



AFKLARING AF DEN TERAPEUTISKE RELATION MELLEM DEN RETSPSYKIATRISKE PATIENT OG MUSIKTERAPEUT

Jo mere relationen er præget af faktorer som fx uforløst spænding, lav grad af gensidighed og involvering, dét at terapeuten har svært ved at udvise empati og endvidere manglende udtryksfuldhed hos patienten, jo større er udfordringen i forhold til at udvikle den terapeutiske relation. Det stiller store krav til mig som musikterapeut, om at være kreativ, intuitiv og opmærksom i forhold til at opfange ethvert lille signal eller mulighed for at styrke den retspsykiatriske patients tillid og evne til at engagere sig.

Britta Frederiksen



BRITTA FREDERIKSEN.

Kandidat i musikterapi, ph.d.-studerende på Forskerprogrammet i Musikterapi, Aalborg Universitet, Kontakt: bvf@hum.aau.dk

Abstract

I denne artikel undersøges forforståelsen hos artiklens forfatter af begrebet terapeutisk relation i den særlige kontekst af musikterapi med retspsykiatriske patienter. Til brug for undersøgelsen anvendes repertory grid (RepGrid) teknikken, der er en teknik til at undersøge dybe og strukturelle aspekter af, hvordan en person opfatter et givet fænomen, som ikke ville fremkomme, hvis man blot beskrev de enkelte dele af fænomenet. Via undersøgelsen fremkommer der to hovedkoncepter i forfatterens opfattelse af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Disse to hovedkoncepter er 1: spænding, involvering og grad af gensidighed og 2: ekspressivitet og mulighed for at musikterapeuten kan empatisere med den retspsykiatriske patient. I artiklen præsenteres en model, der illustrerer, hvordan den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter kan karakteriseres af, hvordan de to hovedkoncepter er repræsenteret i den terapeutiske relation.

Sluttelig sammenholdes de centrale temaer som spænding, involvering, gensidighed, ekspressivitet og empati med den gældende generelle såvel som musikterapeutiske teori på området.



Indledning

Retspsykiatriske patienter er ofte præget af mistro til deres omgivelser og manglende sygdomsindsigt. I kontakten reagerer retspsykiatriske patienter ofte med anspændthed, trang til kontrol og magtkampe præget af vrede og aggression [Coddington 2002; Flower 1993; Jacobsen, Johansen og DSI, 2011; Smeijsters & Cleven, 2006]

Case eksempel:

Peter er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling efter voldsom personfarlig kriminalitet. Han har en paranoid skizofren diagnose. Han deltager i en musiklyttegruppe i to år, hvor han medbringer musik hver eneste gang. Musikken er indenfor genren rap eller rock musik og karakteriseret af højt tempo og intensitet, samt tekster der udtrykker vrede og aggression. Han taler aldrig om musikken eller hvilken betydning, den har for ham. Efter 2 år takker han ja til at deltage i et individuelt musikterapiforløb. I det individuelle forløb taler han meget og har rigtig meget på hjerte.

Peters deltagelse i musiklyttegruppen har efter min vurdering medført, at han føler sig tryk ved, at jeg kan rumme hans musik, og er det første skridt i opbygningen af den terapeutiske relation. Først efter 2 år tør han tale om musikkens betydning og sammenhæng med hans liv i øvrigt.

Med denne case vil jeg gerne understrege den særlige udfordring, det er at opbygge en terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter. Især ønsker jeg at undersøge, hvordan musikken og musikterapi kan bidrage til at støtte de små bevægelser og elementer, der medvirker til opbygningen af den terapeutiske relation.

Den terapeutiske relation er klassisk defineret af Bordin [1979], som en relation mellem terapeut og patient med fokus på samarbejdet. Den terapeutiske relation består af et emotionelt bånd, og enighed om mål og metode for terapien [Bordin, 1979]. Størstedelen af den litteratur og forskning der foreligger, undersøger den terapeutiske relation med patienter i samtaleterapi, der er i stand til at mentalisere og reflektere. I de senere år er der blevet et øget fokus på de non-verbale elementer i opbygningen af den terapeutiske relation [Duncan & Miller, 2000]. Ligeledes et øget fokus på opbygningen af den terapeutiske relation med alvorligt og kronisk psykisk syge patienter, hvor netop andre aspekter end de verbale og kognitive elementer i interaktionen er vigtige [Priebe & McCabe, 2006; Sørensen, 1996; Thorgaard & Haga 2006].

75% af de retspsykiatriske patienter i Danmark har en diagnose indenfor det skizofrene spektrum. Den indledende fase, hvor den terapeutiske relation opbygges, og hvor samarbejdet omkring behandlingen etableres, er væsentlig længere end hos bedre fungerende patienter. Opbygningen af tryk og tillid hos patienter, der lider af skizofreni kan tage op til 6 måneder eller mere [Sørensen, 1996; Thorgaard & Haga, 2006]. Det er nødvendigt at arbejde på et basalt og non-verbalt niveau som fx regulering af arousal og beroligelse. Dertil kommer, at retspsykiatriske patienter oftere end andre psykiatriske patienter reagerer med vrede og aggression, når de føler sig truede og pressede.

Der foreligger meget forskning, der fastslår vigtigheden af at opbygge en god terapeutisk relation, da det er den faktor, der har størst betydning for resultatet af et terapiforløb [Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010]. I retspsykiatrisk sammenhæng peger flere studier på kvaliteten af den terapeutiske relation som en væsentlig dynamisk faktor i vurderingen af risiko for forekomsten af vold [Beauford, Dale & Renee, 1997; Douglas & Skeem, 2005]. Men der foreligger næsten ingen forskning om, hvordan man støtter udviklingen af den terapeutiske relation [Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Duncan & Miller, 2000].

