



“På baggrund af de foreliggende data og analyser kan det konkluderes, at gruppemusikterapi kan fungere som behandlingstilbud i et tværfagligt samarbejde. Der kan ligeledes iagttages et relativt højt fremmøde, oplevelse af udbytte og lavt drop out. Dette indikerer, at patienterne i tilstrækkelig grad opbygger en behandlingsalliance til gruppen og terapeuterne.”

**BIOGRAFI:**

Niels Hannibal er kandidat i musikterapi fra 1994. Modtog ph.d.-graden i 2001. Har siden 1995 været tilknyttet musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet og blev i 2005 ansat som lektor. Niels Hannibal udfører som en del af sit virkefelt kliniske og forskningsmæssige aktiviteter på Musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Henvendelse: hannibal@hum.aau.dk



**BIOGRAFI:**

Mette Windfeld er uddannet læge 1984 i København og speciallæge i psykiatri 1999. Uddannet gruppeanalytisk psykoterapeut ved Institut for Gruppeanalyse, København 1999. Gennemført Uddannelse i kognitiv terapi for læger og psykologer 2005, Kognitiv Terapi Center, Århus. Fra september 2009 specialeansvarlig overlæge og leder af Psykoterapeutisk Klinik, Aalborg Psykiatriske afdeling S. Henvendelse: mette.windfeld@rn.dk



**BIOGRAFI:**

Brian Petersen er uddannet sygeplejerske fra 1995. I 2000 uddannet i gruppe og individuel Psykodynamisk Psykoterapi og 2004 i Kognitiv terapi. Har de sidste 15 år arbejdet som psykoterapeut på Psykoterapeutisk Klinik på Aalborg Psykiatriske Sygehus og sideløbende forsket i effekten af psykoterapi. Henvendelse: brpe@rn.dk



**BIOGRAFI:**

Søren Skadhede er programmør, uddannet i 1971 og har bl.a. arbejdet på Demografisk Afdeling, Psykiatriske Hospital i Århus. Har siden 2004 været programmør på Forskningsenheden, Psykiatrien i Nordjyllands Amt, hvor han har programmeret værktøjer til dataindsamling (herunder Web-sider til indtastning) og statistisk bearbejdning af forskningsprojekter. Henvendelse: sosk@rn.dk

# Gruppemusikterapi i Dagbehandlingsregi: Opsamling på perioden 2003 til 2010

Niels Hannibal, Brian Petersen, Mette Windfeld og  
Søren Skadhede

## Indledning

Gruppemusikterapi for og med patienter med personlighedsforstyrrelser har været en integreret del af det dagbehandlingstilbud, som psykiatrien i Nordjylland har ydet til denne målgruppe. I perioden fra 2003 til 2010 modtog således 104 patienter gruppemusikterapi som en del af den samlede dagbehandling. I forbindelse med en omstrukturering og indskrænkning af behandlingsmængden til denne patientgruppe ophørte gruppemusikterapien som behandlingstilbud. Omstruktureringen betød også, at andre behandlingselementer som kognitiv terapi og psykoedukation blev taget ud som en fast del af behandlingen.

Denne artikel tager form af en statusopgørelse for nævnte gruppemusikterapiforløb, som konkret var placeret i det første halvår af et samlet behandlingsforløb på tre år. Fokus vil være på at beskrive den type klienter, der deltog, hvor meget de deltog, og hvordan de evaluerede behandlingen. Dertil præsenteres data, der belyser klienternes samlede udvikling, som den kunne iagttages gennem musikterapibehandlingen

Artiklen indeholder ikke en egentlig beskrivelse af selve gruppemusikterapiens form og udførelse, som allerede er beskrevet i et tidligere årsskrift (Hannibal 2008). Kort fortalt bestod hver session af en del på 45 minutter hvor gruppen arbejdede med aktiv musikterapi og samtale. Der var en kort pause før anden del på 25 minutter, hvor en

deltager fra gruppen spillede et musiknummer efter eget valg for gruppen. Gruppen lyttede sammen til nummeret og deltageren uddybede sit valg og fik reaktioner fra gruppen. Samlet varede hver gruppemusikterapisession 1 time og 30 minutter. For yderligere oplysninger om metoder, processer med videre henvises til ovennævnte kilde.

Ligeledes er det teoretiske rationale for at anvende musikterapi med patienter med personlighedsforstyrrelser ikke behandlet i denne artikel, idet der henvises til en tidligere artikel, der behandler dette aspekt (Hannibal 2007).

