

MANUAL FOR PROCES-ORIENTERET MUSIKTERAPI MED PERSONER MED BPD.

“At have proces som retningsangivelse siger ikke noget som helst om indholdet i terapien eller om den metodiske form, hvilket er en logisk følge af det uforudsigelige eller kaotiske element i processen. Men samtidig er terapi ikke kaos, og terapeutens funktion er derfor på bedst mulig vis at sørge for eller bidrage til at processen har et terapeutisk sigte og følger en terapeutisk dagsorden.”

Niels Hannibal, Inge Nygaard Pedersen, Lars Ole Bonde, Lars Rye Bertelsen, Charlotte Dammejer & Helle Nystrup Lund



NIELS HANNIBAL



INGE NYGAARD
PEDERSEN



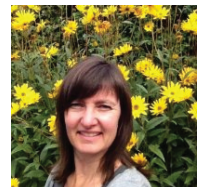
LARS OLE BONDE



LARS RYE
BERTELSEN



CHARLOTTE
DAMMEYER



HELLE NYSTRUP
LUND

Alle forfattere er tilknyttet musikterapeutiklinikken Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien.

Abstract

Denne artikel introducerer et musikterapeutisk behandlingskoncept kaldet: Procesorienteret Musikterapi (PROM). PROM er et forsøg på at formulere en principiel ramme for musikterapi i psykiatrien, som dels tager udgangspunkt i 17 års klinisk erfaring, dels stiler mod at være "best practice". PROM indeholder beskrivelser af manualens unikke, essentielle men ikke unikke, acceptable og ikke acceptable dele. Den unikke del af PROM skal kunne implementeres til alle målgrupper, mens de øvrige dele af manualen rettes til i forhold til en specifik målgruppe. Denne udgave af PROM er specifikt rettet i mod musikterapi for patienter med personlighedsforstyrrelser. Manualen indgår også som en del af et pilotprojekt, der har til formål at udvikle en protokol for et internationalt RCT projekt med samme målgruppe.

Indledning

Denne manual er produktet af mange års klinisk praksis og udtryk for et aktuelt behov for at beskrive den metode som anvendes inden for musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse. Manualen er knyttet til et pilotprojekt på musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus, der siden 1994 har lang og omfattende klinisk erfaring med både individuel og gruppemusikterapi med denne målgruppe. Dog er der ikke nationalt eller internationalt udført kontrollerede effektundersøgelser specifikt for musikterapi med denne målgruppe. Dette er et problem, da der stilles krav om evidens i form af kontrollerede effektstudier (RCT). Dette pilotprojekt er derfor første skridt på veje mod en international multicenter RCT-undersøgelse af musikterapi som intervention i forhold til denne målgruppe. I forbindelse med dette arbejde er navnet: Procesorienteret musikterapi (PROM) opstået. PROM kan karakteriseres som musikterapi på intensivt eller primært niveau [Bruscia 1998]. Det er ligeledes dynamisk musikterapi [ibid.], men der skelnes ikke mellem musik i terapi og musik som terapi. PROM er i sin nuværende udgave en principiel ramme for udførelse af musikterapi i psykiatrien, og i den her beskrevne form er den rettet imod musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse, herunder borderline personlighedsforstyrrelse (BPD). PROM kan imidlertid også udformes som manual for andre klientgrupper. Det er hensigten, at PROM skal kendes ved gruppen af unikke principper, som er fælles og overordnede. De skal kunne gælde for alle de målgrupper, der har fokus på processen, som den defineres senere. I øjeblikket arbejdes der på en PROM manual for musikterapi med personer med skizofreni og psykoser. I forlængelse af pilotprojektet skal der ske en evaluering af manualens ordlyd og om den fungerer som ramme for den musikterapeutiske praksis. Dvs. at „manualen skal fungere som ramme for de principper den kliniske musikterapi udføres efter. Procesorienteret musikterapi kan derfor betragtes som „best practice“ inden for musikterapi i psykiatrien i Danmark, dog således at den procesorienterede musikterapis mere detaljerede indhold kan veksle, afhængigt af de diagnoser og symptomer mennesker med psykiske problemer lider under. „Best practice“ er i denne sammenhæng mest funderet i kliniske erfaringer, og i metoder der videnskabeligt er beskrevet grundigt (bl.a. Hannibal 2000, Pedersen 2005, Rolvsjord 2010). Best practice beskrives mere detaljeret nedenfor.

Procesorienteret musikterapi bygger på kendte begreber og anvendte metoder, og i den forstand er der ikke noget nyt ved denne manual. Men vi mener, at der er et nyt element i manualen, i kraft af det eksplicitte fokus på processen og på den måde, dette får konsekvenser for den terapeutiske tilgang til behandlingen. I denne manual præsenteres vores bud på en definition af den procesorienterede tilgang til musikterapi, hvad den indeholder, og hvad der er unikt ved denne tilgang. Manualens formål er at beskrive vores kliniske praksis, som vi ser den anno 2012. Vi ønsker at sammenfatte vores erfaringer i denne manual som et statement og som et bud på en musikterapeutisk metode til behandling af patienter inden for hospitalspsykiatrien. Da vi mener, at det vigtige i terapien er, at der sker en terapeutisk proces i behandlingen, og at denne proces er identisk med patientens heling, udvikling og vækst, kalder vi vores bud på musikterapien for procesorienteret musikterapi

Manualen indledes med de overordnede parametre for den procesorienterede musikterapi-model. Denne model samt redegørelsen for den procesorienterede terapeutiske tilgang er grundlaget for det følgende afsnit, der omhandler de retningsgivende principper for/hensigter med procesorienteret musikterapi i psykiatrien. Modellen beskrives mere detaljeret ud fra 1) dens unikke og essentielle principper, 2) dens essentielle men ikke unikke principper, 3) dens acceptable men ikke nødvendige principper, og endelig 4) ikke acceptable og forbudte principper¹ [Waltz, Addis, Koerner &

1 Se Rolvsjord, Gold, & Stige [2005] der beskriver udviklingen af en RCT forskningsprotokol om ressourcerorienteret musikterapi.

Jacobson 1993]. Som afslutning beskrives det, hvorledes modellen tænkes implementeret i den kliniske praksis, og det diskuteres hvorvidt PROM kan betragtes som "et nyt tiltag" eller som en opgradering af allerede eksisterende musikterapimodeller.

Best practise

Musikterapiklinikken på Aalborg Psykiatriske sygehus har eksisteret siden 1993. Der har i gennemsnit været tilknyttet 1,5 musikterapistilling til enheden, der i forbindelse med forskning og indsamling af data, også udførte klinisk behandling. Der findes ikke en samlet registrering af antallet af patienter, og antallet af udførte behandlinger, men der findes flere opgørelser.