I denne artikel vil jeg undersøge min forforståelse af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Det er et meget komplekst felt, der indeholder "tavs viden", og aspekter som det kan være meget svært at identificere og bevidstgøre alene gennem en beskrivelse af enkelt elementer i det daglige kliniske arbejde. I undersøgelsen af min forforståelse anvendes RepGrid teknikken, der er en teknik til at undersøge dybe og strukturelle aspekter af, hvordan en person opfatter et givet fænomen [Bonde 2013], som ikke ville fremkomme, hvis man alene beskrev de enkelte dele af fænomenet. Processen består først og fremmest af et grundigt interview, med udgangspunkt i min kliniske musikterapeutiske erfaring gennem 10 år med retspsykiatriske patienter. I interviewet lægges der vægt på de oplevede kvaliteter fremfor en objektiv beskrivelse. Den efterfølgende analyse af data sker ved hjælp af et computerbaseret software [Abrams 2007]. Processen og analysen ved brug af RepGrid teknikken beskrives i artiklen.

Sluttelig sammenholdes resultatet af ovenstående undersøgelse med gældende teori på området.

Artiklen er desuden en del af et ph.d. studie, der undersøger, hvordan musikterapi kan være med til at støtte opbygningen af terapeutisk relation med indlagte retspsykiatriske patienter i Danmark.

RepGrid teknikken

RepGrid teknikken er baseret på George Kelly's "Personal construct theory" [Abrams & Meadows, 2005]. Kelly var interesseret i at beskrive og tydeliggøre grundlæggende og betydningsfulde sammenhænge i de konstruktioner, der ligger bag den måde, det enkelte menneske forstår og opfatter et givet emne eller livsomstændighed ud fra. Udover det kognitive aspekt i personens konstruktioner inkluderede Kelly også personens erfaringer og følelsesmæssige aspekter. Kelly var udover at være forsker også terapeut, og havde noteret sig at klienterne opdelte deres opfattelse af en given kvalitet i implicite modsætninger. Et sådant par af modsætninger kaldte Kelly for en konstruktion [Abrams & Meadows, 2005].

Data indsamling

Som beskrevet består RepGrid metoden først og fremmest af et interview. Interviewet i nærværende undersøgelse er udført af professor Lars Ole Bonde, der selv har arbejdet indgående med teknikken bl.a. i en undersøgelse af danske musikterapi studerendes musikalske identitet [Bonde 2013]. Interviewet består af forskellige trin, og det er interviewerens opgave, at sikre at alle trin i metoden gennemgås.

Liste over elementer: Jeg udformer en liste med 10 case eksempler på musikterapi fra min kliniske praksis med retspsykiatriske patienter. Disse eksempler kaldes *elementer*, og tildeles et navn, ud fra hvad jeg finder karakteristisk for den enkelte patient – det kunne fx. være "panser" eller "kontrol".

Konstruktioner: Computeren udvælger tilfældigt 3 elementer eller cases, hvorefter jeg beslutter, hvordan 2 af disse cases ligner hinanden og er forskellig fra den 3. Som eksempel ligner de 2 elementer "vietnamesisk K" og "kontrol" hinanden ifht. min oplevelse af at føle mig anspændt. Derimod føler jeg mig ikke anspændt i kontakten med elementet "dukkelise". Herved fremkommer et modsætningspar: "terapeuten er anspændt" versus "terapeuten er rolig", som benævnes en *konstruktion*. Proceduren gennemgås 10 gange og en række modsætningspar eller konstruktioner fremkommer.

På næste side ses rækken af konstruktioner:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Enighed er muligt | Enighed er ikke muligt |
| 2. Klarhed om rollefordeling | Uklar rollefordeling |
| 3. Det verbale som åbning | Det verbale som forhindring |
| 4. Terapeuten er rolig | Terapeuten er anspændt |
| 5. Let at mærke | Svær at mærke |
| 6. Organisk | Mekanisk |
| 7. Melodisk | Rytmask |
| 8. Imødekommende | Fjendtlig |
| 9. Kan afgive styring | Kan ikke afgive styring |
| 10. Patient er engageret | Patienten er uengageret |

Herefter *rater* jeg alle elementerne på en skala fra 1-5 ifht. hver af ovenstående konstruktioner. Fx scores elementet "vietnamesisk K" yderligt på skalaen, dvs. 1 eller 5, i forhold til næsten alle konstruktioner. Denne rating tegner en profil for hver af konstruktionerne. Et enkelt overblik over disse ratings kan illustreres via en *Grid matrix* [Se figur 1 nedenfor].

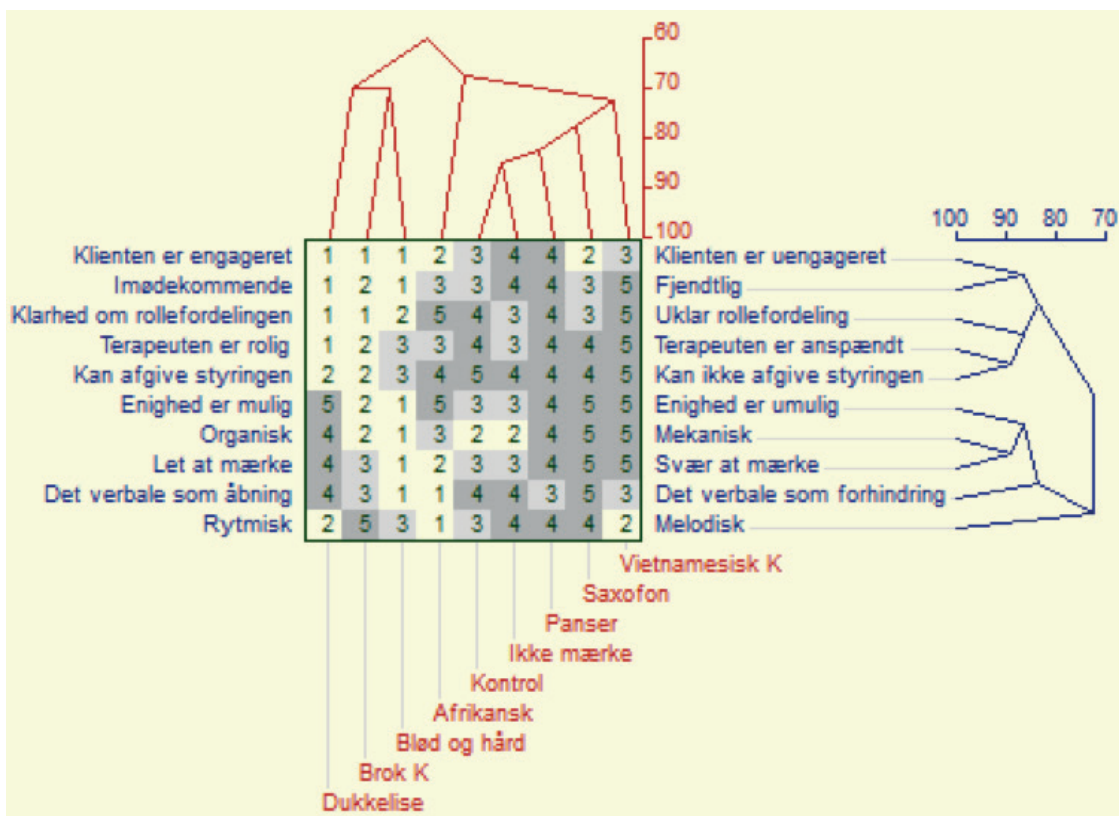
Enighed er muligt	1	5	3	1	4	3	1	2	1	Enighed er ikke muligt
Organisk	3	1	2	5	2	2	5	4	4	Mekanisk
Det verbale som åbning	5	5	2	1	3	2	3	3	2	Det verbale som forhindring
Let at mærke	2	1	3	5	3	3	5	4	4	Svær at mærke
<u>Fjendtlig</u>	3	5	3	3	4	2	1	2	5	Imødekommende
Kan afgive styring	4	3	5	4	2	4	5	4	2	Kan ikke afgive styring
Melodisk	5	3	3	2	1	2	4	2	4	Rytmask
Klarhed om rollefordeling	5	2	4	3	1	3	5	4	1	Uklar rollefordeling
Terapeuten er rolig	3	3	4	4	2	3	5	4	1	Terapeuten er urolig
Patienten er engageret	2	1	3	2	1	4	3	4	1	Patienten er uengageret