I alt 16 gruppemusikterapiforløb er gennemført i perioden 2003 til 2010. De 10 første forløb som en del af et større forskningsprojekt ledet af Psykoterapeutisk Afdeling S14 og i samarbejde med Forskningsenheden i Nordjylland. Resultaterne af denne forskning er publiceret flere steder (Christensen et al. 2007; Petersen et al. 2008, Petersen et al. 2010) og påviser, at dagbehandlingen har en positiv effekt: I første del af behandlingen mindskes symptomer, herunder udagerende adfærd, ligesom klienterne opnår større stabilitet. Ved længerevarende behandling ses også forbedring i forhold til personlighedstræk (Petersen et al. 2010).

Denne artikel inddrager dette materiale for de patienter, der modtog gruppemusikterapi som en del af deres dagbehandlingsforløb. Desuden behandles data for alle 16 forløb i forhold til fremmøde, drop out og tilfredshed.

Artiklen afsluttes med et diskussionsafsnit, der samler op på resultaterne af denne behandling, og som fremlægger kliniske og forskningsmæssige anbefalinger.

### **Deskriptiv, statistisk karakteristik af grupperne**

I det følgende beskrives alle 16 grupper ud fra forskellige data. Der er tale om en rent deskriptiv fremstilling af populationen set i forhold til specifikke demografiske data som køn og alder, og data der beskriver grad af uhensigtsmæssig eller patologisk adfærd så som selvskadende adfærd og misbrug. Videre redegøres for gruppens diagnostiske sammensætning. Disse data kommer fra de første 10 gruppemusikterapiforløb og omfatter i alt 64 personer. Desuden laves statistisk analyse af de samme 10 grupper ud fra data indsamlet på Psykoterapeutisk Afd. S14. Afsnittet indeholder også en kort præsentation af de forskellige psykometriske parametre, som er anvendt i undersøgelsen. Sidst følger en deskriptive statistisk opgørelse af alle 16 gruppeforløb med fokus på fremmøde, drop out og endelig tilfredshed med behandlingen. Disse data repræsenterer kun patienter, der har modtaget gruppe-musikterapi i forbindelse med deres dagbe-handlingsforløb.

### **Demografisk beskrivelse af deltagerne i gruppe 1 til 10**

Af deltagerne var 90 % kvinder og 10 % mænd. Den aldersmæssige fordeling var: 35 % i alderen 18-24 år, 52 % i alderen 25-35 år og 13 % procent i alderen 35-45 år. I grupperne havde deltagerne følgende samlivs-former: 46 % levede alene, heraf 16 % med børn, mens 42 % levede med partner, heraf 21 % med børn. 11 % var hjemmeboende. Opgørelse af civilstand i grupperne viste, at 84 % var ugifte, 7 % gift og 2 % separeret.

Der er altså tale om en overvejende yngre population, hvor næsten halvdelen lever uden partner, og mindretallet er gift.

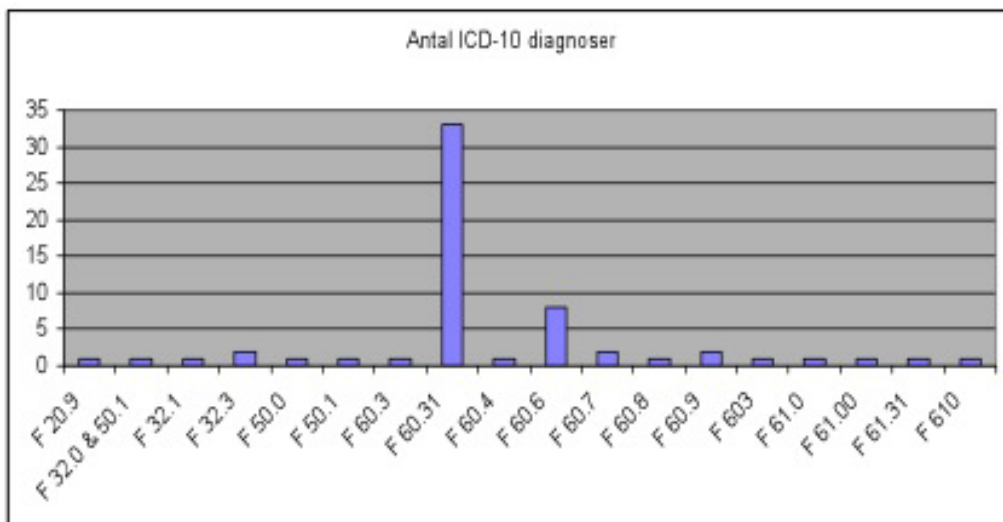
Af deltagerne har 50 % tidligere været indlagt på psykiatrisk sygehus. 26 % oplyser, at de har et misbrug. 11 % oplyser at have udført et suicidalforsøg. 30 % har en historie med to eller flere forsøg, mens 4 % har haft talrige forsøg. 17 % har udført en enkelt aggressiv handling. 10 % oplyser om en eller flere episoder, mens 2 % har udført talrige aggressive handlinger.