En opgørelse (Hannibal 2004), der dækkede perioden 1993-2000 viste, at 35 pt. havde modtaget individuel musikterapi i perioden. I gennemsnit havde de modtaget 35,5 sessioner. Diagnostisk var der overvægt af patienter med skizofreni (56%) og personlighedsforstyrrelse (25%). Dette billede har vist sig repræsentativt for musikterapi i psykiatrien i Danmark. Dog ændrede det kliniske billede på musikterapiklinikken i Aalborg sig i løbet af perioden 2000-2010. I 2005-06 var patient populationen her meget præget af patienter med borderline personligheds forstyrrelse (F 60.31: emotionel ustabil PF), hvilket skyldes at musikterapi indgik som en del af dagbehandlingen i form af gruppemusikterapi. I alt modtog 104 patienter med PF gruppemusikterapi i perioden 2003-2010 (Hannibal 2008; Hannibal, Pedersen, Windfelt & Skadhede 2011)²

Musikterapiklinikken har således ydet behandling til mange patienter fra målgruppen patienter med personligheds forstyrrelse af borderline type, evasiv og dependent type. Da vi foruden registreret udbytte af behandlingen (Hannibal 2000, Hannibal et al. 2011) også kan se et højt fremmøde (Hannibal & Pedersen 2000) og lavt drop-out fra behandlingen (Hannibal 2005; Hannibal, Pedersen, Egelund, Hestbæk, & Munk-Jørgensen 2012) indikerer dette at der udvikles en behandlingsalliance og at behandlingen er meningsfuld og givende. Da der ikke er foretaget en egentlig randomiseret og kontrolleret undersøgelse er evidens for effekt af musikterapi som eneste terapeutiske intervention for denne målgruppe ikke påvist. Dette behov for dokumentation er en af begrundelserne for at lave denne manual, og for den pilotundersøgelse vi er i gang med - og som manualen er en del af.

Musikterapiklinikkens syn på behandlingsmetoden kan bedst beskrives som en eklektisk tilgang men med tydelige rødder i den analytiske tænkning og i improvisation som en gennemgående metode. Den terapeutiske tilgang er dog i tiltagende grad blevet præget af såvel receptive metoder, samt af sangskrivning. I det kliniske arbejde er der fokus på at opbygge patienternes relationelle og kommunikative kapacitet, hvilket indebærer fokus på alliance udvikling, på symptomer samt på potentialer og ressourcer. Der henvises dels patienter, der er begrænsede i deres evne til at samtale om deres situation og derfor ikke kan arbejde verbalt reflekterende og dels patienter med personlighedsforstyrrelser der i forbindelse med dagbehandling modtog musikterapi i perioden og som er i stand til at reflektere verbalt. Den metodiske tilgang og teoretiske forståelse er således stærkt præget af vores egen teori og praksisudvikling. Ansatte på musikterapiklinikken har beskrevet terapeutforholdemåder og interventioner (Pedersen 2000), assessment (Hannibal 2002a, Bonde 2011), overføring i musikterapi (Hannibal 1998, 1999, 2000), modoverføring (Pedersen 2003, 2005, 2012), procesforståelse (Hannibal 2002b), gruppemusikterapi (Hannibal 2008, Bonde & Pedersen 2012), casebeskrivelse (Pedersen 2003, Hannibal 2003) og teoretisk integration (Hannibal 2007, Pedersen

2 *Man kan læse om selve behandlingen i årskrifterne på MIPOs hjemmeside <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/mip>. (NB MIPo får ny web-adresse i 2013).*

under udgivelse], samt musikterapi og mentalisering [Hannibal under udgivelse].

Det gennemgående træk ved denne praksis er en grundlæggende dynamisk forståelse af patienten og den terapeutiske proces, men med tiltagende fokus på at det terapeutiske arbejde må tage udgangspunkt i både patientens problemer og ressourcer, og må være tilpasset patientens aktuelle terapeutisk reflekterende kapacitet. Musikterapiens force var og er at kunne tilbyde intensiv behandling til patientgrupper, der i verbal terapi ville komme til kort, fordi verbalterapi er afhængig af sproget som mediator for den terapeutiske proces. Dette er også beskrevet som et fokus der både arbejder med netop symptomer og med ressourcer [Pedersen 2012].

Procesorienteret musikterapi

En måde at betragte en proces på, er at kalde det et *forløb*, hvor noget sker. At betragte en proces som et forløb udtrykker to ting:

a) For det første har begrebet forløb en analog karakter. Det analoge henviser til, at et procesforløb er kontinuerligt og det udfolder sig løbende. Ikke som et lineært fænomen, men som en uforudsigelig kaotisk begivenhed. Processen vil hele tiden være styret af det forudgående og det aktuelle, der fører processen fremad. Tilsammen skaber de to fænomener en fortløbende oplevelse af nuet. I en terapeutisk sammenhæng er der tale om neurologiske, mentale og relationelle processer. Noogle dele af processen er bevidste [eksplicite], mens andre [de fleste] er ikke-bevidste [implicitte]. Billedligt talt kan det ses som forskellige tråde, der væver sig ind i hinanden. Det kan sidestilles med fraser i en samtale, et stykke musik eller i tanker [Stern 2004].

b) For det andet udtrykker et forløb en progressiv bevægelse, som er irreversibel. Med irreversibel menes, at man ikke kan gøre processen om, når den først er foregået. Banalt sagt: Det samme vand løber ikke gennem åen to gange. Man kan ikke starte forfra på en proces, man kan kun fortsætte den. Tid udgør således et element i begrebet proces. En proces er noget, der har en begyndelse, en midte, måske et klimaks og en afslutning. I denne betydning kan processen ses som et narrativt forløb, med en spændingslinje og et plot.

At have et procesfokus vil altså dels sige, at der sker noget i terapien og dels at vi ikke kan gentage processen. Vi må som terapeuter kunne følge med i det flow som processen foregår i. Og hvis flowet går i stå, søge at få det i gang igen, og hvis det bliver for voldsomt søge at dæmpe det en smule. Dette omsættes til et kodeks som siger, at enhver aktion, intervention og refleksion i terapien bør være relateret til den til enhver tid igangværende terapeutiske proces.

At have proces som retningsangivelse siger ikke noget som helst om indholdet i terapien eller om den metodiske form, hvilket er en logisk følge af det uforudsigelige eller kaotiske element i processen. Men samtidig er terapi ikke kaos, og terapeutens funktion er derfor på bedst mulig vis at sørge for eller bidrage til at processen har et terapeutisk sigte og følger en terapeutisk dagsorden.

Processer er komplekse størrelser og mange faktorer spiller ind på forløbet af en proces. Foreløbig kan følgende parametre identificeres: Konteksten, kontrakten, terapeuten og klienten, det eksplicite og det implicitte niveau, her og nu, samt den fælles historie. I nedenstående model angives de parametre som har indflydelse på hvordan terapien kan forløbe. Det er altså parametre, som altid vil være gældende og definerende for hvordan den terapeutiske proces forløber. Men modellen angiver ikke specifikke metoder, specifikke fortolkningsrammer, eller specifikke krav til patienten. Pointen er netop at påpege, at disse parametre har indflydelse og bør tages i betragtning.