Dukkelise									
Panser									
Vietnamesisk K									
Ikke mærke									
Brok K									
Saxofon									
<u>Kontol</u>									
Blød og hård									
Afrikansk									

Figur 1

Analyse

Ved hjælp af et computerbaseret software beregnes, hvordan hver af mine konstruktioners profil matcher hinanden. En lignende beregning foretages ifht. elementernes indbyrdes match. Beregningerne illustreres i et fokus-algoritme-diagram [Se figur 2 på næste side], der viser, hvordan jeg opfatter at mine konstruktioner og elementer hænger sammen i kraft af deres ligheder. Diagrammet er med til at give et struktureret og komplekst billede af min opfattelse af den terapeutiske relation i musikterapi med retspsykiatriske patienter.

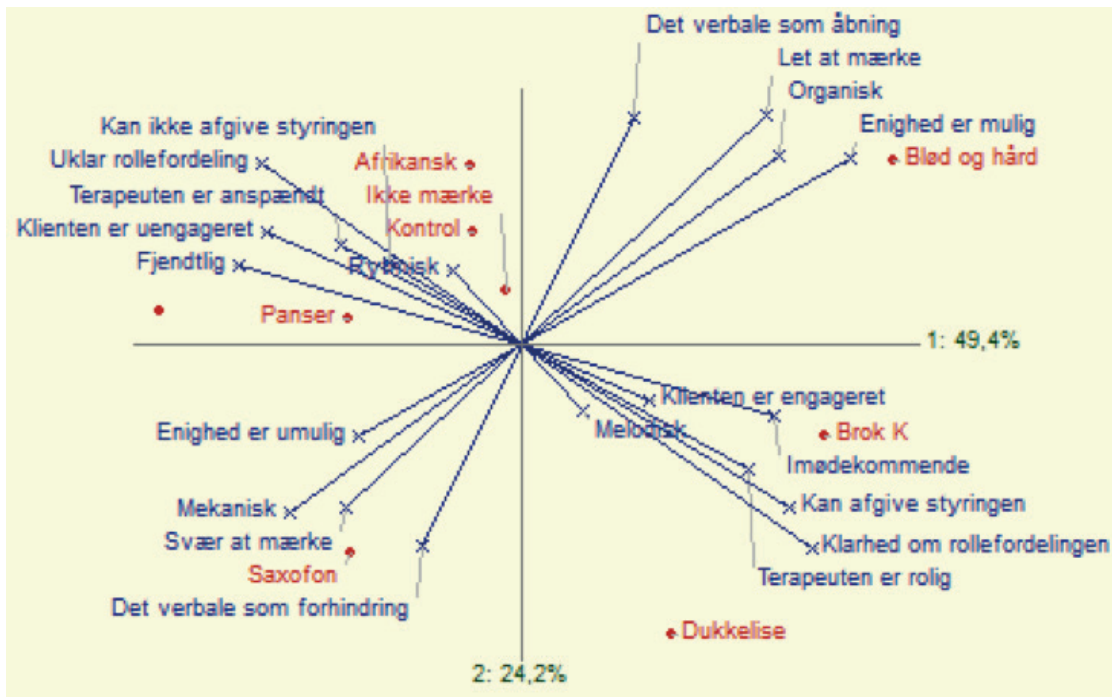


Figur 2

Som det ses af diagrammet, er der en del konstruktioner, der matcher hinanden, eller klynger sig sammen. Især er det tydeligt at den måde, hvorpå jeg som terapeut er opmærksom på mine egne reaktioner i samspillet med patienten er vigtig for at kunne karakterisere den terapeutiske relation.

Min fornemmelse af "anspændthed" er nært sammenhængende med (90 %), hvor fleksibel patienten er, ifht. at "afgive styringen" i samspillet. En høj sammenhæng (90 %) gør sig også gældende ifht. de to konstruktionspar: "let at mærke patienten/svært at mærke patienten" og musikkens grad af at være "organisk/mekanisk". Min tolkning af denne sammenhæng er, at musikkens karakter af at være organisk peger på graden af indbyrdes lydhørhed mellem patienten og terapeuten, som igen medfører, at det er lettere for terapeuten at mærke patienten, og mærke hvordan patienten har det. Konstruktionen ifht. dels patientens "engagement" og dels graden af "imødekommenhed" er i diagrammet sammenhængende med 85-87 %.

