

PEER REVIEWED ARTIKEL

Terapeutisk allianceopbygning i musikterapi med retspsykiatriske patienter med skizofreni



Britta Frederiksen

ph.d., kandidat i musikterapi, De Særlige Pladser, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Region Hovedstadens Psykiatri. musikterapi@hotmail.com



Hanne Mette Ochsner Ridder

professor, ph.d., Musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. hmr@ikp.aau.dk

Abstract

Introduktion: At skabe terapeutisk alliance med retspsykiatriske patienter med skizofreni er udfordrende, og der mangler viden om hvordan alliance kan udvikles i opstartsfasen af et psykoterapiforløb. Musikterapi kan styrke patienters evne til at indgå i en relation, og vi har derfor undersøgt interpersonelle dynamikker i dannelsen af terapeutisk alliance i musikterapi med retspsykiatriske patienter med skizofreni.

Metode

Vi anvendte et eksplorativt casestudiedesign. Fire patienter med skizofreni indlagt på et retspsykiatrisk afsnit deltog i ugentlige musikterapisessioner i 6 måneder. Vi genererede "thick descriptions" med detaljemættede og erfaringsnære beskrivelser. Gennem en hermeneutisk-fænomenologisk analyse præsenterer vi resultaterne i form af en abduktiv syntese.

Resultater

Følgende temaer danner hver et kontinuum for de interpersonelle dynamikker, der støtter allianceopbygning i musikterapi med retspsykiatriske patienter med skizofreni:

1. Kontrol
2. Nærhed/afstand
3. Struktur
4. Proces/produkt
5. Opmærksomhed
6. Interaktion
7. Verbal samtale.

De 7 temaer indgår i en kondenseret kontinuummodel som er publiceret på engelsk, og her præsenteres i en dansk kontekst og oversættelse.

Diskussion

Kontinuummodellen kan tydeliggøre de interpersonelle dynamikker i startfasen af et psykoterapiforløb med retspsykiatriske patienter med skizofreni. Det støtter udviklingen af en tryk terapeutisk alliance og kan bidrage til anerkendelsen af behandlingstiltag, der inddrager musikterapeutiske kompetencer.

Nøgleord

- Retspsykiatriske patienter
- Skizofreni
- Musikterapi
- Tryghed
- Terapeutisk alliance.

Introduktion

Britta Frederiksen er uddannet både sygeplejerske og kandidat i musikterapi. Hun har arbejdet som musikterapeut i psykiatrien i 25 år, og har siden 2006 været ansat i retspsykiatrien. I musikterapi oplever hun at være i stand til at skabe en kontakt til patienter, som vurderes til ellers ikke at kunne deltage i psykoterapeutisk behandling. Med Hanne Mette Ridder som vejleder har hun forsket i de dynamikker, der gør det muligt at skabe kontakt med patienterne. Forskningen er udgivet i flere artikler og en ph.d.-afhandling (Frederiksen, 2019). Vi vil her formidle resultaterne af Brittass forskning på dansk og med oversættelse af hendes model for allianceopbygning.

Retspsykiatriske patienter

Ifølge dansk lovgivning kan en person, der i gerningsøjeblikket er utilregnelig på grund af sindssygdom eller en sammenlignelig tilstand, fritages fra straf. I stedet kan personen dømmes til behandling eller anbringelse på et psykiatrisk hospital. Personer med en skizofrenidiagnose har en forhøjet risiko for at begå kriminalitet (Brennan et al., 2000), og i Danmark har 80% af de retspsykiatriske patienter en diagnose indenfor skizofrenispektret (Brandt-Christensen et al., 2018). Skizofreni forstyrrer evnen til at skabe sammenhæng mellem ydre sanseoplevelser og indre kropslige og emotionelle reaktioner. Det kan føre til psykotiske og negative symptomer, samt vanskeligheder med at opbygge relationer (Simonsen et al., 2010). Retspsykiatriske patienter (herefter RP) med en skizofrenidiagnose udviser ifølge Simonsen og Newton-Howes (2018) ofte personlighedsforstyrrelser og/eller aggressiv og fjendtlig adfærd med et udtalt behov for kontrol og manglende evne til at regulere arousal.

I retspsykiatrien i Danmark har man behandlet patienterne medicinskt for at reducere kriminel og antisocial adfærd (Jacobsen & Johansen, 2011). Den medicinske tilgang kan sættes i kontrast til en psykodynamisk forståelse, hvor antisocial adfærd forstås som en beskyttelse mod angst og frygt på et eksistentielt niveau, som følge af en traumatisk barndom med forsømmelse, fysisk og/eller seksuelt misbrug (Afifi et al., 2011). Ud fra den forståelse bør antisocial adfærd behandles gennem psykoterapi (Swanson et al., 2008).

Terapeutisk alliance

Det, der virker bedst i terapi, er kvaliteten af relationen mellem terapeut og patient, kaldet den terapeutiske alliance (Horvath et al., 2011). Formålet med terapeutisk alliance er at bidrage til at nå patientens behandlingsmål og fremme rehabilitering. Selv hos "high-risk, psychopathic violent prisoners" kan den terapeutiske alliance signifikant styrkes over tid (Polaschek & Ross, 2010). Den terapeutiske alliance inddeles i to faser; en første indledende fase, hvor der etableres samarbejde og tryghed, og en anden fase, hvor patienten er åben for at udfordre måder at handle og tænke på (Horvath & Luborsky, 1993). Det beskrives som vitalt for udviklingen af terapeutisk alliance, at patienterne opfatter terapeuten som støttende, venlig, varm og empatisk (Najavits & Strupp, 1994).

Terapeutisk alliance med retspsykiatriske patienter

Der findes en grundlæggende udfordring i psykoterapi med RP med en skizofrenidiagnose og antisocial adfærd, nemlig dilemmaet mellem kravet om behandling, som følge af dom til behandling, og patienternes manglende anerkendelse af behovet for behandling. Denne udfordring er central og komplicerer udviklingen af terapeutisk alliance.

Forskning i terapeutisk alliance er oftest udført indenfor "ideelle" psykoterapeutiske rammer, hvor klienterne formår at skabe relation til terapeuten på få sessioner (Horvath, 2001). De resultater kan ikke direkte overføres til psykiatriske miljøer, og derfor er der behov for forskning i terapeutisk alliance med RP med svære psykiatriske sygdomme (Priebe & McCabe, 2006). Forskning viser, at selvom en person har en skizofrenidiagnose, er det muligt at opbygge terapeutisk alliance i psykoterapi (Svensson et al., 2000). Dog udfordres den terapeutiske proces af patienternes negative symptomer og neurokognitive funktionsnedsættelser (Davis et al., 2011). Sørensen (2004) understreger, at arousalregulering og synkronisering i nonverbale interaktioner er en forudsætning for at patienter med skizofreni kan engagere sig i terapeutisk alliance.

Vi gennemgik forskning om emnet, og her fandt vi anbefalinger om at øge psykoterapeuters evne til at møde negative symptomer hos patienter med skizofreni i den indledende fase af terapi. Her blev det ligeledes anbefalet, at denne fase bør vare mindst seks måneder. Vi fandt

ingen studier, der undersøger effekten af psykoterapi eller musikterapi på allianceopbygning med RP med mentale sygdomme. Til gengæld fandt vi studier, der beskriver, hvordan udviklingen af terapeutisk alliance i retspsykiatri kan støttes (Frederiksen & Ridder, 2020).

