

A large, stylized letter 'R' with a blue outline. The interior of the 'R' is filled with a collage of images: a piano keyboard, abstract green and blue shapes, and a circular pattern.

**Canadian Journal of
Music Therapy**

A row of four stylized letters: 'C', 'J', 'M', and 'T'. Each letter has a blue outline and is filled with a collage of images including piano keyboards, abstract green and blue shapes, and circular patterns.A large, stylized letter 'M' with a blue outline. The interior of the 'M' is filled with a collage of images: a piano keyboard, abstract green and blue shapes, and a circular pattern.

**Revue canadienne de
musicothérapie**

Volume 28 | 2022

**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 28 | 2022

Editor-in-Chief & English Content Editor

Rédactrice en chef et Directrice, contenu en anglais

SarahRose Black, PhD, RP, MTA

Editor, French Content

Directrice, contenu en français

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

Associate Editor

Directrice adjointe

Sara Pun, MMT, MEd, MTA

Copy Editing, French Content

Révision linguistique, contenu en français

Sophie Pallotta, Traductrice et réviseure agréée
OTTIAQ, ACR

Copy Editing, English Content

Révision linguistique, contenu en anglais

Cheryl O'Shea, BA

French Translation

Traduction (vers le français)

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

English Translation

Traduction (vers l'anglais)

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

Printing

Impression

Minuteman Press London North
London, Ontario, Canada

Editorial Review Board

Comité de lecture

Miya Adout, MA, MTA
Andrew Ascenzo, DMA
Joanie Ayotte, MTA
Sue Baines, PhD, MTA, FAMI
Felicity Baker, PhD, RMT
Aimee Berends, MMT, MTA, RP(Q)
Nicolas Bernier, MA
Sylvie Boisvert, LGSM, MA
Samantha Borgal, MA, MTA
Darlene Brooks, PhD, MT-BC, FAMI
Amy Clements-Cortes, PhD, RP, MT-BC, MTA
Jane Edwards, PhD, RMT
Lilian Eyre, FAMI
Rachel Finnerty, RP, MTA, MMT, MTA
Bev Foster, ARCT, MA
Simon Gilbertson, Dr. Rer. Medic
Don Hardy, BMT
Eleanor Hart, MA, MTA
Anne Johnson, BMus, MTA
Petra Kern, DMtG
Kevin Kirkland, PhD, MTA, FAMI
John Lawrence, MMT, MTA, NMT
Josephine Lee, MA, MTA
Chelsea McKinnon, BHSc, MA, MMIE
Theresa Merrill, PhD, MT-BC, FAMI
Sarah Millis, MA, MTA
Elizabeth Mitchell, PhD, RP, MTA
Nicola Oddy, PhD, MA, RP, MTA, CCC
Sarah Pearson, MMT, DipSCP, RP
Julien Peyrin, BMT, MTA
Noah Potvin, MMT, LPC, MT-BC
Ruth Roberts, MMT, MTA, FAMI
Deborah Salmon, MA, MTA, RP, MFT
Chelsea Shanoff, DMA
Susan Summers, PhD, MTA
Charles Antoine Thibeault, MA, MTA
Guylaine Vaillancourt, PhD, MTA
Stephen Williams, MCAT, MTA
Alpha Woodward, MTA, BMT, MMT, FAMI, PhD
Michael Zanders, PhD, LPC, MT-BC

Table of Contents

From the Editor-in-Chief and English Content Editor	4
SarahRose Black	
From the French Content Editor.....	10
Annabelle Brault	
Interview	12
The Importance of Advocacy and Other Reflections: An Interview with Chrissy Pearson	
Mariah Story	
Reflection Paper	24
Becoming—and Remaining—a Music Therapist: A Career Path that’s Unique to You (Available in French only)	
Guyline Vaillancourt	
Reflection Paper	39
Is Music Therapy an Essential Service? A Personal Reflection on the Significance of Music Therapy in Health Care during COVID-19	
Taylor Kurta	
Original Research	44
Providing Music Therapy on Inpatient Mental Health Units in Canada: Reflections on Practice During the COVID-19 Pandemic	
Meredith Evans, Priya Shah, Chrissy Pearson, Dany Bouchard, & Tom Curry	
Reflection Paper	57
Voice Training for Music Therapists: A Philosophical Reflection (Available in French only)	
Valérie Saulnier	
Reflection Paper	73
“Should I really be doing this?!” Experiences of Imposter Phenomenon as an Emerging Music Therapist	
Priya Shah	
Book Review	87
Rick Shoshensky: <i>The Music Therapy Studio: Empowering the Soul’s Truth</i>	
Reviewed by Luke Lee Burton	
Book Review	93
Bob Heath: <i>Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room</i>	
Reviewed by Cathy Weldin	
Book Review	98
Amy Clements-Cortes & Joyce Yip, Eds.: <i>Relationship Completion in Palliative Care Music Therapy</i>	
Reviewed by Samantha Borgal	
Book Review	106
Lisa Sokolov: <i>Embodied Voice Work: Beyond Singing</i>	
Reviewed by Charlotte Cumberbirch	

Table des matières

Mot de la rédactrice en chef et directrice du contenu en anglais.....	6
SarahRose Black	
Mot de la directrice du contenu en français	8
Annabelle Brault	
Entrevue	18
Entrevue avec Chrissy Pearson	
Mariah Story	
Document de réflexion	24
Devenir musicothérapeute et le demeurer : un parcours unique à chaque musicothérapeute	
Guyline Vaillancourt	
Document de réflexion	39
La musicothérapie est-elle un service essentiel? Réflexion personnelle sur l'importance de la musicothérapie durant la pandémie de COVID-19 (uniquement disponible en anglais)	
Taylor Kurta	
Recherche inédite	44
La musicothérapie auprès de patients hospitalisés en psychiatrie au Canada : réflexions sur l'exercice de la profession durant la pandémie de COVID-19 (uniquement disponible en anglais)	
Meredith Evans, Priya Shah, Chrissy Pearson, Dany Bouchard, & Tom Curry	
Réflexions sur la pratique	57
La formation vocale des musicothérapeutes : une réflexion philosophique	
Valérie Saulnier	
Réflexions sur la pratique	73
« Suis-je vraiment à ma place? » Les tribulations d'une jeune musicothérapeute aux prises avec le phénomène de l'imposteur (uniquement disponible en anglais)	
Priya Shah	
Critique d'ouvrage	90
Rick Shoshensky : <i>The Music Therapy Studio: Empowering the Soul's Truth</i> [Le studio de musicothérapie : émanciper la vérité de l'âme] Critique par Luke Lee Burton	
Critique d'ouvrage	95
Bob Heath : <i>Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room</i> [Chanter à la fenêtre : histoires de fin de vie dans la salle de musicothérapie] Critique par Cathy Weldin	
Critique d'ouvrage	102
Amy Clements-Cortes & Joyce Yip (éditrices) : <i>Relationship Completion in Palliative Care Music Therapy</i> [Musicothérapie en soins palliatifs : la finalisation des relations] Critique par Samantha Borgal	
Critique d'ouvrage	109
Lisa Sokolov : <i>Embodied Voice Work: Beyond Singing</i> [Chanter de tout son corps : dépasser l'exercice vocal] Critique par Charlotte Cumberbirch	

From the Editor-in-Chief and English Content Editor

Welcome to the 2022 issue of the *Canadian Journal of Music Therapy*! On behalf of the journal team, I am delighted to present a new collection of ideas, insights, reflections, and reviews that showcase a beautiful, contemporary, Canadian music therapy mosaic. This issue brings together voices from different corners of our field, with a specific focus on new and emerging scholars. Many of our authors are presenting their writing for the first time, while others are seasoned practitioners who bring their many years of wisdom and insights to their journal contributions. As we continue to navigate the challenging ebbs and flows of a pandemic, I am intrigued and inspired by the numerous ways in which music therapists have continually shifted and adapted their practices. Clinicians all over the world have had to meet the ever-changing guidelines surrounding safe practices to stop viral spread, but music therapists in particular have been ultra-adaptive in managing the creative use of voice, instruments, and various clinical techniques in order to optimize health outcomes and meet the diverse needs of clients in countless settings. I applaud the deep resilience and creativity of music therapists all over the country who have been working in both seen and unseen ways, both celebrated and unrecognized contexts, in public and private spheres; we continually show up to the work with thoughtfulness and compassion.

The adaptive and creative work of our music therapy community that continues to be done amidst the ongoing challenges of the pandemic is beautifully presented in our current journal issue, beginning with a conversation between two music therapists. Mariah Story interviews Chrissy Pearson and explores her practices, philosophies, and visions for the future of music therapy in Canada. Dr. Guylaine Vaillancourt's insightful and powerful keynote presentation from our association's 2021 conference sets an inspiring tone for the journal by challenging us all to trust the powerful work we do with a sense of pride and belief in the essential nature of our profession. We are further invited to sit with the idea of music therapy as vital and the parallel process of being both a music therapy provider and a family member receiving music therapy care through Taylor Kurta's reflections. Dr. Meredith Evans gathers four of her colleagues, each of whom contribute a unique perspective on their practices during the pandemic and offer us multi-layered insights into the provision of music therapy services on inpatient mental health units during COVID-19. Valérie Saulnier looks closely at the use of voice in music therapy, offering a model and recommendations for vocal training specific to the needs of music therapists. We are presented with an opportunity to journey alongside Priya Shah as she shares her own experiences of the imposter phenomenon in her life and her practice as a music therapist.

Four book reviews complete this issue, beginning with Luke Lee Burton's exploration of Rick Shoshensky's collection of case studies in *The Music Therapy Studio: Empowering the Soul's Truth*. Cathy Weldin discusses Bob Heath's *Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room*. Samantha Borgal invites us into Amy Clements-Cortes and Joyce Yip's collaborative collection of research and writing in *Relationship Completion in Palliative Care Music Therapy*, and Charlotte Cumberbirch offers us an overview of Lisa Sokolov's *Embodied Voice Work: Beyond Singing*.

It is such a privilege to be a part of the fabric of this publication, which we are pleased to be able to share through our Open Access platform. I extend a very warm welcome to the journal's first Associate Editor, Sara Pun, who has been a fantastic addition to our team and a wonderful advocate for the ongoing research in our field. My sincerest thanks to my colleague, our brilliant French content editor Annabelle Brault, for her steadfast commitment to the growth and expansion of the journal and for her excellent editorial work on our French content. A huge thank you to our exceptional editorial review board, and to everyone at the Canadian Association of Music Therapists for their ongoing support. It is my pleasure to present these reflections and reviews which represent a time of great significance in both health care and music therapy in Canada, as we continue to create opportunities and cultivate the growth of our profession across the country. I sincerely hope that the new and emerging scholarly voices in this issue spark inspiration and ideas for ongoing conversation and research, and that the wisdom inherent in our seasoned contributors' offerings provides a deep sense of grounding and continued inspiration for each of us to move forward in our work with thoughtfulness, enthusiasm, and care for our clients and for one another.

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

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

Bienvenue à l'édition 2022 de la *Revue canadienne de musicothérapie!* Au nom de l'équipe de la revue, j'ai le plaisir de vous présenter un nouveau florilège d'idées, de perspectives, de réflexions et de critiques qui mettent en lumière la dynamique et riche mosaïque de la musicothérapie au Canada. Ce numéro, qui met l'accent sur les travaux de recherche de musicothérapeutes, des novices à la relève, rassemble des voix émanant de divers secteurs de notre profession. Plusieurs de nos autrices y publient leur premier article, d'autres sont des praticiennes chevronnées qui partagent la sagesse et les enseignements acquis au fil des ans. Alors que nous continuons de naviguer dans des eaux troublées par les flux et reflux de la pandémie, je suis intriguée et inspirée par les multiples façons par lesquelles les musicothérapeutes renouvellent et adaptent continuellement leurs pratiques. Les cliniciens des quatre coins du monde ont dû s'ajuster à l'évolution des consignes sanitaires pour enrayer la propagation du virus, mais les musicothérapeutes ont su faire preuve d'une remarquable adaptabilité dans la gestion créative de l'usage de la voix, des instruments, et d'une variété de démarches cliniques pour optimiser les résultats thérapeutiques et répondre aux divers besoins de la clientèle dans une multitude de milieux. J'applaudis la profonde résilience et la créativité des musicothérapeutes de toutes les régions du pays qui ont travaillé au grand jour et dans l'ombre, dans des contextes reconnus ou méconnus, dans les secteurs public et privé. Nous sommes toujours à l'œuvre, toujours avec considération et compassion pour nos patients.

Le travail d'adaptation et la créativité dont font preuve les professionnels de notre communauté pour relever les défis que pose la pandémie est élégamment présenté dans ce numéro, tout d'abord dans le cadre d'une conversation entre deux musicothérapeutes : Mariah Story questionne Chrissy Pearson sur ses pratiques, ses philosophies et sa vision de l'avenir de la musicothérapie au Canada. Ensuite, la Dre Guylaine Vaillancourt, dont la présentation édifiante délivrée dans le cadre de notre congrès 2021 donne le ton à notre revue en nous mettant au défi de continuer de croire fièrement au caractère indispensable de notre profession. Taylor Kurta nous invite, elle aussi, à réfléchir à la musicothérapie en tant que service essentiel, et nous explique les parallèles entre la prestation de services de musicothérapie à la fois en tant que fournisseur et que proche recevant des soins. La Dre Meredith Evans rassemble quatre de ses collègues pour présenter leurs perspectives uniques sur leur exercice de la profession et les divers aspects de leur expérience en matière de prestation de services de musicothérapie aux patients hospitalisés dans les unités de santé mentale durant la pandémie de COVID-19. Valérie Saulnier se penche sur l'usage de la voix en musicothérapie, offrant un modèle et des recommandations en vue d'une formation vocale axée spécialement sur les besoins des musicothérapeutes. Priya Shah nous fait part de son expérience du phénomène de l'imposteur, dans son quotidien et dans sa pratique de la musicothérapie.

Enfin, quatre critiques d'ouvrages complètent ce numéro. Luke Lee Burton se penche sur le recueil d'études de cas de Rick Shoshensky dans *The Music Therapy Studio: Empowering the Soul's Truth (le studio de musicothérapie : l'émancipation de la vérité de l'âme)*. Cathy Weldin a

lu pour nous l'ouvrage de Bob Heath intitulé *Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room* (*chanter à la fenêtre : récits de fin de vie dans la salle de musicothérapie*). Samantha Borgal nous invite à découvrir la compilation des travaux de recherche et des écrits collaboratifs d'Amy Clements-Cortes et Joyce Yip dans *Relationship Completion in Palliative Care Music Therapy* (*musicothérapie en soins palliatifs : la finalisation des relations*). Finalement, Charlotte Cumberbirch nous offre un aperçu du récent ouvrage de Lisa Sokolov, *Embodied Voice Work: Beyond Singing* (*chanter de tout son corps : dépasser l'exercice vocal*).

C'est un grand privilège que de contribuer à la réalisation de cette publication, que nous avons le plaisir de diffuser grâce à notre plateforme en libre accès. J'aimerais souhaiter très chaleureusement la bienvenue à la toute première directrice adjointe du contenu en anglais de la revue, Sara Pun, une fantastique nouvelle venue au sein de l'équipe de rédaction et une extraordinaire porte-parole de la recherche dans notre domaine. Je remercie très sincèrement ma collègue, notre brillante directrice du contenu en français, Annabelle Brault, pour son engagement indéfectible en faveur de la croissance et de l'expansion de notre revue, et pour son excellent travail à la rédaction de notre contenu en langue française. Un énorme merci à notre exceptionnel comité de lecture et à tous les membres de l'Association canadienne des musicothérapeutes pour leur appui soutenu. C'est pour moi un immense plaisir de présenter ces réflexions et critiques, qui dépeignent une période charnière, pour les soins de santé tout autant que pour la musicothérapie au Canada, pendant que nous continuons de créer des ouvertures et de promouvoir la croissance de notre profession partout au pays. J'espère du fond du cœur que les voix émergentes de la recherche qui s'expriment dans le présent numéro vous inspireront de nouveaux thèmes de discussion et de recherche, et que la sagesse de nos contributrices chevronnées renforcera la motivation de chacun et chacune à aller de l'avant avec sollicitude et enthousiasme, dans le souci de nos clients et de nos collègues.

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

Rédactrice en chef et directrice du contenu en anglais, *RCM*
journal@musictherapy.ca

Mot de la directrice du contenu en français

Alors que nous continuons d’apprivoiser les défis et les répercussions liés de la pandémie de COVID-19, le monde est confronté à une confluence de crises, notamment la guerre en Ukraine, la montée en flèche de l’inflation et du coût de la vie, et les crises humanitaires découlant des changements climatiques (OMS, 2022). Plus que jamais, nous nous devons d’améliorer les systèmes de santé à l’échelle mondiale pour répondre à ces crises. À travers ses multiples systèmes, la communauté de la musicothérapie s’emploie à soulager la souffrance, à favoriser le bien-être et à plaider, avec les populations desservies, pour un meilleur accès et un droit de parole.

La musicothérapie en ligne demeure une avenue prometteuse pour nombre de musicothérapeutes, permettant de transcender certaines limites géographiques et sociales pour offrir des services à des gens qui n’y auraient pas eu accès autrement. Nous continuons d’établir des lignes directrices en matière de technologies numériques pour assurer l’efficacité et le caractère éthique des services offerts. Les conférences hybrides sont maintenant la norme; plusieurs membres de notre profession ont eu le plaisir de se rassembler en personne et en ligne dans le cadre du 48e Congrès annuel de l’Association canadienne des musicothérapeutes. Pensons aussi aux musicothérapeutes novices qui sont entrés dans la profession à un moment difficile et sans précédent dans l’histoire moderne de la musicothérapie. Leur capacité d’adaptation aura été mise à l’épreuve dès le début de leur carrière.

Cette année, nous avons choisi de nous concentrer sur la mise en valeur des voix d’auteurs novices et chevronnés qui ont, grâce au mentorat offert et reçu, évolué dans la profession. C’est donc avec plaisir que je vous présente les contributions francophones de l’édition 2022, volume 28 de la Revue canadienne de musicothérapie. Comme à l’habitude, ce numéro débute par une entrevue mettant en lumière l’expertise de musicothérapeutes canadiennes de renom. Dans l’entrevue de Chrissy Pearson par Mariah Story, Pearson porte un regard sur son parcours professionnel, ainsi que sur ses espoirs pour le futur de la profession au Canada. Nous poursuivons avec un essai intitulé *Devenir musicothérapeute et le demeurer : un parcours unique à chaque musicothérapeute*. Dans cette adaptation écrite de la conférence d’ouverture prononcée dans le cadre du 47e Congrès de l’Association canadienne des musicothérapeutes, la Dre Vaillancourt énonce des stratégies visant à faire prospérer la discipline de la musicothérapie. Elle s’attarde aux divers aspects du mentorat tout au long de notre carrière.

Vient ensuite un article de Valérie Saulnier qui s’attarde sur les enjeux de la formation vocale pour les musicothérapeutes. Dans cette réflexion philosophique, elle présente un modèle pouvant servir de cadre conceptuel pour l’élaboration d’une formation vocale adaptée aux musicothérapeutes. Quatre critiques d’ouvrages ont également été traduites pour cette édition de la Revue.

Je tiens à remercier la rédactrice en chef Dr SarahRose Black et la nouvelle directrice adjointe du contenu en anglais Sara Pun pour leurs efforts soutenus ayant mené à la publication de la RCM 2022. C’est un privilège de travailler avec elles et je continue d’être enthousiaste à l’idée de voir la Revue évoluer au fil des innovations et des tendances du domaine de la publication scientifique.

La Revue étant maintenant accessible en libre accès, je vous invite à la diffuser sans retenue afin de faire rayonner les idées, réflexions et savoirs des musicothérapeutes du Canada et d'ailleurs.

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

Référence

WHO (2022, 19 juillet). *WHO director-general's remarks at COVID-19 global action plan foreign ministerial meeting – 19 July 2022*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-covid-19-global-action-plan-foreign-ministerial-meeting---19-july-2022>

From the French Content Editor

As we continue to overcome the challenges and repercussions of the COVID-19 pandemic, the world is facing a confluence of crises, including the war in Ukraine, spiralling inflation, and the soaring cost of living as well as humanitarian crises due to climate change (WHO, 2022). We have a duty—now more than ever—to improve health-care systems worldwide so we can respond to these crises. Within these systems, the music therapy community is striving to ease suffering, promote well-being, and advocate—with the populations served—for better access and participative decision making.

Online music therapy remains a promising avenue for many practitioners, who can use it to transcend some geographic and social boundaries in order to provide services to people who could not access them otherwise. We continue to establish digital technology guidelines to ensure that the services provided are effective and ethical. Hybrid conferences are now the norm; many music therapy practitioners had the pleasure of gathering in person and online for the 48th Annual Canadian Association of Music Therapists Conference. Let us also spare a thought for novice practitioners who entered our profession at an unprecedented, challenging time in the modern era of music therapy. Their adaptability was severely tested right from the start of their careers. This year, we have chosen to focus on the voices of both novice and experienced authors who have made advances in our profession through mentoring—as both providers and recipients. I am therefore pleased to present the French-language contributions to the 2022 edition (Volume 28) of the *Canadian Journal of Music Therapy*. This issue begins with an interview highlighting the expertise of some eminent Canadian music therapists. Chrissy Pearson, in her interview with Mariah Story, looks back on her career and talks about her hopes for the future of this profession in Canada. We then move on to an essay titled “Becoming—and Remaining—a Music Therapist: A Career Path that’s Unique to You.” In this written adaptation of her opening address for the 47th Canadian Association of Music Therapists Conference, Dr. Vaillancourt outlines strategies to ensure that music therapy flourishes for years to come. She particularly focuses on the various aspects of mentoring throughout one’s career.

Next is an article by Valérie Saulnier, who discusses the issues related to voice training for music therapists. In this philosophical reflection, she presents a model that could serve as a conceptual framework for developing voice training adapted to music therapists. Four book reviews have also been translated for this issue of the *CJMT*.

I would like to thank Dr. SarahRose Black, our Editor-in-Chief, and Sara Pun, the new Associate Editor, for their unflagging efforts that have led to the publication of *CJMT* 2022. I feel privileged to be working with them and remain enthusiastic about seeing this journal evolve in step with new innovations and trends in scientific publishing. As the *CJMT* is now available through an Open Access platform, I invite you to circulate it widely so that the ideas, thoughts, and knowledge of music therapists from Canada and elsewhere may shine.

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

Reference

WHO (July 19, 2022). *WHO director-general's remarks at COVID-19 global action plan foreign ministerial meeting – 19 July 2022*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-covid-19-global-action-plan-foreign-ministerial-meeting---19-july-2022>

The Importance of Advocacy and Other Reflections: An Interview with Chrissy Pearson, BMT, RP, MTA, FAMI November 2021

Mariah Story, BMT, MTA

Chrissy Pearson is the Executive Director of the Canadian Music Therapy Fund (CMTF) and a certified music therapist at Baycrest Health Sciences, as well as a registered psychotherapist and Fellow of the Association for Music and Imagery. She advocates for the therapeutic benefits of music therapy and has been featured in a variety of media including television and radio, podcasts, and blogs, and academic journals. In her clinical work, she provides music therapy services in palliative care and inpatient mental health in addition to supervising music therapy interns. Pearson also has a private practice which is focused on music psychotherapy and the Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM).

This interview, conducted in November 2021, outlines Pearson's career path, the importance of advocacy, and her hopes for the future of music therapy. She encourages her fellow music therapists to advocate for themselves, their clients, and their profession, and provides some practical ways for them to do so.

Mariah Story (MS): How did you first become interested in music therapy as a profession?

Chrissy Pearson (CP): I have always loved music, and throughout my childhood my mom had me in preschool music classes. I was fortunate that my elementary school had music-focused classes. My mom also insisted I play the piano when I was younger; I hated playing the piano. When I first started playing the flute in school I came home and said, "Mom, I love playing the flute! Can I please take flute lessons and not piano lessons?" Luckily, she supported that, and I took private flute lessons from then on. I also sang in the choir and played in the pit band for the school musicals.

I loved music but never had an interest in becoming a professional performing musician or looking into it as a post-secondary option. I had planned on going into social work or counseling psychology, something where I could work with people. My mom was a guidance counselor, and she came home one day and said, "I just learned about this great program called music therapy." It was a perfect marriage of both those aspects; that's how I came to music therapy.

MS: Could you talk about the training and schooling that has led you to your current roles?

CP: I did my undergraduate degree at the University of Windsor, back when they still had a music therapy program, and then I went from Windsor to Toronto to do an internship at Sunnybrook in their Veterans' Care program. I loved working with seniors, and the internship confirmed that. It took six months after finishing my internship to build up what felt like a full week of paid work.

Back then there wasn't a lot of email communication, so I would mail out packages that explained music therapy and introduced myself to different places. I made calls until I could find enough employment and contracts to fill my week. One of these contracts was part-time at Sunnybrook. It was donor-funded, and as the funding began to run out, I wrote a business case and got the position funded again. It felt like such a huge win! Trying to develop that full-time work week really was a hero's journey at first.

Later, my wife got a job in Winnipeg, so I had to start the process of building up my work week all over again. While I was in Winnipeg, I planned to attend the CAMT conference in Victoria. I learned that there was going to be a Level 1 GIM (Guided Imagery in Music) training in Vancouver right afterwards. I had always been interested in Guided Imagery and Music and can remember thinking, "I can't afford this right now, but I don't know if an opportunity will align like this again, so I'm just going to do it." It was one of the scariest things I ever did because I didn't know anybody there. But after two days, I was so hooked. In the back of my mind, since undergrad, it's what I thought music therapy always was; the experience felt like a homecoming.

MS: I'm sure that it has really added value to the work you're doing now.

CP: It was a long process, but now it is an additional skill that I can offer in my practice. When I moved back to Toronto four years later and again started building up a work week, I was also finishing up my GIM intensives. It took five years to complete. I really do feel like I've started my career three times—when I finished my internship, when I moved to Winnipeg, and again when I moved back to Toronto where I still am now.

MS: I think for a lot of music therapists, it is encouraging to hear that it takes time to build up a work week, but you can get there.

CP: Yeah, and it's a message I pass on to interns. Another important part of my career is supervising. One of the first things I always tell my new interns is unless you really love it, there are many other areas where you could more easily create a career. You're going to have to work for it because the reality is that there are very few job postings for music therapists.

MS: How true. That really resonates with me; building that work week is a challenge.

CP: But worth it if you love it.

MS: In April you took on the role of Executive Director at the Canadian Music Therapy Fund (CMTF). Tell me a little bit about the CMTF and what it is that you do there.

CP: The CMTF is a music therapy charity started by music therapists. Some members of the Canadian Association of Music Therapists (CAMT), back in the 90s, experienced how difficult it

was for health-care organizations to fit music therapy into their budgets. The charity was started to create access to music therapy, and that work continues to this day. I started with the charity through the Music Therapy Centre in Toronto. This centre is a project of the charity. It acts as the head office but it's also an accessible music therapy clinic. The centre and the charity have this unique relationship where the charity supports the clinic and the revenue from the clinic supports the charity. I started working there with clients and, eventually, it led me to the role of managing the Music Therapy Centre.

So I started managing clinical work at the centre while also working to consult with the charity on how to better represent music therapy. A lot of the people who are on the board of directors aren't music therapists, which is fantastic because music therapists are not fundraisers and are not trained to work in a charity setting. Part of my job was to consult on the portrayal of music therapy, explaining music therapy and advocating for it. I started that in 2010, so I've been with the organization now for over 10 years. When I started this work, things in the music industry had shifted. They were our main source of financial support, so that was a huge blow. After a shift in focus, things are now feeling like they're rolling again, and so I've worked with the charity to restructure it. I told them that we're doing all this great work and there needs to be a role with a title that will help us to be taken more seriously and develop relationships to help grow the charity. My role now as the Executive Director is part-time. The reason I think it's great to have a music therapist in this role is that we can talk about it better than anybody else. In terms of building relationships with donors or writing grants or putting on events, all of that happens with a music therapist in the leadership role. I can help oversee all of that and consult with people on the board who are experts at other things.

MS: I really admire your passion for advocacy. If you could speak directly to other music therapists who aren't sure how they could better advocate for the profession, what would you say to them?

CP: The first thing I would tell them would be to practise talking about music therapy. I think—I don't think, I know—that the more we practise talking about it, the more confident we will be when explaining what we do to others. Talk to your friends about music therapy, talk to your friends' parents, try to convince people who you're familiar with who are outside of your inner circle and really see if they understand music therapy. And if they don't, what do they not understand? Do your own investigative work to find out what is missing from people's perceptions of the profession.

Don't say no to opportunities. Even as a young music therapist, if you are asked to speak to the director of a long-term care home where you're working and you're thinking, "Oh man, that's scary, maybe I'll do that in a few months from now," you may not get that opportunity again, so you say yes! You always say yes! "Yes! I will talk to you about music therapy." And then if you're nervous, you get some help, but never say no to an opportunity to talk about music therapy, even if it makes you uncomfortable.

Also, take the initiative to start conversations. Don't wait for someone to ask you to explain music therapy. People don't always know that they're interested until they start to hear about it. Talk to the nurses in a hospital where you're working. Maybe you reach out to a local library and offer to do a talk. Maybe you have a colleague who is a speech language pathologist and their team would love to learn about music therapy. The CAMT and the CMTF are great organizations with opportunities to speak about music therapy. Make yourself available to present. Practise, say yes, look for opportunities, and make it known to others that you like talking about music therapy.

MS: Those are practical things that any music therapist, me included, really can implement as an important part of our role in moving the profession forwards. As you're speaking, it kind of reminds me of the idea of paying it forward in the sense that, hopefully, someone that you talk to would be able to explain it to somebody else.

CP: Another thing, which we don't always think about, is to show up for each other. If I know that there's going to be a talk about music therapy at a hospital somewhere or there's going to be a lunch-and-learn, for example, I might call up a music therapist and say, "Hey! Could you use more music therapy presenters?" Or when CAMT does an event or fundraiser, it is always so valuable if other music therapists show up because then those potential donors or people who might hire a music therapist see the interest from the community. The more people see how passionate and excited we are, the better.

Once I did a talk at the Toronto Reference Library. There were lots of people who wanted to talk afterwards and I couldn't get to all of them. It would have been great to have a couple other music therapists come up to the front with me after the presentation and talk to people as well. I always tell people to reach out beyond the CAMT conference. If you're interested in autism, go to conferences that deal with things that folks in the autism community are researching, studying, or learning about. There are lots of opportunities where you might chat in the hallway with a health-care worker at your facility who would love to then implement music therapy. Those types of things and interactions don't happen if we don't show up.

MS: Have you noticed any changes to the profession throughout your career?

CP: There is way more music therapy research happening in Canada, which is partly because we have graduate programs now. I also think there are more opportunities outside of traditional music therapy learning as well, like music and health research at the University of Toronto, for example. More research helps us to bring awareness to the folks in the community who might insist that they need the scientific evidence to validate what we do.

In addition to that, I think there are more opportunities for music therapists to talk about what we do within academic circles or other realms where we might not have been invited to the table before. Stories help people understand what we do; they can be more powerful than

the numbers-based research that a lot of people want. We can see what people were working on back in the 80s; that generational element also means we have more stories to tell.

One thing that's challenging with growth, from what I'm seeing within communities, is that there is not an equal amount of employment opportunities as there are graduates of music therapy programs, which is another reason why advocacy is so important. The CAMT directory list has more than doubled since I started working, but I don't think we've more than doubled the opportunities for music therapists to work. We need to work hard to create opportunities for people to get music therapy so that our music therapists are working.

MS: What do you see for the future of music therapy?

CP: The pandemic has brought up—at least in the communities I'm part of—this virtual world. I'm finding that people want to connect with music for wellness. They are not necessarily looking to work intensively with a therapist, but they recognize that music is helpful. Music therapists have a lot to offer in this environment. We know not everybody needs music therapy—not everybody needs any kind of therapy—but I do think that everyone could benefit from music. I think that we're experts on the spectrum of working one-on-one with people on therapeutic goals like recovering from a stroke or working through trauma. Maybe a person just wants to know how they can use music more effectively to help with their mood or to help with their workout routine. The future of music therapy needs to embrace all the different ways certified music therapists can support people through music.

There also needs to be more music therapy in health care. Each province in Canada has their successes and challenges. I'm hoping this is something the CMTF can be involved in—advocating at the government level and educating people who oversee what is inaccessible in our health-care systems. We're going to need advocates in every province to help with this. I'm hopeful that music therapy will be included in general health insurance plans like occupational or speech language therapies already are. Including music therapy in these health-care benefits might make it easier for organizations to include it in their budgets because these insurance companies are acknowledging the worth and efficacy. It perhaps then leads the government to look at how they fund long-term care or hospitals, for example, and add music therapy to those facilities. Big picture: this could trickle down to other sectors as well.

MS: Do you have any final thoughts on advocacy and music therapy?

CP: I didn't set out in my career to do what I'm doing now. I really want to encourage people to remember that there are a lot of possibilities in this career. Even when you aren't sure, put your ideas out there because there are always turns in the road. I would encourage everyone to just have their minds and hearts open to those opportunities when they come along.