Et andet diagram, som computeren genererer er et *PrinGrid* [Se figur 3 på næste side], hvor elementer og konstruktioner er afbildet i et to-dimensionelt diagram. Elementerne er repræsenteret med en prik og konstruktionerne som modsætningspar, hvor hver pol forbindes med en linje gennem midten af diagrammet og markeres med et kryds. Dette diagram er ligeledes en grafisk fremstilling af kompleksiteten og sammenhænge mellem konstruktionerne. Sammenhænge, der ellers måske ville fremstå som tilfældige, inkonsekvente og baseret på enkeltstående oplevelser [Abrams & Meadows, 2005].



Figur 3

Det er relevant at uddybe de 4 felter i Pringrid diagrammet for at tydeliggøre min opfattelse af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi.

Øverste venstre felt:

Når patienten er uengageret, fjendtlig indstillet og har et stort behov for kontrol, er det meget svært at indgå i og etablere et samspil med patienten. Patienten har meget svært ved at lytte. Som terapeut sanser jeg meget uforløst spænding.

Rollerne er uklare, og det har måske slet ikke været muligt at tale om den indbyrdes rollefordeling, da patienten ingen sygdomsindsigt har eller vil anerkende, at han er syg. Musikken er primært rytmisk og i min forståelse indikerer det stort behov for klar struktur hos patienten.

Nederst højre felt:

Samspillet er dynamisk og føles naturligt. Patient og jeg er lige ifht. at være den, der tager lederrollen og fører an i såvel det musikalske som det ikke musikalske samspil.

Jeg oplever måske en spænding i samspillet, men denne spænding er dynamisk og positiv. Jeg oplever at have kontrol over den terapeutiske proces og føle mig tryk ifht., at patienten kan klare frustrationer og udfordringer.

Der er klarhed og enighed omkring rollerne i relationen, hvem der er terapeut, og hvem der er patient.

Patienten er motiveret, engageret og imødekommende.

Musikken er mere melodisk.

Nederste venstre felt:

Jeg har som terapeut meget svært ved at vise empati overfor patienten. Jeg føler eller mærker ofte ingenting i samspillet med patienten, og skal være meget opmærksom ifht. at opfange bitte små tegn

på emotionelle reaktioner

Patientens udtryk er meget begrænset, kort og uden dynamik. Musikken opleves som mekanisk.

Tale og verbalisering forhindrer og forstyrrer relationen og skaber modstand hos patienten.

Det kan være meget svært at opnå enighed om noget som helst – hvis jeg fx. foreslår én måde at forstå en situation eller et begreb på, kan patienten udtrykke uenighed. I min forståelse skyldes det patientens behov for at differentiere sig fra mig.

Øverste højre felt:

Jeg har som terapeut nemt ved at vise empati med patienten, fordi patienten er meget udtryksfuld. Musikken er organisk – udvikler sig over tid og udtrykker følelser og stemninger.

Relationen bliver ikke forstyrret af tale eller interventioner, men er derimod en integreret del af processen, der støtter og er med til at udvikle såvel den verbale som den musikalske interaktion.

Det er muligt at blive enige om rollefordelingen, og muligt at opnå en enighed om, at man er uenig. Eller patienten kan rumme uenigheden.

Kvaliteten af den terapeutiske relation viser sig i den måde, jeg har mulighed for at vise min empati, og patienten er åben for at modtage denne empati.

Der tegner sig to hoved koncepter:

1. SPÆNDING, INVOLVERING OG GRAD AF GENSIDIGHED
2. EKSPRESSIVITET OG MULIGHED FOR AT EMPATISERE MED PATIENTEN

Resultatet af ovenstående analyse kan samles i nedenstående figur 4.

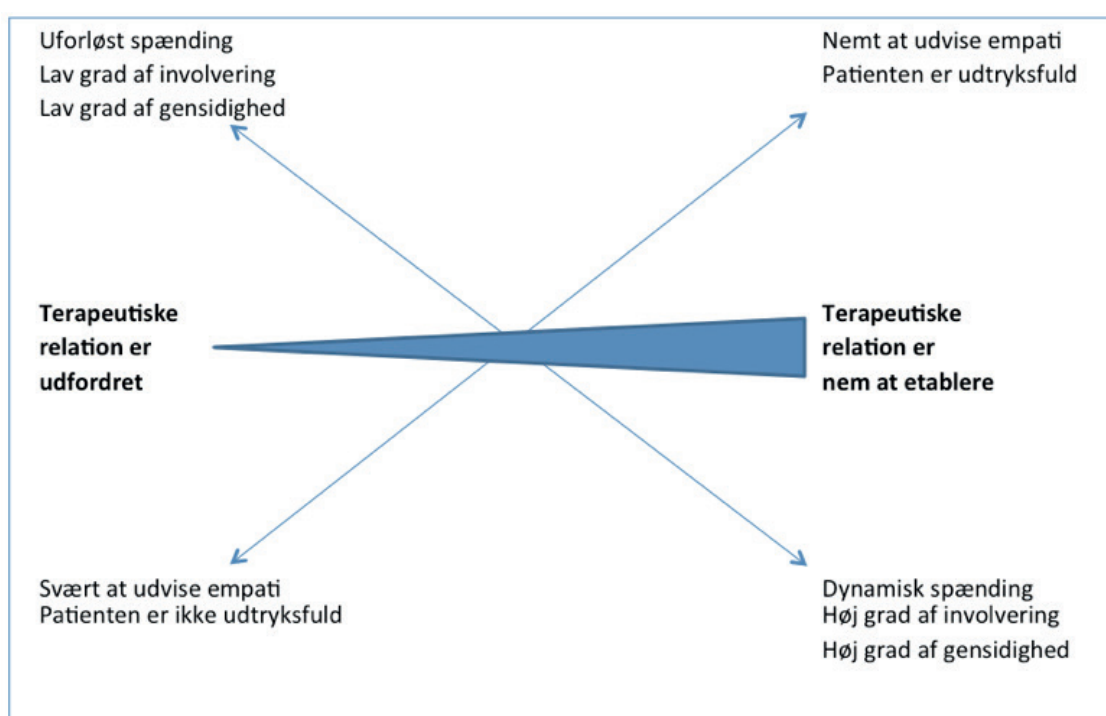
<p>Spænding og Involvering Graden af gensidighed</p> <ul style="list-style-type: none">• Fjentlig, uengageret, overdreven behov for kontrol• Lytter ikke• Terapeuten registrerer uforløst spænding• Uklarhed om roller• Musikken er rytmisk og har en klar struktur	<p>Ekspressivitet Mulighed for at udvise empati</p> <ul style="list-style-type: none">• Nemt at udvise empati• Musikken lyder organisk, udvikler sig over tid og udtrykker følelser• Den verbale del af terapien støtter den musikalske interaktion• Det er muligt at opnå enighed
<p>Ekspressivitet Mulighed for at udvise empati</p> <ul style="list-style-type: none">• Svært at udvise empati• Terapeuten føler ingenting• Udtrykket er begrænset, kort og uden dynamik• Musikken lyder mekanisk• Verbalisering skaber modstand• Svært at opnå enighed	<p>Spænding og Involvering Graden af gensidighed</p> <ul style="list-style-type: none">• Dynamisk interaktion• Terapeuten mærker en dynamisk og positiv spænding• Enighed om rollerne• Patienten er motiveret, engageret og imødekommende• Musikken er melodisk