Ud fra disse oplysninger kan sluttet, at denne gruppe må betragtes som særdeles belastet og sårbar.

På næste side i figur 1 ses de forskellige hoveddiagnoser, som er stillet for deltagerne i gruppemusikterapi: 55 % havde en F.60.31 emotionel ustabil personlighedsstruktur af borderlinetyper, og 13 % en F.60.6 undvigende personlighedsstruktur af evasiv type. Alle deltagere i gruppemusikterapien havde en diagnose indenfor personlighedsforstyrrelsesområdet.

### **Udviklingen gennem gruppemusikterapi-forløbene 1 til 10 ud fra et før og efter-perspektiv beskrevet gennem GAF-niveau, SCL-90(GSI/PSI), IIP og CP SAS**

I forbindelse med Afdelings S14's forskningsprojekt og kvalitetssikringsprojekt blev der opbygget en database for de første 10 dagbehandlingsforløb. Resultaterne af den samlede gruppe er publiceret i Petersen et al. (2008) og Petersen et al. (2010). I nærværende artikel er der fortaget en beregning ud fra dele af dette datamateriale i forhold til følgende måle- og testredskaber: Symptom Check List - 90 (Derogatis et al 1973) forkortet: SCL-90, Inventory for Interpersonal Problems (Horowitz., 1988) forkortet IIP, Clark's Personality and Social Adjustment Scale (Clark 1968), forkortet CP-



Figur 1. Antal ICD-10 diagnoser.

SAS, samt et observationsmål: Global Assessment of Function: Function/Symptom, forkortet: GAF - F og S (DSM-IV, 1994).

Her følger en kort redegørelse for den måletekniske baggrund for de forskellige registrerede variable:

SCL-90 er et gennemprøvet psykometrisk redskab, der består af 90 spørgsmål fordelt på 10 skalaer. Overordnet giver SCL-90 personer mulighed for ud fra egen oplevelse at give udtryk for deres oplevelse af egne symptomer, hvilket benævnes GSI, en forkortelse for Global Severity Index fra SCL-90 (GSI). Tre af de 10 skalaer vedrører interpersonel sensitivitet, fjendtlighed og paranoide træk og danner grundlag for den næste parameter, PSI, en forkortelse for Personality Severity Index: PSI er et mere specifikt mål for personlighedsforstyrrelser. Petersen skriver om PSI og GSI:

*“(PSI) reflects distress related to the personality disorder as opposed to the GSI, which incorporates all symptoms. A high GSI value may also be a sign of an anxiety or depressive episode as a sign of distress related to the*

*personality disorder. The PSI reflects subjective distress consistently being reported by personality disordered and has discriminatory power when statistically corrected for the influence of anxiety and depression.”* (Petersen et al. 2008)

Clark's Personal and Social Adjustment Scale (CPSAS) består af 14 spørgsmål, og er rettet mod personens oplevelse af tilpasning til arbejde, sociale relationer og evner, syn på mental sundhed o.l.

Horowitz' "The Inventory of Interpersonal Problems Circumplex version (IIP-C) anvendes til identifikation af dysfunktionelle mønstre i interpersonel interaktion. Listen består af 127 spørgsmål. IIP opererer med følgende dysfunktionelle interaktionsmønstre: Dominerende, påtrængende, opofrende, udnyttbar, sky, socialt undvigende, reserveret og selvcentreret. Samlet giver IIP information om personens gennemgående interpersonelle funktion.

For GSI, PSI, CPSAS og IIP gælder det, at mindskes scoren, tolkes det som et tegn på, at personen profiterer af behandlingen.

“The Global Assessment of Functioning” (GAF) er et symptom- og funktionsmål. Det stammer fra den amerikanske ”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, som også kaldes DSM IV-manualen. Assessment af GAF-score udføres af en trediepart ud fra observation, i nærværende tilfælde af personalet i dagbehandlingen. Skalaen går fra 0 til 100, hvor 0 er fuldkommen hjælpeløs, og 100 er helt velfungerende. De fleste patienter, der starter i gruppemusikterapi, har en GAF-score omkring 45 for funktionsniveau og 43 på symptomniveau. GAF scores ud fra det laveste symptom- og funktionsniveau.

For GAF-F og GAF-S gælder, at forøgelse af scoren ses som en bedring.

