young man I worked with in individual and small group music therapy, collaborating with a beat-making colleague who wanted to experiment with technology and improvisation, and supported by a youth worker who travelled to the sessions with the young man each week (Crooke & McFerran, 2019). I would describe our work as follows:

We entered into a mutually agreed process of musicking together, which mostly involved me listening when he played instruments and generated song lyrics and told stories about his journey to sessions. I could say that I was witness to his tales of suffering and marginalization and that I made space for that by adjusting my session plans and disregarding my own intentions about what might happen in any given session. As professionals supporting this young man, we also discarded our assumed goal that we would make a recording of him rapping his own story by the end of our time together. Instead, I allowed him to determine what happened in our time together, how long we played drums, how long we stood by the white board writing his story down and then rubbing it off and then writing again. When the sessions came to an end and he expressed a desire to continue, I advocated for him, negotiating with the school principal, writing reports and having meetings so that we could work together for another five weeks. When he returned for these additional sessions, he was clearer about how much time we had and this time he was ready for the end. He knew he had taught me as much as I had witnessed him and that I would benefit from his participation in my research as much as he would benefit from being in therapy with me.

Another way of writing this story would have been to focus on how my client did not make it to school every day and that his life is chaotic because of a combination of historical poverty, the reliance on his ageing grandparents because of the deaths of his parents, and the fact that he was expelled from schools when he was younger because he had “anger issues.” He was encouraged to attend music therapy by his youth worker, who accompanied him to the venue each week. I developed goals to address issues related to grief and loss and to empower him to express his authentic self, which would lead to increased self-confidence. I created session plans that allowed him to have freedom and control through choosing between different activities I presented and supplemented each week based on his preferences. Through music therapy, he developed the ability to regulate his emotions in sessions and to express his feelings through songwriting. He described having greater insight into his own history and optimism for the future, and wished that he, and others, could have access to ongoing music therapy services.

The second description highlights my professional skills and, importantly, how my expertise in session construction, goal-setting, and musicianship created the context for this young man to reach his full potential. Both descriptions are accurate, but only the first one captures how this young man had decided that he was willing to try this “music therapy grief and loss thing” because he had known suffering and he wanted to do anything that might help him deal with it. The first description shows that many of the professionals’ expert ideas about how we would proceed needed to be abandoned, because this young man had his own aspirations for how he could appropriate the affordances of music therapy. It is possible that the second description could lead to ongoing funding of a music therapy position in his school, but the first description feels more accurate to me. I am not sure whether anything I did helped improve his confidence and emotion regulation, but I would usually take his statements about enjoying the sessions and feeling proud of his achievements as affirming.

In the following table I have attempted to capture how different dimensions of our music work might be described from different perspectives (Table 1). This allowed me to consider how starkly different they are—the traditional language represents the tradition of our field, the lived experience language is taken directly from my interview with him, and the contemporary language is my proposal for how we might reframe in a less problematic way.

Table 1

Traditional Compared to Contemporary Ways of Describing Music Therapy

	Traditional Language	Lived Experience	Contemporary Language
Person	Client	I / Me / My	Young Person (they/he/him)
Their reason for being in therapy	Extensive childhood trauma, school refusal and expulsion, violence, criminal activity	I’ve been through some extremely hard shit that no-one should go through, and why not get help for that shit if it’s going to help me feel better. I’m always going to be open to something that helps me.	Making Space Listening / Being Heard
Outcomes	Improved social skills, Increased self-insight, Greater clarity about connection between childhood and current state, Self-confidence, Authentic self-expression	I’ve been seeing whether that could make me happy and shit. I’ve been looking forward to it. It made me really happy It gave me opportunities for taking photos and stuff, and I never used to go into the city at all.	Advocating

What helped	Beat-based improvisations, Song and lyric writing, Structured drumming games	I just like the variety and stuff It helped to think about stuff while we were doing it (writing song lyrics). I've always known it, but a little bit more I guess It was sort of an escape from thinking about stuff too.	Allowing Witnessing
Connection	Established rapport, Sensitivity to group dynamics	One of us made the bass beat and everyone else just climbed on board. I thought it was really good. I got to make them (youth workers) more of my friends and see them not just in class.	Musicking Solidarity / Allyship
Commitment	Attendance: Failed to attend 1 session of 15, Travelled from outer suburbs on public transport with youth worker each week	I did everything I possibly could to be there. I enjoyed the sessions. I was always really proud that I could make it there.	Acknowledging

Conclusion

Where would we choose to go if we started now? Shirley Riley's (2009) question has been remarkably freeing in allowing me to move beyond my critiques of the outdated theories on which we rely and towards the future. I believe that 2020 has shown us how responding to critical perspectives is the challenge of the next decade. It is a challenge that we need to embrace without being defensive, a challenge which will enable us to evolve in ways that incorporate the strengths of the theories that informed our practices over the past decades but move beyond outdated assumptions.

Our ways of doing music therapy might remain reasonably consistent but our ways of describing what we do needs to change. I have proposed that critical theories such as intersectionality, post-ableism, and post-humanist theories seem immediately relevant as points of departure but have tried to face the challenge of describing what that means in action. Pragmatism has always been a strong influence on my teaching and theorizing, and I am constantly drawn back from my armchair philosophizing by music therapists in training who still want to learn what to do, and for whom being critical of a profession they have not yet practised is too much conjecture and not enough substance.

I believe that there will be many ways forward for those of us who train as music therapists. Some will identify as therapists who have clients, others as workers who support service users, others as musicians who facilitate well-being experiences, and more. Embracing diversity seems critical and being curious about one another's approaches will be necessary, rather than aligning with a particular school of thought. For myself, I will embrace being a professional who is a contextually sensitive, arts-based negotiator, with a change orientation and a deep respect for social justice. What about you?

References

- Abbott, E. (2020). Music therapists' goal and objective writing practices. *Music Therapy Perspectives, Advance Access*, 178–186. doi:10.1093/mtp/miz018
- Abrams, B. (2011). Understanding music as a temporal-aesthetic way of being: Implications for a general theory of music therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 38(2), 114–119.
- Aigen, K. (2005). *Music-centered music therapy*. Barcelona Publishers.
- Aigen, K. (2013). *The study of music therapy: Current issues and concepts*. Routledge.
- AMTA Member Survey and Workforce Analysis. (2018). <https://www.musictherapy.org/assets/1/7/18WorkforceAnalysis.pdf>
- Ansdell, G., & Stige, B. (2018). Can music therapy still be humanist? *Music Therapy Perspectives*, 36(2), 175–182. doi:10.1093/mtp/miy018
- Baines, S. (2013). Music therapy as an anti-oppressive practice. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 1–5. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.09.003
- Boggan, C. E., Grzanka, P. R., & Bain, C. L. (2017). Perspectives on queer music therapy: A qualitative analysis of music therapists' reactions to radically inclusive practice. *Journal of Music Therapy*, 54(4), 375–404.
- Braidotti, R. (2013). Posthuman humanities. *European Educational Research Journal*, 12(1), 1–19.
- Combs, A. (2013). Transcend and include: Ken Wilber's contribution to transpersonal psychology. In H. L. Friedman & G. Hartelius (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of transpersonal psychology* (pp. 166–185). John Wiley & Sons.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Crocker, A. F., & Smith, S. N. (2019). Person-first language: Are we practicing what we preach? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 125–129. doi:10.2147/JMDH.S140067
- Crooke, A. H. D., & McFerran, K. S. (2019). Improvising using beat making technologies in music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 37(1), 55–64. doi:10.1093/mtp/miy025
- Dunn, D. S., & Andrews, E. E. (2015). Person-first and identity-first language: Developing psychologists' cultural competence using disability language. *American Psychologist*, 70, 255–264. doi:10.1037/a0038636
- Foucault, M. (1970). *The order of things: An archaeology of human sciences*. Pantheon Books.
- Ginsburg, R. B. (2002, May 2). Interview with Nina Totenberg, National Public Radio, USA.
- Goodley, D. (2011). *Disability studies: An interdisciplinary introduction*. SAGE.
- Hadley, S., & Thomas, N. (2018). Critical humanism in music therapy: Imagining possibilities. *Music Therapy Perspectives*, 36(2), 168–174. doi:10.1093/mtp/miy015
- Honisch, S. S. (2014). Music... to Cure or Disable: "Therapy for Whom?" *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(3). doi:10.15845/voices.v14i3
- Jack, N., Thompson, G., Hogan, B., Tamplin, J., Eager, R., & Arns, B. (2016). *Results of the Australian Music Therapy Association's workforce census*. <https://www.austmta.org.au/brochure/amta-workforce-census>
- Kalenderidis, Z. (2020). The great reveal: The experiences of a registered music therapist with a disability: An arts-based research project. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 20(1). doi:10.15845/voices.v20i1.2873
- Kenny, C. (1982). *The mythic artery*. Ridgeview.
- Kenny, C. (2015). Performing theory: Playing in the music therapy discourse. *Journal of Music Therapy*, 52, 457–486. doi:10.1093/jmt/thv019
- McFerran, K. S. (2010). *Adolescents, music and music therapy: Methods and techniques for clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.

- McFerran, K. S. (2019). Adolescents and music therapy: Contextualised recommendations for research and practice. *Music Therapy Perspectives*, 38(1), 80–88. doi:10.1093/mtp/miz014
- Miyake, H. (2014). Bio-political perspectives on the expression of people with disabilities in music therapy: Case examples. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(3), doi:10.15845/voices.v15814i15843.15800.
- Pickard, B., Thompson, G., Metell, M., Roginsky, E., & Elephant, C. (2020). It's not what's done, but why it's done. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 20(3). doi:10.15845/voices.v20i3.3110
- Rickson, D. (2014). The relevance of disability perspectives in music therapy practice with children and young people who have intellectual disability. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(3), doi:10.15845/voices.v15814i15843.15784.
- Riley, S. (2009). Reauthoring the dominant narrative of our profession. *Art Therapy*, 26(3), 135–138. doi:10.1080/07421656.2009.10129376
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Constable.
- Rolvsjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy*. Barcelona Publishers.
- Rolvsjord, R. (2014). The competent client and the complexity of dis-ability. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(3). <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2217/1971>
- Rolvsjord, R., & Stige, B. (2015). Concepts of context in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 44–66.
- Rosenthal, S. B., & Thayer, H. S. (2017). Pragmatism. In *Encyclopedia Britannica*. <https://www.britannica.com/topic/pragmatism-philosophy>
- Seabrook, D. (2019). Toward a radical practice: A recuperative critique of improvisation in music therapy using intersectional feminist theory. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 1–8.
- Shaw, C. (2019). *Developing post-ableist music therapy: An autoethnography exploring the counterpoint of a therapist experiencing illness/disability*. [Doctoral Dissertation, Victoria University of Wellington, New Zealand].
- Simmons, P., Hawley, C. J., Gale, T. M., & Sivakumaran, T. (2010). Service user, patient, client, user or survivor: Describing recipients of mental health services. *The Psychiatrist*, 34, 20–23. doi:10.1192/pb.bp.109.025247
- Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Wesleyan University Press.
- Strauss, J. (2014). Music therapy and autism: A view from disability studies. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(3). <https://voices.no/index.php/voices/article/view/2219>
- Thompson, G. (2020). A grounded theory of music therapists' approach to goal processes within their clinical practice. *The Arts in Psychotherapy*, 70. doi:10.1016/j.aip.2020.101680
- Wilber, K. (2000). *Integral psychology: Consciousness, spirit, psychology, therapy*. Shambhala

Author Information

Katrina McFerran is Professor and Director of Research Training in the Creative Arts and Music Therapy Research Unit at The University of Melbourne in Australia. Her research has been with and about youth, and has focused on uses of music that promote well-being across different contexts. She is also committed to open access and has created a free Massive Open Online Course called How Music Can Change Your Life (Coursera) as well as being past editor of the open access journal *Voices.no*.

k.mcferran@unimelb.edu.au

Expériences de musicothérapeutes travaillant à court terme avec des groupes d'adolescents en santé mentale

Erika Guittard, M. A., MTA

Sommaire

Cette étude phénoménologique a pour but de documenter la pratique de la musicothérapie en santé mentale adolescente, et plus précisément les séances de thérapie brève réalisées auprès de groupes d'adolescents. En dépit des besoins avérés de ce type de population et des effets prometteurs de la musicothérapie démontrés par la recherche dans le milieu de la santé mentale, la recension des écrits au Canada ne documente encore que peu ce type spécifique de contexte. Cette étude a été réalisée par le biais d'entrevues semi-structurées avec trois musicothérapeutes canadiennes travaillant principalement en santé mentale auprès d'adolescents, afin de connaître leur expérience professionnelle. Suite à l'analyse de leurs réponses, trois thèmes principaux ont émergé : (a) les buts principaux visés dans ce type de contexte, (b) les structures de programmes généralement établies et (c) les compétences professionnelles requises. Si travailler avec des groupes d'adolescents présentant des problématiques psychiatriques et psychosociales nécessite que l'on s'appuie sur des approches précises, les méthodes de travail sont, elles, propres à chaque professionnel et peuvent, par conséquent, varier grandement. L'étude met notamment en exergue l'importance de la musicothérapie communautaire, mais aussi la nécessité de valoriser l'individualité, l'histoire propre à chaque personne dans le processus thérapeutique.

Mots-clés: musicothérapie, santé mentale, psychiatrie, adolescents, thérapie de groupe, groupes ouverts, court terme, thérapie brève, séance unique.

Abstract

The goal of this phenomenological study was to document the practice of music therapy in adolescent mental health, more specifically through brief group therapy sessions involving this age group. Despite proven needs in this population and the promising effects of music therapy as confirmed by mental health research, the Canadian literature contains scant documentation about this specific context. This study, in the form of semi-structured interviews, sought to learn about the professional experience of three Canadian music therapists who work primarily with adolescents who have mental health issues. An analysis of their responses revealed three main themes: (a) the primary goals in this type of context, (b) the program structures generally established, and (c) the professional skills required. While specific approaches are required for groups of adolescents who present with psychiatric and psychosocial problems, each music therapist uses their own specific work methods, which can therefore vary greatly from one practitioner to the next. The study highlights, in particular, the importance of community music therapy, as well as the need to value individuality—each person's unique story—in the therapeutic process.

Keywords: music therapy, mental health, psychiatry, adolescents, group therapy, open groups, short-term, brief therapy, single session

Introduction

L'adolescence est une période charnière de la vie. L'Organisation Mondiale de la Santé ([OMS], 2019) définit l'adolescence comme étant une tranche d'âge (de 10 à 19 ans) marquée par des changements physiques et hormonaux, mais elle est également un moment de la vie où peuvent survenir des défis psychosociaux de taille. Comme l'a dit François Truffaut, « l'adolescence ne laisse un bon souvenir qu'aux adultes ayant mauvaise mémoire » (Rabourdin, 1985, p. 57). Et, lorsqu'un diagnostic en santé mentale vient s'ajouter à cette expérience déjà tumultueuse, demeurer fonctionnel au quotidien peut devenir très difficile. Mais l'adolescence est aussi une période magique en raison de ses multiples potentialités, notamment la possibilité de donner libre cours à sa créativité pour donner à l'art tout son sens, et ainsi trouver sa raison d'être. Travailler auprès d'adolescents requiert donc un travail de questionnement important, d'une part de l'approche épistémologique que l'on veut choisir d'adopter et, d'autre part, de la dynamique que l'on souhaite favoriser en séances, tout cela étant bien sûr inextricablement lié à l'identité et à l'unicité de chaque jeune rencontré. Lorsque la chercheuse a réalisé son stage à l'hôpital, au service de psychiatrie des adolescents, plusieurs éléments contextuels venaient défier les compétences qu'elle avait acquises jusqu'alors : (a) la courte durée de séjour de chaque adolescent, qui rendait l'approfondissement du traitement plus difficile, (b) l'instabilité de l'état psychologique des jeunes, ce qui exigeait un effort constant de flexibilité par rapport aux plans de séance prévus, et enfin (c), les fréquents chassés-croisés avec l'équipe médicale, rendant nécessaire le remaniement de la configuration ou même de la durée des séances. C'est pourquoi cette recherche visait à documenter l'expérience des musicothérapeutes travaillant à court terme en santé mentale auprès de groupes d'adolescents.

Question de recherche

La question de recherche était la suivante : Quelle est l'expérience de musicothérapeutes certifiés travaillant auprès de groupes d'adolescents en santé mentale au Canada dans un contexte de courte durée?

Recension des écrits

Dans cette recension des écrits, nous cernerons d'abord la place que la population adolescente occupe dans le domaine de la musicothérapie en santé mentale. Nous présenterons ensuite ce qu'il en est du traitement musicothérapeutique à court terme en santé mentale. Enfin, nous examinerons le manque que l'on constate dans la littérature concernant le travail en musicothérapie à court terme auprès de groupes d'adolescents en santé mentale.

Musicothérapie et adolescents

Les adolescents forment une population en constante évolution : leurs goûts musicaux sont changeants et diversifiés, et les défis qu'ils rencontrent peuvent être très variables (Tervo, 2017). Dans sa revue systématique de 140 articles portant sur la musicothérapie auprès d'adolescents, McFerran (2010) évoque les buts que vise habituellement la musicothérapie auprès d'adolescents : formation de l'identité (31%), sociaux (26%), comportementaux (6%), émotionnels (10%), créatifs (5%), cognitifs (6%), physiques (10%) et à des fins de résilience (6%). Selon elle, l'approche adéquate dans ce contexte requiert d'emprunter les aspects de différentes approches épistémologiques : favoriser la compréhension (psychodynamique), offrir l'acceptation (humaniste), faciliter le progrès (comportementale) et encourager la participation (connectivité). Souvent, les musicothérapeutes traitent ces aspects simultanément dans leur pratique. Erkkilä (2011) évoque lui aussi cette nécessité d'osciller entre les approches comportementales, cognitives et psychodynamiques, et ajoute que les conditions *sine qua non* de la réussite d'un travail avec les adolescents demeurent l'acceptation mutuelle, la confiance et la motivation.

Musicothérapie et adolescents en santé mentale

De multiples recherches documentent les effets de la musicothérapie en santé mentale des adolescents. Albornoz (2011) affirme l'efficacité de l'improvisation de groupe pour des adolescents qui consomment des substances et souffrent de dépression. Rahmani, Saeed et Aghili (2016) corroborent ces résultats dans leur étude de l'effet des arts et de la musicothérapie sur des adolescents souffrant de dépression. Baker, Wigram, Stott et McFerran (2008) soulèvent l'efficacité de l'écriture de paroles de chansons chez des adolescents en psychiatrie. Carruthers (2014) atteste de l'efficacité de la musicothérapie lorsqu'une atmosphère et un lien thérapeutique sécuritaires peuvent être créés. Buchanan (2000) confirme cette efficacité dans une recherche menée auprès d'adolescents à risque. Doak (2012) vante les mérites de la musicothérapie en psychiatrie auprès d'enfants et d'adolescents présentant des troubles du comportement et des émotions. Elle explique que la musicothérapie est un traitement unique, rassurant, pouvant aider les jeunes à réguler leurs émotions, à réappréhender leur environnement social, et à se reconnecter les uns aux autres par le biais d'expériences musicales inédites.

La musicothérapie à court terme en santé mentale

Lorsque l'on parcourt les écrits en musicothérapie, il n'est pas toujours aisé de trouver des recherches réalisées sur des thérapies brèves. Or, il apparaît important que les musicothérapeutes soient prêts à modifier leur mode de travail en fonction de contextes mouvants comme ceux de la santé mentale, dans lesquels les patients ne réalisent que des séjours éphémères la plupart du temps¹. Les professionnels travaillant dans les milieux médicaux comme les soins palliatifs, par exemple, ont l'habitude d'adapter leurs interventions musicales à la brièveté du suivi, étant donné que l'état de santé des patients est souvent incertain. En revanche, malgré les besoins confirmés dans le domaine, la population adolescente compte parmi celles qui présentent le plus de difficulté lorsqu'il est question de trouver des musicothérapeutes prodiguant des services à court terme (Foster & McLachlan, 2016). Carruthers (2014) est l'une des rares chercheuses à étudier sa propre expérience auprès d'adolescents admis dans des services hospitaliers de santé mentale dans le cadre d'une séance unique. À partir de cette recherche, elle a déterminé trois principaux aspects à prendre en compte pour planifier la structure d'une séance unique bénéfique : (a) la *sécurité*— après une introduction claire et une improvisation exploratoire libre, « commencer à jouer dès que possible » (Carruthers, 2014, p. 53) ; (b) la *connexion*, par le recours à l'improvisation, à l'écoute musicale ou à l'écriture de paroles ; et (c) le *fondement*, grâce à la relaxation et à la discussion. Foster et McLachlan (2016) mettent aussi l'accent sur l'importance du moment présent et d'une connexion thérapeutique rapide dans un tel contexte.

Il est à noter que la difficulté à trouver de l'information sur la musicothérapie à court terme en santé mentale pourrait aussi être attribuée au fait que l'expression « court terme » corresponde à des durées variables selon les articles, que ceux-ci soient rédigés en anglais ou en français, mais aussi que d'autres appellations lui soient parfois préférées (telles que « séance unique » ou « thérapie brève »).

¹ La désinstitutionnalisation, amorcée au Québec depuis le début des années soixante, encourage à réduire la durée d'hospitalisation au profit d'une prise en charge dans la collectivité, par des services en santé mentale assurant une plus grande proximité des patients avec leurs proches. Le processus de désinstitutionnalisation ne bénéficie néanmoins pas d'une mise en œuvre uniforme dans tout le Canada, et le nombre des structures communautaires accessibles n'est pas toujours suffisant, ce qui semble avoir une incidence sur le niveau de détresse psychologique observé dans les différentes provinces (Sealy, 2012).

Musicothérapie en santé mentale à court terme auprès de groupes d'adolescents

La littérature est le plus souvent basée sur des expériences de séances individuelles, ou liées à l'utilisation de la musicothérapie dans des contextes de longue durée. Buchanan (2000) a étudié les effets des interventions en musicothérapie à court terme (une à trois séances) auprès de groupes d'adolescents à risque. Elle suggère des activités musicales précises pour obtenir des résultats particuliers et explique que ces interventions peuvent aider les jeunes à faire face à leurs combats quotidiens. Elle suggère en outre des discussions autour des éléments musicaux (tempo, rythme, harmonie...), de leur symbolique et des parallèles qui peuvent être dressés entre leurs caractéristiques et les situations du quotidien. Elle propose aussi d'associer arts visuels et écoute musicale, ou encore l'écriture de paroles de chansons et l'improvisation structurée. Elle explore principalement les effets que génèrent ces types d'interventions, par le biais de questionnaires et de notes personnelles des jeunes tout au long du processus. Pour conclure, elle constate l'efficacité notable des séances uniques, et ce malgré les réticences que l'on pourrait avoir vis-à-vis de ce genre de format, et elle exprime à quel point il peut être ardu de justifier comment la musicothérapie peut faire ses preuves en une si courte période. Elle qualifie de ce fait la musique « d'architecture liquide » (p. 7), et explique que son effet relève d'un processus « indéfinissable » (Buchanan, 2000, p. 7). Son étude est l'une des rares à proposer une idée claire de la façon dont on peut utiliser la musicothérapie dans ce contexte si spécifique.

Comme plusieurs auteurs l'expriment, la recherche concernant la musicothérapie à court terme en santé mentale des adolescents est encore mince. Des études sur l'efficacité de la musicothérapie dans ce contexte existent, mais il est en revanche plus ardu de trouver des études fournissant des renseignements utiles et concrets sur ce que vivent les musicothérapeutes répondant aux besoins de cette population distincte. Les entrevues de recherche avec des professionnels expérimentés permettent alors d'éclairer davantage les musicothérapeutes débutant dans ce contexte.

Méthodologie

Cette recherche qualitative phénoménologique se définit comme « un type d'enquête issu de la philosophie et de la psychologie dans le cadre de laquelle le chercheur décrit les expériences vécues par des individus à propos d'un phénomène tel que décrit par des participants » [traduction libre de l'autrice] (Creswell, 2014, p. 293). De fait, l'utilisation d'une méthodologie permettant d'explorer le vécu des musicothérapeutes travaillant principalement à court terme dans le domaine de la santé mentale auprès d'adolescents semblait appropriée. Ce type de recherche permettra de se faire une idée globale, mais aussi plus intimiste, de ce que vivent les musicothérapeutes concernés (Jackson, 2016), de l'approche qu'ils ont de leur mode de travail, du rapport qu'ils entretiennent avec leurs clients, mais aussi de la musique qu'ils partagent.

Participants

Après avoir reçu l'approbation du comité d'éthique de mon établissement universitaire, j'ai envoyé une annonce par courriel à l'Association canadienne des musicothérapeutes (ACM), qui l'a ensuite diffusée à ses membres. Les participants devaient parler français ou anglais, être des musicothérapeutes accrédités, travailler au Canada, travailler de façon prédominante en santé mentale auprès de groupes d'adolescents, et cumuler un minimum de 5 années d'expérience dans ce contexte précis. Ils devaient en outre mener des séances de groupes

hebdomadaires et réaliser des suivis à court terme. Trois musicothérapeutes répondant à ces critères ont accepté de signer le formulaire de consentement, puis ont été reçues en entrevue. Deux d'entre elles exercent au Manitoba et la troisième en Ontario. Au moment des entrevues, la première participante (A) exerce la musicothérapie en milieu hospitalier depuis 20 ans, dans deux unités de santé mentale des adolescents, où elle mène deux groupes ouverts de thérapie. La seconde (B) travaille depuis 12 ans auprès de populations adolescentes en santé mentale et elle anime des groupes de musicothérapie au sein d'une association caritative. Enfin, la dernière (C) travaille en santé mentale des adolescents et des adultes depuis 16 ans et anime en milieu hospitalier des groupes de thérapie pour adolescents ayant des troubles alimentaires. Toutes trois rencontrent leur clientèle chaque semaine. Les entrevues ont duré respectivement 75, 55, et 60 minutes.

Collecte des données

On a choisi pour cette recherche de mener des entrevues semi-directives, car il semblait important d'accorder aux participants la liberté de partager tout renseignement qui leur semblait pertinent. Puisqu'il s'agit de recherche phénoménologique, les questions ont été adaptées au fil des entrevues afin de respecter le discours de chaque participante racontant son expérience intime et personnelle. Les entrevues ont été menées par téléphone et au moyen d'une application de visioconférence en ligne, dont on a réalisé l'enregistrement audio. Les questions portaient sur l'expérience des participantes sur leur lieu de travail, c'est-à-dire sur leur pratique clinique auprès de groupes d'adolescents (voir ci-dessous). Les entrevues ont toutes été menées en anglais.