Forskning i rehabilitering af kriminelle med antisocial adfærd eller en personlighedsforstyrrelse peger på at en støttende ramme, empatisk holdning og brug af opmuntring og belønning styrker allianceopbygning (Ross et al., 2008). Det skyldes at RP ofte oplever terapeuten som en farlig forfølger, hvor fremskridt i terapien kan opleves som en katastrofal risiko for forandring og trussel om at miste kontrol. Derfor må terapeuten kunne rumme patientens afvisning og devaluering (Temple, 1996). Vi ser således et behov for at udforske interpersonelle dynamikker i allianceopbygning i den indledende fase af psykoterapi med RP med skizofreni, som er afvisende for at deltage, og som agerer med antisocial adfærd, og vil undersøge om musikterapi kan indgå i den sammenhæng.

Musikterapi i retspsykiatri og psykiatri

Musikterapi beskrives af f.eks. Chen og Hannibal (2019) og Leith (2014) som en unik behandlingsmulighed for RP eller fængselsindsatte. Musikterapi kan øge selvværd, sociale kompetencer og reducere angst og depression hos kriminelle (Chen, 2014; Leith, 2014). Gennem musikalske oplevelser kan RP med skizofreni udtrykke indre tilstande på en kreativ og aktiv måde og samtidig bevare følelsen af kontrol (Frederiksen et al., 2021). Musikken i musikterapi tillader udtryk for vrede på en sikker og socialt acceptabel måde, hvilket styrker oplevelsen af tryghed i den terapeutiske relation (Jackson, 2010). For RP generelt øges relationelle kompetencer i musikterapi, hvilket ses ved at de udviser mindre kontrollerende, påtrængende og besiddende adfærd (Compton-Dickinson & Hakvoort, 2017).

For patienter med en skizofrenidiagnose kan musikterapi med en støttende, nonverbal og ikke-truende tilgang øge patienternes evne til at involvere sig emotionelt uden at miste kontrol (Jensen, 1999; Pedersen, 1997). I en meta-analyse af 18 studier konkluderes at musikterapi kan forbedre den globale og mentale tilstand, det sociale funktionsniveau og livskvaliteten hos personer med skizofreni, men at der er brug for mere robust forskning (Geretsegger et al., 2017). Hos patienter med psykose kan ønsket

om interpersonel kontakt øges i musikterapi gennem støttende synkronisering og afstemning og ved at tilbyde et ikke-invaderende musikalsk rum (Metzner et al., 2018).

Selvom vi ikke fandt studier omhandlende terapeutisk allianceopbygning i musikterapi med RP med skizofreni, fandt vi flere studier som rapporterer positive resultater på sociale funktioner. Det underbygger, at musikterapi kan være en relevant metode til at støtte opbygning af terapeutisk alliance med RP med skizofreni.

Forskningsspørgsmål

Den terapeutiske alliance er vigtig for effekten af psykoterapi, men svær at etablere med RP med skizofreni. Musikterapi har vist positive resultater på sociale funktioner hos målgruppen. Vi ønsker at identificere og udforske de interpersonelle dynamikker, der udspiller sig i processen med at udvikle terapeutisk alliance med RP med skizofreni i den indledende fase af musikterapi.

Metode

Som forskningsdesign anvendte vi et eksplorativt casestudie med henblik på at indsamle viden i en klinisk kontekst. Vi indsamlede detaljemættede og indholdsrige data med det formål at undersøge fænomenet detaljeret og med udgangspunkt i en oplevet virkelighed (Ridder & Fachner, 2016; Robson, 2011). "Thick descriptions" er erfaringsnære og uddybende beskrivelser, som inddrager både subjektive oplevelser, beskrivelser, observationer og målinger. Det er ifølge Denzin (2002) muligt at forstå et fænomen som del af en større sammenhæng ved grundigt at beskrive fænomenet ud fra den enkeltes oplevelse. Den eksplorative og udforskende funktion i casestudieforskning kræver en fleksibel datainsamlingsmetode, hvor principperne for udvælgelse løbende revideres og kontrolleres (Alvesson & Skoldberg, 2018).

At udforske sociale interaktioner, og i den sammenhæng de processer, der leder frem mod opbygning af terapeutisk alliance, kræver viden baseret på de involveredes egne oplevelser. Derfor har vi baseret analysen på en hermeneutisk-fænomenologisk epistemologi med subjektiv viden fra musikterapeutens egenoplevelser. Den syntese, vi foretager gennem strukturering, reducering,

meningskondensering og fortolkning, beskriver vi som abduktion. Peirce var den første til at beskrive abduktion, som han så som en proces, der integrerer alle de led i forskningen, som frembringer både forestillinger og teorier (1934). Den abduktive syntese er baseret på brugen af kreativitet i fortolkningsprocessen (Brinkmann, 2013) og på forskerens evne til at fordybe sig i data og påvise mønstre, temaer og relationer (Wheeler & Kenny, 2005). Denne fordybelse, som karakteriserer det eksplorative casestudie, gør det muligt at bygge bro mellem forskning og klinisk virkelighed gennem dybdegående indsigt i fænomenet og integrering af viden og erfaring gennem hele forskningsprocessen.

Studiets kontekst

Studiet blev gennemført på et dansk retspsykiatrisk hospital, hvor personalets arbejdsopgaver består i at beskrive patienternes psykopatologi, diagnosticere og tilbyde evidensbaseret behandling af bl.a. psykiske lidelser, aggressiv adfærd og alkohol- og stofmisbrug. Behandlingen udføres af tværfaglige teams og består af medicinsk behandling, miljøterapi, kreative og fysiske aktiviteter, fysio-, ergo- og psykoterapi, samt musikterapi. Patienterne henvises til de relevante behandlingstilbud på en ugentlig klinisk konference. Musikterapi anses som en psykotераapeutisk intervention og udføres af en uddannet musikterapeut. Musikterapisessionerne foregår i et separat musikterapirum og strækker sig gennemsnitligt over et år.

Inklusionskriterier

Patienter blev rekrutteret til studiet ud fra følgende kriterier:

- Dømt til behandling eller anbringelse på et retspsykiatrisk afsnit i Danmark
- Diagnose inden for det skizofrene spektrum (ICD10¹, F20²)
- GAF-score³ mellem 10-40 (Jones et al., 1995)
- Indlagt højst et år ved inklusion i studiet
- Taler og forstår dansk
- Henvist til ugentlige individuelle musikterapisessioner på behandlingskonference

Musikterapiintervention

Patienterne blev tilbudt individuelle musikterapisessioner à 30-60 minutters varighed. Terapien tog udgangspunkt i patienternes tilstand og behov, og med anvendelse af

receptive og aktive metoder, f.eks. at lytte til patientens foretrukne musik, tale om musikken, tale om musik knyttet til livshistorie, synge med musikalsk akkompagnement, støtte regulering (åndedræt, energi, dynamik), skrive og performe rap og sange, komponere beats, spille komponeret musik med opmærksomhed på at regulere dynamiske elementer, fri improvisation på instrumenter – enten spontant opstået eller baseret på et musikalsk eller symbolsk tema.