### Databeskrivelse og -analyse

Data bliver indsamlet i forbindelse med for- og visitationssamtaler eller ved behandlingsstart, kaldet T1, og ved afslutning af dagbehandlingsforløbet, kaldet T2. Der er foretaget en beregning af patienternes udbytte, såkaldt ”effect size” (ES) med Cohen’s  $\Delta$  (delta). Her angiver 0.20 en lille effekt, 0.50 en middel effekt og 0.80 en stor effekt (Hillsdale 1988). Signifikans beregnes ved

hjælp af Wilcoxon Signed-Rank Test.

I tabel 1 ses resultatet af den statistiske analyse:

PSI, GAF-S og GAF-F er alle signifikant forskellige set fra T1 til T2. For GSI ses ikke en signifikant forskel, mens der ses en effect size på 0,22, hvilket indikerer en mindre effekt. For CPSAS og IIP ses ikke forskel på før- og efter-mål.

### Antal, fremmøde og drop out for alle gruppemusikterapiforløb

I alt 104 patienter deltog i gruppemusikterapi. Sessionerne have alle samme form og struktur, mens der var små forskelle på, hvor mange og hvilke terapeuter der deltog og på, om sessionerne lå i forlængelse af gruppeterapi eller før gruppeterapi. Ligeledes var det for de første hold nødvendigt at tage taxi for at nå frem til musikterapilokalet fra psykoteraeutisk afdeling, mens de senere hold kunne gå til musikterapien. Hvorledes disse faktorer har påvirket fremmøde, dropw out og tilfredshed er ikke muligt at afgøre. Følgende opgørelse bygger på data indsamlet af musikterapeuterne i forbindelse med hver behandling.

Variabel T1 – T2	n	Effect Size (CI-95%)	p- værdi
SCL-90 GSI	51	0.22 (-0.17 – 0.57)	0.1639
SCL-90 PSI	45	0.36 (-0.02 – 0.77)	0.0162*
CPSAS	51	0.00 (-0.37 – 0.37)	0.2622
IIP	51	0.06 (- 0.31 – 0.43)	0.3682
GAF-S	53	- 0.70 (-1.08 - 0.31)	0.0000**
GAF-F	53	- 0.55 (- 0.97 - 0.21)	0.0000**

Tabel 1. Patienternes udbytte af musikterapien. \*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.000$

1 Beregningerne er foretaget af Programmør Søren Skadhede, Enheden for Psykiatrisk Forskning ved Psykiatrien i Region Nordjylland

I tabel 2 ses følgende: 104 patienter har deltaget i gruppemusikterapi. 87,5 % gennemførte behandlingen, og 12,5 droppede ud. I dropout er indregnet alle, der påbegyndte behandlingen, og som efterfølgende afbrød behandlingen, før den var færdig. Her er ikke medregnet patienter, som var tilmeldt, men som ikke mødte op til behandlingsstart, eller som kun var med en enkelt gang.

Tabel (n = 104)	Antal	%
Gennemførte	91	87,5
Drop out	13	12,5

Tabel 2. Antal, der gennemførte gruppe-musikterapien, antal drop out og fremmøde.

Tabel 2 viser, at gennemførelsen er relativt høj for målgruppen og drop out relativt lavt.

Fremmødet er registreret specifikt for gruppe-musikterapien og for den totale behandling og kan aflæses i tabel 3: Fremmøde for Gruppemusikterapi og for den totale behandling.

Fremmøde til behandling i %	MT	Total
Gennemsnit	72,64	81,31
Median	71,17	83,4
Standardafvigelse	13,22	9,3

Tabel 3: Fremmøde i gruppemusikterapi.

Tabel 3 viser for det første, at fremmødet i gruppemusikterapi for de, der gennemfører, ligger på knap  $\frac{3}{4}$  af det tilbudte antal sessioner i gennemsnit. Det svarer typisk til, at man ikke møder op til 3 eller 4 sessioner i løbet af 5 måneder. For det andet viser tabellen at det gennemsnitlige fremmøde var 81 % for den samlede behandling (totalt fremmøde), mens det gennemsnitlige fremmøde til musikterapien (specifikt fremmøde) var 73 % og altså lavere.

I tabel 4 ses fremmøde for hver gruppe for både gruppemusikterapi specifik og for den totale behandling. Ved at udregne differencen mellem det gennemsnitlige fremmøde kan dels aflæses, at der er tydelige individuelle forskelle på de 15 grupper. For gruppe 12 mangler oplysninger om totalt fremmøde.

