



R
C
J
M
T
M

**Canadian Journal of
Music Therapy**

**Revue canadienne de
musicothérapie**

Volume 26 | 2020

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 26 | 2020

Editor-in-Chief

Rédactrice en chef

Sue Baines, PhD, MTA, FAMI

Editor, French Content

Directrice, contenu en français

Annabelle Brault, M.A., MTA

Editor, English Content

Directrice, contenu en anglais

Sue Baines, PhD, MTA, FAMI

Copy Editor, French Content

Révision linguistique, contenu en français

Sophie Pallotta, Traductrice et réviseure agréée
(OTTIAQ, ACR)

Copy Editor, English Content

Révision linguistique, contenu en anglais

Cheryl O'Shea, BA

French Translator

Traduction (vers le français)

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

Michel Marchand, Traducteur agréé, OTTIAQ

English Translator

Traduction (vers l'anglais)

Benoît Vanasse, Certified Translator, OTTIAQ

Michel Legault, Certified Translator, OTTIAQ

Proofreader

Correction d'épreuves

Debbie Carroll, PhD, MTA

Editorial Review Board

Comité de lecture

Carolyn Arnason, DA, MTA, FAMI

Felicity Baker, PhD, RMT

Sylvie Boisvert, LGSM, MA, MTA

Darlene Brooks, PhD, MT-BC, FAMI, LPC, ACAT

Debbie Carroll, LGSMT, PhD, MTA

Jane Edwards, PhD, RMT

Lillian Eyre, PhD, MTA, FAMI, MT-BC

Simon Gilbertson, DR. rer. med., RMT

Don Hardy, BMT, MTA

Ann Johnson, BMus, MTA

Petra Kern, PhD, MT-BC, MTA, DMtG

Kevin Kirkland, PhD, MTA, FAMI

John Lawrence, MMT, MTA, NMT

Josephine (Sung Tak) Lee, MA, MTA

Sheila Lee, MA, MTA, FAMI

Nancy McMaster, MA, MTA

Theresa Merrill, PhD, MT-BC, FAMI

Elizabeth Mitchell, RP, MTA, PhD

Nicola Oddy, BMus, MA, RP, MTA, CCC

Noah Potvin, MMT, LPC, MT-BC

Sara Pun, PhD Candidate, MTA, ARCT

Ruth Roberts, MMT, MTA, FAMI

Deborah Salmon, MA, MTA, RP, MFT

Susan Summers, PhD, AVPT, NMT, MTA

Charles Antoine Thibeault, MA, MTA

Stephen Williams, MCAT, MTA

Alpha Woodward, PhD, MTA

Michael L. Zanders, PhD, LPC, MT-BC

PRINTER

Minuteman Press London North
London, Ontario, Canada

© Canadian Association of Music Therapy, 2020
© Association canadienne des musicothérapeutes, 2020
ISSN 1199-1054

Table of Contents

From the Editor-in-Chief and English Content Editor	4
Sue Baines	
From the French Content Editor	8
Annabelle Brault	
Article 1	9
Interview with Feminist Music Therapy Pioneer, Dr. Sandi Curtis	
Annabelle Brault	
Article 2	18
The Effects of Music-Based Experiential Supervision on Perceived Competency with Music Therapy Practicum Students	
Michael L. Zanders	
Article 3	30
“How Do You Write Your Music Therapy Goals and Objectives?”: Seeking Canadian Perspectives	
Nicola Oddy and Annabelle Brault	
*Article 4	47
La musicothérapie communautaire en santé mentale : un paradigme fondé sur la chanson et la participation du client	
Sue Baines and Graeme Danko	
Book Review 1	75
Petra Kern and Marcia Humpal (Eds.), <i>Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder</i> (Second Edition): <i>Supporting Children and Their Families</i>	
Reviewed by Esther Thane	
Book Review 2.....	82
Jayne M. Standley, <i>Evidence-Based Practice in Music Therapy: Transfers from Research to Clinical Settings</i>	
Reviewed by Aksana Kavaliova-Moussi	
Book Review 3.....	89
Denise Grocke (Ed.), <i>Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond, 2nd ed.</i>	
Reviewed by Kiki Chang	
Book Review 4.....	96
Joel Kroeker, <i>Jungian Music Psychotherapy: When Psyche Sings</i>	
Reviewed by Noele Bird	
Book Review 5.....	102
Michel Rochon. <i>Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d’art et de science</i>	
Reviewed by Guylaine Vaillancourt	
Submission Guidelines.....	104
*French content	

Table des matières

*Mot de la rédactrice en chef et directrice du contenu en anglais	5
Sue Baines	
* Mot de la directrice du contenu en français.....	7
Annabelle Brault	
*Article 1	13
Entretien avec la D ^{re} Sandi Curtis, pionnière de la musicothérapie féministe	
Annabelle Brault	
Article 2	18
The Effects of Music-Based Experiential Supervision on Perceived Competency with Music Therapy Practicum Students	
Michael L. Zanders	
Article 3	30
“How do You Write Your Music Therapy Goals and Objectives?”: Seeking Canadian Perspectives	
Nicola Oddy et Annabelle Brault	
*Article 4	47
La musicothérapie communautaire en santé mentale : un paradigme fondé sur la chanson et la participation du client	
Sue Baines et Graeme Danko	
*Critique de livre 1	78
Petra Kern et Marcia Humpal (dir.), <i>Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder (Second Edition): Supporting Children and Their Families</i>	
Critique par Esther Thane	
*Critique de livre 2	85
Jayne M. Standley, <i>Evidence-Based Practice in Music Therapy: Transfers from Research to Clinical Settings</i>	
Critique par Aksana Kavaliova-Moussi	
*Critique de livre 3	92
Denise Grocke (dir.), <i>Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond, 2nd ed.</i>	
Critique par Kiki Chang	
*Critique de livre 4	98
Joel Kroeker, <i>Jungian Music Psychotherapy: When Psyche Sings</i>	
Critique par Noele Bird	
*Critique de livre 5	100
Michel Rochon. <i>Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d’art et de science</i>	
Critique par Guylaine Vaillencourt	
*Normes de soumission des articles	108
*Contenu français	

When we started planning the 2020 issue of the *Canadian Journal of Music Therapy (CJMT)*, the world was different than it is as I write this editorial today. 2020 is the year of the worldwide pandemic of the new coronavirus, COVID-19. This threat has awakened our global community to our capacity to work together in pulse, rhythm, and harmony to care for our human family. As we shelter in place to slow the progress of the epidemic, we turn inward and review our awarenesses and understandings of who we are. And we turn outward to support our communities through these difficult, turbulent times. Many of us have moved to online platforms to deliver deeply valuable and needed music therapy services to vulnerable clients. Others continue to go to job sites, risking our own health while creating new ways to work with clients—changing the way we practise to include incorporating physical distancing and using no instruments while dressed in personal protective equipment. As a community of people who value improvisation, these rapid changes have stretched our creativity and capacities considerably.

As we struggle to make sense of the impact of COVID-19 on our lives and the lives of those for whom we care, the global community has become increasingly aware of the importance of arts to sustain health and well-being. Music therapists promote this process daily, which makes me immensely proud of our profession. May we use this crisis to continue to build a generous, inclusive, innovative, radical solidarity between all peoples, their music, and their pursuit of social meaning and social justice.

CJMT 2020 provides opportunities to deepen our music therapy learning on a broad spectrum of topics. It begins with an interview by Annabelle Brault, *CJMT*'s new French content editor, with Dr. Sandi Curtis who recently retired from Concordia University. Brault writes about Curtis's tireless work for social justice in her quest to end violence against women. This article is followed by Michael Zanders's study that explores music-based experiences in music therapy practicum supervision. Nicola Oddy and Annabelle Brault's paper on how Canadian music therapists address goals and objectives in their practices is next. The final article is a French translation of Sue Baines and Graeme Danko's *CJMT 2010* article, "Community Mental Health Music Therapy: A Consumer-Initiated Song-Based Paradigm" / « La Musicothérapie Communautaire En Santé Mentale : Un Paradigme Fondé Sur La Chanson Et La Participation Du Client », chosen by the CAMT board. It explores a community mental health music therapy program through the voices of the participants and staff.

Five book reviews complete this issue. Esther Thane reviews Kern and Humpal's (2019) second edition exploring music therapy with young children with autism and Aksana Kavaliova-Moussi covers Standley's (2019) e-book on evidence-based practice in music therapy. Kiki Chang shares her thoughts on Grocke's (2019) second edition that considers approaches to guided imagery and music and Noele Bird writes about Kroeker's (2019) book on his approach to Jungian music psychotherapy. Guylaine Vaillancourt's review of Rochon's (2018) book on music and the brain completes *CJMT 2020*.

This is my final issue as editor-in-chief of the *Canadian Journal of Music Therapy (CJMT)*; my term is now complete. I am very proud of my contribution to *CJMT* including a complete redesign of the journal, establishment of our logo, and in each issue publishing leading edge, groundbreaking topics of interest and value to our readership. I would like to thank the editorial team and many authors with whom I have had the privilege to work; it has been a great honour. I look forward to the realization of the CAMT initiative towards *CJMT* being an open access journal. I hope that I have served the membership well and wish the new editor-in-chief, SarahRose Black, all the best.

Sue Baines, PhD, MTA, FAMI
Editor-in-Chief and English Content Editor, *CJMT*
journal@musictherapy.ca

References

- Grocke, D. (Ed.). (2019). *Guided imagery and music: The Bonny method and beyond* (2nd ed.). Dallas, TX: Barcelona.
- Kern, P., & Humpal, M. (Eds.). (2019). *Early childhood music therapy and autism spectrum disorder (Second Edition): Supporting children and their families*. London, England: Jessica Kingsley.
- Kroeker, J. (2019). *Jungian music psychotherapy: When Psyche sings*. London, England: Routledge.
- Rochon, M. (2018). *Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d'art et de science*. Montreal, QC: Multimondes.
- Standley, J. (2019). *Evidence-based practice in music therapy: Transfers from research to clinical settings*. De La Vista.

Quand nous avons commencé à planifier l'édition 2020 de la Revue canadienne de musicothérapie (RCM), le monde était différent de ce qu'il est au moment d'écrire ces lignes. L'année 2020, c'est l'année de la pandémie mondiale du nouveau coronavirus, la COVID-19. La menace a éveillé, au sein de la communauté mondiale de musicothérapie, la capacité à travailler de concert et en harmonie pour soigner notre famille humaine. Alors que nous nous isolons pour ralentir la propagation du virus, nous nous replions sur nous-mêmes pour nous livrer à un examen de conscience. Parallèlement, nous nous tournons vers l'extérieur pour soutenir nos collectivités en ces temps difficiles et turbulents. Nombre d'entre nous ont adopté des plateformes en ligne pour fournir de précieux services de musicothérapie à des clientèles vulnérables. D'autres continuent de travailler dans des établissements de soins, risquant leur propre santé, modifiant leurs méthodes de travail pour respecter les consignes de distanciation physique, en évitant d'utiliser des instruments et en portant l'équipement de protection individuelle. Même si notre profession valorise l'improvisation, ces changements rapides ont poussé encore plus loin les limites de notre créativité et de nos capacités.

Alors que nous nous efforçons de comprendre la portée des répercussions de la COVID-19 sur nos vies et sur celles des gens que nous soignons, la communauté internationale est devenue de plus en plus consciente de l'importance des arts pour la santé et le bien-être. Les musicothérapeutes soutiennent ce processus au quotidien, ce qui me remplit de fierté à l'égard de notre profession. Pussions-nous tirer de cette crise la volonté de créer une solidarité généreuse, inclusive, innovante et radicale entre les peuples et leur musique, et pour soutenir leur quête de sagesse et de justice sociales.

La *RCM 2020* nous procure l'occasion d'approfondir notre apprentissage des nombreuses facettes de la musicothérapie. Elle s'ouvre sur une entrevue de la D^{re} Sandi Curtis, nouvellement retraitée de son poste à l'Université Concordia, par Annabelle Brault, la nouvelle directrice du contenu en français pour la RCM. M^{me} Brault décrit le travail soutenu de la D^{re} Curtis en matière de justice sociale et ses efforts pour mettre fin à la violence contre les femmes. Cet article est suivi par une étude de Michael Zanders, qui

explore les expériences musicales dans la supervision des stages pratiques de musicothérapie. Vient ensuite l'article de Nicola Oddy et Annabelle Brault, qui décrit comment les musicothérapeutes canadiens s'y prennent pour déterminer leurs buts et objectifs. Le dernier article, choisi par le Conseil d'administration de l'ACM, est une traduction française de l'article publié en 2010 intitulé *Community mental health music therapy: A consumer-initiated song-based paradigm* (La musicothérapie communautaire en santé mentale : un paradigme fondé sur la chanson et la participation du client) et illustrant un programme de musicothérapie communautaire qui donne la parole aux participants et au personnel.

Cinq critiques de livres complètent ce numéro. Esther Thane présente un compte rendu de la seconde édition de l'ouvrage de Petra Kern et Marcia Humpal (2019), qui explore la musicothérapie auprès des jeunes enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme, et Aksana Kavaliouva-Moussi se penche sur le livre numérique de Jayne Standley (2019) sur la pratique de la musicothérapie fondée sur les données probantes. Kiki Chang partage ses réflexions sur la seconde édition de l'ouvrage de Denise Grocke (2019), qui examine les démarches propres à la méthode de musique et imagerie guidée. Noele Bird commente le livre de Joel Kroeker (2019) sur son approche de la psychothérapie musicale jungienne. Un compte rendu du livre de Michel Rochon (2018) sur la musique et le cerveau rédigé par Guylaine Vaillancourt clôt l'édition 2020 de la *RCM*.

Ce numéro de la *Revue canadienne de musicothérapie (RCM)* est le dernier auquel je collabore à titre de rédactrice en chef, car mon mandat est maintenant terminé. Je suis très fière de ma contribution à la *RCM*, qui a mené, entre autres, à une refonte complète de la revue et à la création de notre logo, et qui m'a permis de participer à la publication d'articles avant-gardistes sur des sujets intéressants et utiles pour notre lectorat. Je tiens à remercier notre équipe de rédaction et les nombreux auteurs avec qui j'ai eu le privilège de collaborer. Ce fut un grand honneur. Je suis impatiente de voir se réaliser l'initiative de l'AMC, qui souhaite que la *RCM* devienne une revue en libre accès. J'espère avoir bien servi nos membres et je transmets à la nouvelle rédactrice en chef, SarahRose Black, tous mes vœux de succès.

Sue Baines, Ph. D., MTA, FAMI
Rédactrice en chef et Directrice,
contenu en anglais *RCM*
journal@musictherapy.ca

Références

- Grocke, D. (dir.). (2019). *Guided imagery and music: The Bonny method and beyond* (2^e éd.). Dallas, TX : Barcelona.
- Kern, P., et Humpal, M. (dir.). (2019). *Early childhood music therapy and autism spectrum disorder (Second Edition): Supporting children and their families*. Londres, Angleterre : Jessica Kingsley.
- Kroeker, J. (2019). *Jungian music psychotherapy: When Psyche sings*. Londres, Angleterre : Routledge.
- Rochon, M. (2018). *Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d'art et de science*. Montréal, QC : Multimondes.
- Standley, J. (2019). *Evidence-based practice in music therapy: Transfers from research to clinical settings*. De La Vista.

Mot de la directrice du contenu en français

L'année 2020 a débuté par un grand chamboulement à l'échelle mondiale en raison des effets destructeurs de la COVID-19. Plus que jamais, nous avons été témoins du pouvoir rassembleur de la musique, tout particulièrement dans les périodes difficiles. Dans les médias sociaux, les artistes se sont ralliés et ont offert des concerts gratuits par le biais de diverses plateformes de télédiffusion, et les plus grands orchestres et opéras du monde ont rendu accessibles de vastes collections d'enregistrements d'œuvres musicales intemporelles, offrant un peu de douceur pour traverser la période de confinement. En Italie, depuis leurs balcons, les gens ont exprimé leur peine et leur espoir en chantant. Tout en respectant les règles de confinement, plusieurs musicothérapeutes à travers le Canada et le monde ont continué à soutenir leurs patients, en personne ou en téléconférence, et nos associations provinciales et nationale ont fait de même pour leurs membres. Quel privilège que d'avoir pu être témoin de la résilience et de la solidarité dont a fait preuve notre communauté.

C'est avec grand plaisir que je vous présente aujourd'hui les contributions francophones à l'édition 2020, volume 26 de la *Revue canadienne de musicothérapie*. Nous entamons ce numéro avec un entretien que j'ai eu l'immense plaisir d'avoir avec la D^{re} Sandi Curtis, pionnière de la musicothérapie féministe. Dans cette entrevue, M^{me} Curtis fait le point sur une longue et fructueuse carrière en musicothérapie. Elle nous parle de son parcours, de ses passions et des défis qu'elle a dû relever. Mais, par-dessus tout, elle illustre les valeurs de justice sociale et d'équité qui ont guidé son parcours d'activiste.

Nous continuons ce numéro avec « La musicothérapie communautaire en santé mentale : un paradigme fondé sur la chanson et la participation du client » traduit de l'article original en anglais puisé dans l'édition 2010 de la *Revue canadienne*. Dans cet article, toujours d'actualité, Sue Baines et Graeme Danko présentent une enquête sur les perceptions des usagers d'un programme de musicothérapie communautaire en santé mentale. D'abord, les auteurs examinent les résultats d'un sondage publié en 2000, illustrant ainsi l'évolution du programme après plus d'une décennie d'existence. Ils présentent ensuite une analyse des entrevues dans laquelle ils donnent voix aux participants du programme. Cette recherche fait valoir

les perceptions des clients sur l'efficacité de ce modèle et offre une analyse intéressante de l'incidence qu'ont le choix, le partage et la performance de chansons sur la personne et sur la communauté.

Enfin, Guylaine Vaillancourt nous présente une critique du livre intitulé *Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d'art et de science*, paru en 2018 aux éditions MultiMondes. Ce livre ambassadeur écrit par Michel Rochon offre de multiples perspectives sur l'évolution du son et le rôle de la musique dans nos vies. Il fait une mention toute spéciale de la contribution du travail des musicothérapeutes pour améliorer la vie des gens.

Je tiens à remercier ma collègue, Guylaine Vaillancourt, et la rédactrice en chef, Sue Baines, pour leur patience à mon égard et pour leurs conseils, précieux dans l'exercice de mon nouveau rôle en tant que directrice du contenu en français. C'est un grand privilège d'animer un forum bilingue dans lequel les musicothérapeutes peuvent échanger sur la diversité de leur travail et de leur recherche. J'aimerais terminer avec une invitation : si vous souhaitez publier un article en français, même si vous ne l'avez jamais fait auparavant, communiquez avec moi; j'aurai grand plaisir à discuter avec vous de vos idées et de vos projets de recherche, puis de vous guider dans le processus de publication. Nous avons à cœur de rendre la *Revue canadienne de musicothérapie* accessible à quiconque exerce la profession, et inclusive de toutes les voix qui s'harmonisent dans l'univers de la musicothérapie au Canada.

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

From the French Content Editor

The start of 2020 was marked by immense, worldwide upheaval, due to the destructive effects of COVID-19. We have, now more than ever, seen the power of music to draw people together, especially in challenging times. Artists have joined forces on social media to present free concerts using various television broadcasting platforms. The world's greatest orchestras and opera companies have made vast collections of timeless musical works accessible—a source of comfort for people in lockdown. People in Italy, singing from their balconies, gave voice to their plight and their hopes. A number of music therapists throughout Canada and around the world have continued to support their patients in person or by teleconference while adhering to lockdown rules, and both our national and provincial associations have done the same for their members. What a privilege it has been to witness our community's resilience and solidarity.

I am now very pleased to present to you the French-language contributions in Volume 26 of the *Canadian Journal of Music Therapy*, 2020 edition. The lead article in this issue is an interview that I had the immense pleasure of conducting with Dr. Sandi Curtis, a pioneer in the field of feminist music therapy. Dr. Curtis reflects on her long and successful career in music therapy, and shares with us the history of that career, her passions, and the challenges she had to take on. The overarching theme, however, is the social justice and equity values that guided her journey as an activist.

Next, a translation of the article, “Community Mental Health Music Therapy: A Consumer-Initiated Song-Based Paradigm,” taken from the 2010 edition of the *CJMT*, is presented. This article, which is still relevant today, presents an inquiry by Sue Baines and Graeme Danko into users' perceptions of a community music therapy program for mental health. The authors start by examining the findings of a survey published in 2000, showing how the program has evolved more than a decade after its inception. They go on to present an analysis of interviews in which program participants are invited to voice their thoughts. Their research draws out client perceptions of this model's effectiveness, and presents an interesting analysis of how song selection, sharing, and performance can impact the individual and the community.

Guylaine Vaillancourt then presents a book review of *Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d'art et de science* [*Music and the Brain: A Fantastic Odyssey Combining Art and Science*], published by Les Éditions MultiMondes in 2018. This work by Michel Rochon, which presents multiple perspectives on the evolution of sound and the role of music in our lives, is truly an “ambassador” for our profession. The author singles out, for special mention, the music therapist's contribution to improving people's lives.

I wish to thank my colleague, Guylaine Vaillancourt, and the Editor-in-chief, Sue Baines, for their patience and their advice which I found highly valuable in my new role as Editor, French Content. Running a bilingual forum in which music therapists can discuss the diversity of their work and research is a great privilege. I would like to close with an invitation: If you wish to have a French-language article published—even if you have never done so before—get in touch with me. I would be very pleased to start by discussing your ideas and research projects with you, and then guide you through the publishing process. Our commitment is to ensure that the *Canadian Journal of Music Therapy* is accessible to every practitioner of this profession, and inclusive of all the voices that come together in harmony in Canada's music therapy universe.

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

Interview with Feminist Music Therapy Pioneer, Dr. Sandi Curtis

Annabelle Brault, MA, MTA
Concordia University, Montreal, Quebec

Sandi Curtis (PhD) is Professor Emeritus in the Department of Creative Arts Therapies at Concordia University. With more than 30 years' experience as a clinician, educator, and researcher, her work has spanned from feminist music therapy and community music therapy to working with women and children survivors of violence and adults with disabilities, as well as the Deaf Community. She is the founder of the music therapy graduate programs at Concordia University, including the first Canadian online master's program in music therapy. Dr. Sandi Curtis takes a reflexive look at her career as a music therapy practitioner, educator, researcher, and advocate of women's rights in this interview conducted by Annabelle Brault, her former student and colleague at Concordia University.

Can you tell us about the early developments of your music therapy career?

To pursue a career in music therapy, I had to go to the United States to get my education and training as there was no university-level program at all in Canada during the 1980s. After leaving Montreal to study in the United States at Florida State University, I came back and got my first professional music therapy position in Toronto in 1983, working in palliative care/gerontology. My workload was split between two hospitals—the Toronto Grace Hospital and the Riverdale Hospital. Both hospitals had one unit in palliative care and several units in gerontology. I really enjoyed the work. At that time, I was purely focused on getting started in my career. Then, an opportunity came up to teach in the United States. Although I was very satisfied with my work and life in Toronto, I was young and, as some say, unencumbered, so I thought, why not try it? I applied for the job and got it. It was a music therapy teaching position at the Cleveland Music Therapy Consortium. This consortium included five universities and colleges—Baldwin Wallace College, Case Western Reserve University, Cleveland State University, Oberlin College, and Wooster College.

Teaching undergraduate students in Cleveland was a new and very exciting experience. One of the delights of working full-time in teaching is that you can also do some part-time clinical work on the side, and you are not restricted to a single facility or a single type of population. I started doing some music therapy work with developmentally disabled adults and, because it was an interest of mine, I focused on such issues as facilitating friendship networking, community building, and connecting with the community. That was my first experience in this area and I quite enjoyed it as well.

After several years, I took a teaching position in Georgia. The program at Georgia College was almost non-existent at the time I arrived, with only three students. I stayed there for quite some time, about 13 years. I was able to build up the undergraduate program and develop a master's program there before I left. During that time, I did some more clinical work with developmentally disabled adults, but I also began to get some connections working with women survivors of violence. My initial experience working with women survivors was while I was working at a maximum-security women's correctional facility; many of the women I saw there revealed that they had been previously abused in their lives. I was struck by the importance of this work and followed up with other work at local battered women's shelters.

After this 13-year adventure in Georgia, I began thinking about returning to Canada. I had missed it a lot. I enjoyed the different cultural experiences that I had in the United States, but I thought it was time to get back to my own roots. A Canadian job opportunity came up that I took, teaching in the undergraduate music therapy program at the University of Windsor. In this position, I was again able to do clinical work at the same time. In this case, I had the opportunity to work at women's shelters and rape crisis centres, collaborating with social workers as well as working in palliative care.

Throughout this stage of my career, I never thought my life would bring me back to my hometown

of Montreal. Then, quite unexpectedly, a music therapy faculty position opened up at Concordia University in Montreal, and I jumped at it, thinking, “wow, this is wonderful.” It seems my life has taken me on a very long, circuitous journey, bringing me all the way back to where I started in Montreal.

Social justice has certainly been central to your work as a music therapy clinician, educator, and researcher. As a past student of yours myself, I can attest to the power of your embodiment of social justice and advocacy for women victims of male violence. How did this central theme of social justice emerge throughout your music therapy career?

It evolved for me out of grassroots experiences. There was no official social justice or feminist training in my music therapy education, with the exception of my doctoral program. I was interested informally in feminism and social justice when I was in high school. So, I got involved in personal readings and personal experiences of protesting as an activist for women’s rights. It first felt very separate, compartmentalized from my music therapy career. Then when I was working in Cleveland with developmentally disabled adults, I began to think about how so many were often being kept isolated and ghettoized. This led me to think more explicitly about social justice issues for developmentally disabled adults; and then of course, when I started working in Georgia with women survivors of violence, there was a clear connection.

In 1993, while in Georgia, I was given an opportunity to take a year of absence to pursue a doctoral degree. Having reviewed a number of programs, I found the one at Concordia University the most appealing—it was an innovative program that allowed me an unprecedented opportunity to combine my unique interests in feminist therapy, music therapy, and social justice.

When I first started looking at feminist therapy, I was doing readings outside of music therapy as feminist therapy was non-existent in the music therapy literature at that time. I started reading in social work and in psychology, where they had much more to offer. They were about 20 years in advance of us in music therapy. When I got my opportunity to study my doctoral degree at Concordia, I wondered if violence against women

was still an issue. I thought surely it had been resolved. But I learned, of course, that it absolutely had not. That is when I began to really look into the area of feminist music therapy for women survivors of violence.

I should add that I began to understand that, for me, I can’t possibly be a good therapist if I only deal with people within the confines of the music therapy room. If you help women recover from the harm of violence, but then send them out into a world that is horribly violent against women, that devalues and objectifies women—it is irresponsible. We need to take moral responsibility to change the world. No matter how idealist that might seem, it’s important. It really is practically, critically important.

So that is where the social justice piece originated more explicitly for me. I then took that further, from reading and learning more about feminist therapy, the grass roots movements, and how that was being seen in music therapy, to realizing that it was our responsibility. Understanding not just that we could be social activists, but that we should be social activists.

And what form did that take for you?

It took place both within my therapy work and within my personal life. In my personal life, I was involved in organizing candlelight vigils and “Take Back the Night” marches. I was in small enough towns in Georgia and in Ontario that I could be actively and readily involved in probably the only event of this kind going on in each city at the time. But it also took place in my therapy work, where I began to see that as therapists, we can be facilitators and coaches working with our clients, but we also have to allow the door to open so that our clients can speak for themselves and be their own activists for their own lives and then for other women too. So, it was a two-pronged process: personal and professional.

A major achievement in your career is the development of the music therapy training programs at Concordia University. Can you tell us more about how that unfolded, as well as your motivation for engaging in program development?

It was quite a challenge! My understanding was that Concordia had been trying to develop a graduate music therapy program for about 15 to 20 years and had

not been successful. But there was such a commitment to make it happen. I was impressed with this commitment, which was so great that, at a certain point, they put their money where their mouth was and created a new tenure-track position in music therapy for someone to come and develop the program. I applied for it and got the job. I was very excited. You know, you wonder, when it takes this long, if it is going to work. I think certainly that having a full-time person dedicated to creating the program was a positive step for Concordia. Then, it was a matter of completing a huge amount of paperwork, making connections, re-assessing the market place, and seeing if there was still an interest. I was pleased to see that there was still a great interest. It was going to take a bit of a change, because the undergraduate program that had historically been in Montreal for some time had been in French only. So suddenly, to bring in an English-only program, we were very mindful to ensure that the program, although hosted within an English university, would be as supportive as possible for both anglophones and francophones, and of course, for the allophone population as well.

The first year was a bit lonely without any music therapy students or anyone making music in the hallways! Within a year, I successfully established the graduate diploma; I realized that everywhere else in Canada had a bachelor's degree, and we had to have something that would serve in that place, since the one that we had in Quebec no longer existed. Then, in the second year, the master's degree was approved; this was quite a long process, since master's programs must go through various institutional and provincial approving agencies. Within two years, we had secured full program approval and had welcomed our first cohort, which was very exciting. We had people from all walks of life—people who had been waiting around for years to do a master's, people who were just fresh out of school, ready to start. And the hallways were now filled with the sounds of music! Within that second year, we hired Guylaine Vaillancourt, which was wonderful. Her support as a full and active member of the team was critical to the success of our programs. She had deep roots in the Quebec music therapy community, great expertise, and an unbridled enthusiasm for growing our practicum/internship program. A couple of years later, we were able to open a third tenure-track position and subsequently hired Laurel Young. And that completed

our invincible music therapy team! Each of us brought our unique skill set and music therapy perspectives, making a rich and diverse combination.

As Professor Emeritus of music therapy, you have established a significant and powerful legacy: the first online music therapy master's program in Canada, an interactive e-book on music for women survivors of violence, a social justice award in your name for music therapy students, and a wealth of high calibre research studies and book chapters. What are you most proud of?

Thank you for your kind words. Actually, there are a few things of which I am really proud. Since we just talked about the programs, I'll mention first that I am really proud that I was able to establish, working hand-in-hand with Laurel and Guylaine, such well-solidified, well-founded music therapy programs—ones that embrace a diversity of perspectives and innovative approaches. I am excited about not only what the faculty do, but also about what our students and graduates do. I hope that this has and will continue to contribute, at least in a small measure, to the Canadian music therapy landscape.

The next most important thing, or equally important thing, is the book that I have just written on music for women survivors of violence. I have a lot of other publications, but this one was closest to my heart. First of all, of course, it was a full book; but also, I wanted to be sure it was not just for music therapists. I really think it is important for music therapists to get the word out to the public about what it is we are doing, and what music and music therapy can mean, what powerful resources they can be for anybody. For me, the time I spent on it was a real labour of love. Everything I read [in preparation for the book] was delightful, just exactly what I wanted to read in the moment. As I'd be writing a chapter, another book would get published and, each time, I would have to go back, read it, and add it in. Eventually, I had to stop once I got to the end of the book. Ultimately, it was so rewarding for me to be able to write about what I had researched and learned, to include my own reflections, and to support this with the music of so many strong women singer/songwriters, all the while making it accessible for all. That is why this book is closest to my heart.

Moving forward, what are your hopes in terms of the development of music therapy in Canada?

I know there are many different ways and exciting places where the field of music therapy will go. For me, I'd love to see feminist music therapy break out more from the silo of those interested in feminism and feminist music therapy. I'd like to see a point where everybody begins to realize that all women's lives are impacted by the socio-political culture in which they live, in which the therapists live, and in which the therapists and clients work together. Of course, it's not only all women, but all men, and everyone along the gender continuum; we are all impacted by this. I'd love to see intersectional feminism going more mainstream into the work of everyday music therapists. We will be better able to meet our clients' needs if we have a deeper understanding of how this plays out in their lives and in our own. And it does whether we know it or not, or whether we recognize it or not; it does. Therapy is not neutral; it is embedded in our culture, and we live in a particular culture.

Building on intersectional feminism again, I would like to see greater diversity amongst music therapists. Not all, but many do work very hard to embrace an understanding of cultural diversity in their practice, but I would also like to see the actual diversity of our music therapists reflect the diversity of the people with whom we work. I am hoping that Concordia's online master's will contribute to that by making music therapy education and training accessible to people who might live in remote areas, so that they can serve the people who live in their community.

Closing Words by the Author

Thank you to Dr. Sandi Curtis for her incredible dedication and countless contributions to the field of music therapy in Canada and around the world. Particularly, I would like to encourage you to consult Sandi's extensive publication list using the Google Scholar link provided in the reference list. Free access to her articles can also be found on Concordia's Spectrum Research Repository (2020). Her relentless passion and advocacy for the importance of feminist views in music therapy is a precious legacy for us all. It also seems appropriate to end this article with a call for action: I would like to encourage everyone to read Dr. Sandi Curtis's new interactive e-book entitled *Music for Women (Survivors of Violence)* so that, together, we can spread awareness of how music, music therapy, and each of us can challenge the oppressive systems that impact women's lives.

References

- Curtis, S. L. (2019). Music for women (survivors of violence): A feminist music therapy interactive eBook. Dallas, TX: Barcelona. Available at <https://www.barcelonapublishers.com/>
- Curtis, S. L. (2020). Articles authored by Sandra L. Curtis. Google Scholar. Retrieved from https://scholar.google.ca/citations?hl=en&user=w1oB_0oAAAAJ
- Curtis, S. L. (2020). Research materials authored by Sandra L. Curtis. Spectrum Research Repository.

Author Information

Annabelle Brault, MA, MTA, is a resource-oriented music therapist, musician, researcher, and educator. A full-time music therapy lecturer at Concordia University, she is interested in the use of music technology as a creative medium to instill social change. Alongside her teaching, she works as a music therapist with autistic youth and family caregivers.

annabelle.brault@concordia.ca

Entretien avec la D^{re} Sandi Curtis, pionnière de la musicothérapie féministe

Annabelle Brault, M.A., MTA
Université Concordia, Montréal, Québec

Sandi Curtis (Ph.D.) est professeure émérite de musicothérapie au Département de thérapies par les arts de l'Université Concordia. Elle possède plus de 30 années d'expérience comme clinicienne, pédagogue et chercheuse. Spécialiste de la musicothérapie féministe et communautaire, elle a travaillé auprès de femmes et d'enfants ayant survécu à la violence, d'adultes aux prises avec un handicap et de membres de la communauté sourde. Elle est fondatrice des premiers programmes d'études supérieures en musicothérapie offerts à l'Université Concordia, notamment le tout premier programme en ligne de maîtrise dans cette discipline au Canada. Dans une entrevue accordée à Annabelle Brault, une ancienne étudiante et collègue de Concordia, Sandi Curtis dresse le bilan de sa fructueuse carrière de praticienne, d'enseignante, de chercheuse et de défenseure des droits des femmes.

Pouvez-vous nous parler des débuts de votre carrière de musicothérapeute?

Pour faire mon apprentissage et ma formation en musicothérapie, j'ai dû me rendre aux États-Unis. En effet, dans les années 1980, il n'existait aucun programme d'études de calibre universitaire dans cette discipline au Canada. J'ai donc quitté Montréal pour aller faire mes études à l'Université d'État de la Floride. Je suis revenue au pays en 1983. C'est alors que j'ai décroché mon premier poste de musicothérapeute professionnelle, à Toronto, dans le secteur des soins palliatifs et gériatriques. Ma charge de travail était divisée entre deux centres hospitaliers – l'hôpital Grace et l'hôpital Riverdale. Chaque centre disposait d'une unité de soins palliatifs et de plusieurs unités de soins gériatriques. J'adorais mon travail. À l'époque, tous mes efforts étaient strictement voués à faire démarrer ma carrière. Puis, on m'a offert l'occasion d'aller enseigner aux États-Unis. Même si j'étais très satisfaite de mon travail et de ma vie à Toronto, j'étais aussi jeune et, comme le disent certains, sans contrainte. Alors, je me suis dit :

« Pourquoi ne pas tenter ma chance? » J'ai postulé, et j'ai obtenu le poste. Il s'agissait d'un emploi d'enseignante en musicothérapie au Music Therapy Consortium de Cleveland. Ce consortium regroupait cinq universités et collèges : le Collège Baldwin Wallace, l'Université Case Western Reserve, l'Université d'État de Cleveland, le Collège Oberlin et le Collège Wooster.

Enseigner à des universitaires au premier cycle à Cleveland s'est révélé une expérience nouvelle et très stimulante. Un des plaisirs de l'enseignement à temps plein est qu'il vous permet de mener, en parallèle, des travaux cliniques à temps partiel. De plus, ces travaux ne sont pas restreints à un seul centre ou à un seul type de clientèle. J'ai commencé à animer des séances de musicothérapie auprès d'adultes souffrant de troubles du développement et – parce que ça m'intéressait particulièrement – je concentrais mes efforts sur certains aspects, notamment la création de liens d'amitié, le renforcement de l'esprit communautaire et l'établissement de liens avec la collectivité. C'était ma première expérience dans ce domaine, et cela m'a beaucoup plu.

Après plusieurs années, j'ai accepté un poste en enseignement en Géorgie. À l'époque où je suis arrivée au Georgia College, le programme de musicothérapie était quasi inexistant – seules trois personnes y étaient inscrites. J'y suis restée assez longtemps – environ 13 ans. Avant de partir, j'avais réussi à consolider le programme d'études de premier cycle et à élaborer un programme de maîtrise. Durant cette période, non seulement ai-je continué à travailler en clinique auprès d'adultes aux prises avec des troubles du développement, mais j'ai aussi commencé à m'intéresser aux femmes survivantes d'actes de violence. Alors que je travaillais dans un établissement pénitentiaire à sécurité maximale pour femmes, j'ai rencontré nombre de femmes qui avaient été victimes de violence dans le passé. J'ai été frappée par l'importance de ce travail et j'ai poussé plus loin dans cette veine en proposant mes services dans des refuges locaux pour femmes violentées.

À la suite de cette aventure de 13 ans en Géorgie, j'ai commencé à songer à revenir au Canada. Le pays me manquait. J'avais bien aimé les différentes expériences culturelles que j'avais vécues aux États-Unis, mais je trouvais qu'il était temps de revenir à mes racines. Une occasion d'emploi au Canada s'est présentée et je l'ai saisie. Il s'agissait d'un poste d'enseignante au premier cycle en musicothérapie à l'Université de Windsor. Encore là, j'ai pu travailler comme clinicienne en même temps que j'enseignais. Dans ce cas-ci, j'ai eu la possibilité de collaborer avec des professionnels en travail social dans des refuges pour femmes et des centres d'aide pour victimes de viol, et de travailler dans le milieu des soins palliatifs.

À cette étape de ma carrière, jamais je n'aurais pensé que la vie me ramènerait à ma ville natale, Montréal. Puis, de façon plutôt inattendue, un poste de professeure en musicothérapie est devenu disponible à l'Université Concordia. Inutile de dire que j'ai sauté sur l'occasion. Je me suis dit : « Wow, mais c'est fantastique! ». Il m'a semblé que mon parcours, très sinueux, me ramenait finalement à Montréal, mon point de départ.

On voit bien que la justice sociale occupe une place centrale dans votre travail de clinicienne, d'enseignante et de chercheuse. Étant l'une de vos anciennes étudiantes, je suis à même de constater toute la force de votre engagement envers la justice sociale et votre dévouement à la cause des femmes victimes de la violence des hommes. Comment cet aspect incontournable de la justice sociale s'est-il imposé au fil de votre carrière de musicothérapeute?

Cette réflexion est née de mes expériences sur le terrain. À l'époque où j'ai fait mon apprentissage, il n'existait dans le programme d'études en musicothérapie aucune formation officielle sur les notions de justice sociale et de féminisme, sauf au doctorat. J'ai commencé à m'intéresser de manière informelle à ces thèmes pendant mon secondaire, notamment par mes lectures personnelles et mes expériences de manifestante pour le droit des femmes. Au début, ces deux facettes de ma vie m'apparaissaient complètement distinctes et bien compartimentées – d'un côté la militante, et de l'autre, la musicothérapeute. Puis, dans le cadre de mon travail à Cleveland auprès d'adultes

atteints de troubles du développement, j'ai commencé à faire des rapprochements quand j'ai constaté que beaucoup de ces personnes étaient souvent tenues à l'écart et ghettoïsées. J'en suis venue à réfléchir plus explicitement aux questions de justice sociale chez les adultes aux prises avec des troubles du développement. Et puis, évidemment, quand j'ai commencé à travailler en Géorgie auprès de femmes survivantes d'actes de violence, le lien m'est apparu clair.

En 1993, alors que j'étais toujours en Géorgie, j'ai eu la chance de pouvoir prendre une année sabbatique pour poursuivre des études doctorales. Après avoir passé en revue plusieurs programmes, j'ai trouvé que celui offert à l'Université Concordia était le plus intéressant – c'était un programme innovant, dans le cadre duquel j'ai eu l'occasion inédite de combiner mes préférences pour la thérapie féministe, la musicothérapie et la justice sociale.

J'ai commencé à explorer la thérapie féministe dans le cadre de lectures personnelles hors de mon domaine, car à l'époque, le concept de thérapie féministe était totalement absent de la littérature dans le domaine spécifique de la musicothérapie. J'ai d'abord lu des textes en sciences sociales et en psychologie, étant donné qu'on y trouvait beaucoup plus d'information pertinente. Les spécialistes de ces domaines avaient pratiquement 20 ans d'avance sur nous, en musicothérapie. Au moment où j'ai amorcé mon doctorat à Concordia, je me suis interrogée à savoir si la violence contre les femmes était toujours un enjeu. Croyant d'abord que le problème avait sûrement été réglé, je me suis rapidement rendu compte que ce n'était absolument pas le cas. C'est alors que j'ai vraiment commencé à explorer les approches féministes à la musicothérapie auprès des femmes survivantes d'actes de violence.

Je dois ajouter que c'est aussi à ce moment que j'ai commencé à comprendre que je ne saurais être une bonne thérapeute si je traitais mes clientes uniquement dans les limites de mon local de musicothérapie. Aider une femme à guérir des séquelles de la violence pour la renvoyer ensuite dans un monde qui est horriblement violent envers les femmes, la dévalue et la réduit à l'état d'objet est irresponsable. Nous devons assumer la responsabilité morale de changer le monde. Cela peut sembler idéaliste, mais c'est important. C'est d'une importance pratique, et capitale.

C'est ainsi que l'élément de justice sociale a commencé à s'imposer de plus en plus dans ma carrière et ma vie. Puis, j'ai poussé encore plus loin ma découverte – depuis mes lectures et mes apprentissages sur la thérapie féministe, les mouvements populaires et la manière d'appréhender ces concepts en musicothérapie – jusqu'à prendre conscience du fait que cette justice est notre responsabilité. Car, non seulement pouvons-nous tous et toutes agir en militants sociaux, mais nous nous devons de le faire.

Comment cela s'est-il produit dans votre cas?

En fait, tant ma vie personnelle que professionnelle s'en sont trouvées transformées. En privé, je participais à l'organisation de veilles à la chandelle et de marches sur le thème « La rue, la nuit : femmes sans peur ». Les villes où j'habitais en Géorgie et en Ontario étaient suffisamment petites pour que je puisse m'impliquer activement et directement dans ces activités qui, à l'époque, constituaient probablement les seules du genre dans chacune de ces municipalités. Cette prise de conscience s'est aussi opérée dans ma vie professionnelle. Avec le temps, j'ai constaté que, comme thérapeute, je pouvais aussi agir comme facilitatrice et mentore auprès de mes clientes, tout en leur permettant de prendre la parole et ainsi militer, d'abord en leur propre nom, puis au nom d'autres femmes. La transformation a donc été un processus en deux volets : personnel et professionnel.

La mise sur pied de programmes d'études en musicothérapie à l'Université Concordia demeure certainement l'une de vos plus grandes réalisations à ce jour. Pouvez-vous nous en dire plus sur la façon dont tout cela s'est déroulé, ainsi que sur votre motivation à vous engager dans l'élaboration de tels programmes?

Cela a été tout un défi! J'ai cru comprendre que Concordia tentait, depuis 15 à 20 ans, d'élaborer un programme d'études supérieures en musicothérapie, mais sans succès. Néanmoins, la volonté d'y arriver était résolument ancrée. J'ai été impressionnée par la force de l'engagement dont faisait preuve l'établissement, qui avait même décidé de joindre le geste à la parole en créant un poste menant à la permanence, dont le ou la titulaire

aurait pour tâche de mettre sur pied le programme en question. J'ai donc posé ma candidature et j'ai obtenu le poste. J'étais très enthousiasmée à l'idée de relever un tel défi. Vous savez, quand cela prend si longtemps, on se demande si on va y arriver. À mon avis, le simple fait d'affecter une personne à temps plein pour se consacrer à la création du programme constituait, pour Concordia, un pas dans la bonne direction. Par la suite, il s'agissait de remplir une impressionnante quantité de formulaires, d'établir un réseau, de réévaluer le marché et de voir s'il y avait toujours de l'intérêt pour un tel programme. J'ai été ravie de constater que l'intérêt y était toujours. Certes, il faudrait faire quelques ajustements, étant donné que le programme de premier cycle en musicothérapie qui avait été donné à Montréal pendant quelque temps était en français seulement. Nous tenions à ce que ce nouveau programme, offert en anglais seulement et dans une université anglophone, soit tout de même aussi inclusif que possible pour les clientèles francophone et allophone.