Figur 4

Diskussion

Med udgangspunkt i mine egne kliniske erfaringer i retspsykiatri som musikterapeut, har jeg ved hjælp af en systematisk og struktureret metode beskrevet min forforståelse af den terapeutiske relation i den særlige kontekst af musikterapi med retspsykiatriske patienter. Formålet er, at tydeliggøre nuancer og sammenhænge som ellers ville fremstå som tilfældige, inkonsekvente og baseret på enkeltstående oplevelser. Resultatet er bl.a. beskrevet ovenfor, hvor jeg gennemgår de indre sammenhænge, jeg oplever, at der er mellem mine forskellige konstruktioner.

I det følgende vil jeg indlede med at illustrere, hvordan resultaterne giver mening for mig. Derefter vil jeg sammenligne og diskutere resultaterne af denne undersøgelse med teorien. Nedenstående model (Figur 5) illustrerer min opfattelse og forståelse af vigtige aspekter i udviklingen af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter, der deltager i musikterapi. Endvidere tydeliggøres nogle af de aspekter, jeg mener, der er med til at definere de allerførste byggesten i opbygningen af den terapeutiske relation.



Figur 5

Jo mere relationen er præget af de faktorer, der er beskrevet til venstre i modellen, jo større er udfordringen i forhold til at udvikle den terapeutiske relation. Det stiller store krav til mig som terapeut, om at være kreativ, intuitiv og opmærksom i forhold til at opfange ethvert lille signal eller mulighed for at styrke patientens tillid og evne til at involvere sig. Jeg skal som terapeut indstille mig på, at det er en lang og udfordrende proces. Når jeg oplever at slappe lidt mere af ifht. min opmærksomhed på relationen til patienten, og har lettere ved at mærke hvordan patienten har det, er det et tegn på, at den terapeutiske relation er blevet styrket.

Modellen antyder aspekter, som jeg opfatter som vigtige at fokusere på, når jeg skal vurdere progressionen i opbygningen af den terapeutiske relation. Fx er det meget vigtigt at notere sig, i hvilken grad patienten udtrykker sig. Det at vælge et stykke musik og lytte til det sammen med mig eller i en gruppe, uden at patienten taler om eller relaterer musikken til sig selv, kan være det første lille skridt i retning af, at patienten involverer sig i relationen. Samtidig får jeg som terapeut et indtryk af, hvad der rører sig i patienten på et non-verbalt plan, som er en forudsætning for, at jeg kan udvikle en forståelse for og grundlag for at kunne vise empati med patienten.

Case eksempel:

Sofus er indlagt på en åben retspsykiatrisk afdeling. Han lider af paranoid skizofreni, og er meget lidt udtryksfuld. Sofus sidder hele dagen og ser fjernsyn, eller ligger i sin seng. Han er meget fåmælt, og meget svær at etablere en dialog med. Når jeg tager kontakt, oplever jeg, at han ønsker at afslutte kontakten hurtigst muligt. I musiklyttegruppen vælger han et stykke musik, hvor stemningen i musikken er meget melodisk, følelsesladet og romantisk. Jeg får hermed en fornemmelse af, at patienten kun på overfladen virker flad og tom, og at han har et rigt følelsesliv. Faktisk bliver det udgangspunktet for mig ifht., at foreslå Sofus et individuelt musikterapi forløb, som han takker ja til.

Modellen (fig. 5) illustrere ligeledes, at jeg finder det afgørende, som terapeut at være opmærksom på basale, non-verbale og kropslige aspekter i interaktionen med retspsykiatriske patienter. Jeg lægger vægt på at skabe "et rum", hvor patienten involverer sig og giver musikken et dynamisk udtryk. Jeg er opmærksom på i hvilken grad, det er muligt for mig at tage del i den musikalske udfoldelse og være med til at regulere spænding og arousal hos patienten. Fx udtrykker en retspsykiatriske patient vrede i musikken og tillader mig at tage del i musikken. Denne tilladelse indikerer, at patienten har opnået en vis grad af tryghed, og at der er sket en styrkelse af den terapeutiske relation.

Anvendelse af RepGrid metoden, er et skridt i retning af at tydeliggøre min forforståelse og opfattelse af de faktorer, der definerer den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Jeg vil i det følgende forsøge at sammenligne og diskutere resultatet af ovenstående undersøgelse med litteraturen og de teoretiske definitioner af begrebet. Men samtidig vil jeg også understrege, at denne sammenligning kun medtager et begrænset udsnit af aspekter og nuancer af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi.