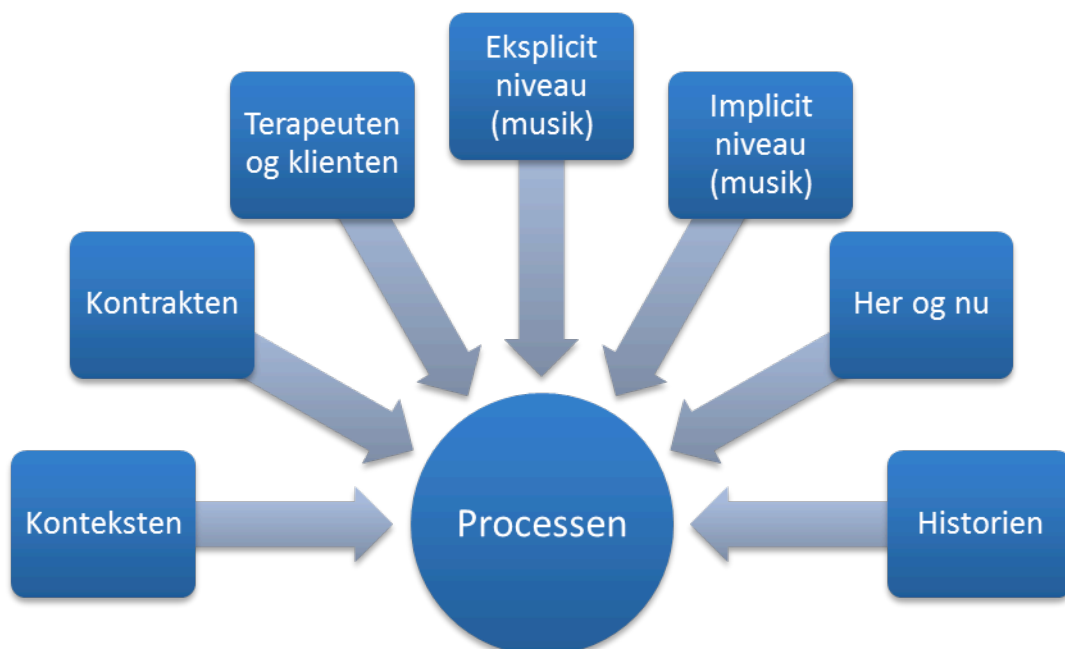


Fig. 1 Processens elementer

Konteksten refererer til den sammenhæng terapien udspiller sig i. I dette tilfælde som et behandlingstilbud til patienter i psykiatrisk regi der har diagnosen personlighedsforstyrrelse - ICD 10 F60 - F63 - undtaget er dog patienter med dyssocial lidelse. Konteksten har betydning for forventninger, rammer, lokalisation, økonomi osv. I forlængelse af konteksten kan man tilføje den terapeutiske kontrakt.

Kontrakten benævner rammerne for terapien. Hvis klienten har for lavt funktionsniveau til at kunne identificere behandlingsbehov m.v., giver dette anderledes rammer end hvis klienten har et erkendt ønske om terapi. I musikterapi arbejder man med både lavt og højt funktionsniveau.

Terapeuten og klienten er de personer, som er til stede. At benævne dem som henholdsvis terapeut og klient sker af hensyn til de forskellige roller og ansvar, de har i konteksten. Terapeuten har et etisk og et behandlingsmæssigt ansvar, mens klienten har et ansvar for at møde frem og arbejde med det som har bragt vedkommende i terapi.

Det eksplicite niveau omhandler alt det i terapien som er deklarativt, symbolsk og narrativt. Det vil sige; sprogets meningsindhold, musikken som artefakt, fortællingen, tegningen, drømme og deres symboler mv. Verbalterapi foregår i høj grad på et forståelses- og et narrativt niveau, hvor man undersøger og explicit udleder mening.

Det implicitte niveau omhandler alt det i terapien som er uden for sproget og bevidsthedens umiddelbare domæne. Det gælder det procedurale, det non-verbale og præverbale i interaktion (inter-subjektive processer som f.eks. affektiv afstemning, gensidig synkronisering osv.), og det gælder musikalske fænomener som musicering [musicizing] og proto-musikalitet. Den implicitte del af terapi med patienter med PF er helt central, idet megen af den kommunikation som hører til tilknytningens mønstre er implicit. Samtidig har denne målgruppe en svag eller ikke udviklet evnen til at mentalisere relationelle processer, og det er derfor afgørende, at terapeuten evner at navigere i dette sprogløse felt.

”Her og nu” henviser til at denne model og andre nutidige modeller bevidst vælger at holde et fokus i terapien på det som sker i nuet. Allerede i 50’erne gjorde Gestaltterapiens fader, Fritz Perls, en dyd ud af at have fokus på det som sker i nuet. Mentaliseringsbaseret terapi (MBT) har også eksplicit og tydeligt valgt, at det terapeutiske arbejde forgår i nuet. Man har endda formuleret sig meget specifikt om den indstilling, som terapeuten skal have for at kunne fremme patientens mentaliserings-evne. Bateman og Fonagy skriver:

”Man skal sikre at ens primære interesse gælder patientens mentale tilstand og ikke hans adfærd. Hovedinteressen er rettet imod hvad der forgår i hans verden nu, og ikke hvad der er sket tidligere. Man er nysgerrig efter hvad patienten har ”på sinde”, og på hvordan det kan have skabt det nu, den situation som er. Dette gøres ud fra en erkendelse af, at både terapeuten og patienten blot har en impressionistisk oplevelse af samspillet.” (Bateman et al. 2007, s. 137)

Denne måde at beskrive indstillingen hos terapeuten, kan godt opfattes som udtryk for et psykoterapeutisk paradigmeskift, i hvert tilfælde når dette krav om et ’her og nu’-fokus ses i forhold til klassisk psykoanalytisk metode og teori.

Historien er det sidste element i modellen. Historien påvirker, og kan til dels determinere den terapeutiske proces. Historien er den ”historie” som ethvert terapiforløb har og er. Optimalt følger terapiens historie en kurve, hvor episoderne udgøres af oplevelser i terapien, der bliver til indsigter og erfaringer, som kan overføres til det virkelige liv. ”Historie” dækker dels over en eksplicit vidensopbygning mellem terapeut og klient, men nok så centralt over en implicit relationel udvikling imellem dem. Dette indbefatter udvikling af tilknytning, tryghed, intersubjektivitet, autonomi, mentaliseringssevne mv.

Opsamlende kan man sige, at denne procesorienterede models første prioritet er, at det som sker i terapien fremmer den helings- og vækstproces, som er terapiens mål. I musikterapi anvendes musik og samtale som et middel til at fremme denne udvikling, men ingen metode eller intervention kan i sig selv være styrende.