Pendant la première année, comme personne n'était inscrit en musicothérapie, je me sentais un peu seule, sans musique dans les couloirs... Il m'a fallu moins d'un an pour parvenir à créer le programme de diplôme de deuxième cycle. Puis, je me suis rendu compte que, partout ailleurs au Canada, on offrait un programme de baccalauréat. Il nous faudrait donc proposer quelque chose d'équivalent ici, au Québec, puisque le programme de premier cycle que nous avions auparavant n'existait plus. Au cours de la deuxième année, le programme de maîtrise a été approuvé, ce qui avait nécessité un processus plutôt long, parce que les programmes de maîtrise doivent être approuvés par divers établissements et organismes provinciaux. Moins de deux ans plus tard, nous avons réussi à faire approuver le programme dans son intégralité et accueillions notre première cohorte, ce qui nous a emballés. Nous avons réussi à attirer des gens de tous les horizons, certains qui attendaient depuis des années qu'une maîtrise soit possible et d'autres, leurs études tout juste terminées, prêts à se lancer. La musique remplissait désormais tous les couloirs! Au cours de cette deuxième année, nous avons engagé Guylaine Vaillancourt – une excellente décision. Sa participation active et son soutien à titre de membre à part entière de l'équipe se sont révélés essentiels à la réussite de nos programmes. Profondément enracinée dans la communauté des

musicothérapeutes du Québec, Guylaine possédait une vaste expertise et faisait montrer d'un enthousiasme débridé envers la croissance de notre programme de stages. Quelques années plus tard, nous avons pu créer un troisième poste menant à la permanence et, peu après, nous embauchions Laurel Young – dernier ajout de taille à notre invincible équipe de musicothérapie! Chacune contribuait au groupe ses compétences propres et sa perspective distincte de la musicothérapie, pour former une combinaison riche et diversifiée.

En votre qualité de professeure émérite de musicothérapie, vous avez bâti un héritage considérable et marquant : le tout premier programme en ligne de maîtrise en musicothérapie; un livre numérique interactif de musicothérapie féministe à l'intention des femmes survivantes d'actes de violence; un prix portant votre nom à l'intention des étudiantes et étudiants en musicothérapie pour la justice sociale; et une abondance de comptes rendus de recherche et de chapitres de livres de haut calibre. Qu'est-ce qui vous apporte le plus de fierté?

Je vous remercie de vos compliments. À vrai dire, plusieurs choses me rendent très fière. Comme nous venons tout juste de parler des programmes d'études, je dirai d'abord que je suis particulièrement fière d'avoir pu collaborer si étroitement avec Laurel et Guylaine pour créer des programmes de musicothérapie solides et bien établis qui mettent de l'avant une variété de perspectives et d'approches innovantes. Je me réjouis aujourd'hui de ce que sont capables d'accomplir non seulement les membres de notre corps professoral, mais aussi nos étudiantes et étudiants, ainsi que nos diplômées et diplômés. J'espère que ces réalisations ont contribué et contribueront encore longtemps à l'univers de la musicothérapie au Canada – ne serait-ce que modestement.

Une autre de mes réalisations, peut-être tout aussi importante, est le livre sur la musique que je viens tout juste d'écrire à l'intention des femmes survivantes d'actes de violence. J'ai publié beaucoup d'autres ouvrages au fil de ma carrière, mais celui-ci me tient particulièrement à cœur, parce que – bien sûr – il s'agit d'un ouvrage complet, mais aussi parce que je voulais absolument m'assurer qu'il ne s'adresserait pas seulement aux musicothérapeutes. Je suis d'avis

qu'il est important pour les spécialistes du domaine de faire connaître au grand public la musicothérapie et le travail que nous faisons, d'expliquer ce que la musique et la musicothérapie peuvent signifier, et dans quelle mesure elles peuvent constituer des ressources précieuses, à la portée de tous. J'ai investi beaucoup de temps et d'amour dans la rédaction de ce livre. Tout ce que j'ai lu [en préparation à la rédaction de cet ouvrage] s'est révélé un véritable plaisir et correspondait exactement à ce que je souhaitais lire à ce moment précis. Si j'étais en train d'écrire un chapitre et qu'un nouvel ouvrage sur le sujet faisait son apparition sur les rayons des librairies, chaque fois, j'interrompais la rédaction, je lisais ce nouveau livre, puis je revenais sur mon texte pour en faire mention. Éventuellement, j'ai dû m'arrêter et conclure mon ouvrage. Au bout du compte, ce fut pour moi une expérience tellement enrichissante – pouvoir écrire sur les concepts que j'avais appris et explorés dans mes recherches, faire part de mes propres réflexions, et faire porter ce message par la musique de tant de femmes fortes – chanteuses et compositrices – afin de le rendre accessible au plus grand nombre. Voilà pourquoi ce livre me tient tant à cœur.

Quels espoirs nourrissez-vous en ce qui concerne l'essor futur de la musicothérapie au Canada?

Il existe encore beaucoup d'applications et d'avenues stimulantes à explorer en musicothérapie; j'en suis convaincue. J'adorerais voir la musicothérapie féministe s'échapper davantage de son silo, au point où le monde entier se rendra enfin compte que ce sont toutes les femmes qui vivent les retombées culturelles et sociopolitiques du milieu dans lequel elles évoluent, dans lequel les thérapeutes évoluent, et dans lequel travaillent ensemble les thérapeutes et leur clientèle. De toute évidence, je ne parle pas seulement des femmes, mais aussi des hommes, et de toutes les personnes incluses dans le continuum de l'expression de genre; cette réalité nous concerne tous. J'aimerais beaucoup voir le féminisme intersectionnel se généraliser et s'intégrer dans le travail des musicothérapeutes au quotidien. Nous serons plus aptes à répondre aux besoins de notre clientèle si nous parvenons à mieux comprendre comment les concepts du féminisme intersectionnel se traduisent dans leur quotidien et dans

le nôtre. Car, qu'on le sache ou non, qu'on le reconnaisse ou non, cette influence est bien réelle. La thérapie n'est pas neutre; elle est enchâssée dans notre culture, et nous vivons une culture qui nous est propre.

Toujours à propos du féminisme intersectionnel, j'aimerais voir une plus grande diversité parmi les musicothérapeutes. Pas tous, mais un grand nombre de thérapeutes font beaucoup d'efforts pour mieux comprendre et intégrer la diversité culturelle dans leur pratique. Toutefois, j'aimerais que la communauté des musicothérapeutes soit tout aussi diversifiée que celle des personnes que nous accompagnons. J'espère par ailleurs que le programme en ligne de maîtrise de Concordia contribuera à rendre l'enseignement et la formation en musicothérapie accessibles aux personnes vivant en régions éloignées, pour qu'elles puissent, à leur tour, servir les membres de leur collectivité.

Remerciements et conclusion de l'auteure

Je tiens à remercier Sandi Curtis, Ph. D., pour son profond dévouement et ses innombrables contributions au domaine de la musicothérapie au Canada et dans le monde. En particulier, j'incite le lectorat à consulter la bibliographie de la D^{re} Curtis en suivant l'hyperlien vers Google Scholar figurant dans la liste de références ci-après. Il est en outre possible d'obtenir un libre accès à ses articles sur Spectrum, la banque d'archivage des ouvrages de recherche de Concordia (2020). Sa passion sans bornes pour la musicothérapie féministe et sa promotion inlassable des perspectives féministes dans le domaine sont pour nous un héritage précieux. Par

ailleurs, il m'apparaît pertinent de terminer cet article par un appel à l'action : j'encourage quiconque à lire *Music For Women (Survivors of Violence): A Feminist Music Therapy Interactive eBook* [musique pour les survivantes d'actes de violence : livre numérique interactif de musicothérapie féministe], rédigé par Sandi Curtis, afin que nous puissions, ensemble, sensibiliser le plus de gens possible à la musique, à la musicothérapie et aux façons dont nous pouvons – chacune et chacun d'entre nous – remettre en question les systèmes oppressifs dont les femmes payent le prix au quotidien.

Références

- Curtis, S. L. (2019). *Music for women (survivors of violence): A feminist music therapy interactive eBook*. Dallas, TX : Barcelona. Ouvrage accessible au www.barcelonapublishers.com
- Curtis, S. L. (2020). Articles signés par l'auteure. Google Scholar. Documents accessibles au scholar.google.ca/citations?hl=en&user=w1oB_0oAAAAJ.
- Curtis, S. L. (2020). Comptes rendus de recherche signés par l'auteure. Spectrum, banque d'archivage des ouvrages de recherche de l'Université Concordia

À propos de l'auteure

Musicienne, chercheuse et pédagogue, Annabelle Brault (M.A., MTA) est également une musicothérapeute certifiée qui axe sa pratique sur les ressources. Enseignante à temps plein en musicothérapie à l'Université Concordia, elle s'intéresse à l'utilisation des technologies de la musique comme moyen d'expression créatrice pour stimuler le changement social. Parallèlement à ses activités d'enseignement, elle travaille comme musicothérapeute auprès de jeunes autistes et d'aidantes et aidants naturels.

annabelle.brault@concordia.ca

The Effects of Music-Based Experiential Supervision on Perceived Competency with Music Therapy Practicum Students

Michael L. Zanders, PhD, MT-BC
Assistant Professor, Temple University, Philadelphia, PA

Abstract

As part of learning the competencies needed for practice it would seem essential that students encounter music-based experiences, not only through direct experiences such as practicum, but through academic supervision as well. As an indirect measure of learning, the purpose of this study was to examine the effects of music-based experiential supervision on pre-internship/practicum students' perceived therapeutic competence. This study used a quasi-experimental design of one-group, pretest-post-test, repeated measures. The four treatment conditions—(a) receptive, (b) recreative, (c) improvisation, and (d) composition/songwriting—were counterbalanced with seven small groups (cluster sample) in order to reduce order effects. Overall, the results of the study showed that music-based experiential supervision is an effective means for increasing students' perceived music therapy competence, particularly the students' understanding of the dynamics of a therapeutic relationship. This research has implications for future research and educational practice, including the ethics of experiential learning and supervision.

Keywords: music therapy, experiential learning, professional competencies, practicum, music-based supervision, clinical training

Sommaire

Dans le cadre de l'apprentissage des compétences requises pour exercer la profession, il apparaît essentiel de faire vivre aux étudiants des expériences musicales, non seulement de façon appliquée dans le cadre de stages, mais aussi par le biais de formation supervisée. À titre de méthode indirecte de mesure des apprentissages, cette étude avait pour objet d'examiner les effets de la supervision expérientielle sur les compétences thérapeutiques perçues chez les étudiants avant leur internat/stage pratique. Cette étude a été réalisée au moyen d'un plan quasi expérimental de mesures répétées prétest/post-test auprès d'un groupe de contrôle. Les quatre conditions de traitement — a) réceptive, b) récréative, c) improvisation, et d) composition/écriture de chansons — étaient contrebalancées par sept petits groupes (échantillon en grappes) afin de réduire les effets d'ordre. Dans l'ensemble, les résultats démontrent que la supervision musicale expérientielle est un moyen efficace d'accroître les compétences perçues en musicothérapie, particulièrement en ce qui a trait à la compréhension qu'ont les étudiants de la dynamique d'une relation thérapeutique. Cette étude aura une incidence sur l'avenir de la recherche et des pratiques pédagogiques, notamment en ce qui concerne l'aspect éthique de la supervision et de l'apprentissage expérientiels.

Mots-clés : musicothérapie, apprentissage expérientiel, compétences professionnelles, stages pratiques, supervision musicale, formation clinique

Introduction

During academic studies and prior to internship, music therapy students are required to complete field placements—called practicum or fieldwork—with various client populations. Each practicum placement requires the student to have face-to-face time with client populations and, altogether, the student must complete a required number of hours of practicum experience before beginning internship. In practicum, students learn how music therapy is practised while developing effective observational skills and oral and written documentation skills. Students also plan music therapy activities or sessions to achieve relevant client goals while assisting, co-leading, or leading under the direct supervision of a clinical supervisor. Typically, competency in clinical and therapeutic foundations is developed and more fully learned within the practicum experience. Practicum is a fertile area for learning about how music therapy works.

The design and implementation of practicum experiences varies among colleges and universities (Wheeler, 2000). There are typically two main areas where supervision occurs: on-site with an appropriately credentialed music therapist, and in the academic setting with a faculty member. How students are supervised in academic settings also varies, unlike the amount of supervision which in Canada is regulated by the Canadian Association of Music Therapists and has been regulated in the United States by the American Music Therapy Association since 1998. Through the process of practicum supervision, competency in clinical and music therapy skills is developed.

Music-Based Experiential Supervision

A common theme that addresses student learning throughout the literature is a growing interest in the use of experiential learning in music therapy (Murphy, 2014; Winter, 2013). Winter's (2013) mixed method study particularly focused on empathy and self-awareness in experiential learning, two key characteristics of a competent music therapist. The qualitative analysis for undergraduate and graduate students in this study indicated that participants were able to identify changes in their own empathy and self-esteem as a result of the experiences. Winter also

found that student interaction and engagement with the professor were integral parts of their overall experience. Important for the present study, Winter suggested that there is a lack of research on experiential methods in music therapy, particularly as it relates to students' practicum experience and supervision (Winter, 2013, p. 148).

The field of music therapy is defined by its practice; thus, experiential learning fills a role in learning to practise that may not be included in other educational approaches. For example, Murphy (2014) notes that, "Experiential methods are incorporated into music therapy education and training to help students understand the power and process of music therapy, as well as to develop the requisite skills to become competent, empathetic, and compassionate therapists" (p. 31). In music therapy education and supervision, as conceptualized by Farnan (2001), competence in the areas of therapy implementation and therapist awareness are acquired and further developed in practicum and internship.

The intention of academic supervision is to lead the student to clinical competence. Particularly for music therapy, using music-based experiences as part of experiential learning in supervision would seemingly provide competence in music therapy skills. Using music-based supervision affords students the opportunity to connect their experiences in practicum placements with their own therapeutic awareness. If music is a principal component of music therapy, then music should be a principal component of supervision as well. Furthermore, the opportunity to experience the same music experience in supervision as clients would enhance the clinical competence of music therapy students.

There are four interdependent aims to music-based experiences during supervision: (a) imparting knowledge and skill on how to practise music therapy, (b) understanding how different methods of music therapy are experienced by clients, (c) developing empathy for clients, and (d) developing "self-awareness as a music therapist" (Bruscia, 2014, p. 15). Within music therapy education, the supervised practicum or pre-internship experience is a required component for educating students. Seemingly, music-based supervision experiences could be a valuable component in the development of competent music therapists.

Music Therapy Competencies

The education of music therapy students includes instruction within classroom settings that reflect and expand the clinical understanding of students through practice, theory, and research in music therapy. The practicum training of students includes reflexive awareness and processing of clinical and therapeutic foundations to promote an enhanced level of professional practice and therapeutic awareness. The overall goal, then, for both education and clinical training is for students to be prepared to practise at a professional level, while beginning to meet professional competency standards.

Core competencies are intended to provide the foundational skills that practitioners should possess (Nelson & Graves, 2011). As students progress through their education and training, the core competencies become an evaluative tool. Evaluation subsequently focuses on how well students have achieved competence and what students have learned, rather than what they have been taught. If the student has acquired these skills, it is presumed that they are ready for professional work. Competencies for music therapists are useful in two main ways: “as criteria for entering or working in a profession, and as guidelines for educating and training professionals” (Bruscia, Hesser, & Boxill, 1981, p. 43).

Music Therapy Competencies

In the United States, college and university academic programs are approved by the American Music Therapy Association (AMTA). Similarly, in Canada this approval is provided by the Canadian Association of Music Therapists (CAMT). Approval is based on how programs meet professional competencies. Both AMTA and CAMT require successful completion of the Certification Board for Music Therapists (CBMT) exam for entry into the field. AMTA (2019a) stated “pre-internship experiences shall be designed, like academic components of the program, to enable students to acquire specific professional level competencies.”

In 1975, the American Association of Music Therapy (AAMT) developed competencies as a criterion for certification and curriculum evaluation (Bruscia, Hesser, & Boxill, 1981). Existing music therapy curricula were analyzed to identify commonalities between learning objectives. Additionally, job descriptions were

surveyed to identify the current responsibilities of practising music therapists. The analysis and subsequent identification of music therapy curricula and music therapists’ responsibilities “revealed several competency requirements” (p. 44). These competency requirements were then further evaluated and delimited to four main criteria: “Essential rather than peripheral,” “Entry level rather than advanced,” “Universal rather than population specific,” and “Professional rather than personal” (p. 44).

Maranto and Bruscia completed a study in 1988 to determine how the AAMT competencies were being taught and learned by surveying educators, clinical training directors, and clinicians. The results showed that the most effectual time to learn competence was during undergraduate education. However, Jensen and McKinney (1990) noted that the results of the Maranto and Bruscia study suggested that being a music therapist is a lifelong learning process. While Maranto and Bruscia (1988) stated that the “data must be understood in terms of the nature of the learning process, and which data reflect real shortcomings in the organization and implementation of music therapy education and training” (p. 19), Jensen and McKinney (1990) remarked that there was a lack of research related to the competencies and the practice of music therapy, as well as identifying competencies that really “define and facilitate optimal manifestations of the present and future potential of music therapy practice” (p. 158). Unfortunately, the lack of research related to competencies and student supervision is still true today.

Practicum Supervision in Music Therapy

Wheeler (2000) surveyed music therapy program directors across the United States about the different aspects of their music therapy practica. Wheeler found that the most frequent type of supervision for practicum students was “one where the supervisor observes the student’s work in person, then gives feedback directly to that student” (p. 298). No specific mention was made of how students are supervised in the academic setting. However, one respondent to Wheeler’s study remarked, “The group meets to discuss feelings, and the intent of the supervision is to foster self-awareness and personal insight, especially with those feelings/reactions that influence the way they relate to their clients. Sometimes we use music therapy experiences to help the students” (p. 299).

In a related study with students from the United States, Wheeler and Williams (2012) phenomenologically researched students' thoughts and feelings about the music therapy practicum. The researchers analyzed the student logs concerning "What is helpful, what is not helpful, written feedback, feelings about and during the observation, personal insights, and logistical issues" (p. 118). Although that study is closely related to the current study, the feedback was from the students about their on-site supervisors with only one observation during the semester by an academic supervisor. Additionally, there was no self-evaluation of perceived competence related to the supervision.

Bae (2012) evaluated South Korean music therapy practicum students' clinical reflections on constructs related to professional competence. The results of this study emphasized how both feedback and academic supervision can provide foundational clinical competence. Similarly, Baker and Krout (2011) studied students in practicum from two different countries (the United States and Australia) through the use of collaborative songwriting. Their findings advocated that music-based self-experiences allow a broader understanding of therapeutic processes and competence.

Colleges and universities have students meet a minimum number of practicum hours before starting internship. For example, in the United States students must have a minimum of 180 practicum hours. Although programs vary in how many semesters students must enroll in practicum (i.e., some have three semesters while others may have five or six), there is no clear data or indication showing how students are supervised. For example, are students only supervised on-site or are they supervised both on-site and on campus? Relatedly, is supervision more process oriented or didactically based? The research on practicum has focused on students' experiences in practicum and music therapy skills, but not specifically on how music-based supervision can enhance competency.

The purpose of the current study is to examine the effects of music-based experiential supervision with pre-internship or practicum students during academic supervision. Both the United States and Canada have a competency-based education system. For the purpose of this study, the professional competencies as defined

by AMTA (2019b) were used for measurement. The clinical and music therapy processes were deemed as important areas for learning competencies within practicum. The main research question is: Do students increase perceived competence in music therapy more effectively through music-based experiential supervision?

Method

Participants

Practicum students at an American university were conveniently and purposefully chosen for the study. This program has students complete four levels of practicum, or what would be considered four semesters of practicum. The level was only based on the number of semesters and was not hierarchical in nature. For example, the first semester of practicum is level one, the second semester of practicum is level two, and so on. Typically, each practicum was with a new population. Although each student was supervised on-site, students also received academic supervision. Students met for one hour each week in small groups (seven to eight students in each group with mixed levels or practicum semesters) to process practicum experiences. In organizing student schedules for small groups, it was impossible to only have students in the same level of practicum in supervision together. Furthermore, from previous experience, it was noted that having various levels seemed to enhance the supervision experience of students. Each group participated in four different music experiences as part of supervision. These music experiences included recreative, receptive, composition/songwriting, and improvisation. Bruscia (2014) defined each of the four main methods of music experiences as such:

- Improvisation: Making up music "while playing or singing, extemporaneously creating a melody, rhythm, song, or instrumental piece" (p. 353).
- Recreative: "learning, singing, playing, or performing precomposed music or reproducing any kind of musical form presented as a model" (p. 357).

- Composition/song-writing: Writing “songs, lyrics, or instrumental pieces or to create any kind of musical product, such as music videos or audiotapes” (p. 361).
- Receptive: Listening to music and responding to the music “silently, verbally, or in another modality” (p. 365).

How students participated varied from group to group and from experience level to experience level in practicum. For supervision, students were informed of and consented to authentic participation, which may have involved: an identification or clarification of personal issues, giving and receiving interpersonal feedback, enhanced self-awareness, and self-disclosure of personal information. In authentic participation, students may become aware of their feelings and express them; examine their beliefs, attitudes, values, and patterns of thinking and feeling; gain an understanding of how they are perceived by others; develop an awareness of how they affect others and how others affect them; and make decisions about aspects of themselves they would like to change. There are risks to students in participating authentically in experiences, although this often provides the fullest academic and personal learning experiences.

When authentic participation is used, boundaries must be monitored carefully to avoid dual therapy relationships with the supervisor or peers. In addition, students may not feel safe in participating authentically because of grading and power relationships between the supervisor and student. To minimize these risks, the following policies were implemented in this research: (a) students always had the option of choosing how they wished to participate (i.e., authentically, inauthentically, or not at all throughout the supervision; (b) grades were never attached to the content of authentic participation; (c) authentic self-disclosures were limited to the here and now whenever possible; (d) all information revealed in supervision by individuals was to remain strictly confidential, and all students agreed to this; (e) supervision was not intended for personal therapy, as this was not appropriate; (f) students in need of personal therapy for issues that emerged were referred to appropriate resources; and (g) informed consent for participation was required. All students participated in the experiential aspects of the supervision, but participants who chose to not participate

in the research did not complete the pretest and posttest. Students could withdraw from the study at any time without consequence. The study was approved by Texas Woman’s University’s Institutional Review Board (IRB).

Design

This study used a quasi-experimental, pretest-posttest, repeated measures design. Students were given a choice to sign up for one of seven small group supervision times based on convenience with their schedules. The small groups met for one hour a week throughout the semester. The small groups were viewed more as a cluster sample, conveniently chosen by the students but not randomized. The four treatment conditions—receptive (a), recreative (b), improvisation (c), and songwriting (d)—were counterbalanced with each group to reduce order effects. For example, group one received the treatment order a-b-c-d, while group two received d-c-b-a, and so on. Students developed their own code number in order for the researcher to analyze the pretest and posttest but still maintain anonymity. All codes were kept on a password-protected computer and, as an additional security measure, in a password-protected Excel spreadsheet.

Although pretest and posttest designs have an inherent weakness regarding causation, due to the nature of the supervision there was not an option to randomize into groups. The AMTA Professional Competencies were chosen as a measurement of student learning. Each competency corresponded to the music experience used as the independent variable. Thirteen competencies that are not readily taught in classes were chosen. For example, competency B.9.1, “Recognize the impact of one’s own feelings, attitudes, and actions on the client and the therapy process” was used in the scale while C.15.2, “Document clinical data” was not (AMTA, 2019b).

The type of measurement used for students’ perceived competence was important for the design and statistical analysis of the study. For example, in a Likert scale, a set of scores or numbers are assigned as categories to enable respondents to express their opinions in terms of both strength and direction. The actual number of categories in a Likert scale are not as important as the preference and expert knowledge of the researcher. The categories are based on intangibles such as feelings, opinions, and thoughts. The use of qualitative variables has led to debate on whether Likert scales used in research

should be statistically analyzed as an ordinal or interval scale (Brown, 2011; Yusoff & Janor, 2014). Brown (2011) noticed that much of the research based on Likert items and scales is treated and analyzed with descriptive statistics like means, standard deviations, etc., and inferential statistics such as correlation coefficients, factor analysis, analysis of variance (ANOVA), etc. Accordingly, Likert scales are ordinal but then treated statistically as interval. This is an important distinction because some researchers would argue that the distance between each category is not equal (Ferrando, 2003; Munshi, 2014) and since there is no zero point, this creates an absence of an arithmetic mean to represent the intangible variable.

In an attempt to remedy the debate between ordinal/interval and true measurement of an intangible variable, some researchers have used an interval metric scale or ruler and option (RO) scale. Results from a repeated measurement survey showed that data from an RO scale “performed better than data from 7-point Likert scale in terms of number of items per construct, factor loadings, squared multiple correlations, higher internal reliability, higher internal consistency of the items representing a construct, and higher percentage of variance explained by the items in a construct” (Yusoff & Janor, 2014, p. 13). Also, an RO scale is “easy to use (on the respondents’ part) and easy to administer (on the researcher’s part)” (Yusoff & Janor, 2014, p. 13). On a ruler and option scale, each of the competency areas chosen was presented as a straight line on a polarity from “no competence” to “competent.” Students then made a specific mark on the line as their response. Measurement was taken by a ruler with centimetres representing the numerical data on both the pretest and posttest.

Dependent Variables-Competencies

Students self-measured how strongly they understood or perceived knowledge with the following competencies (as per the AMTA website under “Professional Competencies”):

B. Clinical Foundations

8. Therapeutic Principles

- 8.1 Demonstrate basic knowledge of the dynamics and processes of a therapist–client relationship.

- 8.2 Demonstrate basic knowledge of the dynamics and processes of therapy groups.
- 8.3 Demonstrate basic knowledge of accepted methods of major therapeutic approaches.

9. The Therapeutic Relationship

- 9.1 Recognize the impact of one’s own feelings, attitudes, and actions on the client and the therapy process.

C. Music Therapy Foundations

13. Therapy implementation

- 13.1 Recognize, interpret, and respond appropriately to significant events in music therapy sessions as they occur.
- 13.2 Provide music therapy experiences that address assessed goals and objectives for populations specified in the Standards of Clinical Practice.
- 13.3 Provide verbal and nonverbal directions and cues necessary for successful client participation.
- 13.4 Provide models for and communicate expectations of behavior to clients.
- 13.6 Provide feedback on, reflect, rephrase, and translate the client’s communications.
- 13.9 Conduct or facilitate group and individual music therapy.
- 13.11 Promote a sense of group cohesiveness and/or a feeling of group membership.

17. Professional Role/Ethics

- 17.7 Express thoughts and personal feelings in a consistently constructive manner.
- 17.8 Demonstrate critical self-awareness of strengths and weaknesses (AMTA, 2019b).

The standards of practice from the Canadian Association for Music Therapy (CAMT, 2109) were compared by the researcher with the above AMTA competencies. Standard 2 (competent application of knowledge) and Standard 3 (provision of service to the client) were deemed most relevant to the dependent variable.

Procedure

The research proceeded through the following steps:

1. On the first day of the 15-week academic supervision, students in each small group were provided with information on the research. Students were then given the opportunity to ask questions and seek further information.
2. Those students who agreed to participate were given informed consent and asked to complete the pretest interval metric scale based on music therapy competencies.
3. Throughout the semester, the four experiential learning experiences were used. For example, for a receptive experience, students were asked to bring in a song that expressed something they would like to discuss that may be easier through music. Example questions included, “What’s going on currently?” or “What are you experiencing as a practicum student?” For the improvisation experience, students were asked to record a referential improvisation, bring it to the small group, and share the recording with the group. The topic or reference for the improvisation experience was, using any instrument, to “explore a feeling” they were having in practicum through the improvisation. For a recreative experience, students were asked to play a song (using guitar or piano) that would be useful for the population they were working with. As they were playing the song, the student was asked to engage with the group and provide direct feedback. Finally, for composition/songwriting, students were asked to write a song that would be useful for the population with which they were working. For example, they could write a song that had a theme or topic that would be therapeutically useful for the clinical population.

Since the semester is 15 weeks long, clinical topics were discussed and processed between each music experience discussed above. Although each small group did all four music experiences, not all groups spent the same

amount of time on each music experience. For example, one group spent four sessions on the receptive experience, while another group spent two sessions. In the last week of supervision, students who agreed to participate in the research were asked to complete the posttest interval metric scale.

Setting

Each small group met in the researcher’s office or a classroom in the music building. Each room had a closed door and was soundproofed for both confidentiality of discussion and the music experiences. Space was not an issue for either the music experiences or for completing the ruler and option (RO) scale prior to and after the supervision. There was some variation in the setting because of the room; one room was an office with typical desk, bookshelf, file cabinet, etc., while the other room was a classroom with, again, typical desks/tables, smartboards/chalkboards, etc.

Apparati/materials

Receptive. The computer in the office and class was wired for surround sound. Students could choose to use YouTube or attach their phone or MP3 player to the computer.

Improvisation. Students recorded improvisation on their own electronic device (e.g., smartphones, MP3, or wav. file) and then played on the sound system in the room.

Recreative. Students were able to choose either guitar or piano for recreative experiences. For guitar, students used a school instrument or their own. Some students used a ukulele. An upright and electric piano were both available.

Composition/songwriting. Similar to recreative.

Statistical Analysis

Demographic data was collected, including age, practicum level, gender, and degree (i.e., bachelor’s, master’s equivalency). Covariate analysis was used as a statistical control for demographics. A variety of multivariate statistical analysis (Pillai’s Trace, Wilks’ Lambda, Hotelling’s Trace,

and Roy’s Largest Root) were completed for both between and within subjects. Univariate tests (Sphericity Assumed, Greenhouse-Geisser, Huynh-Feldt) were used for each question. Mauchly’s Test of Sphericity was used to test the null hypothesis. ANCOVA was used for age; ANOVA was used for gender, practicum level, and type of degree.

Results

A total of seven small groups participated with a total of N=38 for pretest and posttest, N=43 for just pretest. Thirty-eight students represented 88% of the potential participants. All 43 students who were in

practicum agreed to be a part of the study and did the pretest. However, five students were unable to complete the posttest or withdrew from the study. Ages ranged from 19 to 38 and the gender make-up was females (N=30) and males (N=8)—no students in the study identified as non-binary. The main research question met statistical significance on whether music-based experiential supervision would increase perceived competence (main effect significant at the .05 level). Also, statistical significance was achieved from before to after a semester of music-based supervision within all four levels of practicum students in increasing perceived competence (see Table 1).

Table 1

Means and Standard Deviations for All Competency Areas Pretest and Posttest (ANOVA)

		Mean	N	STD	Std. Error Mean	Sig. (2-tailed)
Pair 1	8.1_Pre	8.2842	38	3.54900	0.57572	0.00
	8.1_Post	10.9737	38	2.15403	0.34943	
Pair 2	8.2_Pre	8.5474	38	3.58305	0.58125	0.000
	8.2_Post	11.1921	38	1.99789	0.32410	
Pair 3	8.3_Pre	8.4132	38	3.48069	0.56464	0.000
	8.3_Post	10.7816	38	2.13565	0.34645	
Pair 4	9.1_Pre	9.9026	38	2.87501	0.46639	0.000
	9.1_Post	11.9421	38	1.83460	0.29761	
Pair 5	13.1_Pre	8.2711	38	3.59097	0.58253	0.000
	13.1_Post	11.1316	38	2.10149	0.34091	
Pair 6	13.2_Pre	8.1079	38	3.59244	0.58277	0.000
	13.2_Post	10.6974	38	2.97925	0.48330	
Pair 7	13.3_Pre	8.7079	38	3.70977	0.60180	0.000
	13.3_Post	11.2974	38	2.70330	0.43853	
Pair 8	13.4_Pre	8.7395	38	2.85530	0.46319	0.000
	13.4_Post	10.6053	38	2.60384	0.42240	
Pair 9	13.6_Pre	8.2447	38	3.03944	0.49306	0.000
	13.6_Post	10.6921	38	2.41094	0.39111	
Pair 10	13.9_Pre	8.5895	38	3.73817	0.60641	0.000
	13.9_Post	11.4842	38	2.47861	0.40208	
Pair 11	13.11_Pre	8.8237	38	3.37602	0.54766	0.000
	13.11_Post	11.6079	38	2.06808	0.33549	
Pair 12	17.7_Pre	9.9237	38	2.59276	0.42060	0.000
	17.7_Post	11.6789	38	1.94813	0.31603	
Pair 13	17.8_Pre	10.3553	38	2.36285	0.38331	0.000
	17.8_Post	12.0605	38	1.88773	0.30623	

Note: Main effect of test F (1, 34) based on estimated marginal means. The mean difference is significant at the .05 level, adjustments for multiple comparisons: Bonferroni. Pair refers to all pre-interval metric scales compared with all post-interval metric scales for each competency. There were 13 competencies measured, which equals 13 pairs.

When data was separated by small groups (n=7) and counterbalancing, there was no significant difference between the groups or the type of music-based experience on perceived competence. ANCOVA found no significant difference by age. The repeated measures ANOVA with gender as between-subjects factor was used to test if there was a gender difference on perceived competence before or after a semester of music-based academic supervision.

The interaction effect of test by gender was not significant— $F(1, 36) = 3.119, p = .086$ —indicating that the effect of intervention was not different for females and males on perceived competence. The pretest and posttest were completed by undergraduates (N=20);

post bachelor's (N=2); master's equivalency (N=15); and dual master's (N=1). ANOVA found that the type of degree had no significant effect on perceived competence. When separated by level of practicum experience and perceived competence—level 1 (n=8), level 2 (n=10), level 3 (n=11), and level 4 (n=9)—ANOVA found significant difference for every question pretest and posttest. However, for questions 17.7 ($F(3, 34) = 0.114$) and 17.8 ($F(3, 34) = 0.279$) and only for practicum students in levels 3 and 4, there was a statistical increase in perceived competence, but this increase did not meet the threshold for statistical significance (see Table 2). Also, see the conclusion for further discussion.

Table 2

Means, Standard Deviations, and Main Effect $F(3, 34)$ for All Practicum Levels Separated by Competency Areas Pretest and Posttest (ANOVA).

	Level 1			Level 2			Level 3			Level 4			Main Effect of Level	
	N	Mean	SD	F (3, 34)	Sig									
Q8.1_Pre	8	3.93	3.01	9	9.14	2.47	13	8.36	2.18	8	11.55	2.73	9.713	0.000
Q8.1_Post	8	9.80	2.14	9	10.56	2.18	13	10.92	1.63	8	12.70	2.18		
Q8.2_Pre	8	3.85	3.23	9	9.50	2.26	13	8.93	2.35	8	11.55	2.26	11.292	0.000
Q8.2_Post	8	9.64	1.53	9	10.90	2.27	13	11.34	1.26	8	12.84	2.04		
Q8.3_Pre	8	3.81	2.88	9	8.68	1.53	13	9.16	2.46	8	11.50	2.54	10.495	0.000
Q8.3_Post	8	9.70	1.53	9	10.43	3.19	13	11.28	1.49	8	11.45	1.97		
Q9.1_Pre	8	7.30	3.26	9	10.34	3.04	13	9.93	1.88	8	11.96	1.91	3.169	0.037
Q9.1_Post	8	11.58	1.53	9	11.60	2.12	13	12.09	1.91	8	12.45	1.85		
Q13.1_Pre	8	4.13	3.96	9	8.56	2.71	13	8.68	2.47	8	11.43	1.48	10.343	0.000
Q13.1_Post	8	9.43	2.07	9	11.07	2.45	13	11.22	1.58	8	12.76	1.22		
Q13.2_Pre	8	4.15	3.98	9	7.41	1.41	13	9.03	2.34	8	11.35	2.93	5.155	0.005
Q13.2_Post	8	9.96	3.58	9	9.87	3.70	13	10.92	2.10	8	12.00	2.72		
Q13.3_Pre	8	4.56	4.43	9	8.73	2.37	13	9.41	2.22	8	11.69	2.75	4.868	0.006
Q13.3_Post	8	10.33	3.32	9	10.60	3.20	13	11.85	1.99	8	12.16	2.45		
Q13.4_Pre	8	5.49	3.49	9	9.01	1.63	13	9.01	1.51	8	11.25	2.10	4.448	0.010
Q13.4_Post	8	10.05	3.48	9	10.30	3.41	13	10.49	1.72	8	11.69	1.89		
Q13.6_Pre	8	4.93	3.69	9	8.28	1.79	13	8.71	1.62	8	10.78	2.59	5.427	0.004
Q13.6_Post	8	9.88	2.76	9	11.10	3.40	13	10.12	1.53	8	11.99	1.56		
Q13.9_Pre	8	3.33	3.12	9	9.04	2.24	13	9.92	2.39	8	11.18	2.39	11.347	0.000
Q13.9_Post	8	9.75	3.58	9	11.56	2.41	13	11.56	1.66	8	13.01	1.47		
Q13.11_Pre	8	4.30	2.43	9	9.79	2.70	13	9.48	2.46	8	11.20	1.95	6.333	0.002
Q13.11_Post	8	11.11	2.01	9	11.70	2.87	13	11.31	1.86	8	12.49	1.37		
Q17.7_Pre	8	8.65	3.12	9	10.30	2.08	13	9.35	2.17	8	11.71	2.55	2.137	0.114
Q17.7_Post	8	11.61	2.62	9	11.83	2.00	13	11.02	1.38	8	12.65	1.85		
Q17.8_Pre	8	9.71	3.21	9	10.38	2.47	13	9.93	1.58	8	11.66	2.27	1.334	0.279
Q17.8_Post	8	11.93	1.71	9	11.68	2.65	13	11.80	1.66	8	13.05	1.30		

Note: Main effect of test $F(1, 34)$ based on estimated marginal means. The mean difference is significant at the .05 level, adjustments for multiple comparisons: Bonferroni. Questions 17.7 (0.114) and 17.8 (0.279) were not significant for levels 3 and 4.

Discussion

Overall, the results of the study revealed that using music experiences within academic supervision is effective in increasing students' perceived music therapy competence, particularly as it relates to understanding clinical and music therapy professional competencies. All statistical measures were significant from pretest to posttest. Also, all statistical measures were significant when separated by practicum level except for 2 of the 13 competencies: in this case, levels 3 and 4, and again only for two of the competency questions—17.7 Express thoughts and personal feelings in a consistently constructive manner, and 17.8 Demonstrate critical self-awareness of strengths and weaknesses. Although there was a difference in perceived competence, it was not statistically significant.

For this research, students were in one of four levels of practicum. As noted above, each level was based solely on the number of semesters in practicum and not any other evaluative factor or hierarchy. Essentially, each new level or semester is a new practicum experience with a new population, setting, on-site supervisor, etc. However, students in levels 3 and 4 practica had received music-based supervision before this current study while they were in levels 1 and 2. The lack of statistical significance for these two questions may infer that expressing thoughts and personal feelings and demonstrating self-awareness may already be perceived competencies for students who have taken two or more semesters of practicum.

Limitations

A limitation of this study was that this university's education and clinical training focuses on student self-experience and reflection. The researcher was the academic supervisor as well as the instructor of several of the other music therapy classes. Students were encouraged to authentically participate. For example, using a songwriting or improvisation self-experience in a methods class was a way for students to express thoughts and feelings and demonstrate self-awareness, which are specific music therapy competencies. Although, every attempt to maintain the boundaries between supervision and classes was made, there may have been a crossover effect in the research, meaning,

did students' perceived competence increase only because of the supervision or did the experiential nature of the classes bias the research? It would be difficult, if not unethical, in a setting like this for the research to be laboratory-like in only having students participate in supervision for the research while not taking any other music therapy classes. Nevertheless, future research could examine how to control this type of extraneous variable. Furthermore, this study may be limited in that not all schools and universities may incorporate weekly academic supervision with practicum students as part of their program renderings. Future research could also benefit from having the researcher not be the academic supervisor.

Educational Practice and Ethical Implications

Dileo (2000) proposed that it may be unethical not to incorporate music-based experiences into music therapy education, training, and supervision. Also, Murphy (2007) found that participants (students) who did not have experiential learning agreed with Dileo's proposition on unethical practices. Incorporating music-based experiences into supervision may pose risks to students participating authentically. When authentic participation is used, boundaries must be monitored carefully to avoid dual therapy relationships with the professor or peers. In addition, students may not feel safe in participating authentically because of grading and power relationships between the professor and student. Anderson and Price (2001) found that students in "experiential training environments feel pressured to share personal information but fear that refusing to share such information could be used by the trainer to provide a negative evaluation of the students' class performance" (p. 112). Outcomes are more positive when students trust and feel supported through the experiential work (Ziff & Beamish, 2004).

Interestingly, group supervision experiences are effective and are enhanced when academic faculty lead the group (Anderson & Price, 2001). By participating in group supervision experiences, students acquire a better understanding of the experiences their future clients will have as group members, as well as an understanding of a group's processes and dynamics. However, this may only be beneficial if the academic supervisor is involved with the group by leading.

Future Research

If music therapy programs included weekly, music-based academic supervision, this study could be objectively replicated by educators/supervisors in a couple of different ways to discover more about the effectiveness of this approach. One way may be comparing music-based supervision to verbal-based. Another way may be comparing practicum students who receive academic and on-site supervision to practicum students who only receive on-site supervision. Phenomenologically, studying music-based supervision experiences of both students and faculty may contribute to a wider breadth of knowledge of the process of supervision for both the supervisor and supervisee. The evidence generated by this study shows that using music-based experiences as foundational components of supervision does increase perceived competence in varying levels of music therapy practicum training and education. An increased awareness of therapeutic competence improves students' ability to be empathetic, self-aware, and ethical therapists.

Conclusion

Practicum training in music therapy is part of a student's education. As the results of this study reported the value of experiential supervision through music therapy competencies, it is important that music-based experiential supervision is then used to promote music therapy and the clinical foundations for students' preparation for professional practice. Nelson and Graves (2011) examined what postgraduate or internship supervisors believe are the most important skills for trainees to develop before practising and how effectively such supervisors believe students have acquired the core competencies. Their results suggested that there were only a few core competencies that students had mastered at the time of graduation. The "competency items that were considered adequately mastered by trainees by two thirds of the approved supervisors in the sample represented fewer than 10% of the total number of competencies" (Nelson & Graves, 2011, p. 440). The researchers' concern was whether meeting the core competencies was meeting the minimal standards of clinical training. They observed that "there appears to be a gap" between what students are able to do upon completion of their training programs and what internship "supervisors expect or would like

them to be able to do" (p. 447). This gap may stem from the broad amount of knowledge, standards of practice, and competencies that students must learn, particularly in music therapy. Affording students the opportunity to both practise music therapy experiences as well as have their own self-experiences to self-reflect in supervision provides a foundational understanding of music therapy competence.

Baker and Krout (2011) learned that across the music therapy world, therapeutic competence related to self-reflection, experience, and awareness "is an important skill for music therapists to develop during their training" (p. 62). But developing this capacity, "is not something that can be acquired after only a few semesters of music therapy training" (p. 63). As mentioned above, music therapy schools vary in how the practicum training is set up. However, it would seem that having weekly group supervision with an assigned faculty member that incorporates music-based experiences during the semester would increase the therapeutic competence of students.

References

- American Music Therapy Association. (2019a). *Standards for educational and clinical training*. Retrieved from <https://www.musictherapy.org>
- American Music Therapy Association. (2019b). *Professional competencies*. Retrieved from <https://www.musictherapy.org>
- Anderson, R. D., & Price, G. E. (2001). Experiential groups in counselor education: Student attitudes and instructor participation. *Counselor Education and Supervision, 41*(2), 111–119.
- Bae, M. J. (2012). Student music therapists' differences in their clinical reflections across practicum levels. *Music Therapy Perspectives, 30*(1), 89–93.
- Baker, F., & Krout, R. E. (2011). Collaborative peer lyric writing during music therapy training: A tool for facilitating students' reflections about clinical practicum experiences. *Nordic Journal of Music Therapy, 20*(1), 62–89.
- Brown, J. D. (2011). Likert items and scales of measurement. *SHIKEN: JALT Testing & Evaluation Newsletter, 15*(1), 10–14.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

- Bruscia, K. E. (Ed.) (2014). *Self-experiences in music therapy education, training, and supervision*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K., Hesser, B., & Boxill, E. (1981). Essential competencies for the practice of music therapy. *Music Therapy, 1*, 43–49.
- Canadian Association for Music Therapy. (2019). *Schedule C—Canadian Association for Music Therapy standards of practice for accredited music therapists*. Retrieved from www.musictherapy.ca/wp-content/uploads/2016/07/april-9-2012-interim-standards-of-practise-english1.pdf
- Dileo, C. (2000). *Ethical thinking in music therapy*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Farnan, L. A. (2001). Competency-based approach to internship supervision. In M. Forinash (Ed.), *Music therapy supervision* (pp. 117–153). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ferando, P. J. (2003). A kernel density analysis of continuous typical-response scales. *Educational and Psychological Measurement, 63*, 809–824.
- Goodman, K. D. (2011). *Music therapy education and training: From theory to practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Jensen, K. J., & McKinney, C. H. (1990). Undergraduate music therapy education and training: Current status and proposals for the future. *Journal of Music Therapy, 27*(4), 158–178.
- Maranto, C., & Bruscia, K. (1988). *Methods of teaching and training the music therapist*. Temple University Studies on Music Therapy Education (Vol. 2). Philadelphia, PA: Temple University.
- Munshi, J. (2014). A method for constructing Likert scales. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2419366>
- Murphy, K. (2014). Ethical considerations in experiential learning. In K. Bruscia (Ed.), *Self-experiences in music therapy education, training, and supervision* (pp. 19–26). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Murphy, K. (2007). Experiential learning in music therapy: Faculty and student perspectives. *Qualitative Inquiries in Music Therapy, 2*(2), 31–61.
- Nelson, T. S., & Graves, T. (2011). Core competencies in advanced training: What supervisors say about graduate training. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(4), 429–451.
- Prefontaine, J. (2006). On becoming a music therapist. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 6*(2). <https://voices.no/index.php/voices/article/view/1688/1448>
- Summer, L. (2001). Group supervision in first time music therapy practicum. In M. Forinash (Ed.), *Music therapy supervision* (pp. 69–86). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. L. (2000). Music therapy practicum practices: A survey of music therapy educators. *Journal of Music Therapy, 37*(4), 286–311. doi: 10.1093/jmt/37.4.286
- Wheeler, B. L., & Williams, C. (2012). Students' thoughts and feelings about music therapy practicum supervision. *Nordic Journal of Music Therapy, 21*(2), 111–132.
- Winter, P. J. (2013). *Effects of experiential music therapy education on students' reported empathy and self-esteem: A mixed methods study* (Order No. 3564781). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: Social Sciences; ProQuest Dissertations & Theses Global: The Arts (1410824805).
- Yusoff, R., & Janor, R. M. (2014). Generation of an interval metric scale to measure attitude. *Sage Open, 4*(1), 1–16. doi.org/10.1177/2158244013516768
- Ziff, K. K., & Beamish, P. M. (2014). Teaching a course on the arts and counseling: Experiential learning in counselor education. *Counselor Education and Supervision, 44*(2), 147–159.