Author Information

Mariah Story, MTA, BMT, is a certified music therapist in the Region of Waterloo. She works with children and adults with developmental disabilities and has embraced telehealth services by facilitating young adult music therapy groups over video-conferencing platforms since 2020.

mariahclstory@gmail.com

**De l'importance de la défense des intérêts et autres réflexions :
Entrevue avec Chrissy Pearson, B. MT, RP, MTA, FAMI
Novembre 2021**

Mariah Story, B. MT, MTA

Chrissy Pearson est directrice générale du Fonds canadien de musicothérapie (CMTF) et musicothérapeute certifiée pour Baycrest Health Sciences. Elle est également psychothérapeute agréée et membre de l'Association for Music and Imagery. Elle défend les bienfaits thérapeutiques de la musicothérapie et a été citée dans divers médias, notamment à la télévision et à la radio, dans des balados, des blogues et des revues universitaires. Dans son travail clinique, elle fournit des services de musicothérapie en soins palliatifs et la santé mentale en milieu hospitalier, en plus de superviser des stagiaires en musicothérapie. MME Pearson exerce également en cabinet privé dont la pratique est axée sur la psychothérapie musicale et la méthode Bonny en musique et imagerie guidée (GIM).

Réalisée en novembre 2021, cette entrevue décrit le parcours professionnel de MME Pearson, l'importance que revêt pour elle la musicothérapie et ses espoirs pour l'avenir de la profession. Elle encourage ses collègues musicothérapeutes à se faire valoir et à défendre les intérêts de leur clientèle et de leur profession, et leur propose des moyens concrets pour ce faire.

Mariah Story (MS) : Comment avez-vous commencé à vous intéresser à la musicothérapie en tant que profession?

Chrissy Pearson (CP) : J'ai toujours aimé la musique. Ma mère m'a inscrite à des cours de musique au préscolaire, puis j'ai eu la chance que mon école primaire propose des cours axés sur la musique. Ma mère a également insisté pour que je joue du piano quand j'étais plus jeune; je détestais jouer du piano. Lorsque j'ai commencé à jouer de la flûte à l'école, je suis rentrée à la maison et j'ai dit : « Maman, j'adore jouer de la flûte! Est-ce que je peux suivre des cours de flûte au lieu des cours de piano? » Heureusement, elle m'a soutenue, et j'ai suivi des cours privés de flûte à partir de ce moment-là. J'ai également chanté dans la chorale et joué dans l'orchestre pour les comédies musicales de l'école.

J'aimais la musique, mais je n'avais pas envie de devenir musicienne professionnelle ni de faire des études postsecondaires dans ce domaine. Je voulais étudier en travail social ou en psychologie de l'orientation, un domaine où je pourrais travailler avec les gens. Ma mère était conseillère en orientation, et elle est rentrée un jour à la maison en disant : « Je viens d'apprendre l'existence de ce super programme appelé musicothérapie ». C'était un mariage parfait de mes deux passions. Voilà comment j'en suis arrivée là!

MS : Pouvez-vous parler de la formation et des études qui vous ont conduite à vos fonctions actuelles?

CP : J'ai obtenu mon diplôme de premier cycle à l'Université de Windsor, à l'époque où on y trouvait toujours un programme de musicothérapie, puis j'ai déménagé de Windsor à Toronto pour faire un stage à Sunnybrook, dans le cadre du programme de soins aux anciens combattants. J'aimais travailler avec des personnes âgées, ce que mon stage m'a confirmé. Il m'a fallu six mois après la fin de mon stage pour accumuler ce qui ressemblait à une semaine complète de travail rémunéré. À l'époque, il n'y avait pas beaucoup de communication par courriel, alors j'envoyais des trousseaux à différents endroits pour expliquer la musicothérapie et me présenter. J'ai fait des appels jusqu'à ce que j'arrive à trouver assez de boulot et de contrats pour remplir ma semaine. L'un de ces contrats était un poste à temps partiel à l'établissement Sunnybrook. C'était un contrat financé par des donateurs, et lorsque le financement a commencé à se tarir, j'ai présenté une étude de rentabilité qui a fait en sorte que le poste soit à nouveau financé. J'ai eu le sentiment d'une grande victoire! Le fait d'en arriver à cette semaine de travail à temps complet a vraiment été un parcours du combattant au début.

Plus tard, ma conjointe a trouvé un emploi à Winnipeg, et j'ai dû recommencer le processus de construction de ma semaine de travail. Pendant mon séjour à Winnipeg, j'avais prévu d'assister à la conférence de l'ACM à Victoria. J'ai appris qu'il allait y avoir une formation GIM (musique et imagerie guidée) de niveau 1 à Vancouver juste après. J'ai toujours été attirée par la musique et l'imagerie guidée, et je me souviens avoir pensé : « Je ne peux pas me permettre de faire ça maintenant, mais je ne sais pas si une telle occasion se présentera à nouveau, alors je vais le faire ». C'est l'une des choses les plus angoissantes que j'ai faites, parce que je ne connaissais personne là-bas. Mais après deux jours, j'étais totalement accrochée. Au fond de moi, depuis le premier cycle universitaire, c'est l'image que je me faisais de la musicothérapie; l'expérience a été comme un retour aux sources.

MS : Je suis certaine que cela a vraiment ajouté de la valeur au travail que vous faites maintenant.

CP : Le processus a été long, mais maintenant, c'est une compétence supplémentaire qui s'ajoute à ma pratique. Lorsque je suis retournée à Toronto, quatre ans plus tard, et que j'ai recommencé à accumuler des semaines de travail, je terminais également mes cours intensifs de GIM. Il m'a fallu cinq ans pour finir. J'ai vraiment l'impression d'avoir commencé ma carrière trois fois; à la fin de mon stage, lorsque j'ai déménagé à Winnipeg et lorsque je suis retournée à Toronto, où je vis toujours aujourd'hui.

MS : Je pense que, pour beaucoup de musicothérapeutes, il est encourageant de savoir qu'il faut du temps pour se constituer une semaine de travail, mais qu'on peut y arriver.

CP : Oui, c'est ce que je dis aux stagiaires. La supervision représente également un volet important de ma carrière. L'une des premières choses que je dis toujours à mes nouveaux stagiaires, c'est qu'à moins qu'ils aiment vraiment ça, il y a beaucoup d'autres domaines où ils pourraient plus facilement faire carrière. Vous allez devoir travailler pour y arriver, parce qu'en réalité, il y a très peu d'offres d'emploi pour les musicothérapeutes.

MS : Tellement vrai. Cela m'interpelle vraiment; construire sa semaine de travail, c'est tout un défi.

CP : Mais ça vaut la peine si l'on aime son travail.

MS : En avril, vous avez accepté le poste de directrice générale du Fonds canadien de musicothérapie (CMTF). Parlez-moi un peu du CMTF et de votre rôle.

CP : Le CMTF est un organisme de bienfaisance en musicothérapie mis sur pied par des musicothérapeutes. Dans les années 1990, certains membres de l'Association canadienne des musicothérapeutes (ACM) ont constaté à quel point il était difficile pour les organismes de soins de santé d'intégrer la musicothérapie dans leur budget. Le Fonds a été créé pour faciliter l'accès à la musicothérapie, et ce travail se poursuit aujourd'hui. J'ai commencé à travailler avec l'organisme par l'intermédiaire du Centre de musicothérapie de Toronto. Ce centre est un projet du CMTF. Il fait office de siège social, mais c'est aussi une clinique de musicothérapie accessible. Le centre et le CMTF entretiennent une relation unique dans laquelle l'organisation soutient la clinique et les revenus de la clinique soutiennent l'organisation. J'ai commencé à y travailler avec des clients, puis cela m'a menée au rôle de gestionnaire du Centre de musicothérapie.

J'ai donc commencé à gérer le travail clinique au Centre, tout en consultant l'organisme sur la manière de mieux représenter la musicothérapie. Une grande partie des membres du conseil d'administration ne sont pas musicothérapeutes, ce qui est fantastique, car les musicothérapeutes ne sont pas des solliciteurs et ne sont pas formés pour travailler dans un cadre caritatif. Une partie de mon travail consistait à présenter une interprétation de la musicothérapie, à l'expliquer et à la défendre. J'ai commencé en 2010, cela fait donc plus de 10 ans que je suis dans l'organisation. Lorsque j'ai commencé ce travail, les choses avaient changé dans l'industrie de la musique. Cette industrie était notre principale source de soutien financier, donc le coup a été dur à encaisser. Après avoir opéré un changement d'orientation, les choses semblent repartir de plus belle; j'ai donc collaboré à la restructuration de l'organisme. J'ai insisté sur le fait que nous faisons un travail extraordinaire et qu'il nous faut, d'une part, établir un rôle portant un titre officiel qui fera en sorte que l'on nous prenne au sérieux et, d'autre part, créer des liens qui feront progresser l'organisme. Désormais, j'occupe le poste de directrice générale à temps partiel. La raison pour laquelle je pense que c'est formidable qu'une musicothérapeute occupe ce poste, c'est que nous sommes les mieux placées pour en parler. Pour ce qui est d'établir des relations avec les donateurs, de rédiger des demandes de subventions ou d'organiser des événements, tout cela se fait avec un

musicothérapeute dans le rôle de leader. Je peux aider à superviser tout ce travail et consulter les membres du conseil d'administration, qui sont des experts dans d'autres domaines.

MS : J'admire vraiment votre passion pour la défense de la musicothérapie. Si vous pouviez parler directement à d'autres musicothérapeutes qui ne savent pas comment mieux défendre la profession, que leur diriez-vous?

CP : La première chose que je leur dirais serait de s'exercer à parler de la musicothérapie. Je pense... non, je sais, que plus on s'exerce à le faire, plus on devient sûr de soi pour expliquer notre travail aux gens. Parlez de la musicothérapie à vos amis, parlez-en aux parents de vos amis, essayez de convaincre des gens que vous connaissez et qui ne font pas partie de votre entourage immédiat et voyez s'ils comprennent la musicothérapie. Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qu'ils ne comprennent pas? Faites votre propre enquête pour découvrir les lacunes de leur compréhension par rapport à la profession.

Lorsqu'une occasion se présente, saisissez-la. Si vous êtes en début de carrière et que l'on vous demande de parler au directeur d'un centre de soins de longue durée où vous travaillez, vous vous direz peut-être : « Oh là là, c'est effrayant, peut-être pourrai-je le faire dans quelques mois », c'est une occasion qui ne se présentera peut-être plus, alors dites oui! Dites toujours oui! « Oui! Je vais vous parler de la musicothérapie. » Et puis, si vous êtes nerveux, demandez de l'aide, mais ne refusez jamais une occasion de parler de musicothérapie, même si cela vous met mal à l'aise.

Prenez également l'initiative de lancer des discussions. N'attendez pas que l'on vous demande d'expliquer la musicothérapie. Les gens ne savent pas toujours que cela les intéresse avant d'en entendre parler. Parlez au personnel infirmier de l'hôpital où vous travaillez. Vous pouvez vous adresser à la bibliothèque de votre quartier et offrir une présentation. Vous avez peut-être un collègue orthophoniste dont l'équipe aimerait s'initier à la musicothérapie. L'ACM et le CMTF sont des organisations d'envergure qui offrent des occasions de parler de musicothérapie. Soyez disponible et participez. Exercez-vous, dites oui, cherchez des occasions, et faites savoir aux gens que vous aimez parler de musicothérapie.

MS : Ce sont là des actions concrètes que tout musicothérapeute, comme moi, peut poser pour vraiment faire avancer la profession. Ce que vous dites me rappelle un peu le concept de « donner au suivant », où une personne à qui vous parlez de musicothérapie sera ensuite capable de l'expliquer à quelqu'un d'autre à son tour.

CP : L'entraide est un autre élément auquel on ne pense pas toujours. Par exemple, si je sais qu'il y aura une conférence sur la musicothérapie dans un hôpital ou un dîner-causerie près de chez moi, je peux appeler un musicothérapeute et lui dire : « Hé! Avez-vous besoin de présentateurs? » Ou encore, lorsque l'ACM organise un événement ou une collecte de fonds, il est toujours très utile que d'autres musicothérapeutes soient présents, car les donateurs potentiels et les personnes

susceptibles de recruter un musicothérapeute sont alors à même de constater l'intérêt de la communauté. Plus les gens voient à quel point nous sommes passionnés, mieux c'est.

J'ai déjà donné une conférence à la Toronto Reference Library. Après ma présentation, beaucoup de gens voulaient parler avec moi, et je n'ai pas pu discuter avec tout le monde. Il aurait été formidable que d'autres musicothérapeutes se joignent à moi après la présentation pour parler aussi aux gens.

Je dis toujours aux gens de dépasser les limites du congrès de l'ACM. Si vous vous intéressez à l'autisme, participez à des événements qui traitent de sujets faisant l'objet de recherche ou d'études dans le milieu de l'autisme. Il est souvent possible de discuter dans un couloir avec un travailleur de la santé de votre établissement qui voudra ensuite mettre en œuvre un programme de musicothérapie. Des situations et des interactions comme celle-là ne se présenteront pas si nous ne sommes pas sur le terrain.

MS : Avez-vous remarqué des changements au sein de la profession au cours de votre carrière?

CP : Il y a beaucoup plus de recherche en musicothérapie au Canada, en partie parce que nous proposons maintenant des programmes d'études supérieures. Je pense également qu'il existe davantage de possibilités en dehors de l'apprentissage traditionnel de la musicothérapie, comme la recherche sur la musique et la santé à l'Université de Toronto, par exemple. Ces recherches nous aident à sensibiliser les gens de la communauté qui insistent parfois qu'on leur présente des preuves scientifiques pour valider ce que nous faisons.

En parallèle, je pense qu'il y a plus d'occasions pour les musicothérapeutes de parler de ce qu'ils font dans les cercles universitaires ou dans d'autres domaines où nous n'étions peut-être pas invités auparavant. Les témoignages aident les gens à comprendre ce que nous faisons, et peuvent s'avérer encore plus puissants que les données de recherches si souvent exigées. Il nous est également possible d'examiner ce qui se faisait dans les années 1980; cet aspect générationnel signifie également que nous avons plus de témoignages à présenter.

D'après ce que je constate dans les collectivités, l'un des défis que pose la croissance de notre profession est qu'il y a présentement plus de diplômés des programmes de musicothérapie que de postes offerts dans le domaine; voilà donc une autre raison pour laquelle la promotion de la musicothérapie est si importante. La liste du répertoire de l'ACM a plus que doublé depuis mon entrée sur le marché du travail, mais je ne pense pas que les postes en musicothérapie se soient multipliés au même rythme. Il nous faut redoubler nos efforts et créer des occasions pour que les gens puissent bénéficier de la musicothérapie, afin que nos musicothérapeutes travaillent.

MS : Comment envisagez-vous l'avenir de la musicothérapie?

CP : La pandémie a fait émerger – du moins dans les communautés dont je fais partie – tout un univers virtuel. Je constate que les gens veulent se connecter à la musique pour se sentir mieux. Ils ne cherchent pas nécessairement à travailler intensivement avec un thérapeute, mais

reconnaissent que la musique est bénéfique. Les musicothérapeutes ont beaucoup à offrir dans cet environnement. Nous avons conscience du fait que tout le monde n'a pas forcément besoin de la musicothérapie – ou de toute autre thérapie, en fait – mais je suis d'avis que tout le monde peut bénéficier d'un contact avec la musique. Je crois que nous sommes des experts en matière de thérapie individuelle auprès de personnes dont les objectifs sont de se remettre d'un AVC ou de surmonter un traumatisme. Peut-être une personne veut-elle simplement apprendre comment utiliser plus efficacement la musique pour améliorer son humeur ou sa routine d'entraînement. L'avenir de la musicothérapie doit s'étendre à tous les moyens par lesquels les musicothérapeutes certifiés peuvent aider les gens grâce à la musique.

Il faut aussi que l'on intègre davantage la musicothérapie dans le système de santé. Chaque province et territoire canadien connaît des réussites et fait face à des obstacles. J'espère donc que le CMTF pourra promouvoir la musicothérapie auprès des gouvernements et faire comprendre aux décideurs les lacunes de nos systèmes de santé. Nous aurons besoin de porte-paroles dans chaque province et chaque territoire pour nous aider à y parvenir. J'ai bon espoir que la musicothérapie deviendra un service compris dans les régimes généraux d'assurance maladie, au même titre que l'ergothérapie et l'orthophonie. L'inclusion de la musicothérapie dans la prestation de soins de santé pourrait permettre aux organisations d'intégrer plus facilement ce service dans leur budget, puisque les sociétés d'assurance en reconnaissent la valeur et l'efficacité. Cela pourrait pousser le gouvernement à examiner le financement des centres de soins de longue durée et des hôpitaux pour ajouter la musicothérapie aux services offerts par ces établissements... Et ainsi de suite.

MS : Avez-vous quelque chose à ajouter sur la défense des intérêts et la musicothérapie?

CP : En choisissant cette carrière, je n'avais pas prévu faire ce que je fais maintenant. Je veux vraiment encourager les gens à se rappeler que cette carrière offre de nombreux débouchés. En dépit de l'incertitude, lancez vos idées. On ne sait jamais où mènera la route. J'encourage tout le monde à garder l'esprit et le cœur ouverts pour ne rien manquer des occasions qui se présenteront.

A propos de l'autrice

Mariah Story, MTA, B.MT, est musicothérapeute certifiée dans la région de Waterloo. Elle travaille auprès d'enfants et d'adultes atteints de troubles du développement et a tenu le pari des services de télésanté en animant des groupes de musicothérapie pour jeunes adultes sur des plateformes de visioconférence depuis 2020.

mariahclstory@gmail.com

Devenir musicothérapeute et le demeurer : un parcours unique à chaque musicothérapeute

[Becoming—and Remaining—a Music Therapist:
A Career Path that's Unique to You]

Guylaine Vaillancourt, Ph.D., MTA

Sommaire

La musicothérapie est une discipline qui se développe depuis près de 50 ans au Canada et compte aujourd'hui près de 1000 musicothérapeutes. Ainsi, cet article* sous forme d'essai, s'adresse principalement à la génération montante et aux musicothérapeutes expérimentés qui ont tous un rôle à jouer pour assurer un avenir vibrant à cette profession unique. Cet article propose des stratégies en vue de la pérennité de la discipline, comme la mise en place de groupes de soutien par les pairs, la supervision, la formation continue, la thérapie personnelle en musicothérapie, la pratique musicale et le mentorat; sur ce dernier point, je m'attarderai davantage. Les questions du leadership et de notre contribution à la justice sociale dans notre rôle de musicothérapeutes seront aussi abordées. Enfin, au moyen de séries de questions et de réflexions personnelles présentées tout au long de l'article, j'invite les lecteurs à s'interroger sur leur propre parcours.

**Remarque : Cet article est une adaptation de la conférence d'ouverture 2021 présentée en ligne dans le cadre du 47e Congrès de l'Association canadienne des musicothérapeutes : Comblers la distance. Valoriser la différence.*

Mots-clés: musicothérapeute, parcours, relève, mentorat, profession.

Abstract

After evolving for roughly 50 years, today's Canadian music therapy landscape comprises some 1,000 practitioners. This article*—written as an essay—is a shout-out to both the younger generation and experienced music therapists, all of whom have a role to play in ensuring a vibrant future for this unique profession. The various strategies suggested for sustaining this discipline include peer support groups, supervision, continuing education, personal music therapy, making music, and mentoring; the last item will be covered in more detail. We will also address the question of leadership and our contribution to social justice within our work as music therapists. Finally, through various questions and personal deliberation, readers will be invited to contemplate their own paths.

**Note: This article is adapted from the 2021 opening address delivered online during the 47th Canadian Association of Music Therapists Conference: Bridging Distance. Honouring Difference.*

Keywords: music therapist, career path, succession, mentoring, profession.

Introduction

Je me suis toujours intéressée au parcours singulier des musicothérapeutes canadiens, dont la plupart sont des femmes : Comment sont-elles entrées dans cette profession? Quelles sont leur motivation, leur passion? En voyant évoluer les musicothérapeutes à travers mes rôles de praticienne, superviseuse, mentore, professeure et présidente de l'Association canadienne des musicothérapeutes (ACM) et de l'Association québécoise de musicothérapie (AQM), j'ai pris conscience de l'importance de l'accompagnement tout au long du parcours professionnel. C'est pourquoi l'invitation de l'ACM à présenter la conférence d'ouverture au congrès de 2021 m'accordait une occasion unique de partager mes réflexions sur ces sujets.

Dans cet article, je m'intéresse aux ressources disponibles pour soutenir la relève et les musicothérapeutes ayant une pratique établie de manière à assurer un avenir prometteur pour la profession. Notons que l'épuisement professionnel (Chang, 2014; Clément-Cortes, 2013; Vega, 2010) et la question de longévité professionnelle (Decuir et Vega, 2010; Minevich, 2018) sont des enjeux auxquels sont sensibles les musicothérapeutes. Les musicothérapeutes ont à leur portée des stratégies pour maintenir une pratique professionnelle active et stimulante au moyen de groupes de soutien par les pairs, de supervision, de formation continue, de suivi personnel en musicothérapie, de pratique musicale et de mentorat. Le présent article offre aussi l'occasion de réfléchir à l'importance du leadership, puisque les musicothérapeutes sont des pionniers souvent appelés à façonner et à promouvoir la profession dans leur milieu de travail. Ils doivent parfois aussi militer pour l'accès à la musicothérapie dans une visée de justice sociale, d'équité, de diversité et d'inclusion. Leur travail auprès de personnes et de groupes de tous âges, souvent minoritaires ou marginalisés, les pousse à faire résonner la voix de ces personnes dans la société. Finalement, cet article se veut une occasion souligner le travail d'enseignement, de supervision et de mentorat de musicothérapeutes praticiens qui accompagnent les collègues à différents moments de leur carrière. Au fil de cet article, je vous encourage à réfléchir au parcours unique qui vous a guidé vers la musicothérapie en le représentant avec des paroles de chansons, des notes de musique, par le mouvement, par le dessin, le mandala, la poésie, l'écriture spontanée ou toute autre modalité artistique.

Permettez-moi ici de me situer dans le contexte de cet article. Je suis une femme blanche francophone. Je reconnais être privilégiée d'avoir pu poursuivre des études universitaires, réaliser mes rêves professionnels et voyager. Je n'ai pas eu à composer au quotidien avec des conflits géopolitiques et des inégalités sociales. Je n'ai pas eu à craindre le manque de nourriture, d'eau potable ou d'électricité, ou même d'un endroit où dormir et être en sécurité.

J'ai grandi dans un village d'environ 1500 habitants au sein d'une population blanche, francophone et catholique où tout le monde avait comme deuxième prénom Marie ou Joseph, où tout le monde se connaissait et connaissait l'histoire de toutes les familles du village. J'ai grandi avec une mère qui avait de graves problèmes de santé mentale, et elle est décédée quand j'avais douze ans. Cette situation a marqué mon enfance, car, dès mon jeune âge, j'ai été témoin de souffrance et de détresse psychologiques. Mes deux sœurs et moi avons été élevées

par notre père, et entourées de nos grands-parents bienveillants et de ma grand-tante, que je considérais comme une deuxième mère. À six ans, on m’a inscrite à des leçons de piano chez les religieuses, lesquelles se sont poursuivies pendant tout mon primaire et mon secondaire. Ce sont ces expériences personnelles qui ont forgé mon désir d’allier ma passion pour la musique et le travail en relation humaine.

Pourquoi et comment devient-on musicothérapeute?

Pourquoi et comment devient-on musicothérapeute? Pour stimuler la réflexion sur votre propre parcours, je vous propose une première série de questions et de réflexions personnelles : *Comment votre enfance, votre adolescence, votre vie d’adulte et votre bagage culturel ont-ils guidé votre choix de devenir musicothérapeute? Réfléchissez aux différentes étapes de votre vie et à votre milieu familial; ont-ils influé sur votre choix d’exercer une profession au service d’autrui? Est-ce que vous ressentiez le besoin d’aider, de comprendre les autres? Est-ce que vous vous intéressiez à la psychologie humaine? Et comment votre identité culturelle et votre langue ont-elles façonné votre parcours et votre situation de musicothérapeute?*

En réfléchissant à mon propre parcours des 30 dernières années, je constate que la musicothérapie a toujours été pour moi une passion sans cesse renouvelée, vu mon amour pour la musique et le travail clinique et communautaire. J’avoue m’être questionnée sur ma propre culture quand je suis allée faire ma maîtrise à New York dans les années 90. J’ai par la suite travaillé dans des unités pour les patients hispaniques et afro-américains de Harlem et du Bronx ayant le SIDA et hospitalisés à Manhattan. C’est à ce moment que j’ai réellement pris conscience que j’étais blanche. Ce fut un choc culturel pour moi, qui avais grandi dans un milieu homogène; je me sentais ignorante face au vécu de personnes de cultures diverses. Ce fut une expérience riche en apprentissages, mais parfois difficile, parce que je pouvais observer de l’indifférence et de la discrimination dans les soins. J’étais profondément bouleversée de constater la rareté des ressources à l’intention de ces patients et le manque de reconnaissance par rapport à la musicothérapie que j’essayais d’intégrer pour la première fois dans cet hôpital. La gratitude des patients et des familles recevant des services de musicothérapie était ce qui me motivait à m’investir dans le travail en contrepartie.

Poursuivons maintenant la réflexion avec une deuxième série de questions : *Des événements marquants se sont-ils produits et si oui, lesquels ont guidé votre parcours? Y a-t-il eu des moments dans votre vie où vous avez utilisé la musique auprès de vos proches – comme avec des grands-parents atteints, par exemple, de la maladie d’Alzheimer, ou avec un parent ayant eu un cancer?*

Maintenant, *quelle est la place de la musique dans votre vie?* Je trouve fascinant chez les musicothérapeutes, leur amour inconditionnel de la musique. C’est une énergie vitale. Certains diraient que la musique coule dans nos veines. Quelle chance nous avons de pouvoir jouer de la musique et chanter! Ce que nous tenons parfois pour acquis, plusieurs nous envient! Nous sommes privilégiés de travailler avec la musique, nous détenons une expertise unique, et nos clients et patients en bénéficient pour s’exprimer. La musique nourrit notre travail continuellement. Prenez

quelques minutes pour réfléchir aux premiers moments où vous avez été initié à la musique ou lorsque vous avez constaté votre amour pour la musique. Vos premières prestations. Les premiers concerts où vous avez joué ou chanté. Les premiers concerts que vous avez entendus. Je me rappelle les spectacles de musique que l'on présentait à l'école primaire pour la *fête de Monsieur le Curé*. J'éprouvais un certain stress lorsqu'il s'agissait de jouer du triangle au bon moment!

J'imagine que, pour certains d'entre vous, la musique a été une bouée de sauvetage, un refuge, elle vous a permis de passer à travers des épreuves, des moments difficiles, des ruptures, mais elle vous a aussi fait vivre des moments de joie, d'accomplissement, de satisfaction et de plaisir. Personnellement mon piano était mon confident. Je savais qu'il garderait mes secrets et mes tourments.

Entrer dans la profession de musicothérapeute

Choisir la profession de musicothérapeute, c'est entreprendre un parcours pour progresser sur les plans musical, professionnel et personnel, tout au long de notre vie. Certains apprentis musicothérapeutes disent ressentir un vide à leur sortie de l'université, car il reste encore beaucoup de matière à apprendre et à absorber, selon les contextes de travail. Les débuts dans la profession peuvent être exigeants, non seulement du point de vue musical, mais aussi dans les aspects professionnel et personnel : on doit continuellement demeurer actif musicalement, apprendre du nouveau répertoire; professionnellement, il nous faut apprendre à composer avec divers contextes et équipes, nous devons souvent expliquer notre travail à répétition; et personnellement, le contact avec les clients et patients peut être émotionnellement exigeant. Dans la prochaine partie, je présenterai des moyens pour faciliter l'entrée et la longévité dans la profession.

... et y demeurer

Les musicothérapeutes travaillent dans différents contextes, qu'il s'agisse d'un emploi permanent à temps complet ou partiel, ou d'un contexte de travail autonome, à contrat. Parfois les conditions sont précaires, parfois la reconnaissance est établie. Des ressources existent pour maintenir la passion et la joie de travailler en musicothérapie, comme le soutien par les pairs, la supervision, la formation continue, la musicothérapie personnelle, la pratique musicale et le mentorat. Voyons de plus près comment ces ressources peuvent être utilisées en fonction des besoins cernés par les musicothérapeutes, sur le plan professionnel ou personnel.

Soutien par les pairs

Il est possible pour les musicothérapeutes de créer des groupes de soutien par les pairs ou de se joindre à un groupe existant, dès la fin des études universitaires en musicothérapie ou durant leur carrière, quand le besoin se manifeste. Il existe des modèles intéressants de soutien

et de supervision par les pairs élaborés par des musicothérapeutes. À titre d'exemple, en voici deux. D'abord, il existe un groupe de musicothérapeutes sur la côte ouest du Canada mis sur pied par Noele Bird, Theresa Merrill, Heather Mohan, Susan Summers, et Alpha Woodward (1999) qui ont mis à l'essai un groupe de supervision par les pairs ayant fait l'objet d'un article : *Staying alive in our work*. Au Québec, les musicothérapeutes Pierrette-Anne LaRoche, Julie Migner-Laurin et Hélène Engel ont créé un groupe de soutien et de supervision par les pairs au sein duquel elles se sont rencontrées régulièrement; ce modèle a été présenté au congrès de l'Association canadienne des musicothérapeutes (2008). J'ai moi-même fait l'essai de groupes de soutien avec d'autres professionnels quand je travaillais dans les unités de SIDA, et dans mon travail en oncologie. Ces groupes de soutien m'ont permis de me reposer et de sentir l'écoute et le soutien du groupe lorsque j'avais vécu des situations plus difficiles dans mon travail.

Supervision

Une fois diplômé, il est bon, et même recommandé, d'avoir recours à de la supervision, sur une base périodique ou ponctuelle, quand des situations délicates ou difficiles se présentent. Les dilemmes éthiques demandent un temps d'arrêt et de réflexion pour en comprendre les répercussions. La supervision peut contribuer à mieux saisir des enjeux cliniques et professionnels et à trouver une direction ou une résolution à des situations souvent complexes. La supervision contribue aussi à prévenir l'épuisement professionnel (Chang, 2014; Gooding, 2019); elle permet de maintenir un équilibre professionnel et de cerner des réactions de transfert et de contretransfert, entre autres (Bruscia, 1998). La supervision peut être réalisée par des musicothérapeutes ou d'autres professionnels de domaines connexes ayant l'expertise requise, selon vos questionnements.

La formation continue

La formation continue contribue aussi à préserver la passion du travail en maintenant à jour nos connaissances et pratiques. Les associations provinciales et l'ACM organisent ces formations sous forme de colloques et de congrès, en présentiel et en mode virtuel. Il est bon de collaborer avec ces associations pour préciser et augmenter les possibilités de formation continue, soit en lien avec des clientèles, des techniques et des méthodes précises, ou du développement professionnel. Il est aussi important de saisir les occasions de formation continue, de congrès hors discipline, par exemple, en psychologie, en réadaptation, en autisme, en gérontologie et gériatrie, en oncologie/soins palliatifs, etc., pour être au fait des plus récentes avancées dans votre domaine de spécialisation, pour promouvoir le travail en musicothérapie à l'extérieur de la profession et pour optimiser les collaborations interdisciplinaires.

Musicothérapie personnelle

La musicothérapie personnelle permet de vivre soi-même les séances de musicothérapie, de faire l'expérience de l'autre côté de la relation thérapeutique et de s'assurer que nos propres tensions et conflits n'entravent pas la relation avec les clients (Jackson et Gardstrom, 2011; Vaillancourt, 2016; 2012). Il est parfois difficile de trouver des musicothérapeutes, car ceux-ci ne sont pas toujours disponibles pour offrir des séances personnelles. Les musicothérapeutes qui offrent ou désirent suivre une thérapie personnelle peuvent aussi se retrouver en situation de double rôle, selon la disponibilité et la situation géographique; c'est-à-dire, que les musicothérapeutes peuvent se connaître en raison de leur rôle de superviseurs, professeurs, étudiants, collègues, etc. Si la musicothérapie n'est pas possible, on peut opter pour des thérapies par l'art, la danse et le mouvement ou l'art dramatique, des formes d'expression qui aident également au travail sur soi.

Pratique musicale

Finalement la pratique musicale peut aider à préserver le lien intime qu'entretiennent les musicothérapeutes avec la musique, maintenir le lien avec cette passion et, par ricochet, enrichir le travail en musicothérapie; que ce soit par la participation à un groupe de chant ou à un chœur, à un ensemble musical, ou à un groupe de musiciens (Ansdell, 2014). J'éprouve moi-même une grande satisfaction à participer à un chœur classique, ce qui nourrit ma passion pour la voix et cette musique particulière. Cette activité hebdomadaire me permet aussi de me ressourcer, de vivre la musique en-dehors d'un contexte thérapeutique et à entretenir mes compétences dans le cadre de la profession de musicothérapeute.

Mentorat

Nous venons d'aborder brièvement ce que représente l'entrée dans la profession et les stratégies pour établir une pratique durable. Cela dit, pour les musicothérapeutes pratiquant depuis nombre d'années ou qui en sont à mi-parcours dans leur carrière, il peut être enrichissant de partager leur expertise et de transmettre leur savoir aux musicothérapeutes en devenir par le biais du mentorat.