1. Questions d'ordre démographique :
 - Quel est votre genre?
 - Quel est le contexte professionnel dans lequel vous travaillez?
 - Pour quel type de contrat exercez-vous? (Contractuel, employée, pratique privée, etc.)
 - Quel est votre nombre d'années d'expérience? Travaillez-vous à temps partiel ou à temps plein?
 - Travaillez-vous en équipe ou de façon autonome?
 - Quelles autres expériences professionnelles significatives possédez-vous en musicothérapie (Différents contextes ou populations)?
2. Questions d'ordre descriptif :
 - Quels sont généralement vos buts lorsque vous travaillez avec des groupes d'adolescents?
 - Quelle est généralement la structure de vos plans de séance et quelles interventions utilisez-vous le plus souvent?
 - Que pouvez-vous me dire des spécificités de la musicothérapie menée à court terme dans ce type de contexte?
3. Questions relatives au ressenti personnel :
 - Qu'est-ce qui vous a amené à travailler en santé des adolescents?
 - Quels défis rencontrez-vous le plus souvent dans votre pratique en santé mentale des adolescents?
 - Que pouvez-vous me dire de l'efficacité de la musicothérapie en santé mentale des adolescents lorsqu'elle est pratiquée à court terme?
 - D'après vous, quelles sont les compétences requises pour travailler dans ce contexte? Lesquelles sont essentielles pour le travail auprès d'adolescents?

Analyse des données

Les retranscriptions d'entrevues ont été analysées au moyen de la méthode de codage qualitatif (Creswell, 2014). La chercheuse les a d'abord lues en notant ses premières impressions. Elle a ensuite codé les retranscriptions en appliquant des étiquettes aux idées significatives, répétées, surprenantes, jugées importantes par les participants ou s'apparentant à une théorie existante. Puis, elle a créé des catégories en se fondant sur les codes relevés, nommé ces catégories et les a reliées les unes aux autres. Selon une hiérarchisation logique et adaptée, elle a organisé les catégories entre elles, choisissant les plus pertinentes afin d'en déduire des thèmes principaux.

Epochè

Il importe, pour la chercheuse, de se dégager de ses propres impressions du contexte de la musicothérapie en santé mentale de courte durée auprès d'adolescents pour ne pas retranscrire de façon biaisée les propos des participants avec qui elle s'est entretenue. Étant une femme blanche trentenaire poursuivant des études supérieures dans le domaine très spécifique de la musicothérapie, j'avais conscience du fait qu'il y ait de fortes chances que j'interroge des musicothérapeutes issus d'une catégorie socioprofessionnelle similaire à la mienne. Cela a été pris en considération, notamment afin d'éviter de généraliser les résultats obtenus à toute la population des musicothérapeutes canadiens. Par ailleurs, ayant grandi en France, j'ai également conscience que l'on doit tenir compte d'une certaine distance culturelle entre mon pays d'origine et mon pays d'accueil, de même que des différences sémantiques et structurelles qui opposent parfois ma langue natale à celle utilisée pour m'entretenir avec les participantes. Prendre des notes personnelles tout au long de cette démarche de recherche qualitative était nécessaire pour me permettre de demeurer le plus possible au fait de mes réactions personnelles face au processus de recherche phénoménologique.

Résultats

Le propos de cette étude était d'explorer les expériences de musicothérapeutes travaillant à court terme auprès d'adolescents en santé mentale. Les principaux thèmes émergeant par suite de l'analyse des données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles sont les suivants : particularités de l'adolescence et objectifs thérapeutiques sous-jacents, structure d'un programme en santé mentale des adolescents et spécificités du rôle du musicothérapeute en santé mentale des adolescents. Chacun de ces grands axes se divise en plusieurs sous-thèmes (tableau 1). Par souci de concision, la présentation des résultats est ici réduite. Un rapport plus exhaustif des sous-thèmes est disponible dans le mémoire intégral. Par ailleurs, il est à noter que les citations utilisées ont été traduites de l'anglais au français par l'auteure.

Tableau 1

Thèmes et sous-thèmes émergeant par suite de l'analyse de données des entrevues

Particularités de l'adolescence et objectifs thérapeutiques sous-jacents	Structure d'un programme en santé mentale des adolescents	Spécificités du rôle de musicothérapeute en santé mentale des adolescents
La population adolescente en santé mentale	Le pouvoir de la musique et conviction des praticiens	Les défis rencontrés
Principaux buts visés	Une approche par l'ancrage	Compétences nécessaires au thérapeute
	Spécificités de la musicothérapie à court terme	Sensibilité culturelle

Particularités de l'adolescence et objectifs thérapeutiques sous-jacents

Au fil des entrevues, il s'est avéré à plusieurs reprises que le fait de définir l'adolescence était un processus indispensable pour se rapprocher des jeunes avec lesquels on travaille. En premier lieu, la quête d'identité qui caractérise cette tranche d'âge a été évoquée à de nombreuses reprises. La recherche de sens et l'effort d'affirmation de soi qui en découlent se traduisent, la plupart du temps, par des propositions musicales singulières, puissantes et parfois violentes, et vient souvent raconter quelque chose du vécu de l'adolescent. Une participante explique notamment avoir recours, dans le cadre de ses séances, à l'approche de thérapie narrative (White & Epsom, 1990) qui soutient que les histoires que l'on raconte à propos de nos vies façonnent nos identités. La valorisation de l'histoire personnelle se présentait comme étant un aspect fondamental de la thérapie auprès des adolescents.

La formation d'identité est donc centrale, mais aussi, et inextricablement, l'importance du regard de l'autre. Une participante explique à quel point il peut être compliqué de mener des séances de groupe dans ce contexte, car certains adolescents peuvent ne pas s'y sentir en sécurité, par crainte du jugement des autres. De fait, ils ont tendance à éprouver une plus grande difficulté à s'exprimer dans ce format particulier de séance, mais se livreront davantage dans le cadre de rencontres individuelles.

Par ailleurs, chacune des participantes reconnaît que le travail auprès des adolescents peut souvent s'avérer un défi, mais que cela est inhérent aux caractéristiques constitutives de cette période charnière de la vie. Elles évoquent toutes la « désobéissance » des adolescents, leur « impertinence », leur tendance à la « rébellion », et expliquent que leur passion pour cette clientèle est intrinsèquement liée à ces traits de caractère.

(C) C'est un si grand privilège de travailler avec ces jeunes, parce qu'ils incarnent des histoires si incroyables, une humanité si incroyable, et une résilience... [...] Particulièrement maintenant, parce que j'ai vieilli, assister à ce merveilleux début de questionnement [...], observer cette évolution, être témoin de cette exploration... [...] Oui, ils sont turbulents et dingues et... Et simplement aussi humains que nous tous. [*Traduction*]

Enfin, il est à noter que lorsque les participantes ont donné des exemples de situations ou de personnes rencontrées en thérapie, les troubles d'ordre psychosocial semblaient se dresser comme l'une des causes d'hospitalisation les plus fréquentes. Une participante mentionnait notamment l'omniprésence de traumatismes chez cette population, et à quel point son travail est axé sur la recherche de résilience.

(C) Et le fait de vivre avec ça et d'être pourtant toujours debout à continuer sa route, de continuer à y arriver, et d'être capable de raconter une version de son histoire, une histoire qui est, en général, assez fascinante. [*Traduction*]

Lorsque les participantes ont été interrogées sur les buts qu'elles visent le plus souvent, l'importance d'établir un lien de confiance avec chaque personne semblait prévalente et essentielle à tout processus thérapeutique. Les participantes ont aussi souvent évoqué l'importance pour les adolescents de réussir à identifier les émotions ressenties pour parvenir ensuite à les exprimer et à les réguler, au besoin. Les musicothérapeutes avaient aussi fréquemment recours aux notions d'ancrage et d'incarnation (*embodiment*). De fait, on réitère régulièrement l'importance du moment présent et les activités choisies visent souvent à permettre aux adolescents de « sortir de leur tête » (C). La musique est ici un moyen de focaliser l'énergie dans d'autres parties de l'être, et ainsi briser les cycles de pensée. Elle peut être incarnée (*embodiment*), ce qui peut d'ailleurs s'avérer un défi à l'adolescence, durant laquelle le

corps nous devient parfois presque étranger tant il change. Enfin, la qualité de la communication avec autrui était un objectif souvent visé : pour se faire accepter et accepter l'autre, malgré les différences. Les adolescents qu'ont côtoyés les participantes sont souvent issus de milieux précaires et, en conséquence, se heurtent à des difficultés psychosociales en plus des défis psychologiques. L'établissement d'une interaction verbale appropriée avec ces populations devient alors d'autant plus pertinent. Une participante expliquait qu'elle encourageait ses clients à apprendre à exprimer leurs opinions concernant une musique donnée de façon non violente et attentive.

Structure d'un programme en santé mentale des adolescents

Dans le cadre des entrevues, on a posé aux musicothérapeutes des questions permettant d'en apprendre davantage sur la façon dont elles organisent leurs séances et sur les outils qu'elles choisissent d'utiliser avec leurs groupes d'adolescents. Plusieurs aspects fondamentaux ont ainsi été mis en valeur.

À plusieurs reprises, les participantes ont commencé par vanter spontanément les nombreuses vertus de la musique et la grande pertinence de ce médium auprès de la population adolescente. L'idée qui revient le plus souvent est que la musique « passe par la porte de derrière » (C). Une participante explique qu'elle choisit de ne pas solliciter ses clients verbalement pour leur parler de leur diagnostic, de leurs symptômes, ou des solutions à leur disposition, d'autant que cela leur est déjà proposé dans le cadre d'autres types de traitements. Dans chacune des entrevues, on décrit la musique comme étant un tremplin permettant de guider les clients vers les buts cliniques visés, les discussions à mener et les émotions à explorer, et de raconter leur histoire, mais elle représente aussi un moyen de contourner des échanges verbaux qui peuvent parfois sembler menaçants.

La musique rassemble, aussi. Lors d'interventions comme l'analyse de paroles de chansons par exemple, elle sert de vecteur permettant aux clients d'apprendre à partager leurs opinions dans un espace sûr. Elle présente également une occasion de vivre des expériences de groupe positives:

(A) C'est en fait assez incroyable de voir la tolérance des autres adolescents vis-à-vis de ces patients. [...] Les gens à l'extérieur n'ont peut-être pas vécu la même chose et, dans un contexte scolaire, ça peut être différent. [*Traduction*]

La musique est aussi utilisée à des fins pédagogiques : elle sert d'intermédiaire pour démontrer des comportements à adopter, des stratégies d'adaptation permettant de pallier les difficultés susceptibles de se dresser après le séjour.

(A) Parfois après une improvisation, il se peut que je dise « C'était chouette, non ? Vous vous écoutiez tous les uns les autres, vous écoutiez la musique, et vous avez fait en sorte que ça marche parce que vous étiez attentifs aux autres, vous étiez conscients des autres, et vous avez contribué à l'ensemble à votre propre manière ». [*Traduction*]

La structure des séances variait sensiblement d'une participante à l'autre, et pouvait comprendre une seule ou plusieurs activités par séance. Néanmoins, l'idée voulant que les patients soient sensoriellement investis dans la séance et « ancrés » était unanime. Deux des trois musicothérapeutes interrogées ont mentionné l'importance de s'investir physiquement dans la musique. Que l'on choisisse l'utilisation d'instruments d'« ancrage » (*grounding*), le mouvement, ou même par l'utilisation d'autres modalités comme les arts visuels.

On a souvent rappelé la nécessité d'une structure marquée dans le cadre de séances de musicothérapie de groupe avec des adolescents. Les diverses problématiques et pathologies que présentent les clients requièrent que la séance soit organisée de manière à faciliter le repérage temporel. Toutes les participantes insistaient sur l'importance de réaliser des activités d'« échauffement » et de clôture variées. L'ancrage temporel se doit d'être aussi marqué sur une échelle plus globale afin de permettre aux clients de garder contact avec la réalité sociétale; on privilégiera donc des activités liées à l'actualité ou à la période de l'année.

Un aspect bien connu en musicothérapie a suscité des avis polarisés durant les entrevues, soit le fait de préférer la musique enregistrée ou la musique *live*. Deux des participantes parlent de la difficulté de réussir à interpréter les chansons populaires appréciées des adolescents. Dans ces cas particuliers, on favorise alors l'analyse de paroles de chansons. En revanche, l'une des participantes a admis préférer interpréter aussi fidèlement que possible ces pièces musicales.

Pour ce qui concerne l'improvisation, les avis des participantes étaient, là encore, partagés. Une participante la juge risquée, surtout lorsqu'elle est peu structurée, car elle oblige les adolescents à se laisser aller dans des pratiques instrumentales ou vocales nouvelles devant des personnes qu'ils viennent de rencontrer. Au contraire, une autre disait favoriser l'improvisation afin d'encourager l'ancrage dans le moment présent, notamment au moyen d'instruments de percussion.

La notion de séance à « court terme », quant à elle, semble être un concept vague auquel chacun s'adapte avec bon sens et des approches parfois empruntées à d'autres champs que celui de la musicothérapie. Le court terme peut durer une, deux ou trois séances ou, encore, quelques semaines. Aucun consensus n'a été observé à ce sujet. On parle généralement de court terme relativement aux groupes dits « ouverts » que l'on trouve souvent en santé mentale, particulièrement en milieu hospitalier, auxquels les clients participent aléatoirement selon la durée de leur hospitalisation et leur état.

Si les musicothérapeutes participantes semblaient avoir des perceptions différentes de la forme que prend la musicothérapie à court terme en santé mentale, elles s'accordaient cependant sur les compétences nécessaires à maximiser. Ainsi, elles soutiennent que la qualité première est de parvenir à être « entièrement présent » (C). Une participante explique que chaque rencontre est un « moment autonome » (*self-containing moment*) et décrit sa méthode de travail qui s'appuie sur l'idée qu'il est possible de construire un « arc » tout au long de l'année, une sorte d'enseignement d'une suite de compétences. Une nouvelle compétence est abordée à chaque séance, afin que chaque jeune puisse pleinement tirer profit de sa présence en thérapie même si elle ne se résume qu'à quelques rencontres intermittentes. Ainsi, si un client n'assiste qu'à une seule séance, il sera toujours en mesure d'en tirer quelque chose, d'emporter avec lui une compétence acquise, telle que la pleine conscience ou l'importance de communiquer avec respect.

Les participantes sont toutes optimistes et avancent qu'il est possible d'apporter quelque chose de tangible à tous les groupes de patients, même en une seule séance, mais que cela requiert une grande adaptabilité.

Spécificités du rôle de musicothérapeute en santé mentale des adolescents

Finalement, les réponses obtenues des participantes ont permis de mettre en exergue un dernier grand thème : celui des compétences requises pour travailler dans ce type de contexte. Un des aspects évoqués de façon récurrente était celui des défis pouvant être rencontrés. L'un des enjeux les plus fréquents était le

format, c'est-à-dire les séances de groupe. À cet égard, l'une des participantes explique que la formule de groupe peut inhiber la participation des adolescents qui craignent le jugement des autres membres du groupe. De plus, la musicothérapie est souvent inédite pour de nombreux jeunes et demande un engagement sensoriel et émotionnel qui, de surcroît, force le jeune à s'exposer à des inconnus. L'une des participantes partage les doutes qu'elle a ressentis lors d'un de ses premiers stages, et raconte l'échange entre elle et sa superviseure de l'époque :

(B) Je n'ai jamais oublié ce qu'elle m'avait dit : « le travail de groupe est un microcosme de vie et, tu sais, si l'on ne rassemble pas les gens comme ça, ils se trouveront éventuellement dans ce genre de situation quand même, dans la vraie vie. La thérapie et le traitement consistent à aider les gens à apprendre à composer avec la vie ». [*Traduction*]

La variété des diagnostics posés aux adolescents au sein d'un même groupe peut aussi s'avérer un défi. Une participante parle de la diversité des styles émotionnels, sensoriels et cognitifs des adolescents, et explique que certains ont besoin d'espace et de la sécurité qu'offre le silence alors que d'autres ont besoin d'évacuer leur énergie, de faire du bruit (B). Dans un tel cas, l'enjeu est de trouver des activités qui serviront tous les membres du groupe malgré ces distinctions.

Enfin, les participantes ont toutes trois souligné un autre aspect important en santé mentale des adolescents, soit la sécurité, qu'il s'agisse de celle des clients ou de celle du thérapeute. D'une part, il importe de prendre en compte la possibilité que des membres du groupe aient des pensées suicidaires et s'assurer qu'aucun objet ou instrument de musique à risque ne soit laissé à la portée des clients. D'autre part, il faut tenir compte d'une possible instabilité psychologique ou émotionnelle chez certains patients selon les diagnostics reçus afin de veiller à ce que les mesures nécessaires soient prises pour assurer la sécurité de toutes les personnes présentes à la séance. Pour ce qui concerne les habiletés requises du thérapeute, les participantes ont mentionné, à plusieurs reprises, l'importance de savoir créer un lieu de confiance et, surtout, de désamorcer chez les clients toute crainte de jugement. Il s'agit non seulement d'être bienveillant à leur égard, mais aussi de croire en leur résilience et de savoir le refléter, afin qu'eux-mêmes puissent à leur tour se faire confiance.

Toutes les participantes s'accordaient sur le fait qu'il est primordial d'être « aussi authentique que possible » pour établir ce lien de confiance. Par là, elles entendent qu'il faut être honnête vis-à-vis de ses propres réactions et démontrer que l'erreur est humaine, bien sûr, mais aussi qu'il faut être disposé à chanter les chansons que réclament les adolescents de la façon la plus « réelle, vivante, et attirante » possible, pour les engager. Toutes s'entendent pour dire que l'humour et l'autodérision sont les éléments essentiels d'une telle thérapie. (B) On ne va vraiment pas loin avec bien des adolescents sans une saine dose de sarcasme ! [*Traduction*]

Deux des participantes parlent également de l'importance de savoir poser un cadre, d'annoncer les règles à suivre en séance, dès le départ, afin de ne pas se laisser dépasser par les adolescents qui voudraient tester les limites établies. La responsabilisation de l'adolescent face à son traitement est en outre capitale : elle permet aux jeunes de faire, de façon autonome, des choix qui auront une incidence sur leur traitement.

À toutes les étapes des entrevues, les participantes ont insisté – parfois avec beaucoup d'émotion – sur la question de sensibilité culturelle vis-à-vis de la population adolescente. Il semblait donc pertinent d'y consacrer cette dernière partie.

« Ayez un pied dans leur monde » (A) [trad.]. Articulés par une participante, ces propos ont été validés à maintes reprises par les autres. L'empathie est capitale : tous les adultes ont déjà eu à vivre cette période charnière

de la vie qu'est l'adolescence, et en comprendre les tenants et les aboutissants semble la condition *sine qua non* à tout soutien thérapeutique. Cela permet par ailleurs de mieux gérer le contre-transfert que peuvent provoquer les réminiscences de notre propre expérience.

Les participantes expliquent qu'il est essentiel, bien entendu, d'explorer et de se familiariser avec les tendances musicales des adolescents. Dans le même ordre d'idées, elles ajoutent qu'il faut éviter les idées préconçues sur des styles qui ne nous sont pas familiers et chercher plutôt à comprendre ce qui se cache derrière l'attrait pour telle ou telle chanson. L'importance d'être à jour sur les modes de communication revient aussi fréquemment.

L'une des participantes aborde l'importance d'adopter une approche centrée sur la communauté en citant les travaux de Mercedes Pavlicevic (2004), lesquels reposent sur l'idée principale qu'il importe d'apprendre à connaître en profondeur le client et la communauté dans laquelle on le rencontre. Il importe d'adopter l'approche qui convient au contexte et à la situation plutôt que d'appliquer des méthodes normalisées. L'acceptation de la diversité culturelle au sens large est donc capitale. Cette diversité comprend, bien sûr, les différents univers dans lesquels évoluent les adolescents, mais aussi, à une échelle plus large, les origines ethniques et les identités de genre.

Dans ce contexte, il apparaît donc essentiel d'être sensible à l'histoire et à la culture des populations autochtones dont, selon les dires des participantes, est issue une grande partie de leur clientèle. L'une d'elles mentionne d'ailleurs l'ampleur du traumatisme qu'ont vécu ces populations, et l'importance de s'instruire à ce sujet.

(C) Ces adolescents vivent un traumatisme immédiat, mais aussi historique. Ils tentent d'établir une relation de confiance parce que, lorsqu'on travaille auprès de jeunes qui, à 12 ans, ont déjà connu 15 familles d'accueil différentes... Le simple fait de construire un rapport avec le thérapeute demande du temps, parce que « Pourquoi me ferais-tu confiance, je vais disparaître de toute façon! » « Je vais m'en aller » [...] Donc une large part de la thérapie repose sur un rapport certain et cohérent avec le thérapeute.
[Traduction]

Discussion

Cette recherche visait à explorer l'expérience des musicothérapeutes travaillant avec des groupes d'adolescents dans le cadre d'un suivi à court terme en santé mentale. Trois musicothérapeutes travaillant dans différents contextes de santé mentale y ont participé. Elles ont livré une grande diversité d'expériences, d'influences et d'opinions, s'entendant toutefois sur des aspects primordiaux, dont l'importance cruciale de connaître les caractéristiques de la population adolescente et ses besoins les plus saillants.

Les compétences nécessaires aux musicothérapeutes travaillant avec des adolescents ont été décrites de façon consensuelle avec la littérature : authentique, constant et adaptable disait Katrina McFerran (2010); « authentique », « digne de confiance » et « flexible » suggèrent les participantes. Comme McFerran le suggérait également, l'importance pour le thérapeute de prendre en considération la formation d'identité durant l'adolescence a été également mise en valeur, de même que l'importance de comprendre d'explorer les défis vécus par les clients, dans le but d'apprendre à cerner et à gérer les émotions que les jeunes pourraient vivre en cours de séance. Les participantes ont également souligné l'importance d'encourager le développement personnel et la participation des clients, ce qui leur apportera les outils nécessaires pour prendre en charge leur propre évolution

et pour apprendre à communiquer avec les autres. Enfin, au même titre où McFerran nous parlait d'acceptation inconditionnelle, « utiliser son cœur de thérapeute » (*to use our therapist heart* ; B) était un leitmotiv durant les entrevues, rappelant aux thérapeutes de toujours braver les défis propres à ce type de contexte.

La notion de court terme, qui devait à l'origine être centrale dans cette étude, s'est en fait trouvée reléguée au second plan au cours de toutes les entrevues. Tout comme cela est le cas dans la littérature, il a été difficile d'obtenir une définition générique de la notion de « court terme ». Les perceptions et expériences racontées par les musicothérapeutes n'étaient pas les mêmes; il semble que le flou dans la définition s'explique par les divergences relatives à la durée du passage au service de santé mentale, surtout en milieu hospitalier. On remarque que la thérapie à court terme est plus fréquente en contexte de groupe qu'en séances individuelles, en raison du va-et-vient des patients dans les services de psychiatrie, qui demande une approche de groupes ouverts permettant au service de musicothérapie de demeurer fluide. Quoi qu'il en soit, les participantes ont toutes exprimé le fait que la musicothérapie est bénéfique à court terme, dans la mesure où le thérapeute demeure complètement engagé dans l'instant présent, à chaque séance; c'est l'investissement du thérapeute dans l'établissement du lien thérapeutique qui se dégage comme étant primordial.

Un autre point important que l'on retrouve fréquemment dans la littérature a été relevé à maintes reprises par les participantes, soit l'approche communautaire de la musicothérapie, notamment en ce qui concerne l'importance du groupe et du contexte dans le processus de traitement. À cet égard, l'une des participantes fait référence à Pavlicevic (2004):

Pour pratiquer en tant que musicothérapeutes communautaires, nous devons d'abord nous comprendre nous-mêmes comme faisant partie du contexte mental, social, physique et musical dans lequel nous travaillons ; nous nous devons de connaître directement ses sens et valeurs liées à la musique et à la vie et nous devons recadrer et éventuellement remodeler nos compétences en réponse à la réalité immédiate du moment [traduction libre]. (p. 45 - 46)

L'adaptation aux contextes de thérapie, mais aussi à la conjoncture sociale dans laquelle évoluent les participants semblent essentielles, en particulier dans un contexte aussi mouvant que celui de la santé mentale. Comme l'ont souligné deux des participantes, l'effet de la musicothérapie sur les patients demeure parfois difficile à expliquer, mais il semble avéré et la méthode porte fruit. Cette affirmation met par ailleurs en exergue la nécessité de trouver des outils adaptés à cette population afin de pouvoir mesurer l'efficacité de la musicothérapie. Si l'on reprend l'expression « architecture fluide » (Buchanan, 2000, p. 7, traduction libre) de Buchanan (2000) lorsqu'elle parle de musique, on peut alors justifier l'utilisation de la musicothérapie en santé mentale des adolescents, parce que la musique est un art qui s'adapte en toutes circonstances aux caractéristiques mouvantes et imprévisibles du contexte à l'étude.

Il importe de noter que certaines participantes ont dit à plusieurs reprises avoir recours à des concepts ou interventions issus d'autres approches ou démarches, par exemple la pleine conscience, la thérapie comportementale dialectique ou encore la thérapie narrative. On peut aussi citer le recours fréquent à d'autres disciplines comme les arts visuels. Cela met en évidence l'importance d'une complémentarité entre les approches thérapeutiques et la nécessité d'accroître la communication entre les disciplines. Une approche axée davantage sur l'échange verbal dans le cadre des thérapies de groupe suppose la connaissance de techniques appropriées en psychothérapie.

En résumé, à la suite des entrevues effectuées et en réponse aux théories avancées par la chercheuse, on peut déduire que la musicothérapie à court terme auprès d'adolescents en santé mentale est appropriée, mais qu'elle

requiert une grande flexibilité et un état d'esprit particulier chez le thérapeute. Le contexte culturel et social doit, pour sa part, demeurer un élément primordial, quelles que soient les circonstances. En ce qui concerne les difficultés entourant la définition d'une thérapie à court terme, le fait d'utiliser l'approche phénoménologique signifiait d'emblée qu'il était possible que nous n'obtenions pas de réponse précise. La démarche a cependant permis de découvrir des aspects que nous n'avions pas considérés au départ, ce qui justifie le peu d'informations tirées de l'étude.

Limites de l'étude

On constate dans le processus de recherche plusieurs éléments limitatifs. En premier lieu, les entrevues ont été menées en anglais, malgré le fait que la chercheuse soit de langue maternelle française; la compréhension a pu quelquefois être approximative, et quelques rares difficultés de traduction se sont présentées. Par ailleurs, le fait que l'aspect court terme n'ait pas été une considération centrale durant les entrevues peut s'expliquer par le nombre limité de questions posées précisément à ce sujet. Les participantes se sont davantage arrêtées au type de population plutôt que sur la variable de temps imparti. À l'avenir, il serait intéressant d'étudier exclusivement la notion de court terme dans le cadre de séances de groupe en santé mentale, toutes tranches d'âges confondues, en choisissant par exemple de mener une étude comparative des prises en charge à court terme par rapport celles de longue durée. Par ailleurs, la taille réduite de l'échantillon est à prendre en compte : l'expérience de trois musicothérapeutes travaillant dans deux provinces canadiennes ne peut pas refléter la réalité de toutes les provinces ; la diversité des contextes et des problématiques est, pour cela, beaucoup trop grande. Enfin, même si l'on peut constater que les perceptions des participantes par rapport à leur profession se rejoignent, on remarque de nombreuses divergences en ce qui concerne leurs pratiques et le choix de leurs interventions. Cela peut s'expliquer, d'une part, par le fait que les pratiques en question s'appuient principalement sur la personnalité et l'orientation théorique de chacune et, d'autre part, en raison de l'adaptabilité nécessaire vu la grande diversité des situations en santé mentale des adolescents.