Undersøgelsen viser, at de forskellige konstruktioner relaterer sig til hinanden, og kan som beskrevet tidligere samles i to hovedkoncepter, der tilsammen indeholder temaerne *spænding*, *empati*, *ekspressivitet*, *involvering* og *gensidighed*. Nedenfor vil jeg sammenholde disse temaer med teori på området, med henblik på at belyse baggrunden for disse temaer på et fænomenologisk plan og ikke et almen teoretisk plan.

Spænding

Et tema i analysen omhandler *spænding*, med fokus på den spænding som terapeuten oplever og sanser i samspillet med patienten. Det er ikke entydigt, om denne spænding har karakter af en dynamisk vekslen mellem at spænding opbygges og aftager, eller om det er en uforløst spænding, der opleves som ubehagelig og truende. Der kan også være tale om, at der ingen spænding er til stede, hvor terapeuten har svært ved at mærke patienten. McGlashan & Keats (1989), der definerer relationelle procesniveauer i opbygningen af den terapeutiske relation, med personer der lider af skizofreni, beskriver parametre i den direkte interaktion mellem terapeut og patient. I disse parametre inddrages ligeledes terapeutens oplevelse af spænding som et vigtigt element. Der skelnes mellem om relationen er karakteriseret af spænding og fremdrift eller, om den opleves som flad, tom og udbrændt (McGlashan & Keats, 1989). Den første karakteristik kan sammenlignes med min beskrivelse af, at spænding har karakter af en dynamisk vekslen mellem at opbygge og aftage. Den anden karakteristik kan sammenlignes med min opfattelse af, at relationen er flad og tom, og må forstås som fravær af en dynamisk spænding. I min forforståelse af den terapeutiske relation, inddrager jeg det aspekt, at terapeuten har svært ved at mærke patienten, se figur 2, hvilket også indikerer en oplevelse af ingen eller kun meget lidt spænding.

Indenfor retspsykiatri peges der på vigtigheden af, at have fokus på at styrke tilknytningen til patienterne for at udvikle den terapeutiske relation (Rich, 2006; Sørensen 2006). I den sammenhæng er

opmærksomhed på spænding central for at styrke spejling, imitation og regulering af arousal i interaktionen mellem patient og terapeut [McGlashan & Keats, 2006; Siegel, 2007; Thorgaard & Haga, 2006]. De allertidligste og første niveauer af terapeutisk relation udviser måske kun glimt af spænding eller imitation fra patientens side [McGlashan & Keats, 2006; Thorgaard & Haga, 2006]. At være opmærksom på spænding er, at fokusere på et kropsligt og neurobiologisk niveau, og derigennem skabe en basal oplevelse af samhørighed og emotionel resonans [Siegel, 2007].

I arbejdet med retspsykiatriske patienter kan forekomsten af spænding også være en udfordring for udviklingen af den terapeutiske relation. I fig. 5 i min analyse indikerer uforløst spænding bl.a. aggression og magtkampe i samspillet med retspsykiatriske patienter

Hakvoort [2013], beskriver hvordan musikterapi kan være med til at regulere de retspsykiatriske patienters uforløste spænding i forbindelse med vrede og frustration. Gennem musikterapeutens musikalske validering i den musikalske dialog kan patienten få hjælp til at mærke den spænding, der opstår, når han/hun bliver vred. Dermed er der skabt et udgangspunkt for at støtte patienten i at rumme, forstå og håndtere vreden [Hakvoort, Boegarts, Thaut & Spreen, 2013; Smeijsters & Cleven, 2006]. Men patientens vrede kan også være så voldsom og generere så meget spænding, at det kan tage magten, og terapeuten føler sig truet. I den situation må musikterapeuten være tro mod det, hun mærker og fornemmer, og agere så hun bevarer kontrollen, bl.a. ved at aflede patientens spænding i den musikalske interaktion [Hakvoort & Boegarts, 2013]. At musikterapeuten bevarer kontrollen er med til at skabe tillid hos patienten og styrke den terapeutiske relation.

Derfor kan terapeutens oplevelse af såvel fravær af spænding såvel som høj uforløst spænding være udtryk for, at den terapeutiske relation er udfordret, og hvor regulering af spænding er relevant for at opnå en mere dynamisk interaktion, hvor spænding opbygges og aftager i en naturlig cyklus. I min illustration og forforståelse af den terapeutiske relation er begrebet spænding afhængig af, hvad der er i fokus for samspillet. Er det magtkampe, vrede og frustration i samspillet med den retspsykiatriske patient, betegnet 'uforløst spænding' eller er der tale om en dynamisk og positiv spænding, som illustreret i fig. 4 og 5. En dynamiske og positive spænding i samspillet indikerer, at der er et fælles fokus og patient og terapeut sammen skaber en fremadrettet bevægelse. Hvilket er forhold der befordrende for opbygningen af en relation til patienten. Spænding er i min forforståelse meget central i interaktionen med retspsykiatriske patienter. Når terapeuten registrerer spænding, må han/hun være meget opmærksom på årsagen til, hvad der skaber denne spænding.

Empati

I min forforståelse af den terapeutiske relation er terapeutens mulighed for at udvise og have *empati* med patienten en meget vigtig indikator for kvaliteten af den terapeutiske relation. At kunne udvise empati med patienten defineres som, at man som terapeut kan vise sig som et medmenneske, og patienten er åben for at tage imod denne empati [Thorgaard, 2006; Bordin, 1979]. Som beskrevet i min forforståelse kan det som terapeut være meget svært at bevare, mærke og udvise empati med retspsykiatriske patienter, bl.a. fordi patienterne er meget lidt udtryksfulde. Det kræver en stor og skærpet opmærksomhed fra terapeutens side dels at mærke og dels at formidle empati til patienten, på en måde så den retspsykiatriske patient tager imod empati. I en sund relation kan empati bl.a. formidles verbalt, hvilket ikke altid er muligt i relationen med retspsykiatriske patienter. I min forforståelse af den terapeutiske relation, beskriver jeg den verbale interaktion mellem terapeut og den retspsykiatriske patient, enten som værende en støtte eller et element, der skaber modstand hos patienten. Den verbale interaktion kan derfor være en hindring for at kunne udvise empati med patienten.