Selon Morer-Urdahl et Creswell (2004), le mentorat crée un effet d'entraînement qui commence avec une personne prenant sous son aile une autre personne en qui elle croit. La personne qui mentore a la capacité de donner de son temps, de partager son expertise et de transmettre son savoir. De son côté, la personne qui bénéficie du mentorat démontre une disposition pour recevoir et accepter ce savoir et cette confiance. La relation de mentorat est une relation gagnante pour les deux parties sur les plans personnel, professionnel et social parce qu'elle favorise l'actualisation de soi, la contribution à l'évolution de la profession et l'amélioration de la société en donnant accès aux meilleures pratiques en musicothérapie à l'intention des individus et des groupes.

Selon Houde (2010), la maturité offre à l'adulte une occasion unique de se préoccuper de la génération montante, ce qu'on appelle la générativité, et d'exprimer les plaisirs et les satisfactions qu'apporte le sentiment de compétence, de laisser sa trace, sans faire des copies conformes de ce qu'il ou elle est, et cela en permettant aux nouveaux venus dans la profession de se révéler à eux-mêmes ou à elles-mêmes. (p. 72)

Les mentors sont comme des passeurs ou passeuses, qui aident la personne mentorée à poursuivre son chemin. Ainsi, en mythologie, le passeur est un archétype au sens que l'entendait Carl Jung (1875-1961). Il représente un personnage qui aide à la traversée d'une rivière, à passer à un autre niveau, à se transformer. De même, les mentors sont des figures d'identification qui aident à la consolidation de l'identité de la personne mentorée (Houde, 2010). Cette personne s'identifie souvent de façon inconsciente au mentor, ce qui l'aide à poursuivre le développement de son identité. Le mentor est un guide et un conseiller qui contribue à l'individuation du mentoré, un peu comme un parent, mais sans être un vrai parent, plutôt un mélange de parent et de professionnel expérimenté (Houde, 2010). Houde (2010) poursuit en désignant le mentor comme une figure de transition, présente à certains moments de vie de la personne mentorée et voit son rôle en lien avec le travail d'actualisation de soi (Rogers, 1963) de la personne mentorée à mesure qu'elle se développe professionnellement et personnellement. Toujours selon Houde (2010), la personne mentorée bénéficie de la transmission du savoir du mentor. Ce dernier procure un niveau de connaissance de ses expériences que le mentoré reprend et fait sien en continuant de développer ses propres connaissances. Le mentorat crée souvent un effet d'entraînement qui encourage les mentorés à devenir à leur tour des mentors.

Le réseautage résultant du mentorat est aussi un aspect important qui permet de tisser une toile où nous sommes tous interpellés et interreliés. Le réseautage aide à introduire un mentoré à des personnes clefs qui vont l'aider à poursuivre sa route vers une spécialisation ou vers des intérêts communs, et le pousser à accroître ses capacités et sa confiance en soi. Il agit comme un relai de contacts professionnels.

On peut facilement expliquer le mentorat par une métaphore, soit une forêt contenant des arbres naissants, adultes et arrivés à maturité, qui se transmettent des nutriments pour soutenir la relève et se renouveler constamment. Selon Peter Wohlleben (2018), un garde forestier allemand, les arbres ont des réseaux de racines qui nourrissent les nouvelles pousses aussi bien que les arbres plus âgés, car tous ont besoin des uns et des autres pour rester en santé et se protéger. Je me rends régulièrement dans une forêt ancestrale de pins blancs au bord du fleuve Saint-Laurent, non loin de Montréal, pour y faire le plein d'énergie, me ressourcer et prendre un bain de forêt – *Forest Bathing* – (Almekinder, s. d.) comme on le fait au Japon, dans cette magnifique cathédrale naturelle sonore, verte, et odorante. Un paysage sonore que Murray R. Schaffer (2011), grand compositeur canadien, affectionnerait. Dans cette forêt, on voit les pousses d'un vert clair au pied des arbres plus âgés qui les protègent et les aident à grandir. Et les plus jeunes protègent les pieds et les racines de ces géants. Cette forêt illustre aussi bien la communauté des musicothérapeutes et reflète notre interdépendance et le besoin de nous soutenir les uns les autres.

La relation de mentorat est une relation qui peut marquer un parcours; elle a marqué le

mien. Elle m'a permis de poursuivre une carrière en musicothérapie qui me passionne tout en me sachant accompagnée. Le mentorat a joué un rôle important dans mon développement professionnel, clinique et personnel, ainsi que dans mes interactions avec la communauté de musicothérapeutes dans les différents rôles que j'ai occupés. Mes mentores ont cru en moi et elles m'ont aidée à puiser dans mes ressources personnelles et professionnelles. Il est important pour moi de saisir cette occasion pour les remercier. J'ai eu l'immense privilège d'être mentorée par des musicothérapeutes exceptionnelles durant les 30 dernières années.

Carolyn Kenny a été ma professeure durant mon baccalauréat et elle a dirigé ma thèse de doctorat quelque vingt ans plus tard. Elle a grandement inspiré mon travail, en particulier grâce à la théorie, *Le Champ du Jeu* (Kenny, 1989; 2006). Malheureusement, elle nous a quittés – trop tôt – il y a quelques années, mais son héritage demeure.

Josée Préfontaine (2006) a été ma superviseuse d'internat et elle a ouvert la voie à plusieurs musicothérapeutes du Québec. Elle était une fervente défenderesse de la langue française pour la communauté canadienne des musicothérapeutes. Même si elle n'est plus là aujourd'hui, je pense souvent à elle, et me demande, *Que dirait ou ferait Josée dans telle circonstance?*

J'ai connu Madeleine Ventre lors de la première formation sur la Méthode Bonny en Musique et Imagerie Guidée (GIM) que j'avais organisée à Montréal. J'ai ensuite poursuivi ma formation avec Madeleine à New York. Elle a été une formatrice extraordinaire avec une grande expertise qui soutient encore ma pratique et la formation que j'offre en GIM.

J'ai également eu le bonheur de bénéficier du mentorat de Liz Moffitt au cours des dix dernières années quand elle a offert la formation en GIM à l'université Concordia. Liz cumule, elle aussi, une expérience incroyable, et je lui serai toujours reconnaissante pour sa générosité et son soutien dans mon parcours pour devenir formatrice en GIM.

En y réfléchissant, *quels ont été, ou sont encore, vos mentors ou les personnes qui influencent toujours votre parcours? Vous pouvez penser aux enseignants que vous aviez à l'école primaire, au secondaire, à vos enseignants de musique, et plus tard dans vos études universitaires en musicothérapie, dans vos milieux de travail. À ce moment-ci de votre carrière, est-ce que vous pouvez imaginer devenir vous-mêmes mentor(e)?*

Un rôle de leader pour faire avancer la profession de musicothérapeute

Le leadership est un aspect qui peut contribuer au désir de demeurer dans la profession. Les musicothérapeutes sont motivés par le désir de contribuer au mieux-être et à la santé de personnes et de groupes ayant un accès limité à des services de thérapie; ils créent de nouveaux programmes et services, font des présentations pour se faire connaître et promouvoir la profession, certains créent leur entreprise ou exercent en pratique privée, on fait appel à eux pour leur expertise, on les cite en référence. On les voit dans les reportages écrits, sur internet, dans les journaux, à la télévision et dans les médias sociaux. Toutes ces actions demandent du leadership et renforcent le sentiment de contribuer à la société de manière significative grâce au travail de musicothérapeute.

Durant mon doctorat en Leadership dans les professions à l'université Antioch (Ohio, É.-U.), on étudiait différents modèles de leadership; deux modèles ont particulièrement résonné par rapport à mon travail de musicothérapeute. Le premier modèle auquel je m'identifie est un modèle de leadership servant. Greenleaf (2002) écrit:

Le leader servant est, en premier lieu, au service de l'autre... il ressent le besoin naturel de servir d'abord les autres. Sa « mission » est de veiller à ce que les besoins les plus pressants des personnes qui l'entourent soient comblés... les personnes ainsi servies peuvent-elles elles-mêmes grandir? Alors qu'on les sert, peuvent-elles devenir plus saines, plus sages, plus libres, plus autonomes, et plus susceptibles de se placer à leur tour au service de l'autre? (p. 27) [Traduction]

Ici on ne parle pas de servant ou servante au sens d'être sous les ordres de quelqu'un ou dans un rôle de soumission. Greenleaf encourage plutôt l'être humain à être au service de l'autre et à se réaliser pleinement. Le deuxième modèle qui m'interpelle est le leadership quantique. Ce qu'on apprend de la physique quantique, que tout est interdépendant, relié, et que toute chose influence toutes les autres.

Pour Wheatley (1999), auteur de l'ouvrage *Discovering Order in a Chaotic World*:

Tout processus qui favorise la pensée et l'intuition non linéaires et fait appel à des formes d'expression autres comme le théâtre, l'art, le récit, l'image, la musique... nous aide à nous laisser baigner simultanément dans des phénomènes à valeurs multiples tout en laissant nos sens nous guider vers de nouveaux entendements. (p. 143) [Traduction]

Wheatley mentionne également qu'à mesure que les valeurs et les besoins en leadership évoluent, des approches innovantes sont explorées, comme en physique quantique, qui représente le mouvement constant et les interactions entre les atomes. Comme écrivait Carolyn Kenny (2006), nous naviguons à la fois dans les mondes des arts et de la science, du circulaire et du linéaire, du non verbal et du verbal, de l'intuition et de la logique, de l'implicite et de l'explicite.

Maintenant que nous avons réfléchi aux chemins que nous avons empruntés pour devenir musicothérapeute et aux ressources à notre disposition pour demeurer dans la profession, je vous invite à réfléchir à votre rôle face aux défis de la profession.

Défis de la musicothérapie

Nous venons de faire un survol des stratégies de soutien de la profession de musicothérapeute. Ce soutien nous est nécessaire pour affronter les défis que représente la pratique actuelle, comme les enjeux de la justice sociale, de la paix, de l'équité, de la diversité, et de l'inclusion. J'aborderai maintenant l'importance de la solidarité face à la pandémie de COVID-19, laquelle a eu des répercussions dramatiques pour certains musicothérapeutes et leurs clients/patients.

Justice sociale et paix

De plus en plus de musicothérapeutes s'intéressent à la promotion de la justice sociale et de la paix dans leur pratique quotidienne et sont témoins de l'effet de la musicothérapie sur les personnes et les groupes avec qui elles travaillent : des personnes vivant avec un problème de santé mentale qui affirment leurs droits et nous invitent à les écouter à travers des compositions de chansons originales; des personnes réfugiées qui expriment leur vécu et que les musicothérapeutes accompagnent dans un cadre sécuritaire tout en validant leur besoin d'une plus grande justice sociale; des enfants vivant de grandes détresses psychologiques ayant un profond désir de se sentir entendus et en sécurité. Les musicothérapeutes aident les personnes à se réaliser, ce qui leur permet de se sentir valorisées, écoutées, validées, et qui peut, par effet d'entraînement, avoir une incidence positive sur l'entourage immédiat de ces personnes. J'ai vu en séances le regard de parents et d'enseignants changer en voyant des enfants dits « à problème » présenter leur composition musicale. J'ai vu le regard d'une mère s'illuminer à la vue de son petit garçon jouant du xylophone en chantant en rythme, elle réalisait toute l'intelligence qui brillait dans les yeux de ce petit être complètement heureux de se sentir reconnu par sa mère. J'aime croire que ces enfants grandiront en sachant qu'ils contribueront à la société à leur manière. Ces exemples illustrent le rôle que jouent la musique et les musicothérapeutes dans une visée de justice sociale pour que tous aient la chance d'accéder à des services qui leur permettent de s'exprimer et de se développer de manière optimale.

Ainsi chaque musicothérapeute peut faire le choix d'orienter sa pratique de manière à améliorer le sort de ses semblables en se posant la question suivante : *Comment puis-je contribuer au développement de la profession et à la promotion de la justice sociale en tenant compte des défis actuels de notre société et du monde qui nous entoure?* Greenleaf (2002) ajoute que la plus grande menace ou le pire ennemi d'une société meilleure est « une personne ayant un fort tempérament de servant naturel et le potentiel d'être un leader, mais qui choisit de ne pas mener, ou encore, choisit de suivre une personne n'ayant pas cette caractéristique de "servant" » (p. 59), [trad.].

Pour moi, le mouvement *Musicothérapeute pour la paix* créé par Edith Boxill (1988) à New York en collaboration avec plusieurs musicothérapeutes dans les années 1980, a été une grande source d'inspiration. Des rencontres annuelles d'échange et de musique se sont organisées depuis plusieurs années au Canada pour souligner notre engagement pour la paix grâce aux initiatives de musicothérapeutes. Chaque musicothérapeute peut, à sa façon, contribuer à la paix que ce soit à l'échelle locale, auprès de son entourage, ou de manière plus large, par l'entremise d'organismes locaux, provinciaux, nationaux ou internationaux. Dans le cadre de ma thèse de doctorat basée sur les arts (Vaillancourt, 2009) et qui touchait la musicothérapie communautaire, le mentorat, la justice sociale et la paix, j'ai composé un poème sur la justice asociale, après avoir vu, dans un reportage sur la guerre en Afghanistan, le regard terrifié d'une petite fille face à un soldat armé, dans sa maison à moitié démolie. Son regard semblait demander « que va-t-il m'arriver? »

*Justice dissonante
Sonorités extrêmes
Fractures sociales
Utopie planétaire
Idéal inatteignable
Pourtant elle cherche notre attention
Elle crie à travers les regards hagards
Elle s'éternise sur les visages éteints
Elle implore les cœurs endormis
Pour qu'on la célèbre et
Lui rende justice*

Ce poème m'a permis de réfléchir et d'exprimer ce que représente l'absence de justice sociale, et de renforcer l'idée que nous avons tous un devoir d'y contribuer malgré des défis considérables. Je crois fermement que le travail des musicothérapeutes et la musique représentent un moyen privilégié pour relayer des messages de justice sociale et de paix.

Je vous encourage à réfléchir, au cours des prochains jours, semaines ou mois, à votre propre contribution à la justice sociale – celle que vous apportez déjà ou que vous aimeriez apporter. Les musicothérapeutes sont bien placés pour faire avancer les principes de justice sociale puisqu'ils côtoient régulièrement des populations souvent marginalisées n'ayant pas accès à des services ou à des ressources qui pourraient améliorer leur qualité de vie et leur permettre de se réaliser pleinement. Dans le même ordre d'idée, les principes d'équité, de diversité et d'inclusion nous amènent à revoir nos pratiques. Je suis reconnaissante à la génération montante de musicothérapeutes étudiants et aux musicothérapeutes établis qui œuvrent depuis plusieurs années à promouvoir ces trois valeurs essentielles. Comme des éveilleurs de conscience, des musicothérapeutes, des professeurs et des étudiants, dont certains ont souffert d'un manque d'équité, de diversité et d'inclusion, nous poussent à penser autrement, et pour le mieux. Depuis quelques années, dans le milieu universitaire en particulier, je me suis éveillée à ces principes, mais j'ai encore beaucoup à apprendre. J'encourage tout le monde à s'engager envers ces principes, en se posant d'abord les questions suivantes : *Quelle est ma compréhension de ces principes? Comment se révèlent-ils dans mon quotidien? Comment se manifestent-ils auprès des personnes que j'accompagne en musicothérapie?*

Être musicothérapeute en temps de crise

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sans précédent sur la profession de musicothérapeute, sur la formation, les études, les stages, les clients et les patients. En revanche, pour certains musicothérapeutes, la situation s'est avérée une occasion d'élargir leur pratique en mode télésanté, d'aller chercher du mentorat, de la supervision, des formations continues et des séances personnelles de musicothérapie, et de s'entraider en ligne. Certes, il a fallu

beaucoup d'adaptation pour y arriver, et je profite de cette plateforme pour rendre hommage aux musicothérapeutes professionnels et en formation partout au Canada qui ont vu leur pratique et leurs études chamboulées depuis mars 2020. Plusieurs parmi vous vivent le deuil de patients, clients ou résidents, ou d'autres personnes que vous avez côtoyées, et vous avez peut-être aussi perdu des proches parents ou amis. Bon nombre d'entre vous ont dû interrompre leur pratique pour vous relocaliser dans d'autres services, résidences ou institutions pour prêter main forte aux équipes de soins. Je vous souhaite de reprendre graduellement et de manière sécuritaire votre pratique auprès de toutes ces personnes qui ont grand besoin de vous. Je désire également rendre hommage aux enseignants et superviseurs, qui ont dû surmonter des défis de taille pour effectuer leur travail dans les meilleures conditions possibles, ainsi qu'aux étudiants et aux stagiaires qui ont démontré une grande capacité d'adaptation face à la situation pour terminer leurs cours, leurs stages et leur internat, en présentiel et à distance. Cette crise sanitaire nous fait réfléchir sur l'importance de la solidarité. *Comme musicothérapeutes, comment sommes-nous présents les uns pour les autres?* Même si nos nombres sont faibles et que nous sommes dispersés partout au pays, nous avons pu constater que le monde virtuel est plein de possibilités pour nous soutenir les uns les autres, quel que soit l'endroit où nous vivons. *Pensez à des moments où vous avez soutenu des collègues musicothérapeutes, nouveaux diplômés ou étudiants au cours de la dernière année. Qu'est-ce qui a été le plus significatif pour vous dans l'expérience de soutenir une autre personne? Pensez à d'autres moments où vous avez reçu à votre tour du soutien de collègues musicothérapeutes au cours de la dernière année. Qu'est-ce qui vous a été le plus utile?* Finalement, réfléchissez à des façons de répéter cette expérience de soutenir un collègue ou de demander que l'on vous soutienne. Nous devons sans cesse surmonter des défis et nous attaquer à des enjeux sociétaux, mais nous disposons de ressources et avons autour de nous des personnes qui peuvent nous apporter du soutien ou que nous pouvons nous-mêmes soutenir.

Conclusion : Appartenir à la communauté des musicothérapeutes

Pour conclure, j'aimerais réitérer à quel point c'est un privilège immense d'appartenir à la grande famille des musicothérapeutes, d'abord au niveau provincial, de mon côté, avec l'Association québécoise de musicothérapie, association « tissée serrée » depuis les années 1990. Il y a beaucoup de solidarité et de bonheur lorsque nous nous retrouvons pour les colloques et les formations continues. Il y a aussi l'Association canadienne des musicothérapeutes qui nous relie dans tout le pays et qui abat beaucoup de travail dans l'ombre; c'est un bonheur de retrouver, lors de chaque congrès annuel, les collègues des autres provinces et de faire connaissance avec de nouveaux collègues.

J'aime beaucoup cette citation de Carolyn Kenny (2006) qui reflète bien notre communauté : Un aspect des plus noble et des plus exquis de notre caractère humain est notre désir d'alléger la souffrance en exprimant notre compassion, de nous soucier les uns des autres. Le domaine de la musicothérapie attire des personnes extrêmement généreuses qui souhaitent servir les personnes de leur entourage souvent à risque et dans des situations d'extrême

détresse physique, émotionnelle, psychologique et spirituelle. (p. 205) [Traduction]
Le musicothérapeute a la capacité d'accueillir l'autre dans sa globalité et de faire ressortir ce qu'il y a de plus beau en chaque personne.

Voici quelques points importants auxquels je vous encourage à réfléchir.

Premièrement, soyez fiers d'être musicothérapeutes, vous n'avez rien à envier aux autres professions, vous êtes les experts de l'utilisation de la musique dans un contexte thérapeutique, quelle que soit votre spécialité. Ne tombez pas dans le piège de « devoir prouver l'efficacité de la musicothérapie » à tout prix. Demandez-vous plutôt *De quelle manière puis-je le mieux représenter la complexité de mon travail? Quel type de recherche ou de présentation seraient les plus utiles pour y arriver?*

Deuxièmement, plus que jamais, les musicothérapeutes sont des professionnels dont on reconnaît l'expertise dans les milieux de la santé, des services sociaux et de l'éducation. La demande pour ces services augmente, tout particulièrement maintenant que notre société se relève tranquillement de la pandémie. Plusieurs d'entre nous ont été témoins du rôle que joue la musique pour se sentir lié aux autres.

Pour boucler cet article, je vous invite à poursuivre votre réflexion sur votre parcours unique : *Est-il une ligne droite ou un chemin sinueux? A quoi ressemble-il aujourd'hui? Comment l'imaginez-vous dans les prochaines années?* Quel que soit son contour, je vous encourage à le partager avec d'autres musicothérapeutes ou d'autres personnes qui comprennent bien votre travail. Je vous souhaite bonne route à toutes et à tous.

Remerciements

J'aimerais remercier l'Association canadienne des musicothérapeutes de m'avoir offert l'occasion d'ouvrir le congrès virtuel en 2021 et la Revue canadienne de musicothérapie pour la publication de cet article. Je tiens aussi à remercier tous mes élèves, stagiaires, collègues musicothérapeutes et professeures à Concordia, particulièrement Sandi Curtis, Laurel Young et Cynthia Bruce. Vous m'avez enseigné énormément au fil des années et vous continuez de le faire.

Références

- Almekinder, E. (s.d). Forest or nature bathing: Ancient practices, modern uses, and the science of relaxation. <https://www.bluezones.com/2019/06/forest-or-nature-bathing-ancient-practices-modern-uses-and-the-science-of-relaxation/>
- Ansdell, G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315587172>
- Bird, N., Merrill, T., Mohan, H., Summers, S., et Woodward, A.(1999). Staying alive in our work: A group's experience in peer supervision. *Canadian Journal of Music Therapy*, 7(1). 51–67.

- Boxill, E. H. (1988). Letter of invitation. *Music Therapy*, 7(1), 56.
<https://doi.org/10.1093/mt/7.1.5>
- Bruscia, K. (1998). *The dynamics of music psychotherapy*. Barcelona Publishers.
- Chang, K. (2014). An opportunity for positive change and growth: Music therapists' experiences of burnout. *Canadian Journal of Music Therapy*, 20(2), 64–85.
- Cléments-Cortes, A. (2013). Burnout in music therapists: Work, individual, and social factors. *Music Therapy Perspectives*, 31(2), 166–174.
- Decuir, A. A., et Vega, V. P. (2010). Career longevity: A survey of experienced professional music therapists. *The Arts in Psychotherapy*, 37(2), 135–142.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.12.004>
- Gooding, L. F. (2019) Burnout among music therapists: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(5), 426–440. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1621364>
- Greenleaf, R. K. (2002). *Servant leadership. A journey into the nature of legitimate power and greatness*. Paulist.
- Houde, R. (2010). *Des mentors pour la relève*. Presses de l'Université du Québec.
- Jackson, N. A., et Gardstrom, S. C. (2011). Personal therapy for undergraduate music therapy students: A survey of AMTA program coordinators. *Journal of Music Therapy*, 48(2), 226–255.
- Kenny, C. (2006). *Music & life in the field of play: An anthology*. Barcelona Publishers.
- Kenny, C. (1989). *The field of play: A guide for the theory and practice of music therapy*. Ridgeview Publishing.
- Minevich, S. H. (2018). Wise therapists say: A qualitative interview study. [Master's thesis, Concordia University]. <https://spectrum.library.concordia>
- Moerer-Urdahl, T., et Creswell, J. (2004). Using transcendental phenomenology to explore the “ripple effect” in a leadership mentorship program. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(2), 1–28.
- Préfontaine, J. (2006). On becoming a music therapist. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 6(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v6i2.255>
- Rogers, C. (1963). *Le développement de la personne*. Dunod.
- Schafer, M. R. (2011). *Le paysage sonore*. Éditions Wildproject.
- Vaillancourt, G. (2016). When the client is a music therapist. Experiencing five approaches to music psychotherapy. *Revue canadienne de musicothérapie/Canadian Journal of Music Therapy*, 22(1).
- Vaillancourt, G. (2012). Une musicothérapeute en musicothérapie : ou quand la cliente est une musicothérapeute! *Revue canadienne de musicothérapie/Canadian Journal of Music Therapy* 18(1), 8–25.
- Vaillancourt, G. (2009). *Mentoring apprentice music therapists for peace and social justice through community music therapy: An arts-based study*. [Doctoral Dissertation, Antioch University]. UMI.
- Vega, V. P. (2010). Personality, burnout, and longevity among professional music therapists. *Journal of Music Therapy*, 47(2), 155–170.
<https://doi.org/10.1093/jmt/47.2.155>

Wheatley, M. J. (1999). *Leadership and the new science. Discovering order in a chaotic world.*

Berrett-Koehler Publishers.

Wohlleben, P. (2018). *La vie secrète des arbres.* Éditions MultiMondes.

À propos de l'autrice

Guylaine Vaillancourt est professeure agrégée en musicothérapie et directrice du Département de thérapies par les arts à l'Université Concordia (Montréal, Canada). Musicothérapeute, superviseure, mentore, et enseignante depuis plus de 30 ans, elle détient une maîtrise en musicothérapie (New York University) et un doctorat en *Leadership and Change* (Antioch University, Ohio, EU).

g.vaillancourt@concordia.ca

Is Music Therapy an Essential Service? A Personal Reflection on the Significance of Music Therapy in Health Care during COVID-19

[La musicothérapie est-elle un service essentiel? Réflexion personnelle sur l'importance de la musicothérapie durant la pandémie de COVID-19]

Taylor Kurta, BMT, MA

As a music therapist working with older adults, I frequently use music to support creative self-expression by creating original songs with individuals who want to leave a legacy for their family members (Clements-Cortes & Varvas Klinck, 2016), playing familiar music to evoke meaningful memories (Mercadal-Brotons, 2011; Särkämö et al., 2014), and using music to cultivate community in long-term care facilities (Cho, 2018; Davidson & Fedele, 2011). Like so many music therapists who have adapted their practice to meet COVID-19 safety protocols and support the well-being of clients during the pandemic (Pascoe & Clements-Cortes, 2021), I have used music to reduce fear, anxiety, and isolation for individuals living in long-term care who could not see their family or friends, have played “hallway concerts” in which individuals sang as a group from the safety of their rooms, and have played music at the bedside to comfort people who were dying without their family members beside them. During this time, I felt burnt out and scared, and questioned if music therapy should be considered an essential service when infection control was of top priority. It was not until a music therapist supported my grandfather at the end of his life in April of 2020 that I could see the value of this work from a new perspective. In this personal reflection on my work as a music therapist in long-term care during the pandemic, I explore how experiencing music therapy from the perspective of a family member changed my views on the essentiality of music therapy in health care, specifically during COVID-19.

Music therapy has been shown to be an essential ingredient in the well-being of individuals at end of life and of people living in long-term care and other health-care settings (Clements-Cortes, 2016; Mandel et al., 2019; Ray & Mittleman, 2017; Schmid et al., 2018). However, when the pandemic hit Canadian communities in March of 2020, many music therapists (including myself) questioned if their role would continue to be considered essential (Pascoe & Clements-Cortes, 2021). While some contract and private practice music therapy practitioners working in both health-care and community settings moved their practice to online platforms (Pascoe & Clements-Cortes, 2021), the Canadian government deemed all hospital and long-term care workers (including music therapists) essential (Public Safety Canada, 2021). As a music therapist working in long-term care during this time, I felt mixed emotions about this. While I was grateful to be working during a time when so many people had lost their jobs, I also felt scared and anxious, and wrestled with the concept of providing a non-life-saving service during a time when the main priority was keeping COVID-19 out of long-term care. I questioned if providing music and a space for people to express themselves creatively was more important than minimizing the

spread of COVID-19. I also worried about the risk of exposing a resident to the virus. Residents in other long-term care homes were dying in mass numbers, and I could not bear the thought of being a potential reason why a resident died.

About three weeks into the pandemic, I received a call that my grandfather was hospitalized for a stroke. Because of the COVID-19 restrictions at the hospital, I was unable to be with him. I remember sitting at my desk at work that day, head sunk towards the floor, crying. I dreaded going upstairs to the units to visit people who were being kept from their families while my grandfather was being kept from his own. In the last three weeks, I had witnessed the distress and sadness that residents were feeling as a result of being isolated from their families, and I knew that my grandfather would be feeling the same.

My grandfather was a Holocaust survivor who embodied resilience, strength, and courage, despite his parents and seven siblings being murdered in the concentration camps. In the early part of the war, he was shot in the posterior while escaping a train bound for a death camp. He was eventually caught and confined to a cell where he and many others were abused and tortured. He once told me that whichever person was found sleeping closest to the cell door would be killed in the middle of the night. After the war, he spent time in Israel and eventually made a life for himself in Toronto, Canada. He treasured the family he created in Canada and would often say to my sister and me, “You girls are my whole life. The apple of my tree.”

In the summer of 2019, I received a call saying that my grandfather had a stroke. I raced to the emergency room to find my grandfather in restraints with a blank look in his eyes. The doctor informed me that he was agitated and was “antagonizing” hospital staff. After being given antipsychotic medication, he calmed down enough so that the restraints could be removed. However, as the medication wore off, he became agitated again. This time I witnessed what happened when they tried to restrain him. He screamed in a way that has been forever etched into my memory. It was a scream that caused me to cry out for him.

The following day when I was sitting beside my grandfather in his hospital room, he apologized to me. He explained that hospitals made him feel like he was back in a concentration camp. He told me he loved me and that I was his “whole life.” When I received the call in April of 2020 that he had had another stroke, I immediately thought of him in those restraints. Later that day, I found out that the hospital had needed to restrain him again. Because of the COVID-19 restrictions at the time, I was not able to be with him. As a granddaughter who played a large role in the care of my grandfather, I was struck with an overwhelming feeling of helplessness. The image from the summer of 2019 kept replaying in my head as I was left wondering if he thought he was back in a concentration camp.

Over the next few weeks, my grandfather’s health continued to decline. He was no longer eating and was moved to the palliative care unit at the hospital. I happened to know the music therapist who worked on the palliative care unit—Christina Weldon—and emailed her to ask if she would be able to see my grandfather. Christina said that she would be happy to see him and asked me what his favourite songs were and if I would like to receive updates on sessions, provided that my grandfather gave consent. I felt a wave of relief wash over me. If I could not be

with my grandfather to give him comfort, at least someone could.

The next day, I received an email from Christina with an update from her first music therapy session with my grandfather: “Hi, Taylor. I just spent some time with your grandfather. I sang ‘My Way’ and spoke your name repeatedly. He appeared to relax his body as I sang, and his eyes remained open and engaged. I will help take good care of him for you and your family.”

I read this email many times over. The image of my grandfather from 2019 was replaced with one of him relaxed, listening to his favourite music, and hearing his granddaughter’s name. It was also the first time I felt appreciation for music therapy from the perspective of a family member. During this time, the only thing that helped my grandfather to relax was music. Having a person with him, singing the music that was important to him and speaking his granddaughter’s name, is what drew him away from feeling like he was in a concentration camp. Without Christina working with my grandfather, I would have lived with this previous image for the rest of my life.

Two days later, I got the call that my grandfather had died. When you cannot be with someone you love as they die, your mind wanders: Did they die in pain? Were they scared? Were they angry? I then received another email from Christina: “Hi, Taylor. My thoughts are with you and your family. I spent 30 minutes with your grandfather this morning. His breathing was heavy, but he seemed comfortable. He moved his arm up towards me a few times as I sang him his favourites.”

I now had a mental picture of how my grandfather died. He died comfortably, listening to his favourite music and reaching towards the person who was with him in his last hours. My grandfather did not die in restraints or feeling as though he was in a concentration camp. He died knowing that he was not alone. Music therapy was a fundamental ingredient in creating this safe and sacred space and was essential to his well-being at the end of his life. Perhaps just as poignant and important, this experience served as a re-awakening for me, both personally and professionally. Not only did it help me cope with my grandfather’s death by giving me a conduit to him—a way to be with him in spirit when I could not be there with him in person—it also transformed how I think about and value my work as a music therapist. I no longer questioned if it was ethical to provide music in long-term care during lockdown, because I realized that music is absolutely essential as a human connector during challenging times.

The story of Christina and my grandfather is just one example of how music therapists all over the country have dedicated themselves to the care and well-being of their clients during the pandemic. Over the past year and a half, music therapists have creatively imagined ways to foster a sense of community in health-care settings when isolation was the main priority. For example, Graylen Howard, a music therapist practising in British Columbia, played music outside in the courtyard of Eden Gardens, a long-term care home, so residents could enjoy music at a safe distance from one another (Jacobson, 2020). Miya Adout, director of Miya Music Therapy, provides virtual telehealth sessions for older adults living at home and in retirement homes in the GTA to help with isolation (Merali, 2020). When British Columbia went into its first lockdown, music therapist Brigit Giesser started a mobile music therapy service through their role with the Ridge Meadows Association for Community Living. Giesser held outdoor therapy sessions for

community members in a variety of outdoor community spaces (Flanagan, 2020). These are a few of what I know are countless examples of the creative and adaptive support that music therapists have offered and continue to offer in the midst of the challenges presented by the pandemic. The dedication to providing music during the pandemic from these music therapists and many others has brought comfort and joy when so much has been taken away. And while I have always believed strongly in the importance of music in people's lives, my experiences during the pandemic and especially with my grandfather in his last days illuminated for me why we do what we do. We provide a space for healing, hope, and comfort when this space might otherwise be impossible to find. It is because of this that music therapy played an essential role in health care prior to the pandemic and will continue to serve an essential role long after.

Acknowledgements

I would like to thank Christina Weldon for caring for my grandfather at the end of his life. Your passion and dedication to this work provided comfort to my family and me when we thought there was no comfort to be had. Lastly, I would like to thank all of the music therapists who have been working tirelessly to bring joy and strength to individuals during the COVID-19 pandemic. Your work is essential.