Author Information

Michael Zanders, PhD, MT-BC is an assistant professor of music therapy at Temple University. His current research foci include a variety of topics related to advanced clinical theory, practice, and reflexivity in music therapy.

328 Garden Rd., Springfield, PA, USA, 19064
 mzanders@temple.edu
 484-686-1623

“How Do You Write Your Music Therapy Goals and Objectives?”: Seeking Canadian Perspectives

Nicola R. Oddy, BMus, MA, RP, MTA, CCC

PhD Candidate and Contract Instructor, Carleton University, Ottawa, Ontario

Annabelle Brault, MA, MTA

LTA Lecturer, Concordia University, Montreal, Quebec

Abstract

The purpose of this exploratory research was to begin to understand how experienced Canadian music therapists write goals and objectives and to learn how the language we use reflects one's therapeutic relationship with clients and the contexts in which we practise. The formation of goals and objectives as part of treatment planning is often considered to be an integral part of the work of music therapists, as seen in mainstream literature as a whole and—more specific to this study—in the practicum handbooks provided by Canadian music therapy training programs. To gain insight into how Canadian music therapists write their goals and objectives, a descriptive qualitative survey research design was used and responses from 19 experienced Canadian music therapists were analyzed using thematic analysis. A literature review of published music therapy writing and university teaching materials was completed. The study uncovered 19 ways that Canadian music therapists write—and do not write—goals and objectives, which correlates with the great diversity of music therapy practice in Canada. Six themes emerged when examining the respondents' articulation of goals and objectives: the viewpoint of the therapist; the use of the word “will”; the direction of the therapeutic process; the use of qualitative, quantitative, and/or music-centred perspectives; the choice to not write goals and objectives; and the therapist's use of domains. Study findings are discussed and ideas for further research are suggested.

Keywords: music therapy, goals, objectives, Canadian perspective, diversity, qualitative goals, quantitative goals, music therapy education

Sommaire

L'objectif de ce projet de recherche exploratoire était de mieux comprendre comment les musicothérapeutes canadiens d'expérience rédigent leurs buts et objectifs et de quelle façon le langage reflète la relation thérapeutique avec le client et les différents contextes de pratique. L'établissement des buts et objectifs dans le cadre du plan de traitement est souvent considéré comme faisant partie intégrante du travail des musicothérapeutes, comme en témoignent généralement la littérature actuelle et — plus spécifiquement aux fins de cette étude — les manuels de stage fournis par les programmes canadiens de formation en musicothérapie. Pour mieux comprendre comment les musicothérapeutes canadiens rédigent leurs buts et objectifs, on a utilisé un modèle de recherche descriptive et qualitative par sondage. Les réponses de 19 musicothérapeutes canadiens d'expérience ont fait l'objet d'une analyse thématique. On a procédé à un examen de la littérature et du matériel didactique universitaire en musicothérapie. L'étude a recensé 19 méthodes distinctes employées par les musicothérapeutes canadiens pour rédiger leurs buts et objectifs, ce qui correspond à la grande diversité des démarches en musicothérapie au Canada. En examinant la formulation des buts et objectifs des répondants, six thèmes se dégagent : le point de vue du thérapeute; l'emploi du mot « will » (la notion d'intention); la direction du processus thérapeutique; le recours à des perspectives qualitatives, quantitatives et/ou musicales; le choix de ne pas rédiger ses buts et objectifs; l'utilisation des domaines par le thérapeute. Les résultats de l'étude sont commentés et des pistes de recherche éventuelles sont formulées.

Mots-clés : musicothérapie, buts, objectifs, perspective canadienne, diversité, objectifs qualitatifs, objectifs quantitatifs, formation en musicothérapie

Introduction

In Canada and in countries throughout the world, writing goals and objectives is considered a standard practice in the field of music therapy (AMTA & CBMT, 2015; Polen, Shultis, & Wheeler, 2017). This is recommended in both the Canadian Association of Music Therapists' professional competencies (CAMT, n.d.) and in music therapy training manuals used by Canadian training programs (Clements-Cortes, 2012; Concordia University, 2018; Lee, 2010; Price & Wingate, 2015; Williams, 2015). Bruscia defines the concept of clinical goal as "a statement that describes the direction of the therapist's efforts and the end towards which that effort is directed" (as cited in Wheeler, 2005, p. 67). The current authors define an objective as a statement that exists as a stepping stone towards the achievement of the goal.

Goals and objectives may help clients and/or caregivers focus the work and the therapist direct their attention to a specific task or aim (Polen, Shultis, & Wheeler, 2017). They may serve as a way to clearly communicate with teachers, parents, and other professionals (Bunt & Hoskyns, 2002) and they can provide a way to give the client and therapist benchmarks (objectives) that can help both individuals move towards the desired outcomes. While there are many advantages to writing goals and objectives, several music therapy authors have also identified potential advantages of working without goals and/or objectives. This may foster an environment where clients' strengths, potential, and holistic experience are recognized (Baines, 2018; Kenny, 1982; Lindan, 2015) and where clients can experience a sense of self-determination and empowerment (Rolvsjord, 2006a, 2006b, 2014) as well as a sense of collaboration within the therapeutic relationship (Brault, 2017; Noone, 2008; Rolvsjord, 2010). Therefore, this exploratory study was implemented in order to learn how experienced music therapists in Canada view this practice, including how and if they articulate their goals and objectives. The information learned will enable some understanding into how goal and objective setting may impact the development and perception of music therapy in Canada as a whole.

Findings may also have implications for Canadian music therapy education and internship

guidance. Both authors have engaged in the challenging task of teaching music therapy students and interns how to write goals and objectives in educational contexts and during music therapy internships. The question of how to articulate meaningful client goals is raised frequently by students and interns and has been the source of many lively and interesting discussions. The way that music therapists articulate goals and objectives can be an indicator not only of what they hope to achieve with a client, but also of their personal philosophy of practice. Although Canadian training programs make a strong case for the primacy of goal and objective setting in music therapy, as evidenced by the presence of this pedagogy in every Canadian music therapy practicum handbook (Clements-Cortes, 2012; Concordia University, 2014; Lee, 2010; Price & Wingate, 2015; Williams, 2015), students often struggle with how to write them in ways that reflect those personal philosophies and emerging approaches as well as the diverse contexts of practice, which influence all aspects of the therapeutic process including how it is planned and documented.

Related Literature

Establishing goals and objectives may constitute an important part of creating a working alliance with the client (Rolvsjord, 2014) and an efficient way to communicate what is done in music therapy with others (Bunt & Hoskyns, 2002). Polen, Shultis, and Wheeler (2017) state that "[i]t is of crucial importance to develop [one's] abilities to establish appropriate and meaningful music therapy goals and objectives, to create effective methods for implementing goals, and to design workable strategies for obtaining data and documenting [one's] work" (Chapter 6, Section 2, para. 1).

The choice to work within qualitative, quantitative, music-centred, or a combination of some or all perspectives may be based on the therapist's philosophy of practice, personal preference and comfort level, training, research interests, and the need to provide data to an employer and/or the interdisciplinary team. Goals and objectives also offer a purpose and direction for therapy (Hanser, 1999), yet ways of writing goals and objectives seem to be as diverse as the therapists who write them (Berger, 2009). The ways that music therapists are trained to write goals and objectives and

subsequently how music therapists implement them are often influenced by the scholars and models to whom they are exposed. Therefore, one's philosophy of practice can have a significant impact on the way in which all aspects of the therapeutic process (including assessment and treatment planning) are undertaken (Aigen, 2005).

Since the process of assessment is directly linked to treatment planning and one's articulation of goals and objectives, how we choose to assess our clients leads to the ways in which goals and objectives are articulated. While a review of all music therapy assessments is beyond the scope of this paper, a vast array of assessment styles are reported in the literature and can be consulted (Jacobsen, Waldon, & Gattino, 2019; Lipe, 2015; Salokivi, 2012; Wheeler, 2013).

In the process of treatment planning, some music therapists write goals as broad statements (Berger, 2009; Borczon, 2004; Martin, Snell, Walworth, & Humpal, 2012) and some are more specific (Concordia, 2015). Some maintain that *musical* goals are the important factor in music therapy intervention (Aigen, 2005; Kenny, personal communication, November 12, 2014) and others see goals as being based on a range of non-musical elements, such as inspiring relationship; helping the individual to become less withdrawn, depressed, or anxious; or to achieve a sense of empowerment (Baldwin, 2013b; Oddy, 1998).

From another perspective, Baldwin (2013a), who is a psychotherapist, writes that client change is considered to be the *sine qua non* of therapy and that the kind of change one seeks in therapy actually can be hindered by establishing goals. In this case, a more fluid perspective is necessary—one in which the goals shift as issues, abilities, or needs unfold and the process itself is the product. It is perceived that it could be detrimental to the therapeutic process to stay focused on the goal because the client can be pulled back from progress that is being made in a different direction. "Success does not always come from thinking more rigorously or striving harder. . . . [S]eeing the world in terms of the power and grace of spontaneity can help us to make better sense of our goals, and our relationships" (Slingerland, 2014, p. 215). While it is often felt that expediency in clinical work is necessary and that we must remain focused on assessment, intervention, and problem solving (Baldwin, 2013a), therapy can be

most effective when the therapist's goals are limited to the process of therapy and not the outcome (Baldwin, 2013b). Loewy (2000) assigns meaning to the musical experience "through the process of translation and interpretation" (p. 47) as an important perspective to consider in goal writing. For others, language to describe the experience is not necessary to the process of treatment; the music relationship is enough (Kenny, 1989, 2014). Generally speaking, "we still need to find a language . . . that integrates both the musical and other perspectives" (Bunt & Hoskyns, 2002, p. 254).

A Canadian Perspective

Recently, there has been an increase in articles pertaining to Canadian perspectives in music therapy (Young, 2009; Gross & Young, 2014; Curtis, 2015a) as well as the experiences of specific music populations within Canada (Vaillancourt, 2017; Bevan-Baker, 2018). In a recent master's thesis on the inauguration year of the Canadian Association of Music Therapists (CAMT), Kruger (2019) highlights the philosophical debates about practices that marked the early development of music therapy as an organized profession in Canada—debates about the behavioural approaches popular in the United States at the time and the music-centred thinking characteristic of professional training in the United Kingdom (Kruger, 2019). This is illustrated by one of the first music therapy training programs which Carolyn Kenny and Nancy McMaster began in 1978 in North Vancouver at Capilano University (then College) (Howard, 2009). Both of these eminent therapists brought perspectives from outside of Canada—McMaster from her Nordoff-Robbins training in the United Kingdom and Kenny from her training in the United States (Howard, 2009). Both were part of the early development of the music therapy educational community culture in Canada (Vaillancourt, 2010). They contributed a very humanistic perspective to their pedagogy along with their own philosophies of how goals and objectives might be written. This was consistent with findings of a recent survey conducted by Curtis (2015a) in which Canadian music therapists identified community, feminist, humanistic, and Nordoff-Robbins music therapy as important theoretical orientations, in contrast to their American counterparts who privileged behavioural, cognitive, and cognitive-

behavioural, as well as neurologic music therapy theoretical orientations.

Since the development of Canadian music therapy continues to be influenced by a diversity of approaches (Curtis, 2015a), it is important to consider the unique viewpoint Canadian music therapists may have on the topic of goal and objective articulation. Despite the uniqueness of our Canadian music therapy beginnings and ongoing culture, no Canadian textbook addressing the development of goals and objectives exists at the time of writing, nor do any Canadian articles discuss if, why, and how Canadian music therapists articulate their goals.

Statement of Purpose

Given the lack of Canadian literature documenting if, how, and why music therapists articulate goals and objectives, the purpose of this research was to survey experienced Canadian music therapists to gain insight on this topic.

Assumptions

In this research, it was assumed that there is a strong reflexivity in how goals and objectives are articulated by music therapists. The researchers assumed that it is important to examine how and if goals and objectives are articulated in music therapy practice. It was also assumed that Canadian music therapists may contribute a unique perspective to the existing goals and objectives literature in North America. It was assumed that clients, music therapy students, music therapists, and music educators would benefit from better understanding how goals and objectives are currently being articulated by experienced Canadian music therapists.

Research Question

The research question was “How do experienced Canadian music therapists articulate goals and objectives?” Questions that emerged from the data collection and analysis process were: “How does the language used reflect desired therapeutic outcomes and personal philosophy of practice?”; “How does the articulation of goals and objectives impact the

therapeutic relationship with clients?”; “How does the articulation of goals and objectives impact the perception of music therapy in Canada as a whole?”; as well as “What informs the choice of not using goals and objectives, and what is the impact on the therapeutic relationship with the clients?”

Method

Participants

In this exploratory research, participants were recruited using convenience and snowballing non-probability sampling (Curtis, 2016). The inclusion criteria were established as follows: (a) music therapist certified in Canada (MTA) in good standing; (b) currently working either as an educator, practitioner, or both; (c) worked for more than 15 years; and (d) fluent in English. Of the 115 CAMT members who qualified to participate in the survey, 19 responses were received, resulting in a response rate of 37%. In order to benefit from their expertise and long-term experience, music therapists who had been working in the field of music therapy for more than 15 years were the target group. It was also hypothesized that more experienced music therapists developed individualized ways of engaging in the therapeutic process, which may imply different ways of articulating goals and objectives.

Survey

A descriptive qualitative survey research was conducted to explore how experienced Canadian music therapists articulate goals and objectives. The SurveyMonkey online survey platform was utilized to gather data using a questionnaire featuring closed and open-ended questions. The first three survey items were used to gather demographic information: (a) How long have you been a music therapist?; (b) In which country did you receive your training?; and (c) What is your work environment? The next six survey items referred to the following music therapy scenario:

You are working in a long-term care setting, and receive a referral for an elderly man who staff have been concerned about. He’s showing signs of depression. He won’t come out of his room

or even get up out of bed. When you visit him, sure enough that's where he is. He's quietly lying there in a half sleep. After a few minutes of conversation you confirm that he is deeply depressed, talking only of how he wishes to die and of his pain and grief.

He has limited ability to speak although appears to have full comprehension. You talk with him for around 30 minutes to begin building your relationship and then ask if you can bring music into his room. He agrees with a surprising enthusiasm.

When you return with your guitar and stool, he's already struggling to sit up. Within the next 5 minutes you discover that he's a latent musician. His whole demeanor changes almost instantly. It's clear that he was the kind of musician who loved a jam session in his earlier days. This is clarified by his comments such as "come on!" "what's next!" "play it!"

You keep new harmonicas on your cart for times like this, produce one for him and he embraces it like a pro. You play music with him for the next 30 minutes and by the time the session is over, he's asked to be helped into his wheelchair.

After reading the above clinical scenario, respondents were asked to articulate goals and objectives for this client. The survey respondents were asked the following questions:

1. Will you do a formal assessment for this client?
2. Is formal assessment required by your workplace?
3. If you plan to do a formal assessment, please describe your procedure. If not, please explain why you have chosen that option?
4. Will you write goals and objectives for this client?

5. If you have answered "yes," please write your initial goals and objectives for this client.
6. Please explain why you have chosen this way of articulating your goal(s) and objective(s) (for example, why you choose to use quantitative, qualitative or musical language).
7. If you have answered "no" to question 1 or 4, please explain why you have chosen not to write goals and objectives for this client.

Procedures

Prior to the start of the research, ethics approval was received from Concordia University's Human Research Ethics Committee (UHREC). Subsequently, the primary researcher sent an Invitation to Participate and Informed Consent email to the CAMT. These documents were then forwarded to all MTA members of the CAMT via email. The email included details about the study, criteria for participation, and an invitation to email the research assistant, who then continued communication with them as necessary. This latter point ensured anonymity and was aimed at reducing the probability of social desirability bias. Given that the primary researcher has lived and worked across Canada and given the Canadian music therapy community's relatively small size, it was a necessary measure for participants to feel safe and to enable them to offer open and honest responses.

Upon reception of the informed consent forms, the research assistant provided participants with a SurveyMonkey link to the survey questionnaire. Responses to the questionnaire were exported from the online survey platform and then qualitatively analyzed using thematic analysis, enabling the primary researcher to identify patterns or themes within the qualitative data (Maguire & Delahunt, 2017). Research findings were then reviewed by music therapy research consultants and the co-author and triangulated with available literature pertaining to the emerging themes.

Results

Demographic Information

All 19 respondents had practised music therapy for 15 years or more. Eleven respondents trained in

Canada, while three respondents trained in Canada and elsewhere. Three did all of their training in other countries. Two did not answer this question. Three participants work in a single institution, three work at universities only, five work in multiple locations including university teaching posts, and eight work itinerantly not including universities.

Music Therapy Scenario Responses

1. **Will you do a formal assessment for this client? (The term “formal assessment” refers to any use of a prepared assessment form that the therapist might use in their work.)** Ten participants wrote that they would do a formal assessment for this client and nine wrote that they would not.
2. **Is it required by your workplace?** Six of the 19 respondents stated that they are required to write goals and objectives by their workplaces. Of those who are not required by their workplaces to write an assessment, three said that they engage in this practice regardless. Six of the respondents stated that they do not write formal assessments at all. Two use approaches in which they converse with the client or caregiver instead. Four of the respondents answered that they would do a formal assessment, but only if requested by the client or caregiver.

3. **If you plan to do so, please describe your procedure. If not, please explain why you have chosen that option.** Two therapists said that they write informal narrative assessments based on interviews or conversations. One individual stated that they still use the method taught to them during training many years before and one stated that they use whatever is required by each site. One respondent wrote that they do an “observational assessment” and three referred to “intuitive processes.” Only one participant said that they use a pre-set assessment procedure as outlined in the IMTAP (Baxter et al., 2007). Table 1 summarizes participants’ responses to the first three questions of the survey.
4. **Will you write goals and objectives for this client?** Nine participants said that they would write goals and objectives for the client in the scenario. Three of the respondents said that they would write goals with no objectives and three stated that they do write goals but did not include examples. Four therapists stated that they do not write goals or objectives.
5. **If you have answered “yes,” please write your initial goals and objectives for this client.** Examples of approaches to writing goals and objectives are documented in Table 2.

Table 1
Responses of the 19 participants to questions about where they work, if they will write a formal assessment, and why or why not.

Work Location	Number of Responses	Write formal assessment?	Comments for “yes”	Comments for “no”
Private practice—studio	1	1 no		An initial verbal interview
Private practice—many locations	4	2 yes 2 no	1) Professionalism 2) For re-evaluation, to help contracting party to understand the process.	1) Only on request. General response to the music gives the greatest information. 2) Will describe interactions, responses, observations and treatment plan in a narrative note.
Single institution	4	2 yes 2 no	1) Determine if the person is proprioceptive, melodic, or rhythmic and whether he is a visual, auditory, or kinesthetic learner and is he sensitive to music. 2) Determine rationale for referral.	1) Ongoing process. Uses a form that is a tool for that ongoing assessment. 2) Not required.

University, Private practice— many locations, Institution	2	1 yes 1 no	Domain-based, narrative section.	Assess during practice.
Private practice— many locations or single institution	1	yes	Treatment properties of music— Sears.	
University	3	3 yes	1) Would use the tool approved by the facility. 2) Would use domains, personal narrative, reminiscence, musical interactions, improvisation. 3) Narrative	
University Private practice— many locations	3	3 no		1) Observation, interview, intuition and logic while being attentive to needs, abilities, values, motivation, interest, and disinterest. 2) 1 st few sessions documented in detail using the 7 domains; determine which instruments, songs, and musical preferences they have; living situation; date of admission. 3) Uses a self-designed tick chart and writes a formal assessment only if asked.
No indication of workplace	1	1 yes	To observe and assess level and nature of client in domains while being in the music.	

Table 2
Respondents' articulation of goals and objectives and their rationale.

Respondent	Articulation of Goal	Articulation of Objective	Summary of reasons for choices
#2	To improve client's mood and connection with others	The client will be encouraged to participate in instrumental activities (harmonica, percussion) during his session. Vocal activities will also be offered to the client.	Honing in on a few key areas, will, I believe, result in more effective therapy. It helps me to design my treatment.
#4	To decrease feelings of isolation and improve mood—this will be improved by: To increase the verbal and non-verbal sharing of clients' personal feelings about music and current circumstances as indicated by:	The client initiating non-verbal communication when playing, sharing of instruments, in the silence and identifying an improved mood.	I struggle with goals as I feel the ultimate goal for music therapy is to tap into the part of the person that is consistently well/whole/strong.
#6	To enhance mood	The resident will be given opportunities to play instruments and make choices about repertoire.	The goals are written in a qualitative language that relate to the goals of palliative/hospice care addressing: symptom control, psychosocial and spiritual needs of the resident (and their caregivers).

Music Therapy Goals and Objectives

#8	To improve psychosocial skills	By the end of 10 sessions, client will engage in tasks involving clinical improvisation that may or may not be followed by verbal discussion related to associated thoughts, feelings, and/or emotions. Data collection will consist of continuous subjective evaluation of musical expression and/or related verbal discussion.	I always have a mixture of qualitative and quantitative language with musical involvement as mode of intervention and means of data collection.
#9	Client will engage in music making as determined by client. Client will use the music therapy session to explore their emotional space.	Objectives are not stated.	Most contracting parties these days wish to have "evidence based" interventions. This requires some numbers, some reference to physical, psychological or neuro-psychological, emotional and/or cognitive function.
#10	Client will engage in vocal and structured instrumental music experience. Client will strengthen his connection to his internal resources.	Client will choose songs that the therapist will play. During the course of participation in music experiences, client will reminisce on his life and note his uniqueness, strengths, and accomplishments.	Beginning with goals and objectives is a way to organize my approach based on my perspective of what I can apprehend of the client at this moment. Goals and objectives provide me with ONE way of viewing the client.
#11	For the client to experience an improved mood and decrease depressive symptoms. Enhance quality of life	To engage the client in musical interactions that enhance mood, boost self-esteem and help client reconnect with identity. Through playing improvised or pre-composed songs, engage the client in purposeful activity and try to stimulate reminiscence.	
#12	To use music as an outlet for self-expression. To alleviate depressive mood and behaviour.	Does not write objectives.	The objectives would come intuitively in the session, depending on his mood, perspective and engagement.
#13	To increase repertoire in order to increase strength and self-confidence.	He will sing a complete song. He will reproduce one rhythmic pattern on the drum. He will play 2 dynamics, soft/loud on instrument.	
#15	Increase motivation to socialize (and in doing so, improve his mood).	At each session, sing 1 or 2 new songs with the MT, thereby building up a repertoire. Play a percussion instrument while singing (after several sessions). Sing and play songs with the MT in the common room. Sing and play songs with the MT and other residents in the common room.	The goals and objectives I have proposed can be measured in a quantitative manner, qualitative manner and musical manner (i.e., ability to keep a steady beat, create a well-defined melodic motif, sustain musical participation alone and with MT, etc.).

#16	For him to experience increased motivation and find new meaning in his life through music (spiritual domain).	For him to identify and confirm musical experiences in which he feels successful and motivated at this point in his life. For him to participate actively and as independently as possible in these musical experiences. For him to experience and share any new meaning in life through participation in music making.	Focus on the 7 clinical domains. They are written in positive language, are measurable and achievable in one session.
#18	Client will demonstrate an improved overall mood as evidenced by positive comments, smiling and increased verbal interactions within the context of the music therapy setting within 2 weeks of 1 hour of music therapy each week.	Objectives are not stated separately.	Although the language can seem harsh and arbitrary—goals need to be objective and should be stated in a way that can be demonstrated. Goals also need to be attainable and in some way measurable.
#19	That the client experience a decrease in depression (emotional domain).	That the client experience joy. That the client experience an interest in expanding his social world.	I like to focus on one of the domains to help keep me in check. My objectives are elements of the goal. I like to keep my methods separate from the goal and objective statements.

For the purpose of this study, the primary researcher found it useful to include the language, “therapist’s viewpoint” and “client’s viewpoint,” because it was found that even when a goal statement uses “therapist-centred” language, the client is often still the focus of the statement. Several Canadian music therapists write their goals from the therapist’s viewpoint (Keats, 1995; Kogutek, 2014; Ostertag, 2002; Purdon & Ostertag, 1999). One example is, “Music therapist ensures a safe place in the therapy setting for client” (Purdon & Ostertag, 1999 p. 18). This goal could be interpreted as therapist-centred since it calls the therapist to action rather than the client. However, this can also be interpreted as a client-centred goal, expressed from the therapist’s viewpoint. Goals that are written from the therapist’s viewpoint imply that the onus is on the music therapist to create an environment that will enable change. It implies therapist action or behaviour rather than the client’s action or behaviour. It recognizes the collaborative nature of the therapeutic relationship, where all parties hold certain responsibilities (Rolvsjord, 2006b). When considering this perspective, all but three survey respondents wrote goals and objectives from the therapist’s viewpoint. The

articulation of the goals and objectives were from the therapist’s viewpoint, but most were still client-centred. For example, respondent #2 wrote, “To improve client’s mood and connection with others.” In this case, the therapist was writing a goal from the therapist’s viewpoint as they were striving to improve the client’s mood. It was, on the other hand, client-centred since the therapist wished to help the client with their mood. Another example, written by respondent #6—“To provide an opportunity for positive social engagement and interaction”—was articulated from the therapist’s viewpoint, but implied client-centredness.

Some therapists select from both perspectives in one goal articulation. Hatcher (2007), for example, mixes goals written from both the therapist and client viewpoints “to establish and assert individuality; to provide a safe place for emotional investigation; to define emotional life . . . ; to enjoy a new experience . . . ; to enjoy a heightened sense of integration and belonging with one’s environment” (p. 116). These findings show that the therapists surveyed made diverse choices when articulating goals and objectives in order to best express the intent of the goal, whether from the perspective of the client or of the therapist.

The Use of the Word “Will”

Seven of the 19 practitioners who completed the survey used the word “will” in the statement of their goals. The use of the word “will” in all three of the following statements places the speaker in control and in the position of authority: “Rodney will set the table”; “Rodney will be encouraged to set the table”; or “Rodney will set the table creatively.” These are all stated from the viewpoint of the speaker and they narrow the focus of the perspective of Rodney’s progress. The person who wants Rodney to set the table may have the best of intentions—perhaps to increase Rodney’s independence—but the word “will” sets up the perspective that we *expect* Rodney to set the table. The use of the word “will” in the context of the writing of a goal defines a behavioural approach that is directed by the therapist (Personal communication, Carolyn Kenny, April, 2015). Respondent #10 provided an example of this: “Client will engage in vocal and structured instrumental music experiences.” In this case, the word “will” created a therapist-centred directive rather than a sense of client aim or collaboration.

When “will” is used in a goal or objective statement, it becomes something that is written from a therapist-centred perspective. Language that is used in goal writing sets the stage for the clinical work and how the therapist would like it to be perceived by others, which is an important perspective to consider given that most music therapists work within complex and varied contexts. When we use the word “will,” is it reasonable to consider that it places us as therapists in the position of power? And from an over-arching perspective, could it be that the way we write our goals and objectives implies the hierarchy, or lack thereof, that we create between ourselves and our clients? The following respondent said that they do not write goals and objectives, believing that the implications are too great:

I believe that setting goals and objectives is usually about behavioural change. And I do not think that it is the role of the music therapist to change people. A therapist should in the best and deepest sense, “be with “their clients” in a mutual relationship sharing creative possibilities in the music. . . . I reject any hierarchical relationship

in therapy—meaning that the therapist is not healthier or better than her clients. (Respondent #1)

The Direction of the Therapeutic Process

The goal statement “conveys the direction of the desired change” (Clement-Cortes, 2012, p. 1). Three ways of articulating the movement of the client’s behaviour, demeanour, skill level, or interaction were expressed by respondents: “to increase” (for example, respondent #15), “to decrease” (for example, respondent #11), and “here and now” statements (for example, respondent #12).

Of the 19 goal statements, 10 used “to increase” terminology, such as “to increase,” “improve,” “encourage,” “strengthen,” “promote,” “expand,” or “develop”.

Four of the respondents included examples of language that indicated a “lessening,” “decrease,” or “alleviation”.

The third way that emerged pertains to those goal statements that don’t ask for either an increase or decrease. Seven examples of this approach emerged from the 19 respondents. Under this category, words such as “explore,” “engage,” “meet,” “instill,” “ensure,” “deal with,” “attend to,” “maintain,” and “understand” were used. These “here and now” words do not imply a move in either direction and yet are valid and useful perspectives when formulating goals. This finding is relevant as it highlights a perspective that does not clearly align with what is taught in many institutions, that is, to only use “increase” goals. In fact, the usefulness of utilizing a variety of perspectives when articulating goals and objectives is suggested.

The Use of Qualitative, Quantitative, and Music-Centred Perspectives

The choice to work within a qualitative, quantitative, and/or music-centred paradigm may be based on the therapist’s personal preference, philosophy of practice, training, the need to provide data that the facility in question can relate to, or the therapist’s research interests. The following three comments by study participants illustrated why they choose quantitative approaches.

1. to meet the requirements of documentation required by the institution and to meet ethical requirements of the music therapy profession
2. to provide a baseline measurement of the client's status so that I can evaluate his progress
3. to provide myself with a focus for the sessions (Respondent #10)

Although the language can seem harsh and arbitrary, goals need to be objective and should be stated in a way that can be demonstrated, i.e., what will the client do, how will that be evidenced, under what circumstances and how long will it take? . . . It does not preclude the importance of anecdotal observations that gives a more rich description of the therapy . . . (Respondent #18)

Goals and objectives create the pathway for my clinical work. . . I am also being accountable to the patient/substitute decision maker in defining what goal/objectives align with the patient's hopes and wishes in their care—an important aspect of person-centered care. (Respondent #8)

The following comment illustrated goals written from a qualitative perspective:

I work in a qualitative manner, i.e., the therapeutic “dance,” giving primacy to the client guiding the process wherever possible. At times, this means that I am not sure where the process is leading. I believe that beginning with goals and objectives is a way to organize my approach based on my perspective of what I can apprehend of the client at this moment. Goals and objectives provide me with ONE way of viewing the client. They represent my “best guess” of how to proceed with the client based on my limited knowledge at this time. (Respondent #10)

Two respondents provided music-centred goals, alongside qualitative goals:

Client will engage in music making as determined by client. (Respondent #9)

Client will engage in vocal and structured instrumental music experience. (Respondent #10)

The following comments illustrated an open-minded approach that embraced a combination of qualitative, quantitative, and music-centred approaches, depending upon the clients' needs:

Qualitative, quantitative and musical languages are simply different useful ways of trying to clarify or describe/explain different aspects of what inner experiences are being sought and/or manifested. No single one of those languages would encompass either the “whole-person” of the client, or the potential of what a “Music Therapy Alliance” might be able to provide. (Respondent #14)

The goals and objectives I have proposed can be measured in a quantitative manner (i.e., times, frequency), qualitative manner (i.e., nature of response—spontaneous or otherwise) and musical manner (i.e., ability to keep a steady beat, create a well-defined melodic motif, sustain musical participation alone and with MT, etc.). (Respondent #15)

A survey of articles in the *CJMT* revealed that no authors used quantitative articulations of goals and objectives in their writings. One may conclude that Canadian music therapists have a strong leaning towards thinking about goals and objectives in qualitative terms but, when examining teaching materials from Canadian universities that teach music therapy, we see a contrast. In 10 examples of goal writing seen in the teaching materials of five Canadian universities, seven of them are quantitative (Clements-Cortes, 2012; Concordia University, 2018; Lee, 2010; Price & Wingate, 2015; Williams, 2015). There were no iterations of music-centred goals in any of the teaching materials at the time of writing.

The way that goals and objectives are articulated by the 19 seasoned practitioners who completed the

survey for this study and the way that *CJMT* authors have written their goals and objectives is in strong contrast to approaches adopted by Canadian universities' training program handbooks. This is of considerable interest, since 14 of the respondents had received training from Canadian universities (it was not determined where the *CJMT* authors studied). On the other hand, of the practitioners who provided goal statements, seven used musical language and five used nonmusical language. This is similar to the Canadian universities' handbooks, which provide an equal number of both. They offer five examples of goals/objectives written using musical language and five using nonmusical language (Clements-Cortes, 2012; Concordia University, 2014; Lee, 2010; Price & Wingate, 2015; Williams, 2015).

The choice between a qualitative, quantitative, or music-centred approach is a choice to be made by the therapist for their client and for the sake of the client's well-being. Often the choice is made due to the protocol of an institution or a need to be understandable within a problem-focused context. In the end, "your belief in the quality of clinical intervention . . . will define your work, not terminology" (Lee, 2010, p. 19).

Not Writing Goals and Objectives

Do we need to write goals and objectives at all? This question can only be examined in terms of the 19 practitioners who completed the survey, since there are few references in the music therapy literature to "not" writing goals. Four of the 19 survey respondents do not write goals and objectives. The following are comments from those survey participants:

My work is highly intuitive. So if I begin to form preset categories, the creative process and immediacy of the work is compromised. My mantra is "the process is the product." (Respondent #1)

We have come to believe that all persons benefit from music therapy. We also feel general impression from the response to the music often gives the greatest information. (Respondent # 4)

Goals and objectives are not required at my long-term care settings. Writing goals and objectives

does not change my approach to practice but uses up valuable time. (Respondent #5)

I will likely have goals/objectives in my mind and heart whenever I think about this client . . . I would only write them down if I thought I would forget them or if/when I needed to communicate them to someone in writing. Just as important to me of course would be any goals/objectives I sensed the client had for his own life and how I might help him move toward those goals. (Respondent #14)

This is an interesting perspective, since this specific approach is not referred to in the Canadian music therapy literature about goal writing. There is implied precedence, though, in music-centred music therapy where musicking (Small, 1998) is the primary focus. Articulating goals in advance may not be implicated. As Aigen (2005) stated so eloquently,

Because musicking is considered to be such an essential human activity, music-centered practitioners can accept that at times the client's activity and experience of music and self and others in the music therapy session can be a self-justifying one. No changes in functioning are directly sought in these instances, whether in musical or other areas of functioning, whether inside or outside the sessions. The client's experience of himself in music can be so important on a basic human level that it need not be justified based on anything outside of itself. (p. 126)

We are grateful to the therapists who wrote honestly when completing the survey. "Not" writing goals and objectives is not a formalized approach and it leads us to wonder: Would it discredit our profession to allow this perspective a voice? If goals and objectives are not written, is it no longer therapy? Is this truly the distinction between playing music with someone and "doing" therapy or does the therapy happen regardless? What does accountability look like in the absence of goals and objectives to measure progress?

The following comments illustrated why four respondents do write goals and objectives:

I write goals and objectives because that's what music therapists (should) do. Treatment planning distinguishes us from entertainers and volunteers for all involved. If you don't have a plan you cannot fully assess your impact. (Respondent #7)

Goals and objectives create the pathway for my clinical work. (Respondent #8)

As a seasoned therapist, I would of course write goals for this person. . . goals are about supporting or addressing a problem. (Respondent #12)

Because it is measurable and concrete. (Respondent #13)

The Use of Domain

One of the ways that Canadian music therapists chose to articulate their choice of goals and objectives was through domain use. The term "domain" is used to describe the overarching goal area that the therapist is addressing. These are broad areas such as social, physical, spiritual, cognitive, and communication. Four approaches were noted:

1. **Broad domains act as an umbrella.** Examples of broad domains are communication, cognitive, academic, emotional, and motor. A good example of a broad domain was when a respondent wrote, "To enhance mood."
2. **Specific issues.** Specific issues refer to goals that do not reflect back to one specific domain. "Encourage relaxation," for example, could pertain to a physical, emotional, or sensory domain. A good example of using specific issues was when a respondent wrote, "To increase the verbal and nonverbal sharing of client's personal feelings about music and current circumstances."
3. **Combination of broad domains and specific issues.** Goals based on specific issues are seen in the writings of many Canadian music therapists and often in combination with broad domains. A good example of this combined approach

was when a respondent wrote, "For the client to experience an improved mood and decrease depressive symptoms."

4. **Multi-faceted approach.** "Multi-faceted approach" is a term the primary researcher uses to describe varied perspectives, depending on the needs of any specific client. One goal statement in a multi-faceted approach, for example, may include several broad domains or specific issue goal areas; in one goal statement, the intervention is included and in the next goal statement it is not. A good example of the multi-faceted approach was when the respondent wrote, "To improve client's mood and connection with others," which included two domains—emotion and social—in one goal statement.

There is a distinct variation of uses of broad domain, specific issues, a multi-faceted approach, and a combination of them as seen in the respondents' goal examples. The technique used also varied between the goals and objectives in a single statement. A detailed examination of these variations is not included in this research study, but the wide variation and why music therapists make these choices is interesting for future study.

Limitations

The aim of the study was to understand how seasoned therapists articulate goals and objectives. The primary researcher was interested in knowing if they stayed with methods taught to them during their original training and to what degree their experience in the field guided their ongoing relationship with writing goals and objectives, but the approaches to goals and objectives may have been influenced by continuing education opportunities that may have occurred more recently in the respondents' careers. The fact that participants were provided with a pre-established scenario may have affected the way in which they articulated goals and objectives. For instance, a resource-oriented music therapist would have engaged in an assessment that would have more thoroughly explored the strengths and resources of the client (Dorris Economos, O'Keefe, & Schwantes, 2016). The resulting goals from such an assessment could possibly

differ. In addition, the provided scenario implied an individual music therapy context. The process of writing goals and objectives for group sessions was not explored in this study. French-speaking, experienced music therapists were not included in this study, as well as experienced music therapists who may not be CAMT members in good standing for one reason or another. Therefore, this survey may not have provided a comprehensive portrait of all experienced music therapists in Canada. Another limitation is that the chosen survey design did not allow for follow-up questions to better understand why respondents decided to articulate their goals and objectives for the client in the scenario. Although efforts were made to limit the possibility of social desirability bias, it is possible that participants answered the survey questionnaire in a way that they thought would be acceptable to the primary researcher. The participants' theoretical orientation was not raised in the survey, which limited the possibility of exploring the observed individual differences in relation to that.

Future Research Implications

Through the course of this exploratory study, many considerations for further study emerged. It would be beneficial to examine how the language we use in the writing of goals and objectives impacts the therapeutic relationship we have with our clients. Further research could shed light on the relationship between how Canadian music therapists are taught to write their goals and objectives and how they choose to practise post-training. In addition, research on whether there is a need to write goals and objectives is warranted. Similarly, exploring whether or not allowing this perspective a voice would discredit our profession and how therapists can be accountable without engaging in this practice is worthy of study.

Conclusions

In this exploratory study, the research question “How do experienced Canadian music therapists articulate goals and objectives?” was investigated. A SurveyMonkey online survey was used to gather responses from 19 experienced music therapists. The therapists were given a session scenario and asked

questions that would reveal the ways that they write goals and objectives. Their responses were studied using thematic analysis, resulting in emergent themes that revealed implications for music therapy education, internship guidance, and the way music therapy may be perceived in Canada. Six themes emerged in this study, in no particular order, appearing and reappearing as the responses were reviewed. One theme was “the viewpoint of the therapist,” suggesting that how we write goals and objectives is a window into how respondents view the client/therapist relationship. Another theme was the use of the word “will,” which is a potential indicator of behavioural leanings and possible power dynamics within the therapeutic relationships. A third theme was the use of a variety of therapeutic directions. The diverse use of “increase,” “decrease,” and “here-and-now” language by experienced therapists suggests that the current preference for “increase” language as taught in Canadian educational programs can perhaps be exchanged for an approach that includes a broader spectrum of choices, to best describe aims which are being sought by the client, the caregiver, and the therapist. Another theme related to a varied use and combination of qualitative, quantitative, and music-centred perspectives. This aligns with diverse Canadian music therapy practices as evidenced by current literature. A fifth theme was simply that four out of nineteen respondents in this study do not write goals and objectives. The desire on the part of some therapists to engage in an approach that is process-oriented rather than goal-oriented represents a gap in the knowledge surrounding how Canadian music therapists conceptualize their clinical work. A final thematic perspective was related to the way domains are used—in a broad, focused, or varied sense, underlining an area for future study. The six emergent themes are all indicators of how these experienced Canadian music therapists perceive their work. These findings can, in turn, help us to begin the dialogue about how we, as Canadian music therapists, perceive our work as a whole. It is hoped that this study will help students, interns, teachers, mentors, and internship supervisors better understand this diverse subject.

References

- Aigen, K. (2005). *Music-centered music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

- American Music Therapy Association & Certification Board for Music Therapists. (2015). *Scope of music therapy practice*. Retrieved from https://www.musictherapy.ca/wp-content/uploads/2018/07/CBMT-AMTA_SoMTP.pdf
- Baines, S. (2018). Justice values in Kenny's theoretical contributions. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 18*(3). <https://doi.org/10.15845/voices.v18i3.2570>
- Baldwin, M. (Ed.). (2013a). *The use of self in therapy*. New York, NY: Routledge.
- Baldwin, M. (2013b). Interview with Carl Rogers on the use of self in therapy. In M. Baldwin (Ed.), *The use of self in therapy* (3rd ed., pp. 28–35). New York, NY: Routledge.
- Berger, D. (2009). On developing music therapy goals and objectives. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 9*(1). doi:10:10.15845/voices.v9i1.362
- Bevan-Baker, D. (2018). *Music therapists' experiences of working in rural communities of Atlantic Canada* (Unpublished Master's thesis, Concordia University, Montreal, QC).
- Borczon, D. M. (2004). *Music therapy: A fieldwork primer*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Brault, A. (2017) *Resource-oriented music therapy in pediatric oncology: A philosophical inquiry* (Unpublished Master's thesis, Concordia University, Montreal QC).
- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). University Park, IL: Barcelona.
- Bunt, L., & Hoskyns, S. (2002). *The handbook of music therapy*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Canadian Association for Music Therapists. (2014). *Our MTA members*. Retrieved from <http://www.musictherapy.ca/en/our-mta-members.html>
- Canadian Association for Music Therapists. (2016). *Recommended competency areas*. Retrieved from <https://www.musictherapy.ca/wp-content/uploads/2016/04/Competencies.pdf>
- Clements-Cortes, A., & Finnigan, E. (2012). *Practicum course package*. Windsor, ON: University of Windsor.
- Concordia University (CU). (2018). *Practicum handbook*. Montreal, QC: Concordia University.
- Curtis, S. (2015). Alike and different: Canadian and American music therapists' lives and work. *Canadian Journal of Music Therapy, 21*(1), 12–31.
- Curtis, S. (2016). Survey research. In B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Eds.), *Music therapy research* (3rd ed., pp. 322–330). Dallas, TX: Barcelona.
- Dorris Economos, A., O'Keefe, T., & Schwantes, M. (2016). A resource-oriented music therapy assessment tool for use in a skilled nursing facility: Development and case example. *Music Therapy Perspectives, 35*(2), 175–181. doi:10.1093/mtp/miw031
- Gross, E., & Young, L. (2014). Canadian music therapists' perspectives on the current state of music therapy as a profession in Canada. *Canadian Journal of Music Therapy, 20*(2), 102–133.
- Hanser, S. B. (1999). *The new music therapist's handbook* (2nd ed.). Boston, MA: Berklee Press.
- Hatcher, J. (2007). Therapeutic songwriting and complex trauma. *Canadian Journal of Music Therapy, 13*(2), 115–131.
- Howard, M. (2009). An interview with two pioneers of Canadian music therapy: Carolyn Kenny and Nancy McMaster. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 9*(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v9i2.351>
- Jacobsen, S. L., Waldon, E. G., & Gattino, G. (2019) *Music therapy assessment*. London, UK: Jessica Kingsley.
- Keats, L. (1995). Doug: The rhythm in his world. *Canadian Journal of Music Therapy, 3*(1), 53–69.
- Kenny, C. (1982). *The mythic artery: The magic of music therapy*. Atascadero, CA: Ridgeview Publishing Company.
- Kenny, C. (1989). *The field of play: A guide for the theory and practice of music therapy*. Atascadero, CA: Ridgeview.
- Kogutek, D. (2014). Tango improvisation in music therapy. *Canadian Journal of Music Therapy, 20*(2), 166–179.
- Kruger, D. (2019) *An historical study of the first year of the Canadian Association of Music Therapists* (Unpublished Master's thesis, Concordia University, Montreal, QC).