Men at styrke sin empati med patienten hjælper terapeuten til at mærke, hvordan patienten virkelig har det og relaterer sig til andre, og kræver, at terapeuten skærper sin opmærksomhed på de sanssemæssige dimensioner i relationen og i den direkte interaktion [McGlashan & Keats, 1989; Thorgaard, 2006]. Thorgaard definerer bl.a. 4 måder hvorpå terapeuten mærker sin empati med patienten. En af disse 4 måder er at "terapeuten ikke mærker noget", hvilket indikerer, at terapeuten mærker patientens forsøg på "ikke at mærke noget", som er patientens måde at beskytte sig selv mod psykiske smerte. Derudover tydeliggør det patientens modstand mod at involvere sig i den terapeutiske relation og proces [Thorgaard, 2006].

I fremstillingen af min forforståelse af den terapeutiske relation lægger jeg vægt på at beskrive, i hvor høj grad terapeuten kan mærke patienten, og terapeutens oplevelse af om musikken opleves som mekanisk eller organisk og dynamisk. Endvidere om det i musikken og på et non-verbalt niveau er muligt at udvise og formidle empati til patienten.

Ekpressivitet/udtryk

I klassisk psykoterapeutisk litteratur er *ekspressivitet* et udtryk for patientens evne og villighed til at give udtryk for og kunne sætte ord på og reflektere over indre konflikter. En manglende evne til dette betegnes som en udfordring i forhold til at etablere den terapeutiske relation [Bordin, 1979; Lysaker, Shea, Buck, Dimaggio, Nicolò, Procacci, Salvatore & Rand, 2010]. Musikterapien tilbyder de retspsykiatriske patienter en mulighed for at give udtryk for indre konflikter, oplevelser og emotioner på et non-verbalt niveau, når de ikke kan - eller har modstand mod - at udtrykke sig med ord [Haakvoort, Boegarts, Thaut & Spreen, 2013; Smeijsters & Cleven, 2006]. Men også i musikterapi med retspsykiatriske patienter kan det være svært at nå til et punkt, hvor patientens udtryk er meningsfuldt og fører til kommunikation og etablering af kontakt. At have fokus på at beskrive musikkens ekspressivitet er med til at beskrive karakteren af den terapeutiske relation. Pavlicevic [1995] betegner i sin Musical Interaction Ratings scale, et første niveau i samspelet med patienten som "No communication". Dette niveau er kendetegnet ved, at patientens udtryk er så desorganiseret, at det er umuligt for terapeuten at møde patienten i musikken på en meningsfuld måde [Pavlicevic, 1995]. Derfor kræves der en ekstra opmærksomhed på de bitte små udtryk, der kommer fra patienten for at kunne registrere de allerførste tegn på udvikling af den terapeutiske relation. McGlashan & Keat [1989] beskriver i deres definition af de laveste trin i de relationelle procesniveauer, at patienten viser klare ønsker om kontakt, men på et meget primitivt niveau, der er præget af stor ambivalens.

Ligeledes aktiverer musikken de kropslige og sanselige udtryk i interaktionen med patienten, og medvirker til at styrke terapeutens muligheder for at registrere sine empatiske reaktioner i interaktionen med patienten og mærke patienten. Som beskrevet ovenfor, vigtige reaktioner, når man skal vurdere den terapeutiske relation [Thorgaard, 2006]. Hvis terapeuten oplever at musikken opleves mekanisk, kan det være et lydligt og stærkt udtryk for en ekstrem form for kontrol forårsaget af patientens angst for at udfolde sig.

Involvering

Et tema som *involvering* er i min forforståelse en indikator for, i hvor høj grad patienten engagerer sig i interaktionen med terapeut og graden af udfordring ifht. at støtte udviklingen af den terapeutiske relation. I de klassiske definitioner af terapeutisk relation er involvering beskrevet som, at patienten tager del i og formår at opnå enighed med terapeuten om mål og metode for terapien [Bordin, 1979]. Patienter med et stort engagement, imødekommenhed og villighed udvikler bedre terapeutiske relationer end dem, der trækker sig og er modvillige [Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011]. En sådan grad af involvering er meget svær at opnå med de retspsykiatriske patienter, dels pga. deres

psykiske sygdom der medfører, at de ofte er præget af paranoia og mistroiskhed. Dels er de retspsykiatriske patienter udsat for tvangsforanstaltning, der tvinger dem til behandling, og som skaber modstand hos patienterne ifht. behandlingen. De retspsykiatriske patienter er ofte modvillige og i opposition, og det kan være meget svært ad kognitiv vej alene at motivere patienten til at engagere sig i sin behandling. Hvis patienten grundlæggende ikke tror på, at jeg vil ham det bedste, er det i første omgang nødvendigt at bløde op for denne fjendtlighed hos patienten, så han/hun bliver mere tryk og dermed tør engagere sig.

Et mindste mål af involvering kan være, at patienten møder op uanset på hvor lavt et niveau, og hvor lidt vedkommende bidrager med. Dét, at patienten møder op, giver en mulighed for at påvirke patientens engagement og involvering [Duncan & Miller, 2000]. I flere modeller beskrives graden af involvering fra patientens side, og her kan selv den mindste grad af involvering tydeliggøres fx "patienten er villig til at dele en fælles puls med terapeuten" [Pavlicevic, 1995], eller "patienten involverer sig på en strukturel og formel vis, men ikke emotionelt" [McGlashan & Keats, 1989].

Gensidighed

Det sidste tema er graden af *gensidighed*, der ligesom ovenfor også er indeholdt i den klassiske definition af den terapeutiske relation. Her understreges især det faktum, at der er enighed omkring rollefordelingen i terapien, og patienten vil lade terapeuten hjælpe ham [Bordin, 1979; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011]. Hougaard [1996] tilføjer, at enighed om styring og grad af intimitet ligeledes er vigtig. En erkendelse hos den retspsykiatriske patient, ifht. at have brug for hjælp og tillade terapeuten at hjælpe ham, kan tage meget lang tid at nå til. I min forforståelse er enighed om roller et centralt punkt, og mangel på en sådan enighed indikerer, at den terapeutiske relation er udfordret (fig 5). Men at opnå enighed om styring i terapien eller at forhandle om dette, selvom patienten ikke anerkender at terapeuten er hjælperen i relationen, kan være et vigtigt første skridt i forhandlingen om rammerne for terapien, og et element i opbygningen af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter.