References

- Cho, H. K. (2018). The effects of music therapy-singing group on quality life and affect of persons with dementia: A randomized controlled trial. *Frontiers in Medicine*, 5(279). <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00279>
- Clements-Cortes, A. (2016). Development and efficacy of music therapy techniques within palliative care. *Complimentary Therapies in Clinical Practice*, 23, 125–129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.04.004>
- Clements-Cortes, A., & Varvas Klinck, S. (2016). *Voices of the dying and bereaved: Music therapy narratives*. Barcelona Publishers.
- Davidson, J. W., & Fedele, J. (2011). Investigating group singing activity with people with dementia and their caregivers: Problems and positive prospects. *Musicae Scientiae*, 15(3), 402–422. <https://doi.org/10.1177/1029864911410954>
- Flanagan, C. (2020, December 17). COVID-19: Mobile musical therapy earns provincial award for Maple Ridge music therapist. *Maple Ridge-Pitt Meadows News*. <https://www.mapleridgenews.com/community/covid-19-mobile-musical-therapy-earns-provincial-award-for-maple-ridge-music-therapist/>
- Jacobson, J. (2020, June 16). Music therapist plays socially distant concerts at Nanaimo long-term care home. *Monday Magazine*. <https://www.mondaymag.com/entertainment/music-therapist-plays-socially-distant-concerts-at-nanaimo-long-term-care-home/>
- Mandel, S. E., Davis, B. A., & Secic, M. (2019) Patient satisfaction and benefits of music therapy services to manage stress and pain in the hospital emergency department. *Journal of*

- Music Therapy*, 56(2), 149–173. <https://doi.org/10.1093/jmt/thz001>
- Merali, F. (2020, December 28). Music therapy offering lifeline for isolated GTA seniors amid pandemic restrictions. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/music-therapy-seniors-gta-ocivd-1.5825707>
- Mercadal-Brotons, M. (2011). Music therapy and dementia: A cognitive-behavioural approach. In A. Meadows (Ed.), *Development in music therapy practice: Case study perspectives* (pp. 542–555). Barcelona Publishers.
- Pascoe, H., & Clements-Cortes, A. (2021). Music matters: How music therapists across Canada responded to the COVID-19 pandemic / L'importance de la musique : comment les musicothérapeutes du Canada ont réagi à la pandémie de COVID-19. *Canadian Music Educator*, 62(4), 57. <https://www.proquest.com/docview/2544548781/fulltextPDF/FE4DB55F99994A73PQ/1?accountid=14906>
- Public Safety Canada (2021, October 14). *Guidance on essential services and functions in Canada during the COVID-19 pandemic*. Public Safety Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/ntnl-scr/crtcl-nfrstrctr/esf-sfe-en.aspx>
- Ray, K. D., & Mittleman, M. S. (2017). Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*, 16(6), 689–710. <https://doi.org/10.1177/1471301215613779>
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. K., & Rantanen, P. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *The Gerontologist*, 54(4), 634–650. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt100>
- Schmid, W., Rosland, J. H., von Hofacker, S., Hunskar, I., & Bruvik, F. (2018). Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care: An integrative review. *BMC Palliative Care*, 17(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0286-4>

Author Information

Taylor Kurta is a music therapist and award-winning singer/songwriter. She is a PhD student at the University of Waterloo in Recreation and Leisure Studies, researching collaborative songwriting with people living with dementia to challenge stigma.

tkurta@uwaterloo.ca

Providing Music Therapy on Inpatient Mental Health Units in Canada: Reflections on Practice during the COVID-19 Pandemic

[La musicothérapie auprès de patients hospitalisés en psychiatrie au Canada:
Réflexions sur l'exercice de la profession durant la pandémie de COVID-19]

Meredith Evans, PhD, MA, BMus
Priya Shah, RP, MTA, MMT, BMus
Chrissy Pearson, RP, MTA, FAMI, BMT
Dany Bouchard, MTA, BMus
Tom Curry, MTA, CMT, BA

Abstract

Many music therapists working in hospitals across Canada have continued to provide direct in-person care throughout the COVID-19 pandemic. In this reflection on practice article, the authors share clinical perspectives on the provision of music therapy services on inpatient mental health units, discussing the various ways in which music therapists navigated restrictions and creatively adapted music therapy services to support inpatient mental health care during the first year of the COVID-19 pandemic. These reflections illustrate how the COVID-19 pandemic has impacted the work of music therapists and offer insights into methods for reimagining music therapy practice.

Keywords: music therapy, psychiatry, mental health, hospitals, inpatients, COVID-19

Sommaire

Tout au long de la pandémie de COVID-19, nombre de musicothérapeutes du milieu hospitalier au Canada ont continué à prodiguer des soins directs en personne. Dans cet article — qui se veut une réflexion sur l'exercice de la profession — les auteurs racontent leurs expériences cliniques de la prestation des services de musicothérapie aux patients hospitalisés en psychiatrie. Ils abordent différents moyens employés par les musicothérapeutes pour composer avec les contraintes et user de leur créativité pour soutenir les patients durant la première année de la pandémie. Cet exercice introspectif illustre les répercussions de la COVID-19 sur le travail des musicothérapeutes et présente un aperçu des méthodes visant à repenser l'exercice de la musicothérapie.

Mots-clés : musicothérapie, psychiatrie, santé mentale, hôpitaux, patients hospitalisés, COVID-19

Introduction

Music therapists working across Canada have had to adapt music therapy service delivery since the onset of the COVID-19 pandemic in March 2020. This has meant providing virtual music therapy (Kantorová et al., 2021) as well as adapting methods of providing in-person music therapy, such as by incorporating physical distancing (Pascoe & Clements-Cortés, 2021). Hospital inpatient mental health units have been challenging practice sites for the ongoing provision of music therapy during the pandemic; people with mental health disorders are at increased risk of COVID-19 infection (Yao et al., 2020) and the risk of COVID-19 transmission is amplified on psychiatric units where many spaces and facilities are shared and physical distancing can be difficult (Hanafi et al., 2020). Hospitals have implemented many restrictions for the purposes of infection prevention and control, such as prohibiting visitors, confining patients to their units or to their rooms, suspending volunteer programming, and placing limitations on therapeutic programs facilitated by professional staff including music therapy; these measures can have a negative impact on inpatient mental health. The increased social isolation resulting from these policies can exacerbate mental health conditions, like anxiety and depression, which music therapy can effectively mitigate (Atiwannapat et al., 2016; Castillo-Pérez et al., 2010; Erkkilä et al., 2011; Werner et al., 2017).

In considering the impact of the COVID-19 pandemic on inpatient mental health treatment and care, psychiatrist Ermal Bojdani and colleagues (2020) have noted the contradiction that “effective inpatient psychiatric treatment depends on interaction (i.e., group therapy), which is in direct conflict with practices that would reduce the spread of infectious disease” (p. 5). Music therapy is caught in this double bind—on the one hand, music therapy is an effective mode of inpatient psychiatric treatment, with beneficial outcomes for patients with various mental health disorders (Atiwannapat et al., 2016; Carr et al. 2012, 2013; Castillo-Pérez et al., 2010; Erkkilä et al., 2011; Geretsegger et al., 2017; Gold et al., 2009; Guétin et al., 2009; Ulrich et al., 2007; Werner et al., 2017) and, on the other hand, limiting interpersonal interaction reduces the risk of COVID-19 acquisition. Across Canada, music therapists have negotiated this challenge by creatively adapting music therapy practice in line with infection prevention and control (IPAC) policies to continue providing in-person care on inpatient mental health units in hospitals.

In this article, four music therapists working on inpatient mental health units in hospitals across Ontario, Quebec, and Nova Scotia reflect on their experiences of adapting music therapy services during the first year of the COVID-19 pandemic, from March 2020 to April 2021. While these experiences varied significantly based on context (such as geographic location, patient population, and specific hospital IPAC policies), this article reflects on how music therapy consistently played an important role in supporting inpatient mental health care in Canadian hospitals during the initial year of COVID-19 pandemic lockdowns and outbreaks. In navigating various limitations on music therapy services, such as singing bans and group restrictions, music therapists working on inpatient mental health units have had to modify therapeutic interventions and adapt in creative ways. In some contexts, restrictions on music therapy services in other

sites of practice led to an increase in the presence of music therapy services on inpatient mental health units, which was perceived by practitioners to have enhanced the quality of care on these units during the first year of the pandemic. Finally, this article discusses a perceived increase in recognition, awareness, and appreciation of music therapy from other clinical staff, and the positive implications of this increased staff awareness of music therapy.

In-person Music Therapy during Lockdowns

In the first year of the pandemic, ongoing COVID-19 lockdowns restricted personnel, movement, and activities across Canadian hospitals. Music therapists Chrissy Pearson at Baycrest Health Sciences Centre (Toronto, ON), Dany Bouchard at Montreal General Hospital (part of the McGill University Health Centre, Montreal, QC), and Tom Curry at St. Martha's Regional Hospital (Antigonish, NS) continued in-person music therapy sessions on the inpatient mental health units of their hospitals, while some of the other music therapy services they provided were temporarily suspended or moved online during the first year of the pandemic. Music therapist Priya Shah began her position at Homewood Health Centre (Guelph, ON) in September 2020 and, when she started at Homewood, all groups and individual sessions were conducted in-person. All four music therapists were working with adult patients, 18 years of age or older. At each of these sites, precautionary health and safety measures were adopted—donning personal protective equipment including surgical masks and face shields or goggles, observing physical distancing with patients, observing COVID-19 institutional testing requirements for employees, sanitizing all surfaces and instruments after use, and asking patients to use hand sanitizer.

During the first year of the pandemic, Shah, Pearson, Bouchard, and Curry found the atmosphere to be tense and quiet on the inpatient mental health units of their hospitals. Patients faced various restrictions, such as periods of not being permitted to leave the unit or go outside as well as not being permitted to have visitors. Volunteer services were suspended and recreation activities limited. Social isolation was intensified for patients during this time, leading to amplified stress and anxiety. The ongoing presence of in-person music therapy on inpatient mental health units during the first year of the COVID-19 pandemic helped patients cope with these additional challenges. Meaningful moments of connection in music therapy supported patients by mitigating feelings of isolation and anxiety, helping to process difficult emotions, encouraging a sense of community, and supporting the development of trust, empowerment, and freedom while affirming patients' sense of identity.

During the first year of the COVID-19 pandemic at Baycrest, Pearson provided individual music therapy to patients quarantined upon admission to the inpatient mental health unit. The 14-day period of isolation was observed to be challenging for these patients, who were primarily older adults already struggling with mental illnesses such as major depressive disorder or other mood disorders. The only in-person interactions patients experienced during this time were with health-care practitioners who had to don full personal protective equipment (PPE), including gown, gloves, mask, and face shield. Sitting at a distance (sometimes outside their doors) in full

PPE, Pearson was able to provide one-on-one, meaningful activity and support through music therapy, which was observed to help reduce patients' feelings of isolation and loneliness.

At Homewood, many psychiatric inpatients communicated to Shah their fears of being discharged from the hospital. While hospital lockdowns restricted patients' movements and prohibited visitors, patients had opportunities for regular in-person social interaction and contact (such as through Shah's music therapy program). Many patients were concerned that they would be isolated in the community following discharge as outpatient mental health and community programming regularly suspended in-person activities during ongoing lockdowns. Shah observed that music therapy helped to reduce patients' anxieties, including anxieties about discharge. Through group music-making and discussion, patients processed difficult feelings, such as fear and loss, in a supportive environment. Patients shared that the connections they developed with each other in group music therapy sessions helped to establish feelings of trust and friendship amongst co-patients, which enhanced other parts of their treatment program (such as group talk therapy sessions).

Psychiatric inpatients at the Montreal General Hospital told Bouchard and medical staff that music therapy helped them cope with pandemic anxiety throughout ongoing lockdowns and institutional restrictions. The unit psychiatrists communicated to Bouchard that patients requested less anti-anxiety medication, such as benzodiazepines, on the days they received music therapy. While facilitating music therapy sessions during the first year of the pandemic, Bouchard aimed to support patient autonomy by offering them choices, such as musical genre or style, music therapy activities, and the degree of participation. In his clinical practice, Bouchard has observed that hospital patients often feel a sense of powerlessness—especially psychiatric inpatients, some of whom are admitted involuntarily under a psychiatric hold or court order—and that music therapy can offer these patients feelings of empowerment, self-determination, and freedom. Bouchard found that the sense of empowerment afforded to psychiatric inpatients through music therapy sessions was especially important during the first year of the COVID-19 pandemic, a time when many people felt powerless and overwhelmed.

At St. Martha's Regional Hospital in Nova Scotia, Curry worked to cultivate a positive group dynamic on the inpatient mental health unit when facilitating group music therapy sessions in the first year of the pandemic. In these open sessions, individuals could come and go at their discretion, and participate in their own ways. For example, Curry would devote a portion of the group session to each patient's preferred music. By recognizing and incorporating individual musical preferences into the group sessions, music therapy helped to affirm each participant's unique identity and sense of self by supporting individual expression and identity development, which helped to cultivate a supportive community amongst patients.

During the first year of the COVID-19 pandemic, music therapists continued to provide in-person music therapy for inpatients on mental health units of Canadian hospitals (Pearson at Baycrest, Shah at Homewood, Bouchard at Montreal General, and Curry at St. Martha's Regional). The ongoing provision of in-person music therapy contributed to patient care during the initial year of the pandemic by mitigating patients' feelings of isolation and anxiety, supporting patients'

sense of autonomy and identity, and contributing to patient community-building, feelings of trust, and a positive group dynamic.

Virtual Music Therapy During Outbreaks

While continuing to offer in-person music therapy during the first year of the pandemic, two music therapists—Shah and Pearson—also provided virtual music therapy to patients during COVID-19 outbreaks on inpatient mental health units. Virtual music therapy provision presented challenges as well as opportunities.

At Homewood, Shah encountered technical problems while facilitating a virtual music therapy group during an outbreak. Despite a strong internet connection, there was a significant audio delay that was detrimental to live, synchronous music-making with patients. As a result, Shah adapted the virtual group session by using recorded music. Utilizing the “share computer sound” feature on Zoom, Shah played recordings from Spotify and engaged the group in lyric analysis and discussion, choosing the song “Life Starts Now” (2009) by Three Days Grace to stimulate discussion about addiction, mental illness, and recovery. Shah then invited patients to share a song of their choice and to describe any personal meaning or significance they attached to the song.

At Baycrest, Pearson also had to conduct group music therapy sessions virtually during the first year of the pandemic when the inpatient mental health unit was experiencing COVID-19 outbreaks. Like Shah, Pearson experienced the technical problems of audio delays and, in general, found it was more difficult to establish connections with patients in virtual music therapy compared to in-person music therapy. However, during an outbreak when restrictions on patients were severe and feelings of isolation were intensified, Pearson found that patients wanted opportunities for interaction and were extremely grateful that their group music therapy sessions could continue virtually. Virtual music therapy also offered Pearson new ways to deepen existing therapeutic connections with patients; for example, several patients were excited to see Pearson’s mask- and goggles-free face for the first time.

While virtual music therapy sessions presented challenges for music therapists—notably the technical difficulty of audio delays that interfered with live, synchronous music-making on video conference platforms like Zoom—it afforded music therapists Pearson and Shah the opportunity to continue music therapy service provision for inpatients on mental health units when in-person music therapy was temporarily suspended during outbreaks, ensuring continuity of care to patients during the first year of the COVID-19 pandemic.

Adapting In-Person Music Therapy Interventions to Singing Restrictions

In Canada, IPAC policies implemented to mitigate the risk of COVID-19 infection and transmission varied from hospital to hospital, influenced by federal, provincial/territorial, and municipal public health recommendations. Restrictions on singing, instrument use, and group

sizes impacted hospital music therapists' clinical practice, and required music therapists to creatively adapt their music therapy approaches on inpatient mental health units during the first year of the COVID-19 pandemic.

In the early months of the pandemic, hospital IPAC policies identified singing as a potential risk factor for COVID-19 and limited it in various ways. At the Montreal General in Quebec, patients on the inpatient mental health unit were permitted to sing, while the music therapist was not. At Baycrest and Homewood, no singing was permitted whatsoever; these restrictions were informed by Ontario Public Health guidelines that disallowed singing and the use of wind and brass instruments (Government of Ontario, 2020). In Nova Scotia at St. Martha's Regional, singing was not restricted. Although singing has been identified as potentially risky for the transmission of COVID-19, the numerous therapeutic benefits of singing have made its restriction challenging for music therapists to navigate (LeMessurier Quinn et al., 2020).

Bouchard, Pearson, and Shah adapted their music therapy services on inpatient mental health units to accommodate restrictions on singing. At the Montreal General, Bouchard temporarily suspended the therapeutic application of vocal psychotherapy on the inpatient mental health unit. Patients who had tested negative for COVID-19 upon admission to the unit were allowed to sing during individual music therapy sessions. Bouchard would support patients' singing by, for example, playing instruments as they sang and engaging them in reflective verbal discussions about how singing made them feel.

At Homewood, Shah adapted to the blanket ban on singing by encouraging patients to hum along with instrumental music as an alternative to sung vocalizations. Humming was a tool that patients could use to ground themselves while feeling the vibrations in their bodies and connecting both to themselves and to the music. Additionally, Shah facilitated group music therapy songwriting sessions with an adapted focus on spoken word poetry, incorporating many voices while still including musical accompaniment on guitar or piano. Shah often encouraged patients to write about a specific theme or topic, or to complete phrases and create affirmations—for example, using prompts like "I am..." or "We are..." Through this form of songwriting, patients affirmed that they felt heard and supported in sharing their thoughts and feelings. They also communicated that they felt a sense of togetherness in their shared experience, since there were often similarities between patients' choice of words—for example, "I am resilient" and "I am strong." Adapted songwriting with spoken word poetry offered an alternative to singing as a mode of musical expression and created opportunities for reciprocal validation, affirmation, and support. This mode of collaboration through mutual practices of care and support helped to strengthen group cohesion during the first year of the pandemic.

At Baycrest, Pearson adapted her group songwriting intervention in response to the singing ban. Before the pandemic, the group songwriting sessions that Pearson facilitated on the inpatient mental health unit consisted of patient participants contributing lyrics based on a particular theme that Pearson would set to either improvised music or to the tune of a familiar song. Patients would then sing the collectively composed song along with Pearson, who would alter and adapt the lyrics, melodic contour, and harmonic structure in the moment. With singing no longer permitted

in the first year of the pandemic, Pearson adapted the structure of this group songwriting session to focus on verbal discussion, lyric development, and rhythmic structure. After the initial adapted group songwriting session, Pearson would record herself singing the new song. In their subsequent group music therapy session, the group would listen to the recording together and offer their thoughts, ideas, and suggestions for how to further refine the composition. Pearson would then make changes to the song as requested and record new versions until the group was happy with their collectively composed song. One of these group songwriting interventions was to the tune of John Lennon's "Imagine" (1971). Pearson encouraged participants to think about and discuss things that they imagined, hoped, or wished for; their collectively rewritten lyrics read:

Imagine having more freedom
 It's sometimes hard to do
 More travelling and family gatherings
 Feeling happy through and through
 Imagine walking with ice-cream
 Chocolate or vanilla

Imagine getting life in order
 A focus on personal growth
 Connecting with other people
 Bravely expressing more
 Imagine feeling grounded
 Safe and secure

I can imagine going cycling
 In the fresh air, in the sunshine
 I can imagine feeling optimistic
 And with acceptance, maybe feeling peace

This songwriting exercise, creatively adapted in response to restrictions on singing, offered a shared medium for patients to safely express their feelings of confinement and desires for quotidian pleasures—like enjoying the fresh air and sunshine of the outdoors—that were typically unavailable to patients on inpatient mental health units during the first year of the pandemic. These locked units restricted movement before the COVID-19 pandemic and the restrictions only intensified during the first year of the pandemic as patients were confined on units and to their rooms. Despite not being permitted to sing their song together in the group music therapy session, the adapted songwriting intervention continued to offer patients a medium of expression and simultaneously created new possibilities—for example, patients could keep an MP3 copy of Pearson singing their collectively written song and listen to it outside of the group music therapy sessions for therapeutic support.

Singing restrictions and bans during the first year of the COVID-19 pandemic impacted music therapists' clinical practice on inpatient mental health units in three hospitals across Quebec and Ontario. Music therapists adapted to these restrictions in creative ways, focusing on supporting patients' singing when therapists were not permitted to sing and, when patients were also prohibited from singing, adapting music therapy interventions by pivoting to humming, spoken word poetry, and verbal discussion.

Creating Music Opportunities

During the first year of the COVID-19 pandemic, music therapists worked to enhance music opportunities outside of music therapy sessions for patients on mental health units. While creating music opportunities was an element of these hospital music therapy programs before the pandemic, facilitating opportunities for independent music-making or listening was especially important during lockdowns when patients' activities and movements were restricted.

According to Shah, music therapists can become what she calls "music enablers" by providing resources and igniting (or re-igniting) a musical spark. Before the pandemic, Shah had noticed that, after attending music therapy sessions, many patients became interested in using music on their own or with others independently, outside of the structure of a music therapy session facilitated by a music therapist. At Homewood, patients can borrow guitars from the Recreation and Fitness Centre or play the piano in the chapel at their leisure. During the first year of the COVID-19 pandemic, Shah observed that—with limited activities and restricted visitor guidelines—patients had more free time and desire to learn and practise an instrument. Shah provided resources, such as chord charts, sheet music, and printed lyrics, to support patients in making music on their own time. As a music enabler, Shah incorporated music into multiple aspects of the health-care milieu and encouraged music as a normal and ordinary part of everyday life during the first year of the pandemic.

Similarly, before the pandemic, Bouchard worked to create music opportunities for patients on the inpatient mental health unit outside of structured music therapy sessions at the Montreal General. Patients could engage in therapeutic music listening at music-listening stations (tablet computers equipped with headphones and the YouTube Music streaming service) or by borrowing individualized MP3 players. They could also engage in therapeutic music-making by borrowing instruments (guitars, keyboards, or ocean drum), piano scores, and other music materials, or by making use of one of the unit's three upright pianos. During the first year of the COVID-19 pandemic, Bouchard observed inpatients struggling to cope with intensified isolation. He supported them by offering longer and more frequent consultations with patients about different ways to engage music therapeutically to help them cope, such as by listening to or playing soothing music that would help them to relax or energizing music that would help to uplift their mood.

Music therapists like Shah and Bouchard perceived an increase in patients' interest in and need for music opportunities during the ongoing lockdowns and restrictions in hospitals throughout the first year of the pandemic. Opportunities for independent music-making and

music listening offered patients on inpatient mental health units therapeutic strategies for coping with not only their pre-existing mental health challenges but also the additional anxiety, stress, and isolation caused by the COVID-19 pandemic.

Increased Presence of Music Therapy

During the first year of the COVID-19 pandemic, the temporary suspension of music therapy services on other inpatient units and outpatient and community-based programs meant that some music therapists could increase the time they spent providing music therapy on inpatient mental health units. In spending more time on inpatient mental health units, music therapists worked to enhance the continuity of care for patients, expand music therapy programs to reach more patients, and build interprofessional relationships with other clinical staff.

At St. Martha's Regional Hospital, Curry held two group music therapy sessions per week on the inpatient mental health unit before the COVID-19 pandemic. During the initial months of the pandemic, Curry's music therapy services were suspended elsewhere. As a result, in the initial months of the pandemic, Curry more than doubled his presence on the inpatient mental health unit by devoting four mornings per week to this unit. He observed that his increased presence there strengthened his connections with other clinical staff, especially as he was able to attend medical rounds more frequently.

Curry also observed that being on the unit more strengthened his connections with patients, especially as his music therapy program was the only therapeutic service that continued on the inpatient mental health unit for the first six months of the pandemic. His increased presence on the unit afforded regular and extended group sessions, which created more opportunities for patients to participate in music therapy. Entire segments of group sessions were devoted to individual patients' preferences. Longer sessions offered patients more opportunities to become actively involved in music-making; after participating by listening during the beginning of the group session, patients often began to sing or play after some time had passed. These additional opportunities for musical engagement were made possible because Curry spent more time on the inpatient mental health unit.

At Baycrest, Pearson also increased her presence on the inpatient mental health unit during the first year of the pandemic. While previously Pearson had facilitated one large group music therapy session with up to 15 people, institutional restrictions on group gatherings during the first year of the COVID-19 pandemic meant reducing the group size to 6 people. Pearson was asked by the allied health team to facilitate a second group to accommodate more patients while observing the limitations on group sizes. This was feasible because, like Curry, Pearson had other music therapy services that were temporarily suspended. Pearson's greater presence on the unit did not increase the amount of time she spent with the same patients; rather, it enabled her to expand the scope of the music therapy program on the inpatient mental health unit by caring for more patients than she would have otherwise. Pearson also noticed that her increased presence strengthened her connections with clinical staff, with whom she interacted on a more regular basis.

Music therapists' increased presence on inpatient mental health units during the first year of the COVID-19 pandemic afforded opportunities to enhance the continuity of patient care through regular and longer music therapy sessions with the same patients; to expand the scope of patient care by providing music therapy to more patients; and to build stronger relationships with other clinical staff on the unit.

Recognition and Visibility of Music Therapy

Despite the various restrictions that limited music therapy practice during the first year of the COVID-19 pandemic, music therapists working on inpatient mental health units noticed that music therapy was appreciated by medical and allied staff during this time of heightened stress and uncertainty. Due to less activity and limited personnel on inpatient mental health units at the beginning of the pandemic, music therapists perceived music therapy to be more visible to medical and allied staff, whose awareness of and participation in music therapy seemed to increase during this time.

Pearson noticed that, because activities and personnel were limited, the inpatient mental health unit was so quiet that staff often heard the group sessions she facilitated through closed doors. She received questions from staff asking about what they heard, which was an unusual occurrence before the pandemic. Pearson also received requests from clinical staff for more music therapy. However, Pearson's position at Baycrest is shared between several units and a permanent increase on one unit is not possible without an expansion of the hospital's music therapy program. Nevertheless, Pearson documented clinical staff's positive feedback and desire for more services to further ongoing advocacy efforts to expand the music therapy program at the hospital.

Within the first year of the pandemic, Curry observed an increase in staff participation in group music therapy sessions on the inpatient mental health unit. Staff often sat or stood at the periphery of the open-concept patient lounge to listen to patients' music-making and sometimes participated by singing along to a song with patients or assisting a patient in choosing a familiar song for the group to engage. Shah also noticed that staff regularly participated in music therapy during the first year of the pandemic. For example, one of her patients regularly requested "Get Outta My Dreams, Get Into My Car" (1988) by Billy Ocean; each time they played that song in music therapy, staff members joined the session and participated by dancing. Clinical staff have experienced high levels of stress and burnout during the COVID-19 pandemic (Giordano et al., 2020; Wu et al., 2020); music therapists like Curry and Shah observed that staff's participation in music therapy during the first year of the pandemic provided them moments of joy and reprieve.

Music therapists perceived an increase in clinical staff's awareness of and participation in music therapy on inpatient mental health units during the first year of the COVID-19 pandemic. This increase has potential benefits for improving education and awareness of music therapy in hospitals, as well as for contributing positively to clinical staff's mental health and wellness. Additionally, the increased visibility of music therapy to clinical staff on inpatient mental health units during the first year of the COVID-19 pandemic offers potential benefits in terms of enriching

patient care. Music therapy sessions provide a dynamic social and cultural context for the medical staff to learn about and understand patients as complex persons, which can enrich therapeutic relationships between patients and practitioners.

Conclusion

Adapting music therapy services on inpatient mental health units during the first year of the COVID-19 pandemic was challenging for music therapists like Bouchard, Curry, Pearson, and Shah. Restrictions such as singing bans and limitations on group sizes have been disappointing and frustrating. At the same time, the challenge of improvising and creatively adapting music therapy services during the pandemic have pushed music therapists to develop new skills, approaches, and techniques that can be carried into their professional practice beyond the current pandemic-related service delivery restrictions.

In this reflection on practice article, we detail how music therapists—throughout the lockdowns and outbreaks of the first year of the pandemic—navigated various restrictions on their services on inpatient mental health units to care for patients in creative and improvisational ways. We also describe how an increase in the presence of music therapy on some inpatient mental health units during the first year of the pandemic contributed to continuity of patient care, the expansion of services, and the strengthening of interprofessional relationships. Finally, we discuss how, during the first year of the pandemic, a lack of activity on units led to a perceived increase in the visibility of music therapy to clinical staff on inpatient mental health units.

As practitioners continue to grapple with adapting their practice to restrictions resulting from the COVID-19 pandemic, these reflections could inform the work of other music therapists as they creatively adapt their own music therapy practices in hospitals as well as in other sites of practice. These reflections on practice could also inform future research on and advocacy for music therapy by illustrating how music therapy can support mental health care and enrich inpatient care in hospital settings.

References

- Atiwannapat, P., Thaipisuttikul, P., Poopityastaporn, P., & Katekaew, W. (2016). Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder—A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine, 26*, 141–145.
- Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier, A., Solomon, H., Naqvie, N.Z., Batty, N., Festin, F. E. D., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L. E. (2020). COVID-19 pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Research, 289*, 113069.
- Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder—An exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*(2), 179–202.

- Carr, C., Odell-Miller, H., & Priebe, S. (2013). A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients. *PloS One*, *8*(8), e70252.
- Castillo-Pérez, S., Gómez-Pérez, V., Velasco, M. C., Pérez-Campos, E., & Mayoral, M. A. (2010). Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, *37*(5), 387–390.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., & Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(2), 132–139.
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Giordano, F., Scarlata, E., Baroni, M., Gentile, E., Puntillo, F., Brienza, N., & Gesualdo, L. (2020). Receptive music therapy to reduce stress and improve wellbeing in Italian clinical staff involved in COVID-19 pandemic: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, *70*, 101688.
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *29*(3), 193–207.
- Government of Ontario. (2020). Regulation 364/20 in Reopening Ontario (A Flexible Response to COVID-19) Act. <https://www.ontario.ca/laws/regulation/200364/v36>
- Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., Olsen, A. L., Cano, M.M., Lecourt, E., & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer’s type dementia: Randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *28*(1), 36–46.
- Hanafi, S., Dufour, M., Doré-Gauthier, V., Prasad, M. R., Charbonneau, M., & Beck, G. (2021). COVID-19 and Canadian psychiatry: La COVID-19 et la psychiatrie au Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *66*(9), 832–841. doi:101177/07067437211007283.
- Kantorová, L., Kantor, J., Hořejší, B., Gilboa, A., Svobodová, Z., Lipský, M., Marečková, J., & Klugar, M. (2021). Adaptation of music therapists’ practice to the outset of the COVID-19 pandemic—Going virtual: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(10), 5138.
- LeMessurier Quinn, S., Pringle, A., & Young, L. (2020). *Canadian Association of Music Therapists (CAMT) statement on singing during the COVID-19 pandemic*. Canadian Association of Music Therapists. <https://www.musictherapy.ca/wp-content/uploads/2020/11/CAMT-Statement-on-Singing-during-COVID-19-November-2020.pdf>
- Pascoe, H., & Clements-Cortés, A. (2021). Music matters: How music therapists across Canada responded to the COVID-19 pandemic. *The Canadian Music Educator*, *62*(4), 57–60.
- Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(5), 362–370.

- Werner, J., Wosch, T., & Gold, C. (2017). Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: Pragmatic trial. *Aging & Mental Health, 21*(2), 147–155.
- Wu, P. E., Styra, R., & Gold, W. L. (2020). Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *Canadian Medical Association Journal, 192*(17), E459–E460.
- Yao, H., Chen, J.-H., & Xu, Y.-F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(4), e21.

Author Information

Meredith Evans (PhD, MA, BMus) is a medical anthropologist and Postdoctoral Fellow at the University of Toronto Scarborough, researching music therapy and health service provision during the COVID-19 pandemic.

mgb.evans@utoronto.ca

Priya Shah (RP, MTA, MMT, BMus) has a Master's in Music Therapy from Laurier University (2018). She works in inpatient mental health at Homewood Health Centre (Guelph, ON), with prior experience in hospice, LTC, and community settings.

Chrissy Pearson (RP, MTA, FAMI, BMT) is a music therapist at Baycrest Health Sciences Centre and the Executive Director of the Canadian Music Therapy Fund (Toronto, ON). She has been practising in various settings since 2002.

Dany Bouchard (MTA, BMus) studied Music Therapy at the Université du Québec à Montréal. He has been working in adult mental health since 2006 for the MUHC (McGill University Health Centre) and the foundation Les Impatients (Montreal, QC).

Tom Curry (MTA, CMT, BA) has been working in adult mental health at St. Martha's Regional Hospital (Antigonish, NS) since 2013. He studied music therapy at Acadia University and music at St. Francis Xavier University.