Perspectives pour de futures recherches

Il serait pertinent de recueillir des données mixtes sur la musicothérapie à court terme, de manière à dégager une définition plus précise de cette notion qui semble encore nébuleuse. Une telle étude permettrait aussi d'élaborer des pratiques de musicothérapie adaptées aux conditions variées qu'impose la thérapie brève. Il serait par ailleurs intéressant de mener des recherches axées spécifiquement sur la pratique de la musicothérapie dans le cadre de groupes ouverts, étant donné que ce format est souvent caractéristique des thérapies de courte durée en santé mentale. Parallèlement, la présente étude a permis de mettre en évidence la nécessité d'une recherche ciblant les populations autochtones. Au Canada, ces populations présentent des taux d'hospitalisation particulièrement élevés en santé mentale par rapport aux populations non autochtones (Carrière, Bougie et Kohen, 2018; Hackett, Feeny et Tompa, 2016; Kielland et Simeone, 2014; King, Smith et Gracey, 2009), c'est pourquoi il semble important que l'on y consacre un pan substantiel de notre métier.

Conclusion

Cette étude avait pour but d'explorer le vécu de musicothérapeutes accompagnant des groupes d'adolescents à court terme en santé mentale. Trois thèmes se sont démarqués : les objectifs thérapeutiques par rapport aux particularités de l'adolescence, la structure du programme qui en résulte et les spécificités du rôle du

musicothérapeute dans le milieu de la santé mentale des adolescents. La musique est un prétexte pour travailler sur des défis qui peuvent sembler insurmontables. Elle permet une remarquable prise en compte de la diversité, surtout à un âge où la construction de l'identité se vit au quotidien. Elle est un fabuleux vecteur de communication, un outil polymorphe, un créateur de liens permettant de travailler main dans la main avec les adolescents. Il faut cependant l'utiliser avec pleine conscience et maintes précautions, et toujours naviguer avec soin ses dimensions culturelle et identitaire. Le travail en groupe, comme le mentionnait une participante, est un microcosme de la vie : les jeunes y vivent des situations qu'ils retrouveront à l'extérieur, et peuvent les appréhender dans un espace sûr, ludique, où ils sont accueillis peu importe leur histoire. La musicothérapie communautaire est ainsi une démarche à valoriser davantage dans les programmes d'enseignement du pays. Il est essentiel de tenir compte du contexte culturel, social, et institutionnel dans lequel évoluent les clients. Et enfin, il faut « avoir un pied dans leur monde » et « être l'ancre dans la tempête »; ces métaphores employées par les participantes rappellent la notion primordiale d'ancrage en thérapie, et l'importance du lien, on ne peut plus nécessaire à cette époque charnière de la vie qu'est l'adolescence.

Remerciements

Je remercie en premier lieu les trois musicothérapeutes qui ont accepté avec enthousiasme de participer à cette recherche. Leurs expériences professionnelles respectives ont été une immense source d'apprentissage pour moi et, par conséquent, une source d'information précieuse pour cette étude et ceux qui la consulteront. Je remercie également Guylaine Vaillancourt, ma très patiente superviseure, et un impressionnant modèle d'accomplissement dans ce cheminement de carrière. Merci à mes camarades de classe, aux côtés desquelles j'ai pu surmonter avec plus de légèreté les défis de notre formation. Merci à, mon inspiration première, ma formidable, courageuse et bienveillante mère, qui a toujours cru en moi avec une audace redoutable. Enfin, je tiens à remercier les jeunes patients que j'ai rencontrés au cours de ma pratique, et qui m'ont poussée, par leur force de caractère, leur résilience et leur beauté d'âme, à travailler chaque jour plus fort afin de devenir une meilleure professionnelle, et ainsi une meilleure humaine.

Références

- Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208–224. <https://doi.org/10.1080/08098131.2010.522717>
- Baker, F., Wigram, T., Stott, D., & McFerran, K. (2008). Therapeutic songwriting in music therapy Part I: Who are the therapists, who are the clients, and why is songwriting used? *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(2), 105–123. <https://doi.org/10.1080/08098130809478203>
- Buchanan, J. (2000). The effects of music therapy interventions in short-term music therapy with teens at risk: An opportunity for self-expression in a group setting. *Canadian Journal of Music Therapy*, 7(1), 39–50.
- Carrière, G.M., Bougie, E. et Kohen, D.E. (2018). Acute care hospitalizations for mental and behavioural disorders among First Nations people. *Health reports*, 29(6), 11–19.
- Carruthers, E. (2014). Safety, connection, foundation: Single-session individual music therapy with adolescents. *Canadian Journal of Music Therapy*, 20(2), 43–63.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4e éd.). Sage.
- Doak, B. (2013). Children and adolescents with emotional and behavioral disorders in an inpatient psychiatric setting. Dans L. Eyre (dir.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Mental Health* (pp. 168–204). Barcelona.

- Erkkilä, J. (2011). Punker, bassgirl, and dingo-man. Perspectives on adolescents' music therapy. Dans A. Meadows (dir.), *Developments in Music Therapy Practice: Case Studies Perspectives* (pp. 198-214). Barcelona.
- Foster, G. & McLachlan, J. (2016, July 5–9). *From a symphony to a song: Exploring the scope for short-term music therapy* [Paper presentation]. 10th European Music Therapy Conference (EMTC), Vienna, Austria.
- Hackett, C., Feeny, D. & Tompa, E. (2016). Canada's residential school system: Measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. *Journal of Epidemiology Community Health*, 70(11), 1096–1105. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207380>
- Jackson, N., A. (2016). Phenomenological inquiry, In K. Murphy, & B. L. Wheeler (Eds.), *Music Therapy Research* (chapter 40). Barcelona.
- Kielland, N., et Simeone, T. (2014). *Current issues in mental health in Canada: The mental health of First Nations and Inuit communities* (Publication no. 2014-02-E). Library of Parliament. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/InBriefs/PDF/2014-02-e.pdf>
- King, M., Smith, A. et Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76–85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
- McFerran, K. (2010). *Adolescents, music and music therapy: Methods and techniques for clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley.
- Organisation Mondiale de la Santé (2019). Développement des adolescents. *Dans Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- Pavlicevic, M. (2004). Learning from Thembaletu: Towards responsive and responsible practice in community music therapy. In M. Pavlicevic & G. Ansdell (dir.), *Community Music Therapy* (pp. 35–47). Jessica Kingsley.
- Rabourdin, D. (1985). *Truffaut par Truffaut*. Édition du Chêne.
- Rahmani, M., Saeed, B. B., et Aghili, M. (2016). Integrating effect of art and music therapy on depression in adolescents. *Journal of Educational Sciences & Psychology*, 6(2), 78–87.
- Sealy, P. A. (2012). The impact of the process of deinstitutionalization of mental health services in Canada: An increase in accessing of health professionals for mental health concerns. *Social work in public health*, 27(3), 229–237. <https://doi.org/10.1080/19371911003748786>
- Tervo, J. (2001). Music therapy for adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 6(1), 79–91. <https://doi.org/10.1177/1359104501006001007>
- Vaillancourt, G. (2017). Musicothérapie et santé mentale : L'expérience de musicothérapeutes québécois. *Revue canadienne de musicothérapie*, 23(1), 78–98.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton.

À propos de l'autrice

Diplômée d'une maîtrise de musicothérapie obtenue à l'université Concordia de Montréal ainsi que d'une maîtrise en psychologie sociale de l'université de Paris, Erika Guittard exerce aujourd'hui principalement dans le milieu de la santé mentale à Montréal, animant des séances de musicothérapie individuelles et de groupe dans le cadre desquelles elle favorise une approche humaniste et psychodynamique.

e.guittard@gmail.com

Can Music Improve Sleep Quality?: A Systematic Literature Review

Bing-Yi Pan, PhD, MTA, MT-BC
Elizabeth M. Pan, GDip, MTA, MT-BC

Abstract

Poor sleep quality (PSQ) can have long-term effects leading to serious health issues. As more people turn to non-medical treatments, including the use of music for improving sleep quality, health professionals need to be aware of how to use music effectively. This systematic literature review investigated, synthesized, and analyzed 56 studies concerning the impact of music on sleep quality that were published between January 2007 and December 2019. The authors found the studies: (a) were conducted by a variety of research disciplines from multiple countries; (b) investigated a large number of participants from various clinical and non-clinical populations; (c) employed an array of research designs, interventions, measurement tools, and rationales for music choice, and (d) found mostly positive results. Of the 56 studies, 52 (92.9%) showed a positive influence of music on sleep quality, while 4 (7.1%) found no impact. Seven (12.5%) articles reported that music had a greater or equal impact on sleep quality compared to other treatments. Future research should include more detailed descriptions of music interventions in order to find the most effective music interventions for improving the sleep quality of different populations.

Keywords: music therapy, music, music intervention, sleep quality, sleep, insomnia

Sommaire

À long terme, un sommeil de mauvaise qualité peut entraîner de graves problèmes de santé. Comme de plus en plus de gens optent pour des traitements non médicaux, notamment en recourant à la musique pour améliorer la qualité du sommeil, les professionnels de la santé doivent savoir comment utiliser efficacement la musique. Cet examen systématique de la littérature se veut l'étude, la synthèse et l'analyse de 56 études portant sur l'incidence de la musique sur la qualité du sommeil publiée entre janvier 2007 et décembre 2019. Les auteurs ont constaté que les études (a) ont été réalisées par des chercheurs provenant de disciplines et de pays variés; (b) ont été menées auprès d'un grand nombre de participants issus de populations cliniques et non cliniques; (c) faisaient appel à toute une gamme de modèles de recherche, d'interventions, d'outils de mesure et de contextes pour les choix musicaux; et (d) ont donné lieu à des résultats majoritairement positifs. De ces 56 études, 52 (92,9 %) ont démontré une incidence positive de la musique sur la qualité du sommeil, tandis que 4 (7,1 %) n'en dégageraient aucune. Sept articles (12,5 %) indiquent que la musique a un effet d'importance égale ou supérieure aux autres traitements visant à accroître la qualité du sommeil. Il faudrait que les travaux de recherche futurs prévoient des descriptions plus détaillées d'interventions musicales pour découvrir lesquelles sont les plus efficaces pour améliorer la qualité du sommeil de différentes populations.

Mots-clés : musicothérapie, interventions musicales, qualité du sommeil, sommeil, insomnie

Introduction

People from all over the world are plagued by sleep disorders (Soldatos et al., 2005). Researchers have found that poor sleep quality (PSQ) can have long-term effects leading to serious health issues, including increased risk of mortality (Kojima et al., 2000), depression (Baglioni et al., 2011), and cardiovascular disease (Hoevenaars-Blom et al., 2011). Having PSQ can also create a vicious cycle of developing psychological disorders, which in turn can impair sleep further (Drake et al., 2003).

Pharmacological treatments have been used to manage sleep disorders (Tariq & Pulisetty, 2008). However, they potentially come with harmful side effects (DiBonaventura et al., 2015). As a solution, some non-pharmacological treatments, like cognitive-behavioural therapy (CBT) (Martínez et al., 2014), progressive muscle relaxation (PMR) (Saeedi et al., 2012), exercise (Kline et al., 2011), and sleep hygiene (Brick et al., 2010), have been studied for improving sleep quality. Along with these, music—known for reducing stress and anxiety—is often promoted as a holistic, non-pharmacological intervention to help people sleep better (De Niet et al., 2009; Street et al., 2014).

Researchers from various fields have explored the use of music to address the sleep problems of various populations. Chan and colleagues (2010) found elderly study participants benefitted from improved sleep quality and depression levels after listening to music they chose. According to Chen and colleagues (2014), listening to sedative music improved the sleep quality of young adults with long sleep latency. De Niet and colleagues (2010) found that music-assisted relaxation (MAR) helped mental health inpatients sleep better. Lafçi and Öztunç (2015) discovered listening to soft Turkish music improved sleep in Turkish breast cancer patients. Loewy and colleagues (2013) found live music interventions improved the sleep quality of premature infants.

Three meta-analyses examined the effect of music on sleep. De Niet and colleagues (2009) analyzed five randomized control trials (RCT) and found that MAR had a moderate positive effect on the sleep quality of adults and the elderly with various conditions. Wang and colleagues (2014) examined 10 RCTs and suggested that receptive music interventions were beneficial for promoting the sleep quality of adults with acute and chronic sleep problems. Feng and colleagues (2018) reviewed 20 studies and found that listening to music was helpful for improving the sleep quality of adults with primary insomnia. However, as Wang et al. (2014) pointed out, there are no standard guidelines for using music to improve sleep quality. The insufficient description of music interventions may cause reliability problems with the cross-study comparisons conducted in these reviews (Robb et al., 2010). In their review, De Niet et al. (2009) did not discriminate between different types of MARs when comparing the use of MAR by itself and MAR with other relaxation treatments. Wang and colleagues (2014) discussed the importance of music selection and intervention procedure; however, these elements were not thoroughly examined. Feng and colleagues (2018) compared listening to music and listening to music in combination with other treatments like acupuncture, but they did not discuss the details of the music interventions.

Other limitations of these aforementioned reviews include the limited scope of the reviewed populations and music interventions. In all of the reviews, people younger than 18 were excluded. Experiments with participants from particular clinical populations, such as people with neurological or cognitive disorders, were also excluded. These exclusions may benefit the meta-analysis by increasing the homogeneity. However, since these reviewers provided no evidence that music interventions promote the sleep quality of different populations for different reasons, the authors of the current study think it is important to include a broader range of populations. Two of the reviews set “active use of music such as playing instruments” (De Niet et al., 2009, p. 1358; Wang et al., 2014, p. 52) as an exclusion criterion for selecting studies. To have a complete understanding of how music can be used

to promote improved sleep, a review investigating all methods of employing music interventions to aid in the promotion of sleep quality is necessary.

To fill these gaps, this systematic literature review aims to organize current knowledge about music and sleep quality, regardless of the target population and the type of music interventions used.

The following two questions guided this review:

1. Can music interventions be used to improve sleep quality?
2. What music interventions can be used to improve sleep quality?

Method

The authors consulted the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Liberati et al., 2009) and Robb and colleagues' (2010) guidelines for reporting music-based interventions when writing the current review.

Inclusion and Exclusion Criteria

To be included, the research had to be: (a) focused on the impact of music interventions on humans' sleep quality, (b) primary experimental research, (c) peer-reviewed, including journal articles and master's or doctoral theses, and (d) published between January 2007 and December 2019.

The exclusion criteria were established as follows: (a) literature published before 2007 or after 2020, (b) literature not written in English, (c) secondary research, and (d) theoretical research, heuristic self-inquiries, and surveys.

Search Strategy

First, author BP employed a search syntax with Boolean operators—("music" OR "song") AND ("sleep" OR "insomnia")—to search 13 databases (see Table 1). The terms "music therapy," "sleep quality," and "sleep disorder" were not included in the syntax because they apply to a subset of literature that can be searched with keywords, "music" and "sleep," respectively. "Song" and "insomnia" were used as alternative terms for "music" and "sleep," respectively. Additionally, author EP used the same syntax to search 11 music therapy journals (see Table 2). Finally, BP manually searched the citations of three literature reviews (De Niet et al., 2009; Feng et al., 2018; Wang et al., 2014).

Can Music Improve Sleep Quality?

Table 1

Electronic Databases Searched

Search Engine	Database
APA PsycNET	PsycARTICLES PsycINFO
EBSCOhost	Academic Search Complete Art Full Text (H.W. Wilson) Psychology and Behavioral Sciences Collection RILM abstracts of music literature
Google	Google Scholar
ProQuest	ERIC Humanities Index ProQuest Dissertations & Theses Global
NCBI	PubMed Central (Free Journals) PubMed (Medline)
Web of Science	Web of Science

Table 2

Music Therapy Journals Searched

Search Access	Journal
EBSCOhost	Qualitative Inquiries in Music Therapy
Free Access	Music Therapy Today
Oxford Journals	Journal of Music Therapy Music Therapy Perspectives
ProQuest	Australian Journal of Music Therapy Canadian Journal of Music Therapy New Zealand Journal of Music Therapy
Taylor & Francis Journals	Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy Nordic Journal of Music Therapy Voices: A World Forum for Music Therapy
SAGE Journals	British Journal of Music Therapy

BP used Zotero to organize the literature and remove duplicated studies. Together the authors reviewed the titles, abstracts, and keywords of the remaining literature to remove the unqualified articles. The full texts of the preliminarily qualified literature were retrieved. Next, the authors examined each article independently to finalize the included articles.

Data Analysis Procedure

The researchers consulted Robb and colleagues' (2010) guidelines for reporting music-based interventions to examine how these music interventions were used to promote sleep quality. The template of the items the researchers used to code the literature can be found in Table 3. The authors extracted information according to the template and recorded it in an Excel spreadsheet separately, then compared their results to reach an agreement. To clarify confusing categories, the country of the study refers to where the study was conducted. The background of the authors was checked to help determine whether a music therapist was involved. Based on the Excel spreadsheet, the authors applied descriptive statistics to analyze and categorize the literature and synthesized key elements of the interventions. BP used Review Manager 5 (RevMan) to calculate the within-group effect sizes (Cohen's *d*) for the music groups of the studies that used the Pittsburgh Sleep Questionnaire Index (PSQI) as an outcome.

Table 3
Classification Template

Section	Item
Author & Publication	Author's background; Year of publication; Involvement of music therapist(s); Country where study was conducted; Field of publication journal
Participants	Age; Clinical population; Number of participants
Research Method	Number of conditions; Allocation method, Measurement instrument(s)
Interventions	Duration; Frequency; Treatment period; Type of intervention(s); Music used; Rationale for music choice; Music delivery method.
Results	Research findings; Statistical significance of the result; Effect size

Results

The PRISMA Flowchart in Figure 1 shows the process of retrieving the 56 reviewed studies (Liberati et al., 2009). Figure 2 shows a trend of an increasing number of studies published in each year. The studies were published in journals from a wide range of fields (Table 4) by researchers from a variety of countries (Table 5). An ID number was assigned to each study, as shown in Table 4.

Figure 1

Stage of Selection Process Based on the PRISMA Flowchart Guideline

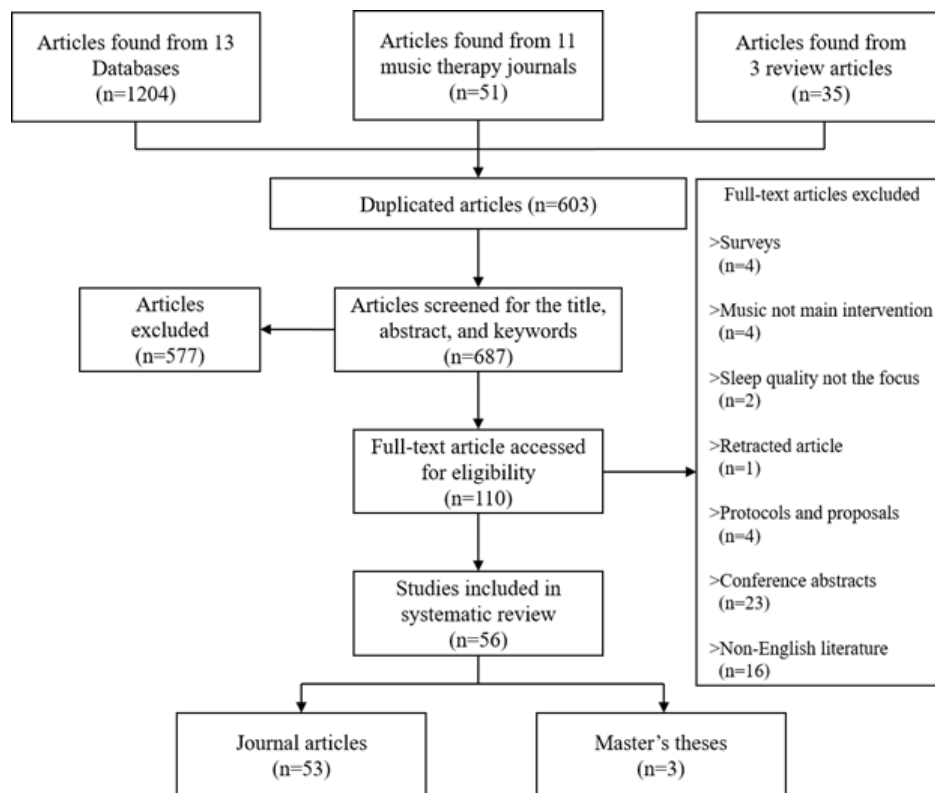


Figure 2

Publication Year of Reviewed Literature

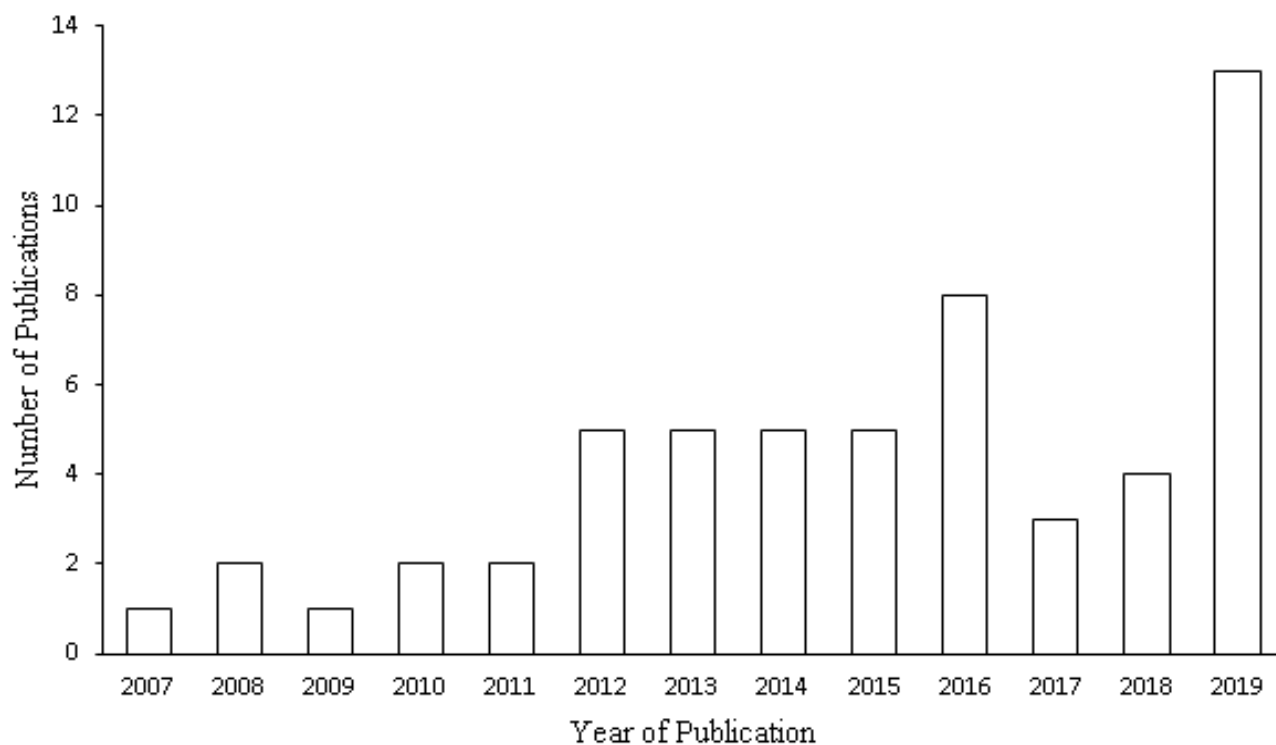


Table 4
Resource of Reviewed Literature

Journal Title/University	Author(s) (Year)	ID
Music Therapy		
<i>Australian J. of Music Therapy</i>	Oxtoby et al. (2013)	[1]
<i>J. of Music Therapy</i>	Ziv et al. (2008)	[2]
	Bloch et al. (2010)	[3]
	Jespersen & Vuust (2012)	[4]
<i>Nordic J. of Music Therapy</i>	Deshmukh et al. (2009)	[5]
	Koenig et al. (2013)	[6]
	Garunkstiene et al. (2014)	[7]
	Uhlig et al. (2018)	[8]
Nursing		
<i>Applied Nursing Research</i>	Huang et al. (2016)	[9]
<i>Biological Research for Nursing</i>	Lai et al. (2015)	[10]
<i>British Association of Critical Care Nurses</i>	Hansen et al. (2017)	[11]
<i>Comprehensive Child and Adolescent Nursing</i>	Anggerainy et al. (2019)	[12]
<i>Critical Care</i>	Hu et al. (2015)	[13]
<i>Holistic Nursing Practice</i>	Street et al. (2014)	[14]
<i>Intensive & Critical Care Nursing</i>	Pagnucci et al. (2019)	[15]
<i>Int. J. of Nursing and Health Service</i>	Naulia et al. (2019)	[16]
<i>Int. J. of Nursing Studies</i>	Chang et al. (2012)	[17]
<i>J. of Advanced Nursing</i>	Harmat et al. (2008)	[18]
	Su et al. (2013)	[19]
<i>J. of Clinical Nursing</i>	Ryu et al. (2012)	[20]
<i>J. of Psychiatric Nursing</i>	Altan Sarikaya & Oguz (2016)	[21]
<i>Medical-Surgical Nursing J.</i>	Ardabili et al. (2016)	[22]
Medical		
<i>Acta Paediatrica</i>	Stokes et al. (2018)	[23]
<i>Brazilian J. of Psychiatry</i>	Liu et al. (2019)	[24]
<i>Int. J. of Innovative Studies in Medical Sciences</i>	Kumar et al. (2019)	[25]
<i>Int. J. of Medical Research and Health Sciences</i>	Shobeiri et al. (2016)	[26]
<i>J. of Family Medicine and Primary Care</i>	Dubey et al. (2019)	[27]
<i>J. of Turgut Ozal Medical Center Pediatrics</i>	Huzmeli et al. (2018)	[28]
	Loewy et al. (2013)	[29]

Can Music Improve Sleep Quality?