Gensidighed handler også om, at en grad af ligeværdighed i relationen er tilstede, fx ifht. at give og tage initiativ og kontrol. En sådan ligeværdighed kan være tilstede i musikken men ikke i den verbale dialog. Gensidighed i den musikalske interaktion er også central i musikterapeut Pavlicevic's [1995] Musical Interaction Ratings scale [MIR]. På et af de laveste niveauer, der kaldes "one-sided contact", beskrives det, at terapeut og patient deler puls eller rytmiske figurer i den musikalske interaktion, men det er terapeuten, der tager alle initiativer. Det højeste niveau i MIR benævnes "musical partnership", hvor terapeut og patient skiftes til at føre an og tage initiativer i den musikalske improvisation og bruge elementer fra modpartens musikalske udtryk i sit eget musikalske udtryk [Pavlicevic, 1995].

Konklusion

Min forforståelse af den terapeutiske relation er i denne artikel beskrevet med udgangspunkt i min kliniske erfaring med musikterapi i retspsykiatri i Danmark. Repertory grid metoden er benyttet for at strukturere og tydeliggøre indre sammenhænge i min opfattelse af den terapeutiske relation, som ellers nemt kunne fremstå som tilfældig og inkonsekvent. Gennem Repertory grid (RepGrid) metoden fremkom 10 konstruktioner eller modsætningspar, der illustrerer hvilke elementer jeg opfatter som vigtige i beskrivelsen af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Disse konstruktioner samler sig i 2 hovedkoncepter: 1: spænding, involvering og grad af gensidighed 2: graden af ekspressivitet og mulighed for at udvise empati med patienten. Interaktionen og relationen mellem mig som musikterapeut og den retspsykiatriske patient kan placeres på et kontinuum mellem yderpunkterne af disse koncepter, og indikerer, hvor udfordrende det er at etablere den terapeutiske relation med patienten.

Især de non-verbale dimensioner i interaktionen er meget vigtige at være opmærksom på, for at opfange de allerførste tegn på udvikling af den terapeutiske relation, og de indikerer hvordan denne udvikling kan støttes.

Sluttelig diskuteres temaer ifht. den terapeutiske relation i relation til den teori og litteratur, der findes om emnet.

Litteraturliste

Abrams, B. & Meadows, A. [2005]. Personal construct psychology and the Repertory grid technique. In: Wheeler, B.L. [Eds.] *Music therapy research*, [pp. 472-486]. Gilsum: Barcelona Publishers

Abrams, B. [2007]. The use of Improvisation Assessment Profiles [IAP's] and RepGrid in Microanalysis of Clinical Music Improvisation. In: Wosch, T. & Wigram, T. [Eds.] *Microanalysis in Music Therapy- Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, 92-103, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Beauford, Dale & Renee [1997]. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence In: *The American Journal of Psychiatry*, 154 [9], 1997-09, 1272-1276.

Bonde, L. [2013]. The musical identities of Danish music therapy students: a study based on musical autobiographies. In: *Musical life stories. Narratives on health musicking*. Centre for Music and Health publication series, 6. 307-3027. Oslo: NMH-publikasjoner 2013:5

Bordin, E.S. [1979]. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16[3], 252-260.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J. & Holtforth, M.G. [2006]. The working alliance: Where are we and where should we go?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 [3], 271-279.

Codding, P. A. [2002]. A comprehensive survey of music therapists practicing in correctional psychiatry: Demographics, conditions of employment, service provision, assessment, therapeutic objectives, and related values of the therapist. *Music Therapy Perspectives*, 20[2], 56-68.

Douglas, & Skeem[2005]. Violence Risk Assessment – Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy and Law*, 11[3], 347-383, American Psychological Association.

Duncan, B.L. & Miller, S.D. [2000]. The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10[2], 169-187.

Flower, C. [1993]. Control and creativity. music therapy with adolescents in secure care. I M. Heal, & T. Wigram [Eds.], *Music therapy in health and education* [s. 40-45]. London: Jessica Kingsley Publishers.

Hakvoort, L., & Bogaerts, S. [2013]. Theoretical foundations and workable assumptions for cognitive behavioral music therapy in forensic psychiatry. *Arts in Psychotherapy*, 40[2], 192-200.

Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H., & Spreen, M. [2013]. Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: An exploratory study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi:10.1177/0306624X13516787

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. [2011]. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48[1], 9-16.

Hougaard, E. [1996] *Psykoterapi: Teori og Forskning*, København: Dansk psykologisk Forlag

Jacobsen, C. B., Johansen, K. S., & Dansk Sundheds Institut, D. S. I. [2011]. *Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Lysaker, P., Shea, A., Buck, K., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., Salvatore, G & Rand, K. [2010]. Metacognition as mediator of the effect of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122[5], 405-413.

McGlashan, T.H. & Keats, C.J. [1989]. *Schizophrenia: Treatment process and outcome*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T. & Rønnestad, M.H. [2010]. Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20[6], 627-646.

Pavlicevic, M. [1995]. Interpersonal processes in clinical improvisation: towards a subjectively objective systematic definition. In: Wigram, Saperston & West [Ed.] *The Art & Science of music therapy: A Handbook*, [pp. 167-180]. Amsterdam: Harwood academic publishers.

Priebe, S. & McCabe, R. [2006]. The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 69-72.

Rich, P. [2006]. From theory to practice: The application of attachment theory to assessment and treatment in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16[4], 211-216.

Thorgaard, L. [2006]. *Relationsbehandling i psykiatrien – Empatiens bevarelse I relationsbehandling I psykiatrien*. Stavanger: Hertervig forlag.

Thorgaard, L. & Haga, E. [2006]. *Relationsbehandling i psykiatrien – Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Siegel, D.J. [2007]. *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton.

Smeijsters, H., & Cleven, G. [2006]. The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. *Arts in Psychotherapy*, 33[1], 37-58.

Sørensen, L.J. [1996]. *Særpræg, særhed, sygdom: Integrativ psykoseterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.