La formation vocale des musicothérapeutes : Une réflexion philosophique

[Voice Training for Music Therapists: A Philosophical Reflection]

Valérie Saulnier, B. Mus., M. A., MTA, MT-BC

Sommaire

Le but de cette réflexion est d'explorer les enjeux de la formation vocale pour les musicothérapeutes. Un examen des écrits sur l'éducation vocale et la santé de la voix chez les musicothérapeutes révèle que la formation vocale reçue est irrégulière — voire parfois inexistante — d'un programme universitaire à l'autre et qu'elle a ses limites. Par certains sondages, on a recensé chez ces professionnels des troubles de la voix ayant des répercussions physiques et psychologiques, ce qui démontre un certain manque d'outils pour favoriser une utilisation à long terme de la voix en musicothérapie. Cette réflexion a poussé l'autrice à conceptualiser la voix selon ses aspects identitaire, physique et émotionnel. Pour finir, on présente un modèle préliminaire et des recommandations pour l'élaboration d'une formation vocale adaptée aux besoins des musicothérapeutes basée sur cette fondation conceptuelle.

Mots clés: musicothérapie, travail vocal, formation vocale, santé vocale

Abstract

This reflection aims to explore issues related to voice training for music therapists. A review of the literature on voice training and vocal health in this group revealed that voice training for music therapists is not consistent across university programs—in fact, it is sometimes non-existent—and also has its limits. Voice disorders that impact practitioners, both physically and psychologically, were reported in surveys, revealing a lack of tools to enable long-term use of the voice in music therapy. This reflection prompted the author to conceptualize voice based on three aspects: identity, as well as the physical and emotional perspectives. The article concludes with a preliminary model and recommendations for the development of voice training adapted to music therapists' needs, based on this conceptual foundation.

Keywords: music therapy, vocal work, voice training, vocal health

Introduction

Notre voix constitue le lien entre notre âme, notre corps, notre monde intérieur et le monde extérieur (Austin, 2011). Elle nous permet d'exprimer notre individualité, nos états et nos besoins physiques et psychologiques (Chong, 2000). Il n'est donc pas surprenant que, depuis une vingtaine d'années, plusieurs pionniers et pionnières du travail vocal en musicothérapie (Austin, 2008; Shoemark, 2008; Baker et Uhlig, 2011, Dileo, 2011; Thane, 2011; Baker et Tamplin; 2011, Oddy, 2011; Sokolov, 2020; Schwartz et coll., 2019) aient créé des approches thérapeutiques mettant à l'avant-plan l'utilisation de la voix parlée et chantée du thérapeute (et du client). Cependant, la voix est un instrument complexe qu'il peut être difficile d'appivoiser (Saulnier, 2021), ce qui a poussé l'auteurice de cet article à se questionner sur la formation vocale que reçoivent les musicothérapeutes.

Des études récentes indiquent que la formation vocale chez les musicothérapeutes nord-américains n'est pas uniforme et que cela peut avoir des répercussions importantes (Parkinson, 2016; Waldon et Isetti, 2018). En effet, on a répertorié, dans la littérature, des conséquences comme des problèmes vocaux (Waldon et Isetti, 2018), un manque de confiance par rapport à ses capacités vocales (Murray, 2014), une insatisfaction au travail (Murray, 2014; Parkinson, 2016), une réticence à utiliser des approches vocales en thérapie (Baker et Uhlig, 2011; Schwartz et al., 2018) et une estime de soi affaiblie vis-à-vis de ses compétences professionnelles (Murillo, 2013). Ces recherches ont motivé l'auteurice à s'interroger sur le type de formation vocale qui serait appropriée pour les besoins des musicothérapeutes.

Cette réflexion philosophique sur l'importance de la formation vocale adaptée pour les musicothérapeutes est pertinente puisque le travail vocal est un aspect important de la pratique de la musicothérapie (Baker et Uhlig, 2011). Les questions guidant cette réflexion sont les suivantes : (1) Quels sont les besoins des musicothérapeutes en ce qui concerne l'acquisition des compétences vocales requises? (2) Pourquoi une formation vocale adaptée est-elle nécessaire pour les musicothérapeutes? (3) Qu'est-ce qui caractériserait une formation vocale adaptée pour les musicothérapeutes?

Cet article commence par l'énoncé des compétences vocales requises par l'Association canadienne des musicothérapeutes pour devenir musicothérapeute accrédité (MTA). Ensuite, on présente un survol des programmes de musicothérapie au Canada pour constater ce qui est présentement offert en matière de formation vocale. De là, on abordera les enjeux liés à la santé vocale et les répercussions physiques et psychologiques d'un trouble de la voix chez les musicothérapeutes. Suivra une présentation des trois aspects de la voix — identitaire, émotionnel et physique — définis par l'auteurice à la suite de lectures et de réflexions personnelles. En conclusion, on présente des pistes de réflexion sur ce que devrait contenir une formation vocale adaptée pour les musicothérapeutes.

Compétences vocales requises pour les musicothérapeutes

Dans le cadre de leur travail, les musicothérapeutes sont appelés à utiliser leur voix dans différents contextes et avec différentes populations, ce qui demande une grande capacité d'adaptation vocale et une bonne compréhension de la voix (Bingham, 2019, 2021; Boyle et Engen, 2008). C'est pourquoi l'Association canadienne des musicothérapeutes (ACM, 2016) a établi les compétences vocales suivantes comme étant requises : (a) chanter juste, dans différentes tonalités et avec un volume approprié, (b) être capable de refléter différents styles musicaux, (c) disposer d'un répertoire varié, avec et sans partition, (d) savoir harmoniser et transposer des compositions et (e) être capable d'improviser un accompagnement vocal dans différents styles musicaux (2016). On s'attend donc des musicothérapeutes qu'ils aient acquis ces compétences dans le cadre de leurs études et qu'ils seront bien outillés pour faire face aux exigences vocales de la profession. Les actions vocales ci-dessus exigent un grand contrôle de la voix et une formation approfondie (Schwartz et coll., 2018) et la littérature démontre que les nouveaux musicothérapeutes ne sont pas toujours bien outillés vocalement pour entreprendre leur parcours professionnel en musicothérapie (Parkinson, 2016).

L'éducation vocale chez les musicothérapeutes

Il faut d'abord comprendre qu'une éducation vocale peut prendre différentes formes selon les besoins de la personne et les objectifs à atteindre. Le terme « éducation vocale » comporte plusieurs facettes, c'est-à-dire : (a) le type de formation vocale, par exemple selon un style musical ou une école de pensée (traditionnelle, scientifique, axée sur la performance, etc.); (b) les différents aspects de la technique vocale; (c) les connaissances de la santé vocale; et (d) la méthode d'enseignement adaptée au type de formation vocale (Saulnier, 2021). L'éducation vocale que reçoit une personne sera donc modulée et ajustée aux besoins de cette personne, soit un chanteur classique, un chanteur populaire, un comédien, un orateur ou, comme c'est le cas ici, un musicothérapeute.

Au moment de la rédaction de cet article, on comptait six programmes universitaires de musicothérapie approuvés par l'ACM, dont quatre de premier cycle (ACM, 2020). Des cours de chant réguliers sont offerts (en petit ensemble, en chorale ou en privé), selon les différents programmes et on encourage les étudiants à suivre des cours privés à l'extérieur du cadre scolaire, au besoin. Les objectifs de ces cours de chant n'ont pas forcément de liens directs aux besoins exacts des musicothérapeutes, mais se donnent plutôt dans une optique de cours de chant « réguliers », c'est-à-dire avec des objectifs axés plus sur l'interprétation et, parfois, la technique vocale. Trois universités sur six offrent des programmes de musicothérapie de deuxième et de troisième cycles ne comprenant pas de cours de chant, étant donné que cela fait partie des prérequis. Les descriptions des cours accessibles sur les sites Internet des six Universités ne prévoient pas de cours de chant adaptés précisément à l'intention des musicothérapeutes et aux besoins de la profession.

Dans une analyse descriptive non publiée sur la perception de la santé vocale et des défis vocaux chez les musicothérapeutes, Boyle et Engen (2014) remarquent, à la suite de leur sondage nord-américain auprès de 1 109 *board certified music therapists* (CB-MT), qu'il serait nécessaire que les musicothérapeutes reçoivent une formation vocale adaptée aux besoins de la profession. Les chercheuses soulignent que l'on encourage les musicothérapeutes à poursuivre leur formation pour perfectionner leur voix, mais que cela ne suffit pas pour éviter les troubles de santé vocale qui se posent pour certains (Boyle et Engen, 2014). Les autrices recommandent entre autres que les enseignants aux programmes de musicothérapie soient épaulés par des professeurs de chant informés sur la profession de musicothérapeute (Boyle et Engen, 2014). Cette association interdisciplinaire permettrait de mettre à profit des outils techniques à l'intention des étudiants (Boyle et Engen, 2014). Les chercheuses sont d'avis qu'une formation vocale tenant compte des aspects physique et émotionnel de la voix, des contextes cliniques de pratique et de la capacité d'adaptation vocale aux différents styles est nécessaire pour les futurs étudiants en musicothérapie (Boyle et Engen, 2014).

Dans un article publié en 2019, Bingham, une pédagogue vocale, se prononce aussi en faveur d'une formation vocale adaptée aux besoins de la profession. Après avoir observé des étudiants en musicothérapie dans un contexte de stage, elle souhaite mettre en évidence les caractéristiques vocales qui définissent la « voix chantée en thérapie » et ainsi guider la discussion sur ce qui constituerait une formation vocale adaptée et adéquate pour la profession de musicothérapeute. Bingham (2019) distingue neuf caractéristiques essentielles à l'utilisation de la voix en musicothérapie, soit : « (a) une souplesse de la posture et du corps; (b) une variation des méthodes de respiration et des niveaux d'énergie et d'effort; (c) des stratégies variées de phonation; (d) une gamme de dynamique étendue; (e) des stratégies souples de résonance; (f) des habiletés d'improvisation; (g) la capacité de s'accompagner d'un instrument; (h) la capacité de chanter *a capella*; et (j) la connaissance de multiples genres musicaux » [trad.] (p. 181–182). D'après cette chercheuse, la formation relative à la voix doit être ajustée pour les musicothérapeutes et ne peut pas être un enseignement traditionnel du chant (Bingham, 2019, 2021).

Selon les écrits des dernières années (Chong, 2000; Baker et Uhlig, 2011; Boyle et Engen, 2014, Parkinson, 2016; Waldon et Isseti, 2018; Bingham, 2019, 2021), la conception de l'éducation vocale chez les musicothérapeutes et du contenu d'une formation vocale adaptée pour les besoins de la profession seraient des aspects du parcours universitaire à revoir. Par ailleurs, la structure des programmes de musicothérapie est approuvée par l'ACM, et y ajouter une nouvelle dimension, bien que cela serait pertinent, serait ardu. Les bienfaits d'une formation vocale adaptée seraient nombreux pour la clientèle tout autant que pour les musicothérapeutes. Que ce soit pour favoriser la persistance du musicothérapeute, optimiser sa confiance vis-à-vis de ses capacités vocales, lui procurer des outils concrets pour utiliser sa voix dans les différents contextes cliniques ou encore pour lui permettre de maintenir une bonne santé vocale, il ne fait aucun doute qu'un ajustement, voire un ajout de connaissances, serait bénéfique pour les praticiens et la profession elle-même.

La santé vocale chez les musicothérapeutes

Au cours des dix dernières années, plusieurs chercheurs se sont penchés sur les raisons expliquant les risques de troubles vocaux chez les musicothérapeutes, ainsi que sur les causes et les répercussions de ceux-ci (Bingham, 2019, 2021; Boyle et Engen, 2008, 2014; Gooding, 2016; Murillo, 2013; Murray, 2014; Parkinson, 2016; Schwartz et coll., 2018; Youngshin, 2012; Waldon et Isetti, 2018). Selon le Center for Voice Disorders aux États-Unis, les musicothérapeutes font partie des professionnels qui utilisent la voix dans leur travail (Kouffman, 1999), c'est-à-dire qu'ils utilisent leur voix régulièrement pour accomplir leur travail et qu'ils courent un risque accru de troubles de la voix (Boyle et Engen, 2008). Doherty (2011) définit la santé vocale comme étant la compréhension et la connaissance de l'hygiène vocale (tout ce qu'une personne fait pour prendre soin de sa voix) et de la conservation et de l'utilisation de la voix (la manière dont une personne utilise sa voix). « Les troubles de la voix sont souvent catégorisés comme étant soit biologiques, soit fonctionnels. » [trad.] (Doherty, 2011, p. 44). Selon le National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD, 2014) les causes des troubles de la voix comprennent : (a) une mauvaise utilisation ou la surutilisation de la voix; (b) l'inflammation des plis vocaux ; (c) les infections à la gorge ou aux organes respiratoires; (d) les nodules vocaux; (e) les troubles neurologiques; et (f) les traumatismes psychologiques. Les symptômes possibles d'un trouble de la voix sont : (a) une voix rauque ou enrouée; (b) une diminution du registre vocal; (c) une perte de volume de la voix; (d) une sensation de picotement dans la gorge; (e) une difficulté à parler; et (f) un besoin récurrent de se racler la gorge (NIDCD, 2014).

Le fait d'éprouver un trouble de la voix peut avoir des répercussions physiques et psychologiques importantes sur la vie professionnelle, ou même personnelle d'un musicothérapeute (Boyle et Engen, 2008; Chong, 2000). La fatigue vocale est la conséquence physique la plus fréquente d'une mauvaise utilisation de la voix (Boyle et Engen, 2008). Si la voix est surutilisée sur une longue période, l'aggravation du trouble peut nécessiter une réadaptation avec un professionnel de la voix (Boyle et Engen, 2008). Pour ce qui concerne les répercussions psychologiques, les difficultés de la voix peuvent entraîner une baisse de motivation, un sentiment d'incompétence, une perte de confiance en soi et de l'anxiété lorsqu'il est nécessaire d'utiliser la voix ainsi qu'une baisse de l'estime de soi (Boyle et Engen, 2014; Chong, 2000; Parkinson, 2016). Comme les conséquences d'un trouble de la voix sont à la fois physiques et psychologiques, Bingham (2019) suggère que la formation vocale comprenne ces deux dimensions.

Mary Parkinson (2016), musicothérapeute en Ontario, a étudié les prédispositions, les symptômes et les causes des troubles de la voix chez les musicothérapeutes en Amérique du Nord. Elle a mené un sondage auprès de 735 musicothérapeutes certifiés pour étudier l'utilisation que faisaient les participants de leur voix, leurs récits personnels en lien avec les troubles de la voix, leurs symptômes physiques et psychologiques associés aux troubles de la voix et la formation vocale reçue dans le cadre de leurs études. Les résultats démontrent que 53,9 % des participants ont indiqué être ou avoir déjà été aux prises avec des troubles de la voix, tandis que 90 % considèrent que la santé vocale est un enjeu important pour les musicothérapeutes (Parkinson,

2016). Les répondants ont aussi invoqué la surutilisation ou la mauvaise utilisation de la voix, l'environnement changeant et exigeant du métier ainsi qu'une préparation vocale inadéquate pour expliquer les problèmes de la voix (Parkinson, 2016). L'autrice du sondage souligne par ailleurs le manque de formation vocale adaptée à l'intention des musicothérapeutes. Effectivement, « 62,4 % des répondants ont indiqué qu'une méconnaissance des techniques vocales pourrait être à l'origine d'une utilisation excessive ou inadéquate de la voix » [trad.] (Parkinson, 2016, p. 37). Tout comme Bingham (2019) et Boyle et Engen (2008), Parkinson (2016) termine avec une recommandation pour des travaux de recherche se penchant de plus près sur l'élaboration d'une formation vocale destinée spécialement aux musicothérapeutes et souligne l'importance du travail interdisciplinaire (pédagogie vocale, orthophonie et musicothérapie) pour sa mise en place.

Si l'on en juge par les écrits des dernières années, la santé vocale des musicothérapeutes est un sujet d'actualité. En effet, plusieurs études démontrent que les musicothérapeutes sont à risque de développer des troubles de la voix, en raison de l'utilisation quotidienne qu'ils en font. La solution aux troubles de la voix peut être simple ou très complexe (Murray, 2014), car ces troubles peuvent découler d'éléments physiques, comportementaux, émotionnels, environnementaux ou sociaux (LaPine, 2008). Une meilleure connaissance de l'instrument pourrait être la solution pour éviter les troubles vocaux et ainsi favoriser l'utilisation de la voix de manière sécuritaire à long terme.

Trois aspects de la voix

Comme on le mentionne précédemment, une formation vocale adaptée pour les musicothérapeutes se doit de tenir compte des multiples aspects de la voix. À la suite de ses recherches et de ses réflexions, l'autrice a opté pour catégoriser la voix selon trois aspects. Nous explorons ici les aspects identitaire, émotionnel et physique de la voix pour ensuite élaborer un modèle préliminaire qui pourrait guider la création d'une formation vocale adaptée aux besoins précis des musicothérapeutes. L'autrice est d'avis que l'exploration de chacun de ces aspects permettrait une relation plus profonde et authentique entre le musicothérapeute et sa propre voix, pour mieux comprendre en quoi ces trois aspects sont interreliés dans le cadre d'une pratique professionnelle de la musicothérapie.

L'aspect identitaire de la voix

Les caractéristiques vocales d'une personne sont souvent intimement liées à son individualité (Chong, 2000). Dans le domaine des sciences sociales, le concept d'identité se définit sur trois plans — personnel, professionnel et social (Codol, 1997). Il y a d'abord l'identité personnelle. Celle-ci est subjective et « englobe des notions comme la conscience de soi et la représentation de soi » (Codol, 1997, p. 114). Nous pouvons dire que notre voix fait partie de notre identité : c'est notre couleur sonore personnelle. Newham (1998) mentionne que le fait de changer notre

voix peut modifier la perception que nous avons de nous-mêmes. Si, par exemple, nous nous exprimons avec une voix claire et puissante, avec un ton que l'on qualifie de « beau », il est possible que notre image de nous-mêmes soit positive et que nous nous identifions à la personne assumée et confiante que nous projetons à travers notre voix (Newham, 1998). Le développement physique de notre voix se fait en même temps que le développement de notre identité, c'est-à-dire à l'enfance, à l'adolescence et au début de l'âge adulte; ainsi, une partie du développement de notre identité personnelle se fait à travers notre voix (Chong, 2000).

Il y a ensuite l'identité professionnelle. Cet aspect comprend, entre autres, le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel, la position sociale et le sentiment d'accomplissement professionnel que la personne perçoit de manière subjective (Codol, 1997). Deux sondages réalisés auprès de musicothérapeutes ayant eu des troubles de la voix soulèvent que les participants ont dit « avoir perdu une partie d'eux-mêmes lorsqu'ils ne pouvaient plus utiliser leur voix sagement au travail, que cette situation remettait en question leur identité professionnelle » [trad.] (Murray, 2014, p. 28) et que leur voix faisait partie de leur identité.

Finalement, il y a l'identité sociale, plus objective, qui englobe tout ce qui permet de reconnaître la personne de l'extérieur (Codol, 1997). L'identité sociale comprend, entre autres, l'origine, la culture, le statut, le sexe, l'âge et l'environnement de la personne. La voix joue un rôle important dans la définition de notre identité sociale si l'on pense, par exemple, à la culture et aux langues. Chaque langue demande une utilisation distincte de l'appareil vocal. On arrive souvent à reconnaître l'âge, le sexe, l'origine, et peut-être même le statut social d'une personne par sa voix (Codol, 1997).

L'aspect identitaire de la voix

Depuis les années 1950, de plus en plus de professionnels et de chercheurs s'intéressent à l'influence des états psychologiques et émotionnels sur la voix (Chong, 2000). Lorsque quelqu'un développe un trouble vocal ou une dysphonie (trouble qui se manifeste par une altération du son et de la qualité de la voix) sans pathologie organique évidente, le problème peut être décrit comme étant psychosomatique, un trouble psychogène ou un trouble de la voix non organique (Baker, 2008).

Dans le cadre de ses recherches, Newham (1998) a conclu qu'il devait, en plus de comprendre le mécanisme vocal, explorer son propre état psychologique afin de découvrir le potentiel de sa voix. Dans son livre *Therapeutic Voicework*, il écrit que « la voix est, en effet, un pont important entre notre monde intérieur (nos humeurs, nos émotions, nos pensées, nos images et nos expériences) et le monde extérieur (nos relations, notre discours et notre manière d'interagir) » [trad.] (Newham, 1998, p. 25). Ainsi, chanter peut nous procurer la possibilité d'accéder à ce monde non verbal des sensations qui existe au-delà de la barrière linguistique (Newham, 1998). D'ailleurs, les intonations de notre voix peuvent indiquer notre état émotionnel (Newham, 1998). Newham (1998) explique que l'intonation de notre voix dans nos propres oreilles est importante pour affirmer nos émotions.

Cela dit, l'exploration libre de nos émotions par la voix est un réflexe qui est lentement refoulé au fur et à mesure que nous intégrons le monde adulte (Austin, 2008; Oddy, 2011). Cela peut contribuer, sans que nous en ayons conscience, à enfermer notre voix dans un moule bien précis et à censurer l'expression de nos émotions (Austin, 2008). Une personne qui vit une émotion forte ou stressante face à une situation particulière peut subir un changement audible et physique de sa voix. Par exemple, l'anxiété de performance peut entraver la voix (tensions musculaires, blocages psychologiques, sècheresse buccale) et modifier la qualité de la voix sans que ce soit désiré (Chong, 2000).

Particulièrement pour les musicothérapeutes, l'aspect émotionnel de la voix parlée et chantée est un outil thérapeutique puissant et primordial (Baker et Uhlig, 2011). Effectivement, comme le mentionne Vaillancourt (2012), il y a beaucoup de paramètres à la production du son de la voix et s'ils ne sont pas maîtrisés, cela peut nuire à la communication entre le thérapeute et le client. Par ailleurs, Vaillancourt (2012) souligne l'importance de d'abord connaître sa propre voix et les différents aspects de celle-ci avant d'en faire l'utilisation dans un contexte thérapeutique. Certaines démarches de la psychothérapie étudient l'importance du ton utilisé lors des séances pour favoriser le travail thérapeutique. Dans le domaine de la musicothérapie, l'utilisation de différentes intonations de la voix, comme c'est le cas pour la méthode de musicothérapie créative Nordoff-Robbins, aura pour but de stimuler la créativité et l'attention du client. Que ce soit par le récit créatif ou par l'improvisation à travers un jeu de rôle, le client exprime différentes émotions en donnant à sa voix différentes intonations (Schwartz et coll., 2018). La Méthode Bonny en Musique et imagerie guidée (GIM) est une autre démarche de la musicothérapie qui repose sur l'écoute de la musique. Ici, le praticien utilise sa voix parlée pour guider le client dans l'écoute de la musique et ses réflexions spontanées. Cette méthode requiert une sensibilité par rapport aux diverses intonations de la voix parlée pour bonifier l'expérience thérapeutique du client (Schwartz et coll., 2018). En tant que thérapeutes, nous pouvons aussi nous servir de notre voix pour prendre conscience de certains contre-transferts possibles dans la relation avec le client (Bruscia, 1998). L'aspect émotionnel de la voix chantée et parlée est donc certainement un outil thérapeutique indispensable pour tous les musicothérapeutes.

L'aspect physique de la voix

On pourrait croire que la profession de musicothérapeute se penche principalement sur l'utilisation de la voix comme vecteur d'émotions, puisque les aspects identitaire et émotionnel de la voix sont souvent mis de l'avant (Saulnier, 2021). Toutefois, la voix reste un instrument comme un autre, et nécessite une connaissance de la mécanique et de la technique qui s'y rapporte (Boyle et Engen, 2008; Newham, 1998).

L'organe vocal est composé de trois éléments : le système respiratoire, les plis vocaux et le conduit vocal (Sundberg, 1999). Ces éléments sont étroitement liés et coordonnés dans la création des sons. Le système respiratoire est à l'origine du son puisqu'il fournit un excès de pression d'air lors de l'expiration et engendre la vibration des plis vocaux situés dans le larynx

(Sundberg, 1999). Il est nécessaire de comprendre le système respiratoire, étant donné que la quantité d'air requise varie grandement selon les sons émis. Une importante source des troubles de la voix est un débit d'air trop important, ce qui exerce une pression indue sur les plis vocaux. Lorsque l'on contrôle adéquatement le débit et la pression d'air, les plis vocaux peuvent alors fonctionner de manière optimale (Leroux, 2017). Le larynx est une structure complexe composée principalement de cartilages sur lesquels s'attachent les plis vocaux, responsables de la phonation (Leroux, 2017). Le larynx est composé de cinq cartilages : hyoïde, cricoïde, thyroïde et de deux aryténoïdes (Raby et Chagnon, 2005). L'émission de chaque qualité vocale (chaque son) requiert une structure musculaire différente et adaptée. Finalement, le conduit vocal représente les différents lieux de résonance et les « outils » d'articulation qui rendent chaque son unique. Les résonateurs sont les diverses cavités de résonance situées le long du conduit vocal, soit du larynx jusqu'aux lèvres, qui modulent les fréquences émises par les cordes vocales en les amplifiant, en les réduisant ou en les atténuant (Raby et Chagnon, 2005). Afin de mieux visualiser l'organe vocal, une courte vidéo libre de droit sur la plateforme YouTube est mise à votre disposition.*

Il est important de noter qu'une panoplie d'écoles de pensées existe en ce qui concerne l'enseignement de la voix. C'est une des raisons pour lesquelles l'éducation vocale en général n'est pas uniforme, peu importe la discipline et la stylistique. Pour l'aspect physique de la voix et les besoins de la musicothérapie, il serait pertinent de considérer seulement les modèles d'enseignement basés sur des faits anatomiques et scientifiques. La vocologie, par exemple, est « l'étude de la phonation, c'est-à-dire de la voix et de tous les processus qu'elle implique » (Revis, 2013, paragr. 2). C'est une discipline professionnelle axée sur la prise en charge de la voix dans toutes ses dimensions (Revis, 2013). Il y a aussi le modèle d'entraînement vocal Estill (Estill Voice Training [EVT]), développé par Jo Estill à la fin des années 80, qui mérite une attention particulière. Il s'agit d'un modèle complet qui permet de comprendre les mécanismes de la voix et d'apprendre les structures anatomiques utilisées pour produire et modifier le son (Cimon Racine, 2020). Les avancées en matière de pédagogie vocale, tant dans la recherche que dans la pratique, démontrent que les méthodes d'enseignement du chant se basent de plus en plus sur des données et des faits scientifiques (Bingham, 2019).

La division de la voix en trois aspects par l'autrice visait à démontrer la complexité de cet instrument. Il faut étudier chacun des trois aspects dans son unicité et aussi examiner en quoi ces éléments sont interdépendants pour découvrir le potentiel de la voix. Cette réflexion sur les différents aspects de la voix pourrait être un premier pas vers une formation vocale adaptée aux besoins et à la réalité des musicothérapeutes.

Vers une formation vocale adaptée pour les musicothérapeutes

Lorsque l'on parle de l'apprentissage du chant, on peut identifier quatre grandes catégories basées sur les éléments fondamentaux, soit : (a) la respiration et la posture; (b) la phonation

* Cambrai, L. (2013, 9 novembre) *Le larynx : son rôle dans la phonation* [vidéo]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=ZVlxVgPglpA>

et la fonction au niveau du larynx; (c) la résonance et le timbre; et (d) l'articulation et les qualités stylistiques (Bingham, 2019). Chaque style de chant (classique, jazz, populaire, country, etc.) va adapter ces éléments selon les besoins et les caractéristiques de la stylistique choisie. Vu les besoins spécifiques des musicothérapeutes en matière d'utilisation de la voix, le chant thérapeutique en musicothérapie devrait être considéré comme un style en soi et faire l'objet d'une méthode pédagogique distincte pour préparer les futurs musicothérapeutes. (Bingham, 2019, 2021). L'autrice est d'avis que les musicothérapeutes pourraient bénéficier de connaissances vocales uniformes et, surtout, actuelles au sein de la profession. Cette dernière partie présente des pistes de réflexion tirées des écrits existants pour la mise en œuvre d'une formation vocale adaptée à l'intention des musicothérapeutes, puis un modèle préliminaire d'explorations vocales basé sur la documentation et l'expérience personnelle et professionnelle de l'autrice, qui espère ainsi contribuer à la mise en place d'une telle formation.

À la suite de ses observations sur le terrain et de ses recherches réalisées en 2019, puis à nouveau en 2021 auprès de participants plus nombreux, Bingham (2019, 2021) organise ses résultats en trois grandes catégories pour déterminer les caractéristiques du chant thérapeutique en musicothérapie, soit :

« (a) les habiletés vocales fondamentales; (b) la participation vocale; et (c) l'authenticité. Les habiletés vocales fondamentales désignent les dimensions du chant thérapeutique essentielles à l'exécution d'interventions chantées. La participation vocale désigne les méthodes d'utilisation de ces habiletés dans un contexte clinique [...]. L'authenticité désigne l'ensemble complexe des qualités personnelles et professionnelles qui façonnent l'identité clinique du musicothérapeute utilisant sa voix » [traduction] (Bingham, 2021, p. 4).

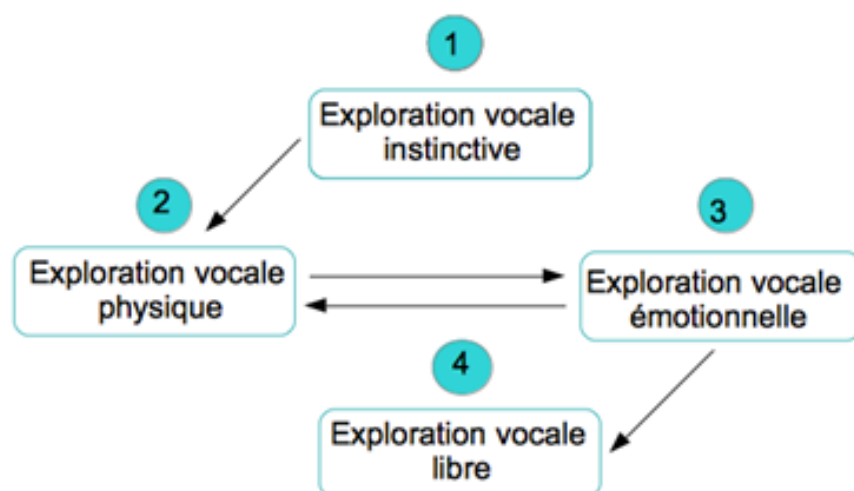
Schwartz, et coll. (2018) ont publié un ouvrage, *Functional Voice Skills for Music Therapists*, qui démontre l'importance de la formation vocale pour les musicothérapeutes. Les autrices précisent qu'avant d'utiliser sa voix comme outil thérapeutique, le musicothérapeute doit en connaître le mécanisme et la technique, comme pour tout autre instrument. Le fait de comprendre les paramètres physiques de leur voix permet aux musicothérapeutes d'ajuster et de générer différents sons dans le cadre du travail thérapeutique. En plus de protéger le musicothérapeute contre les blessures ou la fatigue de la voix, la connaissance du mécanisme vocal permet de cibler les qualités vocales nécessaires pour s'adapter aux besoins du client, favoriser la connexion interpersonnelle et échanger avec le client (Schwartz et coll., 2018). Le livre de Schwartz, Boyle et Engen (2018) est un outil pertinent pour soutenir la création d'une formation vocale adaptée. L'ouvrage est construit de manière à guider le lecteur dans des exercices, des pistes de réflexion et des observations liés à différents aspects de la voix et pourrait s'avérer un bon guide pour la construction, par exemple, d'un cours offert dans le cadre d'un programme universitaire en musicothérapie. Toutefois, cette ressource demeure une méthode autodidacte pour l'exploration de la voix, et le lecteur risquerait de blesser sa voix ou de développer de mauvaises habitudes étant donné qu'il n'est pas guidé par un enseignant. Le modèle d'exploration vocale présenté ci-dessous propose une structure regroupant les différents aspects de la voix pour offrir un soutien directionnel à l'élaboration d'une formation vocale mieux adaptée aux besoins des musicothérapeutes.

Un modèle d'explorations vocales

En s'inspirant de son expérience personnelle et professionnelle ainsi que des écrits, l'autrice propose un modèle embryonnaire et hypothétique d'exploration vocale en quatre étapes à l'intention des musicothérapeutes (Saulnier, 2021). La figure 1 représente le modèle préliminaire d'exploration de la voix proposé par l'autrice. Les flèches indiquent qu'il est possible, et même indispensable, de faire des allers-retours entre les étapes deux et trois, qui sont étroitement liées et interdépendantes. Il est important de bien intégrer les apprentissages et les expériences vécues avant d'entreprendre la dernière étape. À travers ses différentes explorations vocales proposées par l'autrice, les recommandations de Bingham (2019, 2021) et les outils proposés dans le livre de Schawrtz et coll. (2018) seraient pris en considération et intégrés dans le modèle préliminaire.

Figure 1

Modèle des explorations vocales.



La première étape de la formation vocale est l'*exploration vocale instinctive*. Pour commencer, le participant utilise sa voix de la façon qui lui vient naturellement, sans penser à la technique ou à quoi que ce soit d'autre. Une variété d'approches et d'exercices d'improvisation vocale sont intégrés à cette exploration. Durant cette première phase, le participant constate que la voix est un instrument complexe et qu'il est composé de plusieurs aspects qui le façonnent, à divers degrés. Cette phase en est une d'observation (des sensations physiques et des émotions ressenties) plutôt que d'analyse et de compréhension.

L'*exploration vocale physique* est la deuxième étape du modèle. Avant de se lancer dans une exploration émotionnelle de notre voix, qui peut sembler plus abstraite, il est important de comprendre rationnellement le mécanisme anatomique de l'instrument (Saulnier, 2021). Il faut se détacher émotionnellement de sa voix pour ensuite mieux s'y reconnecter dans son intégralité.