	Fremmøde MT i %	Fremmøde totalt i %	Diff. MT og total
Gr. 1	64,17	85,28	21,11
Gr. 2	65,00	74,43	9,43
Gr. 3	61,67	80,84	19,18
Gr. 4	91,60	71,61	-19,99
Gr. 5	76,80	89,44	12,64
Gr. 6	89,95	91,90	1,95
Gr. 7	54,25	71,77	17,52
Gr. 8	87,67	92,75	5,08
Gr. 9	78,67	87,37	8,71
Gr. 10	75,17	83,33	8,17
Gr. 11	90,40	93,04	2,64
Gr. 12	68,20		
Gr. 13	50,86	68,75	17,89
Gr. 14	64,43	64,86	0,43
Gr. 15	74,14	81,20	7,06
Gr. 16	95,40	83,04	-12,36

Tabel 4. Patienternes fremmøde til musikterapi og til den samlede behandling.

Det ses, at der for gruppe 6, 11 og 14 er sammenfald mellem højt og lavt fremmøde for gruppemusikterapi og det totale fremmøde (fra 0,4 til 2,6 % forskel). For grupperne 2, 8, 9,10 og 15 er der en smule større fremmøde totalt ( fra 5 til 9,4 % forskel) . For grupperne 1, 3, 5, 7 og 13 er det totale fremmøde over 10 % større end fremmødet i musikterapi (fra 12,6 til 21,1% forskel). For grupperne 4 og 16 forholder det sig omvendt, idet der er større fremmøde til gruppemusikterapi end til den totale behandling (12,3 og 19,9 % forskel).

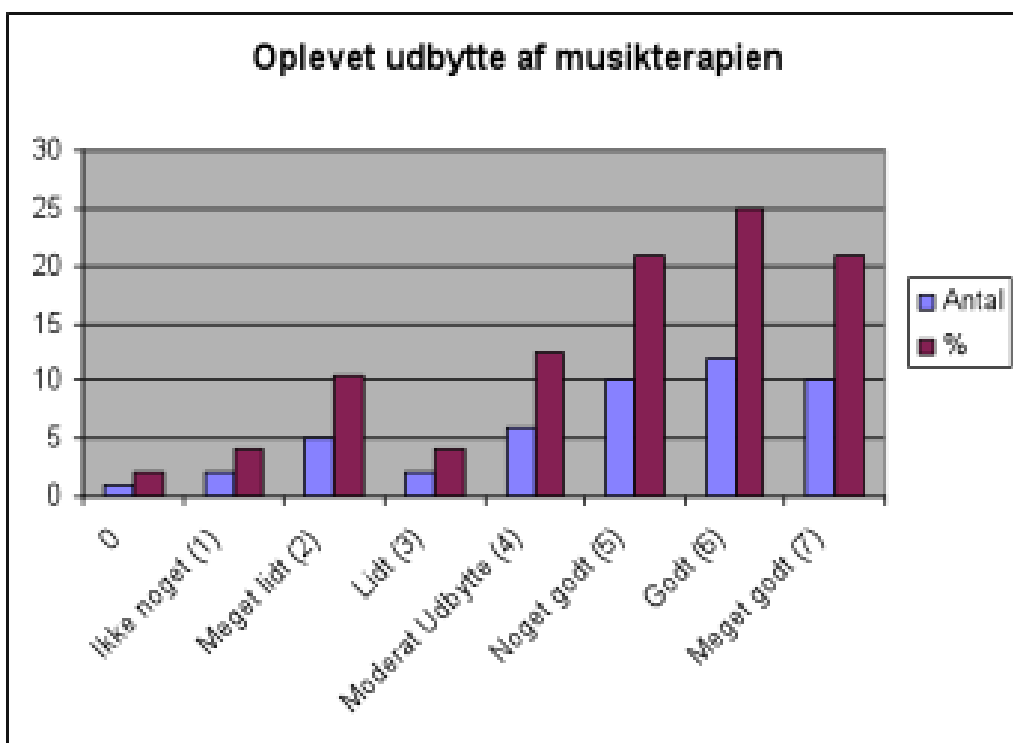
Populationen af terapiforløb repræsenterer 1188 therapidage<sup>2</sup>, og materialet understreger primært, at der er stor variation for fremmødet.

### Oplevet udbytte set i forhold til fremmøde

For de første 10 gruppemusikterapi forløb (n = 64) er der indsamlet data om oplevet udbytte af bl.a. gruppemusikterapi. I figur 2 ses opgørelse af oplevet udbytte. Opgørelsen er baseret på en svarprocent på 75 %.