Principper for procesorienteret musikterapi i psykiatrien

Som nævnt tidligere er denne manual inddelt i fire forskellige kategorier af principper:

1. *Unikke og essentielle principper i procesorienteret musikterapi i psykiatrien.*
I denne gruppe beskrives de terapeutiske principper, der er unikke og essentielle for procesorienteret musikterapi. De enkelte principper kan også findes i andre manualer, så det er kombinationen af dem der er unik for denne manual.
 - 1.1 Den terapeutiske proces er altid terapiens centrale fokus
 - 1.2 Den terapeutiske proces kan fokusere på reduktion af symptomer og/eller udvikling af færdigheder/kompetencer og/eller styrkelse af ressourcer
 - 1.3 Den terapeutiske proces forgår altid i et ”her og nu” perspektiv, og fortiden inddrages kun i dette perspektiv
 - 1.4 Den terapeutiske proces har sigte mod såvel det implicitte og procedurale niveau som det eksplicitte og deklaratve niveau

- 1.5 Den terapeutiske proces er ikke bundet til en bestemt musikterapeutisk metode (improvisation, komposition eller reproduktion eller musiklytning)
 - 1.6 Den terapeutiske proces har fokus på udvikling af relationelle og kommunikative færdigheder.
2. *Essentielle men ikke unikke principper i procesorienteret musikterapi.*
De terapeutiske principper i denne gruppe er essentielle for procesorienteret musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse, men de er også essentielle for procesorienteret musikterapi med andre målgrupper samt for andre musikterapietninger. Disse principper er lige så vigtige som de forrige.
- 2.1 Den terapeutiske proces identificeres i dynamiske mønstre som forsvar, overføring og modoverføring
 - 2.2 I den terapeutiske proces er opbygning, udvikling og vedligeholdelse af den terapeutiske alliance (samarbejde om mål, metoder, intimitet og styring) nødvendig
 - 2.3 Den terapeutiske proces har fokus på regulering af arousal
 - 2.4 Den terapeutiske proces kan foregå både ved at reflektere verbalt og ved at agere musikalsk
 - 2.5 Terapeuten skal stræbe efter at opretholde en mentaliseringsfremmende indstilling over for klienten i samtalen, i musikken og i den non-verbale kommunikation
3. *Acceptable men ikke nødvendige terapeutiske principper.*
De terapeutiske principper i denne gruppe kan i visse tilfælde være hensigtsmæssige, men er ikke essentielle for procesorienteret musikterapi.
- 3.1 Interventioner der bremser negative og ikke terapeutisk fremmende processer
 - 3.2 Rådgivende og strukturerende interventioner, når patienten ikke magter den terapeutiske proces
4. *Ikke acceptable og forbudte principper*
Disse interventioner er kontraindicerede i forhold til procesorienteret musikterapi:
- 4.1 Interventioner der alene er styret af metodiske eller teoretiske grunde uden inddragelse af patientens perspektiv
 - 4.2 Brug af overføring til at undersøge ubevidste gentagelser af tidligere adfærd
 - 4.3 Opmuntring til fantasier og frie associationer om terapeuten
 - 4.4 Brug af konfronterende og frustrationsfremkaldende interventioner som f.eks. lange pauser
 - 4.5 Spejling af umarkerede emotioner

Uddybende beskrivelse af de enkelte principper vedrørende PROM.

Unikke og essentielle principper i procesorienteret musikterapi i psykiatrien

1.1 *Den terapeutiske proces er altid terapiens centrale fokus*

I traditionel psykoterapi og analytisk orienteret musikterapi har fokus været på udredning, bearbejdning og integration af fortidige oplevelser og erfaringer, for på den måde at opnå korrigerende oplevelser og erfaringer. Arbejdet med disse "erfaringer" var så at sige det som forandrede patienten i terapien. Når patienterne havde overkommet og fået indsigt i disse erfaringer, mønstre

og deres aktuelle betydning og funktion, ville de i princippet være helbredt. Dette arbejde kan ligne de fænomener som procesorienteret musikterapi arbejder med. I PROM er der en balance mellem de mål for terapien som formuleres sammen med patienten - og vejen til at opfylde disse mål. Der tænkes på at fokus kan være på symptomer som de viser sig i det konkrete samspil her og nu, på ressourcer eller begge dele. Man kan sige, at der i PROM ikke er noget krav om at processen *skal* omhandle nogle specifikke træk hos patienten eller have en bestemt retning, men målet med behandlingen er at patienten får det bedre, udvikler sin evne til mentalisering, sin evne til affekt regulering mv. Da processen i her og nu er terapiens ontologiske virkelighed, skal processen så at sige både følge med i det som sker, og samtidig sørge for, at det som sker får denne proces til at ske. Ingen terapi vil kunne overholde en sådan målsætning, da terapi er en uforudsigelig begivenhed, men terapeuten skal kunne vende tilbage til spørgsmålet om det som sker, få processen til at ske, og samtidig kunne observere om det som sker er hensigtsmæssigt.

The Boston Change Process Study Group [2010]³ anvender betegnelsen "dynamic systems model" når de beskriver komplekse systemer med mange uafhængige variable, som en terapeutisk situation jo er. Disse systemer betegner de som selv-organiserende, hvilket resulterer i diskontinuitet, i ikke-lineære skift i deres organisering og de er derfor uforudsigelige. Disse skift i systemet fører til fremkomsten af uventede egenskaber som ikke eksisterede tidligere i systemet [BPCSG 2010 s. 97]. En sådan måde at anskue terapeutiske forandringsprocesser på svarer meget godt til den måde, vi ønsker at anskue musikterapi på.

At have et "åbent fokus" gør at terapeuten kan være åben for det unikke, patientens historier og erfaringer, og kan holde fokus på nuet og på relationen. En sådan virkelighed er for uforudsigelig, og kompleks til at kunne manualiseres, så der ligger egentlig en modsætning i at opstille en sådan manual. En forklaring på dette paradoks er, at manualen netop forsøger at forberede terapeuten på at kunne møde det komplekse og agere i dette felt, men ikke nødvendigvis med den hensigt at tvinge en forud defineret ramme ned over terapien. Og man kan vel med rette argumentere for at begrebet manual ikke er helt dækkende, men det anvendes her under disse forudsætninger og begrænsninger

1.2 *Den terapeutiske proces kan veksle mellem at omhandle reduktion af symptomer; udvikling af færdigheder/kompetencer og styrkelse af ressourcer*

For at holde fokus på processen er det nødvendigt både at forholde sig til patientens symptomer [det patogenetiske], på det aktuelle mål om udvikling af færdigheder, og på at styrke de ressourcer [det salutogenetiske], som patienten besidder. Fokus skal derfor være fleksibelt og styret af om der er behov for at mindske symptomer eller på at styrke ressourcer. At foruddefinere enten det ene eller den andet fokus forstås som ikke muligt i den uforudsigelige, komplekse kliniske virkelighed. Der vil typisk være forskellige faser i et terapeutisk forløb, hvor der er mere fokus på symptomer frem for på ressourcer osv. Dette er en konsekvens af, at terapeutisk arbejde ofte motiveres af et ønske fra patienten om at få det bedre. Det er derfor naturligt at forholde sig til de klager eller problemer som præsenteres, alene for at komme patienten i møde. Længere henne i forløbet hvor patienten har udviklet større fleksibilitet og har flere nuancer på sin egen person, vil orientering mod ressourcer mv. fylde mere i patientens her og nu bevidsthed. Men det er vigtigt, at terapeuten regulerer sit terapeutiske fokus ud fra terapiens "ontologiske virkelighed".