Musikterapitilgang

Sessionerne blev udført af Britta, førsteforfatter til artiklen, med formålet at facilitere tryghed, motivation og engagement gennem mødeøjeblikke, og defineret som den indledende allianceopbyggende fase i et psykotераpiforløb. Britta anvendte en støttende psykotераapeutisk tilgang med fokus på patientens ressourcer, psykologisk regulering og udvikling gennem musikalske oplevelser.

Etiske overvejelser

Britta havde både rolle som musikterapeut og forsker. Mere end 10 års terapeutisk erfaring med målgruppen gav studiet et første-persons perspektiv, og var en forudsætning for at kombinere klinisk indsigt, refleksion og meningsfulde fortolkninger, og at styrke troværdighed (Kenny et al., 2005). Denne dobbeltrolle kræver at gennemsigtighed, overførbare og åbenhed for modsatrettede perspektiver sikres. I kvalitativ forskning må forskere håndtere sådanne dilemmaer og reflektere over deres egen position og involvering i forskningsprocessen. De må derfor åbent forholde sig til deres engagement, og må ifølge Stige og kolleger (2009) igennem hele forskningsprocessen belyse de udfordringer, der opstår i indsamlingen af datamateriale, og med afklaring af forskerens engagement, involvering, fortolkning, selvkritik og forforståelse. Endvidere må konsekvenserne af forskningen kritisk belyses i forhold til brugbarhed, relevans og etik. Vi har bestræbt os på at forholde os til de nævnte udfordringer, som Stige og kolleger beskriver med akronymet EPICURE⁴ (2009). Forskningsprojektet er godkendt af Etikudvalget ved Humanistisk Fakultet, Aalborg Universitet, er indrapporteret til Datatilsynet, og følger det nationale adfærdskodeks for troværdighed og integritet i forskning (Uddannelses og forskningsministeriet, 2014). Musikterapeuten følger de etiske principper for medlemmer af Dansk Musikterapeutforening (DFMT, 2016).

Dataindsamling

Perspektiver fra både patienter, personale og musikterapeut er inkluderet i forskningen. Patienterne blev interviewet af en forskningsassistent om deres relation til musikterapeuten, og blev bedt om at bedømme deres humør med Mood Adjective Checklist (UMACL-TA) (Matthews et al., 1990) og alliancen med musikterapeuten med Session Rating Scale (Duncan & Miller, 2000). Patienterne havde mulighed for at få hjælp fra personale til at udfylde skemaerne. I forhold til at udforske de dynamikker, der udspringer sig i allianceopbygningen, bestod hovedparten af data af umiddelbare musikterapinoter (UMT) og udvidede terapinoter (UVT). UMT er musikterapeutens beskrivelser af oplevelser og refleksioner over interpersonelle dynamikker, nedskrevet umiddelbart efter sessionerne. UVT blev nedskrevet senere samme dag, samtidig med at musikterapeu-

ten lyttede til lydoptagelser af sessionerne. Noterne blev systematisk struktureret under overskrifterne: udvidede observationer, subjektive refleksioner og kropslige reaktioner. Udover disse noter udførte terapeuten empathøvelser, som beskrevet af Thorgaard og kolleger (2006), med det formål at fastholde og strukturere terapeutens empathiske reaktioner i interaktionen med patienten. Musikterapi var i forvejen en integreret del af behandlingstilbuddene, og følgende data var allerede en del af de daglige rutiner: vurdering af kontaktniveau, observationsniveau og risikograd for vold (Brøset Violence Checklist) (Almvik & Woods, 1999). Disse data blev indsamlet af patientens kontaktperson den pågældende dag. I tabel 1 giver vi et overblik over datakilder og perspektiver, og om data blev indsamlet før/efter (pre/post) hver session eller efter hele forløbet.

Patient perspektiv	Musikterapeut perspektiv	Personale perspektiv	Diagrammer og optegnelser
Semi-strukturerede interviews (<i>efter forløbet</i>)	UMT: Umiddelbare terapinoter (<i>post</i>)	Graden af kontakt, skala (<i>post</i>)	Demografiske data
Mood Adjective Checklist (UMACL-TA) (<i>pre/post</i>)	UVT: Udvidede terapinoter (<i>post</i>)	Brøset violence checklist (<i>post</i>)	Transkriptioner af lydoptagelser af musikterapi sessioner
Session Rating Scale (<i>post</i>)	Empatiøvelser (<i>post</i>)	Vurdering af observations-niveau (<i>post</i>)	Optegnelser af medicin, inkl. information om brug af PN-medicin (<i>post</i>)
	Vurdering af relationen (<i>post</i>)		

Tabel 1. Datakilder fra forskellige perspektiver

Data indsamlet før (*pre*) og efter (*post*) hver musikterapisession, eller efter afslutning af hele terapiforløbet.

¹ICD10 (WHO's International Classification of Diseases, 10. Udgave). Diagnoseklassifikation, der indeholder koder for diagnoser, symptomer og helbredsproblemer.

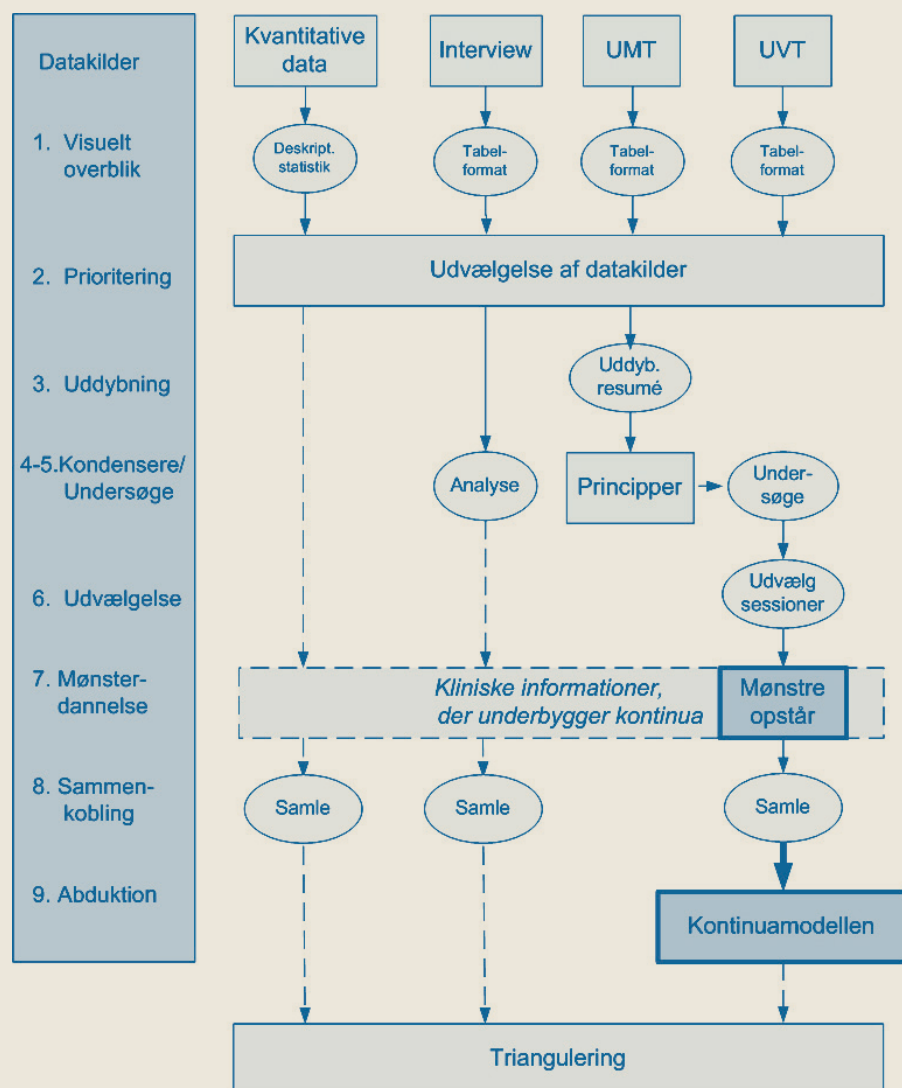
²F20 er en hovedgruppe i ICD10, der dækker over psykoser især indenfor skizofrenispektret.