- Lee, C. (2010). *Music therapy placement handbook*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier University.
- Lindan, V. A. (2019). Beyond a socially just profession: Perspectives of music therapists in Canada. *Canadian Journal of Music Therapy, 25*, 22-49.
- Lipe, A. W. (2015). Music therapy assessment. In B. Wheeler (Ed.), *Music therapy handbook* (pp. 76–90). New York, NY: Guilford Publications.
- Loewy, J. (2000). Music therapy assessment. *Music Therapy Perspectives, 18*, 47–58.
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education, 8*(3), 3351–3364.
- Martin L. K., Snell A. M., Walworth D., & Humpal, M. (2012). Assessment and goals: Determining eligibility, gathering information and generating treatment goals for music therapy services. In P. Kern & D. Aldridge (Eds.), *Early childhood music therapy and autism spectrum disorders* (pp. 69–90). London, UK: Jessica Kingsley.
- Noone, J. (2008). Developing a music therapy programme within a person-centred planning framework. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 8*(3). <https://doi.org/10.15845/voices.v8i3.420>
- Oddy, N. (1998). Thom. In F. Herman (Ed.), *Kaleidoscope* (p. 31). Toronto, ON: Canadian Music Therapy Trust Fund.
- Ostertag, J. (2002). Unspoken stories: Music therapy with abused children. *Canadian Journal of Music Therapy, 9*(1), 10–29.
- Polen, D. W., Shultis, C. L., & Wheeler, B. L. (2017). *Clinical training guide for the student music therapist* (2nd ed.). [Kindle version 1.21.1]. Retrieved from Barcelonapublishers.com
- Purdon, C., & Ostertag, J. (1999). Understanding abuse: Clinical and training implications for music therapists. *Canadian Journal of Music Therapy, 4*(2), 9–23.
- Price, H., & Wingate, T. (2015). *Teaching materials coursepack*. Wolfville, NS: Acadia University.
- Rolvsvjord, R. (2006a). Therapy as empowerment: Clinical and political implications of empowerment philosophy in mental health practices of music therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 6*(3). Retrieved from: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/283/208>
- Rolvsvjord, R. (2006b). Whose power of music?: A discussion on music and power-relations in music therapy. *British Journal of Music, 20*(1), 5–12.
- Rolvsvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Rolvsvjord, R. (2014). The competent client and the complexity of disability. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 14*(3). doi:10.15845/voices.v14i3.787
- Salokivi, M. (2012). *The Individualized Music Therapy Assessment Profile as an initial assessment tool of social emotional functioning* (Master's thesis, University of Jyväskylä, Finland). Retrieved from <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40439/URN:NBN:fi:-jyu-201211273079.pdf?sequence=1>
- Slingerland, E. (2014). *Trying not to try: The art and science of spontaneity*. New York, NY: Crown.
- Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Vaillancourt, G. (2010). Music therapy in Canada: An interview with Susan Summers. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 10*(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v10i2.295>
- Vaillancourt, G. (2017) Musicothérapie et santé mentale: l'expérience de musicothérapeutes québécois. *Canadian Journal of Music Therapy/Revue canadienne de musicothérapie, 23*(1), 78–98.
- Wheeler, B. (2013). Music therapy assessment. In B. Feder (Ed.), *The art and sciences of evaluation in the arts therapies: How do you know what's working?* (pp. 344–382). Springfield, IL: Charles Thomas.
- Wheeler, B., Shultis, C., & Polen, D. (2005). *Clinical training guide for the student music therapist*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. L. (Ed.). (2015). *Music therapy handbook*. New York, NY: Guilford Press.

- Williams, S. (2014). *Writing goals and objectives for music therapy: A workbook*. North Vancouver, BC: Capilano University.
- Young, L. (2009). The potential health benefits of community-based singing groups for adults with cancer. *Canadian Journal of Music Therapy*, 15(1), 11–27.

Acknowledgements

We would like to express our gratitude to the late Dr. Carolyn Kenny for her mentorship and guidance throughout the process of researching and writing this article, to Mackenzie Costron who assisted in the review of Canadian literature, and to the 19 participants who agreed to share their perspectives with us. Thanks also to Dr. Mary Rykov who helped in the process of seeing past the umbrella and into the details. Nicola would like to add a particularly big thank you to Annabelle Brault who joined her in co-authoring the final writing of the study to bring it to its completion. Without her encouragement and resourcefulness, it would not have reached press. As always, we would like to thank our beautiful life partners—Chuck and Stephen—who are endlessly supportive of the work we love to do.

Author Information

Nicola R. Oddy is a voice-centred music therapist, providing internship and professional supervision. She teaches at Carleton University and Concordia University and is a PhD candidate in Cultural Mediations at Carleton University, exploring how free vocal improvisation can remove barriers between an individual and the space around them. Her work has been published in *Voicework in Music Therapy: Research and Practice* (2011), in the *Canadian Journal of Music Therapy*, and in *Voices: A World Forum for Music Therapy*.

331 Otty Way, Perth, ON, K7H 3C5
nicola.oddy@me.com

Annabelle Brault is a resource-oriented music therapist, musician, researcher, and educator. She is a full-time music therapy lecturer at Concordia University, graduate of the MA in Creative Arts Therapies, and the Editor, French Content of the *Canadian Journal of Music Therapy*. She works as a music therapist in an afterschool program for autistic young adults and for a community agency offering support for caregivers of older adults.

La musicothérapie communautaire en santé mentale :
un paradigme fondé sur la chanson et la participation du client

Sue Baines, Ph. D., MTA, FAMI
Université Capilano, North Vancouver (Colombie-Britannique)
Graeme Danko, B. MT, MTA, MT-BC
Looking Upwards Inc, Rhode Island (États-Unis)

Sommaire

En 1997, un programme pilote de musicothérapie était mis en œuvre dans un pavillon de santé mentale communautaire et, six mois plus tard, il s'étendait à cinq centres d'hébergement communautaire en santé mentale, tous administrés par une agence agréée de la région du Lower Mainland, en Colombie-Britannique, au Canada. Cette agence offre des services aux personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental chronique et persistant et elle adopte un modèle de soins amorcés par l'utilisateur. Dans un article publié dans la Revue canadienne de Musicothérapie, Baines (2000) décrit la démarche de ce programme, fondée essentiellement sur la chanson et documente son évaluation par les usagers, pour finalement conclure que le modèle d'affirmation et de participation du client qu'il met de l'avant semble contribuer de façon significative à la réussite de la réadaptation. Dans le présent article, les auteurs font le point sur l'état actuel du programme et y contribuent de nouvelles données grâce à des sondages auprès des usagers et du personnel et à des entrevues approfondies des usagers pour déterminer en quoi ce programme de musicothérapie fondé sur la chanson et amorcé par l'utilisateur est efficace pour eux.

Mots-clés : communauté, santé mentale, musicothérapie, sondage, thérapie de groupe, chant

Abstract

In 1997, a music therapy program was first piloted in a community mental health clubhouse and six months later expanded to five community mental health group homes, all administrated by an accredited agency in the Lower Mainland of British Columbia, Canada. This agency serves persons with a diagnosis of chronic and persistent mental illness and adheres to a consumer-initiated model of practice. In an article published in the *Canadian Journal of Music Therapy*, Baines (2000) described the predominantly song-based approach of that program and documented a consumer evaluation of it, concluding that the client-centred empowerment model of consumer inclusiveness described appeared to contribute significantly to the rehabilitative effect of the program. In this article, the authors report on the current status of the program, including new data from surveys of consumers and staff as well as in-depth consumer interviews regarding their awareness of how and why the consumer-initiated, song-based music therapy program is effective for them.

Keywords: community, mental health, music therapy, survey, group therapy, singing

Introduction

Au Canada, nombre de nos collègues musicothérapeutes enseignent et pratiquent un modèle de musicothérapie que l'on qualifiait auparavant comme étant éclectique et centré sur le client. Les thérapeutes ayant recours à ce modèle puisent dans la gamme des méthodes de musicothérapie actuelles et historiques pour ensuite redéfinir l'expérience client dans le respect des paramètres du système canadien de prestation de soins de santé, afin de répondre le mieux possible aux besoins de la population desservie. L'exercice de la musicothérapie au Canada comporte, depuis toujours, des modèles de pratique clinique et communautaire fondés sur les besoins qui se manifestent au sein de la population et dans la région desservie.

En 2000, Baines publiait un article intitulé *A consumer-directed and partnered community mental health music therapy program: Program development and evaluation* [un programme de musicothérapie en santé mentale communautaire établi et mené en partenariat avec l'utilisateur : élaboration et évaluation du programme] dans lequel elle décrivait les perceptions des consommateurs d'un programme de musicothérapie selon la rétroaction fournie par les clients dans le cadre de sondages. Initialement publié dans la Revue canadienne de musicothérapie, l'article a été reproduit dans la revue *Voices: A World Forum for Music Therapy* en 2003. Cet article a également été cité dans quatre publications récentes — dans un article de Cynthia Chhina (2004) intitulé *Music therapy and psychosocial rehabilitation: Towards a person-centered music therapy model* [musicothérapie et réadaptation psychosociale : vers un modèle de psychothérapie centré sur la personne] publié dans la *Revue canadienne de musicothérapie*; dans un livre publié sous la direction de Susan Hadley (2006), *Feminist Perspectives in Music Therapy* [perspectives féministes en musicothérapie]; dans un article de Jane Edwards et Susan Hadley (2007) intitulé *Expanding music therapy practice: Incorporating the feminist frame* [élargissement de la pratique de la musicothérapie : intégrer la grille d'analyse féministe] publié dans *The Arts in Psychotherapy*; et dans un article de Barbara Wheeler (2007) intitulé *Music therapy research: Contributions from Canada* [Recherche en musicothérapie : l'apport canadien] publié dans la Revue canadienne de musicothérapie.

En place depuis 11 ans et demi au moment de la publication initiale de l'article (en 2010), le programme décrit par Baines remonte loin, particulièrement dans le contexte actuel de constantes compressions budgétaires. En raison de cette longue histoire et de l'intérêt que suscite ce programme depuis quelque temps, le présent article revient sur le sujet. Il examine le processus et les effets de l'interprétation de chansons familières dans un espace participatif chez des usagers atteints d'une maladie mentale grave ou de psychose. Nous examinerons d'abord la littérature pertinente, puis la rétroaction fournie par les usagers et le personnel dans leurs réponses à des questionnaires au printemps de 2008. Des extraits d'entrevues réalisées avec cinq usagers du programme seront présentés à la suite des données de l'enquête.

Examen de la littérature

Quatre domaines de recherche connexes seront explorés dans l'examen de la littérature. Nous examinerons d'abord la littérature récente en musicothérapie communautaire. Nous présenterons ensuite un examen de la littérature publiée dans des domaines de recherche connexes à la musicothérapie. Puis nous nous pencherons sur le processus de musicothérapie de groupe — plus précisément les groupes d'utilisateurs atteints de maladies mentales graves. Pour finir, nous explorerons des ouvrages de psychologie qui se penchent sur des données pertinentes au projet à l'étude, tout particulièrement ceux où l'on décrit des stratégies de leadership efficaces pour la tenue de groupes menés par des participants et de groupes d'entraide.

Littérature récente dans le domaine de la musicothérapie communautaire

Dans le passé, la grande majorité des auteurs qui abordaient le sujet de la musicothérapie communautaire, dont Baines (2000), commençaient par s'excuser « des racines cliniques de la musicothérapie » avant de les décrire. C'est ce que l'on appelle maintenant le « modèle consensuel » (Pavlicevic et Ansdell, 2004). Le modèle consensuel de la musicothérapie est basé sur certains éléments de l'approche anglaise proposée initialement par d'éminents musicothérapeutes comme

Nordoff et Robbins, Mary Priestley et Juliette Alvin. Aujourd'hui, l'utilisation de musique préexistante dans le cadre de ce modèle est en grande partie chose du passé, remplacée par une approche fondée principalement sur l'improvisation clinique. Dans *Community Music Therapy* [la musicothérapie communautaire], un livre récemment édité sous la direction de Mercedes Pavlicevic et Gary Ansdell (2004), 13 des 17 auteurs invités s'inscrivent dans cette tradition, ce qui limite malheureusement la diversité des pratiques de musicothérapie communautaire qui y sont décrites. Toutefois, comme en témoigne Leslie Blunt, l'une des autrices anglaises les plus chevronnées de l'ouvrage, « [c]omposer des chansons avec un patient ambulatoire [...] ou arranger une pièce musicale existante pour un groupe d'enfants [...] n'a rien de nouveau et correspond aux approches flexibles de la musicothérapie employées dans les premières années d'existence de la profession au Royaume-Uni » (p. 272) [trad.].

Au Canada, la démarche que l'on nomme aujourd'hui « modèle consensuel » a souvent été désignée par le terme *improvisation clinique*. L'appellation *musicothérapie clinique* désigne une pratique qui repose sur les normes officielles d'exercice relevant principalement du domaine de la psychologie clinique. Le terme *musicothérapie communautaire*, pour sa part, désigne une pratique qui, en plus de s'inscrire dans un cadre clinique, s'appuie sur la théorie de la pratique communautaire élaborée dans les domaines du travail social communautaire, des soins infirmiers communautaire et de la psychologie communautaire. Pour décrire la pratique de la musicothérapie auprès du grand public, les termes historiques et familiers *clinique* et *communautaire* semblent plus efficaces que *consensus*, un terme plus abstrait qui se prête mal à la mise en marché.

Ces pratiques communautaire variées comportent certains éléments communs : elles se déroulent dans des espaces ouverts, sont inclusives, font appel à la participation des clients, tiennent compte tout autant de la collectivité que de la personne, et démontrent « un intérêt pour le plaisir de la création musicale collaborative » (Stige, 2006, p. 42) [trad.]. Les fondements théoriques de cette démarche [...] proviennent principalement des travaux novateurs de Kenny (1982) dans *Field of Play* [le champ du jeu]

et, plus récemment, de Ruud (1998), qui a poursuivi les travaux de Kenny et les a intégrés à son travail de pionnier dans *Improvisation, Communication and Culture* [improvisation, communication et culture].

Au Canada, nous conjuguons depuis longtemps musicothérapie communautaire et modèle de soins clinique, et ce, avec succès. Citons, par exemple, le cas d'une pièce de théâtre adaptée d'une œuvre de Hans Christian Andersen intitulée *The Emperor's Nightingale* (« Le rossignol et l'Empereur de Chine »), que Fran Herman a décrit dans un courriel reçu dans le cadre de la préparation du présent article :

La pièce *The Emperor's Nightingale* a été réalisée en 1961, dans le cadre du premier programme de musicothérapie de groupe au Canada, par The Wheelchair Players, un groupe d'enfants vivant dans un établissement qui se nommait alors Home for Incurable Children (maison des enfants incurables), devenu depuis le Bloorview Hospital [...]. Ce spectacle faisait partie d'un programme regroupant tous les arts de la scène pour offrir [...] un mode d'expression de soi et l'occasion de faire des choix, et pour valoriser les droits des enfants vivant avec de graves handicaps. Plutôt que de rechercher la pitié, ces enfants ont appris à mettre en scène le drame en dépit des fauteuils roulants. [Le spectacle] a été présenté dans un auditorium de 1 200 spectateurs, des extraits ont été diffusés à la CBC... et le film devait être présenté au congrès de l'American Medical Association l'après-midi où Kennedy a été assassiné. À ce moment, le film a été égaré (communication personnelle, 3 novembre 2008). [Traduction]

Le film a été retrouvé, numérisé, puis finalement présenté lors du congrès de l'Association canadienne des musicothérapeutes, en 2004 à Perth, en Ontario. Il est disponible par l'entremise de la Fondation de musicothérapie du Canada (www.musictherapytrust.ca).

Les plus récentes publications internationales expriment clairement leur appui à cette approche inclusive. « Pour assurer l'efficacité thérapeutique dans le cadre d'une démarche contextuelle de la [musico]thérapie, on mise sur une collaboration client-thérapeute reposant sur l'accès à la musique, l'habilitation et l'affirmation plutôt que sur la mise en œuvre d'interventions par le thérapeute expert » (Rolvjord, 2006, p. 10) [trad.]. Elle poursuit :

La puissance de la musique ne peut donc être attribuée à aucun objet autonome, si provisoire soit-il. Elle doit plutôt être attribuée à un engagement actif et contextualisé. Dans ce contexte théorique, la notion d'intervention musicale paraît plutôt paradoxale, car elle suggère que le pouvoir d'améliorer la santé du client par la musique est entre les mains du thérapeute qui intervient. Par cela, j'avance qu'il se peut que nous ayons échoué à reconnaître l'importance de la musique telle qu'utilisée par le client même, dans le cadre de la musicothérapie aussi bien que dans la vie quotidienne. Si nous choisissons de reconnaître la puissance que confère au client la création de musique, il nous faut axer nos pratiques de musicothérapie sur l'accessibilité et l'affirmation, et ainsi passer de l'intervention à la collaboration. (p. 11) [Traduction]

Jane Edwards et Susan Hadley appuient cette affirmation dans leur perspective féministe de la musicothérapie : « Une conscience féministe demande que les musicothérapeutes soient disposés à clarifier leur propre position face à cette question. Cette prise de conscience nécessite que l'on porte attention à ses propres privilèges, à sa propre puissance et au statut qui en découle » (p. 201) [trad.]. Rolvsjord (2006) précise également qu'« il est nécessaire de rendre le pouvoir de la musique aux clients et de les habiliter à utiliser leur propre musicalité et leurs compétences musicales, leurs pièces musicales et leurs prestations musicales pour favoriser leur propre santé et leur qualité de vie. Ainsi, il importe que la musicothérapie favorise l'accès à la musique et l'autodétermination par rapport à celle-ci » (p. 9) [trad.]. Chinna (2004) est du même avis : « Les principaux facteurs motivant les décisions en matière de prestation de services doivent être les besoins et les valeurs des clients, les usagers du service que nous fournissons » (p. 15) [trad.]. Dans un récent numéro de la *Revue canadienne de musicothérapie*, Eyre (2008) fait état de son travail auprès de personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique, une population aux prises avec de multiples sources de stress sur les plans médical et psychologique. Son projet se fondait sur des « principes centrés sur le client privilégiant les préférences du client, l'instruction du client sur le

potentiel thérapeutique de la musique et l'affirmation du client » (p. 58) [trad.]. La recherche menée par Eyre indique que cette démarche d'affirmation semble obtenir un meilleur succès auprès de personnes vivant des problèmes chroniques de santé physique et psychologique graves avec comorbidité, et les auteurs jugent que ce succès peut être extrapolé au travail auprès d'autres clientèles atteintes de maladies chroniques multiples, y compris des maladies mentales graves.

Dans le modèle décrit par l'article, le patient est toujours engagé dans l'initiation et la planification du processus. Les auteurs avancent qu'il s'agit là de la raison fondamentale pour laquelle nous avons tendance à chanter un grand nombre de chansons dans le cadre de ce modèle de pratique valorisant mené par le client. Le désir de chanter des chansons familières en groupe pendant la plupart des séances de musicothérapie répond à une multitude de besoins relevant de tous les domaines fonctionnels. Dans le passé, des préoccupations ont été soulevées en ce qui a trait à l'utilisation de divers types de musique populaire dans la pratique de la musicothérapie. Comme le conclut Bushong (2002) dans le cadre d'une récente étude, « il semble exister suffisamment de données probantes pour affirmer que la musique populaire est, fort probablement, un élément qui reflète et exacerbe tout à la fois les attitudes, valeurs et comportements, lorsque l'on tient compte des particularités et des stimuli de chacun » (p. 77) [trad.]. La musique populaire peut effectivement s'avérer un outil puissant aux mains d'un musicothérapeute habile.

Littérature connexe en musicothérapie

Au fil des ans, de nombreuses études ont affirmé que la musicothérapie est un mode d'intervention efficace auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, ou les deux. (Gallagher et Steele, 2002, p. 117). Ghetti (2004) remarque que « la participation en musicothérapie peut faire office de passerelle : au fur et à mesure que s'installent la confiance et l'assurance dans le contexte thérapeutique musical, ces nouvelles compétences pourront se transposer à d'autres milieux de traitement. [...] Les prestations musicales en groupe offrent l'occasion de démontrer des compétences interpersonnelles et d'explorer les retombées positives et négatives que peuvent avoir les actions individuelles sur le groupe » (p. 87) [trad.].

Chhina (2004), pour sa part, affirme que, « en termes simples, le processus de participation à un traitement de musicothérapie permet à la personne d'acquérir des compétences et lui prodigue du soutien pour favoriser le rétablissement de son identité personnelle et de ses rôles, pour lui permettre de mener une vie satisfaisante dans la collectivité de son choix » (p. 25) [trad.].

Un modèle biomédical arrive à la même conclusion. Taylor (1997) affirme que « pour favoriser la reprise de contact d'un patient psychotique avec son environnement physique, il est souvent efficace de provoquer une interaction active entre les deux. Pendant le jeu d'instrument, le chant ou toute autre forme de participation à la production de musique, le cerveau doit agir en relation directe avec les stimuli musicaux concomitants du domaine de la perception neurologique [...], des traits de personnalité comme l'extraversion, la confiance en soi et la motivation refont surface durant les séances de musicothérapie et se généralisent au fil de l'intervention [...] pour renforcer la prise de conscience d'une affirmation de soi efficace » (p. 114-117) [trad.].

La musicothérapie auprès de groupes

La plus grande partie de la littérature sur la musicothérapie auprès de groupes est axée sur les modèles susmentionnés fondés sur l'improvisation et le consensus. En raison des distinctions importantes de ces processus par rapport à notre propre « paradigme fondé sur la chanson », la plupart de ces renseignements ne sont pas pertinents aux fins du présent article. Il y a toutefois quelques points communs. La littérature indique qu'habituellement, le nombre de participants aux psychothérapies de groupe doit être limité en fonction des contraintes de la communication verbale. Selon Davies et Richards (2002), « les échanges verbaux sont nécessairement séquentiels. [Habituellement], une seule personne parle à la fois. Les autres doivent garder le silence, même si elles ressentent de grandes émotions. Par contre, l'improvisation de groupe permet au groupe de s'exprimer d'une voix commune » (p. 21) [trad.]. Watson et Vickers (2002) expliquent que « la musicothérapie permet une participation émotive directe avec le groupe par le biais de la musique créée ensemble. Au bout de quelques semaines, la plupart des clients qui éprouvaient de la difficulté à trouver leur place au sein d'un groupe développent un sentiment d'appartenance

et commencent à participer plus activement » (p. 135) [trad.]. Carter et Oldfield (2002) ajoutent : « comme la musique est délimitée dans le temps et que les chansons ont un début et une fin clairement définis, faire de la musique peut être rassurant pour les [clients] qui recherchent constamment des structures rassurantes dans leur vie » (p. 154) [trad.]. Tom Plach (1996) clarifie et nomme les buts habituellement cités dans la plupart des textes qui explorent le travail de groupe en musique et en musicothérapie : « compétences sociales, accroissement de l'habilité à jouer et à éprouver du plaisir, utilisation constructive des temps libres et fonctionnement sain dans les situations de compétition et de conflit » (p. 67) [trad.]. Dans le cadre de séances de groupe d'expression musicale en réponse à une chanson familière — le processus fondé sur le chant qui fait l'objet de l'enquête — les participants se concentrent sur les mêmes éléments et répondent de façon similaire à ce qui est indiqué ci-dessus.

La littérature pertinente dans le domaine de la psychologie

Le programme décrit dans le présent article repose sur un modèle de groupe ouvert de musicothérapie centré sur le client, lequel prodigue du soutien pour le spectre complet du développement humain tout en demeurant flexible, efficace et compréhensible, comme en rend compte Baines (2000). Un examen de la littérature pertinente en psychologie portant sur l'efficacité des groupes pour amorcer et favoriser des changements fondamentaux chez les participants, et sur le rôle des chefs de ces groupes, pourraient révéler les raisons du succès de cette démarche pour combler les besoins de la réadaptation. Jacobs, Massons, et Harvill (2002) écrivent : « les groupes sont plus efficaces et offrent davantage de ressources et de points de vue » (p. 2) [trad.], ce qui s'apparente de très près aux objectifs des groupes cités par Plach (1996) et aussi par Posthuma (2002), qui dresse la liste suivante des buts généralement visés par la participation à des séances de groupe, soit « l'amélioration des aptitudes à communiquer et de l'assurance, l'acquisition d'habiletés fondamentales et la possibilité de participer à un processus décisionnel » (p. 4) [trad.]. Jacobs, Massons et Harvill proposent, parmi les motifs de participation à de tels groupes, « le sentiment d'affinité,

l'expérience de l'appartenance à un groupe, l'occasion d'adopter de nouveaux comportements, d'obtenir de la rétroaction, d'apprendre indirectement par l'écoute et l'observation des autres et de vivre des rencontres semblables à celles qui ont lieu dans la vie réelle, et la contrainte de respecter ses engagements » (p. 2) [trad.]. Après un exposé approfondi des nombreux et excellents avantages du travail en groupe, Posthuma affirme que « dans la plupart des situations, la sélection des membres d'un groupe donné est limitée aux clients disponibles et influencée par leurs besoins » (p. 87) [trad.]. C'est certainement le cas pour les groupes de musicothérapie habituellement desservis par le modèle de soins décrit dans le présent article.

Tout comme dans son article publié en 2000, l'autrice affirme que le modèle de soins utilisé dans le programme communautaire en santé mentale de musicothérapie initiée par le client ressemble de très près à un groupe d'entraide. Posthuma a écrit un excellent chapitre sur les groupes d'entraide, dont nombre d'aspects sont repris dans les programmes de musicothérapie décrits ici, notamment « un profond sentiment d'appartenance » (p. 236) et « un caractère universel [...] et une réciprocité » (p. 239) [trad.]. Posthuma résume ainsi les raisons qui expliquent la croissance du mouvement d'entraide : « (1) le désenchantement à l'endroit des services sociaux et de santé disponibles, (2) la frustration devant le fait que les services sont souvent indisponibles, (3) une complexité et une émancipation croissantes de la clientèle, et (4) un manque de systèmes de soutien traditionnels » (p. 246) [trad.]. Yalom (1995) abonde en ce sens :

Les groupes d'entraide existent dans le but explicite d'offrir du soutien psychologique : ils aident leurs membres à composer avec un problème psychologique, une maladie physique, un facteur externe de stress important ou un état de stigmatisation sociale (p. 483). En fait, il existe des données probantes indiquant que le nombre de personnes prenant part à des groupes d'entraide rivalise désormais avec le nombre total de personnes recevant des services (individuels ou de groupe) de psychologie professionnelle. [...] La grande majorité des groupes d'entraide interrogés — entre 70 % et 80 % — offrent une forme de participation professionnelle. [...] Les groupes d'entraide font abondamment usage de

presque tous les éléments thérapeutiques — en particulier l'altruisme, la cohésion, l'universalité, les comportements d'imitation, l'inculcation de l'espoir et la catharsis (p. 483). [...] Progressivement, le leader se met à participer au même titre que les autres membres du groupe et finit par s'identifier pleinement à celui-ci, même si l'on continue à apprécier son expertise technique et que l'on continue d'y faire appel. (p. 505) [Traduction]

Yalom précise que cela signifie que « le leader comprend les besoins du groupe et structure celui-ci de façon à répondre à ces besoins » (p. 22) [trad.]. Yalom avance que l'inclusion de groupes menés par des experts dans le genre des groupes d'entraide était, pour l'époque, un phénomène unique. Traditionnellement, les groupes d'entraide sont issus du modèle de soutien mutuel incarné par les Alcooliques anonymes. Plus récemment, d'autres types de groupes d'entraide ont commencé à recourir à des animateurs, comme c'est le cas des groupes de survivants du cancer et de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Il existe peu d'écrits sur le rôle du leader du groupe dans le processus propre à la musicothérapie. C'est pourquoi l'on se tourne, une fois de plus, vers le domaine de la psychologie pour traiter du sujet. Posthuma (2002) écrit que le rôle professionnel le plus convoité des participants est celui de conseiller et que « les membres d'un groupe se sentent à l'aise lorsque le leader se révèle à eux et raconte des expériences personnelles comparables » (p. 245) [trad.]. La psychothérapie traditionnelle décourage un tel décloisonnement des rôles, mais certains modèles actuels présentés ici proposent des exemples historiquement pertinents des bienfaits de cette démarche, comme le démontrent certains groupes d'entraide. Banks, Crossman, Poel et Stewart (1997) ont étudié « cinq stratégies visant à promouvoir le partenariat entre les professionnels et les membres des groupes : (1) l'établissement de la confiance; (2) l'établissement de la communication; (3) la clarification des rôles et des objectifs; (4) l'éducation; et (5) la crédibilité » (tel que cité par Posthuma, 2002, p. 265) [trad.]. Posthuma conclut que « dans la plupart des cas, chaque groupe d'entraide traite les questions de leadership en fonction des besoins et des aspirations de ses membres » (p. 246) [trad.].

C'est là une démarche qui décrit bien le modèle ouvert de musicothérapie de groupe décrit dans le présent article. Comme l'affirme Yalom (1995), les qualités d'un bon leader comprennent l'aptitude à fournir « une stimulation émotionnelle, une bienveillance, des compliments, une protection, son acceptation, des interprétations et des explications. Le leader peut également servir de modèle en faisant des révélations sur lui-même et en fixant des limites, en appliquant les règles et en assurant la gestion du temps » (p. 24) [trad.]. Il décrit les leaders efficaces comme étant des personnes « bienveillantes, ouvertes, souples, chaleureuses, objectives, loyales, honnêtes, fortes, patientes et sensibles » (p. 25) [trad.]. Il souligne aussi que ces personnes « sont à l'aise dans leur propre peau et avec les autres, aiment les gens, sont à l'aise dans un rôle d'autorité, ont confiance en leur capacité de leadership, sont réceptives aux émotions, aux réactions, aux humeurs et aux paroles des autres, et ont une bonne santé psychologique » (p. 26) [trad.]. Jacobs et coll. (2002) précisent qu'« une thérapie de groupe intense exige de bonnes aptitudes en counselling individuel » (p. 303) [trad.]. Les auteurs en conviennent et ajoutent que les groupes de musicothérapie décrits dans le présent article offrent un soutien thérapeutique et une démarche que l'on ne trouve pas dans d'autres contextes, ce qui explique la longévité du programme.

Documentation

Vous trouverez une documentation complète au sujet de ce programme dans la Revue canadienne de musicothérapie 8(1), 51-70 et *Voices: A World Forum for Music Therapy* (www.voices.no). En bref, il s'agit d'un processus qui permet aux participants de se joindre au groupe de manière ponctuelle. On leur remet des livrets remplis de paroles de chansons populaires parmi lesquelles ils peuvent choisir celles qu'ils veulent chanter en groupe. Le chant est accompagné de guitare acoustique et de percussions dans les programmes des centres d'hébergement, et par des instruments électriques et des percussions dans le pavillon, lequel est également muni d'un système de sonorisation. Ces programmes font l'objet d'une évaluation périodique par les participants, ce qui permet d'en assurer la qualité et d'encourager la rétroaction par les usagers. La plus récente évaluation a aussi permis de recueillir

des données auprès du personnel et de la direction, et comprenait des entrevues approfondies avec certains participants des centres d'hébergement. Grâce aux données ainsi recueillies, on arrive à mieux comprendre les perceptions des participants et du personnel, de même que le processus lui-même, et à évaluer le succès du programme.

Objectif

Le sondage et les entrevues par le fournisseur de services avaient pour objectif de recueillir les impressions des participants et du personnel au sujet du programme de musique et se sont avérés des outils très utiles pour évaluer la qualité de celui-ci. Les données recueillies s'ajouteront au bassin de connaissances sur l'exercice de la musicothérapie dans le cadre de ce modèle communautaire de musicothérapie initiée par le client.

Sondage

Méthode

Participants

La participation au sondage était volontaire, alors que les participants aux entrevues étaient sollicités par le stagiaire en musicothérapie, en fonction de la régularité de leur participation au groupe et de leur intérêt pour le processus de sélection des chansons. Tous les participants sollicités ont accepté de participer aux entrevues. Des détails de la participation de chaque personne dans son groupe attiré, de même que les motifs pour les choix de chansons de chacune sont décrits dans les profils des consommateurs.

Matériel

La version initiale du sondage a été conçue en 2000, dans le cadre d'une collaboration entre les consommateurs du programme, le personnel cadre et administratif de l'agence et la musicothérapeute. Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'une seule page conçue pour limiter les réactions de phobie administrative. Les questions de l'entrevue ont été rédigées par le stagiaire en musicothérapie et examinées par la musicothérapeute et le comité de déontologie du fournisseur de services.

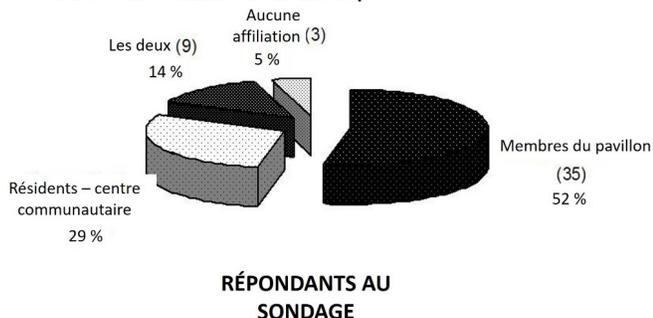
Processus

Les évaluations du programme musical ont été menées en 2008 par la musicothérapeute et le stagiaire. On a pris soin d’assurer aux participants potentiels qu’ils n’étaient en aucun cas obligés de remplir le formulaire ou de se prêter à l’entrevue. Les centres d’hébergement communautaire ont été évalués durant la semaine du 24 au 30 mars, et le pavillon de santé mentale le 28 mars. Les entrevues ont été menées du 18 au 27 mars.

Résultats

Les résultats du sondage le plus récent sont présentés ici sous forme brute, et suivis d’une description et d’une analyse détaillées. Les résultats du sondage de 2000 sont fournis à des fins de comparaison et apparaissent en italiques.

Nombre total de répondants au sondage 66 (43)
 Pavillon seulement : 35
 Résidents des centres communautaire seulement : 19
 Les deux : 9
 Aucune affiliation indiquée : 3



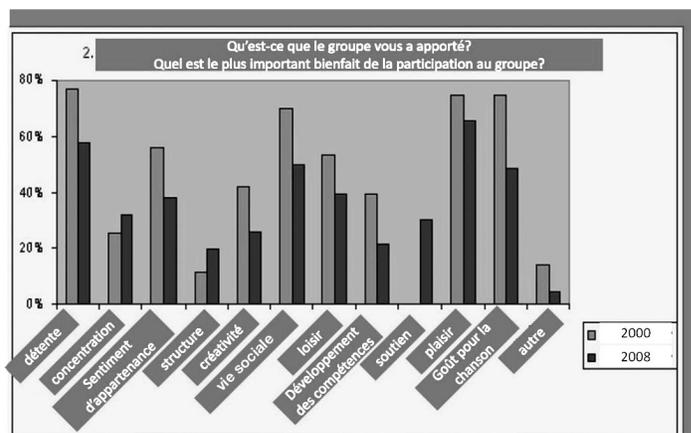
1. Combien de fois avez-vous participé au groupe de musique au cours de la dernière année?

Nombre de séances :	de 1 à 5	de 6 à 10	de 11 à 15	plus de 15
Réponses combinées :	20	10	9	27
<i>étude de 2000</i>	<i>(11)</i>	<i>(18)</i>	<i>(7)</i>	<i>(12)</i>
Pavillon :	17	4	5	12
Centres d’hébergement :	3	6	4	15

2. Qu’est-ce que le groupe vous a apporté? Quel est le plus important bienfait de la participation au groupe?

- (38) détente (33)
- (21) concentration (11)
- (25) sentiment d’appartenance (24)
- (13) structure (5)
- (17) créativité (18)
- (33) vie sociale (30)
- (26) loisir (23)
- (14) développement des compétences (17)
- * (20) soutien (*nouvelle question*)
- (43) plaisir (32)
- (32) j’aime chanter (32)
- (3) autre (6) :

- « Thérapie. »
- « Libération du stress, agréable compagnie, forme de méditation, me rapprocher de mon essence. »
- « Un souhait! »



3. Quelles améliorations pourrait-on apporter à ce groupe? Que changeriez-vous au groupe pour l’améliorer?

Contenu (12) (7) :

- « chansons à boire (c.-à-d., *Drunken Sailor*). »
- « ajouter des jeux musicaux de groupe, p. ex., “J’ai écrit une lettre à mon amour...” »
- « plus de chansons populaires diffusées à la radio. »

- « plus de chansons en pendjabi. »
- « nous avons besoin de musique plus récente que celle des années 50 et 60. »

Remarque des auteurs : le terme contenu est problématique parce qu'il a plusieurs sens, ce qui nuit à notre compréhension des réponses.

Horaire (10) (données non disponibles) :

- « Plus d'une fois par semaine. »
- « nouvelle guitariste/femme/jeudi 16 h. »

Autre (5) (4) :

- « possiblement, fournir régulièrement des instruments aux participants. »
- « Meilleure participation de ma part. »
- « la musique ne devrait pas provenir d'ordinateurs. »
- « essayer d'introduire une nouvelle chanson dans le livret. Chansons *She Was a Special Girl* par America et *Missing You* par John Waite. »
- « Nous cherchons tous de nouvelles chansons à chanter. »

Aucun changement (39) :

- « tout est bien. »
- « de premier ordre. »
- « nul : 0. »
- « aucun commentaire. »
- « aucun. » (trois répondants)
- « OK tel quel. »

4. Quel rôle la musique joue-t-elle dans votre vie?

(41) détente (30)

- (28) inspiration (21)
- (30) vie sociale (14)
- (32) loisir (28)
- (19) danse (16)
- (26) créativité (21)
- (20) tient compagnie (16)
- (31) relâcher la tension (28)
- (18) distraction (15)
- (27) pour passer le temps (21)
- (10) autre (7) :

- « karaoké. »
- « thérapie. »
- « sentir mon cœur, ressentir une extase divine, impression d'unité. »
- « spiritualité. »
- « Je chante parfois une chanson chrétienne dans une mission au centre-ville — je chante aussi avec un groupe dans une halte-accueil du centre-ville »
- « plaisir. »
- « paix, satisfaction. »
- « sagesse. »

5. Quels changements ou ajouts souhaiteriez-vous que l'on apporte au groupe de musique pour la prochaine saison? L'an prochain? (Réponses groupées selon les suggestions)

Aucun changement/C'est bien

- « La même chose! Bon travail! »
- « rien » (deux répondants).
- « aucun commentaire. »
- « Rien ne me vient à l'esprit. »
- « Sue, continue ton excellent travail. Sue, tu fais un travail très cool et génial! »

- « déjà satisfait. »
- « rien » (six répondants).
- « Je ne sais pas encore. C'est ma première fois aujourd'hui et c'est GÉNIAL! »
- « nul : 0. »
- « aucun changement. »
- « non, c'est bien. »
- « les choses sont bien comme elles sont. »

Davantage de services de musicothérapie/ Changement d'horaire

- « Grama et le groupe de musique vont nous manquer. Nous avons besoin d'un groupe de musique. »
- « tous les week-ends. »
- « plus souvent — 2x par semaine. »
- « comme ci-dessus » (plus d'une fois par semaine).
- « peut-être changer l'heure. »
- « J'aimerais que les rencontres du groupe de musique aient lieu plus d'une fois par mois. »
- « séances de chant le matin. »

Davantage d'enseignement de la musique

- « Composante éducative, bien que cela soit déjà présent d'une certaine façon. Ce développement ajoutera au sentiment d'appartenance de ceux qui sont ici et créera différentes possibilités. Par exemple, un jour par mois, les auditeurs reçoivent de l'enseignement, une leçon ou un travail à faire pendant le reste du mois. »
- « Acheter une guitare en bois et apprendre à en jouer. »
- « L'occasion d'apprendre de nouvelles chansons. »

- « Utiliser une chanson pour apprendre les noms des autres, p. ex. *O Here We Are Together* (Nous sommes ici ensemble). »
- « plus d'équipement, d'instruments, d'enseignement? »

Changements au contenu

- « karaoké. »
- « peut-être écouter quelques chansons sur CD. »
- « chants de marins, polkas. »
- « J'aimerais que plus de gens aident à la gestion des livrets et à la recherche de chansons. »
- « plus de musique pendjabi. »
- « pages numérotées et plus de musique. »
- « plus de musique amusante. »
- « voir no 3 » (musique plus récente).
- « Pourquoi pas de la nouvelle musique? »
- « plus de chansons populaires, gaies et enjouées. »
- « 1 — retour de la soirée des talents/2 — faire chanter en chœur quelques-uns d'entre nous/3 — un club d'« amis de la musique » où chacun de nous peut faire entendre aux autres une chanson qu'il aime sur CD ou cassette/4 — Trois sorties ou plus par année, pour aller voir jouer un groupe, n'importe où/5 — le stagiaire ne peut aider qu'une seule personne à apprendre ou à répéter avant l'arrivée de Sue. Ce serait bien si plus de membres recevaient de l'aide — 6 — Trouver des cours de chant ou d'un instrument pas chers pour les membres/7 — Prestation musicale à l'AGM. »
- « former un groupe et faire une tournée du pays. »
- « nourriture. »

- « Qu’avez-vous demandé? »
- « J’aimerais une plus grande contribution des résidents plus âgés. »
- « Un événement à venir qu’on est impatient de vivre. »

Description des données récapitulatives

Question n° 1 : Données sur la participation

Les données sur la participation ont permis d’établir un profil des consommateurs qui ont choisi de participer au moment du sondage; les consommateurs n’ont pas tous choisi de répondre au sondage, et la participation propre à chaque site varie d’une semaine à l’autre, le potentiel de fluctuation est plus important au pavillon, parce que les consommateurs proviennent de la collectivité. Le nombre de participants des groupes peut varier de 2 à 10 pour une séance, puis passer à plus de 20 pour toute l’heure la semaine suivante. Le nombre de participants varie aussi au pavillon, où 46 % des membres ont indiqué qu’ils avaient participé d’une à cinq fois au cours de l’année précédente, et 31 % ont participé plus de 15 fois. Ce groupe peut aussi comprendre de futurs membres qui visitent le pavillon pour la première fois et se joignent au groupe durant leur visite. Dans le cas des réponses « aucune affiliation indiquée », il se peut qu’il s’agisse de participants dans cette situation, ou encore de personnes qui préfèrent ne pas indiquer d’affiliation. Dans les centres communautaire, les groupes musicaux hebdomadaires regroupent de trois à huit participants et, à moins d’un événement important ou d’une sortie, ce nombre ne variait que par un ou deux membres. Cette constance sur le plan de la participation se remarque chez les résidents des centres d’hébergement communautaire, dont 54 % des répondants ont participé plus de 15 fois durant la dernière année.

La première question, « Qui êtes-vous? », visait à établir à quel groupe la personne avait le plus souvent participé (pavillon ou centre d’hébergement communautaire). Toutefois, comme certains résidents des centres d’hébergement communautaire sont également membres du pavillon et qu’il leur arrive de prendre part aux deux groupes, plusieurs répondants ont

indiqué une participation aux deux groupes (9 réponses, 14 %). Dans l’analyse des réponses aux autres questions du sondage, ces répondants ont été inclus à titre de résidents des centres d’hébergement communautaire. Alors que quelques usagers participent aux deux groupes de musique, nombre de participants du pavillon vivent de façon autonome ou semi-autonome dans la collectivité et ne participent donc pas aux séances dans les centres d’hébergement communautaire.

Question n° 2 (Qu’est-ce que le groupe vous a apporté? Quel est le plus important bienfait de la participation au groupe?)

Les quatre réponses les plus fréquentes à la question 2 sont identiques à celles du sondage de 2000, quoique leur classement varie légèrement. Ces réponses au sondage de 2000 étaient « détente » (77 %), « plaisir » (74 %), « j’aime chanter » (74 %) et « vie sociale » (70 %). Dans le nouveau sondage, les réponses les plus fréquentes sont « plaisir » (65 %), « détente » (58 %), « vie sociale » (50 %) et « j’aime chanter » (48 %). Les réponses aux autres questions sont comparables à celles du sondage précédent, y compris en ce qui a trait à l’écart important entre les quatre réponses les plus fréquentes et les autres : « loisir » à 39 %, puis « sentiment d’appartenance » à 38 %. En 2000, le classement de ces deux réponses était inversé, avec « sentiment d’appartenance » de 56 %, et « loisir » à 54 %. On remarque également que, bien que le nombre de répondants soit plus élevé pour le nouveau sondage (66 c. 43), le nombre de réponses était plus élevé en 2000, en particulier pour ce qui concerne les quatre réponses les plus fréquentes.

Les réponses provenant du groupe du pavillon sont semblables à l’ensemble des réponses, le plaisir et la détente étant cités comme principaux bienfaits du groupe de musique (respectivement, 58 % et 55 %). La vie sociale se trouvent en quatrième place à 34 %, alors que les loisirs se classent au troisième rang avec 37 %. Les résultats des centres d’hébergement communautaire correspondent d’encore plus près aux résultats en général. Les quatre réponses les plus fréquentes sont les mêmes, selon un classement légèrement différent : « plaisir » et « j’aime chanter » (ex æquo à 75 %), « vie sociale » à 71 % et « détente » à 61 %. Il importe de noter que le taux de réponse aux sondages était plus élevé pour

les centres d'hébergement communautaire que pour le pavillon, comme le reflètent les pourcentages des quatre réponses les plus fréquentes. Le sondage mené au pavillon a reçu 131 réponses pour cette question (une moyenne de 4 réponses par personne), et celui mené auprès des résidents des centres d'hébergement communautaire en a reçu 151 (une moyenne de 5 réponses par personne). Par ailleurs, on a remarqué une tendance dans le nombre des réponses par rapport à la participation des répondants au cours de la dernière année : par exemple, pour la question 2, les personnes ayant participé de 1 à 5 fois fournissaient, en moyenne, 4 réponses, alors que celles ayant participé plus de 15 fois fournissaient, en moyenne, 5 réponses.

Dans le nouveau sondage, « soutien » a été ajouté aux choix de réponses de la question 2. Bien que ce choix ne figure pas parmi les plus fréquemment cités comme motif de participation, il a été choisi un nombre de fois suffisant pour suggérer qu'il revêt une certaine importance pour les consommateurs. Ce choix s'est avéré plus populaire auprès des résidents des centres d'hébergement communautaire (46 % des répondants); par rapport à l'ensemble des réponses, il a été choisi par 30 % de tous les consommateurs, et 18 % des membres du pavillon.

Question n° 3 (Quelles améliorations pourrait-on apporter à ce groupe? Que changeriez-vous au groupe pour l'améliorer?)