<i>The J. of Alzheimer's Disease</i>	Innes et al. (2016)	[30]
Complementary Medicine		
<i>Chinese Medicine and Culture</i>	Fung et al. (2019)	[31]
<i>Complementary Therapies in Medicine</i>	Chan et al. (2010)	[32]
	Shum et al. (2014)	[33]
	Huang et al. (2017)	[34]
<i>European J. of Integrated Medicine</i>	Momennasab et al. (2018)	[35]
<i>J. of Neurotherapy</i>	DuRousseau et al. (2011)	[36]
<i>The J. of Alternative and Complementary Medicine</i>	Chen et al. (2014)	[37]
Other Health-Related Fields		
<i>International J. of Caring Sciences</i>	Lafçi, & Öztunç (2015)	[39]
<i>J. of Biology, Agriculture, and Health</i>	Gonzales (2013)	[40]
<i>J. of Clinical Psychopharmacology</i>	Bang et al. (2019)	[41]
<i>Pain Research and Management</i>	Picard et al. (2014)	[42]
<i>Women and Health</i>	Liu et al. (2016)	[43]
Psychology		
<i>International J. of Indian Psychology</i>	Mottaghi et al. (2015)	[44]
<i>International J. of Psychophysiology</i>	Lazic, & Ogilvie (2007)	[45]
<i>Mental Illness</i>	Blanaru et al. (2012)	[46]
Others		
<i>IEEE Access</i>	Lee et al. (2019)	[47]
<i>Int. J. of Science and Research</i>	Hemavathy & Muthamizh Selvan (2016)	[48]
<i>J. of Sleep Research</i>	Jespersen et al. (2019)	[49]
<i>J. of Social Sciences</i>	Vinayak et al. (2017)	[50]
<i>Scientific Report</i>	Cordi et al. (2019)	[51]
<i>Sleep Science</i>	Hausenblas et al. (2019)	[52]
<i>Voices of Research</i>	Sharma & Sharma (2015)	[53]
Theses		
<i>Boston U. (Master of Science)</i>	Kolesnik (2012)	[54]
<i>Florida State U. (Master of Music)</i>	Patterson (2011)	[55]
<i>Montana State U. (Dr. of Nursing Practice)</i>	Olds (2019)	[56]

Note. Abbreviation: Int. = International, J. = Journal

Table 5
Geographic Distribution of Reviewed Literature

Americas		Asia		Europe		Oceania	
Canada	2	China	12	Denmark	3	Australia	1
U.S.A.	9	India	5	Germany	1		
		Indonesia	2	Hungary	1		
		Iran	5	Israel	3		
		Singapore	1	Italy	1		
		South Korea	3	Lithuania	1		
		The Philippines	1	Netherlands	1		
		Turkey	3	Switzerland	1		

Population and Sample Size

The researchers of the reviewed studies investigated a wide range of populations (Table 6). There were 2,982 participants included in all of the studies, 561 of which were from 5 non-clinical populations, 2,420 of which were from 15 clinical populations. The populations with the largest number of participants were people with insomnia or PSQ, premature infants, and cancer patients.

Table 6
Population and Sample Size of Reviewed Literature

Populations	[Literature ID] Sample Size	# Articles	% of total	# Participants	% of total participants
<u>Non-Clinical</u>					
Adults	[51] [27] 27 15	2	3.6%	42	1.4%
Children	[8] [55] 75 51	2	3.6%	126	4.2%
First Responders	[36] 41	1	1.8%	41	1.4%
Seniors	[21] [25] [32] [33] [36] 31 60 42 60 30	5	8.9%	223	7.5%
University Students	[1] [6] [45] [53] 56 29 10 44	4	7.1%	130	4.4%
Total		14	25%	562	18.9%
<u>Clinical</u>					
Cancer	[24] [39] [50] 91 60 184	3	5.4%	335	11.2
Cardiac Patients	[13] [20] [56] 45 58 24	3	5.4%	127	4.3%
Children with Special Needs	[40] 13	1	1.8%	13	0.4%

Can Music Improve Sleep Quality?

Depression	[5] 44	1	1.8%	44	1.5%
Fibromyalgia	[42] 20	1	1.8%	20	0.7%
Hemodialysis Patients	[35] 102	1	1.8%	102	3.4%
Insomnia or Poor Sleep Quality	[2] [9] [10] [12] [14] [16] [17] 15 38 38 31 11 30 50 [18] [31] [34] [37] [38] [41] 94 89 71 24 64 43 [44] [47] [49] [52] [54] 61 50 57 38 98	18	32.1%	902	30.2%
Burn Unit Patients	[22] 50	1	1.8%	50	1.7%
Patients in ICU	[19] [11] [15]	3	5.4%	139	4.7%
Pregnant Women	[26] [43] 88 121	2	3.6%	209	7.0%
Premature Infants	[7] [23] [29] 35 30 272	3	5.4%	337	11.3%
PTSD	[4] [46] 15 13	2	3.6%	28	0.9%
Schizophrenia	[3]	1	1.8%	24	0.8%
Seniors with Cognitive Decline	[30] 60	1	1.8%	60	2.0%
Stroke patients	[28]	1	1.8%	30	1.0%
Total		42	75.3%	2420	81.1%

Study Design

The study designs of the reviewed articles were thoroughly examined based on the number of groups, the allocation methods, the types of conditions, and the conditions (Table 7). In 45 studies, participants were assigned to more than one group. The most frequently used design was the two-group RCT, using a music group and a no-treatment group as two simple conditions. Some studies also compared the impact of other experimental conditions, such as meditation, with the effect of the music intervention on sleep quality. For studies with only one group, they either did a baseline or a crossover design to assess the outcome of music interventions.

Table 7
Designs of the Reviewed Studies

Allocation Method	Type of Conditions	Conditions	[Literature ID]
1 Group	Simple	(a) Music	[3, 14, 21, 40, 42, 48]
		(b) Music & massage	[15]
	Crossover	(a) Music, tone, & NT*	[45]

2 Groups	Randomized	Simple	(b) Lullaby, Gato box, Oceandisc, & NT*	[29]
			(c) Sleep songs, natural sounds, random songs, & NT*	[47]
			(d) Music & NT*	[27]
			(a) Music & Antidepressants	[5]
			(b) Music & Meditation	[30]
			(c) Music and sleep hygiene education & just sleep hygiene education	[38]
			(d) Music relaxation & muscle relaxation	[46]
			(e) Music & music with binaural beats	[41]
			(f) Wholetone2Sleep music & classical music	[52]
			(g) Music with mindfulness-based stress reduction & NT*	[24]
			(h) Music & audiobook	[49]
			(i) Music & NT*	[1, 6, 8, 11, 13, 17, 19, 20, 22, 26, 32, 33, 39, 43, 53, 54, 56]
	Assigned	Crossover	(a) Music & muscular relaxation	[2]
			(b) Music & brisk walking	[9]
			(c) Music & spoken text	[51]
			(d) Music & NT*	[10, 23, 37]
		Simple	(a) Music and ergonomic pillow & only ergonomic pillow	[4]
			(b) Participants' brain music & random brain music	[36]
			(c) Music & storytelling	[12]
			(d) Music & NT*	[25]
		Crossover	(a) Lullaby & rain sound	[55]
			(a) Music & NT*	[16]
	Unmentioned	Simple	(a) Music, audiobook, & NT*	[18]
			(b) Music and CBT, CBT only, & NT*	[44]
		Simple	(c) Music, calligraphy, & NT*	[31]
			(d) Music, music video, & NT*	[34]
		Simple	(e) Music during hemodialysis, music before bed, & NT*	[35]
			(f) Recorded lullaby, live lullaby, & NT*	[7]
		Simple	(g) Active music therapy, receptive music therapy, & NT*	[50]
			(a) Eastern Turkish Music, western Turkish music, & NT*	[28]
	Assigned	Simple		

Note. NT* = No-treatment

Measurement of Sleep Quality

The researchers of the reviewed literature employed multifarious methods to measure sleep quality (Table 8). The most prevalent measurement of sleep quality was PSQI (26 studies, 46.4%). Twenty-two studies (39.3%) used more than one method to measure sleep quality. Oxtoby and colleagues (2013) used the largest number of instruments, employing five subjective sleep questionnaires. Sleep questionnaires designed specifically for the study (six studies, 10.7%) and participants' sleep journals (six, 10.7%) were also used.

Table 8

Measurement of Sleep Quality

	Measurement	[Literature ID]
Objective	Observation Checklist	[40, 55]
	Physiological Response	[7, 31*]
	Polysomnography	[10*, 17*, 19*, 37, 45, 49*, 54]
	EEG	[9*, 23, 27, 31*, 34*, 41*, 51*]
	Actigraph	[2*, 3*, 8, 9*, 46*, 47]
	Sleep Pattern Recorded by Nurses	[29]
	Total Number of Sleeping Hours	[20*]
	Urine Analysis	[13*]
Subjective	Sleep Journal	[4*, 34*, 41*, 43*, 51*, 52*]
	Other Standardized Sleep Quality Questionnaires**	[1*, 2*, 3*, 11, 12, 13*, 15, 19*, 20*, 36*, 41*, 42, 46*, 49*, 56]
	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	[1*, 4*, 5, 6, 14, 16, 18, 21*, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 35, 38, 39, 43*, 44, 48, 49*, 50, 52*, 53]
	Customized Questionnaires	[9*, 10*, 17*, 21*, 36*, 51*]

Note. * = Studies used more than one measurement of sleep quality; ** = Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale [1], GATIA Scale [12], Insomnia Severity Index [41, 49], Jenkins Sleep Evaluation Questionnaire [42], Mini Sleep Questionnaire [2, 3, 46], Pittsburgh Insomnia Rating Scale [36], Pre-Sleep Arousal Scale [1], Richards-Campbell Sleep Questionnaire [11, 13, 15, 56], Sleep Associated Monitory Index [1], Sleep Related Behaviour Questionnaire [1], Technion Long Sleep Questionnaire [2, 3, 46], & Verran and Synder-Halpern Sleeping Scale [19, 20].

Interventions

The researchers used Robb and colleagues' (2010) article as a guideline to examine the music interventions used in the reviewed studies. Non-music interventions were not analyzed.

Intervention Rationale

The reasons for choosing the music were sorted into five categories (Table 9): consultation with musicians or music therapists (five studies, 8.9%), the music was evaluated by a third party before the study (three, 5.4%), participants brought their own music (three, 5.4%), evidence from previous studies (seven, 12.5%), and subjective reasoning (seven, 12.5%)—for example, “The musical pieces are all familiar and have a pleasant sound” (Chang et al., 2012, p. 923). However, a majority of the researchers provided no reason for their music choice (31, 55.4%).

Table 9
Music Selection Rationale

Rationale	[Literature ID]	Number (Percentage)
Consulted musicians/ music therapists	[11, 21, 24, 38, 39]	5 (8.9%)
Evaluated by third party	[1, 4, 35]	3 (5.4%)
Participants' choice	[15, 17, 50]	3 (5.4%)
Previous studies	[20, 32, 33, 43, 49, 51, 54]	7 (12.5%)
Subjective reasoning	[22, 23, 27, 31, 42, 47, 52]	7 (12.5%)
Not specified	[2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 25, 26, 28, 29, 30, 34, 36, 37, 40, 41, 44, 45, 46, 48, 53, 55, 56]	31 (55.4%)

Genre of the Music

The music used in the interventions was classified into eight genres (Table 10). The most commonly used group was music with strong cultural or religious associations (15 studies, 26.8%). Fourteen experiments (25.0%) used Western music, including classical and jazz. In five studies (8.9%), the music was composed for the experiment. Other genres include lullaby, new age music, pop music, and brain music which was generated based on the participants' brain wave signals (DuRousseau et al., 2011). Ten studies (17.9%) used music from multiple genres. However, in 17 articles (30.4%), the music genre was either not specified or referred to as “sedative music.”

Table 10
Genre of Interventions

Genre	[Literature ID]
Brain Music	[36]
Culture/Religious	
Chinese	[13, 17*, 31, 32*, 33*, 38*, 43*]
Buddhist	[9, 10, 34]
Indian (<i>Raagas</i>)	[5, 53]

Can Music Improve Sleep Quality?

Turkish	[21, 28, 39]
Composed for study	[2, 3, 19, 37*, 46]
Lullaby	[7, 12, 14, 23, 29, 40, 43*, 55]
New Age	[4, 26, 33*, 35, 49*, 54*]
Pop	
Korean Pop Music	[41*, 47]
Persian Pop Music	[50]
Sedative/Not Specified	[1*, 8, 11, 15, 16, 20*, 22, 24, 25, 27, 32*, 37*, 42, 44, 45, 48, 51, 56]
Western	
Classical	[1*, 6, 17*, 18, 20*, 30, 32*, 33*, 38*, 41*, 43*, 49*, 52, 54*]
Jazz	[32*, 33*, 49*, 54*]

Note. * = studies used music from more than one genre.

Intervention Description

Most reviewed articles provided details of some aspects of the music used in the interventions (Table 11). The most commonly used instruments were guitar, piano, and voice, (20 studies, 35.7%). The tempo of the music used was usually between 50 and 80 bpm (17, 30.4%). The length of the music was between 10 and 58 minutes (11, 19.6%). Ten studies (17.9%) specified the tonality or scale of the music, including minor, pentatonic, and Turkish scales (*Ussak*, *Hicaz*, and *Zirefkend*). Ryu et al. (2012) provided detailed information about the order of the music used in their intervention. Bloch et al. (2010) provided a thorough description of the chord progressions and the structure of music. However, 12 studies (21.4%) provided no musical details. For two of those studies, this was because they asked participants to bring their own music.

Table 11

Intervention Descriptions

Music Aspects	[Literature ID]	Number (Percentage)
Artist	[23]	1 (1.8%)
Composer	[11, 18, 20, 22, 23, 26, 30, 35, 49, 51, 52, 54]	12 (21.4%)
Chord Progression	[3]	1 (1.8%)
Dynamics	[3, 4, 19, 38, 39, 49]	6 (10.7%)
Instrument/Voice	[1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 23, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 46, 47, 53, 54]	20 (35.7%)
Length	[1, 3, 4, 9, 10, 19, 30, 33, 43, 51, 54]	11 (19.6%)

Music/Album Title	[4, 6, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 20, 21, 23, 28, 31, 33, 34, 35, 40, 42, 43, 45, 49, 51, 52, 53, 54, 55]	26 (46.4%)
Rhythm	[7]	1 (1.8%)
Speed/Tempo	[2, 3, 4, 7, 9, 10, 19, 28, 32, 33, 34, 38, 42, 43, 47, 49, 51]	17 (30.4%)
Structure	[3, 4, 20, 49]	4 (7.1%)
Tonality	[2, 9, 10, 19, 21, 34, 37, 39, 46, 47]	10 (17.9%)
Tuning	[27]	1 (1.8%)
No details	[8, 12, 14, 15, 16, 24, 25, 41, 44, 48, 50, 56]	12 (21.4%)

Music Delivery Method

Table 12 summarizes how the music interventions were delivered. Most studies (52, 92.9 %) used only recorded music. Loewy and colleagues (2013) and Uhlig and colleagues (2018) used live music only. Garunkstiene and colleagues (2014) compared live and recorded music. Vinayak and colleagues (2017) compared active music therapy and receptive music therapy interventions. Both headphones/earphones (12 studies, 21.4%) and speakers (eight, 14.3%) were used to play recorded music. Jespersen and Vuust (2012) and Jespersen and colleagues (2019) used a music player specifically designed to be used in bed. Thirty articles (53.6%) did not specify what device participants used to receive the music intervention. Cordi et al. (2019), Garunkstiene et al. (2014), Stokes et al. (2018), and Su et al. (2013) specified the loudness of the music. In the studies by Loewy et al. (2013) and Garunkstiene et al. (2014), music therapists sang and played instruments. In the studies by Uhlig and colleagues (2018) and Vinayak and colleagues (2017), participants were interactively involved in making music with the music therapists.

Table 12
Music Delivery Method

Type	Device	[Literature ID]
Recorded Music	Earphones/headphones	[11, 13, 15, 16, 20, 31, 32, 33, 35, 41, 42, 53]
	Speakers	[7* ^L , 28, 39, 45, 51 ^L , 54, 55, 56]
	Specially Designed Equipment	[4, 49]
	Unspecified	[1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 19 ^L , 21, 22, 23 ^L , 26, 27, 30, 34, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 46, 47, 48, 50*, 52]
Live Music	By music therapists	[7*, 29]
	Unspecified	[8]

Can Music Improve Sleep Quality?

Interactive Played by participants [50*]

Unspecified Unspecified [24, 25]

Note. ^L = loudness of music was specified; * = multiple delivery methods

Intervention Schedule

The majority of the interventions were conducted at bedtime (34 studies, 60.7%). In the studies by Mottaghi et al. (2015) and Hu et al. (2015), the interventions were carried out both at night and in the morning. Cordi et al. (2019), Dubey et al. (2019), Hansen et al. (2017), and Patterson (2011) conducted the intervention at naptime. Fifteen studies (26.8%) did not specify when the interventions were given to participants (Table 13).

Table 13

Intervention Schedule

Intervention Time		[Literature ID]	Number (Percentage)
During medical treatment		[28, 35*]	2 (3.6%)
Naptime		[11, 27, 51, 55]	4 (7.1%)
Night (bedtime)	[1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 31, 34, 35*, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 49, 52, 54, 56]		34 (60.7%)
Night and morning		[13, 44]	2 (3.6%)
Not specified		[7, 8, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 32, 33, 36, 46, 48, 50, 53]	15 (26.8%)

Note. * = different conditions received music intervention at different times

Durations and Number of Treatments

How much treatment each of the participants received varied greatly across the reviewed studies and was demonstrated by the durations and number of treatments (Table 14). The shortest treatment was 10 minutes (Loewy et al., 2013). The longest intervention was six hours (Stokes et al., 2018). The number of interventions was calculated by using the treatment frequency and the entire treatment period. The highest number of treatments was 90 (Wang et al., 2016). In 11 articles (19.6%), participants received the music treatment only once. Four articles (7.1%) only specified the number of treatments. Two articles (3.6%) provided no information on either the duration or the number of treatments.

Table 14
Intervention Durations and Number of Treatments

Duration	1-15 mins	16-30 mins	31-60 mins	60+ mins	Not specified
#Treatments					
1	[51]	[10, 11, 27, 54]	[19, 37]	[15, 23]	[45, 56]
2-5		[7, 9, 12, 13, 32, 34, 55]	[16, 17, 22]		
6-10	[29]	[24, 10, 50, 52]	[2, 3, 28, 33, 40, 46]	[39]	
11-20		[1, 41, 43]	[8, 35*, 47]		
21-40		[14, 31, 53]	[4, 5, 6, 18, 20, 21, 26, 35*, 44, 49]		[25, 42]
41-100	[30]		[38]		
Not specified					[36, 48]

Note. *12 treatments for music during hemodialysis condition, 28 treatments for music before bed condition

Results Identified in the Literature

The results of the reviewed articles varied (Table 15). Forty-two studies found a significant positive influence of music on sleep quality. Six studies found music had a positive but non-significant effect. Four studies reported music listening had significant positive impacts when using subjective sleep quality measurements but only positive trends when measuring sleep quality objectively. Four studies found music had no influence on young adults with no sleep disorders (Koenig et al., 2013; Lazic & Ogilvie, 2007), adults with PSQ (Kolesnik, 2014), and preschool-aged children (Patterson, 2011). Seven articles (12.5%) compared the effect of music interventions and other treatments on sleep quality. Listening to music was found to be more efficient than muscular relaxation for seniors (Ziv et al., 2008) and people with PTSD (Blanaru et al., 2012); more efficient than brisk walking for seniors with insomnia (Huang et al., 2016); and as effective as antidepressants for patients with depression (Deshmukh et al., 2009), meditation for seniors with cognitive decline (Innes et al., 2016), storytelling for children in hospital (Anggerainy et al., 2019), and calligraphy lessons for adults with insomnia (Fung et al., 2019).

Table 15
Result Categories

Result Categories	[Literature]
Significant positive effect of music on sleep quality	[2*, 3, 4, 5*, 7*, 9*, 11, 12*, 13 ^s , 14, 15*, 16, 17*, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24*, 25, 26, 29, 30*, 31*, 32, 33, 34 ^s , 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44*, 46*, 47*, 48, 49 ^s , 50*, 51 ^s , 52*, 53]
Trend of positive effect of music on sleep quality	[1, 8, 10, 13 ^o , 27, 28*, 34 ^o , 41*, 49 ^o , 51 ^o , 56]
No effect of music on sleep quality	[6, 45, 54, 55]

Can Music Improve Sleep Quality?

Compared different types of music	[17*, 28*, 41*, 47*, 52*]
Compared live and recorded music	[7*]
Compared active and receptive music therapy interventions	[50*]
Music compared to other treatments on sleep quality	[2*, 5*, 9*, 12*, 30*, 31*, 46*]
Combined music and other treatment	[15*, 24*, 44*]

Note. * = studies that fit into multiple categories; ^s = results of subjective measures; ^o = results of objective measure

Three studies examined the efficacy of combining music listening and other interventions. Mottaghi et al. (2015) suggested that combining music therapy and CBT was more effective at reducing seniors' insomnia than just CBT. Pagnucci and colleagues (2019) reported that listening to music while receiving a massage improved ICU patients' sleep quality. Liu and colleagues (2019) found listening to music followed by mindfulness-based stressed reduction sessions improved the sleep quality of patients with osteosarcoma.

Garunkstiene and colleagues (2014) compared the effect of listening to live and recorded music and found that premature infants had deeper sleep when listening to live lullabies sung by a music therapist. Vinayak and colleagues (2017) found that compared to receptive music therapy interventions, active music therapy interventions were more effective at improving the sleep quality of cancer patients.

Five studies compared the effect of different types of music on sleep quality. Huzmeli and colleagues (2018) found that for stroke patients, listening to western Turkish music during rehabilitative exercise had a stronger impact on sleep quality than eastern Turkish music. Bang and colleagues (2019) found that listening to music with binaural beats improved the sleep quality of adults with insomnia more than listening to music alone. Hausenblas and colleagues (2019) found listening to Western classical music and Wholetones 2Sleep music improved the sleep quality of adults with insomnia. Lee and colleagues (2019) analyzed the impact of listening to different pop songs on the sleep quality of healthy young adults and found tempo was the most important factor that determined whether the music was beneficial. Chang and colleagues (2012) found no differences in the sleep quality between participants who listened to their own music and participants who listened to music chosen by the researchers.

Nine studies (16.1%) reported different types of between- or within-group effect sizes of music interventions on sleep quality of different measurements (Table 16). According to the benchmarks for different types of effect size (Draper, 2020), the results range from small to large. The authors calculated the within-group effect size of the 21 studies (37.5%) that reported the pre- and posttest PSQI scores and standard deviations (Figure 3). The authors found 14 studies (66.7%) had a large effect size ($d \leq -0.8$), six studies (28.6%) had a medium or a small effect size ($-0.8 < d < 0$), and one study (4.8%) had no effect ($d \geq 0$). Overall, participants' sleep quality improved significantly after receiving music interventions ($d = -1.28$; 95% CI: -1.55 to -1.11; $Z = 9.27$, $p < .00001$).

Table 16
Reported Effect Size

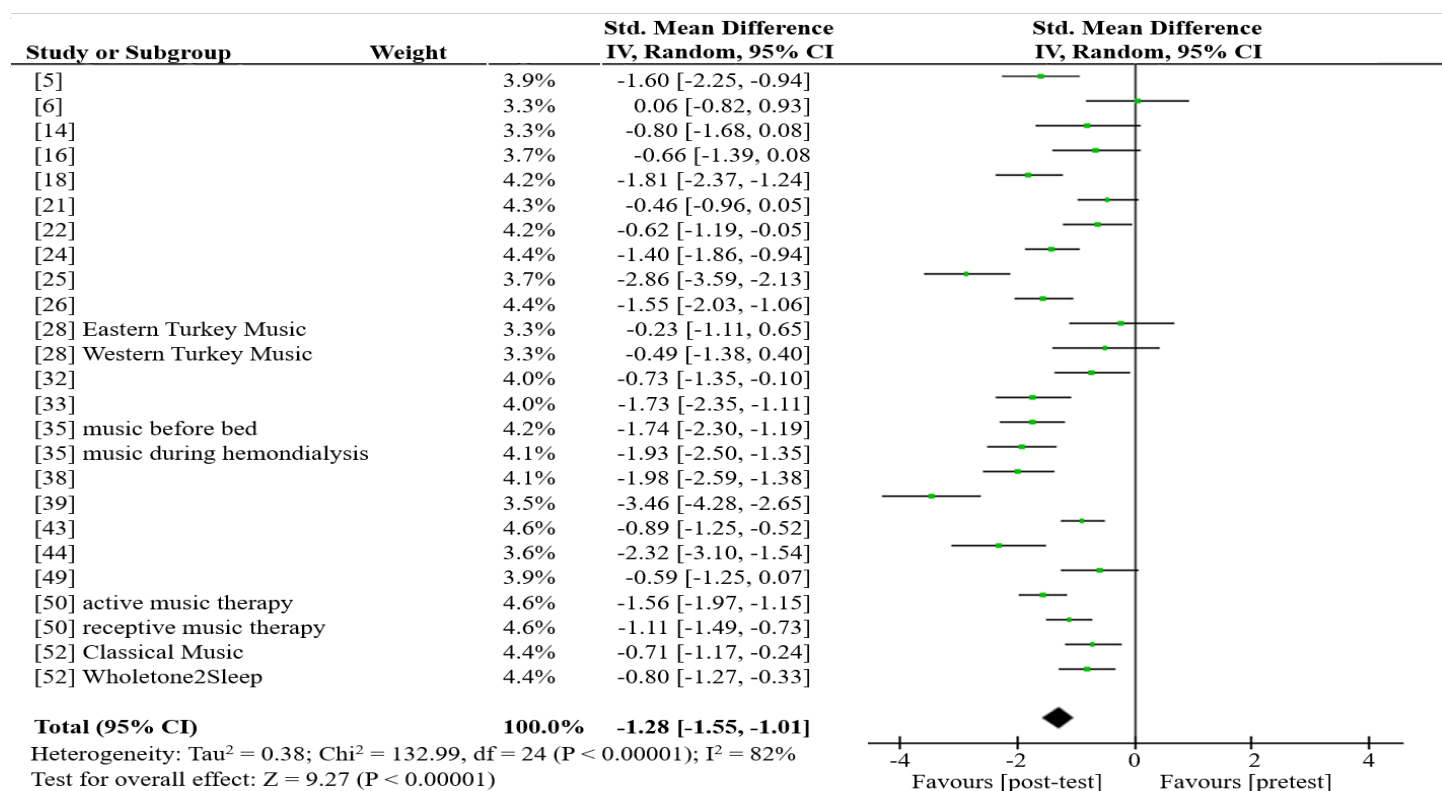
[ID]	Measurement	Type of Effect Size	Effect Size	
[1]	PSQI ^B	rank-biserial correlation	$r = -.161$	small
[8]	Sleep time ^B	partial eta squared	$\eta^2 = 0.05$	medium

[29]	Positive sleep pattern recorded by nurses (Ocean drum) ^W	Cohen's d	d = 0.26	small
	Positive sleep pattern recorded by nurses (gato box) ^W	Cohen's d	d = 0.11	small
[30]	PSQI ^W	Cohen's d	d = 0.5	medium
[38]	PSQI ^B	partial eta squared	$\eta^2 = 0.17$	large
[41]	ISI ^W	Cohen's d	d = 1.02	large
[43]	PSQI ^B	Cohen's d	d = -0.36	medium
[45]	PSG (sleep onset latency) ^B	Hedges's g	g=0.38	medium
	PSG (percent slow wave sleep) ^B	Hedges's g	g= 0.11	small
[49]	ISI ^W	Cohen's d	d = 0.71	medium
	PSQI ^W	Cohen's d	d = 0.77	medium

^B = between-group calculation; ^W = within-group calculation

Figure 3

Forest Plot of Effect Sizes for Studies that Used PSQI as an Outcome



Discussion

Can Music Interventions Be Used to Improve Sleep Quality?