³GAF (Global Assessment of Function) spænder fra 1 (Vedvarende fare for at skade sig selv og/eller andre) til 100 (ingen symptomer). Intervallet mellem 10-40 beskriver fire kategorier, der overordnet dækker: Nogen fare for at skade sig selv eller andre og/eller Nogen svækkelse af realitetstestning eller kommunikation.

⁴EPICURE står for: E: engagement, P: proces, I: interpretation (fortolkning), C: critique (kritik), U: usefulness (brugbarhed), R: relevans, og E: etik.

Analyse

Fire patienter blev inkluderet i studiet. De modtog musikterapi i henholdsvis 19, 16, 21 og 22 sessioner over en periode på seks måneder. Data bestod af ca. 60 timers lydoptagelse, som skabte grundlaget for 1) 400 siders beskrivelse af de umiddelbare og udvidede terapinoter, samt 2) semi-strukturerede interviews udført en måned efter opstart samt umiddelbart efter forløbets afslutning, som bestod af 120 minutters lydoptagelse og 64 siders transkription. Analysen udfoldede sig i 9 trin, som illustreret i figur 1.



Figur 1. Illustration af analyseprocessen

Trin 1 og 2 illustrerer håndteringen af alle indsamlede data, hvor formålet var at skabe overblik. Dette ledte til en yderligere uddybning af data repræsenteret af trin 3-7. I den sidste del af analysen, trin 8-9, blev de fire cases slået sammen. Hvert af de ni trin er beskrevet i det følgende.

1. Visuelt overblik

For at kunne håndtere den store mængde data, var det nødvendigt at skabe et visuelt overblik. Alt materiale blev læst, resumeret, struktureret og organiseret i regneark og tabeller. De grafiske opstillinger af kvantitative data afspejlede ingen forværring af den kliniske tilstand hos de fire patienter, men viste derimod en lille tendens til øget stabilitet i den terapeutiske relation, hvilket var vigtigt for den videre retning for analysen.

2. Prioritering

Beslutning om hvilke data, der skulle udforskes yderligere for at opnå en dybdegående viden. De umiddelbare (UMT) og udvidede (UVT) terapinoter fra hver case bidrog med beskrivelser af verbale og nonverbale elementer i interaktionen og belyste de implicite allianceopbyggende dynamikker og oplevelser.

3. Uddybning

Uddybende resume af UMT gav et overblik og fokus for, hvordan analysen af UVT skulle gribes an.

4. Kondensering

Meningskondensering af de uddybende resuméer af UMT ledte til definition af principper for udvikling af terapeutisk alliance i hver af de enkelte cases.

5. Undersøgelse

UVT fra alle sessioner blev genanalyseret for at kunne udpege, om og hvor sammenfaldende principper udfoldede sig.

6. Udvalgelse

To sessioner fra hver case (i alt otte sessioner) blev udvalgt efter i hvilke sessioner principperne udfoldede sig og var mest repræsenterede.

7. Mønsterdannelse

De udvalgte sessioner blev genlæst, resumeret og analyseret med henblik på meningskondensering, at udlede temaer og danne mønstre.

8. Sammenkobling

Dybdegående analyser af de fire cases blev slået sammen for at finde ligheder og forskelle på tværs af cases.

9. Abduktion

Den systematiske proces med at strukturere, reducere, udvælge, analysere og genanalysere UVT fra otte musikterapisessioner gav en dybdegående viden om de interaktionelle dynamikker, der støtter dannelsen af terapeutisk alliance. Det ledte til den endelige abduktive syntese og formuleringen af syv kontinua, der i detaljer beskriver allianceopbygning.

Caseeksempel

Vi vil i det følgende beskrive trin 4-7 i analyseprocessen med et caseeksempel. En ung mand i 20'erne, som vi kalder Peter, havde dom til anbringelse på et retspsykiatrisk hospital som følge af ekstrem voldelig adfærd. Han var diagnosticeret med skizofreni, og det var hans første indlæggelse i retspsykiatrien. Peters forældre døde da han var barn, og hans opvækst var præget af at være anbragt hos skiftende plejefamilier. Dog havde han stadig en god kontakt til en af plejefædrene og en plejebor. Op til indlæggelsen havde han levet et meget kaotisk liv med udpræget misbrug, kriminalitet og vold. Peter syntes, det var meget kedeligt at være indlagt.

Musikterapi

Peter blev henvist til musikterapi, da han havde været indlagt i ca. 1 år. Han fortalte, at han sammen med sin plejefar og bror havde spillet musik, og at det havde været meget positivt. Han ønskede at skrive raptekster og indspille dem. Peter deltog i 21 musikterapisessioner. Musikterapien bestod mest af at han og musikterapeuten spillede på instrumenter. Peter havde store forventninger til sine musikalske præstationer og var ofte utilfreds med sig selv. Han inviterede til at spille sammen og lavede aftaler med musikterapeuten om hvordan, men holdt ikke aftalerne. Hans måde at spille på var kaotisk, forvirrende og uden retning. Han skiftede ofte instrument, valgte komplekse rytmer og forskelligartede stilarter og melodier. Det var meget svært at etablere et samspil. Følgende er et resume af den 7. musikterapisession. Der indgår en nummereret kodning, som bliver forklaret efterfølgende.

Resume af udvidede terapinoter

Peter kommer ind i rummet, glemmer at lukke døren. Jeg (musikterapeuten) spørger, om vi skal lytte til nummeret "Going through changes" med Eminem, hvilket han nikker til. Vi sætter os, og jeg starter afspilning af nummeret. Peter rejser sig hurtigt og tager basguitaren for så at sætte den igen og gå til trommerne (1). Han kigger på mig og smiler. Jeg slukker musikken og går til conga-trommerne, hvor jeg prøver at nærme mig Peter, ved at støtte hans rytmer (2) på trommerne, men når jeg rammer hans puls, stopper han med at spille, for at starte på noget helt nyt (3). Jeg er

opmærksom på den nonverbale dynamik med manglende spænding og retning i musikken, men mærker samtidig en spænding som følge af uklarhed og forvirring i forhold til at etablere aktivt samspil (4) og konstaterer at Peter undgår kontakt (5).