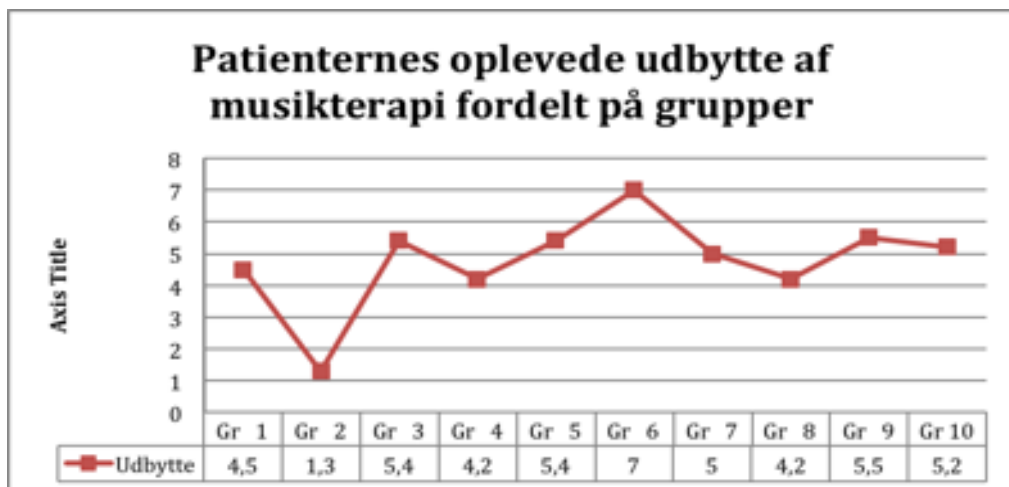
Besvarelsen er fordelt således, at 65 % oplever udbyttet som; noget godt, godt eller meget godt. 12,5 % oplever et moderat udbytte, mens 18,75 % oplever lidt, meget lidt eller intet udbytte.

Det gennemsnitlig oplevede udbytte var på 4,77, med afvigelse på 1,46 og en medianværdi på 5,10. Se figur 3.



Figur 2. Patientens oplevede udbytte af musikterapien.

<sup>2</sup> De 1188 therapidage udtrykker et minimum, da der dels mangler oplysninger om gruppe 12, og dels mangler oplysninger om enkelte uger.



Figur 3. Patienternes oplevede udbytte af musikterapi fordelt på grupper.

I figur 3 ses følgende:

- Gruppe 2 skiller sig markant negativt ud i forhold til alle øvrige grupper. Dette kan skyldes flere faktorer: Dels at forløbet havde lavere kvalitet, dels at rapporteringen fra gruppen er lav og derfor ikke repræsentativ, dels at de der har rapporteret, forskyder data i negativ retning. Oplysninger fra kliniske noter indikerer et vanskeligt gruppeforløb præget af modstand og splitting. Der er kun 2 ud af 5 mulige respondenter, der har svaret. Det lave udbytte kan altså både skyldes, at gruppen reelt opfattet forløbet som ikke udbytterigt eller at informationer ikke repræsenterer hele gruppen.
- Gruppe 6 skiller sig markant positivt ud. Denne gruppe er udsædvanlig, idet alle deltagere har scoret maksimalt udbytte 7.
- De øvrige gruppers vurdering er fordelt omkring værdien 5.

Opsamlende ses, at fremmødet til gruppe-musikterapi for de patienter, der gennemfører behandlingen, er nogenlunde identisk

omkring 70 %, hvilket er lavere end for det totale fremmøde.

Drop out fra gruppemusikterapi og behandlingen i øvrigt er på knap 13 %, hvilket betragtes som relativt lavt sammenholdt med tidligere opgørelser.

Udbyttet vurderes af 65 % deltagerne som over middel. Det er dog ikke specificeret, hvad der menes med udbytte.

#### **Diskussion samt kliniske anbefalinger og forskningsmæssige problemstillinger**

Det er første gang, at gruppemusikterapi har været integreret i et tværterapeutisk behandlingskoncept som dagbehandlingen af personlighedsforstyrrede i Nordjylland. Hvilke erfaringer, der kan drages ud fra de foreliggende oplysninger og analyser, vil blive belyst ud fra følgende spørgsmål:

1. Kan behandlingen anses for at have effekt ud fra de foreliggende oplysninger og analyser?
2. Kan af der udtrages kliniske anbefalinger på baggrund af analysen?