A majority of the studies reported participants' sleep quality improved after receiving the music interventions. However, due to the wide range of populations studied and the different ways of measuring sleep quality, it is important to discuss whether music interventions can improve sleep quality in specific contexts.

Insomnia

Unsurprisingly, people with insomnia or PSQ were the most explored population. According to the findings, people with insomnia or PSQ, regardless of whether they are young adults (Chen et al., 2014), adults (Chang et al., 2012), or seniors (Fung et al., 2019), can benefit from music interventions. However, Kolesnik (2014) found that music had no effect on sleep quality. There are two potential reasons for this. First, Kolesnik (2014) was investigating the first night effect of participants in a sleep lab. Participants may have felt abnormally anxious because of the unfamiliar environment and wearing uncomfortable medical equipment. Therefore, these findings are not generalizable to more common situations. Second, the participants received 30 minutes of music listening only once. More research is needed to investigate whether long-term music interventions can benefit participants in sleep labs.

Other Clinical Populations

Fourteen other clinical populations were investigated in 24 studies. Based on the number of studies per population, none of these populations were examined as thoroughly as those with insomnia or PSQ. However, all of the studies done on these clinical populations reported significant positive results (22 studies, 91.7%) or a positive trend (two studies, 8.3%) (see Tables 6 and 15). The results provide strong evidence that clinicians should consider music interventions when sleep quality is vital for patients' healing processes. One possible reason these studies have similar results is, although the participants suffered from different ailments, they may have had trouble sleeping for similar reasons, such as pain, stress, or other mental or physical symptoms. Researchers can continue to conduct studies to explore how music interventions affect the sleep quality of specific populations and why music can reduce sleep problems associated with certain symptoms in general.

Non-Clinical Populations

All five articles that studied seniors found that music had a significant positive effect regardless of whether they lived in a nursing home (Altan Sarikaya & Oguz, 2016; Chan et al., 2010; Hemavathy & Muthamizh Selvan, 2016; Kumar et al., 2019) or in the community (Shum et al., 2014). When studying young adults, the results were mixed. Sharma and Sharma (2015) showed that listening to sedative music significantly improved the sleep quality of Indian university students. Oxtoby and colleagues (2013) found that only factors that theoretically influence sleep quality, but not the measurement of sleep quality itself, were significantly improved. Koenig and colleagues (2013) and Lazic and Ogilvie (2007) both found that listening to music had no impact on the sleep quality of young adults.

Patterson (2011) found that neither lullabies nor rain sounds improved the sleep quality of pre-school aged children. Uhlig and colleagues (2018) found participating in rap & sing music therapy did not significantly improve the overall sleep quality of adolescents. However, the total sleep time of the participants in the intervention group declined less over the course of the study than that of the control group.

Based on the reviewed studies, it seems seniors can benefit from music listening more than young adults and children. This could be because seniors tend to have lower sleep quality to start with (Ziv et al., 2008). More research needs to be done to explore the effects of music on the sleep quality of non-clinical populations of different ages to provide clearer and more reliable guidelines for sleep quality optimization.

Impact of Different Types of Measurements

Different types of measurements were employed to assess various aspects of sleep quality subjectively and objectively (see Table 8). While music interventions were found to have a positive impact on sleep quality, the significance levels of the findings differ (see Table 15). Of 31 studies that used only subjective measurements, 27 (87.1%) reported significant positive results, three (9.7%) reported a positive trend, and one (3.2%) found no effect. Of 12 studies that used objective measurements only, six (50.0%) reported significant positive results, three (25.0%) reported a positive trend, and three (25.0%) found no effect. Four studies (Cordi et al., 2019; Hu et al., 2015; Huang et al., 2017; Jespersen et al., 2019) that used both subjective and objective sleep quality measurements found significant positive results for the subjective data and only positive trends for the objective data. It seems the subjective studies had a better chance of finding a significant positive result than the objective studies. This raises two questions: Which type of sleep quality measurement is more reliable? Is it more important for people to believe they sleep well or to be observed having a good sleep quality? More research can be done to explore these questions.

Because of the nature of music interventions, the inability to blind the participants to their condition may influence their answers for the subjective measurements. However, a majority of the reviewed studies used subjective measurements, possibly because of the cost of objective measurements. Another disadvantage of using objective measurements is some equipment (e.g., EEG) may decrease the participants' level of comfort while sleeping. To address this, some researchers used wearable actigraph devices to measure sleep quality (Lee et al., 2019; Uhlig et al., 2018).

Effect Size of the Studies

Although effect size is known for facilitating the interpretation of the therapeutic effects of music therapy studies (Gold, 2004), it was only reported in nine reviewed studies. The wide range of measurements and different ways researchers chose to calculate effect sizes also made it hard to compare the effect sizes reported in the reviewed studies. With the intention of examining the effect size of different studies using the same sleep quality measurement, the authors calculated Cohen's *d* of 21 studies in which the PSQI was used. Although an overall large effect size was found, the range of the effect size of each individual study was wide (-3.46 to 0.06) (see Figure 3).

Future researchers should carefully consider the population and the details of the music intervention used to estimate the effect size for their study. If future researchers plan to use the PSQI as the sleep quality measurement, they can use this review as a resource to estimate the effect size. The authors recommend future researchers also report the effect sizes in their studies.

What Music Interventions Can Be Used to Improve Sleep Quality?

In most of the reviewed studies, researchers used receptive music interventions to improve participants' sleep quality. This may be because the purpose of the music is to calm participants rather than engage them in the music-making process. Diverse types of music were used in these studies.

Cultural and Religious Music

Many studies suggested that music that matched participants' cultural background—such as Chinese music (Fung et al., 2019), Indian music (Deshmukh et al., 2009), Turkish music (Lafçi & Öztunç, 2015), and

Can Music Improve Sleep Quality?

Western music (Hausenblas et al., 2019)—or their beliefs—such as Buddhist music (Lai et al., 2015)—could help them sleep better. The fact that all of the participants in these studies were adults may indicate that familiarity is an important factor to consider when choosing music for a sleep-inducing intervention. Clinicians should carefully assess clients' cultural and religious backgrounds in their practice.

Lullabies

The studies involving premature infants (Garunkstiene et al., 2014; Loewy et al., 2013), children with special needs (Gonzales, 2013), and children in a daycare (Patterson, 2011) used lullabies as the music intervention. The sleep quality of other populations may benefit from lullabies as well. Street and colleagues (2014) found that an arrangement of lullabies and heartbeat sounds helped adults with insomnia sleep better. Liu and colleagues (2016) used a variety of musical styles, including lullabies, to improve pregnant women's sleep quality. The effectiveness of lullabies may be because the participants may associate lullabies with sleep. The common musical characteristics of lullabies (slow tempo, small dynamic range, and simple melody) may also contribute. More research needs to be done to discover whether listening to lullabies is an effective way to improve the sleep quality of other adult populations.

Other Genres

Other genres, such as new age music (Shum et al., 2014) and sedative music (Hausenblas et al., 2019), were also used. Although the definitions of these music genres are unclear, they often have musical characteristics similar to music from previously mentioned genres, such as slow tempo and a limited range of pitch and dynamics.

Therefore, when clinicians look for music to improve sleep quality, analyzing the musical characteristics—such as tempo, dynamics, tonality, and the melodic, harmonic, and structural complexity—may be more informative than merely choosing music based on the genre. These features can also serve as guidelines for composing or improvising music for improving sleep quality, as seen in Bloch et al. (2010), Su et al. (2013), and Ziv et al. (2008).

Brain Music

DuRousseau and colleagues (2011) reported that brain music significantly improved first responders' sleep quality. Brain music, generated with the EEG signals of one's brain waves, was first proposed by Levine et al., (1991) as a treatment for insomnia, anxiety, and depression. With the development of neuroscience and computer science, more research can be done to reveal the mechanism, composing process, and effects of brain music on sleep quality.

Live versus Recorded Music

Garunkstiene et al. (2014) and Loewy et al. (2013) reported that listening to live music can help premature infants sleep better. Garunkstiene et al. (2014) found that live music was more successful at enhancing the babies' sleep quality than recorded music. Loewy et al. (2013) compared three types of live music interventions and found an ocean disc improvisation improved premature infants' sleep quality the most. Compared to recorded music, the biggest advantage of listening to live music provided by a music therapist is that features of the music—like speed, volume, and dynamics—can be adjusted in real time according to the participant's reactions. Although a positive effect was found for listening to live music, both studies had premature infants as the participants. This may be because using music therapy in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is an established practice (Standley, 2012). A possible reason for the lack of literature studying live music interventions with older populations is they may be more concerned with privacy and may feel uncomfortable having an unfamiliar person present when they are falling asleep. However, this modality may be beneficial to investigate within older populations.

It may be worth exploring how to make recorded music interventions adjustable according to a participant's physical changes. Just like how brain music is generated with EEG signals (DuRousseau et al., 2011; Levine et al., 1991), real-time feedback technology could be involved to monitor physiological responses to the music and use those responses to adjust aspects of the music (e.g., the tempo of the music could match changes in participants' breathing patterns).

Active versus Receptive Music Interventions

Uhlig and colleagues (2018) found that using only an active music intervention (rap & sing music therapy) had a positive but not significant effect on the sleep quality of adolescents. Vinayak and colleagues (2017) found both active and receptive music interventions had a significant positive impact on the sleep quality of patients undergoing cancer treatment; however, the active music intervention was more effective. Vinayak and colleagues (2017) may have found a significant effect, whereas Uhlig et al. (2018) did not because the adolescents did not have sleep disturbances, so their sleep quality may not have been able to improve as much as the cancer patients' sleep quality. Another possible reason is that Vinayak et al. (2017) used a subjective sleep questionnaire (the PSQI) whereas Uhlig and colleagues (2018) used an objective sleep measurement (the actigraph). More research may be done on the role of active music interventions in promoting sleep quality.

Other Aspects of the Interventions

Other than what music was used, the authors also analyzed how other aspects of the interventions (e.g., how the music was chosen and delivered, what time the participants received the interventions, and how many were provided) influenced the study results. However, the only finding is that receiving a certain number of music intervention treatments may be necessary for a significant impact on sleep quality to emerge. In order to develop a practical guideline for practitioners to follow when designing sleep-quality-related music interventions, cross-study analysis needs to be done to find the ideal music intervention protocol for different populations. Unfortunately, most reviewed articles did not provide enough details to support this kind of analysis. Therefore, the authors suggest future researchers use Robb et al. (2010) as a guideline to report music-based interventions to provide a more comprehensive description of how the interventions were designed and applied.

Music Interventions Compared with Other Interventions

In clinical practice, many pharmacological and non-pharmacological treatments have been used to help patients sleep. It is important to compare the effect of music interventions and other treatments on sleep quality to find the ideal treatment strategy. Seven reviewed studies (Blanaru et al., 2012; Deshmukh et al., 2009; Fung et al., 2019; Huang et al., 2016; Innes et al., 2016; Mottaghi et al., 2015; Ziv et al., 2008) explored this area and indicated that music interventions have an effect comparable to some other treatments, including a certain dosage of antidepressants (Deshmukh et al., 2009). Considering music interventions typically have no side effects yet influence sleep quality, more research can be done to identify the ideal strategy to improve sleep quality by comparing music interventions and other treatments or using music interventions to complement other treatments.

Clarifying the Term “Music Therapy” in Research

According to the Canadian Association of Music Therapists (CAMT) (n.d.) website, one of the key elements of music therapy is the involvement of a certified music therapist. However, as stated in the World Federation of Music Therapy's definition of music therapy, “Research, practice, education, and clinical training in music

therapy are based on professional standards according to cultural, social, and political contexts” (Kern, 2011, para. 3). Although most reviewed articles (44, 78.6%) mentioned music therapy or considered their interventions to be music therapy, only nine (16.1%) of them were authored by music therapists (e.g., Jespersen et al., 2019) or had clarified the involvement of music therapists in the study (e.g., Chen et al., 2014) (Table 17). To avoid confusion about the term “music therapy,” the authors suggest future researchers define music therapy and music therapists’ roles in their study or use other terms, such as “music medicine” or “music interventions” (Bradt et al., 2014; Yinger & Gooding, 2015).

Table 17
Self-Considered Music Therapy Literature

Section	[Literature ID]
Title	[8*, 12, 16, 21, 22, 24*, 25, 26, 28, 29*, 44*, 48, 50*, 53, 54]
Abstract	[8*, 10, 12, 16, 21, 22, 24*, 25, 26, 29*, 36, 39, 40, 44*, 45, 48, 50*, 53, 54, 55]
Keyword	[1, 7*, 8*, 12, 16, 21, 24*, 25, 26, 29*, 43, 44*, 45, 48, 50*, 53],
Introduction	[1, 3, 5, 6*, 7*, 8*, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 24*, 25, 26, 27, 29*, 30, 31, 32, 35, 37*, 38, 39, 40, 44*, 46, 48, 50*, 53, 54, 55, 56]
Method, result, & discussion	[7*, 8*, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24*, 25, 26, 27, 28, 29*, 30, 32, 36, 39, 40, 43, 44*, 45, 48, 50*, 53, 54]
Not mentioned	[2, 4*, 11, 23, 33, 34, 41, 42, 47, 49*, 51, 52]

Note. * = studies involving music therapists

Strengths and Limitations

The current review sought to include a wide range of populations and music intervention types. The comprehensive analysis of the music interventions of the reviewed research make this study a valuable resource for researchers and practitioners to consult when designing music interventions for improving sleep quality. Nonetheless, limitations exist.

Firstly, due to the authors’ lack of knowledge of other languages, only English articles published between January 2007 and December 2019 were included. Secondly, only articles focused on sleep quality were reviewed. Some studies that focused on the effects of music interventions on other clinical symptoms, like trauma (Beck et al., 2018), stress (Beck et al., 2015), and cognitive decline (Innes et al., 2018), also measured sleep quality. Although these studies were excluded from the review, they may offer insight into using music interventions to improve sleep quality. Thirdly, the researchers have limited knowledge of music from cultures other than Western and Chinese, such as Indian and Turkish music, which may have led to a misunderstanding when reviewing those music interventions.

Conclusion

There is a growing interest in the impact of music on sleep quality. The reviewed articles indicated that music interventions can be used to enhance the sleep quality of various clinical and non-clinical populations. A comprehensive analysis of music interventions was conducted to find out how music can be used to improve sleep quality. The comparison of the effect on sleep quality between music and non-

music interventions, between live and recorded music, and between active and receptive music interventions was reviewed and synthesized. The results can be used as evidence of the efficacy of music interventions to treat sleep disorders. The authors hope this review can serve as a guide for music therapists to develop interventions to help clients from different populations improve their sleep quality. In order to develop these guidelines further, music therapists can work towards compiling a database of music that can be used to improve the sleep quality of various populations. Such a database could be used as a resource for other health professionals who regularly need to help patients or clients improve their sleep quality. Music therapists can work as consultants for studies on the impact of music interventions on sleep quality, and more research can be done to investigate the effects of various active and live music interventions for sleep quality.

Acknowledgments

Part of this study was completed in partial fulfillment of the first author's Master's degree at Concordia University, Montreal, QC. The authors wish to thank Dr. Sandra L. Curtis, Dr. Guylaine Vaillancourt, and Dr. Laurel Young for their inspiration and sharing of their expertise.

Conflict of interest: None declared.

References

(References marked with an asterisk indicate studies included in the systematic review.)

- *Altan Sarikaya, N., & Oguz, S. (2016). Effect of passive music therapy on sleep quality among elderly people living in nursing home. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 55–61. <http://doi.org/10.5505/phd.2016.05900>
- *Anggerainy, S. W., Wanda, D., & Nurhaeni, N. (2019). Music therapy and story telling: Nursing interventions to improve sleep in hospitalized children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42(sup1), 82–89.
- *Ardabili, F. M., Abdi, S., Ghezalje, T. N., Hosseini, F. A., & Teymoori, A. (2016). Evaluation of the effects of patient-selected music therapy on the sleep quality and pain intensity of burn patients. *Medical–Surgical Nursing Journal*, 5(2), 27–34.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 10–19.
- *Bang, Y. R., Yun Choi, H., & Yoon, I. Y. (2019). Minimal effects of binaural auditory beats for subclinical insomnia: A randomized double-blind controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 39(5), 499–503.
- Beck, B. D., Hansen, A. M., & Gold, C. (2015). Coping with work-related stress through guided imagery and music (GIM): Randomized controlled trial. *Journal of Music Therapy*, 52(3), 323–352. <http://doi.org/10.1093/jmt/thv011>
- Beck, B. D., Messel, C., Meyer, S. L., Cordtz, T. O., Sogaard, U., Simonsen, E., & Moe, T. (2018). Feasibility of trauma-focused Guided Imagery and Music with adult refugees diagnosed with PTSD: A pilot study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(1), 67–86.
- *Blanaru, M., Bloch, B., Vadas, L., Arnon, Z., Ziv, N., Kremer, I., & Haimov, I. (2012). The effects of music relaxation and muscle relaxation techniques on sleep quality and emotional measures among individuals with posttraumatic stress disorder. *Mental Illness*, 4(2), 13. <http://doi.org/10.4081/mi.2012.e13>
- *Bloch, B., Reshef, A., Vadas, L., Haliba, Y., Ziv, N., Kremer, I., & Haimov, I. (2010). The effects of music relaxation on sleep quality and emotional measures in people living with schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 27–52. <http://doi.org/10.1093/jmt/47.1.27>

- Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D., Schriver, E., Gracely, E. J., & Komarnicky-Kocher, L. T. (2015). The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: A mixed methods study. *Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1261–1271. <http://doi.org/10.1007/s00520-014-2478-7>
- Brick, C. A., Seely, D. L., & Palermo, T. M. (2010). Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. *Behavioral Sleep Medicine*, 8(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/15402001003622925>
- Canadian Association of Music Therapists. (n.d.). *About music therapy*. Canadian Association of Music Therapists. <https://www.musictherapy.ca/about-camt-music-therapy/about-music-therapy/>
- *Chan, M. F., Chan, E. A., & Mok, E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(3–4), 150–159. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.02.004>
- *Chang, E.-T., Lai, H.-L., Chen, P.-W., Hsieh, Y.-M., & Lee, L.-H. (2012). The effects of music on the sleep quality of adults with chronic insomnia using evidence from polysomnographic and self-reported analysis: A randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 921–930. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.019>
- *Chen, C.-K., Pei, Y.-C., Chen, N.-H., Huang, L.-T., Chou, S.-W., Wu, K. P., Ko, P.-C., Wong, A. M. K., & Wu, C.-K. (2014). Sedative music facilitates deep sleep in young adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(4), 312–317. <http://doi.org/10.1089/acm.2012.0050>
- *Cordi, M. J., Ackermann, S., & Rasch, B. (2019). Effects of relaxing music on healthy sleep. *Scientific Reports*, 9(1), 1–9.
- De Niet, G., Tiemens, B., Lendemeijer, B., & Hutschemaekers, G. (2009). Music-assisted relaxation to improve sleep quality: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1356–1364.
- *Deshmukh, A. D., Sarvaiya, A. A., Seethalakshmi, R., & Nayak, A. S. (2009). Effect of Indian classical music on quality of sleep in depressed patients: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(1), 70–78. <http://doi.org/10.1080/08098130802697269>
- DiBonaventura, M., Richard, L., Kumar, M., Forsythe, A., Flores, N. M., & Moline, M. (2015). The association between insomnia and insomnia treatment side effects on health status, work productivity, and healthcare resource use. *PLOS ONE*, 10(10), e0137117.
- Drake, C. L., Roehrs, T., & Roth, T. (2003). Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depression and Anxiety*, 18(4), 163–176. <http://doi.org/10.1002/da.10151>
- Draper, S. W. (2020, July 7). Effect size. <https://www.psy.gla.ac.uk/~steve/best/effect.html>
- *Dubey, P., Kumar, Y., Singh, R., Jha, K., & Kumar, R. (2019). Effect of music of specific frequency upon the sleep architecture and electroencephalographic pattern of individuals with delayed sleep latency: A daytime nap study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(12), 3915.
- *DuRousseau, D. R., Mindlin, G., Insler, J., & Levin, I. I. (2011). Operational study to evaluate music-based neurotraining at improving sleep quality, mood, and daytime function in a first responder population. *Journal of Neurotherapy*, 15(4), 389–398. <http://doi.org/10.1080/10874208.2011.623096>
- Feng, F., Zhang, Y., Hou, J., Cai, J., Jiang, Q., Li, X., Zhao, Q., & Li, B. A. (2018). Can music improve sleep quality in adults with primary insomnia? A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 189–196.
- *Fung, M. M., Kao, H. S., Lam, S. P., & Kao, T. T. (2019). Chinese guqin music and calligraphy for treating symptoms of primary insomnia. *Chinese Medicine and Culture*, 2(1), 48.

- *Garunkstiene, R., Buinauskiene, J., Uloziene, I., & Markuniene, E. (2014). Controlled trial of live versus recorded lullabies in preterm infants. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 71–88. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2013.809783>
- Gold, C. (2004). The use of effect sizes in music therapy research. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), 91–95.
- *Gonzales, S. G. M. (2013). Effect of music in inducing sleep among children in need of special care in a child shelter institution: Basis for independent nursing intervention. *Journal of Biology*, 3(7), 124–130.
- *Hansen, I. P., Langhorn, L., & Dreyer, P. (2018). Effects of music during daytime rest in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 23(4), 207–213.
- *Harmat, L., Takács, J., & Bódizs, R. (2008). Music improves sleep quality in students. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 327–335. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04602.x>
- *Hausenblas, H., Hooper, S., Hooper, D., Coyle, K., & Lynch, T. (2019). Efficacy of Wholetones® 2Sleep and classical music on sleep and health behaviors of adults with insomnia symptoms: A single blind, randomized, controlled, crossover pilot trial. *Sleep Science*, 12(4), 302–306.
- *Hemavathy, V., & Muthamizh Selvan, K. (2016). Effectiveness of music therapy on quality of sleep among elderly residing at selected old age home, Chennai. *International Journal of Science and Research*, 5(1), 2001–2002.
- Hoevenaer-Blom, M. P., Spijkerman, A. M. W., Kromhout, D., van den Berg, J. F., & Verschuren, W. M. M. (2011). Sleep duration and sleep quality in relation to 12-year cardiovascular disease incidence: The MORGEN study. *Sleep*, 34(11), 1487–92. <http://doi.org/10.5665/sleep.1382>
- *Hu, R.-F., Jiang, X.-Y., Hegadoren, K. M., & Zhang, Y.-H. (2015). Effects of earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: A randomized controlled trial. *Critical Care*, 19(1), 115. <http://doi.org/10.1186/s13054-015-0855-3>
- *Huang, C.-Y., Chang, E.-T., & Lai, H.-L. (2016). Comparing the effects of music and exercise with music for older adults with insomnia. *Applied Nursing Research*, 32, 104–110. <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.06.009>
- *Huang, C.-Y., Chang, E.-T., Hsieh, Y.-M., & Lai, H.-L. (2017). Effects of music and music video interventions on sleep quality: A randomized controlled trial in adults with sleep disturbances. *Complementary Therapies in Medicine*, 34, 116–122.
- *Huzmeli, E. D., Melek, İ., Balci, N. C., Korkmaz, N. C., Guntel, M., & Dag, E. (2018). Evaluating effects of different musical types on depression, sleep quality, mental state and anxiety in stroke patients. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 25(1), 100–104.
- Innes, K. E., Selfe, T. K., Brundage, K., Montgomery, C., Wen, S., Kandati, S., Bowles, H., Singh Khalsa, D., & Huysmans, Z. (2018). Effects of meditation and music-listening on blood biomarkers of cellular aging and Alzheimer's disease in adults with subjective cognitive decline: An exploratory randomized clinical trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66(3), 947–970.
- *Innes, K. E., Selfe, T. K., Khalsa, D. S., & Kandati, S. (2016). Effects of meditation versus music listening on perceived stress, mood, sleep, and quality of life in adults with early memory loss: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(4), 1277–1298. <http://doi.org/10.3233/JAD-151106>
- *Jespersen, K. V., & Vuust, P. (2012). The effect of relaxation music listening on sleep quality in traumatized refugees: A pilot study. *Journal of Music Therapy*, 49(2), 205–229. <http://doi.org/10.1093/jmt/49.2.205>
- *Jespersen, K. V., Otto, M., Kringelbach, M., Van Someren, E., & Vuust, P. (2019). A randomized controlled trial of bedtime music for insomnia disorder. *Journal of Sleep Research*, 28(4), 1–11.
- Kern, P. (2011, May 1). Announcing WFMT's new definitions of music therapy. World Federation of Music Therapy. <https://wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmnts-new-definition-of-music-therapy/>

- Kline, C. E., Crowley, E. P., Ewing, G. B., Burch, J. B., Blair, S. N., Durstine, J. L., Davis, J. M., & Youngstedt, S. D. (2011). The effect of exercise training on obstructive sleep apnea and sleep quality: A randomized controlled trial. *Sleep*, 34(12), 1631–1640. <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.1422>
- *Koenig, J., Jarczok, M. N., Warth, M., Harmat, L., Hesse, N., Jespersen, K. V., Thayer, J. F., & Hillecke, T. K. (2013). Music listening has no positive or negative effects on sleep quality of normal sleepers: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 22(3), 233–242. <http://doi.org/10.1080/08098131.2013.783095>
- Kojima, M., Wakai, K., Kawamura, T., Tamakoshi, A., Aoki, R., Lin, Y., Nakayama, T., Horibe, H., Aoki, N., & Ohno, Y. (2000). Sleep patterns and total mortality: A 12-year follow-up study in Japan. *Journal of Epidemiology*, 10(2), 87–93.
- *Kolesnik, M. (2014). *Music therapy in the alleviation of the first night effect* [Master's thesis, Boston University]. <https://open.bu.edu/handle/2144/14341>
- *Kumar, A., Merridith, S., & Upendrababu, V. (2019). Effectiveness of music therapy on quality of sleep among elderly people in selected old age homes at Kanpur. *International Journal of Innovative Studies in Medical Sciences*, 3(1), 5–9.
- *Lafçi, D., & Öztunç, G. (2015). The effect of music on the sleep quality of breast cancer patients. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 633–640.
- *Lai, H.-L., Chang, E.-T., Li, Y.-M., Huang, C.-Y., Lee, L.-H., & Wang, H.-M. (2015). Effects of music videos on sleep quality in middle-aged and older adults with chronic insomnia: A randomized controlled trial. *Biological Research for Nursing*, 17(3), 340–347. <http://doi.org/10.1177/1099800414549237>
- *Lazic, S. E., & Ogilvie, R. D. (2007). Lack of efficacy of music to improve sleep: A polysomnographic and quantitative EEG analysis. *International Journal of Psychophysiology*, 63(3), 232–239. <http://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2006.10.004>
- *Lee, T., Moon, S. E., Baek, J., Lee, J. S., & Kim, S. (2019). Music for sleep and wake-up: An empirical study. *IEEE Access*, 7, 145816–145828.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1–e34. <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- *Liu, H., Gao, X., & Hou, Y. (2019). Effects of mindfulness-based stress reduction combined with music therapy on pain, anxiety, and sleep quality in patients with osteosarcoma. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(6), 540–545.
- *Liu, Y.-H., Lee, C. S., Yu, C.-H., & Chen, C.-H. (2016). Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. *Women & Health*, 56(3), 296–311. <http://doi.org/10.1080/03630242.2015.1088116>
- *Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A.-M., Telsey, A., & Homel, P. (2013). The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics*, 131(5), 902–918. <http://doi.org/10.1542/peds.2012-1367>
- Martínez, M. P., Miró, E., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Cáliz, R., Vlaeyen, J. W., & Buéla-Casal, G. (2014). Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 683–697. <http://doi.org/10.1007/s10865-013-9520-y>
- *Momennasab, M., Ranjbar, M., & Najafi, S. S. (2018). Comparing the effect of listening to music during hemodialysis and at bedtime on sleep quality of hemodialysis patients: A randomized clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 17, 86–91.