Peter går til elguitaren, og jeg vælger at være neutral i min måde at nærme mig ved at støtte ham praktisk i forhold til at spille på guitaren (6). Jeg finder en strap til guitaren, finder en stol, han kan sidde på, tilslutter og tænder for forstærkeren. Peter spørger, om jeg vil spille på bongotrommerne – derved inviterer han og giver mig en rolle (7). Der sker en tilnærmelse i kontakten. Peter starter med at spille strofer af "House of the rising sun" – og jeg forsøger forsigtigt at matche på trommerne (8), men når der opstår resonans, begynder han at spille en anden melodi, skifte tempo, spille hurtigere toner, disharmonisk (9). Jeg oplever en ambivalens hos Peter i forhold til nærhed.

Jeg fortsætter med forsigtigt at nærme mig Peter ved at hænge på og skifte min spillestil, så jeg støtter hans. Jeg fornemmer en opblødning af spændingen i rummet – jeg oplever, at han hører, jeg ikke kan følge med ham, og han griner (10). Det opleves, som om han slapper mere af, også selvom jeg spiller aktivt. Måske derfor føler jeg mig mere rolig i forhold til at nærme mig og udfordre Peter ved at bruge min stemme som instrument (11). Peter stopper med at spille og lytter opmærksomt og interesseret, hvorefter han synger med (12). Peter lytter og giver plads, og der opstår en musikalsk dialog på instrumenterne, hvor vi spiller sammen i flere minutter. Jeg føler mig mere afslappet i min måde at spille på og tager flere initiativer i musikken (13). Peter virker mindre anspændt i kroppen, han smiler og spejler flere gange det, jeg spiller (14).

Pludselig siger Peter "slut med guitar", og han går til conga-trommerne og spiller en klar og struktureret rytme gentagne gange og med stor kraft (15). Jeg følger ham på djemben, men der er ikke direkte interaktion længere. Peter er tilbage i en ambivalent måde at være i kontakt med mig. Vi spiller "parallelt". Helt bogstaveligt vender han sig væk fra mig, men jeg slapper af og tager initiativer i det aktive musikalske samspil (16).

Illustration af analysetrin 4-7

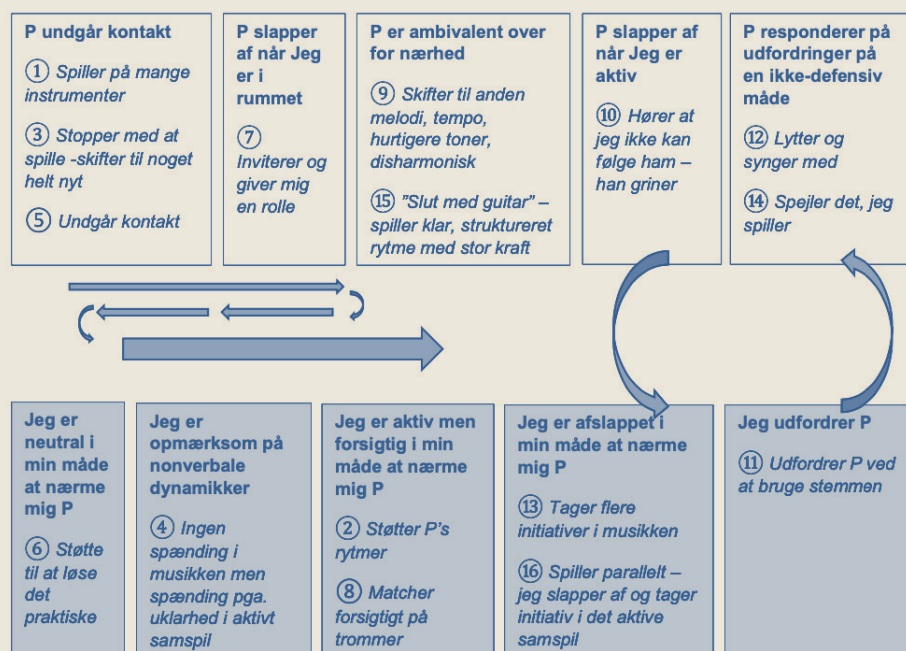
Lige efter hver session beskrev musikterapeuten sine observationer og indtryk i de umiddelbare terapinoter (UMT). Ud fra uddybende resuméer af disse, identificerede vi case-specifikke principper for arbejdet med at udvikle den terapeutiske alliance (trin 4). Det inkluderede følgende principper for terapeutens rolle: 1) Mødes i musikken, 2) Rumme det der er, undgå præstationskrav, invitere til samspil, 3) Balancere stabilitet og ustabilitet 4) Forsigtigt nærme sig Peter.

Gennem en yderligere undersøgelse af de udvidede terapinoter (UVT) blev alle sessionerne med Peter genanalyseret for at identificere om, og i så fald hvor, de case-specifikke principper viste sig (trin 5). To sessioner fra forløbet med Peter, og to sessioner fra hver af de tre andre cases, blev udvalgt til en yderligere analyse (trin 6). For hver af disse sessioner blev der formuleret mønstre i interaktionen for såvel patient som musikterapeut (trin 7). I casen med Peter viste sig et mønster i nærhed/afstand. På dette tidspunkt i analysen blev det klart, at mønstrene udvikler sig progressivt skridt for skridt, og ikke er et enten/eller. For at beskrive nærhed/afstand som en del af allianceopbygning, var det nødvendigt at beskrive det som et kontinuum. Som følge af dette blev ”undgåelse af kontakt med terapeut

ten” placeret i venstre side af et kontinuum, og ”responderer på udfordringer fra terapeuten på en ikke-defensiv måde” i højre side, og med forskellige grader af nærhed/afstand indimellem. Termen nærhed/afstand blev forstået som en proces fra at nærme sig patienten og bløde op for modstand, til at patienten kunne rumme kontakt og interaktion.

De nummererede tekstdele skrevet med kursiv i caseeksemplet refererer til numrene i figur 2, og illustrerer terapeutens oplevelse af dynamikken i interaktionen med patienten. Peters respons og reaktioner er noteret i de hvide bokse i øverste række i figur 2, og musikterapeuten og terapeuten bidrager til at udvikle kontinuummet, understreger den gensidige tovejskommunikation i samspillet. Samtidig understreges det, at dynamikken i at udvikle en terapeutisk alliance ikke er en lineær fremadskridende proces, hvilket er illustreret med pilene i figuren.

Figur 2 opsummerer, hvordan mønstre af nærhed/afstand former et kontinuum. Peter undgår resonans i det aktive samspil (markeret med 1, 3, 5 i øverste række til venstre), og undgår dermed nærhed i kontakten. Musikterapeuten forsøger i første omgang aktivt at støtte Peter (2), men mærker en ansændt-



Figur 2. Dynamik af nærhed/afstand mellem patient (P) og musikterapeut (Jeg)

hed i det interpersonelle samspil (4), hvorfor hun vælger en mere neutral tilgang, hvor hun hjælper ham med praktiske ting (6). Dermed støtter hun ham i at samle sig og få kontrol over sit eget udtryk. Det medfører at Peter slapper mere af, og har overskud til at invitere til samspil (7). Han er stadig ambivalent over for resonans i samspillet, hvilket han viser ved hurtige skift i spillestil (9), så terapeuten ikke kan følge med. Men han griner, hvilket opleves, som at Peter er opmærksom på, at terapeuten ikke kan følge med (10), og at der er sket en opblødning i Peters modstand mod nærhed og samspil. Terapeuten fornemmer, at der er sket en lille regulering af Peters' angst for kontrol- og integritetstab, og at han kan rumme, at hun tager initiativ, hvorfor hun begynder at synge (11). Peter stopper op, lytter, synger med, og der opstår gensidighed hvor begge bidrager til samspil, hvorved Peter viser, at han også kan rumme nærhed og resonans i aktiv interaktion (12, 13, 14). Pludselig siger Peter "slut med guitar" og spiller videre uden at lytte, og han viser igen ambivalens i forhold til nærhed i kontakten (15). Begge er dog en erfaring rigere, fordi det har kunnet lade sig gøre at nærme sig hinanden og være i resonans uden at miste integritet. Selvom sessionen afsluttes på denne måde, observerer terapeuten, at hun kan slappe af i at de spiller hver for sig, adskilt og parallelt (16).