Cette exploration vocale physique est inspirée de la « functional voice pedagogy » (LoVetri, 2013, p. 80) qui se base sur la science de la voix et sur la recherche fondée sur des données probantes. Cette approche pédagogique s'applique à tous les styles de chant et est définie comme suit : « toute technique permettant au chanteur d'améliorer sa maîtrise de la mécanique des sons chantés sans pour autant faire le sacrifice de la liberté ou de l'authenticité de sa voix. C'est un entraînement qui, au fil du temps et au moyen d'exercices, rendra automatique la réponse des muscles de l'appareil vocal. » [trad.] (LoVetri, 2013, p. 80). On explore les multiples sonorités de la voix tout en se familiarisant avec ce qui se passe physiquement au niveau de l'appareil vocal, au moyen, entre autres, d'exercices vocaux axés sur la posture et la respiration, la résonance et le timbre du son, les mouvements musculaires dans l'articulation des sons, de même que par des explorations stylistiques (Schwartz et coll., 2018; Saulnier, 2021; Bingham, 2021). Pendant cette phase de l'exploration vocale, qui se veut très rationnelle et cartésienne, on propose également des outils d'hygiène vocale.

Une fois l'exploration physique relativement bien intégrée, la troisième étape est l'*exploration vocale émotionnelle*. Ici, les participants observent leurs réactions psychologiques à l'utilisation de leur voix. À cette étape, on pourra observer les changements possibles dans leur relation identitaire et émotionnelle avec leur voix à la suite de leur exploration plus cartésienne de l'étape précédente. Le lien étroit entre les étapes deux et trois rend évident à quel point l'aspect physique influence l'aspect émotionnel de la voix et vice versa. En étant à l'écoute de ses affects psychologiques grâce aux connaissances acquises, le musicothérapeute peut plus facilement prendre conscience de leurs effets positifs ou négatifs sur sa voix, en choisissant de faciliter ou non l'exécution technique d'un son. Le fait d'approfondir en tandem sa technique vocale et sa relation psychologique avec sa voix peut stimuler chez le musicothérapeute le désir d'en apprendre plus sur l'instrument vocal et toutes les couleurs que peut prendre la voix.

L'*exploration vocale libre* est la dernière étape du modèle. Grâce à des mises en situation cliniques, des jeux vocaux et un répertoire varié, les participants observent leur voix dans sa globalité physique aussi bien qu'émotionnelle. Un exemple de mise en situation clinique pourrait être de demander à un participant de prétendre chanter une berceuse à un bébé prématuré, en centre hospitalier. Ceci exigerait que le musicothérapeute utilise la bonne qualité vocale pour le style demandé. Il devra possiblement chanter en se tenant penché vers le berceau du bébé. Il se pourrait aussi qu'il soit émotionnellement touché par cette situation si, par exemple, l'enfant est malade ou si les parents sont dans la même pièce et sont eux-mêmes très émotifs. Les outils développés tout au long du processus d'exploration vocale seront appliqués à un contexte clinique et pratique en musicothérapie afin de permettre aux participants d'utiliser leur voix de manière optimale.

Les pistes de réflexion présentées ci-dessus sont un point de départ pour l'élaboration éventuelle d'une formation vocale appliquée en musicothérapie. En combinant les recommandations de Bingham (2019, 2021), les outils concrets d'apprentissages proposés par le livre de Schwartz et coll. (2018) et le modèle préliminaire d'exploration vocale de l'autrice, il serait possible d'établir la structure préliminaire d'une formation vocale adaptée aux besoins de

la profession. Il serait intéressant de poursuivre avec une étude auprès de participants ayant reçu la formation vocale adaptée pour en mesurer les effets sur leur vie professionnelle et personnelle. Des recherches futures pourraient se pencher sur l'ajout éventuel d'une formation vocale adaptée et uniforme à l'intention des musicothérapeutes dans les programmes universitaires en Amérique du Nord et à des fins de formation continue.

Conclusion

Le but de cet article était d'explorer les enjeux de la formation vocale des musicothérapeutes en examinant la situation actuelle de l'éducation vocale qui leur est proposée et les enjeux de santé vocale qu'ils peuvent être appelés à surmonter, et en offrant des pistes de réflexion en vue de l'élaboration d'une formation vocale adaptée à la profession. Cette réflexion peut servir de point de départ dans une discussion visant la création d'un modèle complet d'enseignement de la voix appliqué à la réalité du musicothérapeute. Les écrits démontrent qu'il y a un besoin de revoir ce qui est offert aux étudiants en termes de formation vocale. Une collaboration entre les programmes d'enseignement et les associations professionnelles en musicothérapie avec d'autres disciplines, comme l'orthophonie et la pédagogie vocale, serait de mise pour arriver à mieux comprendre les enjeux de l'utilisation de la voix en musicothérapie. Sachant que la construction et l'approbation d'un nouveau cours universitaire constituent un exercice de taille, la mise sur pied d'une formation continue fondée sur la conceptualisation présentée dans cet article pourrait être un point de départ réaliste et accessible afin de mieux outiller les musicothérapeutes pour la réalité des exigences vocales de la profession. Que cet article inspire les musicothérapeutes à approfondir leurs connaissances des aspects physique, émotionnel et identitaire de la voix, à créer de meilleurs outils pour prévenir les troubles de santé vocale et ainsi entreprendre un processus d'exploration vocale plus complet, et à considérer leur voix comme étant un outil thérapeutique très puissant.

Références

- Association canadienne des musicothérapeutes (2020). *Définition de la musicothérapie*.
<https://www.musictherapy.ca/fr/a-propos-de-l-amc-et-de-la-musicotherapie/a-propos-de-la-musicotherapie/>
- Association canadienne des musicothérapeutes (2016). *Domaines de compétences recommandés*. <https://www.musictherapy.ca/wp-content/uploads/2016/10/Competencies-French.pdf?fbclid=IwAR3hDU36NB1PrGh3foUbc76hLnw1sfMrXcFxHA-IgGkCEJd7EqGSe2XRpwM>
- Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self*. Jessica Kingsley.
- Austin, D. (2011). Foreword. Dans F. Baker & S. Uhlig (dir.), *Voicework in music therapy: Research and practice* (p. 13–17). Jessica Kingsley.

- Baker, F. et Tamplin, J. (2011). Coordinating respiration, vocalization, and articulation: Rehabilitating apraxia and dysarthric voices of people with neurological damage. Dans F. Baker et S. Uhlig (dir.), *Voicework in music therapy: Research and practice* (p. 189–205). Jessica Kingsley.
- Baker, F. et Uhlig, S. (2011) (dir.). *Voicework in music therapy: Research and practice*. Jessica Kingsley.
- Baker, J. (2008). The role of psychogenetic and psychosocial factors in the development of functional voice disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(4), 210–230. <https://doi.org/10.1080/17549500701879661>
- Bingham, M. C. (2019). Defining the therapeutic singing voice: An analysis of four music therapists' clinical work. *Music Therapy Perspectives*, 37(2), 176–186. <https://doi.org/10.1093/mtp/miz001>
- Bingham, M. C., Schwartz, E. K. et Meadows, A. (2021). Defining the therapeutic singing voice: Further examination of the everyday singing practices of music therapists. *Music Therapy Perspectives*, miab023. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab023>
- Boyle, S. R. et Engen, R. L. (2008). Are music therapists at risk for voice problems?: Raising awareness of vocal health issues in music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 26(1), 46–50.
- Boyle, S. R. et Engen, R. L. (2014). *An unpublished descriptive analysis of the perceived vocal health and vocal challenges for music therapists*. Manuscrit inédit. "https://www.researchgate.net/publication/331841079_An_Unpublished_Descriptive_Analysis_of_the_Perceived_Vocal_Health_and_Vocal_Challenges_for_Music_Therapists"
- Bruscia, K. E. (1998). *Dynamics of music psychotherapy*. Barcelona.
- Butcher, P. (1995). Psychological processes in psychogenic voice disorder. *European Journal of Disorders of Communication*, 30, 467–474. <https://doi.org/10.3109/13682829509087245>
- Canadian Association for Music Therapy (2016). *Competencies for music therapists*. <https://www.musictherapy.ca/wpcontent/uploads/2016/04/Competencies.pdf>
- Chong, H. J. (2000). *Relationships between vocal characteristics and self-esteem: Quantitative and qualitative studies* (publication no 9988913) [Thèse de doctorat, University of Kansas]. ProQuest Dissertations and Theses.
- Cimon Racine, J. (2020). *Estill en bref*. La voix dynamique. <http://lavoixdynamique.com/fr/estill-voice-training/estill-en-bref>
- Codol, J.-P. (1997). Une approche cognitive du sentiment d'identité. *Science Social Information*, 1(20), 111–136. <https://doi.org/10.1177/053901848102000105>
- Dileo, C. (2011). Final notes: Therapeutic uses of the voice with imminently dying patients. Dans F. Baker et S. Uhlig (dir.), *Voicework in music therapy: Research and practice* (p. 312–330). Jessica Kingsley.
- Doherty, M. L. (2011). On the voice: Making the connection between healthy voice and successful teaching and learning in the music classroom. *Choral Journal*, 51(11), 41–49. <http://www.jstor.org/stable/23561625>
- Gooding, L. (2016). Occupational health and well-being: Hazards, treatment options, and prevention strategies for music therapists. *Music Therapy Perspectives*, 34, 1–8. <https://doi.org/10.1093/mtp/miw028>

- LaPine, P. R. (2007). The relationship between the physical aspects of voice production and optimal vocal health. *Music Educators Journal*, 94(3), 24–29. <https://doi.org/10.1177/002743210809400306>
- Leroux, C. (2017). *L'effet du traitement ostéopathique sur la voix chantée*. [Mémoire de maîtrise, Collège d'études ostéopathique de Montréal].
- LoVetri, J. L. (2013). The necessity of using functional training in the independent studio. *Journal of Singing*, 70(1), 79–86.
- Murillo, J. H. (2013). *A survey of Board-Certified Music Therapists: Perceptions of the profession, the impact of stress and burnout, and the need for self-care* [Mémoire de maîtrise, Arizona State University]. <http://hdl.handle.net/2286/R.A.125879>
- Murray, L. H. (2014). *A phenomenological investigation of the experience of music therapists with vocal health issues* [Mémoire de maîtrise, Molloy College]. <https://digitalcommons.molloy.edu/etd/10>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2014). *Taking care of your voice*. <http://www.nidcd.nih.gov/health/voice/pages/takingcare.aspx>
- Newham, P. (1998). *Therapeutic Voicework, principles and practices for the use of singing as a therapy*. Jessica Kingsley.
- Oddy, N. (2011). A field of vocal discovery: The workshop. Dans F. Baker & S. Uhlig (dir.), *Voicework in music therapy: Research and practice* (p. 83–99). Jessica Kingsley.
- Parkinson, M. (2016). *Vocal problems of music therapists in North America: A survey* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. <https://spectrum.library.concordia.ca/980974/>
- Raby, J. et Chagnon, F. P. (2005). *Chanter de tout son corps* (2e éd.). Éditions Berger.
- Revis, J. (2013). *Qu'est-ce que la vocologie? Chant voix et corps*. <https://www.chantvoixetcorps.com/wp-content/uploads/sites/59/2013/10/Vocologie.pdf>
- Saulnier, V. (2021). *Réflexion philosophique sur la formation vocale des musicothérapeutes* [Mémoire de maîtrise, Université Concordia]. <https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/988325/>
- Schwartz, E., Boyle, S. R. et Engen, R. (2018). *Functional voice skills for music therapists*. Barcelona.
- Shoemark, H. (2008). Infant-directed singing as a vehicle for regulation rehearsal in the medically fragile full-term infant. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 8(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v8i2.437>
- Sokolov, L. (2012). Embodied voicework: Moving toward wholeness in the musical field of play. Dans S. Wirth, I. Meier et J. Hill (dir.), *The playful psyche: Entering chaos, coincidence, creation* (p. 107–120). Spring Journal Books.
- Sokolov, L. (2020). *Embodied voicework: Beyond singing*. Barcelona.
- Sundberg, J. (1999). The Perception of Singing. Dans D. Deutsch, *The psychology of music* (2e éd., p. 171–214). Academic Press.
- Vaillancourt, G. (2012). Une musicothérapeute en musicothérapie, ou quand la cliente est une musicothérapeute! *Revue canadienne de musicothérapie/Canadian Journal of Music Therapy*, 18(1), 8–25.
- Waldon, E. G. et Isetti, D. (2018). Voice disorders and related risk factors among music therapists: Survey findings and strategies for voice care. *Music Therapy Perspectives*, 37(1), 37–44. <https://doi.org/10.1093/mtp/miy010>
- Youngshin, K. (2012). Music therapists' job satisfaction, collective self-esteem, and burnout. *The Arts in Psychotherapy*, 39(1), 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.10.002>

À propos de l'auteurice

Valérie Saulnier obtient une maîtrise (option recherche) en musicothérapie en 2021 de l'Université Concordia à Montréal. Parallèlement à sa carrière de chanteuse professionnelle, Valérie travaille comme musicothérapeute auprès d'une clientèle variée. Elle participe aussi au conseil d'administration de l'Association québécoise de musicothérapie (AQM) à titre de conseillère, et auprès du Regroupement québécois des thérapeutes par les arts (RQTA) à titre de présidente.

vsaulnier.musicotherapeute@gmail.com

“Should I really be doing this?!” Experiences of Imposter Phenomenon as an Emerging Music Therapist

[« Suis-je vraiment à ma place? » Les tribulations d’une jeune musicothérapeute aux prises avec le phénomène de l’imposteur]

Priya Shah, RP, MTA, M. MT

Abstract

Imposter phenomenon (IP) is an internal experience often affecting high-achieving individuals who doubt their abilities, believe they are frauds, and find it challenging to attribute accomplishments to their own competencies. Situated within the author’s historical and socio-cultural context, this autoethnographic reflection explores themes in the IP literature including the role of early family history, the impact of the college-to-career transition, and the reality of working as a music therapist in a role-emerging setting. The critical theory of intersectionality and the idea of double consciousness are highlighted, and practical tools are provided to help emerging music therapists navigate and confront IP.

Keywords: imposter syndrome, imposter phenomenon, music therapy, intersectionality, autoethnography, reflection

Sommaire

Le phénomène de l’imposteur (PI) est une expérience intérieure vécue par beaucoup de personnes extrêmement douées qui doutent de leurs capacités, se voient comme des hypocrites et ont de la difficulté à attribuer leurs réalisations à leurs propres compétences. Enracinée dans l’expérience historique et socioculturelle de l’auteurice, cette réflexion autoethnographique explore plusieurs thèmes de la littérature traitant du PI, notamment le rôle des antécédents familiaux, le contrecoup de la transition des études au marché du travail et les réalités du travail du musicothérapeute dans le cadre d’un rôle en émergence. Dans l’ouvrage, on aborde la théorie de l’intersectionnalité et l’idée du dédoublement de la conscience, et on propose des outils pratiques pour aider les musicothérapeutes novices à composer avec le PI.

Mots-clés: syndrome de l’imposteur, phénomène de l’imposteur, musicothérapie, intersectionnalité, autoethnographie, réflexion

Introduction

Imposter phenomenon (IP; also known as imposter syndrome) describes highly accomplished individuals who believe they are frauds, tending to attribute their success to external factors instead of their own competence (Clance & Imes, 1978; Feenstra et al., 2020). Despite my early-career accomplishments as an emerging professional music therapist, I have experienced multiple manifestations of imposter phenomenon throughout the last four years. In this autoethnographic reflection (Denzin, 2013; Stige & Ledger, 2016) set against the backdrop of IP literature, I explore my own experiences with IP within my unique historical and sociocultural context.

Having reached out to and spoken with many music therapy peers and colleagues, I have come to understand that IP is something that many of us experience in different ways and within different contexts. I became aware of the prevalence of IP in my life about six months after starting work at a new site as a full-time music therapist. I had put forward my workplace as an internship site and interviewed several students. However, the students to whom I offered the position accepted placements in other workplaces, partly for geographical reasons (the other sites were in their hometown). At the time, I was upset by their decisions and took them personally; I could not believe that students (internship candidates) had rejected my internship site! As an avid journal writer, I journaled to try to gain insight into and learn about what I was experiencing, as well as to process and release some of my emotions. In the process of reading previous journal entries, I felt a lightbulb go on in my head; I realized that this was not a new feeling, and that IP had been showing up consistently as I was developing my career as a music therapist. I began to unravel the origins of IP in my life in personal therapy, supervision, and research. My goal in writing this autoethnographic reflection and sharing my own experience is that others experiencing imposter phenomenon will gain a sense of hope, strength, and solidarity, and skills to validate, navigate, and confront IP.

Exploring the Literature

A number of studies about imposter phenomenon have examined and explored trends and themes amongst those experiencing it. Initially I was curious about IP encountered by emerging music therapists (Seah & McFerran, 2015) and the role of early family history (Clance & Imes, 1978; Satir et al., 1991). As I continued my search, I discovered other factors that contribute to IP, including attachment styles and entitlement (Gibson-Beverly & Schwartz, 2008), cognitive dissonance (Festinger, 1962), negative inner dialogue (Rokach & Boulazreg, 2020), internal qualities and external factors (Lane, 2015), and the college-to-career transition in emerging adulthood (McElwee & Yurak, 2010; Murphy et al., 2010).

In a study of over 150 women experiencing imposter phenomenon, Clance and Imes (1978) discovered that women who exhibit IP fall into one of two groups of people who share a particularity in their early family history (p. 3): they either (a) have a sibling or close relative who has been assigned the role of the “chosen one” and they themselves have been told indirectly

they are inadequate in some way, or (b) their family has conveyed to them that they are superior in every way, close or equal to perfection. The authors state that a woman in the first category believes the family myth (in part) and wants to disprove it; on one hand, she strives to receive validation for her intellectual competence, and on the other hand, she thinks her family may be correct about her, which leads her to experience the imposter phenomenon. A woman in the second category knows that she has difficulty achieving certain things yet strives to fulfill her family's expectations and, in realizing that the standard is unattainable, begins to doubt her abilities which leads her to experience the imposter phenomenon.

Gibson-Beverly and Schwartz (2008) examined attachment and entitlement as predictors of IP in a study including over 150 female graduate students. The authors found that the "inability to internalize positive achievements may stem from negative early relational experiences" and that "a healthy sense of entitlement is important in the process of building and maintaining confidence in one's abilities and the internalization of one's achievements" (p. 128). Similarly, in a study examining the imposter phenomenon as one of the barriers to success for psychology students, Rokach and Boulazreg (2020) noted that "the IP reflects an inner dialogue which is concerned with ruminating over one's negative qualities" (p. 645). The authors state that this type of rumination may reflect that these students are operating in a state of "cognitive dissonance" (p. 645)—Festinger's (1962) concept, referring to two items of information that do not fit together psychologically in relation to behaviour, feelings, or opinions. Cognitive dissonance can be demonstrated through what Clance and Imes (1978) call "intellectual flattery" (p. 5), whereby students conform their opinions to seek approval from others, including supervisors, peers, or colleagues, in dissonance with what they truly believe. Lane (2015) identified internal qualities that lead to IP as being achievement focused, continually working on self-improvement and maximizing potential, needing external praise (from parents, professors, supervisors, or managers) to feel confident, and having an inability to self-validate. External factors that lead to IP may include comparison and evaluation, which can come about when witnessing peers/colleagues succeed, for example, or when working together on group projects. In addition to journaling, I often write songs to process my feelings, and I wrote a song called "Jealousy" in 2014 which was about comparison and feeling inadequate:

Jealousy, when it's not me
 I'm not in control, so I fall down a hole
 I drink a lot, alone in my room
 Until I run out of orange juice
 I live a lie, from day to day
 When my mama calls, I tell her I'm okay

Ooh, no one really knows why she turned out this way
 Ooh, should we try to change her, or let her fade away

When I feel so low, I go from vice to vice
 But all the itching and scratching won't get rid of the lies
 I try to think what keeps me sane
 And a certain kind of warmth comes gushing in
 Love is the answer, love is the key
 Ooh baby you love me unconditionally
 Ooh baby love me unconditionally

Ooh, no one really knows why she turned out this way
 Ooh, should we try to change her, or love her anyway

Ooh, no one really knows why she turned out this way
 Ooh, should we try to change her, or love her anyway

When examining the college-to-career transition in emerging adulthood—a developmental stage for individuals between the ages of 18 and 25—Murphy et al. (2010) found that because many young adults change jobs more frequently during this period, “career adaptability”—a term first coined by Savickas (1997)—was critical for these young adults to have “realistic expectations and a flexible approach to negotiating change and challenge within the working world” (p. 180), in addition to relational and social support. Similarly, Seah and McFerran (2015) interviewed five new music therapy graduates and found that, specific to the field of music therapy, many new graduates require adaptability and coping strategies as they often adopt sole positions in role-emerging settings when entering into clinical practice. The authors found that it is common for new music therapy graduates to experience feelings of loneliness and isolation as they shoulder new responsibilities and—especially unique to the profession—as they engage in ongoing advocacy and education.

Feenstra et al. (2020) described the implications of considering how social context and environment may shape someone’s experience of feeling like an imposter on societal, institutional, and interpersonal levels. At a societal level, stereotypes can demonstrate how society and culture can contribute to shaping imposter feelings (e.g., stereotypes of leadership qualities among men vs. women or stereotypes of ethnic minorities as being lazy or underachieving). At an institutional level, the way that certain people are represented (or under-represented) in certain positions demonstrates how organizations and other institutions play a role in shaping imposter feelings (e.g., the representation of women in nursing vs. surgery). Lastly, at an interpersonal level, everyday interactions contain important social evaluative cues which convey to individuals whether (and how) they are seen as persons of value and worth, playing a role in shaping imposter feelings. I decided to use this autoethnographic approach to critically reflect on and make connections between what I have experienced and discovered through research, journaling, supervision, and personal therapy.

Drawing on personal journal excerpts as qualitative data interwoven with personal reflections to explore my own encounters with IP, I describe and then interpret the impact of early family history, intersectionality, emerging adulthood, and working full-time in a music-therapy-specific role in order to gain insights into how I can challenge IP when it reappears.

Where I Begin

I've graduated... now what?

Journal excerpt: September 5, 2018

It's only been one week "back-to-school" but I'm not in school and I already feel like I'm floundering. I've been late for things or gone to the wrong spot for a meeting or not gotten a job I applied for. It's all very frustrating ... My mind is so full I can hardly take anymore. What I need to prioritize is finding or creating a music therapy position. But where do I begin? How can I even enjoy my time? I should go to the park and breathe ... I usually like shopping but I can't afford that. Or anything. [- Toronto]

These early career moments held hints of IP, unbeknownst to me at the time. I moved to Toronto in 2018 to complete my last summer internship at a downtown hospital, then completed my master's degree in music therapy. My student loan was about to run out and I needed to find new sources of income. I began two years of "hustling," working as a music teacher, an English teacher, and a barista. At the same time, I started working on the requirements to become a certified music therapist and registered psychotherapist. I reached out to music therapists in the community who had their own businesses to see if I could sub-contract, worked on proposals to implement music therapy programming at new sites, and kept my fingers crossed.

Pain and Inadequacy

Journal excerpt: December 4, 2018

I worry about things I do not have control over. I fret, almost to the point of exhaustion. I find it very hard to be still. I don't want to feel everything all at once; it's too sad. I'll never be good enough. I could never look at myself in the mirror and say, "I'm proud of you." I'm a fake. I have no money. I have no talent. I don't work hard. I'm a loser. I feel small and insignificant and hopeless and useless. I'm so good at encouraging other people. I'm so good at listening. I can be with other peoples' pain. But I hate being with mine. It's stupid and controlling and ugly. Even if I win lots of awards or get my dream job or sing on a big stage, I won't be happy. My achievements are all just a reflection of how empty and alone I feel ... I need to get away from it all. I need to escape my reality. Doing things is only temporary. [- Toronto]

The feelings of inadequacy and despair emerging in this journal entry link to Clance and Imes's (1978) descriptions of belonging to a group of women whose family conveyed to them that they are superior in every way, close or equal to perfection. I felt that my parents put me on a pedestal for being a singer, getting good grades, and making everybody happy (or trying, at least). Amidst these pressures, my home environment was often turbulent and tense, punctuated by domestic violence and sometimes by my own feelings of shame. Although I have many positive memories from childhood, I have spent many years processing and trying to better understand the challenging ones. Reading and reflecting on this journal entry, I understand now that I was still in the process of working through some childhood trauma. I internalized from a young age that I, the middle child, was the peacekeeper, or the "placater," according to Satir's (1991) communication categories. This feels particularly relevant especially as I tried to avoid confrontation, seek approval, and please others (Satir et al., 1991). In childhood, I developed strong listening skills and sat with many difficult emotions. In examining my early family history and family-of-origin, I feel it is important to expand upon my identity as it relates to race and ethnicity to widen the context and acknowledge the role that intersectionality (Crenshaw, 1989) and social context (Feenstra et al., 2020) have played in the development and experience of IP in my life.

"Where are you from?"

I can relate to music therapist Sangeeta Swamy (2017) when she talks about having to answer the question, "Where are you from?," countless times growing up; my own experience made me question my belonging. My mom, for example, describes arriving in Calgary in late January 1982 on the coldest day she had ever experienced—never mind how far she was from "home." My dad, on the other hand, followed in the footsteps of one of his older brothers who immigrated to Canada several years earlier, the first person from both of my parents' families to do so. I grew up as a first-generation Canadian in a middle-class, Indian (Jain, Gujarati) family in the suburbs of Calgary, Alberta. Both my parents were born in Kenya and emigrated to Britain in 1973, ten years after Kenya declared its independence from colonial rule. My parents were young but, like all ethnic Indians, they were given the option to become either British or Kenyan citizens. Some Indians chose to stay in Kenya while many others, including the majority of my extended family, chose to migrate to Britain, and today, much of my family lives in London, England. Both sets of my grandparents are originally from Gujarat, India, our language is Gujarati, and my family historically has practised Jainism as a religion as far back as we can remember.

Belonging and Identity

Expanding on this idea of "belonging" or of wanting to "belong," I spent a lot of my childhood and young adulthood wondering about my identity, and not sure how much or how little of my "Indian-ness" to show in different contexts. At times in my life, I have placed value

on what makes me different and, at other times, I have felt insufficient because of what makes me different, a paradox common within experiences of intersectionality (Crenshaw, 1989). This paradox presented as a theme throughout my years of education and work, as I experienced being one of a few people of colour or a racial and ethnic minority in every school that I have ever attended, from elementary to graduate school, and in the majority of work places where I have contributed. I have vivid memories of feeling excluded as a child and of coming home and telling my mom I wish I did not have brown skin. Yet I also have memories of being proud of my culture in all its vibrancy and feeling that other kids were missing out. Whether it was attending Navratri (an Indo- Hindu cultural festival that takes place every autumn—see the Encyclopedia Britannica [2021] for more information) or attending SILPA (the School of Indian Languages and Performing Arts) in Calgary to learn North Indian classical voice, sitar, and harmonium, these vibrant and powerful representations of a broader ethno-cultural and national identity were a source of pride. In addition to a strong intentional focus on an Indian cultural education during my childhood, I was also exposed to and surrounded by music of contemporary genres, including pop, country, folk, jazz, rap and hip-hop, rock, singer-songwriter, and soul/R&B. My two favourite songs as a toddler demonstrate this “medley” quite well: “Jumma chumma de de” from the Bollywood movie Hum, and “Will You Be There?” by Michael Jackson. From age six to eleven, I sang in a children’s choir that performed English/Western music, and in high school I sang in the vocal jazz choir and started learning guitar and writing my own songs.

As I neared the end of high school, I began applying to different music schools to pursue performance; my application was rejected by three schools to which I had applied specifically for classical voice training. In anger, I immediately ripped up the pieces of paper and threw them out, thinking, “I sang in a choir. Why won’t they let me into the program?” But I had never received any formal, private training in Western classical voice or piano. As fate would have it, I was accepted into Carleton University’s contemporary music program for vocal performance, after auditioning with a jazz standard (“Old Devil Moon”) and a Fleetwood Mac song (“Rhiannon”). Auditioning for the Master of Music Therapy (MMT) program at Wilfrid Laurier in 2016 also highlighted for me the emphasis on having Western classical music training within the academic institution of music therapy. At that time, I was required to have Royal Conservatory of Music pieces, including a Grade 6 piano piece, as part of my audition. As I did not have extensive classical vocal training and minimal piano training, I felt my background was lacking. Despite making a concerted effort to fulfill the audition requirements, I now understand that those expectations may have contributed to my experience of IP as it relates to my own long-standing feelings of inadequacy, as well as my drive to achieve and succeed.

Being perceived as different and feeling excluded at times due to being a racial and ethnic minority, I was often plagued by a nagging concern and question as to whether I had been accepted into different training programs because of my skills and talent, or because I fit a “diversity quota” (ticking a box). Although I am not opposed to the aim of diversity quotas to achieve specific targets (striving towards more diverse representation), thinking about how they apply to me specifically has sometimes made me feel insecure. This speculation about being chosen for my skills and

talent vs. racial/ethnic identity could be related to both IP and intersectionality, or perhaps what W. E. B. Du Bois, in the context of a duality of African-American life fuelled largely by racism, referred to as “double consciousness,” characterized as “this sense of always looking at one’s self through the eyes of others” (1903/1999, pp. 10–11). Meer (2019) elaborates that double consciousness may illustrate “how our sense of self is necessarily constructed in a dialogue that is continually subject to implicit power relations” and that “self-recognition is a form of cultural recognition which ... sees one’s cultural identity in connection with the cultural identities of other members of one’s community” (p. 52).

Working with a therapist who is a person of colour (and shares the same ethnic background as me) for the past couple of years has helped me to embrace my Indian heritage, and examine some of these doubts or fears related to IP and my race and ethnicity. I have explored how my constant striving to achieve may be linked to cultural expectations, intergenerational trauma, and being a child of immigrant parents. Although it is likely that I will continue to grapple with issues of identity and belonging throughout my life, I feel much more grounded in acknowledging and talking about these internal struggles with others, which has helped me feel more comfortable with who I am.

Figure and Ground

In Gestalt therapy training, the concept of “figure and ground” is frequently discussed: “the ground of a person’s attention, their phenomenological experience, is the current or historical backdrop to their experience ... the whole picture out of which one element emerges as ‘figural’” (Joyce & Sills, 2018). According to this concept, we tend to segment our world into figure and ground, with the figure being the main focus (e.g., object or person) and the ground being the background. For example, as a client focuses on what represents the figure in their life, the therapist is encouraged to maintain active awareness of both the figure (e.g., what the client is sharing) and the ground (e.g., the client’s body language), things of which the client may not be aware. Relating this concept to my experience of IP throughout my life, it feels as though my family history and social context were often in the ground, while the figure represented my self-doubts about the next accomplishment or achievement in my life. I also recognize that many of my journal entries were focused on the figure; meanwhile, the ground was present and equally, if not more, important throughout.

Building a Practice: Inside and Out

Journal excerpt: January 19, 2019

I am slowly progressing towards my goals ... yet how do I capture this restlessness? Sitting and reading a book is the hardest thing, so I’ll try it. Anything challenging, I’ll do it. I’m not afraid. Maybe I’ll fail. Maybe failure will teach me to persevere. When it’s quiet I want to sing. When it’s loud I want to escape. [- Toronto]

The “it” I write about refers to feelings in my childhood home; loudness often meant conflict, and quiet often meant peace or, at times, anticipatory tension (the “calm before the storm”). Moving from job to job at this time in my life, I often felt that I needed some stillness, but the rush of needing to achieve and the relentless comparing of myself to others drove me onwards. I also felt that, because I was working in an emerging field, I needed to prove to my family that I could succeed and that following my passion and pursuing music had not been a mistake. Becoming a music therapist (and pursuing music in general) was outside of the traditional expectations of an Indian child of immigrant parents in Canada in the 2000s. Despite these embedded expectations, I pursued this career and, in April 2019, eight months after graduating from the Master of Music Therapy program, I began working as a music therapist with two new contracts. From there, work blossomed and soon I was working in multiple health-care settings (long-term care, hospice, private practice, and community) and teaching part-time.

Although I was now working full-time as a music therapist, signifying that I could make a living in this profession, I was still experiencing IP.

Journal excerpt: September 5, 2019

Here I am, exactly a year since I felt lost, now working full-time as a music therapist, still learning, still growing, and feeling unsure of myself. “Trust the process,” she said, a 3rd year Gestalt student. How I wish I could be so wise ... I am wrapped in predicted confusion, cloaked in degrees and letters behind my name, dressed awkwardly, almost comfortable, almost stylish. I imagine what life would be like if I was “her” or “her” or “her” ... There I go doubting myself again. [- Toronto]

I read in this entry that although I now had an education as well as some experience, I still felt inadequate, or perhaps I felt that I had more to prove. It is also evident that I was still comparing myself to others in an unhealthy way, and this acknowledgement is part of the reason that I eventually decided to leave social media (Facebook and Instagram) in May 2021.