La majorité des répondants au sondage (60 %) n'ont manifesté aucun désir de changements ou d'améliorations aux groupes musicaux. Dix participants ont dit vouloir un changement d'horaire, et deux communautaire décrivent des changements précis souhaités; sept de ces réponses proviennent de résidents des centres d'hébergement communautaire. Douze personnes (dont neuf proviennent du pavillon) demandent un changement au contenu, particulièrement en ce qui a trait aux chansons interprétées. Enfin, cinq réponses indiquent des changements « autres » avec des commentaires. Les commentaires varient du plus personnel (« meilleure participation de ma part ») à des suggestions liées au contenu (plus d'instruments, ajouts de chansons précises au livret), en passant par des suggestions de changements au format du programme (choix des nouvelles chansons en groupe). Pour faire suite à

ces commentaires, la musicothérapeute a entrepris un nouveau sondage dans le but de mettre à jour le livret de chansons. Les réponses à la question 3 sont comparables à celles obtenues lors du sondage initial.

Question n° 4 (Quel rôle la musique joue-t-elle dans votre vie?)

« Détente » est la principale réponse obtenue à cette question, pour les membres du pavillon aussi bien que pour les résidents des centres d'hébergement communautaire (62 % de l'ensemble des répondants). C'était également la réponse la plus fréquente au sondage de 2000, quoique les réponses qui viennent ensuite ont légèrement changé. « Loisir » et « relations sociales » figurent toujours parmi les réponses les plus fréquentes (respectivement, 49 % et 45 %), mais « relâcher la tension » (53 %) et « inspiration » (42 %) remplacent « créativité » et « distraction » dans les résultats globaux. Les résultats du pavillon sont presque identiques aux résultats globaux, mais, comme en 2000, les résultats des centres d'hébergement communautaire diffèrent, ce qui indique que ces consommateurs ne font pas le même usage de la musique au quotidien. Après « détente », les résidents des centres d'hébergement communautaire indiquent que la « vie sociale » et la « créativité » (tous deux choisis par 50 % des répondants) sont des applications importantes de la musique, de même que l'« inspiration » (43 %).

Dix répondants indiquent qu'ils utilisent la musique pour des raisons autres que celles énumérées dans les choix de réponses, et huit d'entre eux fournissant des descriptions de ces usages. On peut répartir ces commentaires (tout comme les choix de réponses) sur une échelle allant des usages « pragmatiques » aux usages « spirituels ». Par exemple, les commentaires qui citent le « karaoké » et « chanter avec d'autres groupes musicaux » peuvent être regroupés avec des choix de réponses comme « danse » et la « vie sociale ». En comparaison, la majorité des réponses « autres » correspondent davantage à l'aspect « spirituel » de l'échelle, comme c'est le cas pour « créativité » et « inspiration ». Parmi ces usages complémentaires de la musique cités dans les commentaires, on recense « spiritualité », « paix, satisfaction », « sagesse » et « sentir mon cœur, ressentir une extase divine, impression d'unité ».

Question n° 5 (Quels changements et/ou ajouts souhaiteriez-vous que l'on apporte au groupe de musique pour la prochaine saison? L'an prochain?).

La question 5 a suscité 46 commentaires, dont 30 contenaient des rétroactions substantielles concernant des changements à apporter au programme de musique (au-delà de « aucun changement » ou « aucun »). Parmi ces 30 commentaires, 20 provenaient de membres du pavillon (30 % du nombre total des réponses) et 10 % des résidents des centres d'hébergement communautaire (15 %).

Comme indiqué dans la section des résultats, les commentaires ont été regroupés selon le contenu de la rétroaction. Dix-huit commentaires se classent dans la catégorie « aucun changement/les choses sont bien comme elles sont ». Sept répondants demandent davantage de services de musicothérapie ou un changement à l'horaire. Seize commentaires sont liés à des changements au contenu du programme, et des suggestions semblables sont comprises dans les réponses à la question 3 : mise à jour des chansons, programmation différente (y compris écoute/appréciation de musique ou enseignement). Cinq commentaires demandent explicitement plus d'enseignement de la musique, tant en privé qu'en groupe. Comme on l'observe dans les réponses à la question 3, la majorité des demandes de changements liées au contenu ou à la programmation proviennent de membres du pavillon (12 des 16 commentaires).

Résultats du sondage auprès du personnel et de la direction

Réponses au sondage : 16

Personnel : 13

Direction : 3

1. Combien de fois avez-vous assisté à une séance du programme de musicothérapie?

<u>de 1 à 5</u>	<u>de 5 à 10</u>	<u>de 10 à 20</u>	<u>plus de 20</u>
2	1	5	8

2. Quelle est votre impression du programme de musicothérapie?

Les 16 répondants ont formulé des réponses positives à cette question. Pour présenter un aperçu des

commentaires, les réponses ont été groupées selon le type de rétroaction fournie :

Favorable — Cinq répondants ont formulé des commentaires simples comme « Très amusant », « Les clients adorent » et « Un atout parmi les services offerts ».

Favorable avec détails — Cinq répondants ont fourni des exemples justifiant leur rétroaction positive, liée soit à l'enthousiasme des consommateurs, soit à un aspect particulier de leur rôle au sein du groupe. Parmi ces exemples : « [les clients] apprécient vraiment le programme de musicothérapie et espèrent que d'autres séances auront lieu »; « [les membres du pavillon] attendent les séances avec impatience et certains y participent chaque semaine »; et « plusieurs clients assidus attendent toute la semaine l'occasion d'y participer avec enthousiasme ». Ou encore : « la participation prend plusieurs formes — c.-à-d., chanter, jouer d'un instrument, créer des liens grâce à la musique » et « [les clients] participent, ils sourient, ils chantent, c'est formidable. »

Favorable avec mention des bienfaits — Cinq répondants ont fourni de la rétroaction positive et indiqué des bienfaits qu'ils attribuent au programme. Parmi les commentaires : « j'ai l'impression que les « vieux classiques » peuvent être réconfortants et leur rappeler les 'beaux jours' avant leur maladie »; « le plus excellent des programmes d'interaction sociale offerts par le pavillon »; « il a permis de tisser des liens entre le pavillon et les centres d'hébergement communautaire », et « activité de groupe, conforme aux principes du modèle de la réadaptation psychosociale ». Un commentaire exprimant une opinion favorable, mais conditionnelle, ne correspond à aucun des regroupements : « le programme est efficace s'il est axé sur les besoins particuliers du site et répond à un ensemble de critères. »

3. Quelle impression avez-vous de l'effet du programme de musicothérapie sur les participants actifs?

Les 16 réponses à cette question étaient toutes positives, variant d'éloges simples à des commentaires plus précis décrivant les bienfaits du programme observés chez les participants.

Huit répondants ont exprimé des commentaires positifs liés à la participation enthousiaste des consommateurs et à l'observation du plaisir qu'ils tirent du programme :

« Je sens l'énergie positive; les clients y prennent plaisir. »

« Chaque semaine, ils ont hâte de participer à la séance. »

« Positif : ils socialisent, ils sourient, ils rient. »

« Une composante importante de leur réadaptation et de leur stabilité. AMUSANT! »

Les huit autres répondants ont souligné des bienfaits particuliers du programme sur les participants actifs des groupes. Quatre répondants ont cité, entre autres, la vie sociale et les interactions en groupe :

« Réunit les gens en les engageant dans une activité commune. Favorise les amitiés. »

• Sur les participants actifs

« Améliore leur humeur. »

« Permet aux participants de s'exprimer grâce à un art. »

« Ils acquièrent de l'assurance. »

« Ce programme réunit la communication, les compétences sociales et les interactions en groupe. »

« Améliore l'estime de soi, facilite la socialisation. »

« Ils apprécient la flexibilité du groupe, qui n'est pas régi par un ensemble de "règles" strictes. »

• Sur les participants passifs (personnes qui font partie du groupe ou qui évoluent à proximité sans faire de la musique)

Treize réponses ont été fournies pour cette question, toutes positives, en ce qui a trait aux bienfaits pour les participants passifs. Cinq membres du personnel ont simplement indiqué que ces participants semblaient apprécier le groupe :

« Ils écoutent et ça leur plaît. »

« Ils aiment ça. Ils s'assoient pour écouter. »

Huit membres du personnel ont fourni des commentaires plus détaillés :

« Le groupe de musique attire les autres dans le périmètre. »

« Accueillant. Inclusif. »

« Je pense qu'ils aiment écouter. C'est très apaisant. »

« [Les membres passifs] participent en écoutant et en éprouvant un sentiment d'appartenance. »

« Ils sont levés/sortis du lit/dans une aire commune. »

« Même assis, ils battent la mesure. »

« Ils apprécient la camaraderie et l'ambiance. »

« Ouvre la conversation au sujet des souvenirs musicaux en commun. Offre aux personnes hésitantes la possibilité de jouer d'un instrument. »

• Sur les participants en périphérie? (les personnes qui se tiennent suffisamment près pour écouter le groupe)

Huit membres du personnel ont répondu à cette question; il semble que la plupart des répondants ne font pas la distinction entre les participants « passifs » et ceux « en périphérie ». Trois commentaires

mentionnent que les participants en périphérie « ne se plaignent pas » de la musique, un autre affirme qu'ils « [...] aiment ça. Ou ils quittent le pavillon. »

Parmi les commentaires qui se démarquent :

« Observer une interaction enjouée et le pouvoir de la musique. »

« Ils aiment l'énergie positive que cela suscite. »

« Apprécient, même s'ils ne se joignent pas au groupe. »

• Sur le personnel

Douze réponses mentionnent les effets du groupe de musique sur le personnel. Huit répondants affirment qu'ils ont personnellement aimé les séances de groupe et qu'ils en ont tiré des bienfaits à titre de membres du personnel non participant :

« Nous y prenons plaisir nous aussi! Le groupe de musique crée une ambiance de détente et diminue le stress et la tension. »

« Ça me plaît beaucoup, ça me procure une sensation de bien-être. »

« J'aime beaucoup. Ça crée une belle énergie dans le [pavillon]. »

Deux commentaires laissent entendre que les groupes musicaux permettent de tisser des liens entre le personnel et les consommateurs :

« Renforce la communication et les relations entre le personnel et les membres. »

« Une occasion de voir d'autres facettes des clients, c.-à-d., d'autres compétences. »

Un autre commentaire est lié à la perception de bienfaits pour les consommateurs : « Certains membres du personnel attribuent au programme une valeur positive comme « occasion plaisante/échange social non menaçant » pour leurs clients,

mais indiquent également que « pour la majorité des membres du personnel, cela représente une pause. » Enfin, un membre du personnel a fourni un commentaire constructif concernant l'engagement du personnel au sein du groupe : « Trop occupés [...] J'aimerais qu'ils prennent le temps de s'asseoir avec eux [...] d'observer la réponse des clients afin de vivre avec eux plus d'expériences. »

• **Sur la direction et le personnel administratif**
Cette question a suscité deux réponses importantes: Un membre du personnel du pavillon a écrit : « un programme efficace et populaire et assidûment fréquenté. » un gestionnaire du centre d'hébergement communautaire :

« Contribue au volet "qualité" des programmes résidentiels. Fournit aux clients une occasion de participer à un rassemblement social où la pression est très faible. Fournit aux clients une occasion de profiter de la compagnie des autres dans le contexte d'une activité commune. C'est amusant! »

La plupart des répondants se sont abstenus de répondre au nom de la direction ou du personnel administratif, fournissant des commentaires comme « Je ne crois pas qu'ils en sont conscients » ou « Je ne sais pas ».

4. En quoi le programme de musicothérapie vous touche-t-il directement? Personnellement?

Quatorze membres du personnel ont répondu à cette question, la majorité d'entre eux offrant des commentaires positifs sur les bienfaits perçus du programme. Huit commentaires mentionnent les bienfaits des groupes musicaux pour le personnel :

« C'est agréable à entendre quand on est au travail. »

« Ça me fait sourire et améliore mon humeur. »

« De merveilleuses musiques emplissent le pavillon!!! »

Ils mentionnent également les bienfaits pour le personnel et pour les consommateurs :

« Facilite la conversation avec les clients. »

« Fournit un autre point de vue au personnel et un aperçu plus précis des forces/aptitudes des clients. »

Un des gestionnaires commente que « ça représente une pression budgétaire de plus, alors que les ressources sont limitées, mais les clients y tiennent vraiment ». Deux répondants ont dit qu'ils n'en ressentent pas directement les effets, mais qu'ils voient les bienfaits qu'en tirent les consommateurs : « ils y prennent un réel plaisir et semblent plus heureux et plus détendus après la séance. »

Sommaire et discussion des résultats du sondage

Bien que le taux de participation aux séances soit le même qu'en 2000, la présence au sondage a connu une hausse de 50 %. On attribue cette hausse à deux facteurs. Premièrement, les personnes ayant participé au premier sondage ont été heureuses d'apprendre de leur musicothérapeute que leur évaluation du programme revêt un intérêt pour un auditoire élargi du domaine de la musicothérapie, et cela les a motivés à participer à nouveau. Deuxièmement, un musicothérapeute stagiaire travaille toutes les semaines dans les centres d'hébergement communautaire depuis plus de six mois, contribuant à améliorer les services de musicothérapie pour ces éventuels participants au sondage et, ainsi, à accroître la participation.

En 2000, les consommateurs ont affirmé dans leurs commentaires que les programmes de musicothérapie procurent du soutien. Ce choix de réponse a été ajouté au sondage de 2008, à la question 2, « Qu'est-ce que le groupe vous a apporté? » Il importe de noter que cette option a été choisie principalement par les résidents des centres d'hébergement, tandis que le plaisir et la détente apparaissaient comme étant plus importants dans les commentaires émanant du pavillon.

À la question 4, la seule variation significative dans les résultats de 2008 par rapport à ceux de 2000 était la hausse du nombre de répondants ayant choisi la vie sociale (30 c. 14). On suppose que cette variation

émane du fait que le programme existe depuis plus de 10 ans, permettant aux habitués de mieux se connaître et de mieux comprendre les possibilités qu'offre le programme.

La majorité des améliorations suggérées et des changements demandés touchent le contenu, plus précisément l'ajout de nouvelles chansons. Ces suggestions proviennent principalement des membres du pavillon. Selon certaines observations, les demandes visant le contenu proviennent le plus souvent de participants occasionnels, ce qui nous amène poser la question suivante : les demandes de changements au contenu sont-elles négligées parce que ces consommateurs participent moins fréquemment au groupe, ou les consommateurs participent-ils moins fréquemment parce que l'on ne répond pas à leurs demandes? On croit que les consommateurs des centres d'hébergement communautaire ont proposé moins de changements au contenu parce qu'ils ont régulièrement eu l'occasion de présenter leurs demandes durant la préparation des livrets de chansons de leur établissement. De plus, comme les groupes des centres d'hébergement communautaire sont plus restreints, les participants occasionnels ont, eux aussi, l'occasion d'exprimer leurs préférences. En revanche, les livrets de chansons du pavillon existent depuis plus de 10 ans et, comme on l'a mentionné précédemment, la participation à ce groupe est plus importante et fluctue davantage que dans les centres d'hébergement communautaire. Même si de nouvelles chansons sont ajoutées régulièrement et que l'on tient compte des demandes de changements, la taille des groupes hebdomadaires du pavillon et la participation inégale des consommateurs font qu'il est plus difficile de répondre à ce type de demande.

La demande pour un accroissement des services et de l'enseignement est constante. On maintient les programmes, malgré le fait que le financement n'a pas augmenté depuis 2000. Les efforts de la direction en ce sens sont appréciés, car il s'agit là d'une tâche ardue en cette époque de restrictions budgétaires. On continue cependant d'insister sur l'importance de tenir compte des attentes des consommateurs et d'accroître le financement. Les réponses à la question 2 (Quelle est votre impression du programme de musicothérapie?) appuient d'ailleurs cette position, si l'on en juge par le nombre des réponses par rapport à la participation. Il semble, en effet, que les consommateurs ayant participé

plus fréquemment aux séances ont tiré davantage de bienfaits du groupe de musique. C'est là un avantage rendu possible par la continuité des services. Les réponses à la question 3 (Quelle impression avez-vous de l'effet du programme de musicothérapie sur les [divers types de] participants?) présentent une autre perspective du soutien des consommateurs à l'endroit du programme. Il est toujours difficile d'établir un horaire qui convient à la majorité des résidents de chaque centre d'hébergement, et l'on craint que la faible participation entraîne l'abandon du programme. Cela démontre peut-être, quoiqu'indirectement, le soutien des consommateurs, qui s'inquiètent de ne pas pouvoir participer au programme dans le futur.

Le sondage illustre les distinctions entre les consommateurs des centres d'hébergement communautaire et ceux du pavillon par rapport à leur usage de la musique : « loisir » et « relâchement de la tension » (pavillon) c. « vie sociale » et « créativité » (centres d'hébergement). L'horaire du programme pourrait expliquer ces différences. Au pavillon, les séances se déroulent le vendredi après-midi, pour célébrer la fin de la semaine, alors qu'elles ont lieu à d'autres moments de la semaine dans les centres d'hébergement. Les différences pourraient également être liées à l'environnement : les séances du pavillon ont lieu dans un centre de formation professionnelle, alors que celles des centres d'hébergement communautaire se déroulent dans une salle commune ou dans la salle à manger.

Toujours sur le plan des données, on peut souligner que, même si la détente figure au premier rang des usages de la musique et au deuxième rang de ses bienfaits, les programmes ne sont pas précisément axés sur la détente. En général, le niveau d'énergie des séances est de moyen à élevé, entrecoupé de moments plus calmes, mais est ultimement lié au choix des chansons qui, pour sa part, est dicté par les consommateurs. Plus particulièrement, la musique au pavillon ne favorise *nullement* la détente. Elle est plutôt énergique et entraînante en raison de la taille du groupe, de l'acoustique des lieux et des chansons rythmées que le groupe a adoptées. Quelques interventions visant spécifiquement la détente ont été réalisées dans certains centres d'hébergement, sans toutefois avoir de portée sur les résultats du sondage. Une interprétation possible de la rétroaction serait que, dans l'esprit des

consommateurs, « détente » signifie « non stressant ». Il serait avisé d'étudier plus à fond les effets des groupes musicaux sur la cognition, la mémoire, le sommeil, la digestion et le métabolisme. Il est possible que l'ambiance amusante et la camaraderie, associées au mélange des genres musicaux présentés dans le cadre du programme, favorisent un environnement non stressant et suscitent la détente chez les participants.

Entrevues

Contexte

Au mois de mai 2017, après de nombreuses années de travail professionnel en musicothérapie sur une base mensuelle et bimestrielle, et de travail occasionnel à titre de stagiaire, le musicothérapeute stagiaire a commencé à offrir des services de musicothérapie hebdomadaires dans cinq centres d'hébergement communautaire. Lors des interventions de groupe en musicothérapie, on utilisait, au besoin, des méthodes autres que le chant, notamment l'improvisation, la relaxation, l'écriture de chansons, l'étude théorique de la musique et la danse. Toutefois, les membres du groupe cherchaient sans cesse à revenir au format préétabli de choix de chansons. On a donc lancé un projet de création de livrets de chansons unique à chacun des centres d'hébergement, et l'idée a été accueillie avec enthousiasme par les membres du groupe. Le projet a servi de point de départ au stagiaire, qui pouvait apprendre les chansons en lots raisonnables, et s'est avéré un outil pragmatique pour les groupes de musicothérapie permanents. Par ailleurs, la création d'un livret de chansons procurait aux membres des groupes une occasion de discuter, leur permettant de faire connaissance et d'apprendre les uns des autres, en plus de favoriser la participation de tous les membres plutôt que de limiter celle-ci aux personnes qui connaissaient déjà les chansons établies. Fait des plus pertinent dans le cadre de cette étude, la création de livrets de chansons a permis l'examen des demandes de chansons présentées par les consommateurs et d'étudier les raisons motivant la demande d'une chanson donnée, la signification particulière d'une chanson pour la personne qui la demandait, et ce que représentait pour la personne le fait de faire partager ces chansons au groupe et de les chanter ensemble. Les données relevées ont également révélé, comme on s'y attendait, un soutien mesurable des

consommateurs envers le programme de musicothérapie suivant ce modèle. Les entrevues visaient à obtenir des données qualitatives sur les motivations des consommateurs et à utiliser leurs propres mots pour élargir la portée du sondage, ce qui nous a permis d'obtenir des commentaires plus détaillés de leur part.

Méthode

Nous avons interrogé un consommateur dans le groupe de musique de chacun des cinq centres d'hébergement communautaire. En effet, dans chacun, au moins une personne avait participé régulièrement et avait clairement été inspirée dans son choix de chansons; souvent, cette personne avait proposé, pour le livret de chansons du groupe, de nouvelles chansons qui semblaient avoir une signification particulière pour elle. Nous avons donc abordé ces personnes pour les interviewer et toutes ont accepté. Nous leur avons posé des questions précises par rapport aux raisons de leurs choix, l'importance qu'avaient pour elles leurs chansons préférées et leurs impressions après avoir partagé ces chansons avec le groupe et les avoir chantées avec les autres membres. De plus, nous avons recueilli des données sur une période de six mois au moyen d'un suivi des demandes de chansons de chaque groupe, puis en déterminant les chansons préférées des participants et de l'ensemble des groupes.

Les questions de l'entrevue ont été rédigées par le stagiaire, révisées par des musicothérapeutes et examinées par le comité de déontologie de l'agence avant l'entrevue. Les participants ont signé un formulaire de consentement et accepté que les entrevues soient enregistrées. Les réponses aux entrevues ont été transcrites textuellement, puis résumées pour formuler des réponses directes aux questions. Pour ce processus d'analyse du contenu, nous avons fait appel à un deuxième évaluateur (une autre stagiaire en musicothérapie formée à l'usage de ce modèle précis), pour assurer une meilleure fiabilité des résultats et parvenir à un consensus par rapport aux propos de chaque participant.

Tous les participants ont donné des réponses détaillées concernant leurs préférences musicales, l'importance que revêt pour eux la musique et leurs

impressions lorsqu'ils ont chanté leurs chansons préférées avec un groupe. Toutefois, ils n'ont pas toujours fourni des réponses directes aux questions; pour certains participants, certaines questions, de même que le processus d'entrevue lui-même, se sont avérés plus complexes que prévu. Pour pallier ce fait, nous avons pensé qu'une présentation narrative des données permettrait d'exposer les idées uniques de chaque consommateur dans leurs propres mots, sans limiter les idées à un format distinct. Ainsi, malgré le fait que les réponses aux questions n'étaient pas toujours claires ou directes, l'importance de la musique pour chaque participant pouvait être communiquée plus clairement au lecteur. Nous avons également regroupé les idées communes de manière à illustrer un certain consensus chez les participants d'après les profils de consommateur.

Résultats

Profils de consommateurs — Signification des chansons et interprétation

Participant 1

« Jamie » est un jeune trentenaire. Ses réponses à l'entrevue reflètent son âge et son intérêt pour le rock moderne, et elles nous ont donné un point de vue différent de celui des autres participants, qui sont plus âgés. Il se décrit lui-même comme un fervent mélomane et collectionneur. Ses goûts vont du rock classique des années 1960 et 1970 au rock alternatif des années 1990 qu'il écoutait pendant son adolescence, en passant par des chansons rock plus intenses (*heavy*) qu'il a entendues au cours des dernières années à la télévision et à la radio.

Pendant l'entrevue de Jamie, nous avons noté un thème récurrent lorsqu'il décrit l'importance de ses chansons préférées : le plaisir qu'il a à les interpréter, et plus particulièrement à les chanter. « J'aime entendre ma propre voix et jouer avec les paroles », indique-t-il. « Genre, quand que je chante une chanson comme *Never Too Late...* Chaque fois que je la chante, je la modifie un peu, juste parce que je me laisse emporter. J'aime chanter de certaines façons, mais j'aime changer la façon de prononcer, juste un peu. » Jamie parle de nouveau du plaisir qu'il éprouve à chanter ses chansons préférées plus tard au cours de l'entrevue :

« Nous avons chanté du Neil Young ce soir, c'était plaisant parce que c'est un excellent chanteur, sa façon de chanter, une belle voix... c'est agréable d'imiter sa voix. »

Jamie décrit ainsi la signification de ses choix de chansons : « La passion... la passion pour les paroles, la passion pour le jeu des instruments, la passion pour l'artiste qui chante. La musique est très passionnée. Ce n'est pas de la tristesse. Ce n'est pas de la joie. C'est de la passion... c'est difficile à expliquer ». À un autre moment de l'entrevue, il a approfondi la question de la signification : « en fait, c'est la façon dont la pièce est chantée, en plus du facteur nostalgie... on veut recréer ce qu'on a ressenti lorsqu'on l'a entendue. Comme pour les chansons que l'on aime vraiment à la radio, au fil des ans... Oh, ce serait bien de la chanter, car c'est tellement une bonne chanson. Tout ça, c'est personnel, pas vrai? »

Bien que nous ayons posé à tous les participants des questions sur les dédicaces de chanson effectuées dans le cadre des groupes de musicothérapie, pour Jamie, cette question a été particulièrement émotive. Environ deux semaines avant l'entrevue, un colocataire, et membre occasionnel du groupe, est décédé de manière tragique. Jamie a parlé de la séance de musicothérapie qui a eu lieu dans la semaine suivant l'événement, au cours de laquelle les membres du groupe ont dédié des chansons à la mémoire du défunt. Jamie a demandé une chanson rock moderne qu'ils avaient chantée avec le groupe. Une pièce de Pink Floyd : « Je lui ai aussi dédié *Wish You Were Here*, qui est le titre, mais bien sûr, j'aimerais qu'il soit là. » Lorsqu'on lui a demandé comment il s'était senti en chantant ces chansons, il a répondu : « c'était... dimanche, dimanche dernier, il est décédé... on ressent un vide dans le ventre lorsque parfois, nos yeux ressentent la douleur et la tristesse. Et pour moi, personnellement, je dois faire attention. Mais oui, j'étais très émotif en chantant aujourd'hui. »

Participant 2

« Hugh » est un consommateur à la fin de la cinquantaine qui participe régulièrement au groupe de musique. Depuis le lancement du projet de livret de chansons, il a demandé plusieurs chansons chaque semaine, et grâce à sa contribution, le livret de son groupe est l'un des plus volumineux du projet. Avant l'entrevue, il était clair que ces demandes spéciales étaient importantes, mais il était difficile de cerner les

goûts musicaux de Hugh ou de déterminer si ses chansons préférées avaient une quelconque signification pour lui. Souvent, pendant l'entrevue, Hugh n'a pas fourni de réponses directes aux questions. Il a plutôt parlé de ses affinités pour la musique de façon générale en racontant des anecdotes et il a cité des paroles ou les a chantées à plusieurs reprises pendant l'entrevue pour illustrer son point de vue.

Le point de vue unique de Hugh s'est manifesté tout au long de l'entrevue. Il a notamment clairement indiqué que ses motivations pour de nombreuses demandes étaient plutôt le fruit du hasard et qu'il les choisissait souvent pour leurs paroles ou leurs titres. « Je sors ça un peu de nulle part », mentionne-t-il pour expliquer ses demandes. « Je suis verbal... j'ai besoin de parler », ajoute-t-il avec une pointe d'humour. Plus tard dans l'entrevue, il a poursuivi sur cette lancée lorsqu'on lui a demandé de commenter la liste des chansons les plus en demande de tous les groupes : « Je connais les paroles. Je ne peux pas dire que je les aime ou non, je les reconnais. »

Bien que Hugh affirme que ses choix de chansons n'ont pas de signification particulière à ses yeux, le nombre de demandes qu'il a faites pendant chaque séance indique qu'une certaine partie de ses expériences a inspiré ces choix particuliers. « Je ne suis pas inspiré, Graeme [le stagiaire en musicothérapie qui mène l'entrevue], je réagis tout simplement. Je ne suis pas une discothèque. Je ne suis pas disc-jockey... je suis un consommateur Graeme. Je suis un participant. » Toutefois, lorsqu'on lui a demandé de faire une distinction entre ses choix particuliers par rapport à tous les choix disponibles, il a approfondi sa réponse : « Ça vient de la mémoire. J'ai entendu ces chansons à la radio. Et à la télévision. » Lorsqu'on lui a demandé si ses émotions ont influencé ses choix, il a ajouté : « Probablement, mais je ne suis pas psychiatre ou psy ». Il a exprimé sa difficulté à mettre des mots sur son inspiration pour les demandes et la signification des chansons pour lui : « C'est pour des raisons émotives... il ne s'agit pas de logique, ce ne sont pas des choix rationnels ». Il a poursuivi, dans son style imagé : « Ce sont des réservoirs de souvenirs, des déclics, des paquets de cartes dans lesquels on pige, des classeurs, des fiches, des recettes ». [Intervieweur : « Est-ce que les chansons choisies ont une signification particulière pour toi? »] « C'est un plaisir, Graeme. C'est une libération. » [Intervieweur : « Elles t'inspirent un sentiment de bien-être, de libération? »] « C'est cathartique... ça libère les émotions... les sentiments. »

Plus tard dans l'entrevue, nous avons présenté à Hugh une liste de ses chansons les plus demandées. Malgré qu'il ait affirmé que ses demandes sortaient de nulle part, il a demandé plusieurs chansons plus souvent que d'autres, dont la pièce *The Sound of Silence* de Simon and Garfunkel. Il a décrit comment il s'est senti en chantant cette pièce dans le groupe et a expliqué pourquoi il a choisi de participer au groupe de musique : « Le silence peut être quelque chose d'effrayant quand on est seul... en particulier tard le soir ou tôt le matin... c'est comme si quelqu'un lisait une page vierge. Les Chinois disent qu'ils ont inventé le papier de riz... Ils ont inventé la poudre à canon. » [Intervieweur : « Donc, le silence peut être effrayant. Est-ce pour cela que tu aimes chanter? » « Remplir le vide... c'est la raison pour laquelle je fais cela et plusieurs autres choses... la musique est un moyen de s'exprimer. »

Participant 3

Remarque : Le nom de cette participante a été révélé pendant l'entrevue, car le titre de sa chanson préférée contient son prénom. Afin de protéger son anonymat, son prénom et le titre de la chanson ont été modifiés. « Susie » est une consommatrice dans la soixantaine qui participe régulièrement au groupe de musique au centre d'hébergement. Comparativement aux autres groupes de musique, les membres de ce groupe formulent moins de demandes de chanson en moyenne, préférant le plus souvent laisser le stagiaire choisir les chansons ou écouter de la musique, s'adonner à des activités artistiques en écoutant de la musique ou entendre des pièces au piano sur lesquelles ils peuvent danser. Toutefois, lorsqu'elle est présente, Susie demande ses chansons préférées et les chante activement. Ses réponses indiquent clairement que la musique a toujours été importante dans sa vie. Il s'agit notamment d'une activité qu'elle a partagée avec les membres de sa famille. Le fait de chanter des chansons de sa jeunesse peut améliorer grandement son humeur. Dès la première question, Susie expliquait avec enthousiasme ce qui avait inspiré ses demandes de chanson : « J'aime *Don't Be Cruel* d'Elvis Presley, car cette chanson me porte à danser, à sauter et à être plus active. Lorsque je chante *Release Me*, ça me fait... Lorsque je chante *Love Me Tender*, c'est vraiment une musique douce, ça me détend et plus encore... On peut parler de musique, car elle

nous procure du bonheur, elle nous fait rencontrer des gens et on peut faire tout ce que l'on veut en chantant. » Lorsqu'on lui a demandé plus précisément si elle était inspirée par les chansons de sa jeunesse, elle a ajouté : « Lorsque j'avais environ six ans, je jouais tout le temps de la musique. Les membres de ma famille ont aussi appris la musique... ils aiment tous la musique. Tout le monde aime la musique. La musique est éternelle. Nous avons besoin de musique. »

Tout au long de son entrevue, Susie a continué de parler de son inspiration pour le choix de ses chansons préférées et de ses émotions lorsqu'elle les chante. « J'aime tout simplement la mélodie, les chansons que je connais par cœur. Ça me détend, pas comme... ça me calme. Le type de chanson qui donne envie de... Ou je me souviens d'une chanson d'il y a longtemps, et nous la chantons tous ensemble. » Plus tard, Susie parle de ses émotions lorsqu'elle entend ses chansons préférées : « Je réalise que je suis bien dans ma tête. Je ne suis pas déprimée, ou si j'étais déprimée, j'écoute de la musique. Je me sens un peu mieux qu'avant ma dépression. »

Lorsqu'elle a demandé ses chansons préférées, Susie a souvent fait des dédicaces, parfois aux membres du groupe qui ne se sentaient pas bien, mais le plus souvent à son frère. Lorsque nous lui avons demandé pourquoi elle fait ces dédicaces et comment elle se sent par rapport à celles-ci, elle a donné l'explication suivante : « J'aime la musique, car je dois toujours avancer et que je ne peux pas oublier les chansons. Je me souviens de toutes les chansons que je connaissais quand j'étais jeune ». Pendant les séances de groupe, elle a souvent évoqué des souvenirs agréables du temps où elle faisait de la musique avec son frère, récemment décédé. Son frère jouait de la guitare et jouait souvent les pièces préférées de Susie, les mêmes pièces qu'elle a régulièrement demandées dans le groupe. Elle nous a parlé du lien entre son frère et les chansons demandées : « Parfois, elles me rendent triste, parce que c'est dur de perdre quelqu'un... avec qui on partageait de la musique. Je partageais de la musique avec mon frère, et il est parti, mais la musique me rappelle mon frère. »

Participant 4

« Christine » est une femme dans la quarantaine qui habite un centre d'hébergement communautaire avec d'autres femmes de quarante à soixante-dix ans.

La participation hebdomadaire au groupe de musique du centre est régulière et compte habituellement sept ou huit membres. Christine participe activement à ce groupe. À la formation du groupe, elle a rapidement assumé un rôle de meneuse en prenant la responsabilité de distribuer les livrets de chansons et en demandant aux autres membres leurs choix de chansons, veillant à ce que tout le monde ait l'occasion de participer. Elle a décrit le plaisir qu'elle a eu à entendre les chansons choisies par les autres membres du groupe : « J'aime la variété, et je ne veux pas toujours écouter les chansons que j'ai moi-même choisies, j'aime aussi ce que les autres veulent entendre ». Plus tard elle a élaboré davantage sur la dynamique du groupe et l'influence de cette dynamique sur ses propres choix de chansons : « C'est plaisant aussi, parce c'est toujours intéressant d'entendre le point de vue des autres, de connaître leurs chansons préférées, vous savez? Parce que lorsqu'on joue les morceaux préférés des autres, c'est comme... Tout le monde se met dedans en même temps et tout le monde a du plaisir. »

Ce groupe différait des autres groupes de centres d'hébergement communautaire en ce sens que la plupart des membres du groupe demandaient une ou deux chansons préférées chaque semaine. Les membres du groupe étaient encouragés à demander de nouvelles chansons, mais semblaient davantage apprécier la familiarité et l'ordre de leurs quelques favorites, dont plusieurs étaient des chansons qu'ils avaient interprétées avec leur musicothérapeute dans le passé. Christine a été choisie pour l'entrevue en partie parce qu'elle était différente des autres membres de son groupe (elle variait davantage ses demandes), mais aussi parce que les chansons qu'elle demandait semblaient prendre un sens très particulier pour elle. On lui a demandé si ses chansons préférées avaient une signification particulière parce qu'elle aimait dans le passé ou parce qu'elle les aime maintenant. « Elles ont une signification très particulière en ce moment. Oui, il y a des chansons du passé que j'aime chanter maintenant. Mais enfin... c'est plus comme je veux les entendre ici et maintenant. Mais j'ai des souvenirs rattachés à ces chansons... Ce n'est pas à cause des souvenirs liés aux chansons... c'est plus du genre ici et maintenant. »

Aux questions concernant son inspiration pour ses choix de chansons, Christine a répondu plus brièvement que les autres personnes interrogées, mais

elle a répété qu'elle aime les histoires racontées dans les chansons tout autant que leurs rythmes. En fait, elle a ajouté qu'elle aime lire les paroles pour les chanter pendant ses demandes spéciales, de même que jouer d'un instrument rythmique pour accompagner la chanson. Elle a parlé de la chanson qu'elle a le plus demandée, *Straight Up*, et du plaisir qu'elle éprouve lorsque le groupe l'interprète. « Je pense que c'est une chanson vraiment amusante, tout le monde aime la chanson, son rythme, et se laisse emporter. » [Intervieweur : « Comment vous sentez-vous? »] « Vraiment heureuse. C'est une chanson amusante. » Elle a poursuivi en expliquant la différence entre le fait d'écouter cette chanson seule et de l'écouter avec le groupe : « C'est plus amusant d'être avec des gens et de chanter ensemble que de simplement l'entendre à la radio. »

Participant 5

« Dawn » est une résidente cinquantenaire de l'un des plus grands centres d'hébergement communautaire exploités par l'agence. Ce centre accueille des hommes et des femmes d'une fourchette d'âges plus étendue. Le groupe de musique a un noyau stable de cinq à six membres, mais on peut parfois compter jusqu'à dix participants, si l'on compte les participants occasionnels et périphériques. Plusieurs membres de ce centre, comme Dawn, demandent régulièrement des chansons variant du rock des années 1950 aux chansons pop des années 1980, ce qui a permis de produire un livret plutôt diversifié, si ce n'est le plus volumineux. Dawn a une grande connaissance de la musique populaire, et elle décrit des souvenirs personnels liés à ses chansons préférées; elle avait aussi souvent dédié les chansons choisies. Comme Hugh, les réponses de Dawn aux questions de l'entrevue n'étaient pas toujours directes; toutefois, elle a décrit de façon très détaillée des souvenirs associés à ses chansons préférées, citant les paroles de plusieurs d'entre elles, et elle a expliqué en quoi la musique l'a inspirée au cours de sa vie.

« Je me sens toujours bien lorsque je chante les chansons », a-t-elle affirmé en décrivant ses émotions dans le cadre du groupe de musique. Elle explique que, même lorsque les souvenirs associés à une chanson particulière sont douloureux, la chanson lui procure un sentiment de réconfort et de nostalgie. Elle a décrit

l'une des chansons qu'elle a demandées le plus souvent, *Hungry Like the Wolf*, comme étant un exutoire pour la colère qu'elle a ressentie après la mort de sa grand-mère, décédée après avoir été frappée par un conducteur ivre ayant fui le lieu de l'accident. « Ça m'aide en attendant qu'on retrouve le méchant », dit-elle. Elle a également parlé de *Here Comes the Sun*, une autre de ses chansons préférées, qui lui rappelle le printemps et le jardinage avec son père. « J'ai demandé ces chansons parce qu'elles me rappellent des moments privilégiés vécus avec une personne. » Vers la fin de l'entrevue, Dawn a évoqué un souvenir particulièrement touchant de l'un de ces moments privilégiés : « J'aime la chanson *Time after Time*, de Cyndi Lauper. Elle me rappelle mon dernier petit ami... nous avons rompu il y a deux ou trois ans et, parfois, j'aimerais qu'on soit encore ensemble. J'aimerais qu'il me chante la chanson, comme Cyndi Lauper le ferait. » [Intervieweur : « Un souvenir comme celui-là, ça vous inspire quoi? »] « Je me sens bien. Je me sens triste aussi lorsque nous chantons cette chanson dans le groupe, parce qu'on n'est plus ensemble, lui et moi. »

D'autres souvenirs se rapportaient moins au contenu de la chanson, mais avaient tout de même une signification personnelle, à en juger par les anecdotes associées aux chansons. « *Message in a Bottle* me rappelle tous les gens qui fument et qui dépendent de l'aide sociale », explique-t-elle, elle-même une grande fumeuse. « J'ai beaucoup d'empathie pour ça. Ça ne me dérange pas de partager mes mégots avec d'autres personnes, car comme dans la chanson, j'ai un faible revenu et j'envoie un SOS au monde (*I'll send an SOS to the world*). J'envoie un SOS au monde. J'espère que quelqu'un trouvera mon message dans une bouteille (*Hope that someone gets my message in a bottle*)... Vous voyez ce que je veux dire? »

À part ses chansons préférées ayant une signification personnelle, Dawn a parlé d'autres sources d'inspiration pour ses choix, dont les dédicaces qu'elle fait régulièrement. « C'est seulement le temps de l'année... le moment de l'année, et les congés spéciaux, et des choses comme la mort de la sœur d'un membre du groupe. » Pour reconforter cette personne après le décès de sa sœur, Dawn a demandé *Kiss From a Rose*, car elle savait que sa sœur était née en juin et que sa fleur de naissance était la rose. Elle a aussi dédié *Auld Lang Syne* plusieurs fois en souvenir d'autres amis et

membres de sa famille. « La chanson parle des vieilles connaissances... je ne me souviens plus des paroles... *Should auld acquaintances be forgot and never brought to mind* (Doit-on oublier les vieilles connaissances, et ne plus jamais y penser?) Cette chanson me rappelle toujours mon père, décédé en 1982. Il est simplement mort de vieillesse. » [Intervieweur : « Comment vous êtes-vous sentie en partageant cette chanson? »] « Ça m'a aidé à me sentir mieux. » En parlant des dédicaces, elle a mentionné *Dust In The Wind* : « *Dust In The Wind* me rappelle les personnes que j'ai perdues, comme mon père, ma mère et ma grand-mère. Je pense que c'est pour ça que je la demande souvent. »

En ce qui concerne les chansons les plus demandées dans l'ensemble des groupes, nous avons demandé aux participants de nous faire part de leur opinion par rapport à l'attrait de ces chansons pour les autres consommateurs de services de santé mentale. Bien que les autres participants ne savaient pas vraiment comment décrire cet attrait, Dawn a donné son avis sur certaines de ses pièces préférées dans la liste : « Il y a de la sagesse dans *Let It Be* et *Dust In The Wind*... il y a un équilibre et de la sagesse. Dans *Hey Jude* aussi. Il y a de la sagesse dans tout ça. Et de la compassion. De la compassion, aussi. Surtout pour *Auld Lang Syne*... je crois que cette chanson contient beaucoup de compassion. »

Résumé des questions

1. Qu'est-ce qui vous pousse à demander les nouvelles chansons que vous ajoutez au livret du groupe?

Cette première question a entraîné des réponses très variées. Chaque participant a révélé, pour ses demandes d'ajout au livret, une source d'inspiration unique et revêtant à ses yeux un sens particulier. Malgré la variété des réponses, les cinq participants ont tous déclaré que des chansons de leur jeunesse ont inspiré leurs demandes. Certains ont parlé de chansons de leur enfance, d'autres de chansons de leur adolescence. Les autres sources d'inspiration citées par plus d'un participant comprennent des chansons entendues à la télévision ou à la radio, des chansons plus connues et des chansons qui rappellent des amis ou des membres de leur famille. Pour ce qui est des réponses distinctes

à cette question, elles comprenaient le souhait d'entendre un artiste préféré, la qualité des chansons, le plaisir éprouvé à chanter des chansons particulières, des chansons qui font danser, qui détendent ou qui favorisent la créativité, des chansons qui racontent une histoire et des chansons qui évoquent des fêtes particulières. On présume que la clientèle pourrait également bénéficier d'entendre des chansons choisies par le stagiaire, en plus de découvrir de nouvelles chansons ou les chansons préférées des autres membres du groupe, toute cette variété permettant de favoriser le rétablissement optimal de chacun.

2 a. Lorsque vous participez au groupe de musique, qu'est-ce qui vous pousse à demander les chansons que vous choisissez?

Alors que la première question avait pour objectif de cerner les raisons générales motivant les demandes de chansons, la question 2 a été séparée en plusieurs volets afin de déterminer les facteurs précis propres au groupe ayant pu influencer les demandes. Comme on pouvait s'y attendre, plusieurs réponses ressemblent à celles données à la question 1 : chansons de la jeunesse, le fait que les chansons soient familières ou populaires, chansons entendues à la radio ou à la télévision et chansons qui rappellent des amis ou des membres de la famille. Les participants ont également évoqué les qualités particulières des chansons en question pour expliquer leur choix : la mélodie, les paroles, le rythme et le son des instruments joués dans la chanson. Quelques raisons n'ayant pas été déjà mentionnées dans les réponses à la question 1 comprennent la satisfaction éprouvée en chantant la chanson (notamment le fait d'entendre sa propre voix) et le désir d'en modifier l'interprétation, abordés dans l'intervention de Jamie; le caractère inspirant et élogieux des chansons choisies évoqué par Hugh, l'humeur au moment de la demande spéciale ou le désir de changer cette humeur grâce à une chanson que mentionne Susie, ou encore l'envie de dédier des chansons à d'autres personnes dont a témoigné Dawn.

2 b. Est-ce qu'il vous arrive de changer votre demande spéciale après avoir entendu la demande d'un autre membre du groupe? Le cas échéant, pouvez-vous décrire cette influence?

Trois participants ont expliqué que leurs demandes étaient parfois influencées par les choix d'autres membres du groupe. Christine souligne qu'elle souhaite entendre une variété de chansons que tous les participants peuvent interpréter et apprécier ensemble, tandis que Susie précise que les demandes d'autres personnes peuvent lui rappeler d'autres chansons qu'elle associe à des membres de sa famille. Jamie et Hugh affirment tous deux que leurs choix musicaux ne sont pas influencés par les autres : Jamie propose des choix fixes, car le nombre de demandes par séance est limité, tandis que Hugh déclare que ses choix « sortent de nulle part ». Bien qu'ils aient répondu différemment à cette question, Jamie et Susie ont tous deux signifié l'importance qu'ils accordent à faire valoir « leurs propres choix » dans le processus de sélection groupe.

2 c. Choisissez-vous les chansons en fonction des paroles, de la musique ou d'une combinaison des deux?

Quatre des cinq participants ont indiqué que leurs demandes sont basées à la fois sur les paroles et la musique d'une chanson donnée; seul Hugh affirme qu'il est influencé uniquement par les paroles. Jamie et Susie évoquent le ton ou l'émotion dégagés par la musique comme facteur de préférence personnelle, et Christine explique qu'elle est attirée par le rythme de certaines chansons. Dawn mentionne que les deux aspects l'inspirent, donc, bien sûr les paroles, mais aussi la musique. Dans le cas précis des paroles, Christine a indiqué qu'elle aime le récit contenu dans certaines chansons, tandis que Jamie penche davantage pour les paroles comiques et « artistiques », ou encore la prestation de l'interprète.