3 *The Boston Change Process Study Group [BCPSG] består af følgende: Nadia Bruschweiler-Stern, Karlen Lyons-Ruth, Alexander C. Morgan, Jeremy P. Nahum, Bruce Reis og afdøde Daniel N. Stern*

1.3 *Den terapeutiske proces foregår altid i et "her og nu" perspektiv, og fortiden inddrages kun i dette perspektiv*

At arbejde i psykoterapi med "her og nu" er ikke nyt. At arbejde ud fra en dynamisk forståelse af patientens psyke i her og nu, som et grundprincip, er derimod noget nyt. I forlængelse af ovenstående, og inspireret af mentaliseringsbaseret psykoterapi, foregår PROM i et her og nu perspektiv.

Da procesorienteret musikterapi aktivt integrerer tanker og principper fra den mentaliseringsbaserede terapi [MBT], er fokus på her og nu derfor en central del af denne manual. Det betyder i midlertid ikke, at der ikke kan være behov for at undersøge begivenheder eller oplevelser, der er foregået uden for terapien. Men det er essentielt, at historien benyttes til at belyse det nuværende og ikke til at se det nuværende i forhold til fortiden, som man har gjort tidligere, når der har været tale om et klassisk dynamisk fokus på overføringsanalyser o.l.

Her og nu perspektivet er også vigtigt af den grund, at terapien ansues som et komplekst dynamisk system, hvor alle parter er med til at forme den intersubjektive kontekst. Det henviser også til at implicite relationelle mønstre [se 1.4] som aktiveres imellem patient og terapeut, og de forhandlinger om måden de kan være sammen på, foregår løbende i nuet. For at kunne drage nytte af disse processer i terapien er her og nu perspektivet helt nødvendigt.

1.4 *Den terapeutiske proces har sigte mod såvel det implicite og procedurale niveau som det eksplicite og deklarative niveau*

At inddrage både det implicite og det eksplicite i terapien er næsten uundgåeligt, når man anvender musik som mediator for terapeutiske processer. At inddrage både betydningen af kommunikationen og måden kommunikationen foregår på i terapi er en del af et nyt samlende terapeutisk paradigme [BCPSG 2010]. Her betones den betydning de fænomener, som er uden for sproget, har for den terapeutiske proces. Det er ikke tilstrækkeligt kun at have fokus på det eksplicite indhold i en dialog. Man er i en psykoterapeutisk kontekst også nødt til at have fokus på det implicite niveau. Man anvender begreber som det lokale niveau til at beskrive det som sker, når en proces folder sig ud skridt for skridt. Man snakker om implicit relationel viden, som den procedurale viden vi besidder og som har indflydelse på hvordan vi agerer på det lokale niveau. Man argumenter for, at det som ligger uden for sprogets betydningsniveau, uden for bevidstheden, har betydning og ser det som et adskilt niveau. Stern [2010] nævner f.eks. matching i improvisatorisk musikterapi som en proces lig med affektiv afstemning. I denne manual ses musikken i forhold til om den berører det eksplicite eller implicite niveau i de personer som deltager i eller benytter musikken. Om musikken faktisk kan betragtes som en tredje form for oplevemåde er et spørgsmål, der ligger uden for denne manuals ramme.

1.5 *Den terapeutiske proces er ikke bundet til en bestemt musikterapeutisk metode [improvisation, komposition, reproduktion eller musiklytning]*

De forskellige muligheder for at intervenere i den terapeutiske proces som er til stede i musikterapi skal bedst muligt sørge for at processen er i gang. Alle musikterapeutiske metoder anvender musik til at stimulere, aktivere og motivere patienten. Men det er ikke muligt på forhånd at beslutte, at den ene tilgang er bedre end den anden. Nogle metoder faciliterer det implicite, f.eks. improvisation, mens andre både faciliterer det eksplicite og implicite, f.eks. sangskrivning og flere receptive metoder. Nogle metoder har høj grad af struktur, f.eks. at spille et komponeret stykke musik, mens andre har forskellige grader af struktur, afhængig af den position terapeuten indtager i musikken. De forskellige metoder vil blive opfattet forskelligt af hver patient, og faktisk er det ofte sådan at pa-

tienten skal tilegne sig den terapeutiske metode. Hvis nogle aktiviteter opleves som mere grænseoverskridende end grænseudvidende, kan det være nødvendigt at stoppe op og sikre sig at patienten er med.

I PROM er det en pointe at se musikalske "interventioner" som en palet med mange farver, og det er kombinationen af terapeutens og patientens kompetencer, det aktuelle tema der bør ligge til grund for valg af metode. Ligeledes anskues musikterapien ikke som en dikotomi mellem musik i terapi og musik som terapi, da vi mener dette opstiller en kunstig skelnen. I stedet anskues tilgangen til den terapeutiske proces mere i forhold til om musikken primært aktiverer implicite processer, eksplícite processer eller begge dele.

1.6 *Den terapeutiske proces har fokus på udvikling af relationelle færdigheder*

At udvikle relationelle færdigheder er alle terapiers moder. I musikterapi adviseres "det relationelle" af dels den verbale dialog, når en sådan forekommer, dels og især i gennem den musikalske interaktion og kommunikation. Det relationelle henviser dels til allianceudvikling og dels til tilknytningsmønstre. Patienter med personlighedsforstyrrelse er et eksempel på en gruppe patienter, der ofte er ambivalente, undvigende, udad-agerende i deres tilknytningsstil, og i værste fald er evnen til tilknytning helt fraværende. At have fokus på tilknytning er derfor helt centralt for denne målgruppe [se også 2.2].

Essentielle men ikke unikke principper i procesorienteret musikterapi

2.1 *Den terapeutiske proces identificeres i dynamiske mønstre som forsvar, overføring og modoverføring*

Som anden analytisk funderet psykoterapi er musikterapi i psykiatrien med denne målgruppe også opmærksom på psykens indre dynamikker og de fænomener som hører til denne dynamik. Forskellen fra traditionel psykoterapi består i den måde hvorpå disse fænomener inddrages i terapien, hvor de alene inddrages når det fremmer mentaliseringen og den terapeutiske proces. Det centrale er at skabe mulighed for at nye relationelle erfaringer kan ændre tidligere uhensigtsmæssige tilknytningsmønstre.