Dynamikken er ikke en proces, der kun skrider fremad mod en alliance, hvor patienten føler sig tryk og kan indgå i en gensidig interaktion. Der er flere omveje og tilbagegange som illustreret med pilene (fra 2 tilbage til 3, 14 tilbage til 15).

Disse interaktionsmønstre gentog sig mange gange. Hver gang opstod der små øjeblikke af nærhed og nye erfaringer med gensidig interaktion, for så at øge afstanden i kontakten og vende tilbage til venstre side af kontinuummet igen. Hver gang mødeøjeblikke opstod, blev implicit viden aktiveret sammen med nye nonverbale oplevelser af affektregulering i relationen. Det medførte, at Peter og musikterapeuten kunne indgå i alliancen en lille smule anderledes og med større tillid i de følgende sessioner. Det kan tilføjes, at Peter efter forløbet var mere bevidst om at bruge musik som en metode til at berolige sig selv og opleve glæde, frem for at have urealistiske forventninger til hvordan han kunne udvikle sine musikalske evner.

I de to interviews blev Peter bedt om at karakterisere sin relation til musikterapeuten, og han svarede: "Hun er meget positiv og dygtig... jeg er ikke bange for at prøve noget nyt (i musikken), fordi jeg ved, det ikke bliver bedømt". Endvidere: "jeg tror, hun kan lide mig... det betyder meget, vi vil alle gerne respekteres og føle os værdsat... det giver ro". Da han blev spurgt til vigtigheden af musikterapi, svarede han: "Oftentimes kommer jeg med ingen energi, og når vi så kommer i gang, får jeg mere energi... og det kan være resten af eftermiddagen".

Dette eksempel illustrerer Peters behov for affektregulering og anerkendelse, for at han kan være i og byde ind i en relation, og dermed opleve gensidighed og ligeværdighed. I det nonverbale samspil i musikken tilbydes han en ramme, hvor det er muligt for ham at afprøve denne dynamik.

Resultater

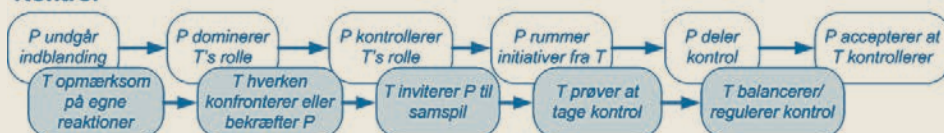
Vi har nu beskrevet og givet eksempler på analysen. Lignende mønstre opstod på tværs af sessioner i de tre andre cases. I den sidste del af analysen blev mønstrene fra alle fire cases sammenkoblet (trin 8). En abduktiv syntese (trin 9) ledte frem til formuleringen af modellen, som består af 7 kontinua, der beskriver de dynamiske processer i opbygningen af terapeutisk alliance i musikterapi med RP med skizofreni. De syv kontinua har overskrifterne: 1) Kontrol, 2) Nærhed/afstand, 3) Struktur, 4) Proces/produkt, 5) Opmærksomhed, 6) Interaktion og 7) Verbal dialog.

Kontinuum for Kontrol omhandler struktur, klare roller og at rumme kaos, Nærhed/afstand beskriver processen med at nærme sig hinanden – fra at undgå kontakt til at respondere på udfordringer uden at respondere defensivt. Struktur går fra en restriktiv til en støttende struktur, og Produkt/proces bevæger sig fra at have fokus på det musikalske produkt til fokus på interaktionelle aspekter i den musikalske aktivitet. Opmærksomhed beskriver forstyrret og begrænset opmærksomhed, og udviklingen til en inkluderende og gensidig opmærksomhed. De to sidste kontinua inkluderer Interaktion, der starter fra ingen interaktion og gradvist bevæger sig mod støttende engagement og gensidighed, og Verbal dialog, der rangerer fra kaotisk tale til gradvist mere struktureret samtale og interaktion.

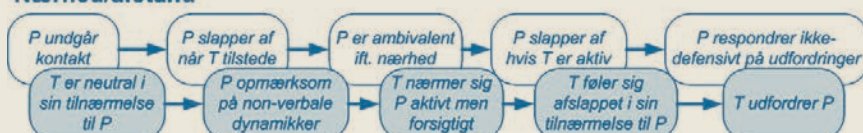
Detaljerne i de syv kontinua præsenteres i Figur 3 og viser mønstre af dynamikker mellem patient og terapeut. Kontinuamodellen foreslår, hvordan processerne med at udvikle terapeutisk alliance med RP med skizofreni kan beskrives. Allianceudviklingsprocessen i en enkelt patient-terapeut dyade kan beskrives med en eller flere kontinua. De kan beskrive dynamik-

ken i en enkelt session eller i en længerevarende proces med mange sessioner. I caseeksemplet med Peter præsenterede vi en detaljeret beskrivelse af nærhed/afstand-kontinuum. I ph.d.-afhandlingen af Frederiksen (2019) findes detaljerede beskrivelser med caseeksempler for hvert af de øvrige seks kontinua.

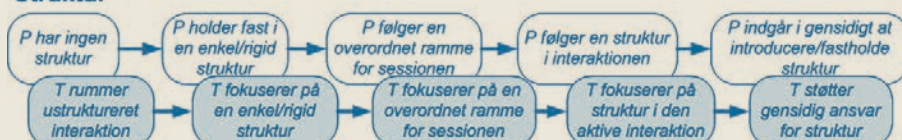
Kontrol



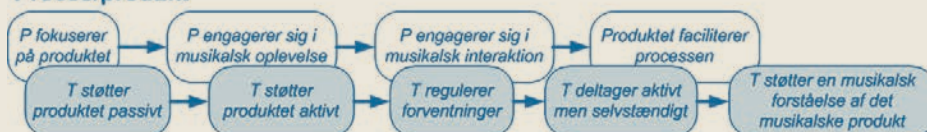
Nærhed/afstand



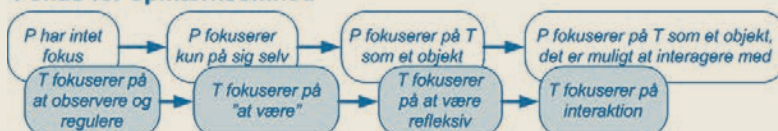
Struktur



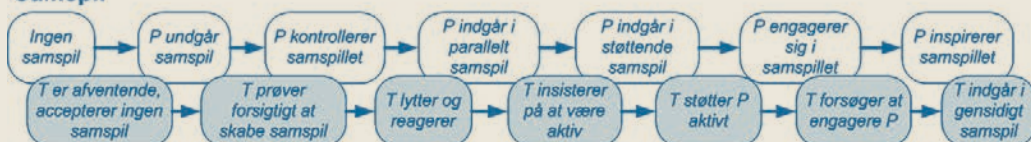
Proces/produkt



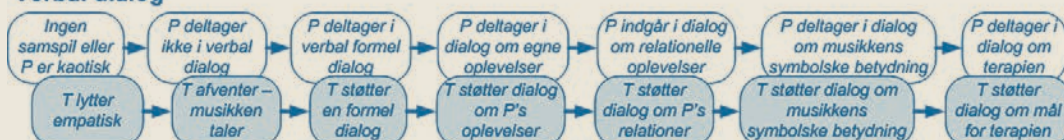
Fokus for opmærksomhed



Samspil



Verbal dialog



Figur 3. Syv kontinua, der illustrerer den dynamiske proces i udviklingen af terapeutisk alliance i musikterapi med RP med skizofreni (Hvide bokse: P = patient. Grå bokse: T = terapeut) (Frederiksen, 2019).