3. Rejses forskningsmæssige problemstillinger på baggrund analysen?

*Ad 1. Kan behandlingen anses for at have effekt ud fra de foreliggende oplysninger og analyser?*

På baggrund af de foreliggende data og analyser kan det konkluderes, at gruppemusikterapi kan fungere som behandlingstilbud i et tværfagligt samarbejde. Det kan ligeledes iagttages et relativt højt fremmøde, oplevelse af udbytte og lavt drop out. Dette indikerer, at patienterne i tilstrækkelig grad opbygger en behandlingsalliance til gruppen og terapeuterne. Det ses også, at variable som PSI og GAF ændres signifikant, hvilket dog ikke kan tilskrives gruppemusikterapien specifikt, da dette billede også gælder for de patienter, der i stedet for gruppemusikterapi modtog tegneterapi. Spørgsmålet er derfor, om og i hvilken grad ændringerne skyldes non-specifikke terapeutiske faktorer (Hougaard, 2004; Jørgensen, 2004), og i hvilken grad de specifikke musikterapeutiske elementer har bidraget til forandring og udvikling. Det foreliggende materiale belyser ikke dette spørgsmål. Spørgsmålet om specifikke musikterapeutiske elementers faciliterende betydning er ikke desto mindre nødvendigt at belyse for at kunne tilrettelægge behandlingen, så patienter, der forventes at kunne drage størst nytte heraf tilbydes denne behandling. Der findes er bredt udsnit af casebeskrivelser og flere kvalitative undersøgelser, der bekræfter musikens terapeutiske kvaliteter i musikterapi med personlighedsforstyrrede patienter (Hannibal 2001) og med skizofrene patienter (De Backer 2005). Der findes ligeledes evidens for dosisrelateret effekt af musikterapi for patienter med depression og skizofreni. Dosis er identisk med antal terapeutiske sessioner. Gold et al. skriver bl.a.:

*"Results showed that music therapy, when added to standard care, has strong and*

*significant effects on global state, general symptoms, negative symptoms, depression, anxiety, functioning, and musical engagement. Significant dose-effect relationships were identified for general, negative, and depressive symptoms, as well as functioning, with explained variance ranging from 73% to 78%. Small effect sizes for these outcomes are achieved after 3 to 10, large effects after 16 to 51 sessions."* (Gold et al.2009).

Men betydningen af at anvende netop musikterapeutiske metoder i gruppeterapi med patienter med personlighedsforstyrrelse er ikke undersøgt.

Mange deltagere i gruppemusikterapi har udtrykt at opleve, at gruppemusikterapi har adskilt sig fra den øvrige behandling. Deltagerne oplevede eksempelvis at have kontakt med andre sider af sig selv og gruppen. Nogle oplevede dette som positivt, andre oplevede det som negativt.

*Ad 2. Kan af der uddrages kliniske anbefalinger på baggrund af analysen?*

På baggrund af de kliniske erfaringer og ud fra opgørelse af fremmøde, drop out og oplevet udbytte synes gruppemusikterapi at være et behandlingstilbud, med mulighed for at opbygge en behandlingsalliance, der kan motivere patienter til at deltage i behandlingen og ikke mindste gennemføre dagbehandlingen.

Alliance mellem patient, gruppe, terapeut og musik kan forenklet udtrykt ses som en afspejling af, at der er tilstrækkelig enighed om metoden, målet med behandlingen og om graden af intimitet (Hougaard. 2004). Terapeut og patient bidrager hver især med forskellige elementer som empati, sympati m.v. Deltagelse opfattes altså i sig selv som en indikation på allianceudvikling.

I forhold til den samlede behandling kan ses, at fremmødet i tre tilfælde stort set var identisk for gruppemusikterapi specifikt og det totale fremmøde. For 7 grupper var fremmødet en smule lavere for gruppemusikterapi i forhold til det totale fremmøde. Om dette skyldes en specifik eller en generel behandlingsmæssig modstand eller andet kan ikke vurderes. For 5 grupper var fraværet markant lavere for gruppemusikterapi sammenholdt med det totale fremmøde. Her må det antages, at en behandlingsmæssig alliance ikke blev opbygget for flertallet af deltagerne. For 2 gruppers vedkommende var fremmødet større for gruppemusikterapien end for den totale behandling. Her må det antages, at gruppen har etableret en behandlingsmæssig alliance i forhold til dette behandlingstilbud. I begge tilfælde var fremmødet over 90 %.