2.2 *I den terapeutiske proces er opbygning, udvikling og vedligeholdelse af den terapeutiske alliance (samarbejde om mål, metoder, intimitet og styring) nødvendig*

Den terapeutiske alliance er et begreb som har central betydning i denne manual. Uden en form for alliance er det ikke muligt at arbejde med PROM. Men det er samtidig vigtigt at understrege at selve opbygningen af en alliance mellem terapeut og patient, vil vedrøre spørgsmål om tilknytningsmønstre, idet vi taler om en relation der er tryk, hvor man har tillid til den anden person og hvor patienten så vidt muligt forholder sig til sit ansvar for behandlingen. Det er sjældent der processen starter, og i de fleste tilfælde vil den indledende del af behandlingen omhandle etablering af alliancen. Når den er etableret, vil man se regelmæssigt fremmøde, aktiv deltagelse i behandlingen, evne til at formulere mål, kendskab til metoder og en evne til aktivt at kunne forholde sig til graden af intimitet i mellem patienten og terapeuten (Hougaard 2004).

Med den patientgruppe som denne manual stiler mod [PF], tager det ofte lang tid at opbygge en tryk alliance, og alliancen skal ofte fornys eller bekræftes.

2.3 *Den terapeutiske proces har fokus på regulering af patientens arousal-niveau*

Forhøjet arousal er kontraindiceret for patientgruppen personlighedsforstyrrede. Det skyldes, at et for højt neurologisk arousal-niveau hæmmer patienternes kognitive funktioner, hvilket i praksis vil sige deres mentaliseringevne. Det gør dem desuden sårbare over for regressive kriser, hvor der er forhøjet risiko for drop out, acting out i form af selvskade, misbrug eller suicidaltruende adfærd. For lav arousal kan betyde manglende engagement i terapien og for høj arousal medfører ofte risiko for udad-ageren og kan udgøre en fare for terapien. Nogle patienter kan opleve musikalske aktiviteter som udfordrende og skræmmende, hvilket øger negativ arousal. Det tjener derfor ikke noget formål at tilråde anvendelse af én specifik metode, da dette for nogle patienter har negative konnotationer. Men samtidig er det vigtigt at hjælpe patienterne med at tilegne sig musikterapeutiske metoder mv. og i den forbindelse inddrage de mentale tilstande som musik på forskellig måde kan aktivere i den løbende terapeutiske proces. Det vil sige, at man på den ene side skal bevare det specifikke musikterapeutiske i det terapeutiske arbejde og anvende de aktive og receptive metoder, som terapeuten behersker, og på den anden side skal man altid lade den aktuelle proces gå forud for en specifik terapeutisk metode eller dagsorden.

2.4 *Den terapeutiske proces kan foregå både ved at reflektere verbalt og ved at agere musikalsk*

Ligesom metoden og interventionsformen ikke er afgørende for om der forekommer en proces eller ej, er mediet som interventionen foregår i heller ikke afgørende for om der sker en terapeutisk proces. Det betyder, at musikterapeuten både skal beherske sproget og musikken som terapeutisk medium. I forhold til sproglige interventioner er det som nævnt vigtigt at forholde sig til nuet, at arbejde med mentalisering både eksplicit og implicit, at benytte MBTs anvisninger i forhold til behandling med personlighedsforstyrrede. I forhold til det musikterapeutiske er det på samme måde vigtigt at terapeuten benytter sine særlige kompetencer og ressourcer for at facilitere den terapeutiske proces. Det understreges, at der ikke skelnes mellem sprog og musik, men mellem det eksplicite og det implicite. At den terapeutiske proces foregår i begge niveauer anses som vigtigt, og nødvendigt for terapeutisk forandring.

2.5 *Terapeuten skal stræbe efter at opretholde en mentaliseringsfremmende indstilling over for klienten i samtalen, i musikken og i den non-verbale kommunikation*

At udvikle patientens evne til at mentalisere anses i dag for helt centralt, når man arbejder psyko-terapeutisk med patienter med personlighedsforstyrrelse. Derfor indgår det også i denne manual. De mere specifikke principper for at anvende MBT, og de konsekvenser det har for terapeutens forholdemåde og for terapeutens interventionsstil, er mere operationaliserede end den øvrige manual, og de er derfor beskrevet selvstændig artikel [Hannibal under udgivelse]. Men det er unikt at integrere MBT i musikterapi.

Som allerede nævnt, er MBT "best practice" inden for psykoterapi med patienter med personlighedsforstyrrelse. At benytte disse principper i musikterapi kan derfor ses som et forsøg på at udvikle musikterapiens metode og teori, så den er i overensstemmelse med andre gældende og evidensbaserede behandlingsprincipper. Dog er det ikke hensigten, at denne syntese af principper af ikke-musikterapeutisk oprindelse skal påvirke den terapeutiske proces i musikken på en måde, så musikkens force hæmmes eller begrænses. Men det er vores opfattelse, at MBT kan være med til at underbygge anvendelsen af musikterapi, da MBT også lægger særlig vægt på ikke-sproglige

terapeutiske processer. Allan et al. [2010] har formuleret en række principper for interventioner der fremmer mentalisering hos patienten. Disse ligger til grund for principper i denne udgave af PROM, der ligeledes har til hensigt at fremme metalisering i en musikterapeutisk sammenhæng. Kort fortalt er rationalet bag anvendelsen af MBT, at mentaliseringsfejl i en tilknytningsassocieret kontekst er et centralt aspekt for patienter med personlighedsforstyrrelse [PD]. Det vil sige, at når personer med personlighedsforstyrrelse er i situationer hvor deres tilknytningsmønstre aktiveres, så er de sårbare fordi deres subjektive oplevelse kolliderer ved ikke tolerabel psykisk smerte, ved forøget oplevelse af negative emotioner og ved kognitiv dysfunktion [Asen & Fonagy 2012]. Graden af emotionel arousal og mentaliseringsevnen anses som direkte forbundne.

Acceptable men ikke nødvendige terapeutiske principper

3.1 *Interventioner der bremser regressive og ikke terapeutisk fremmende processer*

I visse situationer kan det være nødvendigt at bremse en terapeutisk proces, således at patienten ikke forlader terapirummet i en destruktiv eller ukontrolleret emotionel tilstand. Det skyldes, som nævnt tidligere, at patienter med personlighedsforstyrrelse reducerer deres i forvejen begrænsede mentale ressourcer, når de oversvømmes af negative emotioner. I situationer hvor terapeuten skønner, at patienten ikke kan opnå en hensigtsmæssig mental tilstand uden at vedkommende bringes ud af den aktuelle emotionelle spænding, har dette arbejde højere prioritet end at holde en proces i gang, der risikerer at skabe en uhåndterbar tilstand for patienten.

3.2 *Rådgivende og strukturerende interventioner, når patienten ikke magter den terapeutiske proces*

Der kan forekomme situationer, hvor patienten i princippet ikke evner at arbejde terapeutisk med sin aktuelle situation. Her bør terapeuten, hvis intet andet er muligt, arbejde på et rådgivende eller støttende niveau, indtil patienten igen kan arbejde i terapien ud fra de af patienten definerede mål. Patienter i denne situation vil ofte score under 40 på GAF skalaen⁴.