- *Mottaghi, R., Kamkar, A., & Mardpoor, A. (2015). The effectiveness of targeted music therapy intervention and cognitive-behavioral therapy on sleep quality and symptoms of insomnia disorder in seniors. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(4), 114–127.
- *Naulia, R. P., Allenidekania, A., & Hayati, H. (2019). The effect of music therapy on sleep quality among children with chronic illness. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 2(1), 15–20.
- *Olds, J. L. (2019). *Is music an effective intervention for improving sleep quality among adult postoperative open-heart patients: A feasibility project* [Master's thesis, Montana State University]. <https://scholarworks.montana.edu/xmlui/handle/1/15555>
- *Oxtoby, J., Sacre, S., & Lurie-Beck, J. (2013). The impact of relaxing music on insomnia-related thoughts and behaviours. *Australian Journal of Music Therapy*, 24, 67.
- *Pagnucci, N., Tolotti, A., Cadorin, L., Valcarengi, D., & Forfori, F. (2019). Promoting nighttime sleep in the intensive care unit: Alternative strategies in nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 51, 73–81.
- *Patterson, E. C. (2011). *The effect of lullaby music versus rain sounds on inducing sleep in the first 20 minutes of daycare naptime* [Master's thesis, Florida State University]. http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-2121
- *Picard, L. M., Bartel, L. R., Gordon, A. S., Cepo, D., Wu, Q., & Pink, L. R. (2014). Music as a sleep aid in fibromyalgia. *Pain Research and Management*, 19(2), 97–101.
- Robb, S. L., Carpenter, J. S., & Burns, D. S. (2010). Reporting guidelines for music-based interventions. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 342–352. <https://doi.org/10.1177/1359105310374781>
- *Ryu, M.-J., Park, J. S., & Park, H. (2012). Effect of sleep-inducing music on sleep in persons with percutaneous transluminal coronary angiography in the cardiac care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5–6), 728–735. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03876.x>
- Saeedi, M., Ashktorab, T., Saatchi, K., Zayeri, F., & Amir Ali Akbari, S. (2012). The effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 5(1), 23–28.
- *Sharma, M., & Sharma, A. (2015). Disturbed sleep patterns and self worth in youth: A music therapy intervention. *Voices of Research*, 4(3), 28–32.
- *Shobeiri, F., Khaledi, S., Masoumi, S. Z., & Roshanaei, G. (2016). The effect of music therapy counseling on sleep quality in pregnant women. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(9S), 408–416.
- *Shum, A., Taylor, B. J., Thayala, J., & Chan, M. F. (2014). The effects of sedative music on sleep quality of older community-dwelling adults in Singapore. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(1), 49–56. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.11.003>
- Soldatos, C. R., Allaert, F. A., Ohta, T., & Dikeos, D. G. (2005). How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. *Sleep Medicine*, 6(1), 5–13.
- Standley, J. (2012). Music therapy research in the NICU: An updated meta-analysis. *Neonatal Network*, 31(5), 311–316.
- *Stokes, A., Agthe, A. G., & Metwally, D. E. (2018). Music exposure and maturation of late preterm sleep-wake cycles: A randomised crossover trial. *Acta Paediatrica*, 107(4), 582–586. <http://doi.org/10.1111/apa.14079>
- *Street, W., Weed, D., & Spurlock, A. (2014). Use of music in the treatment of insomnia. *Holistic Nursing Practice*, 28(1), 38–42.
- *Su, C.-P., Lai, H.-L., Chang, E.-T., Yiin, L.-M., Perng, S.-J., & Chen, P.-W. (2013). A randomized controlled trial of the effects of listening to non-commercial music on quality of nocturnal sleep and relaxation indices in patients in medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1377–1389. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06130.x>

- Tariq, S. H., & Pulisetty, S. (2008). Pharmacotherapy for insomnia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(1), 93–105. <http://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.009>
- The Cochrane Collaboration. (2014). Review Manager (RevMan) (Version 5.3) [Computer program]. Version 5.3. The Nordic Cochrane Centre.
- *Uhlig, S., Groot, J., Jansen, E., & Scherder, E. (2019). Rap & Sing Music Therapy and sleep in adolescents: A single-blind cluster randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(1), 60–70.
- Unyk, A. M., Trehub, S. E., Trainor, L. J., & Schellenberg, E. G. (1992). Lullabies and simplicity: A cross-cultural perspective. *Psychology of Music*, 20(1), 15–28.
- *Vinayak, S., Dehkoda, F., & Vinayak, R. (2017). The effect of music therapy on sleep quality of cancer patients undergoing chemotherapy or radiotherapy: A randomized control trial. *Journal of Social Sciences (COES&RJ-JSS)*, 6(4), 734–743. <http://doi.org/10.25255/jss.2017.6.4.734.743>
- Wang, C. F., Sun, Y. L., & Zang, H. X. (2014). Music therapy improves sleep quality in acute and chronic sleep disorders: A meta-analysis of 10 randomized studies. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 51–62. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.008>
- *Wang, Q., Chair, S. Y., Wong, E. M. L., & Li, X. (2016). The effects of music intervention on sleep quality in community-dwelling elderly. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(7), 576–584. <http://doi.org/10.1089/acm.2015.0304>
- Yinger, O. S., & Gooding, L. F. (2015). A systematic review of music-based interventions for procedural support. *Journal of Music Therapy*, 52(1), 1–77. <http://doi.org/10.1093/jmt/thv004>
- *Ziv, N., Rotem, T., Arnon, Z., & Haimov, I. (2008). The effect of music relaxation versus progressive muscular relaxation on insomnia in older people and their relationship to personality traits. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 360–80. <http://doi.org/0022-2917-45-3-360>

Author Information

Bing-Yi Pan is a visiting scholar in the Creative Arts Therapies Department at Concordia University in Montreal. He got his MA in music therapy from Concordia University and has worked with seniors and young adults. He holds a PhD in physics from the Chinese Academy of Science and did his postdoctoral research at University of Prince Edward Island, working on the Advancing Interdisciplinary Research in Singing project.

E-mail: bingyi.pan@concordia.ca

Elizabeth Pan graduated from the music education program at Western University (Ontario) and became a music therapist after getting her graduate diploma in music therapy from Concordia University (Montreal). She has worked with elderly clients, and adults and toddlers with special needs. She also writes children's stories in her spare time.

Un nouvel institut pour promouvoir et soutenir la musicothérapie

Suzanne Caron, B. Sc., MBA, Certificat 2e cycle MT, MTA

Sommaire

Après 35 ans de travail en informatique, en gestion, puis en politique, Suzanne Caron devient musicothérapeute et fonde l'Institut national de musicothérapie. Sa mission est d'accroître la notoriété et l'accessibilité de la musicothérapie. Plusieurs étapes ont dû être franchies pour que l'Institut passe du rêve à la réalité, illustrant l'importance de faire preuve de détermination, de flexibilité et de créativité. Ainsi, bien que dramatique à plusieurs égards, la pandémie COVID-19 aura poussé l'Institut à explorer la musicothérapie en ligne pour dans tout personnes autistes et les proches aidants, et à élaborer une formation pour faciliter la transition entre les méthodes pour les musicothérapeutes dans tout le Canada. L'avenir s'annonce prometteur pour cet Institut dont l'histoire ne fait que commencer.

Abstract

After 35 years in the field of information technology followed by some time in politics, Suzanne Caron became a music therapist and founded the National Music Therapy Institute. Its mission is to raise awareness of and facilitate access to music therapy. A number of steps had to be completed before the dream of launching this Institute could become a reality—a process that demonstrated the importance of a determined, flexible, and creative approach. The COVID-19 pandemic—a tragedy in many respects—led the Institute to explore music therapy online for autistic people and family caregivers, and to develop training that would facilitate the transition for music therapists across Canada. The future looks promising for this Institute, whose story has yet to unfold.

Introduction

En 2006, je suis à la croisée des chemins dans mon parcours professionnel, et à la recherche de nouveaux défis. Je découvre par hasard l'existence et l'immense potentiel de la musicothérapie, tout en constatant que celle-ci est plutôt méconnue et pas aussi répandue qu'elle le mériterait. C'est donc avec grand plaisir que je vous expliquerai ici comment cette découverte m'a amenée à concevoir un rêve ambitieux, lequel s'est concrétisé avec la fondation de l'Institut national de musicothérapie. Fier de ses premières initiatives, l'Institut souhaite continuer à contribuer activement à l'essor de la musicothérapie, en partenariat avec les autres acteurs du milieu.

Avant la musicothérapie (1974-2005)

À mes débuts, ma formation m'amène à travailler en informatique au sein d'une multinationale, puis comme consultante auprès de petites et moyennes entreprises (PME), et ensuite dans le milieu juridique, pour y faciliter l'intégration de nouvelles technologies. Après avoir obtenu mon MBA, je joins une société de conseil en administration et en planification stratégique. En parallèle, alors que mes enfants fréquentent les écoles du quartier, je m'implique dans les comités de parents et je ressens un besoin croissant de faire ma part dans la communauté. Ainsi, après plus de 20 ans de travail en consultation, je bifurque vers la politique comme conseillère municipale, puis comme mairesse.

Relever un nouveau défi (2006-2012)

En 2005, je perds mes élections pour un deuxième mandat à titre de mairesse. À la suite de ce passage en politique, j'ai 53 ans, plusieurs diplômes et plus de 30 ans d'expérience, mais voilà que je dois repartir à zéro.

Éprouvant toujours le besoin de me sentir utile, j'en profite pour amorcer une réflexion en profondeur.

La musique a toujours été importante dans ma vie, tant dans les moments difficiles que lors d'événements plus heureux. Je me demande alors s'il est possible de recourir à la musique pour aider les gens, de manière significative. Depuis quelques années, je participe à un camp de jazz annuel, à l'Université de Louisville (Kentucky). Par hasard, je découvre qu'on y offre une formation en musicothérapie. Voilà une piste intéressante : est-ce que cela existe ailleurs?

De retour à Montréal, j'apprends que l'université Concordia lance justement un nouveau programme de formation de 2^e cycle en musicothérapie qui dure une année et comprend 1 000 heures d'internat. J'y vois une occasion de parvenir à bien comprendre ce qu'est la musicothérapie. Un retour aux études à 57 ans, c'est exigeant, mais combien fascinant! Grâce aux stages, je constate par moi-même les bénéfices de la musique pour une multitude de gens. Certifiée MTA en 2012, je veux mettre à profit tout à la fois mon expérience des affaires, mon réseau de contacts et mes nouvelles compétences.

Un portrait de la musicothérapie (2015)

Je réalise rapidement que peu de gens, qu'ils soient ou non des professionnels du milieu de la santé, savent que la musicothérapie existe ou en quoi elle consiste. En 2015, je forme un groupe de travail avec cinq musicothérapeutes et un consultant en recherche marketing pour répondre à la question suivante : « Après plus de 40 ans d'existence, pourquoi la musicothérapie n'est-elle pas mieux connue et davantage répandue? » Nous menons un sondage auprès des membres de l'Association québécoise de musicothérapie (AQM) pour dresser un portrait de la situation et cerner les enjeux auxquels fait face la profession. L'un des constats est que plus de 50 % des musicothérapeutes ne travaillent pas à temps plein et que leurs contrats sont souvent précaires. Le diagnostic principal est clair : la musicothérapie est mal comprise, souvent confondue avec d'autres professions utilisant la musique, et son volet thérapeutique est méconnu et sous-estimé. Notre profession a besoin d'un positionnement fort, de messages convaincants et d'une promotion intensive pour accroître sa notoriété et la faire reconnaître à sa juste valeur.

La communauté des musicothérapeutes compte déjà plusieurs organisations et associations, que ce soit au Québec, au Canada ou ailleurs dans le monde. Bien entendu, la promotion fait partie de leurs objectifs, mais ce n'est la mission principale d'aucune d'entre elles. De là germe l'idée de créer un Institut national de musicothérapie ayant une double mission : mieux faire connaître la musicothérapie et la rendre plus facilement accessible.

La création et le démarrage de l'Institut (2016-2019)

Organisme à but non lucratif dont le conseil d'administration comprend des membres des milieux de la médecine et de l'éducation, l'Institut obtient ses lettres patentes en 2016 (Registraire des entreprises du Québec). Vient ensuite la recherche de locaux pour y organiser des conférences et des rencontres, et y aménager des salles insonorisées pour la musicothérapie. Pour nous aider à mieux définir des critères d'aménagement et discuter de modalités administratives, nous pouvons compter sur l'assistance de musicothérapeutes d'expérience œuvrant au Centre de musicothérapie de Toronto et à JB Music Therapy de Calgary. Nous repérons un local au potentiel formidable, au sixième et dernier étage d'un immeuble situé à côté d'une station de métro, au cœur du quartier Côte-des-Neiges, entouré d'hôpitaux, d'écoles et d'organismes communautaires. Le bail est signé en août 2017, et l'ouverture des locaux est prévue pour le début de 2018. Notre vision : aménager un lieu invitant, fonctionnel,

agréable et convivial... une « Maison de la musicothérapie ». Notre modèle d'affaires est simple : l'Institut créera des initiatives de sensibilisation et de promotion, et soutiendra des projets élaborés par les musicothérapeutes. Ceux-ci pourront louer un local pour offrir des ateliers, des conférences et des services de musicothérapie.

La démarche s'avère toutefois plus longue et plus complexe que prévu. Nous travaillons avec des architectes, des ingénieurs en sonorisation et des spécialistes de la ventilation, sachant qu'il est important de bien concevoir les installations et d'insonoriser adéquatement les deux salles de musicothérapie. La majorité des travaux sont achevés en juin 2018, avec six mois de retard, et nous espérons entreprendre bientôt nos activités. Une mauvaise nouvelle nous occasionne un retard supplémentaire : comme les revenus générés par nos activités ne pourront couvrir nos dépenses d'exploitation, nous comptons recueillir des dons et, pour que cela soit possible, il faut que l'Institut soit reconnu comme un organisme de bienfaisance. En août 2018, l'Agence du Revenu du Canada (ARC) rejette notre demande, jugeant que la location de locaux aux musicothérapeutes constitue une activité commerciale, ce qui nous disqualifie. La pérennité de l'Institut dépend de l'obtention de ce statut de bienfaisance. Nous révisons donc notre approche et soumettons une demande modifiée : les services seront offerts directement par l'Institut et les musicothérapeutes seront engagés sur une base contractuelle, à titre de travailleurs autonomes, pour la prestation des services. Le 23 novembre 2018, l'ARC nous accorde finalement la reconnaissance d'organisme de bienfaisance!

Dès janvier 2019, nous nous attelons à la tâche pour mettre en place ces nouveaux processus administratifs : convenir d'une grille de tarifs pour les clients, de modèles de contrats et de la rémunération des musicothérapeutes, de modalités de paiement des musicothérapeutes, etc. Au printemps 2019, il reste des aménagements physiques à achever, mais nous sommes enfin prêts à créer des projets. Nous sommes alors confrontés à un autre défi : le recrutement de musicothérapeutes d'expérience et disponibles pour offrir leurs services au sein de l'Institut. En effet, le paysage a changé au cours des cinq dernières années : plusieurs musicothérapeutes prennent leur retraite et d'autres prennent des congés de maternité pour fonder leurs familles. Cette situation offre des possibilités intéressantes pour les musicothérapeutes en quête de postes permanents ou de contrats à plus long terme, diminuant d'autant l'attrait qu'aurait dû représenter l'ouverture de l'Institut. On ne s'attendait pas à cela! Nous amorçons alors une nouvelle réflexion pour finalement décider de miser davantage sur les « jeunes » musicothérapeutes en leur offrant des occasions de travail en début de carrière. Quelques initiatives voient enfin le jour, dont la collaboration avec un organisme offrant du soutien aux personnes réfugiées, avec un projet de musicothérapie pour des groupes de jeunes âgés de 7 à 24 ans. Nous commençons aussi à offrir des séances de musicothérapie individuelles et en Musique et Imagerie Guidée (GIM), ainsi que des ateliers de formation et de soutien pour les musicothérapeutes. Nous signons une entente avec l'AQM, leur donnant accès à nos locaux pour des rencontres et des activités en lien avec la musicothérapie.

Le 28 novembre 2019 est un grand jour : l'ouverture officielle de nos locaux! Nous pouvons enfin consacrer nos énergies à la réalisation de notre mission. Durant les premiers mois de l'année 2020, nous entreprenons l'élaboration d'un plan d'action pour déterminer les services à prioriser, les clientèles à cibler et les moyens à privilégier.

La pandémie : répercussions et occasions (2020)

Notre élan est soudainement freiné en mars 2020, lorsque la pandémie de COVID-19 frappe le Québec et le monde entier. Les locaux de l'Institut sont fermés et toutes les activités « en personne » suspendues jusqu'à nouvel ordre. La vie bascule du jour au lendemain : c'est le début d'une période d'isolement et

d'anxiété qui s'étire sur plusieurs mois, sans laisser voir d'issue à court terme. L'Institut peut-il développer certains services pour offrir de l'aide pendant ces temps difficiles, ou nous faudra-t-il attendre que tout soit revenu à la normale? La distanciation est requise, mais au moins les réseaux sociaux permettent de garder le contact. Nous découvrons la plateforme Zoom et nous explorons le concept des services en ligne. En juillet 2020, nous lançons un projet-pilote pour offrir gratuitement des services de musicothérapie par Zoom, dans le cadre d'un partenariat avec un organisme dont les membres sont des personnes autistes, une clientèle que nous avons déjà décidé de prioriser. L'expérience s'avère positive et nous prolongeons ce projet jusqu'en 2021.

Lors de discussions sur la possibilité d'offrir des services en ligne à d'autres clientèles, je constate que les musicothérapeutes, quoique tentés par cette approche, sont aussi perplexes et hésitants quant à leur capacité de se servir de ce nouvel outil. L'Institut met donc sur pied un atelier pour démystifier la « musicothérapie en ligne » et aider les musicothérapeutes à adapter leur pratique à ce nouvel environnement. Offerte en français à quelques musicothérapeutes de l'Institut, la première séance confirme la pertinence de l'atelier. Un deuxième atelier est donné en anglais aux étudiants à la maîtrise en musicothérapie de l'Université Concordia. L'Institut signe ensuite une entente avec l'Association canadienne des musicothérapeutes (ACM) et, depuis janvier 2021, l'atelier est offert à travers le Canada et compte pour deux crédits de formation continue. En date du 1^{er} février 2021, quarante-cinq musicothérapeutes ont déjà pu en bénéficier.

Conclusion et perspectives d'avenir

Plus de quatre années se sont écoulées depuis la création de l'Institut, un parcours parfois difficile, mais aussi très stimulant. Nous sommes fiers d'avoir osé lancer des services en ligne pendant la pandémie et d'avoir pu soutenir les musicothérapeutes au cours de cette transition. Ces initiatives nous ont aussi permis de recruter plusieurs nouveaux musicothérapeutes. Au lieu de baisser les bras face à l'adversité, nous avons au contraire réussi à développer de nouveaux services et partenariats, contribuant ainsi à accroître notre visibilité et notre crédibilité. L'année 2021 s'amorce avec un projet de recherche portant sur la musicothérapie en ligne pour les proches aidants en santé mentale, et d'autres projets prometteurs, en collaboration avec des organismes desservant une diversité de clientèles : personnes autistes, mamans et jeunes enfants de milieux vulnérables, proches aidants de personnes en fin de vie, personnes endeuillées.

Nos perspectives d'avenir sont donc excitantes. La pandémie aura eu au moins un effet positif : elle nous aura permis de découvrir le potentiel des services en ligne, une modalité qui restera pertinente, en particulier pour rejoindre des clientèles à mobilité réduite ou n'ayant pas accès à des musicothérapeutes dans leur région. Lors du retour à la normale, nous pourrions à nouveau planifier des conférences à l'intention des professionnels des milieux de la santé et de l'éducation, des soirées d'information et des ateliers d'introduction à la musicothérapie pour les organismes desservant des clientèles qui pourraient en bénéficier, des ateliers de formation et activités de mentorat pour appuyer le perfectionnement des compétences des musicothérapeutes. Nous prévoyons approcher des institutions offrant déjà des services de musicothérapie (p. ex. : les hôpitaux) et leur proposer une collaboration avec l'Institut en vue d'assurer la continuité des services, en ligne ou en personne, lorsque leurs clients ne sont plus desservis par ces institutions (p. ex. : obtiennent leur congé). Nous envisageons des projets pilote de musicothérapie dans des milieux qui n'ont pas actuellement accès à ce genre de services. Nous serons proactifs, à l'écoute des besoins et prêts à soutenir les initiatives qui permettront à un plus grand nombre de bénéficier de la musicothérapie.

Le démarrage de l'Institut nous a démontré qu'il est essentiel d'avoir une vision claire de ce que l'on souhaite accomplir et de faire preuve de patience, de flexibilité, de créativité, de persévérance et de détermination. Nous avons dû revoir nos approches, redéfinir notre rôle et ajuster nos actions pour tenir compte des réalités changeantes, tout en demeurant à l'affût des possibilités. Nous avons choisi de miser sur le partenariat et de favoriser la synergie et la concertation. Notre équipe compte aussi bien des musicothérapeutes d'expérience que des « nouvelles recrues », et c'est pour nous un plaisir de leur offrir l'occasion de mettre sur pied de nouveaux projets avec nous. Nous avons hâte d'écrire la suite de notre histoire, en espérant que nous aurons su contribuer à la notoriété et à la portée de la musicothérapie au cours des prochaines années.

Remerciements

Je souhaite remercier Sandra Curtis de l'Université Concordia d'avoir appuyé ma candidature au programme de musicothérapie malgré mon parcours atypique, ainsi que Guylaine Vaillancourt, mon professeur, ma superviseure et maintenant la directrice adjointe clinique de l'Institut. Un grand merci à Jennifer Buchanan, une personne inspirante et généreuse, toujours prête à partager son expérience et ses conseils. Merci aux nombreux et enthousiastes musicothérapeutes qui se sont impliqués bénévolement pour nous aider à définir et à construire l'Institut, ainsi qu'à ceux faisant partie de notre équipe. L'Institut n'aurait pu voir le jour sans la complicité de Gaëtane Marquis et de Deborah Josephson, amies de longue date et membres du Conseil d'administration, ni sans le soutien de ma famille et de nos généreux donateurs : grâce à vous un rêve peut se réaliser.

À propos de l'autrice

Mère de quatre enfants, et de front avec sa carrière en informatique et en gestion, Suzanne Caron s'implique dans les écoles du quartier, puis en politique municipale. Elle a siégé pendant près de 15 ans au conseil d'administration de la Mission Old Brewery, organisme d'aide aux personnes sans-abri. En 2019, elle a reçu le « Prix du mérite » de sa ville en reconnaissance de son engagement. Après trente-cinq années dans le milieu des affaires et en politique et souhaitant relever de nouveaux défis, elle est retournée à l'université pour devenir musicothérapeute, puis a fondé l'Institut national de musicothérapie pour accroître la notoriété et l'accessibilité de la musicothérapie.

scaron@inmt.ca

Critique de documentaire

De la musique pour le cerveau

Isabelle Raynauld (réalisatrice)
Bunbury Films, 2019

Depuis la préhistoire, la musique est utilisée dans les sociétés humaines pour accompagner les traitements de santé et favoriser le mieux-être (Gasenzer et al., 2011). Toutefois, dans notre société actuelle, elle est souvent perçue comme un divertissement plutôt qu'un moyen concret pour améliorer la santé. Comme il apparaît de plus en plus évident que la musique puisse jouer un rôle dans le rétablissement des malades, notamment, en aidant à réduire le stress et l'anxiété (De Witt et al., 2019), comment se fait-il qu'elle soit toujours si peu représentée dans les traitements actuels? Serait-ce parce que les résultats de recherches récentes en neurosciences musicales ne sont pas suffisamment communiqués?

Très pertinent pour son époque, le documentaire bilingue *De la musique pour le cerveau/Tuning the Brain with Music (2019)* présente le travail de musicothérapeutes auprès de différentes populations, ainsi que le travail d'autres professionnels qui utilisent la musique : médecins, musiciens communautaires, chercheurs et enseignants en neurosciences musicales. Le long-métrage, qui s'adresse autant au grand public qu'aux intervenants en santé, tente de répondre aux questions suivantes : « La musique possède-t-elle le pouvoir réel de nous soigner? De nous resynchroniser avec le monde, et même de nous guérir? » (Raynauld, 2019). Nous vous proposons ici une synthèse de ce documentaire, suivi d'une analyse de ses forces et de ses limites.