2 d. Est-ce que le titre d'une chanson influence votre choix?

Trois des cinq participants affirment que les titres des chansons n'influencent pas leurs choix. Comme Jamie l'a expliqué précédemment, ses réponses sont fixes; par conséquent, ses choix n'ont pas été influencés par les titres dans le livret; Susie reprend cette idée, disant simplement : « Je choisis les chansons que j'aime ». Christine dit qu'elle peut parfois être influencée par les titres, et qu'elle choisit parfois une chanson avec un titre semblable à celui d'une

demande formulée précédemment (comme on peut le constater dans l'historique des demandes de son groupe, *Dust in the Wind* était souvent suivie de *Blowing In The Wind* et de *Candle In The Wind*).

3. Est-ce que les chansons que vous demandez habituellement sont des chansons que vous voulez vous-même entendre ou demandez-vous des chansons pour d'autres personnes? Si vous faites de telles dédicaces, pouvez-vous indiquer pourquoi vous choisissez ces chansons et comment vous vous sentez lorsque vous les chantez?

Trois participants affirment qu'ils choisissent assurément les chansons qu'ils veulent eux-mêmes entendre, et deux de ceux-là se disent «égoïstes» à cet égard. Les deux autres participants indiquent qu'ils choisissent des chansons qui leur rappellent d'autres personnes, des chansons qu'ils peuvent dédier à d'autres personnes ou des chansons qui selon eux, seront appréciées par tout le groupe. Alors que les dédicaces ne sont pas pratique courante dans ce groupe, quatre des cinq participants ont indiqué qu'ils ont, à un moment ou à un autre, dédié une chanson, habituellement pour se souvenir d'une personne ou pour se rappeler la musique qu'ils avaient faite ensemble. Ainsi, Jamie mentionne qu'il était émotif lorsqu'il a dédié une chanson à un membre du groupe décédé peu de temps auparavant, Dawn a décrit une chanson qu'elle a demandée pour se souvenir de son père et dit s'être sentie mieux après avoir partagé la chanson avec les membres du groupe, puis Christine affirme simplement qu'elle trouve amusant et inspirant de partager des dédicaces de chanson avec les membres du groupe.

4. En réfléchissant au type de chansons que vous demandez habituellement, diriez-vous qu'elles ont été très importantes tout au long de votre vie, significatives à ce moment-ci de votre vie ou agréables à écouter, mais pas particulièrement significatives pour vous? Si les chansons sont significatives, quelle est leur signification pour vous?

Les réponses à cette question sont variées, mais la plupart des participants disent que, bien que leurs demandes sont souvent inspirées par des chansons de leur jeunesse, elles sont toujours significatives en ce

moment. D'un autre côté, Hugh affirme que les chansons ne sont pas significatives dans le présent; il s'agit plutôt de déclencheurs de souvenirs qui peuvent entraîner une libération d'émotions cathartique. Dawn mentionne que ses demandes spéciales revêtaient un sens particulier dans le passé comme dans le moment présent, mais qu'elles peuvent lui rappeler certains moments et certaines personnes, et précise que cela la calme, la rend nostalgique et la reconforte. Susie explique en quoi les chansons préférées de sa jeunesse ont pris un sens plus profond au fil du temps et évoquent diverses émotions, mais que, dans le moment présent, elles peuvent aussi être simplement amusantes à interpréter et donner envie de danser. Elle décrit cette signification comme étant une source de tristesse, mais avance également que le fait de se souvenir de sa jeunesse grâce aux chansons peut lui procurer un sentiment de bien-être. Jamie ne fait pas la distinction entre la signification passée ou présente, mais insiste sur le fait que sa musique préférée, peu importe la période de sa vie, a une signification très personnelle et importante, qu'il nomme «passion» pour la musique.

La question 5 porte sur les chansons les plus demandées par les participants.

5. Qu'est-ce qui vous a poussé à demander ces chansons à plusieurs reprises? Pouvez-vous décrire vos émotions lorsqu'une de ces chansons est interprétée par les membres du groupe? Est-ce différent d'écouter la chanson en solitaire ou à l'extérieur du groupe? Si vous possédez une copie de cette chanson, à quelle fréquence l'écoutez-vous? Comment vous sentez-vous à l'idée d'écouter ou d'interpréter des chansons souvent demandées par les autres membres du groupe?

La question 5 a entraîné des réponses distinctes de chaque participant, étant donné qu'elle vise les chansons les plus demandées par chaque participant dans le groupe.

Jamie décrit sa chanson préférée, *Never too Late*, comme étant agréable à chanter en raison de sa dynamique et du débit des paroles. Il précise qu'il s'agit d'une chanson plus récente et que, par conséquent, aucun souvenir important n'y est rattaché. Il ajoute cependant que puisqu'il la chante de façon «flamboyante» dans le groupe, il est souvent timide lorsqu'elle est interprétée.

Il a souvent écouté cette chanson dans le passé, environ tous les deux jours, et puisqu'il aime la distorsion de guitare de l'enregistrement d'origine, il trouve différente sur le plan instrumental, mais tout de même agréable, l'interprétation à la guitare acoustique dans le groupe.

Hugh indique que Suzanne est sa chanson préférée parmi ses principales demandes spéciales et, comme il l'a mentionné précédemment, il la demande pour provoquer une catharsis d'émotions. Il précise qu'il l'entend parfois à la radio, mais ne possède pas personnellement de copie, car « on m'a dit que Leonard Cohen, c'était trop sérieux pour moi ». Lorsqu'on lui parle de l'interprétation de la chanson dans le groupe, il répond simplement que la voix est différente de celle de l'enregistrement d'origine.

Susie désigne deux chansons comme ses préférées parmi celles qu'elle demande le plus souvent, soit *Don't Be Cruel* et une chanson contenant son prénom [changé pour Susie ici afin de protéger son anonymat]. Pour ce qui concerne la chanson dont le titre est son prénom, elle indique qu'elle aime l'entendre souvent parce qu'elle contient son prénom et parce que son frère la jouait souvent pour elle, dans sa jeunesse. Elle demande *Don't Be Cruel*, car elle aime le répertoire d'Elvis et qu'elle se souvient l'avoir vu en spectacle à la télévision quand elle était jeune. Elle explique que, bien qu'elle aime chanter les deux chansons avec le groupe, elle préfère souvent les écouter seule en version CD pour chanter en accompagnement et mieux entendre sa propre voix.

Parmi les chansons qu'elle a le plus souvent demandées, Christine précise que *Straight Up* est sa préférée, et que c'est une chanson agréable à interpréter en groupe. Bien qu'elle entende parfois cette chanson à la radio, elle insiste sur le fait qu'elle préfère l'interprétation en groupe, car le fait de voir les autres membres du groupe l'interpréter et l'apprécier la rend joyeuse.

La chanson préférée de Dawn parmi ses principales demandes est *Here Comes the Sun*. Elle évoque pour elle divers souvenirs, comme le premier jour du printemps et Pâques, le jardinage avec son père, l'anniversaire de sa sœur parce qu'« il y avait toujours du soleil ce jour-là » et aussi « les drogues que nous consommions ». Elle n'a plus de copie de la chanson, mais elle aime l'entendre dans le groupe. Elle affirme qu'habituellement, elle se sent mieux après avoir entendu la chanson en raison des souvenirs agréables qui y sont associés.

Tous les participants ont indiqué qu'ils sont ouverts à entendre des chansons souvent demandées par les autres membres du groupe. Christine a élaboré davantage sur ce point en expliquant qu'elle s'intéresse aux perspectives exprimées les autres personnes par leur choix de chansons et que cela permet à tout le monde d'avoir du plaisir et de se laisser emporter ensemble par la musique.

La question 6 porte sur la liste des 10 chansons les plus demandées.

6 a. Est-ce que certaines chansons de cette liste figurent parmi vos chansons préférées? Le cas échéant, qu'est-ce qui vous plaît de ces chansons en particulier?

À la question 6, nous avons demandé aux participants de commenter les 10 chansons les plus demandées par tous les groupes des centres d'hébergement communautaire (la liste complète des chansons est disponible auprès des auteurs). *Let It Be* s'est démarquée comme étant reconnaissable et agréable pour quatre des cinq participants. Jamie et Christine affirment tous les deux qu'elle a une belle mélodie, et Jamie ajoute qu'elle est agréable à chanter; Dawn parle de sagesse et d'équilibre. Parmi les chansons mentionnées par plus d'un participant, on compte *Dust in the Wind*, *Roses are Red*, *You've Got a Friend* et *Four Strong Winds*. Christine dit de ses favorites qu'elles sont de « belles chansons qui racontent de belles histoires » et que les chanter lui fait chaud au cœur. Susie, pour sa part, dit que ses préférées sont des chansons bien connues de sa jeunesse et qu'elle aime en chanter les mélodies.

6 b. Pouvez-vous penser à un thème qui unit ces chansons?

Il n'y a pas de consensus pour ce qui est d'un possible thème récurrent d'une chanson à l'autre. Après avoir discuté de ses chansons préférées de la liste, Dawn croit que l'amitié est un thème possible, et Jamie dit qu'il s'agit de « chansons hippies ». Lorsqu'on lui demande d'approfondir sa réponse, il explique que *You've Got a Friend*, *I Want To Hold Your Hand*, *Hey Jude* et *That's What Friends Are For* sont des chansons plutôt positives et amicales, alors que ses propres

préférences sont axées davantage sur des chansons plus intenses (*heavy*) et « diaboliques » qui sont plus difficiles à chanter.

6 c. Selon vous, qu'est-ce qui rend ces chansons attrayantes ou éloquentes pour les autres consommateurs de services de santé mentale?

Cette question s'est avérée tout aussi difficile pour les participants, et aucun consensus n'a été atteint. Toutefois, quatre des cinq participants ont soulevé des éléments qui leur plaisaient et pourraient plaire à d'autres consommateurs de services de santé mentale. Jamie indique que ces chansons sont agréables à chanter, ce qui pourrait plaire à d'autres personnes. Hugh répète que les chansons sont cathartiques, en particulier *Let It Be* et *Hey Jude*. Au début, Christine n'a pas formulé d'opinion, mais à la mention de *Dust in the Wind*, elle a proposé que les paroles de la chanson sont jolies et réchauffent le cœur (comme c'est le cas pour elle avec d'autres chansons). Dawn a fourni une réponse plus étoffée, précisant que le thème perçu dépend des convictions religieuses de chacun, mais que certaines chansons évoquent la sagesse, l'équilibre et la compassion. Pour ce qui est de Susie, alors qu'elle propose que d'autres consommateurs de services de santé mentale apprécient les « chansons douces » et aiment danser sur *Don't Be Cruel*, elle affirme que le fait d'apprécier une chanson n'a rien à voir avec la maladie mentale.

Analyse et conclusion

Dans ce modèle d'affirmation et d'inclusion axé sur le client, on a mis l'accent sur l'interprétation en groupe de chansons favorites. Nombre d'auteurs avancent que le chant en groupe est un phénomène interculturel que beaucoup estiment être source de vigueur pour la collectivité, et qui favorise l'épanouissement personnel (Higgins, 1991; Goldman, 1988; Dasilva, Blasi et Dees, 1984; Gaston, 1968; Merriam, 1964; Marconie, 1990; Mueller, 1963). Dans le programme décrit dans le présent article ainsi que par Baines (2000), ce phénomène multiculturel a été mis à profit pour aider les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale grave. Le présent article fait le point sur l'état actuel du programme, en y ajoutant de

nouvelles données provenant de sondages effectués auprès des consommateurs et du personnel. Il présente aussi des entrevues approfondies des consommateurs, effectuées dans le but d'évaluer leur compréhension des éléments qui rendent le programme de musicothérapie efficace pour eux. Les données compilées ici permettent de mieux comprendre les perceptions des participants et du personnel. Les données recueillies grâce au sondage, aux entrevues et aux rapports verbaux permettent de constater clairement un processus de rétablissement de la santé. Les réponses suggèrent une augmentation de la motivation générale et de la concentration et une diminution des pensées problématiques, une expression saine de la créativité et une expression améliorée des émotions, et une baisse de l'anxiété. L'une des raisons fondamentales de l'efficacité du programme est assurément l'effet bénéfique important pour la santé générale de la création de musique en groupe, en particulier le chant. En plus de chanter et de jouer, à l'occasion, des percussions, de la guitare ou du piano, certains participants choisissent également de demander qu'on chante leurs chansons préférées en groupe. Le fait de chanter en groupe des chansons choisies semble avoir un effet profondément positif sur la personne qui en a fait la demande. Parallèlement, les personnes qui chantent une chanson demandée par quelqu'un d'autre découvrent cette personne sous un nouveau jour, ce qui favorise la tolérance et l'acceptation. De plus, les membres du groupe se plongent en profondeur dans les paroles, une expérience qu'ils partagent en les lisant, en les chantant et en les entendant chantées par le groupe. Les occasions d'épanouissement sont ici nombreuses et complexes. Les effets sur la santé touchent notamment la mortalité, la morbidité, la satisfaction du client, le bien-être et le sentiment d'être utile. Il est clair que ces effets doivent faire l'objet d'études qualitatives et quantitatives plus poussées.

Les éléments essentiels de ce programme, en particulier le rôle de leader, émergent du modèle de réadaptation psychosociale. En réadaptation psychosociale, l'animateur du groupe agit à titre de modèle sain. Dans ce rôle, l'animateur peut aider une personne à trouver un logement, lui montrer comment rester hydraté par temps chaud et appuyer sa réflexion, ce qui incite tous les participants à s'investir dans le programme. Tous ces éléments font partie du rôle du modèle sain.

Puisque les participants de chaque centre d'hébergement ont demandé des livrets, cette demande a été comblée conformément au modèle de réadaptation psychosociale, ce qui a permis d'intégrer les idées des clients au processus thérapeutique. Les participants peuvent se concentrer sur les livrets, ce qui contribue à diminuer l'anxiété sociale. La lecture des paroles permet aux participants de découvrir des expériences communes. Il arrive souvent que les participants déclarent qu'ils ne connaissaient pas du tout les paroles. Cet exercice leur enseigne des choses sur eux-mêmes et sur leur communauté.

Bien que l'on encourage souvent les participants à ajouter des titres au livret de chansons, le projet de mise à jour des livrets est en cours pour aborder la question du contenu et pour favoriser l'inclusion. Nous espérons qu'avec le temps, la technologie permettra d'éviter la nécessité d'imprimer les livrets, mais pour l'instant, la norme est d'avoir un livret physique.

Les autres préoccupations relevées pendant l'étude, comme la planification dans les centres d'hébergement communautaire, sont, dans la mesure du possible, réglées en fonction du consensus. Le programme de pavillon est toujours offert, sur demande, en fin d'après-midi le vendredi, dans une célébration musicale collective de la semaine de travail.

Références

- Baines, S. (2000). A consumer-directed and partnered community mental health music therapy program: Program development and evaluation. *Revue canadienne de musicothérapie*, 7(1), 51-70.
- Banks, S., Crossman, D., Poel, D. et Stewart, M. (1997). Partnerships among health professionals and self-help group members. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 64, 259-269.
- Bushong, D. (2002). Good music/bad music: Extant literature on popular music media and antisocial behaviour. *Music Therapy Perspectives*, 20(2), 69-70.
- Carter, E., et Oldfield, A. (2002). A music therapy group to assist clinical diagnoses in child and family psychiatry. Dans A. Davies et E. Richards (dir.), *Music therapy and group work: Sound company*. Londres, Angleterre : Jessica Kingsley Publishers.
- Chhina, C. (2004). Music therapy and psychosocial rehabilitation: Towards a person-centered music therapy model. *Revue canadienne de musicothérapie*, 11(1), 8-30.
- Dasilva, F., Blasi, A., et Dees, D. (1984). *The sociology of music*. Notre Dame, IN : University of Notre Dame.
- Davies, A., et Richards, E. (dir.). (2002). *Music therapy and group work: Sound company*. Londres, Angleterre : Jessica Kingsley.
- Edwards, J. et Hadley, S. (2007). Expanding music therapy practice: Incorporating the feminist frame. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 199-207.
- Eyre, L. (2008). Medical music therapy and kidney disease: The development of a clinical method for persons receiving haemodialysis. *Revue canadienne de musicothérapie*, 14(1), 53-87.
- Gallagher, L., et Steele, A. (2002). Music therapy with offenders in a substance abuse/ mental illness treatment program. *Music Therapy Perspectives*, 20(2), 117-122.
- Gaston, E. (1968). *Music in therapy*. New York, États-Unis : Macmillan.
- Ghetti, C. (2004) Incorporating music therapy into the harm reduction approach to managing substance use problems. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), 84-90.
- Goldman, J. (1988). Toward a new consciousness of the sonic healing arts: The therapeutic use of sound and music for personal and planetary health and transformation. *Music Therapy*, 7(1), 28-33.
- Hadley, S. (dir.). (2006). *Feminist perspectives in music therapy*. Gilsum, États-Unis : Barcelona Publishers.
- Higgins, K. (1991). *The music of our lives*. Philadelphia, États-Unis : Temple University Press.
- Jacobs, E., Masson, R., et Harvill, R. (2002). *Group counseling : Strategies and skills*. Pacific Grove, États-Unis: Brooks/Cole.
- Kenny, C. (1989). *The field of play: A guide for the theory and practice of music therapy*. Atascadero, États-Unis : Ridgeview Publishing.
- Marconie, R. (1990). *The concept of music*. Oxford, Angleterre : Clarendon.
- Merriam, A. (1964). *The anthropology of music*. Chicago, États-Unis : Université Northwestern Press.

- Mueller, J. (1963). A sociological approach to musical behavior. In T. Greening (dir.). *American politics and humanistic psychology*, (pp. 216-220). New York, États-Unis : Saybrook.
- Pavlicevic, M. et Ansdell, G. (dir.). (2004). *Community music therapy*. Londres, Angleterre : Jessica Kingsley.
- Plach, T. (1996). *The creative use of music in group therapy*. Springfield, États-Unis : Charles C Thomas.
- Posthuma, B. (2002). *Small groups in counseling and therapy*. Toronto, Ontario : Allyn & Bacon.
- Rolvjord, R. (2006). Whose power of music? A discussion on music and power-relations in music therapy. *British Journal of Music Therapy*, 20(1), 5-12.
- Ruud, E. (1998). *Improvisation, communication and culture*. Gilsum, NH : Barcelona.
- Stige, B. (2006). The problem of pleasure in music therapy. *British Journal of Music Therapy*, 20(1), 39-51.
- Taylor, D. (1997). *Biomedical foundations of music as therapy*. St. Louis, États-Unis : MMB Music.
- Watson, T. et Vickers, L. (2002). A music and art therapy group for people with learning disabilities. In A. Davies & E. Richards (dir.), *Music therapy and group work: Sound company*. Londres, Angleterre : Jessica Kingsley.
- Wheeler, B. (2007). Music therapy research: Contributions from Canada. *Revue canadienne de musicothérapie*, 13(2), (10-36).
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4e éd.). New York, États-Unis : Basic Books.

Remerciement

Les auteurs remercient Erin Currie, étudiante au baccalauréat en musicothérapie pour la relecture du volet entrevue de la recherche.

À propos des auteurs

Sue Baines (Ph. D., MTA, FAMI) enseigne au programme de baccalauréat en musicothérapie de l'université Capilano de Vancouver (C.-B.) et exerce la musicothérapie en soins de longue durée. Ses travaux de recherche visent à promouvoir la justice sociale dans la pédagogie, la recherche et la pratique de la musicothérapie. Sue est Rédactrice en chef de la *Revue canadienne de musicothérapie* depuis 2016 et collabore au *Arts and Psychotherapy Journal*.

sbaines@capilanou.ca

Graeme Danko (B. MT, MTA, MT-BC) a obtenu son diplôme du programme de musicothérapie de l'université Capilano en 2008. Après avoir effectué son internat au service de santé mentale Coast Mental Health de Vancouver (C.-B.), il s'est installé à Ottawa (ON), où il a œuvré auprès d'adultes touchés par des problèmes de développement. Depuis 2018, il vit aux É.-U., où il pratique toujours la musicothérapie et dirige Looking Upwards Inc., un programme de soutien communautaire pour les adultes handicapés à Middletown, au Rhode Island.

Book Review

Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder (Second Edition): Supporting Children and Their Families

Petra Kern and Marcia Humpal (Editors)

Jessica Kingsley Publishers, 2019

ISBN: 9781785927751 [pbk]

E-ISBN: 9781784506889

As a music therapist working with the autism spectrum disorder (ASD) population, I have often found myself entrenched in active practice with limited time for professional development. Sifting through the sea of information on autism and music therapy can be daunting and time-consuming. Kern and Humpal's book, *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder*, offers the music therapist a lifeline to highly sourced, well-researched content on autism spectrum disorder. They, along with the expert chapter authors, present the practitioner with a thorough package of relevant information and supportive strategies for working with all facets of this unique population. Kern and Humpal's opening statement immediately caught my attention: "Autism spectrum disorder (ASD) is currently the most served population in music therapy practice worldwide" (p. 11).

I encountered an easy flow in the writing and a consistent format in every chapter. Many of the chapter authors make references to other chapters, guiding the reader to more detailed information for further reading on that topic. Similar to study questions, the "Review and Reflect" section at the end of each chapter is most appreciated. This section assists with the reader's integration of core content. I found myself using this section in two different ways. Upon completing a chapter, I read the review section questions to reinforce and integrate content. Alternatively, I read the review section questions *prior* to reading the chapter. This gave me a framework of what to look for as I read the chapter. The multitude of charts, diagrams, and tables peppered throughout each chapter concretize concepts and support the reader with visual representation of content. Throughout the book, the chapter authors and editors include a number of references and links to relevant websites, government agencies, screening tools, resources, research articles, publications, state and federal laws, national surveys, and studies. Although this book targets early childhood music therapy, each chapter

concludes with a "Beyond Early Childhood Years" table of useful guidelines, resources, clinical examples, and training opportunities.

Chapter 1 lays the groundwork for what is to come. After providing an overview of the characteristics and diagnostic features of autism, the chapter continues by discussing the impacts of recent Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) revisions, which eliminate the diagnosis of Asperger's and Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified (PDD-NOS), as well as the prevalence, screening, and diagnosing of ASD.

In Chapter 2, Kern discusses evidence-based practice. She analyzes the results of a 2013 survey reporting that "most professional music therapists serving clients with ASD strive to be evidence-based practitioners" (p. 37). She summarizes that, "Overall, music therapists value the concept of EBP for the following reasons: improves quality of services to clients; increases credibility to consumers, related professionals and administrators; increases funding for music therapy services; supports the development of the field" (p. 37). Unestablished, emerging, and established interventions are presented, followed by a discussion regarding the designation of music therapy as a profession versus emerging intervention. While I have always believed working within an evidence-based foundation is imperative, Kern and Humpal's book helped me reflect on and better my own evidence-based practice.

Chapter 3 discusses systematic reviews, prominent studies, and two meta-analyses of studies targeting effective music therapy interventions for autism. Jennifer Whipple beautifully organizes and presents significant research in the field of autism and music therapy. In "Early Childhood Music Therapy Meta-Analysis," she presents eight significant intervention studies covering communication, interpersonal, personal responsibility, and play areas. The "Across the Lifespan Music Therapy Meta-Analysis" results support the

statement that music therapy is an effective intervention for autistic individuals across the lifespan. The chapter concludes with recommendations and considerations for future music therapy research in this field, such as sample size, generalization, and maintenance data.

Chapter 4 is dedicated to the discussion of music therapy assessment. It addresses why early childhood assessment is so crucial in clinical practice. It continues with assessment implementation guidelines and recommended practices relevant for music therapists. A presentation of 11 utilized music therapy assessment tools for ASD and discussion of the SCERTS® Model offer a wealth of assessment resources for the music therapist providing services to autistic clients.

Chapter 5 introduces the behavioural approach, offering examples of behavioural strategies and how to utilize them in clinical music therapy practice. Though music therapists working with ASD often utilize prompting, reinforcement, and schedules, Martin suggests three things: familiarization with other strategies; how to implement these strategies in combination with music therapy techniques; and providing consistency and efficacy to clinical practice with ASD. The chapter discusses principles of applied behaviour analysis, pivotal response training, positive reinforcement, antecedent-based interventions, and generalization of skills.

Packed with practical information, Chapter 6 outlines and offers practice guidelines and strategies for working with the autistic population. It extensively presents seven core practice guidelines, such as organizing the learning environment, use of prompts, establishing routine, and generalization of skills. Music therapists are given practical strategies for how to support autistic clients during transitions and how to introduce time delay procedures. Providing fundamental strategies and instructional practices, this chapter is a must-read.

In Chapter 7, Brownell and Schwartzberg discuss the utilization of Social Stories™ and video modelling in music therapy practice with ASD. They introduce how to design, present, and monitor effectiveness of Social Stories™ and offer guidelines for incorporating music into a Social Stories™ application. They continue with a discussion of video-modelling. Backed by research examples, they offer rationale for incorporating music into Social Stories™ and video modelling. This ultimately is validating to music therapists as it provides another example of how music can be incorporated into a well-established approach for supporting autistic individuals.

Chapter 8 provides a thorough summary of and view into the Nordoff-Robbins music therapy approach, as it is used for engaging autistic individuals. In addition to defining “Core Musicality,” Guerrero and Turry walk the reader through the historical foundation and fundamentals of this approach. Clinical process involving assessment using the Music Engagement Scale (MES), intervention planning, session format, and evaluation give readers insight into the application of the Nordoff-Robbins approach.

Chapter 9 introduces the neurodevelopmental approach and neuroscience of ASD. It covers topics such as neurological differences in autistic individuals, neural plasticity, and perception of music. Applying the neurodevelopmental approach, this chapter continues by presenting music therapy activities specific for engagement, sensory organization, motor skills, social communication skills, and cognitive skills. Of interest in the “Engagement” area, Lagasse (2014) identified that children who were engaged in non-musical activities spent more time looking at materials than at people. In comparison, children engaged in musical activities spent more time looking at other people.

Chapter 10 is dedicated to sensory processing in autistic children. Occupational therapist Wakeford outlines the sensory systems and the primary sensory processing patterns: hyper-responsivity, hypo-responsivity, and sensory-seeking behaviours. She then continues describing a variety of theoretical models such as sensory integration and coping theory. Of interest, Wakeford offers a framework for creating a sensory friendly environment and suggestions for addressing sensory processing issues in music therapy practice with autistic individuals.

Chapter 11 ties in the primary sensory processing patterns presented in the previous chapter by discussing how sensory processing difficulties affect communication for children with ASD. For example, Lundeen-Smith and Lim comment that a hypo-responsive child who may demonstrate minimal responsiveness to instrument sounds or the spoken/singing voice of others may be falsely interpreted as having a lack of interest in these sensory inputs. The chapter continues with an overview of communication features of ASD, communication terminology, developmental stages of communication, and coordinated programming with speech therapists.

The important topic of inclusion is addressed in Chapter 12. Kern presents global rates and facts on inclusion and outlines inclusion’s pillar components:

access, participation, and support. She discusses the rationale and research of inclusive music therapy practice. The chapter then presents practical strategies for planning, implementing, and monitoring peer-mediated intervention, concluding with an evidence-based practice example that spotlights various features of inclusion.

Chapter 13 focuses on family practice in music therapy. Components, such as the use of music in the home environment, are explored. DeLoach discusses considerations for the social and physical environment in home-based services and parental coaching strategies such as how to support apprehension/resistance to singing. Also included are useful music therapy intervention ideas for parents which include incorporation of music to assist in daily home routines.

Chapter 14 discusses the role of the music therapist in the advocacy of children with ASD. Schwartzberg provides a list of predominant ASD advocacy/awareness organizations and supportive resources (e.g., fact sheets, articles) for music therapy practitioners to utilize in their advocacy efforts. The chapter then continues with guidance for building advocacy, discussion of advocacy styles, and step-by-step strategies for planning and implementing advocacy processes.

A valuable part of this book is Chapter 15, which provides insight into the personal experiences of music therapists who are also the parents of autistic children. It discusses the impact on parents, siblings, and grandparents of autistic children. I appreciated the contributions of four music therapists, each of whom present their unique experiences and perspectives. Of interest, the second edition of this book includes updates to each family's story and family member with autism.

It is crucial for music therapists to stay informed on the latest research and development regarding autism. *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder* (Second Edition) includes essential resources, treatment approaches, and foundations of ASD. Music therapists reaching out for support on how

to better understand their clients, how to implement the most effective music therapy research, or how to advocate for their clients will find this book helpful.

The book, however, is written primarily with person-first language: thus there is a lack of identity-first language. Recently, many groups/individuals within the autism community have declared preference of identity-first language. Current, suggested procedure requires checking in with each individual's personal preference and/or using a combination of both identity-first and person-first language. It would have been valuable to have a discussion on this to consider.

Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder presents evidence-based, statistically valid content, interventions, and research published on music therapy and ASD. Because of the clear outline and rich content, each chapter could be utilized as a topic of discussion in staff/intern training within music therapy private practices/agencies. I applaud all of the contributing authors for their work and the editors for their organization, research, and thus beautiful presentation of resources. For those music therapists interested in the field of autism and those currently working with autistic individuals, this book is a highly informative resource and a must-read.

References

- Kern, P., & Humpal, M. (Eds.). (2019). *Early childhood music therapy and autism spectrum disorder (Second edition): Supporting children and their families*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- LaGasse, A. B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of Music Therapy, 51*(3), 250–275. doi:10.1093/jmt/thu012

Reviewed by Esther Thane, BMT, MTA, AVPT

Esther Thane has specialized in autism since 1996, served on the faculty of Capilano University for 12 years, and was part of the first cohort who completed Dr. Diane Austin's international training program in advanced vocal psychotherapy—the first of its kind. Esther has published in *Voicework in Music Therapy* about her vocal-led relaxation technique. She also created the Meet In The Music (MITM) curriculum, utilized by music therapists throughout the United States and Canada, and is currently the Executive Director of ET Music Therapy in Vancouver, BC.

Critique de livre

Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder (Second Edition): Supporting Children and Their Families

Petra Kern et Marcia Humpal (directrices de publication)

Jessica Kingsley Publishers, 2019

ISBN : 9781785927751 [pbk]

E-ISBN : 9781784506889

En tant que musicothérapeute travaillant auprès de populations atteintes de troubles du spectre de l'autisme (TSA), la pratique active m'occupe tellement que je manque souvent de temps pour veiller à mon perfectionnement professionnel. Par ailleurs, le triage des montagnes d'information sur l'autisme et la musicothérapie peut s'avérer long et ardu. Dans leur livre *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder : Supporting Children and Their Families* [musicothérapie de la petite enfance et troubles du spectre de l'autisme : soutenir les enfants et leurs familles], Kern et Humpal fournissent au musicothérapeute une pléthore de ressources bien documentées sur les troubles du spectre de l'autisme. De concert avec les experts qui ont rédigé les divers chapitres du livre, elles ont produit un recueil exhaustif d'information judicieuse et de stratégies d'accompagnement pour travailler auprès de cette population unique aux multiples facettes. La note liminaire de Kern et Humpal a immédiatement capté mon attention : « À l'heure actuelle, les personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme (TSA) constituent la population la plus représentée au sein de la clientèle en musicothérapie à l'échelle mondiale » [trad].(p. 11).

L'écriture est fluide et le format des chapitres est cohérent. À diverses occasions, les auteurs renvoient le lecteur à d'autres chapitres, vers des renseignements plus approfondis sur certains thèmes abordés. J'ai particulièrement apprécié la section *Review and Reflect* (étudier et réfléchir), présentée sous forme de questions de révision à la fin de chaque chapitre, qui aide le lecteur à en assimiler le contenu fondamental. J'ai moi-même utilisé cette section de deux façons. Après avoir lu un chapitre, je lisais les questions de révision pour consolider ma compréhension de son contenu. Il m'est aussi arrivé de lire cette section *avant* de lire le chapitre. Cette seconde méthode me permettait de repérer les éléments essentiels du chapitre au fil de ma

lecture. La multitude de graphiques, de diagrammes et de tableaux disséminés dans chaque chapitre concrétise les concepts et facilite la compréhension grâce à une représentation visuelle du contenu. Tout au long de l'ouvrage, les auteurs et éditeurs fournissent des références et des liens judicieux vers des sites Web, des organismes gouvernementaux, des outils de dépistage, des ressources, des articles de recherche, des publications, des lois d'État et fédérales, des enquêtes nationales et des études. Bien que le livre soit axé sur la musicothérapie pour enfants d'âge préscolaire, chacun des chapitres se termine sur un tableau intitulé *Beyond Early Childhood Years* (au-delà de la petite enfance) qui présente des lignes directrices, des ressources, des exemples cliniques et des possibilités de formation professionnelle.

Le chapitre 1 jette les bases de l'ouvrage. On y présente d'abord un aperçu des caractéristiques de l'autisme et les critères pour son diagnostic, puis on enchaîne en expliquant les répercussions qu'ont eu sur ces définitions les révisions apportées au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), lesquelles éliminent les diagnostics de syndrome d'Asperger et de troubles envahissants du développement non spécifiés (TED-NS), de même que la prévalence, le dépistage et le diagnostic des TSA.

Au chapitre 2, Kern traite de la pratique fondée sur les données probantes (PFDP). Elle analyse les résultats d'une enquête menée en 2013, qui indique que « la plupart des musicothérapeutes qui desservent des clients atteints de TSA s'efforcent de fonder leur pratique sur des données probantes » [trad]. (p. 37). Elle résume ainsi la situation : « En général, les musicothérapeutes préconisent la PFDP parce qu'elle permet d'améliorer la qualité des services offerts, augmente la crédibilité auprès des consommateurs, des groupes professionnels connexes et des administrateurs, encourage une hausse des fonds alloués aux services de musicothérapie et favorise le développement de la

profession » [trad]. (p. 37). Le chapitre propose des interventions dont l'efficacité reste à prouver aussi bien que des modèles émergents et des interventions établies, puis amorce une discussion sur le recours à des modèles d'intervention émergents dans le cadre de l'exercice de la musicothérapie à titre de profession désignée du secteur de la santé. Même si j'ai toujours estimé qu'il est impératif de fonder notre pratique sur les données probantes, l'ouvrage de Kern et Humpal a nourri ma réflexion et m'a aidée à améliorer mes propres pratiques fondées sur les données probantes.

Le chapitre 3 fait état d'examen systématiques, d'études de premier plan et de deux méta-analyses visant à évaluer l'efficacité des interventions de musicothérapie pour les troubles du spectre de l'autisme. Jennifer Whipple organise et présente avec une exceptionnelle clarté d'importants travaux de recherche dans le domaine de l'application des techniques de musicothérapie chez les personnes autistes. Dans l'article *Early Childhood Music Therapy Meta-Analysis* (méta-analyse de la musicothérapie auprès de jeunes enfants), elle décrit huit études d'intervention portant sur la communication, la responsabilité personnelle et interpersonnelle et le jeu. Les résultats de la recherche *Across the Lifespan Music Therapy Meta-Analysis* (méta-analyse de la musicothérapie à toutes les étapes de la vie) confirment que la musicothérapie est un mode d'intervention efficace chez les personnes autistes à toutes les étapes de la vie. Le chapitre se termine par des recommandations et des considérations générales concernant l'avenir de la recherche en musicothérapie dans ce domaine, notamment en ce qui a trait à la taille des échantillons, aux généralisations et aux données de maintenance.

Le chapitre 4 est consacré à la discussion de l'évaluation en musicothérapie. Il explique pourquoi l'évaluation à la petite enfance est essentielle en pratique clinique. Le chapitre enchaîne sur des lignes directrices pour la mise en œuvre des évaluations et des pratiques recommandées en musicothérapie. Une présentation de onze outils d'évaluation employés en musicothérapie pour les TSA et une discussion du modèle SCERTS^{MD} procurent une foule de ressources pour les musicothérapeutes qui desservent une clientèle autiste.

Le chapitre 5 introduit l'approche comportementale au moyen d'exemples de stratégies comportementales et de leur application dans l'exercice de la musicothérapie clinique. Aux musicothérapeutes

qui recourent à l'incitation, au renforcement et aux horaires chez les personnes atteintes de TSA, Martin fait trois suggestions : se familiariser avec d'autres stratégies, trouver des moyens de conjuguer ces stratégies aux techniques de musicothérapie, et veiller à la cohérence et à l'efficacité de la pratique clinique auprès de personnes atteintes de TSA. Le chapitre traite des principes de l'analyse appliquée du comportement (applied behaviour analysis, ou ABA), de l'entraînement aux réponses pivots (pivotal response training, ou PRT), du renforcement positif, des interventions fondées sur les antécédents et de la généralisation des compétences.

Le chapitre 6, qui regorge de renseignements pratiques, énonce des lignes directrices et des stratégies pour le travail auprès de la clientèle autiste. Il présente en détail sept lignes directrices de l'exercice clinique de base, comme l'organisation de l'environnement d'apprentissage, l'emploi d'amorces, l'établissement d'une routine et la généralisation des compétences. On propose aux musicothérapeutes des stratégies pratiques pour soutenir leurs clients en période de transition et introduire des procédures de délai. Ce chapitre, qui fournit des stratégies essentielles et des pratiques pédagogiques, est à lire absolument.

Au chapitre 7, Brownell et Schwartzberg discutent de l'emploi de l'application Social StoriesTM (scénarios sociaux) et de modélisations vidéo dans la pratique de la musicothérapie auprès de personnes atteintes de TSA. Ils expliquent comment concevoir, présenter et contrôler l'efficacité de Social StoriesTM et offrent des lignes directrices pour l'intégration de pièces musicales à l'application Social StoriesTM. Vient ensuite une discussion sur la modélisation vidéo. En se fondant sur des exemples tirés de la recherche, les auteurs expliquent la philosophie derrière l'intégration de la musique aux éléments Social StoriesTM et à la modélisation vidéo, ce qui confirme la valeur de la musicothérapie dans le cadre d'une démarche équilibrée de soutien aux personnes autistes.

Le chapitre 8 fournit un résumé complet de l'approche Nordoff-Robbins en musicothérapie et de son utilisation pour susciter l'engagement des personnes autistes. En plus de définir la « musicalité de l'être », Guerrero et Turry expliquent au lecteur les fondements historiques et les éléments fondamentaux de cette approche. En décrivant le processus clinique, incluant ses divers éléments, soit l'évaluation selon l'Échelle d'engagement musical (Music Engagement Scale, ou MES), le plan d'intervention, le format des séances et

l'analyse, on dirige le lecteur dans l'application de la démarche Nordoff-Robbins.

Le chapitre 9 présente l'approche neuro-développementale et la neuroscience des TSA. Il aborde des thèmes comme les différences neurologiques entre les personnes autistes, la plasticité neuronale et la perception de la musique. On y décrit des activités de musicothérapie visant spécifiquement l'engagement, l'organisation sensorielle, les habiletés motrices, les aptitudes de communication sociale et les aptitudes cognitives, le tout dans le cadre de l'approche neurodéveloppementale. Fait intéressant en ce qui a trait à l'engagement, Lagasse (2014) a noté que les enfants engagés dans des activités non musicales passaient plus de temps à regarder le matériel qu'à regarder les gens. En comparaison, les enfants engagés dans des activités musicales passaient plus de temps à regarder d'autres personnes.

Le chapitre 10 est consacré au traitement de l'information sensorielle chez les enfants autistes. L'ergothérapeute Wakeford brosse un tableau des systèmes sensoriels et des principaux schémas de traitement de l'information sensorielle : l'hypersensibilité, l'hyposensibilité et les comportements de recherche sensorielle. Elle enchaîne avec la description d'une variété de modèles théoriques comme l'intégration sensorielle et la théorie de l'adaptation. Dans un autre passage intéressant, Wakeford propose un cadre pour la création d'un environnement propice à l'épanouissement sensoriel et des suggestions pour aborder les difficultés sensorielles dans le cadre de la musicothérapie auprès des personnes autistes.

Le chapitre 11 poursuit la réflexion sur les schémas de traitement de l'information sensorielle amorcée au chapitre précédent au moyen d'un examen des répercussions que peuvent avoir sur la communication les difficultés sensorielles chez les enfants atteints d'un TSA. Par exemple, Lundeen-Smith et Lim soulignent qu'on pourrait interpréter incorrectement la faible réactivité d'un enfant hyposensible aux sons des instruments ou à la voix (parole ou chant) des autres comme étant un manque d'intérêt pour ces stimuli sensoriels. Le chapitre se poursuit par un aperçu des caractéristiques communicationnelles des TSA, de la terminologie de la communication, des étapes du développement de la communication et des programmes menés conjointement avec des orthophonistes.

Au chapitre 12, on traite d'inclusion, thème important s'il en est un. Kern y présente des taux et des

faits sur l'inclusion de par le monde et décrit les trois principaux éléments qui la composent, soit l'accès, la participation et le soutien. Elle aborde la raison d'être de la musicothérapie inclusive et la recherche en la matière. On passe ensuite à une présentation de stratégies pratiques en vue de la planification, de la mise en œuvre et de la surveillance des interventions par les pairs, pour finir avec un exemple de pratique fondée sur les données probantes qui met en lumière diverses caractéristiques propres à l'inclusion.

Le chapitre 13 touche la pratique de la musicothérapie en contexte familial. On y explore plusieurs éléments, notamment l'utilisation de la musique dans l'environnement familial. DeLoach explique les questions relatives à l'environnement social et physique dans les services à domicile et des stratégies de coaching parental, comme la manière d'aborder l'appréhension ou la résistance à chanter. On y trouve également des idées d'interventions en musicothérapie à l'intention des parents, notamment le recours à la musique pour faciliter la mise en place d'une routine à la maison.

Le chapitre 14 traite du rôle du musicothérapeute en ce qui a trait à la défense des intérêts des enfants atteints de TSA. Schwartzberg dresse une liste des principaux organismes de sensibilisation et d'intervention pour les personnes atteintes de TSA et de ressources documentaires (fiches de renseignements, articles, etc.) Le chapitre propose ensuite des recommandations sur la manière de promouvoir les activités de défense des intérêts, explique des différentes approches possibles et énumère des stratégies progressives pour planifier et mettre en œuvre des mécanismes de défense.

Le chapitre 15, qui revêt un intérêt tout particulier, brosse un tableau des expériences personnelles de musicothérapeutes qui sont aussi parents d'enfants autistes. Il décrit les répercussions des TSA sur les parents, les frères et sœurs et les grands-parents d'enfants autistes. J'ai apprécié les contributions des quatre musicothérapeutes qui présentent leurs expériences respectives et leur vécu personnel. De plus, la seconde édition du livre poursuit le récit entamé dans la première édition du livre sur le cheminement de chacune des familles et de son enfant autiste.

Il est primordial pour les musicothérapeutes de demeurer au fait de l'évolution de la recherche sur la question de l'autisme. La seconde édition de l'ouvrage *Early Childhood Music Therapy and Autism*

Spectrum Disorder cite des ressources essentielles, propose des démarches de traitement et examine les fondements des troubles du spectre de l'autisme. Ce livre sera très utile aux musicothérapeutes en quête de ressources qui souhaitent mieux comprendre leurs clients et défendre leurs intérêts, ou mettre en application les méthodes éprouvées par la recherche.

Le livre, toutefois, est rédigé en fonction de la personne d'abord, ce qui entraîne un manque de langage axé sur l'identité. Nombre de groupes et de personnes du milieu de l'autisme ont récemment affirmé préférer l'utilisation d'un langage axé sur l'identité. La démarche préconisée de nos jours est de vérifier la préférence de chacun ou d'utiliser une combinaison des deux formes de langage. Une discussion de ce dilemme aurait été utile.

L'ouvrage *Early Childhood Music Therapy and Autism Spectrum Disorder* présente une matière, des interventions et des études fondées sur des données probantes et exacts du point de vue statistique en matière de musicothérapie et de TSA. Vu la précision des descriptions et la richesse du contenu, chacun des chapitres pourrait faire l'objet de discussions dans le

cadre de formations du personnel ou des stagiaires en musicothérapie, tant en pratique privée qu'en milieu institutionnel. Je félicite tous les auteurs et l'équipe de rédaction pour la recherche et l'organisation de l'information, de même que pour la superbe présentation des ressources. C'est là un livre à lire absolument; il constitue une ressource des plus informatives pour les musicothérapeutes qui s'intéressent au domaine de l'autisme tout aussi bien que pour ceux qui travaillent déjà auprès de personnes autistes.

Références

- Kern, P., et Humpal, M. (dir.) (2019). *Early childhood music therapy and autism spectrum disorder (Second edition): Supporting children and their families*. Philadelphia, PA : Jessica Kingsley.
- LaGasse, A. B. (2014). Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *Journal of Music Therapy*, 47(1), 2–26. doi:10.1093/jmt/47.1.2

Critique rédigée par Esther Thane, B. MT, MTA, AVPT

Esther Thane se spécialise en autisme depuis 1996, a fait partie du corps professoral de l'Université Capilano pendant 14 ans et a complété le programme de formation à distance en psychothérapie vocale avancée créé par la D^e Diane Austin. Elle a écrit un article au sujet de sa technique de relaxation guidée par la voix dans l'anthologie *Voicework in Music Therapy* et créé le programme Meet In The Music (MITM) employé par des musicothérapeutes partout au Canada et aux États-Unis. Elle assume actuellement la direction générale du cabinet ET Music Therapy, à Vancouver (C.-B.).

Book Review

Evidence-Based Practice in Music Therapy: Transfers from Research to Clinical Settings

Jayne M. Standley
De La Vista Publisher, 2019
ISBN: 978-0-578-48923-0

The *Evidence-Based Practice in Music Therapy* e-book is an asset to the music therapy literature. With an easy-to-follow structure, nine chapters cover the main settings in which music therapists work: early childhood, special education, medical music therapy, rehabilitation, mental health, hospice, music therapy for older adults, and wellness music therapy. The book can be used by university instructors and students, by new professionals and those who start working with a new population, and by seasoned professionals as a go-to resource. The e-format makes it very accessible and affordable. The book has features such as the ability to look up any word and its meaning in a text (convenient for those whose first language is not English!); links to podcasts, assessments, and other resources; as well as built-in videos. Each chapter has multiple pages of references, providing opportunities to dig deeper and uncover more layers in the work conducted with nearly all types of clients.