Diskussion

Formålet med dette eksplorative casestudie var at udforske dynamikker i processen med at udvikle terapeutisk alliance i musikterapi med RP med skizofreni. En model præsenteres bestående af syv kontinua, der giver en forståelse for udvikling af terapeutisk alliance i musikterapi med RP med skizofreni. Vi foreslår, at modellen kan støtte musikterapeuter i processen fra at rumme gentagende afvisning af kontakt til over tid at indgå i nærende interaktioner, når patienterne forsigtigt bløder op. Endvidere kan modellen give mening ved at fremhæve gensidig interaktion som et virksomt terapeutisk element, der ikke fratager patienten fornemmelsen af kontrol.

Kliniske implikationer

Kontinuamodellen er funderet i en klinisk virkelighed og kan tilbyde beskrivelser, koncepter og struktur til observerbare interaktioner, reaktioner og refleksioner og derigennem skabe overblik over interaktionelle dynamikker i processen med at opbygge alliance. Den kunne være et redskab til at forklare nonverbale dynamikker og implicit viden og pege på musikterapeutiske interventioner. At møde patienten på vedkommendes niveau af parathed kræver fleksibilitet af musikterapeuten, og modellen kan give eksempler på, hvordan man forsigtigt kan justere uden at true patientens integritet. Compton-Dickinson og Hakvoort (2017) fremhæver, at kontakt skabes ved at fokusere på patientens interesser og ressourcer i den første kontakt. Ifølge Kim (2015) kan musikterapeuter have tendens til kun at vælge aktiviteter, som klienterne har lyst til, for at undgå at udfordre dem. Modellen kan hjælpe musikterapeuter til at forstå betydningen af at tillade reparationer af relationen og at afvisninger fra en patient er en del af processen med allianceopbygningen.

I indledningen beskrev vi synkronisering og regulering af arousal som vigtig for opbygningen af alliance. Beebe & Lachmann (2005) og Schore (2001) peger på, at disse processer er essentielle i en kritisk periode i barndommen for udvikling af sociale kompetencer. Hvis indre såvel som ydre omstændigheder har forhindret en tidlig tilknytning, hvilket ofte er tilfældet med RP, forbliver sociale kompetencer umodne. Ifølge Lysaker og Daroyanni (2006) er det muligt at styrke intersubjektivitet og udviklingen af terapeutisk alliance med personer med psykotiske symptomer i psykoterapi. Det samme er noteret for musikterapi (Metzner, 2010). Derfor betragter vi musikterapi som gavnlig for allianceopbygning med RP med skizofreni. Kontinuamodellen kan bidrage med nye perspektiver på synkronisering og regulering. Dette kan bl.a. forebygge psykotiske angstopplevelser af at smelte sammen med andre (Metzner et al., 2018). Kontinuamodellen kan endvidere anvendes til at vurdere progressionen i allianceopbygningen. For eksempel indikerer gensidig fri interaktion i musikalsk improvisation en stærkere terapeutisk alliance, end hvis patienten er dominerende i relationen.

Musikken i allianceopbygning

I caseeksemplet accepterede Peter at deltage i musikterapi og beskrev musik som en del af hans identitet og historie. Musikken gav ham mulighed for at interagere med terapeuten, og antisocial adfærd blev erstattet med glimt af gensidig interaktion. Musik blev brugt aktivt og gav efterfølgende grundlag for fælles refleksion om de musikalske oplevelser. I kontrast til psykoterapiformer, hvor der udelukkende anvendes verbal samtale, mener vi at musikterapeuten gennem musik har en række muligheder for at motivere, være sammen med, interagere socialt og skabe nye kommunikationskanaler med patienten. Musikterapeuten opbygger tryghed og giver patienten mulighed for at vise andre sider af sig selv, støtter affektregulering, social interaktion, og nonverbale former for interaktion, som samlet styrker patientens identitet.

Studiets begrænsninger

At beskrive allianceopbygningsprocesser er kompliceret, da de består af forskellige gensidige interaktioner, hvor det ikke er muligt at isolere årsag og virkning. Et eksplorativt studie kan kun tilbyde en teoretisk forståelse og foreslå begreber for allianceopbygning. Selv med disse forbehold er der også andre begrænsninger for studiet. Studiet er kontekstbaseret og tager udgangspunkt i kun én musikterapeuts arbejde og forståelse af terapiforløb med fire patienter. Samtidig har terapeutens lange erfaring og indsigt givet dybdegående viden fra terapinoter, som bestod af subjektive beskrivelser fra praksis. Det er vigtigt at være opmærksom på i forklaringen af for eksempel begrebet "kontrol" som overskrift for et af de 7 kontinua, da kontrol ofte forbindes med tvang og nultolerance. De forskellige begrebers opståen reflekterer daglige interaktionelle oplevelser i retspsykiatrien, hvor spørgsmålet om kontrol konstant er til stede.

Terapeutens oplevelser blev uddybet gennem terapinoterne som indfangede refleksioner, tanker og reaktioner, hvorved implicit viden om interaktionelle dynamikker blev tydeliggjort, og efterfølgende fortolket af musikterapeuten i sin rolle som forsker. Denne dobbeltrolle som både kliniker og forsker sikrede et grundigt kendskab til data og en subjektiv første-persons viden. Denne viden fra et sådant idiografisk perspektiv kan ikke generaliseres, men kun bidrage med viden til forståelse af komplekse terapeutiske dynamikker og input til erfaringsopbygning hos andre, der arbejder i lignende kontekster.

Det var ofte umuligt for patienterne at vurdere deres sindsstemning eller den terapeutiske alliance på grund af ordblindhed, koncentrationsbesvær eller modstand mod at udfylde skemaer. Patienternes meninger er imidlertid vigtige for at forstå klinisk praksis, og vi ser det som nødvendigt at finde måder, der integrerer patienternes perspektiv.