Le documentaire est construit à la manière d'une discussion entre les professionnels (musicothérapeutes, infirmières, médecin, etc.) qui montrent un aperçu du travail effectué avec la musique sur le terrain et les chercheurs en neuroscience qui expliquent ce qui se passe au niveau du cerveau lorsque l'on joue ou que l'on écoute de la musique. L'histoire débute à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) de l'Hôpital de Montréal pour Enfants. Nous y suivons Tanya Lavoie, musicothérapeute certifiée, en pleine séance de musicothérapie avec un bébé prématuré. Elle chante au petit Milo qui s'apaise au son de sa voix qu'accompagnent de doux accords de guitare. Ensuite, Isabelle Peretz, professeure en neuroscience à l'Université de Montréal et cofondatrice du Laboratoire international de recherche sur le Cerveau, la Musique et le Son (BRAMS), explique que des études récentes ont révélé que les bébés sont dotés d'une mémoire musicale et qu'ils peuvent se souvenir de la musique entendue très jeune, voire même durant la grossesse. La trame narrative se poursuit avec Julien Peyrin, musicothérapeute certifié pour *Dans la rue*, un organisme qui vient en aide aux jeunes en situation d'itinérance. Nous assistons à un cercle de percussions et quelques improvisations musicales en compagnie d'utilisateurs de la ressource. Un participant explique les bienfaits qu'il ressent lorsqu'il improvise : une plus grande expressivité, une connexion à l'autre et un sentiment d'apaisement. On passe ensuite à Concetta Tomaino, directrice générale et cofondatrice de l'Institute for Music and Neurologic Function, qui explique que la musique a la capacité de « [...]stimuler certaines fonctions du cerveau chez les patients souffrant de différents problèmes neurologiques » (Raynauld, 2019). Elle explique que l'improvisation musicale, par exemple, peut favoriser la conscience de soi, l'autosurveillance et l'auto-inhibition. Il en va de même tout au long du documentaire : nous accompagnons un ancien combattant que l'apprentissage de la guitare a aidé à maîtriser les symptômes liés à son trouble de stress post-traumatique, et qui a, par la suite, fondé *Guitars for Vets* afin d'aider ses pairs dans la même situation. Nous suivons également Allison Usher-Jones, musicothérapeute certifiée, travaillant avec des jeunes filles autistes à la clinique *Westmount Music Therapy*, ainsi qu'Harvey N. Alter, qui, souffrant d'aphasie à la suite d'un AVC, a réappris à parler

à l'aide du programme *Melodic Intonation Therapy*. Enfin, nous suivons une femme en phase de rémission pour un cancer. Tous ces extraits sont ponctués des commentaires de différents chercheurs en neurosciences, notamment, David Poeppel et Virginia Penhune.

Le long-métrage prend tout son sens au fil de ces échanges entre les scientifiques et les témoignages provenant du terrain. En tant que musicothérapeutes, nous constatons tous les jours les bienfaits de la musique chez nos participants et n'avons point besoin d'être convaincus. Toutefois, notre travail est souvent effectué dans l'ombre et méconnu du public et des professionnels de la santé. En effet, la société actuelle ne se satisfait pas toujours des recherches effectuées en musicothérapie, choisissant plutôt de se tourner vers l'optimisation des méthodes et les résultats quantifiables. Elle se fie davantage aux données probantes, ces dernières souvent issues de recherches quantitatives, mais peu adaptées au travail réalisé par les musicothérapeutes. Tout au long du documentaire, les chercheurs en neurosciences musicales nous exposent leurs découvertes et expliquent que l'interaction de la musique avec le cerveau peut non seulement favoriser l'apprentissage, le bien-être, l'autocontrôle et la relaxation, entre autres choses, mais qu'elle aurait aussi le potentiel de favoriser le rétablissement des personnes souffrant de certains problèmes de santé comme l'aphasie, par exemple ce qu'explique Virginia Penhune, professeure et neuroscientifique à l'Université Concordia.

Une autre force du documentaire est qu'il montre comment les intervenants travaillent avec la musique, illustrant, par le fait même, la diversité des moyens utilisés en fonction des différentes populations et de leurs besoins (musicothérapie active et réceptive, apprentissage de la guitare en milieu communautaire, guérison par les sons, etc.). Par contre, il aurait été pertinent de différencier davantage les interventions présentées et les professionnels qui les mettent en application. En effet, le documentaire présente différents types de musicothérapie communautaire (organisme Dans la rue), médicale (USIN), ou en pratique privée (Westmount Music Therapy), sans expliquer ce qui les distingue entre eux ni nommer la formation requise pour devenir musicothérapeute ou expliquer l'importance de la certification pour délivrer des services de qualité. Il présente également d'autres interventions, par exemple, la thérapie par le son avec le Dr Gaynor et les interventions de musique communautaire de l'organisme *Guitars for Vets*, sans préciser que celles-ci ne sont pas de la musicothérapie. Quelques précisions sur les qualifications requises et une explication des différences entre les interventions possibles grâce à la musique auraient permis d'informer le public de manière plus précise.

Dans le même ordre d'idées, nous croyons qu'il aurait été pertinent d'accorder plus de place aux recherches effectuées en musicothérapie pour compléter les exemples présentés. Même si ces dernières ne sont généralement pas axées directement sur l'action de la musique sur le cerveau, elles illustrent néanmoins les bienfaits et les limites des diverses interventions en musicothérapie. Leur présentation aurait pu mettre en lumière les aspects qui restent à investiguer pour mieux comprendre comment et à quelle échelle la musique peut agir sur le cerveau. Si les recherches en musicothérapie sont peu représentées dans le long-métrage, nous remarquons en revanche que le segment sur le traitement du cancer par la musique, dirigé par le Dr Gaynor, prend une place non négligeable. À notre avis, cette pratique requiert des recherches plus poussées, étant donné qu'elle ne fait pas l'objet d'une recherche encadrée ou d'un protocole normalisé reposant sur un échantillonnage suffisant pour en mesurer les effets réels dans le traitement du cancer. Il aurait été intéressant de découvrir si d'autres médecins appliquent ce type de traitement et si ses effets ont été documentés à plus grande échelle.

Pour conclure, nous considérons que ce documentaire est une excellente entrée en matière sur les bienfaits de la musique pour le cerveau. Il met en lumière une partie du chemin parcouru en neurosciences musicales et démontre qu'il est pertinent de poursuivre des recherches ciblées dans ce domaine. Bien que les chercheurs commencent à peine à comprendre le fonctionnement du cerveau, ils ont déjà répertorié nombre des effets positifs sur celui-ci que peut avoir la musique. L'acquisition et la transmission de ces nouvelles connaissances pourront aider les musicothérapeutes non seulement à affiner leurs interventions grâce à une meilleure compréhension des mé-

canismes complexes du cerveau, mais également à légitimer et même à promouvoir leur participation aux traitements. Nous ne pouvons qu'espérer que les avancées scientifiques actuelles et à venir permettront une utilisation plus répandue de la musique pour favoriser le mieux-être, puisque ses vertus sont souvent sous-estimées.

Références

- de Witte, M., da Silva Pinho, A., Stams, G.-J., Moonen, X., E. R. Bos, A., et van Hooren, S. (2020). Music therapy for stress reduction : A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 0(0), 1–26. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1627897>
- Gasenzer, E. R., Neugebauer, E. A. Die Beziehung von Musik und Medizin in Geschichte und Gegenwart [The relations between music and medicine in history and present]. *Dtsch Med Wochenschr. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136(51/52), 2644–2651. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1292878>
- Raynauld, I. (Réalisatrice). (2019) *De la musique pour le cerveau/Tuning the Brain with Music* [documentaire]. Bunbury Films.

Critique rédigée par Vickie Levasseur, MTA

Diplômée de l'Université du Québec À Montréal et de l'université Concordia, Vickie Levasseur est musicothérapeute certifiée depuis 2012. Elle a travaillé pendant plusieurs années auprès de personnes âgées dans différentes résidences pour retraités et en soins de longue durée. Elle travaille désormais comme musicothérapeute au Centre L'Élan, une ressource communautaire en santé mentale. Elle se passionne pour la musique et la relation d'aide.

Documentary Review

Tuning the Brain with Music

Isabelle Raynauld [Director]

Bunbury Films, 2019

Human society has been using music in conjunction with health treatments and to support well-being since prehistoric times (Gasenzer et al., 2011). In today's society, however, it is often considered a form of entertainment rather than a tangible means of improving health. In light of growing evidence that music can play a role in patient recovery—in particular, by helping to reduce stress and anxiety (De Witt et al., 2019)—why is it still so underrepresented in current treatments? Could the reason be inadequate communication of results from the latest research into the neuroscience of music?

De la musique pour le cerveau/Tuning the Brain with Music (2019), a bilingual documentary that is highly relevant for its time, reveals the work of music therapists as they treat various populations and of other professionals who make use of music—doctors, community musicians, as well as researchers studying the neuroscience of music and those who teach this discipline. This feature film, intended for both the general public and health-care workers, seeks to answer two questions: “Does music really have the power to heal us? To reconnect us with the world and even cure us?” (Raynauld, 2019). This review begins with a summary of the documentary, followed by an analysis of its strengths and limitations.

The film is structured as a discussion between professionals (music therapists, nurses, a physician, etc.) who provide an overview of the work involving music currently underway in the field, along with neuroscience researchers who explain what happens in the brain when a person plays or listens to music. The story begins in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) at the Montreal Children's Hospital. We watch Tanya Lavoie, a Certified Music Therapist, in session with a premature baby. As she sings to little Milo, the sound of her voice accompanied by soft guitar chords has a soothing effect on him. Isabelle Peretz, a professor of neuroscience at Université de Montréal and co-founder of BRAMS (the International Laboratory for Brain, Music and Sound Research), then explains that, in recent studies babies have been shown to possess a musical memory and can remember music they heard at a very young age—even when they were still in the womb. Julien Peyrin, a Certified Music Therapist at Dans la rue, then picks up the narrative. We also watch a drum circle, with some musical improvisations, performed by clients at this organization that helps homeless youth. One of the participants explains how improvisation benefits him, in the form of greater expressiveness, feeling connected to others, and a sense of well-being. The focus then shifts to Concetta Tomaino, Executive Director and Co-Founder of the Institute for Music and Neurologic Function, who explains that music is able to “stimulate certain brain functions in patients suffering from different neurological ailments” (Raynauld, 2019). She further explains that musical improvisation, for example, can help promote self-consciousness, self-monitoring, and self-inhibition. This is a recurring theme throughout the documentary. We see a veteran who was able to control his symptoms of post-traumatic stress disorder by learning to play the guitar, and who then founded Guitars for Vets so he could help his peers in the same situation. We also watch Allison Usher-Jones, a Certified Music Therapist, as she works with young autistic girls at Westmount Music Therapy, and we learn how Harvey N. Alter, who developed aphasia after a stroke, learned to talk again using the Melodic Intonation Therapy program. The final segment deals with a woman in cancer remission. All of these scenes are interspersed with comments from various neuroscience researchers, including David Poeppel and Virginia Penhune.

The film takes on its full meaning through these exchanges between scientists and testimonials emerging from practical experience. We, as music therapists, do not need convincing, since we see how music benefits our clients on a daily basis. Our work is often “behind the scenes”, however, and the general public and health-care professionals are unaware of what we do. Today’s society, in fact, is not always satisfied with the music therapy research conducted, placing more emphasis on optimization of methods and quantifiable results. Society relies more on tangible evidence, which is often developed from quantitative research but barely adapted to the music therapist’s work. Throughout the documentary, researchers studying the neuroscience of music share their discoveries with us and explain that the interaction of music with the brain can support learning, well-being, self-control, and relaxation, among other aspects, and also has the potential to promote recovery in people experiencing certain health problems, such as aphasia, as discussed by Virginia Penhune, professor and neuroscientist at Concordia University.

Another strength of this documentary is its depiction of how practitioners work with music and, at the same time, the diverse means used, based on the various populations and their needs (active and receptive music therapy, learning guitar in a community setting, healing through sound, etc.). Expanding on the differences between the treatment forms presented and the professionals who put them into practice would have been useful, however. The documentary presents various types of music therapy—community (*Dans la rue*), medical (NICU), or private practice (Westmount Music Therapy)—without describing what makes each one different, specifying the training required to become a music therapist, or explaining the importance of certification in providing quality services. In presenting other forms of interventions—such as sound therapy with Dr. Gaynor and community music sessions run by Guitars for Vets—the film fails to point out that these do not constitute music therapy. A few details on required qualifications and an explanation of the differences between interventions made possible through music would have provided viewers with more specific information.

I also believe that a greater focus on music therapy research, complementing the examples provided, would have been useful. While these studies generally do not focus on how music acts on the brain, they do demonstrate the benefits and limitations of the various music therapy interventions. A presentation of these could have revealed aspects that need to be explored for a better understanding of how—and to what extent—music can act on the brain. Although music therapy research is underrepresented in this film, the segment on the role of music in cancer treatment, administered by Dr. Gaynor, does have a place here. I believe that this practice should be studied further, given the lack of mentored research or a standard protocol using an adequate sample size to measure the actual effects of music therapy in cancer treatment. It would have been interesting to learn if other physicians use this type of treatment and if its effects have been reported on a larger scale.

In conclusion, I believe that this documentary is an excellent introduction to how music benefits the brain. It builds awareness of some of the progress to date in the neuroscience of music, and demonstrates the relevance of pursuing targeted research in this field. While researchers are only beginning to understand the workings of the brain, many of the positive effects of music have already been identified. The acquisition and transfer of this new knowledge could help music therapists refine their techniques as they better understand the brain’s complex mechanisms, while justifying—and even promoting—their involvement in treatments. One can only hope that current and future scientific advances will enable more widespread use of music to promote well-being, since its virtues are often underestimated.

References

- De Witte, M., Da Silva Pinho, A., Stams, G.-J., Moonen, X., Bos, A. E. R., & Van Hooren, S. (2020). Music therapy for stress reduction: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 0(0), 1–26. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2020.1846580> <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1627897>
- Gasenzer, E. R., Neugebauer, E. A. (2011). Die Beziehung von Musik und Medizin in Geschichte und Gegenwart [The relations between music and medicine in history and present]. *Dtsch Med Wochenschr. DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136(51/52), 2644–2651. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1292878>
- Raynauld, I. (Director). (2019). *De la musique pour le cerveau/Tuning the Brain with Music* [Documentary]. Bunbury Films.

Reviewed by Vickie Levasseur, MTA

Vickie Levasseur, a graduate of Université du Québec à Montréal (UQAM) and Concordia University, has been a Certified Music Therapist since 2012. She has worked with the elderly for several years, in various retirement and long-term care homes. She is currently a music therapist at Centre L'Élan, a mental health community resource. She is passionate about music and the helping relationship.

Book Review

some conditions apply

Mary Rykov

Inanna Publications & Education Inc., 2020

ISBN: 978-1-77133-765-6 [pbk]

ISBN: 978-1-77133-766-3 [ebk]

ISBN: 978-1-77133-768-7 [pdf]

I was delighted to review Mary Rykov's first book of poetry, *some conditions apply*. And, to be honest, I was also quite intimidated. Having spent little time with poetry thus far in my life, I really didn't know how to begin to do justice to this beautiful and meaningful first collection. Full disclosure: I've known Mary, who has been a music therapist, researcher, author, editor, educator, and colleague, for over 40 years. And now she adds poetry to her accomplishments.

I have a fondness for this little book. The appeal of the book's cover immediately draws me in—on a white background, a simple, tall, yellow dandelion flower stands straight up to speak to me, supported by a stem with one green leaf and a new bud. The title—*some conditions apply*—is in lower case. Already, before opening this book, this front cover image presents many metaphors that call for reflection. Sometimes dandelions—Mary's favourite flower—are weeds, growing wildly in wrong places. Yet other times they are gathered to make healing tea; this image reminds me of an elderly couple in our neighbourhood who trudge up the hill every spring and summer day with empty baskets, and return, smiling broadly, with their treasured find of dandelion greens and flowers spilling out from their containers. They know the special value of dandelions. Yes, some conditions definitely do apply.

Once opening the cover, we are invited on a poetic journey filled with creativity and skill. The poems are variously personal, topical, and sometimes witty. Often I was so deeply moved that I needed time and space to let particular poems reverberate and steep within me before I could read on. As with music, poetry can connect us deeply with the many layers and complexities of our humanity.

The book is organized into four unnamed sections, in which the poems' narrators seemingly interconnect and weave through four stages of Mary's life journey so far, "unpacking ... searching / the butterfly for the pupa's soul" (p. 13). In the first poem, "befor[e]wards & afters" with "songs inside eggs / like portals to always" (p. 3), María Helena Auerbach Rykov is introduced to us as *puertorriqueña*, a Puerto Rico-born woman. We are also informed about centuries of migrations to the Caribbean of Jews seeking refuge from persecution, including Mary's father:

My father would tell you
Puerto Rican Jews
live in a paradise
far from Gestapo selections ...

I will tell you the connection
for this *puertorriqueña* to Puerto Rico
is like the *sabra* to Israel
with irrational tribal ties
that won't let go (pp. 8–9)

In many of her poems, Mary writes about the immense pain and suffering that accompany the immigrant experience. In “suite in the shadow of death’s valley,” for example, she writes:

We are a small family
their daughter explains

but what we lack in size
we make up for in dysfunction [emphasis added]

... that follows ancestors

From the Old World to the New
Without stopping to clear customs (p. 22)

I think of today’s peoples of the world who seek refuge and don’t find the paradise her father experienced in Puerto Rico. The child crying, “take me home,” can’t go home:

Cry when they try
to send me outside
to play in cold slush ...

Mama, tengo frío, tengo frío
She says she knows but
she won’t take me home (p. 12)

Each new place leads to more desperation and possible family dysfunction that can result from not finding a safe home where culture and customs are respected—for example, as stated by the speakers in “roads to refuge”:

Help us: we need
we need comfort—
our safety stolen
by this past we carry

parched and blistered
stopping only
to pile the cairns
for our dead (p. 72)

Death and dying are addressed frequently in Mary’s poems, as in “the last time you phoned me,” “cotton-wood,” “Bubba,” and “Choice.” The latter, quoted below, is inspired by “When Death Comes” by Mary Oliver (1935–2019), in which Oliver writes of her hopes for her own ending days to be free from painful self-recrimination:

Sometimes a life grows
into its death;
sometimes death
takes a life
and tears it asunder.
On any given rain-soaked morning
the choice remains ...

this choice to be songful
and targeted
or full of argument [emphasis added]. (pp. 23–24)

At other times, Mary addresses issues in health care, expressing systemic limitations and challenges for music therapists who must deal with those limits while also offering compassionate care—for example, in “Case Closed.” “How to have a good death in Canada circa 2020” is a sadly too-true list of 10 items beginning with “1. Don’t be poor” (p.74). In “routine surgery,” the surgery fails, which results in burning pain and the need to “make friends / with the patient compassion / only pain can teach” (p. 14). These words ring true for me personally, and contain great wisdom. Sometimes it can be a humbling journey to learn to befriend the patience and self-compassion that pain teaches us.

And of course, being a music therapist, many of Mary’s poems describe our essential human need for beauty and music for our healing and for our souls—“without music we die of meaninglessness” (p. 29)—and from these very moving lines in “homage to music therapy”:

Rocking and crying
your soul in tatters, pain flows
through a shattered mind
We sing and bring you solace
making music of your moans (p. 33)

The poems in the fourth section of Mary’s book talk about resolution, about the tying-up stage, to “reach for strength as courageous reboot” (p. 65), to find “the resolve to resolve” and to have the courage to face the complexities of “TRUTH” as in “a postphilosophy rant”:

Now as then
the embodied paradox
TRUTH = truths (p.70)

I feel challenged to remember that truth is often complex and can contain conflicting positions. The healing task is to hold the space for the paradox of these opposites where “Truth sprouts / like small-crevice wildflowers / after a rain” (p. 30).

Once again, I’m struck by the timeliness and timelessness of Mary’s poetry and how our understanding of truth is one of the “conditions that apply” to our human need to resolve our own lives and life on our planet, especially in these most difficult times. The issues addressed in Mary’s collection of poems reflect today’s urgent challenges of immigration, culture, health care, and truth.

I'm also now more aware that music and poetry are closely aligned. Senses are activated. The organization of the spoken sounds and rhythms are like listening to the various elements of music. The skill of crafting various forms visually on the page has the huge effect of sparking my interest to continue exploring to see more. Mary's creative talents and skills are clearly evident by simply scanning the various pages and seeing the diversity of forms, shapes, and spaces—sometimes words in a large ball on the page, or words that create weaving, flowing lines. Most notably, bold highlighting draws meaning from existing text in “Translation and Interpretation 101” (pp. 52–53), which I've learned is an erasure poem—a form of poetry that is mainly written in faint print, with occasional bold print words that are selected to create their own meaning when strung together.

As with music, poetry can also reach right in to touch my emotions. With a few well-chosen words, poetry evokes associations, memories, and images, allowing me time to reflect, to ponder, to stretch, to have more compassion, to “resolve to resolve.” And, if the time is right, to transform.

I note that New Zealand music therapist, Claire Molyneux, in her 2020 review of *some conditions apply*, points out that there are many ways music therapists use poetry in their practice. These two creative art forms of therapy are natural companions, whether it be in songwriting or in singing the lyrics of so many of the pre-composed songs that have lasted through the ages as sung poetry. They can connect to what really matters to us in this very moment.

Thank you, Mary, for the gift of this collection of meaningful poems. That dandelion blooms in me as a new appreciation for the power of poetry.

References

- Molyneux, C. (2020.) Book review: *some conditions apply*. *New Zealand Journal of Music Therapy*, 18, 167–170.
- Oliver, M. (2004). “When death comes.” In *New and selected poems, volume one*. Beacon Press. <https://www.loc.gov/programs/poetry-and-literature/poet-laureate/poet-laureate-projects/poetry-180/all-poems/item/poetry-180-102/when-death-comes/>
- Rykov, M. H. (2020, February 11). Dandelions? *Mary H. Rykov* [Blog post]. <http://maryrykov.com/2020/02/dandelions>

Reviewed by Liz Moffitt, BMus, MA, MTA, RCC

Liz Moffitt is a certified music therapist, a BC Registered Clinical Counsellor, a Fellow and Primary Trainer of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM). She taught music therapy for over 35 years at Capilano University in Vancouver, and has been offering all levels of GIM training across Canada for 20 years, through the Capilano University GIM Training Program and through The Inner Journey with GIM.Ca Program, and combines counselling with GIM in private practice with adults.

Book Review

Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing

Katrina McFerran, Phillipa Derrington, and Suvi Saarikallio (Editors)

Oxford University Press, 2019

ISBN 978-0-19-880899-2

Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing broadens and deepens the literature exploring music, music therapy, and adolescents by including practitioners and researchers from diverse backgrounds and cultures. Contributions from music therapists, music psychologists, music educators, music sociologists, and community musicians blend both practice and research orientations, offering multiple perspectives, respectful views, and inclusive attitudes. Having worked as a music therapist with adolescents for much of my career, I eagerly consumed Katrina McFerran's earlier book, *Adolescents, Music and Music Therapy: Methods and Techniques for Clinicians, Educators and Students* (2010), so I welcomed this addition to the literature on music therapy and adolescents.

The book is divided into three parts, each of which focuses on a critical issue for adolescents and begins with an introductory chapter by one of the editors. Part 1 concerns emotions and offers different perspectives on the intersection of music, adolescents, and emotions. Recognizing that music therapists tend to prioritize the emotional experience of an individual whereas music psychologists focus on the influence of music on emotions, in her introductory chapter McFerran proposes the concept of *crystallization* which emphasizes varied perspectives, methods, and multiple meanings. She states that binary concepts do not work as a means of understanding the intersection of music and emotions in adolescence, and she cites examples of young people who listened to the same song with different intentions and emotional responses. If these intentions can be brought to consciousness, argues McFerran, then music can be a source of emotional strength. Emotions are a central focus in adolescents' lives and the articles in this section describe multiple perspectives on how music can be used for expression, regulation, and intention, as well as encouraging young people to understand their own agency in choosing how to use music in their lives.

In Chapter 2, Andeline dos Santos, a music therapist in South Africa, describes a music therapy group for adolescents referred because of aggression. The group allowed the aggression to be received, explored, and processed. In addition, in the music-making, other facets of the young people were witnessed and accepted. In Chapter 3, music psychologists Genevieve Dingle, Leah Sharman, and Joel Larwood from the University of Queensland, Australia, offer a review of young people's emotional immersion in music, particularly related to anger and sadness. Research regarding how young people used music to regulate their emotions is described. Tan-Chyuan Chin, a music psychology researcher from Melbourne, Australia, continues the research into measuring adolescents' responses to music in Chapter 4, concluding that a mixed methods approach including at least two components of the following methods—biochemical—neurophysiological, behavioural—expressive, and subjective experiential—is well-suited to capture the dynamic and complex emotional responses of young people to music. In Chapter 5, music therapist Josephine Geipel from the University of Heidelberg, Germany, proposes a manual of principles and recommendations for interventions in working with adolescents struggling with depression. Chapter 6 presents a conceptual model of musical affect regulation, outlined by Finnish music psychologist, Margarida Baltazar. Considering that adolescents frequently use music for emotional regulation, this model of musical mechanisms and regulatory strategies provides researchers and treatment providers with a conceptual model to facilitate adolescents' use of music for their well-being. Finally, in Chapter 7, Andreas Wölfl, a music therapist from Germany, ends this section with an overview of the uses of music with youth to prevent violence.

Part 2, introduced by Suvi Saarikallio in Chapter 8, concerns identity, focusing on “music as a resource for agency and empowerment in identity construction” (p. 89). Adolescence is a time of identity formation and Saarikallio makes the case that a sense of agency, or “the subjective experience of being the actor in one’s life” (p. 90), is critical to that task. Music can be a tool to achieve that agency as well as a resource when that sense of agency fails. The following six chapters explore facets of agency and identity, both theoretically and in case examples.

In Chapter 9, Canadian music psychologist Dave Miranda explores the connection between personality traits and music in adolescence, specifically what personality traits are connected with music listening and music-making. Alexandra Lamont and David Hargreaves, music educators from the United Kingdom, continue the exploration of music as a resource for developing identity in Chapter 10, investigating the connections between music listening preferences and social identity. In Chapter 11, Tia DeNora, a music sociologist also from the United Kingdom, discusses the use of music in ageing as an outer performance of an inner state and how that might offer insight into age-based emotions and conflicts.

Chapters 12, 13, and 14 move from theoretical to practical considerations as presented by three music therapists. Norwegian music therapist Viggo Krüger presents a case study in Chapter 12 based within the Norwegian child welfare system, wherein music has been shown to function as the “structuring resource” (p. 127) for the young person linking one’s own personal strategies to one’s participation in the community and society at large. Further case vignettes are presented in Chapter 13 by Daphne Rickson from New Zealand, who shares her work with adolescents living with ADHD and a collaborative research project involving music therapists and young people with intellectual disabilities. The findings were created and presented in the young people’s voices. Chapter 14 concludes with Australian Elly Scrine’s call for music therapists to explore gender and sexuality when working with adolescents and she cites several vignette examples of how this might be done.

In her introduction to Part 3, Philippa Derrington outlines the possibilities of connection with adolescents in music therapy. She demonstrates this with a case study of her practice in school settings, including a discussion of the use of video within the music therapy session. In Chapter 16, Canadian philosopher and educator Susan O’Neill explores the meaning that adolescents find in their engagement with music and how that may impact their well-being. An understanding of the connection of music and well-being continues in Chapter 17. Andy Bennett and Lisa Nikulinsky, sociologists from Australia, report on their research investigating the music scene of adolescents in a township in southwest Australia, concluding that being a part of a music scene provides adolescents with a fulfilling connection. Helen Oosthuizen, a music therapist from South Africa, presents a case study of belonging and connecting through music and how this process takes place with adolescent sex-offenders in Chapter 18. She allows the young people to share their story in her report, revealing their struggles and strengths, and how the music empowers them.

In Chapter 19, by American media studies specialists Roseann Pluretti and Piotr Bobkowski, the authors explore the impact of social media on the developmental tasks of adolescents and what effect this has on young people’s engagement with music. American music therapist Michael Viega expands on digital music cultures in Chapter 20, including how they directly impact his practice as a music therapist. In the final chapter of the book, Carmen Cheong-Clinch from Australia describes her work with young people with mental illness. She used their preferred music in the music therapy group as a way to connect to their recovery focus.