Samlet synes ovenstående opgørelse at understøtte en antagelse om, at fremmødet for personer med personlighedsforstyrrelse ikke er specifikt knyttet til de behandlingsmetoder, der anvendes. Det kan tænkes, at faktorer, der styrker fremmødet, i højere grad er betinget af dynamiske faktorer i de enkelte grupper end af specifikke metoder. Materialet antyder også, at det i nogle tilfælde er lykkedes at etablere et fungerende terapeutisk miljø, der var specifikt knyttet til musikterapi, ligesom det i andre tilfældet syntes at have været vanskeligt. En afklaring af, om disse forskellige forløb er udtryk for metodiske præferencer eller mere individuelle problemstillinger, ligger uden for denne artikels fokus, men vil kunne undersøges gennem kvalitative studier af den terapeutiske proces.

Gruppemusikterapi arbejder ud fra den hypotese, at gruppedannelse og opbygning og udvikling af gruppedynamik er et centralt element, ligesom det antages, at musikalske aktiviteter kan danne ramme for udvikling af relationelle evner og øge mentaliserings-

evnen. Men der mangler evidens for, at dette rent faktisk sker.

Data indikerer, at den anvendte struktur og form på gruppemusikterapien har fungeret hensigtsmæssigt, men der behøves mere forskning for at kunne redegøre for sammenhængen mellem positiv oplevelse, udbytte og terapiens enkelte elementer. Dette gælder særligt for afklaring af, om lavt fremmøde er forbundet med, at patienterne har vanskeligt ved at anvende musikterapi-metoden, eller om det omhandler andre og almene terapeutiske parametre.

### *Ad 3. Rejses forskningsmæssige problemstillinger på baggrund analysen?*

Denne opgørelse for gruppemusikterapi i dagbehandlingsregi dokumenterer for det første, at gruppemusikterapi kan fungere som et led i et tværterapeutisk tilbud til patienter med personlighedsforstyrrelse, for det andet, at der er behov for forskning specifikt rettet mod musikterapeutisk metodik, og for det tredje, at der er behov for mere forskning i det udbytte, som patienter med personlighedsforstyrrelse kan få af musikterapi, hvad enten der er tale om gruppe- eller individuel musikterapi.

## Litteratur

- Alden, L.E., Wiggins, J.S., Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *J.Pers. Assess.* 55: 521-536
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition.* Washington, DC.
- Christensen, N.B., Toft, J., Petersen, B., Lien, K. (2007). Psykoterapeutisk dagbehandling af svært personlighedsforstyrrede patienter, *Ugeskrift for læger* 169(1).
- Clark, A.W. (1968). The Personality and Social Network Adjustment Scale. *Hum Relat* 1968(21): 85-96.
- De Backer, J. (2005). *Music and Psychosis - the Transition from Sensorial Play to Musical form by psychotic Patients in a Music Therapeutic Process.* Ph.d.-afhandling Aalborg Universitet
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R.* Administration, Scoring & Procedures, Manual-II.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., Lie, S.A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29: 193-207.
- Hannibal, N. (2001). *Præverbal overføring i musikterapi.* Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet
- Hannibal, N. (2007). Relevansen af nyere psykodynamisk teori for det klinisk musikterapeutiske arbejde med psykiatriske patienter med personlighedsforstyrrelser, *Psyke og Logos* 28 (1): 385-407.
- Hannibal, N. (2008). Gruppemusikterapi med patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse i dagbehandlingsregi i *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5, 2008.* Musikterapi-klinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet
- Hillsdale, N.J. (1988) *Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences,* 2nd edition.: Lawrence Earlbaum Associated
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., Blagys, M., Baumann, B., Baity, M., Smith, S. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *Am J Psychiatry* 157: 1858-63.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G., Villasenor, V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 56: 885-92.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61: 549-60.
- Hougaard E. (2004). *Psykoterapi: teori og forskning.* Dansk Psykologisk Forlag, København
- Jørgensen, C.R. (2004). Active Ingredients In Individual Psychotherapy Searching for Common Factors. *Psychoanalytic Psychology* 21 (4): 516-540
- Karterud, S., Friis, S., Irion, T., Vaglund, P.A. (1993). SCL-90-R derived index psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61: 549-60.
- Olsen, L.R., Mortensen, E.L., Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scand* 110:

225-9.

Petersen, B., Toft, J., Christensen, N.B., Foldager, L., Munk-Jørgensen, M., Lien, K., Valbak, K. (2008). Outcome of a psychotherapeutic programme for patients with severe personality disorders, *Nordic Journal of Psychiatry* 62 (6): 450-456.

Petersen, B., Toft, J., Christensen, N.B., Foldager, L., Munk-Jørgensen, P., Windfeld, M., Frederiksen, C.K., Valbak, K. (2010). A two year follow-up of mentalization-oriented group therapy following day hospital treatment for patients with personality disorders. *Journal of Personality and Mental Health* (Under publication)

Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, Ø. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatric services* 11: 1462-7.