Ikke acceptable og forbudte principper

4.1 *Interventioner der alene er styret af metodiske eller teoretiske grunde uden inddragelse af patientens perspektiv*

Som en naturlig konsekvens af det procesorienterede fokus er der et krav om at man ikke udfører interventioner ud fra en forudbestemt metodes krav, manual og så videre. I denne sammenhæng kan principperne om at følge principperne for MBT virke selvmodsigende. Det er dog ikke tilfældet, da MBT fordrer, at man altid retter sine interventioner ind efter den enkelte patients aktuelle mentaliseringskapacitet. Det er altså altid patientens aktuelle tilstand, der bestemmer og berammer terapeuten strategi, intervention og metode.

4 GAF står for Global Assessment of Function og er en del af DSM-IV-systemet. Den anvendes ofte som mål for en persons aktuelle funktions- og symptomniveau.

4.2 *Brug af overføring til at undersøge ubevidste gentagelser af tidligere adfærd*

Brug af overføringstolkninger og analyse af psykisk forsvar, som det ses i traditionel analytisk psykoterapi, må ikke anvendes. Det hæmmer mentaliseringsevnen og flytter fokus væk fra det virkelige og aktuelle i relationen mellem terapeuten og patienten.

4.3 *Opmuntring til fantasier og frie associationer om terapeuten*

Fantasier om den anden person er baseret på noget ikke observerbart, og kan derfor kun være med til at forstærke patientens patologiske mentale forestillinger om terapeuten. På trods af at disse kan ses som relateret til patientens ambivalente tilknytningsmønstre, er disse fantasier ikke fremmede for det mentaliserende perspektiv. Fri association kan ligeledes være med til at sætte fokus på en ikke hensigtsmæssig mental modus, som kendetegner personer med personlighedsforstyrrelse, og er derfor heller ikke fremmede for sund mentalisering.

4.4 *Brug af konfronterende og frustrationsfremkaldende interventioner som f.eks. lange pauser*

Lange pauser kan være med til at forstærke og stimulere ikke hensigtsmæssige tilknytningsmønstre. Dette skaber øget emotionel arousal der kan hæmme mentaliseringsevnen. Lange pauser er kun hensigtsmæssige i terapier med denne målgruppe, når både patient og terapeut er trygge ved tavshed.

4.5 *Spejling af umarkerede emotioner*

Det anbefales kun at spejle markerede emotioner, da ikke markerede emotioner i princippet kan være emotioner som patienten har evakueret fra sin psyke, og muligvis eksileret mod terapeuten. Spejling af sådanne umarkerede emotioner kan dels virkende truende og kan opfattes som om terapeuten tillægger patienten følelser denne ikke genkender. Derfor skal emotioner markeres tydeligt før de bringes i spil.

Anvendelse af principperne om Procesorienteret Musikterapi.

En hver beskrivelse af terapeutiske principper har kun relevans, hvis de kan omsættes til en eller anden form for praksis. Man må kunne operationalisere principper i konkrete terapeutiske handlinger. Terapeutiske handlinger kan være musikalske og/eller mentale og/eller adfærdsmæssige. Men en manual som den her præsenterede kan ikke anvendes direkte som instruktionsbog, eller som klinisk guide i en kaotisk klinisk virkelighed. Det vil sige, at terapeuten skal forberede sig på at integrere principperne i manualen inden for terapien, og efterfølgende evaluere sine handlinger i supervision og refleksion. Hvor lang tid der kræves, før sådanne principper kan omsættes til praksis, afhænger dels af terapeutens kendskab til teorierne og dels af hvordan terapeuten forbereder sig i forhold til den kliniske virkelighed. At assimilere og integrere teorier og omsætte den til praksis er en proces, der både aktiverer refleksion og ikke-bevidste og automatiserede processer – fænomener der kendes som modoverføring ol.

Mentalisering er et vigtigt behandlingskoncept i denne manual, og derfor er det vigtigt at kunne undersøge, om terapeuterne udfører mentalisering i overensstemmelse med mentaliseringsbaseret

terapis egne retningslinjer, når de arbejder med PROM. Karterud og Bateman udgav i 2011 en manual og en vurderingsskala som kan anvendes til at undersøge terapeutens verbale interventioner [Karterud & Bateman 2011]. Det synes således muligt at uddanne og træne terapeuter i denne specielle metode, som i forhold til målgruppen patienter med personlighedsforstyrrelse er helt central. Det er desuden en del af pilotprojektet at udvikle et registreringsredskab, som dels fungerer som terapirapport, dels som dataindsamlingskilde. Det er en videreudvikling af et lignende redskab, som er anvendt i en finsk undersøgelse [Erkkilä et al. 2011]. Denne terapirapport [registreringsskema] indeholder dels oplysninger om aktiv musikterapi og receptiv musikterapi, om musikens stemning scoret ud fra Hevners Mood Wheel [Bonde, Pedersen & Wigram 2001] og om interaktionen mellem terapeut og patient, scoret med MIR-skalaen [Pavlicevic 2007]. Der er også en scoring af interaktionen i receptiv musikterapi, som er en ikke valideret skala udviklet af Bonde [2012]. Endvidere anvendes en anden ikke-valideret skala til scoring af den verbale interaktion, samt af terapiens procesniveau ud fra McGlashan & Kates' [1989] procesmodel. Endelig scores patientens tilknytningstype ud fra Bartholomew og Horowitz' [1991] tilknytningsmodel. Det er således hensigten at undersøge, om patienter der modtager musikterapi ud fra disse principper, faktisk ændrer sig i forhold til nogle af de parametre, vi anser som mulige afhængige variabler.

Det er ligeledes vigtigt at optræne de musikterapeuter der skal fungere som terapeuter i pilotprojektet for at mindske risiko for "treatment infidelity". I en finsk undersøgelse af musikterapi og dens virkning på depression [Erkkilä et al. 2011] forberedte man sig og trænede musikterapeuterne i over et år, før man begyndte den egentlige behandling. Dette skyldtes bl.a. at de benyttede en delvis formaliseret behandlingsmetode, hvor der dels kun blev arbejdet med improvisation og dels anvendte de udvalgte instrumenter. Dette var en udfordring for flere af terapeuterne. De følte sig begrænsede i deres kliniske praksis. Efter et års forberedelse lykkedes det at opnå en sådan grad af fælles metodisk forståelse, at der i den senere undersøgelse ikke var nogen sammenhæng mellem patienternes udbytte og hvilken terapeut de havde gået hos. Dette er blevet udlagt som tegn på at de non-specifikke faktorer ikke var udslagsgivende, eller som tegn på at terapeuterne havde samme grad af ekspertise. Det understreger betydningen af at forberede en sådan "manual og metode" grundigt, således at de terapeuter der udfører behandlingen arbejder ud fra en nogenlunde identisk ramme og fælles forståelse. Dette pilotprojekt har taget denne tråd op, og terapeutgruppen mødes jævnligt. Vi har dels arbejdet med vores opfattelse og forståelse af teorien, dels har vi lavet musikalske øvelser for at undersøge om vi kunne omsætte principperne til praksis. Sådanne studiegrupper er helt nødvendige og en betingelse for at terapeuterne kan erhverve sig de færdigheder, som er blevet præsenteret i denne manual.