This book is a solid piece of academic writing, clearly written and well-documented. I particularly appreciated the emphasis on diverse points of view, articulated in McFerran’s description of *crystallization* in Chapter 1 (p. 3). The varied views of music psychologists and music therapists and the presentation of research and case examples give depth to the topic of adolescents and music that fills a necessary and important gap in the literature.

From the point of view of a clinician with an interest in research, the conceptualizations regarding emotion, identity, and connection are valuable. These ideas can serve as an anchor when jumping into the often-stormy seas of understanding the lives of adolescents and the functional roles of music within their development. From the point of view of a clinician working with a group with adolescents, applications and tools for immediate use are not so readily visible. However, the case examples, particularly those groups reported by Daphne Rickson and Helen Oosthuizen, are very moving in that they allow the young people's voices to be heard. These chapters containing the case examples provide a refreshing balance to some of the theoretical chapters, in which I sometimes got lost.

The chapters on video, digital, and social media have considerable practical information that may be useful to clinicians and researchers alike. This is a fast and ever-changing aspect of practice for music therapists and it is helpful to have it documented. Providing opportunities to share music and validating musical choices is a powerful way to connect with any client, particularly adolescents.

Of note, the print used for the extended quotations was difficult to read as it was small and pale. As well, the Foreword contains good stories, but I did not find it all that connected or relevant to the text. I was surprised that following Chapter 21, the book ended, without a concluding harvest of the ideas and experiences reported. As a reader, clinician, and potential researcher, it would have been helpful for the editors to reflect on where this collected research might go next.

Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing is a positive and substantial addition to the literature on music and adolescents, both for researchers and clinicians. It offers theoretical constructs based in evidence and practical tools from documented experience for thinking about and connecting to adolescents through music. The voices expressed in these articles, and the ways in which the authors navigate the tumult experienced by this age group, offer tools and stories that can help us see, beyond the shouts and stony silence, young people who are struggling to find their way.

Reviewed by Melody Newcomb, MA, CCC, MTA

Melody Newcomb is a music and expressive arts therapist in Winnipeg, Manitoba. She is a graduate of the University of Kansas (Music Therapy and Music Education) and Lesley University in Cambridge, Massachusetts (Clinical Mental Health Counselling—Expressive Arts Therapy). She has worked with adolescents in residential treatment and currently is part of the team in a day program for adolescents struggling with eating disorders. She also sees adolescents individually through a community counselling centre. In addition to adolescents, she leads groups with adult inpatients in mental health. Her passion is facilitating the creative process and witnessing the resources that those struggling with mental illness bring to the healing process.

Critique de livre

Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing

Katrina McFerran, Phillipa Derrington et Suvi Saarikallio
Oxford University Press, 2019
ISBN 978-0-19-880899-2

Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing élargit et approfondit le champ de la littérature qui examine l'usage de la musique et de la musicothérapie chez les adolescents en y intégrant les travaux de praticiens et de chercheurs issus de divers milieux et cultures. Les travaux de musicothérapeutes, neuropsychologues en musique, professeurs de musique, sociologues en musique et musiciens communautaires conjuguent différentes approches de la pratique et de la recherche pour présenter des perspectives variées, des points de vue respectueux et des attitudes inclusives. Ayant œuvré comme musicothérapeute auprès d'adolescents pour la plus grande partie de ma carrière, j'ai dévoré l'ouvrage précédent de Katrina McFerran, *Adolescents, Music and Music Therapy: Methods and Techniques for Clinicians, Educators and Students* [L'adolescent, la musique et la musicothérapie : méthodes et techniques pour cliniciens, enseignants et étudiants] (2010). Je me suis donc réjouie de l'arrivée de ce nouvel ouvrage sur la musicothérapie et les adolescents.

Le livre est divisé en trois parties, dont chacune porte sur un aspect crucial de l'adolescence, et s'amorce par un chapitre écrit par l'une des éditrices. La Partie 1 traite des émotions et présente diverses perspectives par rapport aux recoupements entre la musique, les adolescents et les émotions. Tout en reconnaissant que les musicothérapeutes tendent à accorder plus d'importance à l'expérience émotionnelle d'une personne, alors que les neuropsychologues en musique se concentrent d'abord sur l'influence de la musique sur les émotions, McFerran fait appel, dans ce premier chapitre, au concept de *cristallisation* pour dégager la variété des perspectives, des méthodes et des significations. Elle avance que les concepts binaires sont inefficaces pour comprendre les recoupements entre la musique et les émotions chez les adolescents, et elle appuie cette affirmation par des exemples montrant des jeunes qui, selon leurs intentions distinctes, réagissent différemment lorsqu'ils écoutent la même chanson. Si l'on parvient à prendre conscience de ces intentions, soutient McFerran, la musique peut devenir une source de force émotionnelle. Les émotions sont au centre de la vie des adolescents, et les articles de cette partie décrivent diverses perspectives sur les façons d'utiliser la musique pour l'expression, la régulation et l'intention, de même que pour encourager les jeunes à comprendre qu'ils peuvent eux-mêmes choisir la place de la musique dans leur vie.

Au chapitre 2, la musicothérapeute sud-africaine Andeline dos Santos décrit un groupe de musicothérapie composé d'adolescents ayant subi une agression. La dynamique du groupe a permis de recevoir, d'explorer et de gérer l'agression. Par ailleurs, le jeu musical a permis que d'autres facettes des jeunes gens soient reconnues et acceptées. Au chapitre 3, les neuropsychologues en musique Genevieve Dingle, Leah Sharman et Joel Larwood de l'Université du Queensland, en Australie, procèdent à un examen de l'immersion émotionnelle des jeunes dans la musique, en particulier lorsqu'il est question de colère et de tristesse. On y décrit comment les jeunes se servent de la musique pour réguler leurs émotions. Tan-Chyuan Chin, une chercheuse en psychologie de la musique de Melbourne, en Australie, poursuit la recherche visant à mesurer la réponse des adolescents à la musique au chapitre 4, concluant qu'une démarche mixte comprenant au moins deux méthodes — biochimique-neurophysiologique, comportementale-expressive et expérientielle subjective — est bien adaptée pour saisir la dynamique et les réponses émotionnelles complexes des jeunes vis-à-vis de la musique. Au chapitre 5, Josephine Geipel, musicothérapeute de l'Université de Heidelberg, en Allemagne, propose un manuel de principes et recommandations pour les interventions auprès d'adolescents aux prises avec la dépression. Au chapitre 6, la musicopsychologue finlandaise Margarida Baltazar présente un modèle de la régulation de l'affect par la musique. Comme les adolescents utilisent souvent la musique

pour réguler leurs émotions, ce modèle de mécanismes musicaux et de stratégies de régulation procure aux chercheurs et aux prestataires de traitements un modèle conceptuel qui permet de faciliter l'usage de la musique par les adolescents pour favoriser leur bien-être. Enfin, au chapitre 7, le musicothérapeute allemand Andreas Wölfl conclut cette première partie de l'ouvrage par une vue d'ensemble des usages de la musique pour prévenir la violence chez les jeunes.

La Partie 2, qui s'amorce avec Suvi Saarikallio au chapitre 8, traite de l'identité et s'attarde sur la « musique comme ressource d'agentivité et de “pouvoir agir” dans la construction de l'identité » (p. 89). L'adolescence est une période de formation de l'identité, et Saarikallio plaide que l'agentivité, ou « l'expérience subjective d'être l'acteur de sa propre vie », (p. 90) joue un rôle critique dans cette tâche. La musique peut être un outil d'agentivité, mais aussi une ressource en cas d'échec de l'agentivité. Les six chapitres suivants explorent les multiples facettes de l'agentivité et de l'identité, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, par le recours à des cas de figure.

Au chapitre 9, le neuropsychologue en musique Dave Miranda explore le lien entre les traits de personnalité et la musique durant l'adolescence; plus précisément, les traits de personnalité liés à l'écoute de la musique et à la pratique musicale. Au chapitre 10, les professeurs de musique britanniques, Alexandra Lamont et David Hargreaves, poursuivent l'exploration de la musique comme ressource de la formation de l'identité dans une enquête sur les liens entre les préférences musicales et l'identité sociale. Au chapitre 11, la musicosociologue Tia DeNora, également du Royaume-Uni, avance que l'utilisation de la musique en tant que manifestation visible d'un état intérieur peut lever le rideau sur les émotions et les conflits liés à l'âge.

Aux chapitres 12, 13 et 14, on passe de la théorie aux considérations pratiques selon trois musicothérapeutes. Le musicothérapeute norvégien Viggo Krüger présente, au chapitre 12, un exposé basé sur le système de protection de la jeunesse de Norvège par lequel il démontre que la musique constitue, pour la jeune personne, une « ressource fondamentale » (p. 127) lui permettant d'établir un lien entre ses stratégies personnelles et sa participation dans la collectivité et la société en général. D'autres cas types sont présentés au chapitre 13 par la Néo-Zélandaise Daphne Rickson, qui y raconte son travail auprès des adolescents atteints de TDAH et dans le cadre d'un projet de recherche mené en collaboration par des musicothérapeutes et des jeunes vivant avec une déficience intellectuelle. Les résultats de cette recherche ont été assemblés et présentés selon le point de vue des jeunes. Au chapitre 14, l'Australienne Elly Scrine conclut cette partie de l'ouvrage en invitant les musicothérapeutes à explorer les questions de genre et de sexualité dans le cadre du travail auprès d'adolescents, et elle présente plusieurs anecdotes pour illustrer la manière s'y prendre.

Dans le chapitre d'introduction de la Partie 3, Philippa Derrington décrit les possibilités de créer des liens avec les adolescents en musicothérapie. Elle en fait une démonstration au moyen d'une étude de cas tirée de sa pratique en milieu scolaire, faisant état, notamment, de l'utilisation de la vidéo dans le cadre de la séance de musicothérapie. Au chapitre 16, la philosophe et enseignante Susan O'Neill explore le sens que trouvent les adolescents dans la musique et ce que cela peut signifier pour leur bien-être. Cet examen du lien entre la musique et le bien-être se poursuit au chapitre 17. Les sociologues australiens Andy Bennett et Lisa Nikulinsky présentent les résultats de leurs recherches sur la scène musicale pour les adolescents d'un canton du sud-ouest de l'Australie, concluant que le sentiment d'appartenance à une scène musicale est une source d'épanouissement pour ces jeunes. Au chapitre 18, la musicothérapeute sud-africaine Helen Oosthuizen présente une étude de cas sur l'établissement d'un sentiment d'appartenance et d'intimité que procure la musique et la manière dont se déroule la musicothérapie auprès d'adolescents délinquants sexuels. Dans son rapport, la chercheuse permet aux jeunes de raconter leur histoire, révélant leurs faiblesses et leurs forces, tout en exprimant à quel point la musique les valorise.

Spécialistes étatsuniens en études des médias, Roseann Pluretti et Piotr Bobkowski examinent, au chapitre 19, les répercussions qu'ont les réseaux sociaux sur les diverses facettes du développement des adolescents et

leur effet sur l'engagement musical des jeunes. Au chapitre 20, le musicothérapeute étatsunien Michael Viega brosse un tableau des cultures musicales numériques, détaillant notamment leur incidence sur sa pratique de la musicothérapie. Dans le dernier chapitre du livre, l'Australienne Carmen Cheong-Clinch décrit son travail auprès des jeunes vivant avec la maladie mentale. Pour les aider à créer des liens entre eux dans leur démarche de rétablissement, elle utilise la musique préférée des jeunes dans son groupe de musicothérapie.

Ce livre, bien écrit et bien documenté, est un ouvrage important de recherche universitaire. J'ai particulièrement apprécié la diversité des points de vue mis en évidence dans la description de la *cristallisation* articulée par McFerran au chapitre 1 (p. 3). Les opinions variées des neuropsychologues en musique et des musicothérapeutes, de même que la présentation d'exemples tirés de la recherche et des études de cas procurent au sujet de la musique chez les adolescents un approfondissement nécessaire qui comble une lacune importante dans la littérature.

Du point de vue d'un clinicien s'intéressant à la recherche, la conceptualisation des émotions, de l'identité et de l'établissement de liens est appréciable. Ces idées peuvent servir de phare qui permettra aux praticiens de naviguer la mer houleuse qu'est la vie des adolescents et de comprendre les rôles fonctionnels de la musique dans leur évolution. Du point de vue d'une clinicienne travaillant auprès de groupes d'adolescents, les applications et les outils sont rares. Toutefois, les exemples de cas, particulièrement les groupes décrits par Daphne Rickson et Helen Oosthuizen, sont très touchants, parce qu'on y donne aux jeunes la chance de faire entendre leur voix. Ces chapitres qui présentent des exemples de cas apportent à l'ouvrage un certain équilibre par rapport aux chapitres théoriques, où je m'égarais parfois.

Les chapitres portant sur les médias vidéo et numériques et les réseaux sociaux contiennent des renseignements pratiques qui peuvent s'avérer utiles pour les cliniciens comme pour les chercheurs. Il s'agit là d'un aspect en constante évolution dans l'exercice de la musicothérapie et il est utile de le voir documenté. Le partage de la musique et la validation des choix musicaux sont des moyens efficaces pour établir des liens avec tous les clients, particulièrement les adolescents.

Il importe de noter que les caractères utilisés pour les citations longues sont petits, pâles et difficiles à lire. Cependant, la préface contient de bonnes anecdotes, mais j'ai trouvé qu'elle avait peu à voir avec le texte et manquait de pertinence. J'ai été étonnée que le livre se termine abruptement au chapitre 21, sans synthèse de la moisson d'idées et d'expériences que recèle l'ouvrage. Le lecteur, clinicien ou chercheur potentiel aurait pu tirer avantage d'une réflexion des éditrices sur les orientations que pourrait prendre la recherche.

Handbook of Music, Adolescents, and Wellbeing est une contribution positive et substantielle à la littérature sur la musique et les adolescents, tant pour les chercheurs que pour les cliniciens. L'ouvrage propose des modèles théoriques fondés sur des données factuelles et des outils pratiques tirés de l'expérience clinique pour réfléchir aux moyens d'établir un contact avec les adolescents par le biais de la musique. Les voix qui s'expriment dans ces articles et les moyens mis en œuvre par les auteurs pour s'y retrouver dans le tumulte qui agite cette tranche d'âge offrent des outils et des récits qui peuvent nous aider à voir, au-delà des cris et des silences obstinés, des jeunes qui peinent à tracer leur chemin.

Critique par Melody Newcomb, M.A., CCC, MTA

Melody Newcomb, de Winnipeg, au Manitoba, est musicothérapeute et thérapeute par les arts. Elle est diplômée de l'Université du Kansas (musicothérapie et enseignement de la musique) et de l'Université Lesley de Cambridge, au Massachusetts (counseling clinique en santé mentale —thérapie par les arts). Elle a œuvré auprès d'adolescents en établissement et fait partie de l'équipe d'un programme de jour pour adolescents aux prises avec des troubles alimentaires. Elle offre aussi des traitements individuels à des adolescents dans un centre de counseling communautaire. Parallèlement à son travail auprès des adolescents, elle mène des séances de groupe avec des patients adultes hospitalisés en psychiatrie. Ses passions sont de faciliter le processus créatif et de constater les ressources que mobilisent les personnes aux prises avec la maladie mentale pour collaborer au processus de guérison.

Book Review

Basic Verbal Skills for Music Therapists

Elizabeth Schwartz
Barcelona Publishers, 2019

ISBN: 9781945411472
E-ISBN: 9781945411489

Elizabeth Schwartz's latest book first came to my attention when Barcelona Publishers released it on their website in October 2019. I was excited, as I believe this is the first English language book to bridge music therapy and verbal or counseling skills. When approached to review this book, I eagerly agreed.

Elizabeth Schwartz is an American music therapist, educator, clinician, and author. This is her third book, in addition to book chapters and articles.

Basic Verbal Skills for Music Therapists is primarily an uncomplicated read at 152 pages, with well-organized content that leads the reader through a workable pathway to engaging basic verbal skills in music therapy using a scope of practice framework; the type of population and the level of practice limit the extent to which verbal skills are used in music therapy. Schwartz creates a clear distinction between basic verbal skills and verbal counseling in her first chapter, and emphasizes that her book focuses on verbal skills, not verbal counseling.

In the second chapter, the author leads the reader through a literature review of music therapy and verbal skills, where Schwartz has a strong command of music therapy publications. The third chapter is a thoughtful reflection on the role that verbal skills occupy in our work, yet Schwartz only examines the American Music Therapy Association (AMTA) scope of practice. As a Canadian educator, I am disappointed that Schwartz did not mention or appear to consider any number of other international associations, where music therapy is active and thriving. In the next few and brief chapters, she considers differing levels of practice in music therapy from a verbal perspective, and how words can be used in therapy, leading to the start of her verbal skills approach later in Chapter 7.

In the remainder of the book, Schwartz takes a cautious and ethical journey through verbal skills, presenting a principled and sound breakdown of verbal work in music therapy based on employment type and job description. For therapists doing recreational music therapy, she offers a basic structure for inviting into, and exiting from, the music, while avoiding any process, interpretation, or depth inquiry skills. She then offers three more levels of verbal skills, with the last being the closest to process work or counseling.

The core of Schwartz's concepts is presented as verbal framing (Chapter 8), verbal exchanges (Chapter 9), verbal interactions (Chapter 10), and verbal interventions (Chapter 11), with closing chapters on the relationship between music and words. While this work presents an academic perspective on basic verbal skills with a few examples, I expect the new music therapist will get a philosophical scaffolding for how to use verbal skills, but not the practical application of verbal skills, so effective supervision will be a valuable ally to reading and using the book.

I am a certified music therapist who has spent a significant part of my career honing my verbal skills. I teach in a Canadian undergraduate music therapy program. Based on alumni feedback, our program added an introductory counseling skills course for third year music therapy students about 20 years ago, with an advanced counseling skills unit in a fourth year course added a few years later. I teach both of those courses. I realized near the end of my first reading of Schwartz's book that I was approaching this review from an educator's perspective, and that was likely unfair. I read the book a second time, as though I was a final year student in an undergraduate music therapy program.

Schwartz's academic review of the verbal skills and music therapy literature is possibly too dense for a student reader or recent music therapy graduate. She is particularly thorough in her examination of the music therapy publications that address verbal skills, though she has relied too heavily on American authors and journal publications, or more specifically authors that publish in U.S. journals.

I was disappointed with Schwartz's U.S.-centric approach to the scope of practice review, and to some degree the U.S.-centric approach to her literature review as mentioned earlier. It would have been thoughtful to acknowledge, as an American author, that she was consciously choosing to examine her own association's scope of practice, and then encourage the reader to reflect on their own association or region's scope of practice in light of verbal skills. She could have included a set of investigative questions leading the reader to a similar understanding of the importance of verbal skills in our profession. The unintended tone of exclusion for non-American readers could have been mitigated with a broader, global awareness of music therapy.

I find myself unsure whether to criticize certain American authors, as have other reviewers in previous issues of this and other journals, or take American publishing companies to task on the U.S.-centric approach to books released to the music therapy community. The readership for music therapy is international, so to ignore or neglect the non-American reader seems short-sighted, even if unintended.

Schwartz contributes to the music therapy literature with this book. I was hoping she would venture further with verbal counseling, but as her book title clearly states, she decided to cover basic verbal skills. This book would fit well in an undergraduate program where there is no verbal counseling curriculum, or would suit a recent graduate who is struggling to come to terms with the scope or limits of how far to go with verbal work. This work falls short for those of us who are looking for teaching and reference tools that bring verbal counseling into music therapy.

Reviewed by Stephen C. Williams, MTA

Stephen Williams is an educator and certified music therapist working in the Capilano University Bachelor of Music Therapy program, Vancouver, BC (Canada), where he is also the program coordinator. Throughout his career he has served on numerous boards and committees at both the provincial and national levels.

Critique de livre

Basic Verbal Skills for Music Therapists

Elizabeth Schwartz
Barcelona Publishers, 2019

ISBN: 9781945411472
E-ISBN: 9781945411489

J'ai remarqué le plus récent livre d'Elizabeth Schwartz quand la maison Barcelona Publishers l'a annoncé sur son site Web en octobre 2019. J'étais emballé, car je crois que c'est le premier livre en langue anglaise à faire le pont entre la musicothérapie et les compétences verbales et le counseling. Quand on m'a proposé d'en faire la critique, j'ai accepté avec enthousiasme.

Elizabeth Schwartz est une musicothérapeute, enseignante, clinicienne et auteure étatsunienne. Ce livre est son troisième, en plus des chapitres qu'elle a rédigé pour d'autres ouvrages et des articles qu'elle a publiés.

Basic Verbal Skills for Music Therapists [compétences verbales de base pour musicothérapeutes] est un ouvrage de 152 pages assez facile à lire. Son contenu bien organisé guide le lecteur dans un cheminement flexible visant à utiliser les compétences verbales de base dans un cadre adapté au champ de pratique de la musicothérapie. Il décrit également dans quelle mesure le type de population et le niveau de pratique limitent le recours aux compétences verbales en musicothérapie. Schwartz établit clairement dès le premier chapitre la distinction entre compétences verbales de base et counseling verbal, et que les compétences verbales sont l'aspect sur lequel est axé son livre.

Au second chapitre, l'autrice guide le lecteur dans un examen de la littérature sur la musicothérapie et les compétences verbales qui dénote une grande maîtrise des publications sur la musicothérapie. Le troisième chapitre est une réflexion approfondie sur le rôle des compétences verbales dans notre travail. Toutefois, Schwartz n'examine que le champ de pratique de l'American Music Therapy Association (AMTA). À titre d'enseignant canadien, je suis déçu que Schwartz n'ait pas cru bon de mentionner ou d'examiner des associations d'autres pays où la musicothérapie est florissante. Dans les quelques courts chapitres suivants, elle examine différents niveaux de pratique de la musicothérapie dans une perspective verbale et l'utilisation des mots en thérapie, posant les bases de son approche fondée sur les compétences verbales, qu'elle aborde au chapitre 7.

Dans le reste de l'ouvrage, Schwartz explore prudemment les enjeux éthiques entourant les compétences verbales et présente une nomenclature raisonnée et sensée du travail verbal en musicothérapie, fondée sur le type d'emploi et la description des tâches. Pour les thérapeutes qui font de la musicothérapie récréative, elle propose une structure de base pour amorcer et conclure l'expérience musicale sans avoir à maîtriser les compétences propres aux procédés, à l'interprétation et à l'analyse en profondeur. Elle présente ensuite trois niveaux de compétence verbale de plus, le dernier étant celui qui se rapproche le plus du travail par processus ou du counseling.

Les concepts de Schwartz sont essentiellement présentés en termes de cadrage verbal (chapitre 8), d'échanges verbaux (chapitre 9), d'interactions verbales (chapitre 10) et d'interventions verbales (chapitre 11), et l'ouvrage se termine par une exploration de la relation entre la musique et les mots. Même si l'ouvrage présente quelques exemples illustrant la théorie des compétences verbales de base, je pense que les musicothérapeutes novices y trouveront les principes philosophiques expliquant l'utilisation des compétences verbales, mais rien sur leur mise en application. Une supervision efficace sera donc un outil de choix pour appuyer la lecture et l'utilisation du livre.

Je suis musicothérapeute certifié et j'ai consacré une part importante de ma carrière à perfectionner mes

compétences verbales. J'enseigne dans le cadre d'un programme canadien de musicothérapie de premier cycle. Sur la base de la rétroaction des anciens étudiants, nous avons ajouté, il y a une vingtaine d'années, un cours d'introduction au counseling à la troisième année du programme de musicothérapie. Quelques années plus tard, nous avons introduit un cours de perfectionnement des compétences en counseling à la quatrième année du programme. Je donne ces deux cours. Vers la fin de ma première lecture de l'ouvrage de Schwartz, j'ai réalisé que j'abordais la critique du point de vue d'un enseignant, ce qui est injuste. J'ai donc relu le livre dans la perspective d'un étudiant en dernière année d'un programme de premier cycle en musicothérapie.

L'examen théorique que fait Schwartz des compétences verbales et de la littérature en musicothérapie est sans doute trop dense pour un étudiant ou un nouveau diplômé dans le domaine. Schwartz examine de façon particulièrement exhaustive les publications de musicothérapie portant sur les compétences verbales, mais elle s'appuie trop lourdement sur les auteurs et les revues américaines, plus précisément, sur les auteurs qui publient dans les revues étatsuniennes.

L'approche purement étatsunienne de Schwartz en matière d'examen du champ de pratique m'a déçu, de même que, dans une certaine mesure, son examen de la littérature, comme je l'ai indiqué précédemment. Il aurait été avisé de reconnaître que, en tant qu'autrice étatsunienne, elle a choisi sciemment de se pencher sur le champ de pratique de sa propre association, puis d'encourager le lecteur à réfléchir sur le champ de pratique propre à son association et à sa région en ce qui a trait aux compétences verbales. Elle aurait pu inclure à son ouvrage un ensemble de questions de recherche permettant au lecteur d'en venir par lui-même à comprendre l'importance des compétences verbales dans le cadre de notre profession. L'exclusion involontaire du point de vue des lecteurs non étatsuniens aurait pu être compensée par une prise de conscience élargie de la musicothérapie.

J'hésite moi-même à critiquer certains auteurs étatsuniens, comme l'ont fait d'autres commentateurs dans les éditions précédentes de ce journal et d'autres publications, ou à reprocher ouvertement aux maisons d'édition étatsuniens la perspective limitée des ouvrages qu'ils publient à l'intention de la profession. Les ouvrages de musicothérapie ont un lectorat international. Même si ce n'est pas intentionnel, le fait d'ignorer ou de négliger les lecteurs non étatsuniens témoigne d'un manque de discernement.

Par cet ouvrage, Schwartz contribue à la littérature en musicothérapie. J'aurais espéré qu'elle aille plus loin dans son analyse du counseling verbal, mais, comme le titre de l'ouvrage l'indique clairement, elle s'est sciemment limitée aux compétences verbales de base. Cet ouvrage s'intégrerait bien à un programme de premier cycle qui n'offre pas de cours sur le counseling verbal. Il serait utile à un nouveau diplômé qui peine à poser les limites du champ d'application du travail verbal. Toutefois, il ne répond pas aux besoins de ceux qui sont à la recherche de ressources pédagogiques ou d'outils de référence pour l'intégration du counseling verbal en musicothérapie.

Critique par Stephen C. Williams, MTA

Enseignant et musicothérapeute certifié, Stephen Williams est enseignant et coordonnateur du programme de baccalauréat en musicothérapie à l'Université Capilano à Vancouver, en Colombie-Britannique (Canada). Au fil de sa carrière, il a participé à de nombreux conseils et comités, à l'échelle provinciale et nationale.



Canadian
Association of
Music Therapists

Association
canadienne des
musicothérapeutes

© Canadian Association of Music Therapists, 2021
© Association canadienne des musicothérapeutes, 2021