Self and Others’ Expectations: Working in an Emerging Music-Therapy-Specific Role

September 10, 2020

I am the music therapist at Homewood Health Centre in Guelph, Ontario, Canada. Today, in an experiential exercise as part of my Gestalt psychotherapy-training program, I shared the impact that my parents’ expectations have had on me. When I was young, and they asked me to sing in front of guests. When I was called an “angel.” When I succeeded and was held to that standard, or my brother was suddenly held to that standard. I practiced saying directly (aloud) that I am going to do what is right for me. [- Guelph]

It felt freeing to acknowledge, with my classmates’ support, the pressure I had felt growing up with my parents’ expectations, and how those expectations may have led me to develop certain

qualities, such as being achievement-driven and striving for external praise and validation, which I now know are linked to experiences of IP. In the past couple of years, I have had some intentional and honest conversations with both parents; the unraveling and “working-through” continues.

Am I Good Enough Yet?

Initially, beginning a full-time music therapy position had felt a lot like winning the lottery; I had finally proven to my parents that I could making a living working as a music therapist, which meant (or so I believed at the time) that I did not have to strive so hard to achieve anymore. I thought, “This is it! I’ve made it! All my hard work has paid off! I never have to doubt myself again!” Since then, I have come to the realization that no matter how much I accomplish, the imposter phenomenon will likely return and I will have to confront it again. For example, within the health-care institution where I currently work, there is a focus on evidence-based practice and knowledge, formulation of goals and treatment plans, and working collaboratively within an interdisciplinary team. Sometimes, I am afraid of what the other team members think of me. Do they think I am educated enough to be part of their team—that music therapy is worthy enough to have a seat at the table? While I know that, logically, the answer is yes, my imposter mind often pushes back. As a music therapist who operates alone much of the time, it can be easy to get stuck in my head with my own doubts and fears, especially without daily access to an active sounding board of other music therapists who can relate to what I do.

Imagining Futures

Journal excerpt: September 30, 2020

Sometimes I still feel terribly lost. Am I where I am meant to be? Will things remain the same for the next 30 years? Will I feel trapped? Will I have a choice? I’d like to leave the trapped feeling. I’d love to feel like I was 17 ... with my whole future ahead of me. No relationship, no rent, no job, no responsibilities. Because of my upbringing, will I always feel like I need to leave? Before I’ve even been here a month, I feel like I may be doomed to the reality of “sameness.” [- Guelph]

The fear and the questioning evident in this entry was clearly connected to my family-of-origin and feeling the need to “escape” or to find a better situation/environment in which to thrive. I also see parallels between my parents’ trajectory and my own, having moved away from home and feeling like I was finally starting to “settle.” I am still grappling with what it means to be a settler in Canada, settling (as my parents did) in a “home on native (Indigenous) land.”

After about a month in my new role, I also began to feel certain doubts and fears related to staying in the same place forever—of giving myself away to my career—and reaching a plateau, no longer moving upward/forward/onward. For someone who has constantly strived to improve and achieve, it was scary to think that my momentum might slow down or stop completely. I have

discussed these fears in both supervision and personal therapy and come to the conclusion that I always have a choice. The road does not end; it simply goes in different directions or presents new obstacles. I now feel more settled in my role and confident that there is still a lot of room for growth, in all aspects of life.

Moving On with New Strategies

I feel that writing about and researching imposter phenomenon has helped to reduce the impact of the anxiety I had attached to it. Since exploring and developing a greater awareness of how family history, social context, intersectionality, internal and external factors, emerging adulthood, and working in a music-therapy-specific role have collectively affected my life, I have faced and learned some difficult truths about myself and begun to develop strength and resilience in a new context.

A Therapist Needs a Therapist

Looking back over my processes, I realize that some of my earlier journal entries reflect a younger self who had not yet engaged in in-depth personal therapy to process events from youth and early childhood (that lingered into emerging adulthood and the independence associated with entering into a professional, full-time workplace). In the Gestalt psychotherapy-training program, a minimum of 50 hours of personal therapy was required to move from year two to four (2019–2021). I am grateful for the opportunity to explore these influences in personal therapy, supervision, and my own reflections, journal writing, and songwriting. I now have a heightened awareness of certain negative thought patterns, self-beliefs, and fears that I possess.

Using My Own Approach to Music Therapy

Recently, I have begun to wonder about using my own approach to music therapy (person-centred, anti-oppressive, strengths-based, resource-oriented, and music-centred) as a way to address my own IP issues. As a music therapist and psychotherapist, much of my work with clients happens “in the moment”—in the space we co-create, the way the music (or silence) supports the feelings in the room, and the way words can be used to deepen curiosity, understanding, and discovery. In one of my journal entries, I mentioned that I have always felt as though I had a great capacity to listen to and be with others’ pain, but not my own. Over the past few years, I have learned that treating myself with the same compassion and empathy I reserve for clients will not only help me challenge IP, but can potentially reduce burnout and make me a more authentic and confident clinician.

Daily Reminders and Practical Tools to Confront IP

The acronym “QTIP” (Quit Taking It Personally) is written on the whiteboard in my office. I have left social media (Facebook and Instagram) to minimize comparison and evaluation and allow me to focus on my strengths. I try to incorporate positive affirmations and gratitude into my day and, more recently, I have tried to honour and remember my context(s) with regard to my personal history and social context in the face of self-judgements and negative self-beliefs.

Clance and Imes (1978) suggest keeping a record of positive feedback and how you prevent yourself from accepting this feedback, as well as actively experimenting with the opposite—that is, to listen and let the positive response soak in. They also suggest a Gestalt experiment, to role-play and embody the opposite of a negative belief (e.g., if the negative belief is, “I’m incompetent,” embody and role-play, “I am highly competent”). I have begun to write down compliments or positive feedback from patients and colleagues in a notebook, and if I am having a challenging day, I refer to it to be reminded of the positive qualities that others see in me. I have not often embodied the opposite of negative beliefs, but I did get a chance to embody a “superhero” on Hallowe’en and found it to be effective in boosting my confidence for the evening. I cannot dress up like a superhero every day around the workplace, but there may be other ways of practising this technique.

Lane (2015) suggests developing self-validation skills and normalizing the IP experience. Here is an affirmation I developed in response: “I am not the only one who experiences the imposter phenomenon and it is normal to experience. I am highly competent and intelligent. I have worked hard and accomplished an incredible amount in my life. I am a/an (insert positive descriptive word) music therapist. I am proud of myself.”

Giving and Receiving

I continue to explore dichotomies and the “in-between” spaces—times when I feel both shame and pride related to identity and belonging, or times when I feel both insecure and confident as the only music therapist in a team meeting, or times when I feel both vulnerable and resilient in exploring my own fears and self-doubts. Even though I still occasionally struggle with IP, I also know that I am not alone, and that I am a highly competent music therapist. I am thankful for the social support I have received from peers, colleagues, family, friends, and my partner, all of which have helped me cope with the imposter phenomenon and better understand myself. I am interested in giving back to the music therapy community, especially to students and emerging music therapists, as they may face similar struggles when entering the field of music therapy. Possible questions and areas for further investigation include exploring the prevalence of IP in emerging music therapists in Canada while considering different social contexts, and whether IP is more pronounced in new versus seasoned practitioners, or if it appears differently as we acquire further experience and training. I have learned so much going through my own challenges and growth as a music therapist. I know that each of us has a unique journey, and hope that we can remember as we move forward: we (you) are not alone.

References

- Clance, P. R., & Imes, S. A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 15*(3), 241–247. <https://doi.org/10.1037/h0086006>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139–167.
- Denzin, N. K. (2013). *Interpretive autoethnography* (2nd ed.). SAGE Publications Inc.
- Du Bois, W. E. B. (1999). *The souls of black folk. Critical edition.* (H. L. Gates Jr. & T. H. Oliver, Eds.). Norton. (Original work published 1903).
- Encyclopaedia Britannica. (2021). Navratri. In *Britannica.com*. Retrieved December 1, 2021, from <https://www.britannica.com/topic/Navratri>.
- Feenstra, S., Begeny, C. T., Ryan, M. K., Rink, F. A., Stoker, J. I., & Jordan, J. (2020). Contextualizing the impostor “syndrome.” *Frontiers in Psychology, 11*, 3206. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.575024>
- Festinger, L. (1962). Cognitive dissonance. *Scientific American, 207*, 93–102. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican1062-93>
- Gestalt Institute of Toronto. (2019). *Explore the GIT: Gestalt modalities.* <https://gestalt.on.ca/about-us-2/gestalt-modalities/>
- Gibson-Beverly, G., & Schwartz, J. P. (2008). Attachment, entitlement, and the impostor phenomenon in female graduate students. *Journal of College Counseling, 11*(2), 119–132. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2008.tb00029.x>
- Joyce, P., & Sills, C. (2018). *Skills in Gestalt counselling & psychotherapy* (4th ed.). Sage Publications.
- Lane, J. A. (2015). The imposter phenomenon among emerging adults transitioning into professional life: Developing a grounded theory. *Adultspan Journal, 14*(2), 114–128.
- McElwee, R. O., & Yurak, T. J. (2010). The phenomenology of the impostor phenomenon. *Individual Differences Research, 8*(3), 184–197.
- Meer, N. (2019). W. E. B. Du Bois, double consciousness and the “spirit” of recognition. *The Sociological Review, 67*(1), 47–62. <https://doi.org/10.1177/0038026118765370>
- Murphy, K. A., Blustein, D. L., Bohlig, A. J., & Platt, M. G. (2010). The college-to-career transition: An exploration of emerging adulthood. *Journal of Counseling & Development, 88*(2), 174–181. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00006.x>
- Rokach, A., & Boulazreg, S. (2020). The road to becoming a psychologist: Indicators of success and hardship during the university years. *Journal of Psychology, 154*(8), 632–661.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The Satir model: Family therapy and beyond.* Science & Behavior Books.
- Savickas, M. L. (1997). Career adaptability: An integrative construct for life-span theory. *The Career Development Quarterly, 45*, 247–259.
- Seah, C. H., & McFerran, K. S. (2016). The transition to practice experience of five music therapy graduates. *Nordic Journal of Music Therapy, 25*(4), 352–371.

Stige, B., & Ledger, A. (2016). Ethnographic research. In B. L. Wheeler & K. Murphy (Eds.), *Music therapy research* (3rd ed., pp. 408–420). Barcelona Publishers.

Swamy, S. (2017). *Music therapy in the South Asian-American diaspora*. (A. Whitehead-Pleaux & X. Tan, Eds.) Barcelona Publishers.

Author Information

Priya Shah, MMT, RP, MTA, is a music therapist and professional discipline lead at Homewood Health Centre in Guelph, Ontario, providing individual and group-based music therapy to individuals receiving mental health and addictions treatment, and supervising graduate students. Priya received her Master's degree from Wilfrid Laurier University in 2018, and has additional training in Gestalt psychotherapy. As well as playing and writing music, she loves spending time in nature and getting lost in a good book.

priya.shah.mta@gmail.com

Book Review

The Music Therapy Studio: Empowering the Soul's Truth

Rick Shoshensky

Rowman & Littlefield, 2021

ISBN 9781538154281 [cloth]

ISBN 9781538154298 [pbk]

ISBN 9781538154304 [epub]

This book feels like a friend and mentor. Rick Shoshensky's *The Music Therapy Studio: Empowering the Soul's Truth* reminds me that the most important way I can do good in the universe is by being a music therapist. For those who have that sense, or want to, this book will stoke your fire and empower you to lead with what you love most about music and people. The invigorating theories and the clinical vignettes that they arise from are written with deep compassion and each page offers something to savour. Although I would recommend this read to any music therapist, the author seems to invite non-music therapists into this wonderful world as well. The book is written with reverence for both the mystery and power of music and the potential of all humans. I suspect this book will touch the heart and stimulate the mind of anyone who deeply loves either.

The book is divided into three main sections. The first is "Foundation," where author Rick introduces us to the breadth of what informs his approach to music therapy. In the first chapter he tells his personal story of how he went from trying to make it professionally as a songwriter/performer to becoming a music therapist. Along the way he wrestles with ideas from various muses such as Buddhism, Beethoven, and a client. The readers get a glimpse of how he arrived at the conviction that being a music therapist is a profound life calling and is an important response to the human condition. Chapter 2 clarifies and defines aspects of music therapy; my sense was this section was particularly helpful for non-music therapists. Furthermore, Rick explains the clinical benefit of viewing clients with wonderment and openness. He says, "our belief is the space our clients can occupy" (p. 48). Related to this idea, in Chapter 3, "Sacred Space," he references Carolyn Kenny and Taoism to explore the meaning of creating a space for a client to flourish. Finally, in Chapter 4, "Lessons from Nordoff-Robbins," he gives an electrifying overview of some of the key principles of his formal music therapy training.

In the second section, "Framework," Rick explores the tools he uses in therapy sessions, illustrated with theoretical backing from neuroscience, mysticism, musicians, musical idioms, and the clients who have ultimately taught him what he knows to be true. He dedicates a chapter each to the clinical use of instruction and practice, jamming (improvisation), composing, performing and recording, goals, and ritual. For music therapists, there is much in this section to incorporate into our own practice. I was particularly interested in the goal section where he shares his process of creating, "...a model of assessment and goal achievement that had a universal theme, one that didn't focus on pathology and could just as easily apply to the practitioner as the client" (p. 146).

I was struck by Rick's humble way of highlighting the transpersonal power of music. In the chapter on jamming he writes, "It's not for me to decide when or whether music will find some way to make it work. I assume music is a higher intelligence than me. The music doesn't come through me. I find a way into it" (p. 93). Similarly, in the chapter on composing, he says:

One could hardly say it was I who facilitated it. My role was simply to be willing to accompany him on his journey, to accept things as they were, to offer encouragement and support when he flagged and, most importantly, not to get in the way of the creative and healing forces larger than both of us. (p. 115)

The final section is titled "Philosophy." Rick explores some of life's biggest questions and how they relate to music therapy. Through a surprisingly deep dive into quantum physics and meta-physics, he ties his beliefs about consciousness and the nature of reality into music therapy in ways that are invitational and inspiring. He writes:

That is my philosophical understanding—doing everything possible to discover and serve the creative purpose, not only of my client, but of the universe itself, regardless of how it seems to be going at the time or whether or not it appears to be successful treatment. (p. 189)

I was touched by Rick's humility in acknowledging that even though he has developed an assessment model for tracking success in the therapy, aspects of life's creative purpose remain mysterious to his limited perception. To conclude the section, he leaves us with words that I felt most summed up the energy of this book: "[Music therapy] has to do with helping [our clients] to experience themselves as valued members of the human family and, more than this, as infinite beings in an infinite creation on an infinite journey" (p. 191).

What I appreciated most about this book was the authority with which the author expresses his thoughts, which are neither quantitatively verifiable nor from someone else. Rather, he draws from decades of clinical experience as practitioner, teacher, and supervisor. He speaks from his own lived experience and invites the reader to understand from his unique perspective rather than trying to painstakingly prove his way is the only way to do this work. The author creates a space and invites readers, trusting perhaps that people's humanity—their heart and soul—will respond to his ideas as we can in music. For music therapists this book offers a refinement and celebration of what we do, and for me, empowers what I love most about this work. This would be a heart-opening and informative read for anyone who loves someone who does not measure up to traditional notions of "success." Lastly, I would recommend this book to the many people I have met who do not know much about music therapy but light up at the notion of such a profession.

Finally, I will leave you with some words of Rick Soshensky to carry into your work day: "Can I change all the darkness and misery in the world? No. Can I bring music into those places? Yes" (p. 190).

Reviewed by Luke Lee Burton MMT, MTA, RCC

Luke Lee Burton is a music-centred psychotherapist, registered clinical counsellor, and certified soul-centred facilitator working in online private practice. He offers 1:1 sessions and music centred self-development workshops for groups.

Critique d'ouvrage

The Music Therapy Studio: Empowering the Soul's Truth
[Le studio de musicothérapie : émanciper la vérité de l'âme]

Par Rick Soshensky
Rowman et Littlefield, 2021
ISBN 9781538154281 (couverture rigide)
ISBN 9781538154298 (couverture souple)
ISBN 9781538154304 (epub)

L'ouvrage *The Music Therapy Studio: Empowering the Soul's Truth* [le studio de musicothérapie : émanciper la vérité de l'âme] de Rick Soshensky est, en quelque sorte, un ami et un mentor. En le lisant, je me suis rappelé que le meilleur moyen à ma disposition pour apporter une contribution positive à l'univers est d'être musicothérapeute. Si vous ressentez — ou souhaitez ressentir— cette même impression, ce livre saura attiser votre passion et vous poussera à mettre de l'avant ce qui vous anime le plus de la musique et des gens. Les exaltantes théories de Rick Soshensky et les vignettes cliniques sur lesquelles elles reposent sont empreintes d'une profonde compassion et chaque page propose quelque chose de savoureux. Bien sûr, je recommande cette lecture à tous les musicothérapeutes, mais l'auteur semble inviter aussi le grand public à pénétrer dans son merveilleux univers. L'ouvrage honore le mystère et la puissance de la musique, de même que le potentiel des êtres humains. À mon avis, ce livre saura toucher le cœur et stimuler l'esprit de tous ceux qui éprouvent un amour profond pour l'un et l'autre.

Le livre est divisé en trois grandes parties. Dans la première, *Foundation* [fondements], l'auteur nous présente les vastes bases de sa démarche de la musicothérapie. Le premier chapitre est consacré à son cheminement personnel. Soshensky y raconte comment il a fait ses débuts à titre d'auteur-compositeur-interprète avant de devenir musicothérapeute. En cours de route, il brasse des idées lui venant de diverses muses, notamment le bouddhisme, Beethoven et l'un de ses clients. Le lecteur entrevoit ce qui a mené l'auteur à la conviction que la musicothérapie est une vocation profonde et une réponse importante à la condition humaine. Le chapitre 2 clarifie et définit plusieurs aspects de la musicothérapie. À mon avis, celui-ci sera particulièrement utile aux non-musicothérapeutes. Soshensky y décrit, par ailleurs, les avantages cliniques que l'on peut tirer lorsque l'on fait preuve d'émerveillement et d'ouverture face à ses clients. « Nos croyances constituent l'espace que peuvent occuper nos clients », déclare-t-il [trad.] (p. 48). Dans un même ordre d'idées, au chapitre 3, intitulé *Sacred Space* [espace sacré], il se fonde sur le travail de Carolyn Kenny et sur le taoïsme pour explorer ce que signifie la création d'un espace où peuvent s'épanouir les clients. Enfin, au chapitre 4, *Lessons From Nordoff-Robbins* [leçons reçues de Nordoff-Robbins], il livre un aperçu électrisant de quelques principes clés de sa formation en musicothérapie.

Dans la deuxième partie, *Framework* [cadre de référence], l'auteur décrit les outils qu'il emploie dans ses séances appuyant le tout par des notions théoriques fondées dans les

neurosciences, le mysticisme et les langages musicaux, et apprises des musiciens et des clients auxquels il doit son savoir. Il consacre un chapitre aux usages cliniques de chacun des aspects suivants de la musicothérapie : l'enseignement et la pratique, l'improvisation en groupe, la composition, l'interprétation et l'enregistrement, les objectifs visés et les rituels. Les musicothérapeutes trouveront dans cette partie beaucoup d'éléments pouvant s'intégrer à leur propre pratique. Je me suis moi-même particulièrement intéressé à la partie décrivant son processus de création d'un « [...] modèle universel d'évaluation et de réalisation des objectifs qui ne s'articule pas sur les pathologies et qui s'applique tout aussi bien au thérapeute qu'à son client » [trad.] (p. 46). J'ai été frappé par l'humilité dont fait preuve l'auteur dans sa description du pouvoir transpersonnel de la musique. Dans le chapitre sur l'improvisation, il écrit : « Il ne m'appartient pas de décider si la musique sera efficace ou à quel moment cela se produira. Je pars du principe que la musique est une intelligence qui me dépasse. Je ne crée pas la musique. Je ne fais que découvrir une porte pour y entrer » [trad.] (p. 93). Dans la même veine, au chapitre sur la composition, il écrit :

On ne saurait dire que c'est moi qui ai dirigé le processus. Mon rôle se limitait à simplement l'accompagner dans son cheminement, à accepter les choses comme elles étaient, à offrir de l'encouragement et du soutien à sa demande et, surtout, à éviter d'entraver les forces créatives et thérapeutiques, qui nous dépassent tous les deux (p. 115).
[traduction]

Dans la dernière partie, intitulée *Philosophy* [philosophie], Soshensky scrute quelques-unes des grandes questions existentielles et leur rapport à la musicothérapie. Par une incursion surprenante et approfondie dans la physique quantique et la métaphysique, il invite le lecteur à l'accompagner dans un examen inspirant de ses convictions concernant la conscience et la nature de la réalité par rapport à l'exercice de la musicothérapie. Il écrit :

C'est mon principe philosophique — tout mettre en œuvre pour découvrir et servir l'intention créative; non seulement celle de mon client, mais celle de l'univers même, sans me soucier du cours que semblent suivre les choses sur le moment ou du succès apparent du traitement (p. 189). [traduction]

J'ai été touché par l'humilité de Soshensky, qui reconnaît que, même s'il a établi un modèle d'évaluation des résultats thérapeutiques, certains aspects de l'intention artistique de la vie continuent d'échapper à sa perception limitée. Il conclut cette partie sur des mots qui, à mon avis, résument bien l'énergie de l'ouvrage dans son ensemble : « [La musicothérapie] consiste à aider [nos clients] à se percevoir comme des membres à part entière de la grande famille humaine et, qui plus est, comme des êtres infinis habitant une création infinie et suivant un parcours infini »(p. 191) [trad.].

Ce que j'ai le plus apprécié de cet ouvrage, c'est l'assurance avec laquelle l'auteur exprime des convictions personnelles qui ne sont pas objectivement vérifiables. Elles reposent plutôt sur ses décennies d'expérience clinique à titre de praticien, d'enseignant et de superviseur. Plutôt que de s'échiner à prouver que sa méthode est la seule qui soit valable, Soshensky raconte son expérience et invite le lecteur à envisager les choses selon son point de vue particulier. L'auteur crée un espace et y invite le lecteur, sachant qu'il peut en appeler à l'humanité — au cœur — des

gens pour s'unir à lui dans la musique. Ce livre célèbre et rehausse le travail des musicothérapeutes; il met en valeur ce qui me plaît le plus de mon travail. C'est une lecture formatrice qui ouvrira le cœur de quiconque aime quelqu'un ne correspondant pas aux notions traditionnelles du « succès ». Enfin, je recommande ce livre aux nombreuses personnes que j'ai connues qui, bien qu'elles sachent peu de choses de la musicothérapie, tiennent la profession en estime.

Pour finir — et pour enrichir votre quotidien — je vous offre de sages paroles de Rick Sochensky : « Suis-je capable de faire disparaître toutes les ténèbres et toute la misère du monde? Non. Mais puis-je y faire briller la musique? Oui » (p. 90) [trad.].

Critique par Luke Lee Burton M. MT, MTA, RCC

Luke Lee Burton est psychothérapeute spécialisé en musicothérapie, thérapeute clinique agréé et facilitateur certifié spécialisé en spiritualité qui exerce à son propre compte en télépratique. Il offre des séances individuelles et des ateliers musicaux de développement personnel en groupe.

Book Review

Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room

Bob Heath

First Edition. Self-published, 2021

ISBN 13: 9798505171004

Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room will provide readers with insight into what can happen between a music therapist and a client in a hospice care setting. Although much of Heath's work has been done in a hospice with a designated music therapy program in the United Kingdom, it is important to note that, as would be the case in Canada, some of the music therapy sessions took place in patients' rooms or on the in-patient unit. It is an enjoyable, easy-to-read book that will provide useful information about hospice care to music therapists, music therapy students, hospice-care workers, family members of palliative care patients, and anyone interested in knowing more about what a music therapist does.

The author shares his experiences with ten clients who were at the end of their lives for a variety of reasons. They may have been suffering from cancer, had a glioblastoma, were profoundly autistic, or had Graft Versus Host Disease (GVHD) after a stem cell transplant, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), or dementia. Though these stories are not case studies, music therapists will be able to glean some pertinent information from each one. As the author describes each client's experiences during sessions, he also reminds us that this is a book about relationships, music therapy, living and dying, hope, and the power of music to effectively support individuals and their families through the pain and grief of dying.

The author began his musical life as a musician, performer, and songwriter. After realizing that he was not very comfortable in the music business, he became a community musician for those he refers to as "profoundly disabled young people" (p. 7). It was actually a family member of one of these young people who suggested that he become a music therapist. During his time as a community musician, he quickly learned that he was not equipped to work with most of these clients without further training. So, the author began his music therapy studies at Bristol University. For the past several years, he has worked as a private practice music therapist in hospice care in Swindon, Wiltshire, UK.

Songs from a Window is certainly not a music therapy textbook, but it is valuable for other reasons. First, it serves to remind us all that music therapy sessions can have benefits and consequences outside of the session. For example, a family member of a client might be referred to the music therapist to assist them with the grief and loss of a loved one. Second, the author reminds us that music has the ability to evoke powerful emotional responses for which music therapists need to be equipped to provide support. Also, we need to be prepared to support our clients, be respectful of their feelings, and be sensitive to their needs during sessions. We must not make assumptions about our clients, especially with regard to their past musical history or life experiences.

The music therapy room at the hospice where the author works is full of instruments for clients to experiment with, a piano to play, and enough technology to record sessions, produce CDs, and use the Soundbeam—“an ultrasonic device that enables people to create musical sound by making movements inside a beam” (p. 10). The author also uses lyric writing, songwriting, poetry, lyric analysis, and music listening in his sessions. There are examples at the end of the book of the lyrics that each client wrote during sessions, along with a listening list of session recordings and live concert recordings of most of the compositions available online.

The author provides music therapists with some specific considerations and suggestions for this population. He encourages music therapists to read a client’s medical record and personal information before their first session. He reminds us that the first session “can have a profound effect upon the potential for a healthy therapeutic alliance and the subsequent relationship that may unfold” (p. 36). As music therapists, we need to be open and accepting of all clients. It is here that our health-care profession stresses the importance of protecting the integrity of the therapeutic relationship through confidentiality and serving the clients’ needs foremost, and not our own. Perhaps more importantly, the author reminds us of the ethical considerations we need to be aware of with regard to palliative care patients. In one of the stories in his book, the author had to stop himself from making a connection in a session between one client and another, thus possibly divulging personal information. He knew it would be neither ethical nor helpful.

Lastly, the author suggests that, as music therapists, we need to be open and accepting of what we do as helping professionals. He says that although we may not always be sure that what we are doing is having the desired effect, we need to continue to take risks and steer clear of self-criticism.

The stories presented in this book give us a glimpse into the life of one music therapist who works with clients in hospice care in the U.K. Although these stories do not offer us clinical evidence as to the efficacy of music therapy, they do help the reader appreciate the unique contribution that music therapy sessions can provide for this population. I would like to see more easy-to-read books of this nature based on other client populations. It would help promote music therapy in health care and could help the general public gain a better understanding of what can be accomplished when a music therapist becomes part of the health-care team.

Reviewed by Cathy D. Weldin, MMT, MTA, BEd, BMus

Cathy Weldin is a retired music teacher, music therapist, and P–6 classroom teacher who lives in Truro, Nova Scotia, Canada. She has been a member of the Canadian Association of Music Therapists since 1995. Cathy received her Master’s degree and music therapy training at Southern Methodist University in Dallas, Texas where she worked in rehabilitation, and with cancer patients, children and adults with mental health diagnoses, and children on the Autism spectrum.

Critique d'ouvrage

Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room
[Chanter à la fenêtre : histoires de fin de vie dans la salle de musicothérapie]

Par Bob Heath

Première édition. Publié à compte d'auteur, 2021

ISBN 13: 9798505171004

Songs from a Window: End-of-Life Stories from the Music Therapy Room [chanter à la fenêtre : histoires de fin de vie dans la salle de musicothérapie] permettra au lecteur de mieux comprendre ce qui peut se passer dans la relation entre un musicothérapeute et un client aux soins palliatifs. Bien que le plus clair du travail de Bob Heath se déroule habituellement en centre de soins palliatifs offrant un programme de musicothérapie au Royaume-Uni, il importe de préciser que, comme ce serait le cas au Canada, certaines séances ont eu lieu dans la chambre du patient ou dans l'unité d'hospitalisation. C'est un livre facile et agréable à lire qui fournit des renseignements utiles sur les soins palliatifs pour les musicothérapeutes, les étudiants en musicothérapie, les fournisseurs de soins palliatifs, les familles des patients et pour quiconque a envie de mieux connaître le travail des musicothérapeutes.

L'auteur y relate son expérience auprès de dix clients en fin de vie aux prises avec divers problèmes de santé : cancer, glioblastome, autisme grave, réaction du greffon contre hôte (GvD) après une greffe de cellules souches, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou démence. Ces récits ne sont pas des études de cas, mais les musicothérapeutes pourront tirer de chacun de judicieux enseignements. En décrivant les expériences vécues par chaque patient au cours des séances, l'auteur nous rappelle que son livre porte sur les relations humaines, la musicothérapie, la vie et la mort, l'espoir et les vertus de la musique pour soutenir efficacement les patients en fin de vie ainsi que leurs familles en proie à la souffrance et au chagrin.

L'auteur a débuté comme musicien, interprète et auteur-compositeur. Après avoir réalisé qu'il n'était pas très à l'aise dans le contexte de l'industrie de la musique, Bob Heath est devenu musicien communautaire auprès de jeunes gravement handicapés. C'est un membre de la famille de l'un de ces jeunes qui lui a d'ailleurs suggéré de devenir musicothérapeute. Heath a cependant vite compris que sa formation était insuffisante pour lui permettre de travailler auprès de cette clientèle, et a donc entrepris des études en musicothérapie à l'Université de Bristol. Depuis plusieurs années, il exerce à son compte à titre de musicothérapeute en soins palliatifs à Swindon, dans le Wiltshire, au R.-U.

Songs from a Window n'est certainement pas un manuel de musicothérapie, mais sa lecture est pertinente pour d'autres raisons. Premièrement, l'ouvrage nous rappelle que les séances de musicothérapie produisent des bienfaits et ont des retombées positives qui dépassent le cadre des séances. Par exemple, un membre de la famille d'un client peut être aiguillé vers un musicothérapeute pour l'aider à vivre le deuil d'un proche. Deuxièmement, l'auteur nous rappelle que

la musique peut susciter des réactions émotionnelles intenses, et les musicothérapeutes doivent être formés pour fournir du soutien. Il nous faut également être préparés à soutenir nos clients, dans le respect de leurs émotions, et nous montrer sensibles à leurs besoins durant les séances. Nous devons éviter les présomptions au sujet de nos clients, surtout pour ce qui a trait à leurs antécédents en musique ou à leur expérience de vie.

La salle de musicothérapie du centre de soins palliatifs où travaille l'auteur regorge d'instruments à la disposition des clients, notamment un piano, et les outils technologiques nécessaires pour enregistrer les séances, produire des CD et utiliser Soundbeam, « un dispositif ultrasonique qui permet de produire des sonorités musicales en se mouvant dans un faisceau » [trad.] (p. 10). Dans le cadre de ses séances, Bob Heath a aussi recours à l'écriture de paroles de chansons, à la composition, à la poésie, à l'analyse de paroles de chansons et à l'écoute de musique. On trouve, à la fin du livre, des exemples de paroles de chansons écrites par les clients durant les séances, de même qu'une liste d'écoute d'enregistrements de séances et d'interprétations en concert de la plupart des compositions disponibles en ligne.

L'auteur propose aux musicothérapeutes des éléments précis à intégrer au traitement des populations en soins palliatifs. Il les invite à lire le dossier médical et les renseignements personnels concernant leur client avant la première séance. Il rappelle que la première séance « peut avoir un effet important sur la qualité éventuelle de l'alliance thérapeutique et les rapports subséquents avec les patients » [trad.] (p. 36). En tant que musicothérapeutes, nous devons être ouverts et accueillir tous les clients avec bienveillance. Les principes de notre profession de la santé insistent sur l'importance de protéger l'intégrité de la relation thérapeutique en préservant la vie privée des clients et en répondant d'abord et avant tout aux besoins de nos clients. Surtout, l'auteur nous rappelle les aspects éthiques dont il nous faut tenir compte lorsqu'il s'agit de soins aux patients en fin de vie. Dans l'une des anecdotes contenues dans l'ouvrage, l'auteur dit avoir dû s'interrompre en cours de séance pour éviter d'établir un lien entre deux patients et, ainsi, risquer de divulguer des renseignements personnels, sachant que cela n'était ni éthique, ni utile.

Enfin, l'auteur avance que, dans notre rôle de musicothérapeutes, nous devons être ouverts et tolérants par rapport à nos pratiques professionnelles : même si nous ne sommes pas toujours certains que nos interventions produisent les effets escomptés, il nous faut continuer à prendre des risques et éviter le piège de l'autocritique.

Les anecdotes que renferme ce livre nous offrent un aperçu du quotidien d'un musicothérapeute qui œuvre auprès de clients aux soins palliatifs au R.-U. Alors qu'elles ne présentent aucune preuve clinique quant à l'efficacité de la musicothérapie, elles permettent au lecteur d'apprécier les bienfaits uniques de celle-ci sur la population visée. J'aimerais qu'il existe plus d'ouvrages aussi faciles à lire sur d'autres populations de clients. Cela faciliterait la promotion de la musicothérapie dans le milieu des soins de santé et aiderait le grand public à comprendre ce qu'il est possible d'accomplir lorsque l'on intègre un musicothérapeute à l'équipe de soins.