Chapter 1, “Music Therapy Clinical Practice”, talks about the role of a therapist in a client’s progress, describes the seven-step process of treatment planning, and lists a variety of music therapy techniques. It has a link to the Music and Brain podcast of the Library of Congress and a video of music therapy in action. A change of objectives and the adaptation of session plans to the immediate needs of clients is an essential theme of the chapter, especially for novice professionals.

“Early Childhood Music Therapy” (Chapter 2) has a section about fetal development and what expecting parents can do with their sound environment. A link to the milestone tracker app on page 18 can be recommended to parents. The chapter provides a wealth of information on infant development and stimulation, listing “red flags” and what practitioners and parents can do in these cases. There are plenty of ideas for caregivers and professionals alike, excellent explanations of brain development, and great suggestions on caregiver-child interactions. Even a novice music therapist with no parenting experience can advise parents when working with parent-child dyads or groups. There is also a small

but informative part about infant overstimulation that will help a professional without specific NICU training to recognize the signs. The chapter has a useful table that details responses to sound and auditory learning characteristics of children and youth ages 0 to 20 which can serve as an excellent resource for everyone working with this population. One mistake in this chapter, which can be corrected in the next edition, is a duplication of the content of page 19 on pages 20 and 21. The American focus of the author was evident in her use of “MT-BC” when talking about music therapists. In my opinion, just using “music therapists” or even “MTs” would be more inclusive of international practitioners.

“Music Therapy in Special Education” (Chapter 3) has a wealth of information on the following developmental disorders: intellectual disabilities, hearing and visual impairments including deafness/blindness, autism spectrum, multiple disabilities, speech and language impairments, traumatic brain injury, orthopedic disorders, and emotional disturbances. It is very behavioural-based, with somewhat older references (only a few of them are more recent than 2010). As a result, there are some outdated terms like “annoying behaviors” (p. 58) which, as research and current practice shows, may be caused by the neurological differences of children and not by their conscious choices. There is no mention of the importance of anxiety reduction and self-regulation skills, but rather a focus on behaviour modification. I would like to see newer content included in the second edition of the book, for example, neuroscience of autism research (Green et al., 2015; Kahn et al., 2015; Kern et al., 2015; Perkins et al., 2015; Wang et al., 2014, to name a few) and music therapy research by Lai et al. (2012), Hardy & LaGasse (2013), Lim (2010), and Sharda et al. (2015).

Chapter 4 focuses on medical music therapy and provides plenty of useful material. Table 4.1 (p. 127) is an example of a reference guide for physicians adapted for music therapy outcomes, developed by Miriam Hillmer, MT-BC, for the Tallahassee Memorial

Hospital. It lists various conditions from pre- and post-operative anxiety to pain, nausea, trauma, difficult labour, stroke, TBI, etc., and gives examples of music therapy interventions, outcomes, and supporting research. The documentation section has two identical SOAP (subjective, objective, assessment, and plan) notes samples (p. 131), which should be corrected in the next edition. The section on reimbursement will only apply to our U.S.-based colleagues at the moment. NICU-MT is represented through a beautiful, embedded video, plus great content on premature babies' difficulties and how music therapists can facilitate positive outcomes. It also includes links to assessment tools (p. 141) and a wealth of useful information for professionals. There is a section on pediatric medical MT, with a list of music therapy goals and protocols for CT scans, EKG, and EEG (pp. 146–147). Finally, the adult medical section has great lists of non-music reasons for referrals (pp. 149–150) and various hospital service areas, and could be very useful for grant writing and professional presentations. One of the three assessment links (Burns anxiety scale) is not working (p. 154), which is an ongoing issue with internet links nowadays; however, it is freely available online. Although there are many references for this section, most are from the author herself. The topic would have benefitted from the inclusion of other authors' work in music and medicine.

“Music Therapy for Rehabilitation” (Chapter 5) shares information on the brain's functions, what damage to different areas may look like, and what difficulties this may cause. The chapter covers four areas of rehabilitation (motor, speech/language, cognitive, and social/emotional) with plenty of valuable information on each topic, descriptions of neurologic music therapy techniques, and assessments.

Chapter 6 is dedicated to music therapy in mental health. It has a useful link to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5 fact sheet with updated diagnoses (p. 241). Twenty-nine cognitive behavioural techniques are described, followed by detailed descriptions of music therapy interventions and diagnosis-specific goals. The diagnoses included are anxiety, bipolar disorder, depression, PTSD, eating disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), schizophrenia, substance abuse, and borderline-personality disorder. The chapter reports on prescribed psychotropic drugs and their side effects and includes an hour-long video on the topic as well as links to mental health and trauma-specific

assessments. Reviewing the many reference pages at the end of the chapter, it is apparent that most of the studies listed were from the 1960s to the early 2000s. In addition, although a medically-based treatment standard focuses on Cognitive Behavioural Therapy, current research shows that this model is, in many cases, inadequate. Other approaches are more efficient when working with severe mental health issues, for example, feminist, Dialectical Behaviour Therapy, sensorimotor psychotherapy, and somatic experiencing, to name a few. Many music therapists working in mental health base their work on these models of practice, in addition to music therapy approaches such as Nordoff-Robbins, GIM, and Rolvsjord's resource-oriented music therapy.

Hospice music therapy is described in Chapter 7, with assessment links (p. 278), a description of clinical goals, and a link that will be very useful for our American colleagues—the “Hospice in a Minute” app, (p. 278)—which has patient education videos and a hospice locator function. This chapter talks about grief, characteristics of patients, and family services, and has a detailed description of seven evidence-based music therapy techniques used in hospices (Hilliard, 2011).

Chapter 8 is focused on older adults and includes an extensive discussion on biological, physiological, sociological, and medical changes involved in aging. The music therapy program settings described here include community support, home care, adult daycare, assisted living, and hospice. As in every chapter, specific objectives and non-music goals are described and useful links to assessments and song repertoires are included (p. 300). There is also a well-referenced section on Alzheimer's Disease, with its characteristics, verbal and nonverbal communication guidelines, and a description of sundowner syndrome (very useful for practicum students and novice professionals!).

The last chapter of the book is dedicated to music therapy for wellness, an area which, fortunately, has developed significantly in this decade. It describes the concept of wellness, explains three levels of prevention of illness and injury, and provides links to the National Wellness Institute with its many resources and certification programs. The chapter offers a wealth of information on the topic, with age-specific wellness programs and goals, suggestions for implementing music-based interventions, and links to wellness assessment tools (p. 324). The chapter stresses the need to develop music-based wellness programs for the school-aged population and young adults.

Jayne Standley has delivered a valuable resource for practitioners around the world. This e-book provides a plethora of information for many areas and populations served by music therapists. It is concisely written and detailed at the same time. Occasionally, the American focus of the writing can exclude international readers and the book would benefit from focusing on current references. That being said, I highly recommend it to educators training new music therapists, to seasoned professionals preparing program proposals or grant writing, and to any professional who wants to have a digital resource that covers important aspects of our daily work.

References

- Green, S. A., Hernandez, L., Tottenham, N., Krasileva, K., Bookheimer, S. Y., & Dapretto, M. (2015). Neurobiology of sensory overresponsivity in youth with autism spectrum disorders. *JAMA Psychiatry, 72*(8), 778–786. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0737
- Hardy, M. W., & LaGasse, A. B. (2013). Rhythm, movement, and autism: Using rhythmic rehabilitation research as a model for autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience, 7*(19). doi: 10.3389/fnint.2013.00019
- Hilliard, R. (2011). *Hospice and palliative care music therapy: A guide to program development and clinical care*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Kern, J. K., Geier, D. A., King, P. G., Sykes, L. K., Mehta, J. A., & Geier, M. R. (2015). Shared brain connectivity issues, symptoms, and comorbidities in autism spectrum disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and Tourette syndrome. *Brain Connectivity, 5*(6), 321–335. https://doi.org/10.1089/brain.2014.0324
- Khan, A. J., Nair, A., Keown, C. L., Datko, M. C., Lincoln, A. J., & Müller, R-A. (2015). Cerebro-cerebellar resting-state functional connectivity in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Biological Psychiatry, 78*(9), 625–634. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.024
- Lai, G., Pantazatos, S. P., Schneider, H., & Hirsch, J. (2012). Neural systems for speech and song in autism. *Brain, 135*(3), 961–975. doi: 10.1093/brain/awr335
- Lim, H. A. (2010). Effect of “developmental speech and language training through music” on speech production in children with autism spectrum disorders. *Journal of Music Therapy, 47*(1), 2–26. doi:10.1093/jmt/47.1.2
- Perkins, T. J., Bittar, R. G., McGillivray, J. A., Cox, I. I., & Stokes, M. A. (2015). Increased premotor cortex activation in high functioning autism during action observation. *Journal of Clinical Neuroscience, 22*(4), 664–669. https://doi.org/10.1016/j.jocn.2014.10.007
- Sharda, M., Midha, R., Malik, S., Mukerji, S., & Singh, N. C. (2015). Fronto-temporal connectivity is preserved during sung but not spoken word listening, across the autism spectrum. *Autism Research, 8*(2), 174–186. https://doi.org/10.1002/aur.1437
- Wang, S. S. H., Kloth, A. D., & Badura, A. (2014). The cerebellum, sensitive periods, and autism. *Neuron, 83*(3), 518–532. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.07.016

Reviewed by Aksana Kavaliova-Moussi, MA, MM, MTA

Neurologic Music Therapist Fellow, Certified Trauma Integration Clinician, RP(Qualified)

Aksana Kavaliova-Moussi has a private practice in Bahrain and Canada, working with individuals with special needs and residents of long-term care homes. She is co-chair of the Online Conference for Music Therapy, editorial board member of the journal, *Music and Medicine*, vice-president of the Music Therapy Association of Ontario, and a member of the Commission on Education and Training of the World Federation of Music Therapy.

Critique de livre

Evidence-Based Practice in Music Therapy: Transfers from Research to Clinical Settings

Jayne M. Standley

De La Vista Publisher, 2019

ISBN : 978-0-578-48923-0

Le livre numérique *Evidence-Based Practice in Music Therapy: Transfers from Research to Clinical Settings* [pratique de la musicothérapie fondée sur les données probantes : les applications cliniques de la recherche] est un apport majeur à la littérature sur la musicothérapie. Ses neuf chapitres clairement structurés couvrent les principaux cadres de travail des musicothérapeutes : petite enfance, éducation spécialisée, musicothérapie médicale, réadaptation, santé mentale, soins palliatifs, musicothérapie pour les personnes âgées et bien-être. Cet ouvrage est une ressource essentielle pour les formateurs et les étudiants, les nouveaux professionnels et les praticiens qui commencent à travailler auprès d'une nouvelle population, de même que pour les professionnels chevronnés. En raison de son format numérique, il est très accessible et offert à un prix abordable. Le livre offre certaines fonctionnalités comme la possibilité de vérifier la signification de n'importe quel mot du texte (utile pour le lecteur dont la langue maternelle n'est pas l'anglais), des liens vers des balados, des évaluations et d'autres ressources, de même que des vidéos intégrées. Chaque chapitre comporte plusieurs pages de références, autant d'occasions d'approfondir encore davantage et de découvrir de multiples facettes du travail effectué auprès de tous les types de clientèles.

Le chapitre 1, "Music Therapy Clinical Practice" (pratique clinique de la musicothérapie), aborde le rôle du thérapeute dans les progrès du client, décrit les sept étapes de la planification du traitement et répertorie une variété de techniques de la musicothérapie. Il offre un lien vers le balado *Music and Brain* de la Library of Congress et une vidéo montrant la musicothérapie en action. L'aptitude à modifier ses objectifs et à adapter la planification des séances aux besoins des clients est l'un des thèmes fondamentaux de ce chapitre, particulièrement pour les professionnels débutants.

Le chapitre 2, "Early Childhood Music Therapy" (musicothérapie et petite enfance), comporte une section sur le développement fœtal et les aménagements que les futurs parents peuvent apporter à leur environnement sonore. À la page 18, on trouve une application de suivi

des progrès du fœtus qui peut être recommandée aux parents. Ce chapitre est une mine de renseignements sur le développement et la stimulation du nourrisson et dresse la liste des signaux d'alarme et des moyens à la disposition des parents et des praticiens face à ces situations. Il propose de nombreuses idées pour les soignants et les professionnels, explique brillamment le développement du cerveau et présente d'excellentes suggestions d'interactions entre le soignant et l'enfant. Même un musicothérapeute débutant et sans expérience parentale peut conseiller des parents dans le contexte d'une dyade parent-enfant ou d'un groupe. Il y a aussi un passage bref, mais instructif sur la surstimulation du nourrisson qui pourra aider les professionnels sans formation en soins intensifs néonataux à en reconnaître les signes. Ce chapitre contient un tableau utile qui présente les réactions aux sons et les caractéristiques de l'apprentissage auditif chez les jeunes de 0 à 20 ans. C'est une excellente ressource pour tous ceux qui se consacrent à cette population. Le contenu de la page 19 se répète aux pages 20 et 21, une erreur qui pourra être corrigée dans la prochaine édition. L'orientation étatsunienne de l'auteur est manifeste dans son emploi de l'acronyme « MT-BC » (Music Therapist Board Certified) pour désigner les musicothérapeutes. À mon avis, l'emploi du terme « musicothérapeute » ou même de l'acronyme « MT » serait plus inclusif pour les praticiens à l'échelle internationale.

Le chapitre 3, "Music Therapy in Special Education" (la musicothérapie en éducation spécialisée) fournit une foule de renseignements sur les troubles du développement suivants : déficience intellectuelle, déficiences auditives et visuelles (y compris la surdité et la cécité), spectre de l'autisme, déficiences multiples, troubles du langage et de la parole, traumatismes crâniens, affections orthopédiques et troubles émotionnels. L'approche est essentiellement comportementale et les références datent un peu (seulement quelques-unes sont postérieures à 2010), ce qui entraîne l'utilisation de certains termes désuets. Par exemple, *annoying behaviors* (p. 58) désigne des « comportements agaçants » qui, comme le démontrent

la recherche et la pratique actuelles, peuvent résulter de disparités neurologiques chez l'enfant plutôt que de choix conscients. L'autrice ne fait aucune mention de l'importance de la réduction de l'anxiété ou des compétences d'autorégulation et insiste plutôt sur la modification des comportements. J'aurais souhaité que la seconde édition comporte de la matière plus récente, comme la recherche sur l'autisme dans le cadre de la neuroscience cognitive (Green et al., 2015; Kahn et al., 2015; Kern et al., 2015; Perkins et al., 2015; Wang et al., 2014, pour n'en citer que quelques-unes) et la recherche en musicothérapie de Lai et al. (2012), Hardy et LaGasse (2013), Lim (2010), et Sharda et al. (2015).

Le chapitre 4 est axé sur la musicothérapie en contexte médical et propose un riche contenu. Par exemple, le tableau 4.1 (p. 127) présente un guide de référence à l'intention des médecins adapté en fonction des résultats en musicothérapie par Miriam Hillmer, MT-BC, pour le Tallahassee Memorial Hospital. Il dresse une liste de symptômes, notamment l'anxiété avant et après une intervention chirurgicale, la douleur, la nausée, les traumatismes, les accouchements difficiles, les traumatismes crâniens, etc., puis présente des exemples d'interventions, de résultats obtenus et de recherche à l'appui en musicothérapie. La section documentaire comprend deux exemples (p. 131) de notes SOAP (subjective, objective, analyse, plan) identiques, qu'il serait souhaitable de corriger pour la prochaine édition. Pour l'instant, la section sur le remboursement ne concerne que nos collègues qui exercent aux États-Unis. On aborde la MT-USIN (musicothérapie en unité de soins intensifs néonataux) au moyen d'une superbe vidéo intégrée et d'un contenu exceptionnel traitant des difficultés que présentent les bébés prématurés et des mesures que peuvent prendre les musicothérapeutes pour favoriser un dénouement positif. Ce chapitre comprend aussi des liens vers des outils d'évaluation et une foule de renseignements utiles pour les professionnels. On y trouve une section sur la MT en médecine pédiatrique qui propose une liste d'objectifs et de protocoles pour les tomodensitogrammes, ECG et EEG (p. 146-147). Enfin, la section consacrée à la médecine pour adultes comprend d'excellentes listes de motifs non musicaux pour aiguiller les patients vers la musicothérapie (p. 149-150) et divers secteurs des services hospitaliers pouvant s'avérer très utile pour la rédaction de demandes de subventions et de présentations professionnelles. L'un des trois liens vers des outils d'évaluation (Inventaire de Burns pour mesurer l'anxiété) ne fonctionne pas

(p. 154), un problème que présentent fréquemment les liens Internet, mais cet outil est accessible gratuitement en ligne. Pour la plupart, les nombreuses références de cette section renvoient à des travaux de l'autrice elle-même; il aurait été utile d'inclure des travaux d'autres auteurs sur le thème de la musique dans le cadre de la médecine.

Le chapitre 5, "Music Therapy for Rehabilitation" (la musicothérapie en réadaptation), présente des données sur les fonctions cérébrales, les dommages possibles à certaines régions du cerveau et les difficultés que peuvent entraîner ces dommages. On y traite de quatre aspects de la réadaptation (motricité, parole/langage, cognition et aptitudes sociales/affectives) au moyen de données sur chaque thème, de descriptions de techniques de musicothérapie neurologique et d'évaluations.

Le chapitre 6 est consacré à la musicothérapie en santé mentale. On y fournit un lien utile vers la fiche d'information *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5*, qui comprend des mises à jour des diagnostics (p. 241). On y décrit vingt-neuf techniques cognitivo-comportementales, lesquelles sont suivies de descriptions détaillées d'interventions en musicothérapie et d'objectifs rattachés à des diagnostics particuliers, notamment l'anxiété, le trouble bipolaire, la dépression, le TSPT, les troubles alimentaires, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), la schizophrénie, la toxicomanie et le trouble de la personnalité limite. Le chapitre recense les médicaments psychotropes sur ordonnance et leurs effets secondaires et comprend une vidéo d'une heure à ce sujet, en plus de proposer des liens vers des évaluations en santé mentale et propres à certains traumatismes. L'examen des nombreuses pages de références à la fin du chapitre révèle que la plupart des études énumérées ont été menées des années 1960 au début des années 2000. Par ailleurs, bien que la norme de traitement médical repose sur la thérapie cognitivo-comportementale, des études récentes indiquent que ce modèle est souvent inadéquat. D'autres approches sont plus efficaces auprès des personnes souffrant de problèmes graves de santé mentale, par exemple, la thérapie féministe, la thérapie comportementale dialectique, la thérapie sensorimotrice et l'expérience somatique, pour n'en citer que quelques-unes. Beaucoup de musicothérapeutes qui œuvrent en santé mentale fondent leur travail sur ces modèles, ou encore sur des démarches propres à la musicothérapie comme l'approche Nordoff-Robbins, la GIM et la musicothérapie axée sur les ressources de Rolvsjord.

Au chapitre 7, on décrit la musicothérapie en soins palliatifs. On y propose des liens vers des évaluations (p. 278), une description des objectifs cliniques et un lien vers une application qui sera d'une grande utilité pour nos collègues étatsuniens, *Hospice in a Minute* (les soins palliatifs en une minute, <https://apps.apple.com/us/app/hospice-in-a-minute/id511997344#?platform=iphone>; p. 278), qui offre des vidéos d'éducation des patients et une fonction de localisation des centres de soins palliatifs. Ce chapitre traite du deuil, des caractéristiques des patients et des services offerts aux familles, et comporte une description détaillée des sept techniques de musicothérapie fondées sur des données probantes utilisées en soins palliatifs (Hilliard, 2011).

Le chapitre 8 porte essentiellement sur les personnes âgées et traite abondamment des changements biologiques, psychologiques, sociologiques et médicaux liés au vieillissement. Les milieux d'application des programmes de musicothérapie qu'on y décrit comprennent le soutien communautaire, les soins à domicile, les soins de jour pour adultes, l'aide à la vie autonome et les centres de soins palliatifs. Comme dans chacun des autres chapitres, des objectifs non musicaux spécifiques sont décrits et des liens utiles vers des évaluations et des répertoires de chansons (p. 300) sont fournis. On y trouve également une section bien documentée sur la maladie d'Alzheimer, ses caractéristiques, des lignes directrices sur la communication verbale et non verbale et une description du syndrome crépusculaire (très utile pour les étudiants en stage et les professionnels débutants).

Le dernier chapitre du livre est consacré à la musicothérapie axée sur le bien-être, un domaine qui s'est heureusement beaucoup développé au cours de la dernière décennie. On y décrit le concept de bien-être, trois niveaux de prévention des maladies et des blessures et un lien menant aux nombreuses ressources et aux programmes d'accréditation du National Wellness Institute. Le chapitre contient une foule de renseignements sur la musicothérapie, présente des programmes et des objectifs de bien-être adaptés selon l'âge, suggère des moyens pour mettre en œuvre des interventions fondées sur la musique et propose des liens vers des outils d'évaluation (p. 324). Enfin, il met en évidence la nécessité de créer des programmes de bien-être fondés sur la musique à l'intention de la population d'âge scolaire et des jeunes adultes.

Jayne Standley a produit une ressource de grande valeur pour les praticiens du monde entier. Ce livre numérique prodigue une pléthore de renseignements touchant les divers volets de la musicothérapie et les nombreuses populations que desservent les musicothérapeutes. Il est rédigé d'une façon à la fois concise et détaillée. Par ailleurs, le texte est rédigé selon une perspective étatsunienne qui tient parfois à l'écart les lecteurs provenant d'autres régions, et la liste d'ouvrages auxquels il fait référence gagnerait à être mise à jour. Cela dit, je le recommande fortement aux éducateurs dans la formation de nouveaux musicothérapeutes, aux professionnels chevronnés qui rédigent des projets de programmes ou des demandes de subventions, de même qu'à tout professionnel en quête d'une ressource numérique couvrant les aspects les plus importants de notre travail.

Références

- Green, S. A., Hernandez, L., Tottenham, N., Krasileva, K., Bookheimer, S. Y., et Dapretto, M. (2015). Neurobiology of sensory overresponsivity in youth with autism spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 778–786. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0737
- Hardy, M. W., et LaGasse, A. B. (2013). Rhythm, movement, and autism: Using rhythmic rehabilitation research as a model for autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7(19). doi: 10.3389/fnint.2013.00019
- Hilliard, R. (2011). *Hospice and palliative care music therapy: A guide to program development and clinical care*. Cherry Hill, NJ : Jeffrey Books.
- Kern, J. K., Geier, D. A., King, P. G., Sykes, L. K., Mehta, J. A., et Geier, M. R. (2015). Shared brain connectivity issues, symptoms, and comorbidities in autism spectrum disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and Tourette syndrome. *Brain Connectivity*, 5(6), 321–335. <https://doi.org/10.1089/brain.2014.0324>
- Khan, A. J., Nair, A., Keown, C. L., Datko, M. C., Lincoln, A. J., et Müller, R-A. (2015). Cerebro-cerebellar resting-state functional connectivity in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 78(9), 625–634. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.024>

- Lai, G., Pantazatos, S. P., Schneider, H., et Hirsch, J. (2012). Neural systems for speech and song in autism. *Brain*, *135*(3), 961–975. doi: 10.1093/brain/awr335
- Lim, H. A. (2010). Effect of “developmental speech and language training through music” on speech production in children with autism spectrum disorders. *Journal of Music Therapy*, *47*(1), 2–26. doi:10.1093/jmt/47.1.2
- Perkins, T. J., Bittar, R. G., McGillivray, J. A., Cox, I. I., et Stokes, M. A. (2015). Increased premotor cortex activation in high functioning autism during action observation. *Journal of Clinical Neuroscience*, *22*(4), 664–669. https://doi.org/10.1016/j.jocn.2014.10.007
- Sharda, M., Midha, R., Malik, S., Mukerji, S., et Singh, N. C. (2015). Fronto-temporal connectivity is preserved during sung but not spoken word listening, across the autism spectrum. *Autism Research*, *8*(2), 174–186. https://doi.org/10.1002/aur.1437
- Wang, S. S. H., Kloth, A. D., et Badura, A. (2014). The cerebellum, sensitive periods, and autism. *Neuron*, *83*(3), 518–532. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.07.016

Critique par Aksana Kavaliova-Moussi M.A., M. Mus., MTA

Fellow en musicothérapie neurologique, clinicienne certifiée en intégration des traumatismes, RP (diplômée)

Aksana Kavaliova-Moussi exerce en cabinet privé à Bahreïn et au Canada, où elle travaille auprès de personnes ayant des besoins particuliers et de résidents en centres de soins de longue durée. Elle est coprésidente de la Online Conference for Music Therapy, membre du comité de rédaction du journal *Music and Medicine*, vice-présidente de la Music Therapy Association of Ontario et membre de la Commission on Education and Training de la World Federation of Music Therapy.

Book Review

Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond, 2nd ed.

Denise Grocke (Editor)
Barcelona Publishers, 2019
ISBN: 9781945411403
E-ISBN: 9781945411410

The second edition of *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, edited by Denise Grocke, is a substantial and timely update to the first edition, originally published in 2002. While the first edition of the book primarily focused on the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM), the second edition lives up to the “and beyond” portion of the title by including information about the numerous modifications and adaptations of the Bonny Method that have emerged in recent years. Given that there is no single clear definition of the Bonny Method or its adaptations, Grocke (2019) states that the authors who contributed to the second edition of *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* were “encouraged to clarify their use of the terms ‘Bonny Method,’ ‘the Bonny Method of Guided Imagery and Music,’ ‘guided imagery and music,’ and ‘music and imagery’ in their chapters” (p. 3). This results in a lack of consistency throughout the book and may be confusing to readers who are unfamiliar with the different branches of guided imagery and music (GIM). However, this is a necessary statement for Grocke to make as the book features chapters from 31 authors from nine different countries. All authors, including Grocke, are trained GIM practitioners, with many holding the designation of Fellow of the Association for Music and Imagery. While the Association for Music and Imagery has their own definition of the BMGIM, many practitioners opt to define the method based on their theoretical orientations and individual approach to guided imagery and music. As I read through the text, I found it helpful to know how each author was defining the terms used in their chapters.

Those who are familiar with the first edition of the book will find it worthwhile to take a look at the second edition. Many topics that were not explored in-depth in the first edition have now been allotted full chapters as a result of expanded expertise and knowledge. For example, the section on applications of GIM has almost tripled in size, including chapters on the

use of GIM in addictions, cancer care, mental health and illness, and with survivors of trauma. Grocke attributes these new developments to the growing number of research projects that explore clinical applications of GIM, leading to increased evidence of best practices of the method. Other topics that are new to the second edition include self-care for GIM therapists, a historical account of the creation of music programs, the use of technology in GIM, and the foundational theories of BMGIM. Numerous chapters from the first edition have been updated, such as the chapters on GIM research, music used in GIM, and the core chapters on the BMGIM. Grocke reorganized the overall structure of the book to reflect recent developments in acknowledging the variety of approaches of GIM. The new additions and updates lead to a comprehensive volume about the current practice of GIM, including the Bonny Method and its numerous adaptations. The information presented in the book is relevant to GIM practitioners of all levels and years of experience, GIM trainees, and people who are generally interested in learning more about GIM.

At first glance, the book appears to contain an overwhelming amount of information. It consists of 36 chapters divided into six parts and concludes with a comprehensive list of music programs created by GIM practitioners from around the globe. I recommend that readers begin by selecting specific chapters that appeal to their interests and learning goals. Due to its extensive range of content, the book is an excellent resource that readers can return to again and again—either to refresh their knowledge or to learn about an unfamiliar topic.

Part One introduces readers to the original Bonny Method of GIM, pioneered by the work of Helen Bonny in psychedelic-assisted psychotherapy at the Maryland Psychiatric Research Center in the early 1970s. The first chapter provides a thorough overview of the development of the BMGIM. Marilyn Clark describes its evolution, the establishment of training programs and associated guidelines, and the

formation of international associations. The remaining chapters in this section discuss the key components of the BMGIM. Elaine Abbott outlines the phases of a traditional BMGIM session. Kenneth Bruscia analyzes the writings of Helen Bonny and provides a thematic overview of their theoretical concepts. The final chapter, written by Denise Grocke, consists of an examination of the 18 music programs created by Bonny. Grocke briefly describes the music pieces in each program and offers a rationale as to why they were selected. Most of the information in the chapter is taken from interviews conducted with Bonny and readers will appreciate the incorporation of direct quotes from Helen Bonny herself.

Part Two explores applications of GIM across the life span. Each of the 11 chapters looks at the use of GIM with a different clinical population and/or an application of the method to address a specific goal, such as life transitions or group music and imagery. This section of the book introduces readers to adaptations of the traditional BMGIM. It features chapters written by two GIM practitioners from Canada: Heidi Ahonen and Amy Clements-Cortés. Ahonen writes about her work using GIM as a form of trauma psychotherapy. The chapter starts with a description of psychological trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD), including symptoms, neurology, and the process of recovering from trauma. I appreciate the inclusion of cultural similarities and differences in understanding and addressing trauma as many consider GIM to be rooted in Western culture and ways of thinking. Ahonen acknowledges the importance of understanding the specific meaning that survivors of trauma attribute to their individual experiences. I believe it is also important to apply this concept to the music preferences of clients. It is key to avoid making assumptions about how a client may interpret a piece of music and it may be useful to do a preliminary assessment of responses to different styles of music before facilitating a GIM session. The remainder of the chapter describes the rationale for using GIM with trauma survivors and how GIM can be appropriately modified for this clinical population. While Ahonen includes some information about her personal approach to working with this clinical population, I would have liked to see specific examples from her clinical work.

The chapter written by Clements-Cortés focuses on grief, bereavement, and loss at end-of-life. She offers a brief literature review, looking at the use of the Bonny

Method with persons who are at end-of-life and with persons who are experiencing bereavement, along with suggested indications, contraindications, and common goals. Two case studies taken from the author's clinical work close the chapter. In my opinion, the effectiveness of GIM is best understood by reading real-life experiences of clients. Case studies allow for insight into the processes experienced by both the client and the therapist. Clements-Cortés describes the rationale for the use of specific music programs along with direct quotes from the clients about their imagery and responses to the music. While the clients' experiences are described in detail, there is little information about the therapist's reactions to the clients, such as countertransference and possible personal triggers. I would have liked to learn more about practices that GIM therapists can engage in to ensure safe and effective use of self when working with clients with complex emotions such as grief and loss.

Part Three of the book examines various orientations that can be used in the practice of GIM. My training in the BMGIM incorporated elements of Jungian, humanistic, psychodynamic, and transpersonal orientations. Consequently, I was drawn to the chapters that discussed other types of orientations. I found Ginger Clarkson's chapter on combining GIM with Gestalt dream work to be an intriguing read. Gestalt therapy allows clients to face old and unresolved issues as if they were presently occurring. In my opinion, this aligns with GIM as clients' imagery that occurs in real time within the context of a session may consist of past events. Clarkson presents three case studies in which the therapist applies principles of Gestalt therapy within the structure of a GIM session. The combination of music with Gestalt dream work enhances clients' interactions with their imagery and provides additional support for clients to confront unresolved issues. Overall, this section of the book serves as a strong reminder that GIM can be easily combined with other therapeutic approaches and that GIM as a method is accessible to therapists from a variety of theoretical orientations.

Part Four focuses on GIM music programs. Chapters 23 and 24 describe programs that developed in Europe, the UK, South Africa, and China. It may be surprising for practitioners of the traditional BMGIM to learn that some of these programs contain music that is outside of the classical genre. I believe that embracing music from other genres leads to the growth

of GIM and increases the accessibility of the method. Not everyone is familiar with Western classical music and, depending on their cultural background, some may have a personal adverse reaction because of individual history, while others may have enhanced experiences during guided imagery interventions that use other genres of music. While I appreciated the opportunity to learn about music programs developed by other practitioners, I was disappointed that the book did not go into detail about the programs that Bonny either created or co-created, which would have provided important context. However, information about Bonny's GIM program discography can be found in *Discography of Guided Imagery and Music (GIM) Programs*, written by Kenneth Bruscia and published in 2014 by Barcelona Publishers.

The remaining two sections of the book discuss research and theory, and professional issues. Laurel Young and Erin Montgomery, two Canadian GIM practitioners, contributed chapters in these sections. In Chapter 30, Young (2019) provides an "overview of qualitative [research] methodologies used thus far to investigate the individual form of GIM" (p. 573). I found this chapter to be a detailed description of various qualitative methodologies and their applications in GIM research studies. I would have liked to see more insights into the relationship between research and practice—specifically how GIM practitioners can incorporate the results of qualitative inquiries into their own clinical work. I am also curious about future directions of qualitative-based GIM research. It appears that the goal of most studies has been to improve

understanding of the experiences of clients. How can qualitative methodologies be used beyond proving the efficacy and benefits of GIM?

Montgomery's chapter about the ethical practice of GIM concludes the book. It explores the practice of GIM in relation to four ethical principles: nonmaleficence, beneficence, autonomy, and justice. I appreciated the use of examples from both GIM literature and clinical work to demonstrate the importance of practising in an ethical manner. Montgomery emphasizes the role of professional associations in encouraging ethical practice of GIM. This is challenging to accomplish due to the ongoing development of adaptations of GIM. I agree with Montgomery that the various associations need to work together to establish clear codes of ethics for their members. This may lead to increased professionalization of BMGIM and its many adaptations.

As a GIM practitioner who is solely trained in the Bonny Method of GIM, I find the second edition of *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* to be an up-to-date and thorough examination of all aspects of BMGIM and its growing number of adaptations. It is an excellent book for GIM trainers, trainees, and practitioners that accurately captures current issues and debates relevant to the method. The inclusion of authors from various countries and cultural backgrounds means that the book is not rooted in a particular cultural perspective. Grocke does an outstanding job of presenting a comprehensive volume of information about GIM that is a necessary resource for anyone with an interest in the method.

Reviewed by Kiki Chang, MA, MEd, RP, MTA, FAMI

Kiki Chang holds master's degrees in both music therapy and counselling psychotherapy and is a Fellow of the Association for Music and Imagery. She is currently completing a PhD in Health Policy and Equity at York University in Toronto, ON. Her research interests include the regulation of health-care professions, the professionalization of music therapy, and burnout among music therapists. Her clinical music therapy work has primarily been with older adults in hospital and long-term care settings. Kiki has served on the CAMT Board of Directors since 2015 and currently holds the role of president.

Critique de livre

Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond, 2nd ed.

Denise Grocke (directrice de publication)

Barcelona Publishers, 2019

ISBN : 9781945411403

E-ISBN : 9781945411410

La seconde édition de l'ouvrage *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond, 2nd ed.* [musique et imagerie guidée : la méthode Bonny et plus encore, 2^e éd.] éditée par Denise Grocke, propose une mise à jour importante de la première édition publiée en 2002, et arrive à point nommé. Alors que la première édition du livre était principalement axée sur la méthode Bonny en musique et imagerie guidée (BMGIM), la seconde s'avère plutôt axée sur l'aspect « et plus encore » du titre, grâce à l'ajout d'information portant sur les nombreuses modifications et adaptations de la méthode Bonny qui ont émergé ces dernières années. Comme il n'existe pas de définition unique et précise de la méthode Bonny ou de ses adaptations, Grocke (2019) souligne que les auteurs qui ont contribué à la seconde édition de *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* ont été « encouragés à préciser le sens qu'ils donnent aux termes "méthode Bonny en musique et imagerie guidée", "musique et imagerie guidée" et "musique et imagerie" dans leurs chapitres respectifs » (p. 3) [trad.]. Cela donne lieu à un manque de cohérence généralisé dans l'ouvrage pouvant s'avérer déroutant pour le lecteur qui connaît mal les différentes avenues de la démarche de musique et imagerie guidée (GIM). Toutefois, Grocke se devait de formuler cette mise en garde, car les différents chapitres du livre sont signés par 31 auteurs provenant de neuf pays. Tous les auteurs, y compris Grocke, sont des praticiens qualifiés en GIM, et plusieurs d'entre eux portent le titre de Fellow de l'Association for Music and Imagery. Bien que l'Association for Music and Imagery ait sa propre définition de la BMGIM, plusieurs praticiens choisissent de définir la méthode en fonction de leurs orientations théoriques et de leur approche personnelle de la musique et imagerie guidée. Dans le cadre de ma lecture, j'ai trouvé utile de savoir comment chacun des auteurs définit les termes utilisés dans son chapitre.

Même ceux qui connaissent bien la première édition du livre trouveront avantage à jeter un coup

d'œil à la seconde. Nombre de thèmes qui n'avaient pas été explorés en profondeur dans la première édition se voient maintenant accorder des chapitres complets en raison de l'évolution de l'expertise et des connaissances les concernant. Ainsi, le nombre de pages consacrées aux applications de la GIM a pratiquement triplé, grâce à l'ajout de chapitres sur l'utilisation de la GIM dans le traitement de la toxicomanie, du cancer, des troubles de santé mentale et auprès de survivants de traumatismes. Grocke attribue ces percées dans le domaine au nombre croissant de projets de recherche qui explorent les applications cliniques de la GIM, ce qui accroît la quantité de données probantes à l'appui des pratiques exemplaires applicables à la méthode. Parmi les thèmes abordés pour la première fois dans cette seconde édition, notons l'autogestion du bien-être pour les thérapeutes en GIM, l'histoire de la création des programmes musicaux, le recours à la technologie dans le cadre de la GIM et les théories fondamentales de la BMGIM. Plusieurs chapitres de la première édition ont été mis à jour, notamment les chapitres portant sur la recherche en GIM, la musique utilisée en GIM et les théories fondamentales de la BMGIM. Grocke a réorganisé la structure générale de l'ouvrage pour refléter les récents progrès en matière de reconnaissance de la diversité des démarches en GIM. Les ajouts et mises à jour en font un ouvrage exhaustif sur l'exercice actuel de la GIM, y compris la méthode Bonny et ses nombreuses adaptations. L'information présentée dans le livre est pertinente pour les praticiens de la GIM de tous les niveaux d'expertise ou d'expérience, pour les étudiants en GIM et pour quiconque souhaite en apprendre davantage sur la démarche.

Le foisonnement d'information que comprend le livre peut paraître imposant au premier abord. Celui-ci propose 36 chapitres divisés en six parties et se termine par une liste exhaustive des programmes musicaux créés par des praticiens de la GIM de toutes les régions du monde. Je recommande au lecteur de

commencer par les chapitres correspondant à ses propres champs d'intérêt et objectifs d'apprentissage. Comme son contenu est si riche, cet ouvrage constitue une excellente ressource à laquelle le lecteur peut retourner fréquemment pour rafraîchir ou parfaire ses connaissances sur un thème donné.

La première partie présente au lecteur la méthode Bonny de GIM initialement élaborée par Helen Bonny dans le cadre de ses travaux sur la psychothérapie assistée par les psychédéliques au Maryland Psychiatric Research Center, au début des années 1970. Le premier chapitre propose un survol complet de l'avènement de la BMGIM. Marilyn Clark décrit d'abord l'évolution de la discipline, l'établissement des programmes de formation et des lignes directrices connexes, et la formation des associations internationales. Les autres chapitres de cette section traitent des composantes essentielles de la BMGIM. Elaine Abbott décrit les phases d'une séance de BMGIM traditionnelle. Kenneth Bruscia analyse les écrits d'Helen Bonny et offre un aperçu thématique de ses concepts théoriques. Pour finir, écrit par Denise Grocke, le dernier chapitre examine les 18 programmes musicaux créés par Bonny. Grocke décrit brièvement les pièces musicales comprises dans chacun des programmes et les raisons de leur choix. La majeure partie de l'information contenue dans ce chapitre est tirée d'entrevues accordées par Bonny, et les lecteurs apprécieront la citation directe de ses propos.

La deuxième partie explore les applications de la GIM aux différentes étapes de la vie. Chacun des 11 chapitres examine l'utilisation de la GIM auprès d'une clientèle clinique distincte ou une application de la méthode dans un but précis, comme les transitions de la vie ou la démarche de groupe en musique et imagerie. Cette partie du livre présente au lecteur les adaptations de la BMGIM traditionnelle. Elle comprend des chapitres rédigés par deux praticiennes de la GIM au Canada, soit Heidi Ahonen et Amy Clements-Cortés. Ahonen décrit son travail en GIM comme une forme de traumatologie psychiatrique. Le chapitre débute par une description des traumatismes psychologiques et du trouble de stress post-traumatique (TSPT), notamment les symptômes, la neurologie et le processus de rétablissement après un traumatisme. Je suis sensible au fait que l'on considère les similitudes et les différences culturelles comme étant inhérentes à la compréhension et au traitement des traumatismes,

puisque beaucoup considèrent que la GIM est fondée sur la culture et les paradigmes occidentaux. Ahonen reconnaît l'importance de comprendre la signification précise que les survivants de traumatismes attribuent à leur expérience personnelle. Je pense qu'il importe également d'appliquer ce concept aux préférences musicales des clients. Il est crucial d'éviter d'avancer des hypothèses sur l'interprétation d'une pièce musicale par le client, et il pourrait s'avérer utile de procéder à une évaluation préliminaire de la réponse à différents styles de musique avant d'entreprendre une séance de GIM. Le reste du chapitre décrit les raisons justifiant le recours à la GIM auprès de survivants de traumatismes et explique comment y apporter les modifications appropriées à l'intention de cette population clinique. Bien que Ahonen fasse état de certains renseignements sur sa démarche personnelle auprès de cette population, j'aurais aimé qu'elle présente des exemples précis de son travail clinique.

Le chapitre écrit par Clements-Cortés traite des sentiments de perte, de chagrin et de deuil en fin de vie. Elle offre une brève revue de la littérature, examine le recours à la méthode Bonny auprès de personnes en fin de vie et d'autres qui vivent un deuil, et suggère des indications, des contre-indications et des objectifs communs aux deux groupes. Deux études de cas tirées du travail clinique de l'auteur concluent le chapitre. À mon sens, on comprend mieux l'efficacité de la GIM en lisant des expériences vécues avec des clients. Des études de cas procurent un aperçu des processus dans lesquels s'engagent le client et le thérapeute. Clements-Cortés décrit la logique justifiant l'utilisation de programmes de musique particuliers et cite directement les propos de ses clients qui décrivent les images évoquées et leurs réactions à la musique. Les expériences des clients sont décrites en détail, mais il y a peu d'information sur les réactions de la thérapeute elle-même vis-à-vis de ses clients, comme le contre-transfert et les déclencheurs personnels. J'aurais aimé en apprendre davantage sur les démarches que peuvent entreprendre les thérapeutes en GIM pour travailler de façon efficace et sécuritaire auprès de clients qui doivent composer avec des émotions complexes comme le chagrin et le deuil.

Dans la troisième partie du livre, l'auteure examine les diverses orientations que peut emprunter la GIM. Ma propre formation en BMGIM comprenait déjà des éléments provenant des approches jungienne,

humaniste, psychodynamique et transpersonnelle. Les chapitres qui abordent d'autres orientations ont donc davantage attiré mon attention. J'ai trouvé fascinant le chapitre de Ginger Clarkson sur la combinaison de la GIM à l'approche gestaltiste du rêve. La gestalt-thérapie permet aux clients de faire face à des conflits non résolus comme s'ils avaient cours dans le moment présent. À mon avis, cette approche s'inscrit tout à fait dans le cadre de la GIM, étant donné que les images évoquées en temps réel par le client durant la séance peuvent provenir d'événements de son passé. Clarkson présente trois études de cas où le thérapeute applique les principes de la gestalt-thérapie à la structure d'une séance de GIM. Cet amalgame de la musique et de l'approche gestaltiste du rêve rehausse l'interaction entre le client et les images évoquées et procure un soutien supplémentaire lui permettant d'affronter les conflits non résolus. De façon générale, cette partie du livre nous rappelle que la GIM peut facilement être jumelée à d'autres approches thérapeutiques et qu'elle constitue une méthode accessible aux thérapeutes de diverses orientations théoriques.

La quatrième partie est axée sur les programmes musicaux de GIM. Les chapitres 23 et 24 décrivent des programmes élaborés en Europe, au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et en Chine. Les praticiens de la BMGIM traditionnelle seront étonnés d'apprendre que certains de ces programmes musicaux ne se limitent pas à la musique classique. Je crois que l'ouverture à d'autres genres de musique favorise l'essor de la GIM et accroît l'accessibilité de la méthode. Tout le monde ne connaît pas forcément la musique classique occidentale et, selon le bagage culturel de chacun, certaines personnes pourraient mal réagir à son écoute en raison de leur histoire personnelle, par exemple, alors que d'autres vivront simplement une expérience plus enrichissante si l'on a recours à d'autres genres musicaux. J'ai découvert avec intérêt des programmes musicaux créés par d'autres praticiens, mais j'ai été déçue que l'ouvrage ne fournisse pas plus de détails sur les programmes créés par Bonny ou avec sa collaboration, ce qui aurait fourni un contexte important. On peut cependant trouver des renseignements sur la discographie des programmes de Bonny dans l'ouvrage *Discography of Guided Imagery and Music (GIM) Programs*, par Kenneth Bruscia et publié en 2014 chez Barcelona Publishers.