Et andet spørgsmål er, om dette tiltag kaldet PROM er noget nyt og unikt, eller om det er "ny vin på gamle flasker". Umiddelbart er svaret ja til begge dele.

Vi mener ikke der er noget nyt i PROM, fordi hovedparten af de principper som beskrives ovenfor, er anerkendte og anvendte principper, som dels er hentet fra andre terapeutiske retninger og skoler, og som dels er hentet fra forskellige musikterapeutiske og metodiske retninger og skoler. Der er ikke noget nyt set fra et sådant perspektiv. Vi mener det er nyt, fordi vi dels bringer det patologiske og det salutogenetiske sammen som en eksplicit del af den musikterapeutiske behandlingskontekst. Det er også nyt i den forstand, at vi i denne manual forsøger at opgradere vores analytiske og psykodynamiske baggrund med det helt aktuelle og syntetiserende begreb: mentalisering. Det mener vi er nyt. Endelig mener vi, at det er nyt at sætte processen i centrum, og i den forstand forsøge at tilsidesætte ethvert metodisk og teoretisk dogme, der kan forhindre at en helende terapeutisk proces udfolder sig. Med dette stiller vi os på linje med det synspunkt, at denne målgruppe har brug for at

udvikle deres evner til mentalisering, at det er nødvendigt at terapeuten kan mentalisere patienten, og at det som foregår her og nu mellem terapeut og patient er terapiens virkelighed: dens ontologiske fokus.

Litteratur

Asen, E. & Fonagy, P. [2012]. *Advanced MBT Training Workshop*. Ikke publicerede power point noter. Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Allan, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. [2010]. *Mentalisering i klinisk praksis*. København, Hans Reitzels Forlag.

Bateman, A. & Fonagy, P. [2007]. *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelse - en praktisk guide*. Århus, Akademisk forlag.

Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. [1991]. Attachment Styles Among Young Adults: A test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991, Vol. 61, No.2: 226-244

Bonde, L.O., Hannibal, N. & Nygaard Pedersen, I. [2012]. Musikterapi i psykiatrien - Klinisk praksis, forskning og formidling. *Musikterapi i psykiatrien online*, Vol.7 [1]: 1-20

Bonde, L.O., Pedersen, I.N. & Wigram, T. [2001]. *Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. Aarhus: Klim:146 - 158

Bruscia, K. E. [1987]. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publications.

Bruscia, K., [ed.] [1998a]. *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers

Bruscia, K. [1998b]. *Defining Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

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* [2011] 199: 132-139

Hannibal, N. [1998]. Refleksion i og om musikalsk improvisation i musikterapi, i *Den musikterapeutiske behandling - teoretiske og kliniske refleksioner/ Årsskrift 1*:141-163. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N. [1999]. The Client's Potential for Therapeutic Insight Assessed through the Ability to Reflect Verbally and Musically. *Nordic Journal of Music Therapy* 8[1]: 36-46

Hannibal, N. [2000]. Overføring i den musikalske interaktion, i *Den musikterapeutiske behandling - teoretiske og kliniske refleksioner/ Årsskrift 2*: 65- 85. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N. & Pedersen, I. N. [2000]. Opgørelse af fremmøde- stabilitet for patienter i musikterapi 1997 , i *Den musikterapeutiske behandling – teoretiske og kliniske refleksioner/ Årsskrift 1: 141-43*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N. [2002a]. Henvi sning, assessment, og egnethed til musikterapi i psykiatrisk regi, i *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 2: 56-73*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N. [2002b]. Præverbalitet i musikterapi. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 2: 139-53*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N. [2004]. *Who came to music therapy - A description of the contemporary psychiatric client population in Music Therapy in Denmark*. Unpublished paper, the 6th European Music Therapy Congress 16-20 juni 2004, Jyväskylä, Finland

Hannibal, N. [2005]. Beskrivelse af Patientpopulationen i klinisk musikterapi på fem psykiatriske institutioner i Danmark i perioden august 2003-juli 2004. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 4: 64-75*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N. [2007]. Relevansen af nyere psykodynamisk teori for det klinisk musikterapeutiske arbejde med patienter med personlighedsforstyrrelser. *Psyke og Logos 28(1): 385-407*.

Hannibal, N [2008]. Gruppemusikterapi med patienter med personligheds- forstyrrelser i dagbehandlingsregi. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 5: 76-101*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N., Pedersen, B., Windfelt, M. & Skadhede, S. [2011]. Opsamling på Gruppemusikterapi i Dagbehandlingsregi for Perioden 2003 til 2010. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 6: 26-37*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N., Nygaard Pedersen, I., Egelund, T., Hestbæk, T. & Munk-Jørgensen, P. [2012] Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy. *Nordic Journal of Psychiatry EARLY ONLINE 2012*

Hannibal, N. [under udgivelse]. Mentaliseringsbaseret behandling og musikterapi, i *Musikterapi i psykiatrien online Årg. 8, Nr. 1 [2013]*

Hougaard, E. [2004]. *Psykoterapi - Teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag

Karterud, S. & Bateman, A. [2011]. *Mentaliseringsbaseret Terapi – manual og vurderingsskala*. Individuel version. København: Hans Reitzels Forlag

Pedersen, I.N. [2000]. "Inde-fra eller ude-fra" - orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 2: 87-109*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Pedersen, I.N. [2003]. The Revival of the Frozen Sea Urchin: Music Therapy with a Psychiatric Patient. Hadley, S. [Ed.] *Psychodynamic Music Therapy: Case studies*. Gilsum NH: Barcelona Publishers: 375 – 388

Pedersen, I.N. [2005]. At bruge musik til at håndtere modoverføring i individuel musikterapi i hospitalspsykiatrien. *Musikterapi I psykiatrien. årsskrift 4*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet: 40 – 63

Pedersen, I.N. [under udgivelse]. Music therapy in psychiatry today – do we need to specialize in the reduction of diagnosis-specific symptoms or on the overall development of resources? Or do we need both? *Nordic Journal of Music Therapy*.

Rolvsjord, R., Gold, C. & Stige, B. [2005]. Research Rigour and Therapeutic Flexibility: Rationale for a Therapy Manual Developed for a Randomized Controlled Trial. *Nordic Journal of Music Therapy* 14[1]: 15-32.

Rolvsjord, R. [2010]. *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*, Gilsum, NH: Barcelona Publishers

Stern, D. [2004]. *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag

Stern, D. [2010]. *Vitalitetsformer - dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag

The Boston Process Change Study Group [2010]. *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: Norton Professional Books

Waltz, J., Addis, M E., Koerner, K. & Jacobson, N.S. [1993]. Testing the Integrity of a Psychotherapy Protocol: Assessment of Adherence and Competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61[4]: 620-630