Critique par Cathy D. Weldin, M. MT, MTA, B. Éd, B. Mus.

Cathy Weldin est une professeure de musique, musicothérapeute et enseignante de 6e année à la retraite habitant à Truro, en Nouvelle-Écosse, au Canada. Elle est membre de l'Association canadienne des musicothérapeutes depuis 1995. Cathy a obtenu un diplôme de maîtrise et suivi une formation de musicothérapeute à la Southern Methodist University de Dallas, au Texas. Elle a travaillé en réadaptation auprès de patients cancéreux, d'enfants et d'adultes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale et d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme.

Book Review

Relationship Completion in Palliative Care Music Therapy

Amy Clements-Cortes and Joyce Yip (Editors)

Barcelona Publishers, 2021

ISBN: 9781945411656

E-ISBN: 9781945411663

Music therapy practitioners specializing in palliative care work are likely familiar with Dr. Clements-Cortes's doctoral research conducted in 2009 on "relationship completion" (a term coined by Dr. Ira Byock in 1997) which Dr. Clements-Cortes explored, developed, and applied to her music therapy work. "Relationship completion" is a diametric term that can be difficult to understand at a glance, yet whose definition encompasses the spectrum of the end-of-life experience. As explained in this book, relationship completion does not mean that relationships will ever be complete in the sense that they are ever finished. Predominantly, the clinical term relates to how patients and families express end-of-life sentiments such as love, forgiveness, appreciation, gratitude, and goodbye, as well as how to have a meaningful relationship with loved ones after they have died. Most importantly, relationship completion can be facilitated powerfully by trained end-of-life care music therapists and should be implemented as a rule, hence the heart and motivation of this comprehensive book. Explained in the acknowledgements, this book was born out of the international collaboration of 15 expert music therapists in the end-of-life care field known as the International Special Interest Group (SIG). Evidence was reviewed and the role of relationship completion was determined specifically among traditional clinical interventions of music therapy such as songwriting, active music listening, relaxation, and improvisation. Over an 18-month period, the music therapist collaborators impressively expanded the concept of relationship completion in music therapy from its clinical origins (based on research, ethics, training, and experience) to standardized procedural guidelines.

The preface rightly highlights the lack of formal application of relationship completion within palliative care to date and the need for guidelines based on best practice. While the history and origin of palliative care is explained, I was hoping for more information on the background of the term "relationship completion." This would further ground the reader in understanding why the term was chosen to represent this important work.

The preface is followed by the prelude which is aptly placed and defines the terminology of music experiences that may be found in palliative care settings. This implies that music therapists should be leaders in the realm of palliative care and music. It is important that music therapists become familiar with the terminology and understand the potential and limitations of music experiences with respect to relationship completion. This would enable professional advocacy for appropriate music experiences for patients in end-of-life care.

In this review, my intention is to provide an overview of each chapter. This will allow the

reader to reference specific chapters of interest or read the book in its entirety. I highly recommend that music therapists read this book to gain more awareness about end-of-life care and to aid in your clinical work.

Chapter 1 defines and offers in-depth definitions of the three types of relationships found in the lives of patients as well as relationships between home, country, culture, and community. It offers a refreshing and timely description of how people understand and conceptualize health, illness, death, and dying, and includes the holistic health concepts of Australian and Canadian Indigenous peoples, the immigration/migration experience, migratory trauma, and the impact of hospitalization on community and cultural relationships.

Chapter 2 offers a thorough course in the locations and settings of palliative care and is extremely useful for new palliative care or entrepreneurial music therapists. Experienced end-of-life music therapists who are already familiar with the locations and settings of palliative care could likely move on to Chapter 3 without worrying about missing any new information.

Chapter 3 explains a myriad of musical experiences ranging from recreational and entertainment music to music and medicine. The author anchors these music experiences in their potential clinical applications as well as their empirical limitations related to relationship completion. Overall, this chapter equips music therapists with the knowledge and skill to advocate for the appropriate uses of music experiences for their patients and communities. This could potentially embolden music therapists to be confident leaders and advocates in the field of music, health, and palliative care. I was particularly moved by a statement in the “Live Music and Entertainment Experiences within Hospice and End-of-Life Care” section that reads, “Live music offers emotional support to hospice patients, family members and staff, promoting new and positive memories and creating an asylum to distress and pain” (p. 28).

Chapter 4 highlights foundational interventions used in music therapy as they apply to relationship completion. This chapter is intended for the experienced palliative care music therapist who I recommend read it as a review or for quick reference. However, the chapter does contain foundational information for a beginner music therapist in the field.

Chapter 5 describes evidence supporting music therapy practice within the realm of relationship completion work. I believe this chapter would be better placed later in the book (such as where Chapter 8 is found) as I think readers would appreciate receiving a summary of the applications of relationship completion in music therapy before reading about the introduction to implementing relationship completion in Chapter 9 and the guidelines for implementing relationship completion within different music therapy interventions in adult end-of-life care found in Chapters 10 to 13, as well for paediatric end-of-life care found in Chapters 14 and 15. Another critique of Chapter 5 concerns the section about receptive music therapy and MAiD (Medical Aid in Dying). The text explains that physicians and nurse practitioners can administer MAiD “at the individual’s request” (p. 44). This statement could be misleading, especially to music therapists who are not familiar with MAiD procedures. Though everyone has the right to ask for MAiD, not everyone will receive it; that is dependent on a strict criteria of eligibility that is evaluated according to provincial and federal laws. Once deemed eligible, conversations usually take place

between the doctor, patient, family members, and sometimes psychologists and counsellors (Government of Canada, 2021). Therefore, this statement should be clarified—an individual may request MAiD, however eligibility for MAiD varies according to the provincial and federal laws of the individual's residence.

Chapter 6 is an important chapter for situating music therapists in the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) and offers beautiful case vignettes about the emotional complexities of end-of-life, relationships, and how BMGIM and the music textures help transcend intra/interpersonal and transpersonal relationships. This chapter could be a source of inspiration for music therapists currently practicing BMGIM or those contemplating training in BMGIM. I would recommend that music therapists who are using this book for interventions or who do not have an interest in BMGIM skip this chapter.

Chapters 1 to 6 offer the foundational skeleton of the relationship completion framework and Chapter 7 offers the heart of the work. This chapter might bring readers to tears, grounding the work in the narrative of lived experience. The effect of this chapter was intensified for me when an instrumental piano version of "Swing Low, Sweet Chariot" happened to begin to play softly in the background, heightening my experience of this inspirational and moving chapter.

Chapter 8 directs educators and students in music therapy to themes and topics of palliative care and relationships significant to contemporary education, explaining how palliative care has evolved since it began and recommending how students should learn about palliative care music therapy. I found many points in this chapter to be salient ones that I, as a supervisor, impart to my students. In contrast, I found some of the terminology vague and difficult to follow, such as "spirituality as a boundary object," leaving the reader with no further explanation of what this means. This chapter could likely be a book on its very own and I would hope that the topics presented here could be elaborated on to further assist teachers and students.

Chapters 9 to 16 are akin to the muscle of this book. Chapter 9 gives professional and practical methods for facilitating the relationship completion. Then, Chapters 10 to 16 systematically comb through details of session format, additional ethical considerations, assessment, and when to use specific techniques for relationship completion (including indications and contraindications). Goal areas, preparation, procedures, observation, ongoing assessment, and adaptations for adult and child/adolescent populations are all included. Finally, relationship completion based in each music therapy method ranging from receptive to improvisational to re-creative (active and expressive musical engagement by the patient) music therapy interventions are explained. I think a more consistent use of bullet points and summary tables would increase ease of reading and referencing. The information included in these chapters is highly specialized and potentially exciting for music therapists who are passionate about this work. These chapters also act as a procedural manual that can be referenced by clinicians over the course of a career.

Finally, Chapter 16 is beautifully placed as the final chapter, offering practical and useful guidelines for music therapists supporting or hoping to support patients through MAiD, funeral planning (pre- and post-mortem), and bereavement. This book is a useful therapeutic tool and reference manual for new music therapists entering the field as well as seasoned music therapists.

One of the strengths of this important work is how the information is synthesized as a framework that can apply to all facets of palliative care music therapy. It can be read in its entirety or referred to for specific topics, populations, or music therapy methods. Therefore, as this book offers current best practices in palliative care, I believe that it is essential for all music therapists working in or planning to work in this speciality.

Reference

Government of Canada. (2021, August 13). *Medical assistance in dying*.

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>

Reviewed by Samantha Borgal, MA, MTA

Samantha Borgal is a Montreal-based music therapist who has been specializing in palliative care music therapy since 2011 in two hospital settings. She also offers home care music therapy and is adept at providing funeral music services. She completed her Master's in Music Therapy in 2015 at Concordia University and she offers supervision to music therapy and art therapy students from Concordia. She is also interested in conducting music therapy palliative care research.

Critique d'ouvrage

Relationship Completion in Palliative Care Music Therapy
[Musicothérapie en soins palliatifs : la finalisation des relations]

Par Amy Clements-Cortes et Joyce Yip (éditrices)

Barcelona Publishers, 2021

ISBN : 9781945411656

E-ISBN : 9781945411663

Les musicothérapeutes spécialisés en soins palliatifs ont probablement déjà pris connaissance de la recherche doctorale menée en 2009 par la Dre Clements-Cortes sur la « finalisation des relations » (traduit de relationship completion, terme inventé par le Dr Ira Byock en 1997), que la Dre Clements-Cortes a explorée, développée et appliquée à son travail en musicothérapie. La « finalisation des relations » est un terme antithétique qui peut être difficile à comprendre au premier abord, mais il englobe l'ensemble des expériences de la fin de vie. Comme l'explique l'autrice, la finalisation ne désigne pas la fin d'une relation; Il s'agit plutôt d'un terme clinique déterminant la manière qu'ont les patients et leur famille d'exprimer leurs émotions en fin de vie (amour, pardon, admiration, gratitude, adieux) et aux moyens qui leur permettront de maintenir des relations significatives avec leurs proches après leur décès. De surcroît, la finalisation des relations peut être grandement facilitée par des musicothérapeutes formés en soins de fin de vie et devrait constituer la norme. C'est là la raison d'être et l'essence de cet ouvrage exhaustif. Comme l'explique l'autrice dans les remerciements, ce livre est né de la collaboration internationale de 15 musicothérapeutes spécialisés en soins de fin de vie regroupés sous l'égide de l'International Special Interest Group (SIG). Les données probantes ont été examinées et le rôle de la finalisation des relations a été déterminé dans le contexte précis des interventions cliniques de musicothérapie comme l'écriture de chansons, l'écoute active de musique, la relaxation et l'improvisation. Sur une période de 18 mois, le collectif de musicothérapeutes a développé le concept de finalisation des relations en musicothérapie, depuis ses origines cliniques (en se fondant sur la recherche, l'éthique, la formation et l'expérience) jusqu'à l'établissement d'une série de lignes directrices.

Dans la préface, l'autrice souligne, d'une part, les lacunes en matière de finalisation des relations en soins palliatifs et, d'autre part, un besoin d'établir en ce sens des lignes directrices fondées sur des pratiques exemplaires. On y explique également l'origine et l'historique des soins palliatifs, mais on relate trop peu de détails sur le contexte du terme « finalisation des relations », ce qui aurait permis au lecteur de mieux comprendre le choix de ce terme pour désigner cet important travail.

La préface est judicieusement suivie d'un prélude qui définit la terminologie des expériences musicales dans le contexte des soins palliatifs, ce qui sous-entend que les musicothérapeutes devraient être à l'avant-garde de l'intégration de la musique à cette étape de soins. Pour pouvoir promouvoir adéquatement l'emploi des expériences musicales pour les patients recevant des

soins de fin de vie, il importe que les musicothérapeutes se familiarisent avec la terminologie appropriée et comprennent le potentiel et les limites de telles interventions.

Dans ce compte rendu, je compte fournir un aperçu de chacun des chapitres, de manière à donner au lecteur le choix de consulter les chapitres qui l'intéressent ou de lire le livre en entier. Je recommande vivement ce livre aux musicothérapeutes qui souhaitent en apprendre davantage sur les soins de fin de vie pour étayer leur travail clinique.

Dans le chapitre I, on présente des définitions exhaustives des trois types de relations que peut vivre un patient, ainsi que des rapports entre le foyer, la patrie, la culture et la communauté. On y trouve, entre autres, une description d'actualité de la façon dont les gens comprennent et conçoivent la santé, la maladie, la mort et la fin de la vie, ainsi que de la démarche globale en matière de santé chez les peuples autochtones en Australie et au Canada, de l'expérience et des traumatismes migratoires et des conséquences de l'hospitalisation sur les relations communautaires et culturelles.

Le chapitre II présente en détail les établissements et les contextes où l'on prodigue des soins palliatifs, ce qui sera très utile aux musicothérapeutes qui font leurs débuts en soins palliatifs ou à ceux qui souhaitent élargir le champ de leurs connaissances. Les musicothérapeutes d'expérience en matière de soins de fin de vie, pour qui ces aspects n'ont plus de secrets, pourront passer directement au chapitre III.

Le chapitre III décrit une multitude d'expériences musicales dans des contextes du divertissement aussi bien que dans le domaine médical. Les auteurs examinent ces expériences sous l'angle de leurs possibles applications cliniques, puis de leurs limites empiriques par rapport à la finalisation des relations. En gros, ce chapitre apporte aux musicothérapeutes des connaissances et des compétences nécessaires pour choisir les expériences musicales appropriées à l'intention de leurs patients et de leur communauté, les poussant à exercer avec confiance leurs rôles de leaders et de porte-paroles dans les domaines de la musique, de la santé et des soins palliatifs. Un passage de la section Live Music and Entertainment Experiences within Hospice and End-of-Life Care (concerts et spectacles dans le cadre des soins de longue durée et de fin de vie) m'a particulièrement émue. Les auteurs y expliquent que les « concerts fournissent un soutien émotif aux patients en soins palliatifs, aux membres de leur famille et au personnel en leur offrant de nouvelles expériences qui leur laissent des souvenirs positifs pour pallier la détresse et la souffrance » (p. 28) [trad.].

Le chapitre IV met en relief les principaux types d'interventions en musicothérapie liées à la finalisation de la relation. Ce chapitre s'adresse aux musicothérapeutes d'expérience en soins palliatifs, à qui je recommande de le parcourir ou de s'y référer au besoin. Cela dit, ce chapitre est aussi une source d'information de base pour les musicothérapeutes qui débutent dans le domaine.

Le chapitre V décrit les données probantes à l'appui de la pratique de la musicothérapie dans le cadre d'une intervention visant la finalisation de la relation. Je suis d'avis que ce chapitre aurait été mieux placé plus loin dans le livre (par exemple, au chapitre huit). Je crois que le lecteur tirerait davantage d'un résumé des applications de la finalisation de la relation en musicothérapie avant de voir l'introduction à la mise en œuvre de la démarche (chapitre IX) et les lignes direc-

trices qui s’y rapportent dans le cadre des diverses interventions en musicothérapie en fin de vie auprès d’adultes (chapitres X à XIII) et auprès d’enfants (chapitres XIV et XV). Une autre critique du chapitre V concerne la section traitant de la musicothérapie réceptive et de l’aide médicale à mourir (AMM). On y explique qu’un médecin ou une infirmière clinicienne peut administrer l’AMM « à la demande de la personne » (p. 44). Cette affirmation pourrait être trompeuse, particulièrement pour les musicothérapeutes qui connaissent peu le processus de l’AMM. Bien que quiconque ait le droit de demander l’AMM, toutes les demandes ne sont pas forcément acceptées; elles doivent répondre à des critères d’admissibilité stricts stipulés dans les lois provinciales et fédérales. Une fois la demande jugée admissible, il y a ensuite des échanges entre le médecin, le patient, les membres de sa famille, des psychologues et des thérapeutes (gouvernement du Canada, 2021). Ce passage mériterait donc d’être clarifié. Une personne peut demander l’AMM, mais les critères d’admissibilité varient en fonction des lois provinciales et fédérales s’appliquant à son lieu de résidence.

Le chapitre VI est important pour renseigner les musicothérapeutes sur la méthode Bonny en musique et imagerie guidée (BMGIM). Il présente de belles études de cas illustrant la complexité des dimensions émotionnelles des relations humaines en fin de vie, et comment la méthode Bonny et les textures musicales aident à transcender les relations intra/interpersonnelles et transpersonnelles. Ce chapitre peut être une source d’inspiration pour les musicothérapeutes qui pratiquent la méthode Bonny ou qui envisagent une formation à cette méthode. Les musicothérapeutes qui utiliseront ce livre à titre de référence dans leurs interventions ou à ceux qui ne s’intéressent pas à la méthode Bonny pourront omettre ce chapitre.

Les chapitres I à VI présentent le cadre de base de la finalisation de la relation; le chapitre VII décrit l’essentiel du travail. Ce chapitre pourrait émouvoir profondément le lecteur, car il intègre le travail à l’expérience de vie du patient. J’ai ressenti intensément sa charge émotionnelle en le lisant, car une interprétation au piano de *Swing Low, Sweet Chariot* jouait doucement en fond sonore, ajoutant à l’impact émotionnel de ce chapitre inspirant et touchant.

Le chapitre VIII attire l’attention des éducateurs et des étudiants en musicothérapie sur les thèmes et sujets liés aux soins palliatifs et aux relations humaines ayant une incidence sur l’éducation. Il brosse un portrait de l’évolution des soins palliatifs depuis leur introduction et offre des recommandations aux étudiants sur l’apprentissage de la musicothérapie dans le cadre des soins palliatifs. Ce chapitre traite de plusieurs points saillants que j’aborde moi-même, à titre de superviseuse, avec mes étudiants. Par contre, j’ai trouvé qu’une partie de la terminologie était vague et difficile à suivre. Par exemple, les auteurs évoquent la « spiritualité en tant qu’objet-frontière » sans préciser le sens du terme. Ce chapitre pourrait, à lui seul, faire l’objet d’un livre et il faudrait que les thèmes présentés soient développés davantage pour être plus utiles aux enseignants et aux étudiants.

Les chapitres IX à XVI constituent, en quelque sorte, la musculature du livre. Le chapitre IX offre des méthodes professionnelles et pratiques pour faciliter la finalisation de la relation. Ensuite, dans les chapitres X à XVI, les auteurs procèdent à un examen détaillé du format des séances, des considérations éthiques additionnelles, de l’évaluation et des moments opportuns pour recourir à des techniques précises en vue de la finalisation de la relation (y compris les

indications et contre-indications). Cela comprend les objectifs, la préparation, le processus, l'évaluation continue et les adaptations à l'intention des enfants et des adolescents. Enfin, l'auteur détaille le processus de finalisation de la relation associé à chaque démarche de musicothérapie, qu'elle soit réceptive, improvisée ou de re-création (engagement musical actif et expressif du patient). Je pense qu'un recours plus systématique aux puces et tableaux récapitulatifs faciliterait la lecture et la consultation de l'ouvrage. L'information hautement spécialisée contenue dans ces chapitres pourrait grandement intéresser les musicothérapeutes qui se passionnent pour ce travail. Ces chapitres tiennent également lieu de manuel de procédés, que les musicothérapeutes peuvent consulter tout au long de leur carrière.

Finalement, le chapitre XVI conclut bien l'ouvrage en offrant des lignes directrices pratiques pour les musicothérapeutes qui soutiennent ou souhaitent soutenir les patients dans le processus de l'AMM, de la planification funéraire (avant et après le décès) et du deuil. Ce livre est un outil et un manuel de référence utile en matière de thérapie, aussi bien pour les musicothérapeutes novices que pour les plus chevronnés. L'une des forces de cet ouvrage important, c'est que l'information est condensée dans un cadre pouvant s'appliquer à toutes les facettes de la musicothérapie en soins palliatifs. On peut le lire en entier ou le consulter ponctuellement pour se renseigner sur des sujets, des populations ou des méthodes propres à la musicothérapie. En conclusion, c'est un outil essentiel pour tous les musicothérapeutes qui exercent ou souhaitent exercer dans le domaine des soins de fin de vie.

Référence

Gouvernement of Canada. (13 août 2021). *Aide médicale à mourir*.

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicale-mourir.html>

Critique par Samantha Borgal, M. A., MTA

Samantha Borgal est une musicothérapeute montréalaise spécialisée en musicothérapie dans le cadre des soins palliatifs; elle exerce dans deux établissements hospitaliers depuis 2011. Elle fournit des soins à domicile en musicothérapie et des services de musique funéraire. Elle a reçu son diplôme de maîtrise en musicothérapie de l'Université Concordia en 2015 et offre de la supervision en musicothérapie et en art-thérapie aux étudiants de Concordia. Elle s'intéresse également à la recherche dans le domaine de la musicothérapie en soins palliatifs.

Book Review

Embodied Voice Work: Beyond Singing

Lisa Sokolov

Barcelona Publishers, 2020

Print ISBN: 9781945411380

E-ISBN: 9781945411397

Lisa Sokolov's 2020 book *Embodied Voice Work: Beyond Singing* is a 238-page love letter to the human instrument: the voice. Sokolov lays her life's work out on the page with great care; her years of self-investigation and work with others is presented in bold colours. This book offers not only an exploration of the human voice, but also a way of approaching and engaging with life through the whole body. Her method of embodied voice work is undeniably rooted in her work as a jazz musician and music therapist, combining aesthetic and therapeutic elements. As a classically trained singer and newly-minted music therapist with a long-standing interest in body work myself, I was eager to explore this publication.

The book is divided into five sections: "Foundations," "The Fundamentals of the Practice of Embodied Voicework," "Sounding the Body," "The Essentials of Music," and "Overview." Scattered between the sections are poems—written for the most part by Sokolov herself—adding an element of whimsy and reminding the reader that the author is, above all, an artist. The introduction, in which Sokolov introduces both herself and her methodology, states that the book is for "singers" as well as "people who have forgotten they are singers." This is indeed a core belief for the author: "we are all singers," she writes. Sokolov returns again and again to the theory that most people have forgotten to sing with their whole being. The purpose of this book is to invite people back into their bodies and back into the full resonant power of their voices.

Sokolov lays out her method by way of games, introducing the essential element of playful inquiry to the reader. The games encourage introspection, reflection, connection, and, of course, vocalization. Sokolov approaches the act of singing from an eclectic background clearly rooted as much in body work and holistic philosophies as in a scientific understanding of the vocal apparatus. To her, singing is not simply the act of making sound; it is an *embodied* act of self-expression that incorporates the whole being. The games may be played alone or in groups, providing potential resources for music therapists who are interested in expanding their use of voice in their clinical work. It is worth noting that Sokolov's language is allegorical throughout, and she writes using a surfeit of metaphors which occasionally cloud the meaning rather than clarify it. There is a great deal of pertinent and useful information contained in this book, but it is at times shrouded in prose.

The jewel of the book is Chapter 13, "The Path of Breath," an in-depth exploration of the movement of breath in the body. Sokolov demonstrates a clear understanding of anatomy, and yet, the chapter reads like a fairy tale recounting the magical, miraculous act of breathing. Her language is florid but in this case the detail *adds* to the experience, allowing us to visualize the

anatomy and physical processes that are standardly hidden from us. Her description of the limitations of focusing solely on the central diaphragm as a support for healthy singing is refreshing, as she rightly points out its involuntary nature in the “Integrated Body” chapter. There is some creative use of the word “diaphragm,” as she applies the term not only to the true diaphragms of the body but also the vocal folds and soles of the feet.

The “Essentials of Music” section is a well-constructed explication of tone and resonance, leading the reader through a series of games meant to encourage deeper listening through attention and understanding. The science of sound is well grounded in fact and lovingly described by the author.

Sokolov refers to bodies as “living poems” and continually encourages the reader to be in communion with their bodies, to explore and experience themselves and their voices on a deeper level. What is missing in this treatise is any reference to adaptation for people with disabilities or limited ranges of motion. The elaborate 32-step “Developmental Warm-Up Sequence”—designed by the author as something to come back to over and over—requires the reader to have a body capable of all movements. In it, the reader “moves from curling up on the floor into rolling over, into lying on the belly, into creeping, crawling, moving into sitting, and then coming to standing.” No modifications are provided or suggested. Similarly, the “Spine Roll”—which has its own chapter and is referred to by Sokolov as “central to the work”—assumes a fully mobile spine and the ability to stand. The language throughout the book supposes an able body and, again, no adaptations are discussed for any of the movements or games. At times, Sokolov refers to her belief that the modern world has driven a wedge between people and their bodies. While this may be true, there is a through line in her writing that implies all bodies are fundamentally the same and that physical pain or discomfort is a manifestation of psychological imbalance. True injury or physical limitations are never addressed and, while this may be beyond the scope of her methodology, in an ideal world, Embodied Voice Work would be accessibly described to include all bodies.

Another practical criticism is the lack of supporting materials for the book. The reader is invited to listen to an audio guide for the elaborate warm-up; at the time of writing this review, the author’s website still does not contain a working link to this recording.

Lisa Sokolov presents to us in this book an exploration of the voice that engages all the senses and encourages us to slow down and listen deeply, both to ourselves and to others. As music therapists, we are called to listen, to pay attention to the material that emerges in our clinical work. A sound understanding of the functioning of the human voice is foundational to both our work with others and our own vocal health. While books with a more straight-ahead approach—such as Schwartz et al.’s (2018) *Functional Voice Skills for Music Therapists*—exist, Sokolov’s contribution may appeal to those who seek a more esoteric approach to their voicework, whether in dyad or group settings or simply by themselves.

Reviewed by Charlotte Cumberbirch, MMus, MTA, MA

Charlotte is a recent Music Therapy graduate from Concordia University in Montréal where she works as a freelance singer, notably with la Chapelle de Québec, le Studio de musique ancienne de Montréal, and the professional core of the Montréal Symphony Orchestra choir. She currently sits on the board of Union des artistes and has been actively involved in the negotiation of several collective agreements.

Critique d'ouvrage

Embodied Voice Work: Beyond Singing
[Chanter de tout son corps : dépasser l'exercice vocal]

Lisa Sokolov
Barcelona Publishers, 2020
ISBN édition imprimée : 9781945411380
E-ISBN : 9781945411397

Publié en 2020 par Lisa Sokolov, le livre *Embodied Voice Work: Beyond Singing* [chanter de tout son corps : dépasser l'exercice vocal] est une lettre d'amour à l'instrument humain : la voix. Sokolov y relate en détail son parcours professionnel; elle brosse un riche tableau de ses années d'introspection et de son travail auprès du public. Ce livre présente non seulement une exploration de la voix humaine, mais aussi une façon de voir la vie et de s'y lancer de tout son corps. Axée sur l'incarnation de la voix et enracinée dans son expérience de musicienne de jazz et de musicothérapeute, sa méthode allie des éléments esthétiques et thérapeutiques. Étant moi-même chanteuse de formation classique et musicothérapeute en début de carrière, en plus d'avoir un intérêt de longue date vis-à-vis des démarches corporelles, j'étais impatiente d'explorer cette publication.

Le livre comporte cinq sections : *Foundations (fondements)*, *The Fundamentals of the Practice of Embodied Voicework* (principes fondamentaux de la pratique du chant incarné), *Sounding the Body* (faire chanter le corps), *The Essentials of Music* (les bases de la musique) et *Overview* (sommaire). Entre les sections, on retrouve des poèmes — pour la plupart, de la plume de Sokolov elle-même — qui ajoutent au texte un soupçon de fantaisie et nous rappellent que l'autrice est avant tout une artiste. Dans l'introduction, où elle se présente et décrit sa méthodologie, Sokolov affirme que son livre est destiné aux « chanteurs et chanteuses » et « à toutes les personnes qui ont oublié qu'elles chantaient », car elle porte la conviction que « nous sommes tous chanteurs » et réitère encore et encore que la plupart des gens ont oublié comment chanter de tout leur être. La raison d'être de cet ouvrage est de ramener les gens à leur corps et à la puissance résonnante de leur voix.

Sokolov présente sa méthode à l'aide de jeux, invitant le lecteur à découvrir le principe essentiel de l'investigation ludique. Les jeux favorisent l'introspection, la réflexion, la connexion et, bien sûr, la vocalisation. Sokolov aborde le chant selon une approche qui repose tout autant sur le travail corporel et les philosophies holistiques que sur l'état des connaissances scientifiques concernant l'appareil vocal. Selon elle, chanter ne se limite pas à produire des sons; c'est un acte d'autoexpression *incarné* qui fait appel à l'intégralité de la personne. Les jeux, qui se jouent individuellement ou en groupe, constituent des ressources potentielles pour les musicothérapeutes qui souhaitent recourir davantage à la voix dans leur travail clinique. Il faut préciser que le discours de Sokolov demeure allégorique tout au long de l'ouvrage; elle emploie une surabondance

de métaphores qui, plutôt que de clarifier le texte, ont souvent l'effet contraire. Ce livre regorge de renseignements pertinents et utiles, mais ceux-ci sont souvent masqués par sa prose.

Le chapitre 13, *The Path of Breath* (le parcours du souffle), qui présente un examen approfondi de la circulation du souffle dans le corps, est, à mon avis, un bijou. Si Sokolov démontre une compréhension claire de l'anatomie, dans ce chapitre, sa description du processus magique et miraculeux de la respiration se lit comme un conte de fées. Sa prose est luxuriante, mais dans ce cas, les détails *ajoutent* à l'expérience, permettant au lecteur de visualiser l'anatomie et les processus physiologiques qui lui sont habituellement invisibles. Dans le chapitre *Integrated Body* (le corps intégré), l'auteur décrit combien il est limitatif de se concentrer exclusivement sur son diaphragme pour chanter sainement puisqu'il s'agit d'un muscle involontaire, et prend quelques libertés avec le terme « diaphragme », qu'elle emploie pour désigner non seulement le muscle en question, mais aussi les cordes vocales et la plante des pieds

La section *Essentials of Music* explique clairement les notions de ton et de résonance, et entraîne le lecteur dans une série de jeux favorisant l'approfondissement de l'écoute par l'attention et la compréhension. L'auteur fonde son exposé sur la science du son, qu'elle expose avec affection.

Sokolov décrit le corps comme étant un « poème vivant » et encourage le lecteur à communiquer avec son corps, à explorer et à investir son corps et sa voix de façon plus approfondie. On note toutefois l'absence d'adaptations de l'approche à l'intention des personnes handicapées ou à mobilité réduite. La séquence d'échauffement développemental (*Developmental Warm-Up Sequence*) en 32 étapes — conçue par l'auteur pour être reprise encore et encore — nécessite la capacité d'effectuer tous les mouvements. Il faut, par exemple, être en mesure « de s'étendre sur le sol, pour ensuite se retourner sur le ventre, puis se traîner, puis ramper, puis s'asseoir, puis se lever » [trad.]. Aucune adaptation n'est fournie ou suggérée. Parallèlement, la flexion de la colonne vertébrale (*Spinal Roll*) — qui fait l'objet d'un chapitre entier et est décrite par Sokolov comme un « essentiel de la démarche » — requiert une colonne vertébrale dont la mobilité est intacte et la capacité de se tenir debout. L'ensemble de l'ouvrage présuppose l'absence de toute limitation de la mobilité et ne propose aucune adaptation des mouvements ou des jeux. Sokolov évoque à plusieurs reprises sa conviction que le monde moderne a creusé un fossé qui nous sépare de notre corps. Cela peut être vrai, mais la dialectique de l'ouvrage sous-entend que tous les corps sont fondamentalement similaires et que la douleur et les inconforts physiques ne sont que des manifestations de déséquilibres psychologiques. Elle ne traite nulle part de blessures ou de limitations physiques concrètes. Or, bien que cet aspect puisse dépasser la portée de sa méthodologie, dans un monde idéal, les pratiques abordées dans l'ouvrage devraient être accessibles à tous.

Par ailleurs, le livre manque de documentation à l'appui. Le lecteur est invité à écouter un fichier audio décrivant le complexe processus d'échauffement. Or, au moment d'écrire ces lignes, le site Web de l'auteur n'affiche aucun hyperlien vers cet enregistrement.

Dans ce livre, Lisa Sokolov nous présente une exploration de la voix qui engage tous les sens et *encourage* à ralentir, à tendre une oreille attentive à soi-même et aux autres. Dans notre rôle

de musicothérapeutes, nous sommes appelés à écouter, à porter attention aux éléments qui se dévoilent durant notre travail clinique. Une connaissance approfondie du fonctionnement de la voix humaine est fondamentale pour notre travail auprès des autres et pour notre propre santé vocale. Il existe des livres qui préconisent une approche plus directe — voir *Functional Voice Skills for Music Therapists* par Schwartz et coll. (2018) —, mais la contribution de Sokolov pourrait intéresser les personnes qui recherchent une approche plus ésotérique du travail vocal, que ce soit en dyade, en groupe, ou simplement par soi-même.

Critique par Charlotte Cumberbirch, M. Mus., MTA, M. A.

Récemment diplômée des programmes de musicothérapie de l'Université Concordia, à Montréal, Charlotte travaille comme chanteuse pigiste auprès de plusieurs ensembles vocaux, notamment la Chapelle de Québec, le Studio de musique ancienne de Montréal et le chœur de l'orchestre symphonique de Montréal. Elle siège aussi au conseil de l'Union des artistes et a pris une part active à la négociation de plusieurs conventions collectives.



Canadian
Association of
Music Therapists

Association
canadienne des
musicothérapeutes

© Canadian Association of Music Therapists, 2022
© Association canadienne des musicothérapeutes, 2022