Les deux dernières parties du livre traitent de la recherche et de la théorie, de même que des enjeux professionnels. On y retrouve, entre autres, des chapitres

rédigés par Laurel Young et Erin Montgomery, deux praticiennes de la GIM au Canada. Au chapitre 30, Young (2019) brosse un « aperçu des méthodologies [de recherche] qualitatives utilisées jusqu'à maintenant pour étudier la GIM exercée de manière individuelle » (p. 573) [trad.]. Ce chapitre propose une description détaillée de diverses méthodologies qualitatives et de leurs applications dans la recherche en GIM. J'aurais souhaité voir une analyse plus complète du rapport entre la recherche et la pratique, plus précisément des manières dont les praticiens de la GIM peuvent intégrer les résultats de la recherche qualitative à leur propre travail clinique. Je suis également curieuse de connaître les orientations futures de la recherche qualitative en GIM. Il semble que, jusqu'à maintenant, la plupart des études ont visé à mieux comprendre l'expérience du client. Comment pourrait-on employer les méthodologies qualitatives à des fins plus poussées que simplement pour prouver l'efficacité et les bienfaits de la GIM?

Le chapitre de Montgomery sur l'éthique de la pratique de la GIM conclut l'ouvrage. Il explore la pratique de la GIM par rapport à quatre principes d'éthique : la non-malfaisance, la bienfaisance, l'autonomie et la justice. J'ai apprécié que l'on ait recours à des exemples tirés tant du travail clinique que de la littérature sur la GIM pour démontrer l'importance d'exercer dans le respect de l'éthique. Montgomery insiste sur le rôle des associations professionnelles dans la promotion d'une pratique de la GIM conforme à l'éthique. Ce n'est pas une mince tâche, vu le foisonnement des adaptations de la GIM. Je partage l'avis de Montgomery qui affirme que les diverses associations professionnelles doivent travailler de concert pour établir des codes de déontologie clairs à l'intention de leurs membres. Il deviendrait ainsi possible d'accroître la professionnalisation de la BMGIM et de ses multiples adaptations.

En tant que praticienne formée exclusivement à la méthode Bonny de la GIM, j'estime que la seconde édition de *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* constitue une analyse actualisée et complète de tous les aspects de la BMGIM et du nombre grandissant de ses adaptations. C'est un excellent ouvrage pour les formateurs, les apprentis et les praticiens de la GIM qui présente avec exactitude les enjeux et les débats actuels se rapportant à la méthode. L'inclusion d'auteurs de pays et d'origines culturelles variés fait en sorte que l'ouvrage n'est pas

assujetti à une perspective culturelle particulière. Par un travail remarquable, Grocke arrive à présenter un important volume de renseignements sur la GIM, ce qui fait de cet ouvrage une ressource indispensable pour quiconque s'intéresse à cette méthode.

Critique par Kiki Chang, M.A., M. Éd., RP, MTA, FAMI

Fellow de l'Association for Music and Imagery, Kiki Chang détient une maîtrise en musicothérapie et une autre en psychothérapie et counselling. Elle termine un doctorat en politiques de santé publique et équité à l'Université York de Toronto, en Ontario. Ses domaines de recherche comprennent la réglementation des professions de la santé, la professionnalisation de la musicothérapie et l'épuisement professionnel chez les musicothérapeutes. En musicothérapie clinique, elle a principalement œuvré auprès des personnes âgées dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé de longue durée. Depuis 2015, Kiki siège au Conseil d'administration de l'ACM, dont elle assume actuellement la présidence.

Book Review

Jungian Music Psychotherapy: When Psyche Sings

Joel Kroeker

Routledge, 2019

ISBN: 978-1-138-62564-8 [hbk]

ISBN: 978-1-138-62566-2 [pbk]

ISBN:978-0-429-45974-0 [ebk]

First and foremost, Joel Kroeker's *Jungian Music Psychotherapy* seems to be written for the Jungian psychoanalytic community to inspire the use of music and sound in Jungian psychoanalysis and to contribute to the scarcity of literature on the topic of music and psychoanalysis.

Kroeker is well qualified as a Jungian analyst, music therapist, musician, and composer to examine and write about the role of music within psychoanalytic psychology. He achieves this through an extensive and well-researched survey of the ideas and works of Carl Jung and other psychoanalysts, music composers and music therapists, Buddhist teachers, philosophers and writers, as well as the ideas of psychoacoustics and cognitive musicology.

For the music therapist, Kroeker introduces Jungian psychoanalytic information and presents a deepened model of music psychotherapy using well-illustrated frameworks and approaches that can be helpful and validating for their work. Kroeker defines archetypal music psychotherapy (AMP), as a process that "... involves accessing, amplifying and integrating unconscious material through musical means while exploring the dynamics that emerge along the way" (p. 71). He describes AMP as a way of relating to musical symbolic content with the aim being to support the individuation journey towards more wholeness by engaging the musical self.

For Guided Imagery and Music (GIM) therapists, this book offers an interesting exploration of how sound and music are transformed into mental images and symbolic material. There are a few references made to articles written by GIM therapists on music therapy from a Jungian perspective in the book's chapter, "A Conspicuous Silence," which addresses the absence of literature and music in analytic psychology. However, the GIM articles are not discussed and there is a feeling of GIM's absence throughout the book, perhaps a call to GIM

therapists to contribute more to the psychotherapy literature.

Kroeker gives numerous, well-illustrated examples of musical frameworks and approaches that engage the unconscious. He is thorough in his discussion as he addresses navigating transference and countertransference, maintaining the analytic container, the benefits of holding tension, musical metaphors in songwriting and improvisation, and the power of music to initiate new libido energy and bypass defenses and blocks. He suggests best practice protocols for handling musical equipment and time management, safe ways to provide support and begin exploring sound, and how to work musically with defenses and resistance.

He cautions about shutting down the client's unconscious emerging material, and addresses the pitfalls of judging what is "good" music and interpreting the musical improvisation. He suggests ways to apply Jung's steps for dream interpretation and Mark Winborn's four-stage cycle of interpretation to the musical ideas being explored. Some guiding principles are provided as to when a client shifts into or expresses a musical idea or for when there are no words to express what is trying to emerge, and for contraindications of when to use structured song writing rather than improvisation with trauma work and psychosis.

Building upon Jung's well-known quote that "music should be an essential part of every analysis" (Tilly, 1977), Kroeker explores and theorizes on Jung's relationship to music and his understanding of psychic processes by exploring how psychic contents emerge through sound and music. He provides a comprehensive explanation of how to work analytically with musical symbols in an effort to inspire and assist psychoanalysts in analyzing and understanding their patient's experience from a musical perspective.

The first half of the book provides a history of the role of music in healing throughout cultures, compares the role of the music analyst to the role of

the musician, surveys the wide range of uses of music from health care to marketing, explores the conditions for classifying something as music along with the cultural and social constructs of music, and looks at the evolution of the hearing mechanism. Kroecker goes on to explore how sounds take on symbolic content, induce reverie-like states, and become mental images. He shares many illustrative examples of musical methods, such as improvisation and songwriting, to show how a musical approach can be effectively used to access symbolic and metaphorical themes.

In the second half of the book, Kroecker defines AMP further and passionately illustrates his model of archetypal music psychotherapy. He is successful in providing a thorough exploration of how the psyche meaningfully manifests itself through music and is able to illustrate the relationship between Jungian depth psychology and music as a vehicle for meaningful symbolic content in a clinical setting. He inspires in the analyst an attitude to listen for the musicality of the psyche and the musical communication that emerges in psychotherapy and to develop the capacity to think and experience musically.

This book presents a deep model of music therapy for music therapists and, as Winborn states in his forward to the book, Kroecker “. . . lays out Jung’s model of the psyche for the music therapist seeking to enrich their work through an integration of Jungian theory” (p. xvii). Kroecker’s passionate and inspired voice comes through in his book; however his dense, academic writing style is filled with Jungian terminology and may be challenging for some readers.

Simultaneously, Kroecker is tangling with the difficult topic of the therapeutic role of music in the

world of psychotherapy and healing and the fact that music belongs to everyone. He is taking a step to bridge the depth method of Jungian psychotherapy and music therapy. Music therapists may be concerned with his use of the terms “musical-analyst” and “music-centred psychotherapist” and the suggestion that the Jungian psychoanalyst Mark Winborn is left with: that the “. . . analyst (does not) need to have any formal training or proficiency in music to participate in a musically centered therapeutic process, only a willingness to become open to the inherent musicality of the psyche” (p. xvii).

This book is important for music therapists to read for two reasons: one, it is a contributing model of music therapy; and two, Kroecker’s voice is inspiring, educating the Jungian psychoanalytic community and creating a bridge to music therapy. Perhaps developing psychoanalysts’ awareness of another level of communication through sound and music is not only of benefit to their clients but also to the field of music therapy. A deeper understanding of and respect for music therapy may create more ambassadors for our field, promoting its growth and creating more demand for music therapy and music therapists.

References

- Kroecker, J. (2019). *Jungian music psychotherapy: When Psyche sings*. London, UK: Routledge.
- Tilly, M. (1977). The therapy of music. In W. McGuire & R. Hull (Editors), *C. G. Jung speaking* (pp. 273–275). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Noele Bird, MMT, MTA, RCC, FAMI

Noele Bird is an accredited music therapist and registered clinical counselor in private practice in Victoria, British Columbia. She is a trainer of the Bonny Method of Guided Imagery and Music and a fellow of the Association for Music and Imagery.

Critique de livre

Jungian Music Psychotherapy: When Psyche Sings

Joel Kroeker

Routledge, 2019

ISBN: 978-1-138-62564-8 [hbk]

ISBN: 978-1-138-62566-2 [pbk]

ISBN: 978-0-429-45974-0 [ebk]

L'ouvrage *Jungian Music Psychotherapy: When Psyche Sings* [la psychothérapie musicale jungienne : quand Psyché chante] de Joel Kroeker semble d'abord et avant tout destiné au milieu de la psychanalyse jungienne dans le but d'encourager l'utilisation de la musique et du son dans le cadre de la psychanalyse jungienne ainsi que pour pallier la rareté des publications portant sur le rôle de la musique dans la psychanalyse.

Lui-même psychanalyste jungien, musicothérapeute, musicien et compositeur, Joel Kroeker a toutes les qualifications requises pour examiner le rôle de la musique en psychologie analytique et pour écrire à ce sujet. Il a mené une enquête vaste et approfondie sur les idées et les travaux de Carl Jung et d'autres psychanalystes, compositeurs, musicothérapeutes, maîtres bouddhistes, philosophes et auteurs, de même que les principes de la psychoacoustique et de la musicologie cognitive.

À l'intention des musicothérapeutes, Kroeker propose une introduction à la psychanalyse jungienne, de même qu'un modèle approfondi de la psychothérapie musicale fondé sur des démarches et des cadres de référence bien définis qui pourront s'avérer utiles et rassurants dans le cadre de leur travail. Kroeker définit la psychothérapie musicale archétypale (PMA) comme un processus qui « ... consiste à accéder à l'inconscient, à amplifier son contenu et à l'intégrer par des moyens musicaux, tout en examinant la dynamique qui en émerge » (p. 71) [trad.]. Il décrit la PMA comme un moyen de comprendre le contenu musical symbolique dans le but d'appuyer le processus d'individuation vers une plus grande plénitude, grâce à l'engagement du soi musical.

Pour les musicothérapeutes qui pratiquent la méthode en musique et imagerie guidée (GIM), ce livre présente une analyse intéressante de la transformation des sons et de la musique en images mentales et en symboles. L'auteur fait référence à quelques articles sur la perspective jungienne en musicothérapie écrits par des praticiens de la GIM dans le chapitre *A Conspicuous Silence* (un silence criant), qui traite de l'absence de littérature axée sur la

musique en psychologie analytique. Toutefois, les articles cités sur la GIM ne sont pas approfondis et l'on ressent une absence généralisée de cette discipline dans l'ouvrage. Peut-être est-ce là un appel muet aux praticiens de la GIM à contribuer davantage à la littérature en psychothérapie.

Kroeker propose de nombreux exemples concrets de systèmes et d'approches musicales qui stimulent l'inconscient. Il examine minutieusement les processus de transfert et de contretransfert, le maintien du vaisseau analytique, les avantages à conserver la tension, les métaphores musicales dans la composition et l'improvisation, et le pouvoir de la musique pour libérer l'énergie libidinale et contourner les mécanismes de défense et les blocages. Il propose des protocoles de pratiques exemplaires pour la manipulation de l'équipement musical et la gestion du temps, des moyens sécuritaires de prodiguer du soutien et d'amorcer l'exploration du son, et il suggère des moyens d'utiliser la musique pour composer avec les mécanismes de défense et la résistance.

L'auteur formule des mises en garde contre la tentation de faire obstacle à l'émergence de matériel inconscient du client et explique les pièges que cachent le fait de juger ce qui constitue de la « bonne » musique et d'analyser l'improvisation musicale. Il suggère des façons d'appliquer aux idées musicales explorées les étapes de l'analyse jungienne des rêves et les quatre étapes du cycle d'interprétation de Mark Winborn.

Kroeker propose des principes directeurs pour faciliter l'échange lorsqu'un client aborde une idée musicale ou lorsque les mots font défaut pour exprimer ce qui l'habite, de même que pour repérer les contre-indications à l'utilisation d'un processus de création structuré plutôt que l'improvisation pour traiter les traumatismes ou la psychose.

S'appuyant sur la citation bien connue de Jung, qui affirmait que la musique « devrait jouer un rôle essentiel dans toute analyse » (Tilly, 1977), Kroeker examine et élabore des théories sur le rapport de Jung avec la musique et sa compréhension des processus psychiques en

explorant l'émergence des contenus psychiques à travers le son et la musique. Il offre une explication exhaustive de l'utilisation des symboles musicaux dans le travail analytique afin d'encourager et d'aider les psychanalystes à analyser et à comprendre l'expérience du patient selon une perspective musicale.

Dans la première moitié du livre, l'auteur retrace l'histoire du rôle de la musique dans la guérison au sein de diverses cultures, compare le rôle du psychanalyste musical à celui du musicien, s'attarde à l'éventail impressionnant des usages de la musique dans une grande variété de domaines, depuis la santé jusqu'au marketing, étudie les critères qui définissent la musique et les concepts sociaux et culturels sur lesquels elle repose, et examine l'évolution du mécanisme de l'audition. Kroeker explore ensuite le processus par lequel les sons deviennent symboliques, entraînent un état de rêverie et suscitent des images mentales. Enfin, l'auteur propose de nombreux exemples de méthodes musicales, comme l'improvisation et la composition, pouvant illustrer en quoi la démarche musicale peut s'avérer un moyen efficace pour comprendre des sujets lourds de symboles et de métaphores.

Dans la seconde moitié du livre, Kroeker définit plus avant la PMA et décrit avec passion son modèle de psychothérapie musicale archétypale. Il examine en profondeur la façon dont la psyché se manifeste de manière significative grâce à la musique et parvient à illustrer le rapport entre la psychologie des profondeurs de Jung et l'utilisation de la musique comme véhicule de contenu symbolique révélateur en contexte clinique. Il encourage le psychanalyste à adopter une attitude d'écoute afin de détecter la musicalité de la psyché et de saisir le message musical qui émerge en contexte de psychothérapie, puis à développer l'aptitude à réfléchir et à percevoir les choses en termes musicaux.

Le livre présente une modélisation en profondeur de la musicothérapie à l'intention des praticiens et, comme le note Winborn dans la préface, Kroeker « ... décrit le modèle jungien de la psyché pour le musicothérapeute qui souhaite enrichir sa pratique en y intégrant la théorie jungienne » (p. xvii) [trad.]. La passion et la motivation de Kroeker transparaissent dans son livre; toutefois, son style

dense et didactique regorge de termes jungiens pouvant rendre la lecture ardue pour certains.

Parallèlement, Kroeker est tiraillé entre la question complexe du rôle thérapeutique de la musique dans le cadre de la psychothérapie et de la guérison et le fait que la musique appartient à tout le monde. Il établit un pont entre la psychologie des profondeurs de Jung et la musicothérapie. Les musicothérapeutes pourraient être troublés par son emploi de termes comme « psychanalyste musical » et « psychothérapeute centré sur la musique », ou encore devant la suggestion qui se pose au psychanalyste jungien Mark Winborn, soit que « ... le thérapeute n'a pas besoin de formation musicale ou de compétences en musique pour participer à un processus thérapeutique fondé sur la musique, mais plutôt d'une volonté de s'ouvrir à la musicalité intrinsèque de la psyché » (p. xvii) [trad.].

Pour les musicothérapeutes, la lecture de cet ouvrage est importante pour deux raisons, la première étant qu'il présente un modèle enrichissant pour le milieu de la musicothérapie et la deuxième, que le message de Kroeker est source d'inspiration, contribuant par ce fait même à instruire la communauté jungienne de psychanalystes et jetant un pont entre celle-ci et la musicothérapie. Peut-être que la sensibilisation des psychanalystes à une autre dimension de la communication grâce au son et à la musique serait bénéfique, non seulement pour la clientèle, mais aussi pour le domaine même de la musicothérapie. Peut-être qu'une meilleure compréhension et un plus grand respect de la musicothérapie permettraient d'augmenter le nombre de ses ambassadeurs, favorisant du coup la croissance de la profession et entraînant une demande accrue de services dans le domaine.

Références

- Kroeker, J. (2019). *Jungian music psychotherapy: When Psyche sings*. Londres, Angleterre : Routledge.
- Tilly, M. (1977). The therapy of music. In W. McGuire et R. Hull (Editors), *C. G. Jung speaking* (p. 273–275). Princeton, NJ : Princeton University Press.

Noele Bird, M. MT, MTA, RCC, FAMI

Noele Bird est musicothérapeute certifiée et conseillère clinicienne agréée qui exerce en pratique privée à Victoria, en Colombie-Britannique. Elle est agente de formation à la méthode Bonny en musique et imagerie guidée et membre de l'Association for Music and Imagery.

Critique de livre

Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d'art et de science

Michel Rochon

Éditions MultiMondes, 2018

ISBN : 9782897730987 [Papier]

ISBN : 9782897730994 [PDF]

ISBN : 9782897731007 [ePub]

Michel Rochon est un journaliste scientifique et médical qui a travaillé pendant 30 ans au sein de diverses équipes de Radio-Canada, principalement à la télévision, pour des documentaires et des émissions d'information scientifique. Il existe peu d'ouvrages en français qui traitent de la musique et du cerveau. Encore moins qui comprennent un chapitre sur la musicothérapie et contiennent des exemples canadiens et québécois. Michel Rochon, très près de la communauté des musicothérapeutes du Québec, a présenté des reportages sur le travail des musicothérapeutes, en plus d'explorer la recherche sur le cerveau, la musique et la musicothérapie.

Ce livre est un plaisir à lire et un véritable voyage dans l'univers du son qui nous amène de la formation de l'univers jusqu'à aujourd'hui avec la recherche et ses applications dans les domaines de la neuroscience, de la médecine et de la musicothérapie, entre autres. L'auteur vulgarise des éléments complexes pour nous faire comprendre l'influence de la musique au quotidien. Chacun des treize chapitres, tous aussi passionnants les uns que les autres, est accompagné d'une liste de ressources et de références pour approfondir le sujet.

Le silence dans l'univers ouvre ce livre sur l'origine lointaine du son, au moment de la formation de l'univers, dans un silence complet, il y a 14 milliards d'années—ce n'est que plusieurs millions d'années plus tard que l'atmosphère et l'eau feront leur apparition sur les planètes, permettant aux ondes sonores d'être perçues. Suit la section *Capter les sons de la Terre*, où l'auteur nous entraîne dans un récit sur l'évolution de l'audition, laquelle est apparue il y a plus de 350 millions d'années. Il y décrit le développement et la complexité de l'oreille humaine. Arrive ensuite le chapitre sur l'Émergence de la parole et de la musique, domaine revêtant un intérêt tout particulier pour les musicothérapeutes. En effet, les premiers humains s'expriment par la musique. C'est ainsi que

l'on reconnaît la phylogénie de l'humanité, ou le lien inéluctable entre tous les humains au fil de l'évolution.

Le chapitre *Mais qu'est-ce que la musique?* nous fait découvrir l'essence même de la musique et des éléments musicaux qui nous forgent au quotidien sans que nous en soyons conscients. Avec *Comment le cerveau décode-t-il la musique?*, nous apprenons, grâce aux neurosciences, que le cerveau et la musique sont étroitement liés et que le cerveau aime la musique. La section *Le cerveau des musiciens est un exposé passionnant sur les bénéfices de l'apprentissage de la musique sur le cerveau*, et celle sur *Les désordres de la musique* explore des difficultés dont on entend peu parler, comme l'amusie. Les chapitres *Musique et médecine : depuis toujours!* et *Musicothérapie : une porte qui s'ouvre*, touchent des sujets plus familiers pour les musicothérapeutes. Michel Rochon écrit avec exactitude et rigueur au sujet des dernières avancées dans ces domaines. Les chapitres qui suivent sont tout aussi intéressants et nous projettent dans le futur: *De la musique dans nos gènes*, *Les animaux et la musique*, et *L'avenir du cerveau musical : des cyborgs à l'intelligence artificielle*.

En résumé, ce livre est une synthèse magnifique de l'évolution du son jusqu'au rôle de la musique dans nos vies aujourd'hui. L'auteur rend hommage à la musique, dans toute sa simplicité et sa complexité, en restant bien ancré dans la recherche et la pratique, tout en sachant que rien n'est statique et qu'il reste beaucoup à découvrir dans le domaine de la musique. Je ne peux que le remercier d'avoir écrit cet ouvrage qui fait le point sur l'état de la musique à ce moment précis de notre évolution et qui pour nous, musicothérapeutes, est un véritable livre-ambassadeur.

Guylaine Vaillancourt, Ph. D., MTA

Guylaine Vaillancourt est professeure agrégée en musicothérapie et directrice du Département de thérapies par les arts de l'Université Concordia (Montréal, Canada). Elle est formatrice et praticienne de la Méthode Bonny en musique et imagerie guidée (GIM). Elle a occupé le poste de directrice du contenu en français pour la Revue canadienne de musicothérapie. Elle a également été présidente de l'Association québécoise de musicothérapie et de l'Association canadienne des musicothérapeutes.

Book Review

Le cerveau et la musique : une odyssée fantastique d'art et de science

Michel Rochon

Éditions MultiMondes, 2018

ISBN: 9782897730987 [Papier]

ISBN: 9782897730994 [PDF]

ISBN: 9782897731007 [ePub]

Michel Rochon is a science and medical journalist whose career spanned 30 years with various teams at Radio-Canada, working primarily on documentaries and science programs for television. French-language books about music and the brain are few and far between, and only a subset of them include a chapter on music therapy with Canadian and Quebec examples. Michel Rochon has forged very close ties with Quebec's community of music therapists and has reported on their work and delved into studies of the brain, music, and music therapy.

This book—which is a pleasure to read—describes nothing less than a journey into the universe of sound, taking us from the origins of the universe to present-day research and its applications in various fields, including neuroscience, medicine, and music therapy. The author explains complex concepts in everyday terms, thus helping us understand the influence of music on our day-to-day lives. Each of the 13 chapters—all of them equally fascinating—comes with a list of resources and references that can be used to explore the topic more deeply.

The opening chapter—*Le silence dans l'univers* (“A Silent Universe”)—deals with the distant origins of sound, which date back to the birth of the universe, out of complete silence, 14 billion years ago; it took several million more years for the planets' atmospheres and water to materialize, which made sound waves perceptible. In the next section, titled *Capter les sons de la Terre* (“Capturing the Sounds of the Earth”), the author compellingly describes the evolution of our sense of hearing—which appeared more than 350 million years ago—and the development and complexity of the human ear. Next comes *Émergence de la parole et de la musique* (“The emergence of words and music”)—a topic of particular interest to music therapists. The first humans used music as a mode of expression, which led to recognition of the phylogenesis of humanity or the unavoidable link between all humans over the course of evolution.

The chapter titled *Mais qu'est-ce que la musique?* (“What Exactly Is Music?”) reveals the very essence of music and the musical elements that define us on a day-to-day basis, unbeknownst to us. Another chapter—*Comment le cerveau décode-t-il la musique?* (“How Does the Brain Decode Music?”)—uses neuroscience to teach us about the close links between the brain and music, and the brain's affinity for music. *Le cerveau des musiciens* (“The Musician's Brain”) is a fascinating exposé on how learning music is of benefit to the brain, while *Les désordres de la musique* (“Music-related Disorders”) examines conditions rarely talked about, such as amusia. Two other chapters—*Musique et médecine: depuis toujours!* (“Music and Medicine: Since the Dawn of Time!”) and *Musicothérapie : une porte qui s'ouvre* (“Music Therapy: Emerging Potential”)—cover topics that are more familiar to music therapists. Michel Rochon writes with thoroughness and precision about the latest advances in these fields. The remaining chapters (*De la musique dans nos gènes* (“Music in Our Genes”), *Les animaux et la musique* (“Animals and Music”) and *L'avenir du cerveau musical : des cyborgs à l'intelligence artificielle* (“The Future of the Musical Brain: From Cyborgs to Artificial Intelligence”) are just as interesting and offer a glimpse of the future.

This book is a wonderful overview of topics ranging from the evolution of sound to the role of music in our lives today. The author pays tribute to music—in all of its simplicity and complexity—while remaining firmly grounded in research and practice, knowing that nothing is static and we still have a great deal to learn about “the art of sound.” I can only thank him for this work which reviews the status of music at this point in our evolution and is truly an “ambassador” for our profession.

Guylaine Vaillancourt, PhD, MTA

Guylaine Vaillancourt is an Associate Professor of Music Therapy and Chair of the Department of Creative Arts Therapies at Concordia University (Montreal, Canada). She is a trainer and practitioner of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM). She was previously French co-editor for the *Canadian Journal of Music Therapy*, and has served as Chair of the Association québécoise de musicothérapie and the Canadian Association of Music Therapists.

Guidelines for Contributors

The *Canadian Journal of Music Therapy* / *Revue canadienne de musicothérapie* (CJMT/RCM) is a peer-reviewed journal published by the Canadian Association of Music Therapists (CAMT) for dissemination of music therapy scholarship. We accept articles in English or French and publish them in their original language with the titles, abstracts, and keywords translated into both languages. We welcome submissions from music therapists and members of allied disciplines and publish both research (qualitative, quantitative, and mixed-method studies) and essays. Principal criteria for acceptance of material are originality, quality, and relevance. In addition to traditional approaches, we welcome creative, diverse, and alternative presentations and styles. The annual deadline is September 1, but submissions are welcome any time of the year.

The *CJMT/RCM* strives for a professional yet accessible and unpretentious tone. We seek articles that are clear and readable, and we encourage the use of active rather than passive voice. In addition, while it is important to foreground the research, we accept the use of first person when it is clearer to do so.

Articles need not be of a specific length. However, the manuscript should be written clearly and concisely. Book reviews are typically about 1000-2000 words.

Instructions for Authors

Ethical Considerations

Authors are expected to take ethical precautions into consideration as detailed in the Code of Ethics of the Canadian Association of Music Therapists. All aspects of the research—in particular, direct experimentation on individuals, surveys or questionnaires administered to individuals, and the use of data derived from records where individuals might be identified—must be approved by an institutional ethical review board and the approval explicitly stated in the submitted manuscript.

Manuscripts submitted to the *CJMT/RCM* must be original. They must not duplicate any previously published work, including your own, or be under consideration for or undergoing the process of publication elsewhere. Authors should ensure that the

manuscript does not contain content that is abusive, defamatory, libellous, obscene, fraudulent, or illegal.

Authors must acknowledge sources and disclose conflicts of interest. Major professional contributions by two or more persons to a common project should be recognized by joint authorship; minor professional contributions can be recognized through an appropriate acknowledgement statement. The corresponding author will be sent a transfer of copyright, which they must sign before the paper is published. The editors retain the customary right to edit material accepted for publication.

After publication, authors are responsible for reporting errors or inaccuracies and are expected to cooperate with the editors to make corrections or retractions.

Manuscript Submission

Please submit your manuscript electronically to the Editor-in-Chief, SarahRose Black, PhD, RP, MTA at journal@musictherapy.ca or the French editor, Annabelle Brault, MA, MTA at revue@musictherapy.ca. Hard copies are not required. When submitting articles, attach an information letter and the article's cover page (see below) as well as any related files. Print correspondence may be sent to SarahRose Black, CJMT Editor-in-Chief, 1124 Gainsborough Road, Suite 5, London, ON, Canada, N6H 5N1.

Manuscript Preparation

Manuscripts should be prepared in APA Style as detailed in the *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). In accordance with the APA guidelines and those specific to the *CJMT/RCM*, manuscripts should adhere to the following requirements:

- Set the page with 2.5 cm (1 inch) margins all around and use 12-point Times New Roman font. Number your pages. Double space the entire paper, including block quotations and lists. Use left justification. Do not use full justification for any part of the manuscript, including the abstract.

- Indent paragraphs using the tab function and do not leave a blank line between paragraphs. However, do not use tabs in the reference list; use the built-in hanging indent function in your word processing program to create hanging indents.
- Use one space after periods and other punctuation marks that require spacing.
- Avoid footnotes if possible. If you are unable to incorporate your footnotes into the text, consider not including the information.
- Avoid italics except where mandated by APA style. Use bold only when specified by APA for headings. Do not underline.
- Use the APA's hierarchy of heading levels (section 2.27). Note whether the heading level should be centred, flush left, or indented; boldface or italicized; title case or sentence case; and whether or not there is a period at the end.
- Note that the *CJMT/RCM* uses Canadian spelling. Please refer to the *Canadian Oxford Dictionary* (2nd ed.) for guidance. In Microsoft Word it is helpful to select *English (Canada)* as the language for your document.
- For manuscripts written in English, see the house style guide for more details.

Citations

- Cite all references using the author–date format as per APA style.
- Include the page number for any citations that are direct quotations.
- Avoid secondary sources unless the source is out of print and unavailable.

Reference Lists

- List references alphabetically by author on a separate page at the end of the manuscript as per APA style.

- Ensure that the formatting is correct. This includes the use of italics and roman type; periods and commas; spacing; and capitalization.
- Do not use EndNote for your references; paste in the references or type them separately.
- Ensure that all citations are referenced and that all references have been cited.

Articles

Information Letter

Information letters should be addressed to the Editor-in-Chief and included as a separate document attached to the manuscript submission email. The author should indicate why the submission would be valuable to readers of the *CJMT/RCM* and verify the following:

- that the material contained in the manuscript has not been published and is not being considered for publication elsewhere
- that the material contained in the manuscript does not infringe on any copyrighted material
- that appropriate ethics approval was obtained for research with human participants

Cover Page

Since manuscripts are sent anonymously to members of the editorial review board, care must be taken not to reveal the name and affiliation of the author or authors in the manuscript. Include a cover page as a separate document with the following information:

- first name, middle initial, and last name of each author, including credentials and highest academic degrees and the names of institutions with which the authors are associated
- name, address, phone/fax numbers, and email address of the author responsible for correspondence
- short bio of 50 to 65 words of each author

Abstract

Include an abstract of 150 to 250 words.

Keywords

List six to eight keywords or phrases that identify the main themes of the article.

Tables and Figures

Do not paste figures and tables into your document. Include them in separate files and indicate in the document where you would like them to appear. Be sure to label your files clearly. Supply titles for tables and captions for all figures at the end of the manuscript. See the house style sheet for more details about formatting these elements of your manuscript.

Statistics

Every article that contains statistical testing should state the name of the statistical test, the n value for each statistical analysis, the comparisons of interest, a justification for the use of that test (including, for example, the actual p value for each test, not merely “significant” or “ $p < 0.05$ ”). Use of the word *significant* should always be accompanied by a p value; otherwise, use words such as *substantial* and *considerable*. Authors should be particularly attentive to APA style when typing statistical details.

Use of Copyrighted Material

Authors must obtain permission to reproduce all matter attributed to others including the following:

- maps, diagrams, figures, drawings, and photographs
- single passages of prose exceeding 90 words

Supply a copy of the publisher’s letter of permission to reprint along with full information for the work cited, including author, date published, publisher, and page numbers.

Book Reviews

Include full details about the book, including the year of publication, the publisher’s name, and the ISBN. Be sure to state your name and credentials. Unsolicited book reviews will be considered for publication subject to the editor review. Book reviews should be 1000-2000 words.

Review Process

Please note that this process can take several months:

1. The Editor-in-Chief acknowledges receipt of the manuscript by email.
2. The transfer of copyright from author to the CAMT, required after the manuscript is accepted, is executed and signed by the first author.
3. The manuscript is sent for blind review by two or more members of the editorial review board for evaluation as to quality and suitability.
4. The Editor-in-Chief advises the corresponding author about the decision of the editorial review board and then guides the author through a revision process that is informed by the results of the blind reviews.
5. Once the revision process is complete, the manuscript goes to the copy editor for editing of language mechanics and use in consultation with the author.
6. This revision then goes to the Editor-in-Chief for final review before going to the printer.
7. When the proofs are ready, the author receives a copy of the PDF for final review and approval and the opportunity to make minor editorial changes.

Checklist

- Study these submission guidelines carefully and refer to the house style sheet for further details.
- Ask two or three colleagues to give you feedback about your article.
- If the language you are writing in is not your first language, have a professional editor (preferably) or colleague proofread it before submitting.
- Make sure that your citations and references match and that they are presented according to the most recent edition of the *Publication Manual of the American Psychological Association*.
- Ensure that your article includes an abstract, keywords, and titles for your tables and figures.

Also be sure there is a statement in your paper that you have received approval from an ethics review board if your study includes human participants.

- Include with your manuscript, the following files as separate attachments, as applicable:
 - information letter
 - cover page
 - tables and figures
 - publisher's letter of permission for any copyrighted material

Normes de soumission des articles

La Revue canadienne de musicothérapie (RCM) est une publication évaluée par des pairs publiée par l'Association canadienne des musicothérapeutes (ACM) pour la diffusion de la recherche en musicothérapie. Nous acceptons des articles en anglais et en français et nous les publions dans leur langue d'origine avec les titres, résumés et mots clés traduits dans l'autre langue. Nous accueillons des soumissions de musicothérapeutes et de membres de disciplines connexes. Nous publions des rapports de recherche (méthodes qualitative, quantitative ou mixte) et des essais. Les principaux critères d'acceptation sont l'originalité, la qualité et la pertinence. En plus des approches traditionnelles, nous accueillons des exposés créatifs et personnels de styles différents. La date limite est le 1^{er} septembre de chaque année, mais les soumissions sont les bienvenues à n'importe quel moment.

La RCM recherche un ton professionnel qui se veut accessible et sans prétention. Nous recherchons des articles clairs et lisibles, et nous encourageons l'utilisation de la forme active plutôt que la forme passive. De plus, même s'il est important de mettre la recherche au premier plan, nous acceptons l'utilisation de la première personne à des fins de clarté.

La longueur des articles est laissée à la discrétion de l'auteur. Cependant, le manuscrit doit être écrit clairement et de façon concise. Les critiques de livres se situent généralement autour de 1000 mots.

Consignes aux auteurs

Considérations éthiques

Il est attendu que les auteurs respectent les normes éthiques telles que décrites dans le Code de déontologie de l'Association canadienne des musicothérapeutes. Tous les aspects de la recherche, en particulier l'expérimentation directe sur les personnes, les sondages ou questionnaires administrés aux personnes ainsi que l'utilisation de données dérivées de dossiers dans lesquels les personnes peuvent être identifiées, doivent être approuvés par le comité d'éthique de l'établissement concerné et l'approbation doit être explicitement spécifiée dans le manuscrit soumis.

Les manuscrits soumis à *la RCM* doivent être inédits. Ils ne doivent pas reproduire de travaux déjà

publiés, y compris les vôtres, ni être à l'étude ou en cours de publication ailleurs. Les auteurs doivent s'assurer que le manuscrit ne contient pas de texte à caractère abusif, diffamatoire, obscène, frauduleux ou illégal.

Les auteurs doivent nommer les sources et divulguer tout conflit d'intérêts. Lorsque deux personnes ou plus ont apporté une contribution professionnelle importante à un projet commun, elles doivent être nommées à titre de coauteurs; les personnes ayant apporté une contribution professionnelle mineure peuvent être citées dans les remerciements. L'auteur responsable de la correspondance recevra un formulaire de cession de droits, lequel devra être signé avant la publication de l'article. L'éditeur se réserve le droit de retoucher les manuscrits acceptés pour publication.

Après la publication, les auteurs sont responsables de rapporter les erreurs ou les inexactitudes et ils sont tenus de collaborer avec l'éditeur afin d'effectuer les corrections ou les rétractations nécessaires.

Soumission du manuscrit

Veillez soumettre votre manuscrit par voie électronique à la rédactrice en chef, SarahRose Black, Ph. D., RP, MTA à l'adresse journal@musictherapy.ca ou à la directrice du contenu français, Annabelle Brault, M.A., MTA à l'adresse revue@musictherapy.ca. Les copies papier ne sont pas exigées. Lorsque vous soumettez des articles, joignez une lettre d'information, la page couverture de l'article (voir ci-dessous) ainsi que tout fichier correspondant. Les documents envoyés par courrier peuvent être adressés à SarahRose Black, Rédactrice en chef, *RCM*, 1124 Gainsborough Road, Suite 5, London, ON, Canada, N6H 5N1.

Préparation du manuscrit

Les manuscrits doivent être préparés selon les normes de présentation de l'APA telles que décrites dans le *Publication Manual of the American Psychological Association* (7^e édition). Conformément aux directives de l'APA et celles spécifiques à la *RCM*, les manuscrits doivent respecter les exigences suivantes :

- Fixez toutes les marges à 2,5 cm (1 po) et utilisez la police d'impression Times New Roman 12.

Numérotez vos pages dans le coin supérieur droit, y compris la page titre (voir la figure 2.1 du guide de l'APA, à la page 31). L'article complet doit être rédigé à double interligne, y compris les citations et les listes. Utilisez l'alignement à gauche. N'utilisez pas d'alignement justifié gauche/droite pour une quelconque partie du manuscrit, y compris le résumé.

- Créez le retrait de paragraphe en utilisant la touche de tabulation (TAB) et ne laissez pas de ligne vide entre les paragraphes. Cependant, n'utilisez pas la touche TAB dans la liste de références; utilisez plutôt l'alinéa en sommaire généré par votre traitement de texte (première ligne alignée à gauche, les lignes suivantes en retrait) afin de créer des retraits de paragraphes négatifs.
- Utilisez une seule espace après les points finaux et les autres signes de ponctuation qui requièrent un espacement. Il n'y a pas d'espace devant le point d'exclamation, le point d'interrogation, le point-virgule, la virgule ou le point final. Pour les passages entre guillemets, utilisez une espace insécable après le chevron ouvrant et devant le chevron fermant. Ajoutez également une espace insécable avant le deux-points.
- Évitez les notes de bas de page, si possible. Si vous êtes incapable d'incorporer vos notes de bas de page dans le corps du texte, envisagez de ne pas inclure l'information.
- Évitez l'italique, sauf lorsque requis par l'APA. Dans les titres, utilisez les caractères gras seulement quand ils sont spécifiés par l'APA. Ne pas utiliser le soulignement.
- Utilisez la hiérarchie des niveaux de titres selon les normes de présentation de l'APA (section 2.27). Mentionnez si le niveau de titre doit être centré, aligné à gauche ou en alinéa; en caractère gras ou en italique. Cependant, contrairement aux recommandations de l'APA, seuls le premier mot des titres et les noms propres requièrent la majuscule initiale. Le dictionnaire de référence est l'édition la plus récente du *Petit Robert*. À titre indicatif, dans *Microsoft Word*, il est utile de choisir *Français (Canada)* en tant que langue de vérification.

- Pour la présentation des manuscrits français, veuillez consulter le document *Lignes directrices pour la rédaction de la RCM*.

Citations

- Citez toutes les références en utilisant la présentation auteur-date selon les normes de l'APA.
- Intégrez les numéros de page pour toutes les citations qui sont des citations directes.
- Évitez les sources secondaires, à moins que la source principale ne soit épuisée et non disponible.

Listes de références

- Énumérez les références par ordre alphabétique et par auteur à la fin du manuscrit, selon les normes de présentation de l'APA.
- Assurez-vous que la mise en page est exacte. Ceci comprend l'utilisation des italiques et des caractères romains, des points et des virgules, de l'espacement et des majuscules.
- N'utilisez pas les fonctions « Notes de bas de page » ou « Note de fin » pour vos références; collez-les ou tapez-les en fin d'article.
- Assurez-vous que toutes les citations sont comprises dans les références et que toutes les références sont citées.

Articles

Lettre d'information

La lettre d'information doit être envoyée au rédacteur ou à la rédactrice en chef et être incluse en tant que document séparé, en pièce jointe, dans l'envoi par courriel de la soumission du manuscrit. L'auteur doit indiquer en quoi sa contribution serait utile aux lecteurs de la RCM et vérifier les éléments suivants :

- que le matériel contenu dans le manuscrit n'a pas été publié et qu'il n'est pas prévu de le publier ailleurs;
- que le matériel contenu dans le manuscrit ne viole pas les droits d'auteur de tout matériel protégé;

- que l'approbation éthique pour un projet de recherche avec des êtres humains a été obtenue.

Page couverture

Parce que les manuscrits sont envoyés de façon anonyme aux membres du comité de lecture, une attention particulière doit être apportée à ne pas révéler le nom des auteurs et leurs affiliations dans le manuscrit. Envoyez plutôt une page couverture en tant que document séparé avec l'information suivante :

- prénom, initiale du second prénom et nom de famille de chaque auteur, y compris les titres de compétence, les plus hauts diplômes obtenus et le nom des établissements auxquels les auteurs sont associés;
- nom, adresse, numéros de téléphone et de télécopieur; adresse courriel de l'auteur responsable de la correspondance;
- courte biographie de 50 à 65 mots.

Résumé

Inclure un résumé de 150 à 250 mots.

Mots clés

Inscrivez 6 à 8 mots clés ou syntagmes qui identifient les principaux thèmes de l'article.

Graphiques/illustrations et tableaux

N'incluez ni les illustrations ni les tableaux dans votre article. Envoyez-les plutôt dans des fichiers séparés et indiquez, dans le corps de l'article, à quel endroit ils doivent apparaître. Assurez-vous de clairement identifier les fichiers. Indiquez à la fin du manuscrit les titres des tableaux et les légendes de tous les graphiques.

Pour de plus amples détails, veuillez consulter le document *Lignes directrices pour la rédaction*.

Statistiques

Tout article qui contient des tests statistiques doit énoncer le nom du test statistique, la valeur N

pour chaque analyse statistique, les comparaisons des intérêts, une justification pour l'utilisation de ce test (y compris, par exemple, la valeur réelle P pour chaque test, non seulement « significatif » ou « $P < 0,05$ »). L'utilisation du mot *significatif* devrait toujours être accompagnée par une valeur P ; autrement, utilisez des mots comme *substantiel* ou *considérable*. Les auteurs devraient porter une attention particulière aux normes de présentation de l'APA lorsqu'ils tapent des données statistiques.

Utilisation du matériel protégé

Les auteurs doivent obtenir la permission pour reproduire tout matériel attribué à d'autres auteurs, y compris les éléments suivants :

- cartes, diagrammes, illustrations, dessins et photographies
- passages uniques, en prose, excédant 90 mots

Fournissez une copie de la lettre d'autorisation de l'éditeur aux fins de réimpression avec l'information complète sur l'œuvre citée, y compris l'auteur, la date de publication, l'éditeur ainsi que les numéros de page.

Critiques de livres

Incluez les détails complets concernant le livre, dont l'année de publication, le nom de l'éditeur et le lieu de publication ainsi que le numéro ISBN. Assurez-vous d'indiquer votre nom et vos titres professionnels. Les critiques de livres non sollicitées pourront être considérées pour publication après évaluation.

Processus de publication

Notez que ce processus peut prendre plusieurs mois :

1. Le rédacteur en chef ou la rédactrice en chef accuse réception du manuscrit par courriel.
2. Le formulaire de cession des droits, de l'auteur à l'ACM, exigé une fois que le manuscrit est accepté, est exécuté et signé par l'auteur principal.

3. Le manuscrit est alors soumis anonymement à au moins deux membres du comité de lecture pour une évaluation concernant sa qualité et sa pertinence.
 4. Le rédacteur ou la rédactrice en chef avise l'auteur responsable de la correspondance de la décision du comité de lecture, puis guide l'auteur à travers un processus de révision basé sur les résultats de l'évaluation.
 5. Une fois cette étape terminée, le manuscrit est acheminé au réviseur linguistique pour la correction de la syntaxe et de la grammaire d'usage, en consultation avec l'auteur.
 6. Par la suite, le texte révisé se rend au rédacteur ou à la rédactrice en chef pour une dernière vérification avant d'être envoyé chez l'imprimeur.
 7. Quand les épreuves sont prêtes, l'auteur en reçoit une copie au format PDF pour en faire une lecture finale — dernière occasion pour lui d'apporter des changements mineurs — et pour donner son approbation.
- Incluez, avec votre manuscrit, les fichiers suivants en tant que pièces jointes séparées, le cas échéant :
 - lettre d'information
 - page couverture
 - tableaux et illustrations
 - lettre de l'éditeur permettant l'utilisation de tout matériel protégé

Aide-mémoire

- Examinez attentivement ces normes de soumission. Au besoin, consultez le document *Lignes directrices pour la rédaction*.
- Demandez à deux ou trois collègues de lire votre article et de vous donner une rétroaction.
- Si le français n'est pas votre langue maternelle, demandez à un rédacteur professionnel (préférentiellement) ou à un collègue de relire votre article avant de le soumettre.
- Assurez-vous que les citations et les références concordent et qu'elles sont présentées selon l'adaptation française des normes de présentation de l'APA.
- Assurez-vous que votre article comprend un résumé, des mots clés, des titres pour les tableaux ainsi que des légendes pour les illustrations. Assurez-vous aussi que votre envoi comprend une déclaration stipulant que l'approbation du comité d'éthique a été donnée dans le cas où votre étude comprendrait l'expérimentation directe avec les personnes.



Canadian Association of Music Therapists Association canadienne des musicothérapeutes

© Canadian Association of Music Therapists, 2020
© Association canadienne des musicothérapeutes, 2020