Konklusion

Vi har beskrevet processen med at udvikle terapeutisk alliance med RP med skizofreni. Musikterapi beskrives som en motiverende tilgang, der styrker patienternes muligheder for at indgå i relationer. I et casestudie undersøgte vi de dynamiske interaktioner i de første seks måneder af musikterapi og hvordan terapeutisk allianceopbygning kan støttes. Fire patienter med skizofreni fra et retspsykiatrisk hospital i Danmark deltog og omfangsrige data blev indsamlet, struktureret, reduceret, kondenseret og sammenfattet gennem en nitritns analyseproces. Det ledte til formuleringen af en model bestående af syv kontinua, som beskriver dynamiske interaktionelle processer i udviklingen af terapeutisk alliance i musikterapi med RP med skizofreni. Et udvalgt caseeksempel illustrerer processen med at udforme et kontinuum, og understregede vigtigheden af kontinuerlige gentagelser og reparation af interaktionelle processer. Kontinuummodellen giver en teoretisk forståelse for de dynamikker, der udspiller sig i den indledende fase af opbygningen af terapeutisk alliance i musikterapi med RP med skizofreni, og hvordan musikterapi kan støtte opbygningen af relationelle kompetencer.

Referencer

- Affifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814–822.
- Almvik, R., & Woods, P. (1999). Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4(3), 498–505.
- Alvesson, M., & Sköldborg, K. (2018). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2005). *Infant Research and Adult Treatment - Co-constructing interactions*. New York: Routledge.
- Brandt-Christensen, A. M., Balling, P., & Nitschke, K. (2018). Skizofreni og kriminalitet (statusartikel). *Ugeskrift for Læger*, 180(3), 257–260.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. Oxford University Press.
- Chen, X. J. (2014). *Music therapy for improving mental health problems of offenders in correctional settings*. Doctoral Dissertation. Aalborg Universitetsforlag.
- Compton-Dickinson, S., & Hakvoort, L. (2017). *The Clinicians guide to Forensic Music Therapy - treatment manuals for Group Cognitive analytic music therapy (G-CAMT) and Music Therapy Anger Management*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Davis, L. W., Eicher, A. C., & Lysaker, P. H. (2011). Meta-cognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(1), 85–90.
- Denzin, N. K. (2002). The interpretive process. In A. M. Huberman & M. B. Miles (Eds.), *The qualitative researcher's companion*. Sage Publications.
- DFMT. (2016). *Ethiske principper for medlemmer af Dansk Musikterapeut forening [Ethical Principles for Members of the Danish Music Therapy Association]*. <http://www.danskmusikterapi.dk/wp-content/uploads/2017/01/Web-Ethiske-principper-2016.pdf>
- Dickinson, S. C., & Hakvoort, L. (2017). *The clinician's guide to forensic music therapy : treatment manuals for group cognitive analytic music therapy (G-CAMT) and music therapy anger management (MTAM)*. Jessica Kingsley Publishers.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The clients theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169–187.
- Frederiksen, B., & Ridder, H. M. (2020). *The therapeutic alliance with forensic psychiatric patients in music therapy and psychotherapy - a systematic literature review*. Unpublished Manuscript.
- Frederiksen, B., Ridder, H. M., & Pedersen, L. L. (2021). Alliance building between forensic psychiatric patient and music therapist. A case study research design. *Nordic Journal of Music Therapy*, 30(2), p.157-178.
- Frederiksen, B. V. (2019). *The development of therapeutic alliance in music therapy with forensic psychiatric patients with schizophrenia - an explorative study research design*. Doctoral dissertation. Aalborg University.
- Geretsegger, M., Mossler, K. A., Bieleninik, L., Chen, X.-J., Høldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD004025.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365–372.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573.
- Jackson, N. A. (2010). Models of response to client anger in music therapy. *Arts in Psychotherapy*, 37, 46–55.
- Jacobsen, C. K., & Johansen, K. S. (2011). *Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Jensen, B. (1999). Music therapy with psychiatric in-patients: A case study with a young schizophrenic man. In T. Wigram & J. De Backer (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry* (pp. 44–60). Jessica Kingsley Publishers.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A Brief Mental Health Outcome Scale. *British Journal of Psychiatry*, 166(05), 654–659.
- Kenny, K., Jahn-Langenberg, M., & Loewy, J. (2005). *Hermeneutic inquiry*. In Wheeler (Ed.), *Music therapy Research* (pp. 335–351). Barcelona Publishers.
- Kim, J. (2015). The integration of eastern and western cultures in the training of musictherapists in asia. In *International perspectives in musictherapy education and training: Adapting to a changing world* (K.D. Goodman). Charles C. Thomas.
- Leith, H. (2014). *Music therapy and the resettlement of women prisoners: A mixed methods exploratory study*. Doctoral Dissertation Aalborg, University.
- Lysaker, P. H., & Daroyanni, P. (2006). Facilitating the emergence of interpersonal relatedness in individual psychotherapy of schizophrenia: A case study. *Bulletin of the Menninger Clinic*.
- Matthews, G., Jones, D. M., & Chamberlain, A. G. (1990). Refining the measurement of mood: The UWIST Mood Adjective Checklist. *British Journal of Psychology*, 81(1), 17–42.
- Metzner, S. (2010). About being meant: Music therapy with an in-patient suffering from psychosis. *Nordic Journal of Music Therapy*, 19(2), 133–150.
- Metzner, S., Jaeger, U., Masuhr, O., Olschewski, U., Gräfe, E., Böske, A. C., & DümpeImann, M. (2018). Forms of attunement during the initial stages of music therapy for patients with acute psychosis - A multicentre clinical study. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(5), 360–380.
- Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 114–123.

Pedersen, I. N. (1997). The music therapist's listening perspectives as source of information in improvised musical duets with grown-up, psychiatric patients suffering from schizophrenia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(2), 98–111.

Peirce, C. S. (1934). Pragmatism and Pragmaticism. In P. Hartshorne, C. & Weiss (Ed.), *Collected papers of Charles Sanders Peirce*. Harvard University Press.

Polaschek, D. L. L., & Ross, E. C. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 100–111.

Priebe, S., & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 69–72.

Ridder, H. M., & Fachner, J. (2016). Objectivist Case Study Research. In B. Wheeler & K. Murphy (Eds.), *Music therapy Research: Third Edition* (pp. 600–622). Barcelona Publishers.

Robson, C. (2011). *Real world research : a resource for users of social research methods in applied settings*. John Wiley & Sons, Ltd.

Ross, E. C., Polaschek, D. L. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 462–480.

Schore, A. N. (2001). Mind in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17(3), 299–328.

Simonsen, E., Møhl, B., & Tom Havemann. (2010). *Grundbog i psykiatri*. Hans Reitzel.

Simonsen, E., & Newton-Howes, G. (2018). *Personality Pathology and Schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*.

Sørensen, L. J. (2004). *Særpræg, særhed, sygdom : Integrativ psykoseterapi*. Hans Reitzel.

Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504–1516.

Svensson, B., Hansson, L., & Nyman, K. (2000). Stability of outcome in a comprehensive, cognitive therapy based treatment programme for long-term mentally ill patients. A 2-year follow-up study. *Journal of Mental Health*, 9(1), 51–61.

Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B., & Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: The role of childhood antisocial behavior problems. *Law and Human Behavior*, 32(3), 228–240.

Temple, N. (1996). Transference & Countertransference - general Forensic Aspects. In *Forensic Psychotherapy - Crime, Psychodynamics and the offender patient vol. 1 Mainly Theory* (pp. 23–40).

Uddannelses og forskningsministeriet. (2014). *Danish Code of Conduct for Research Integrity*. <https://ufm.dk/publikationer/2014/filer-2014/the-danish-code-of-conduct-for-research-integrity.pdf>

Wheeler, B., & Kenny, C. (2005). *Principles of Qualitative research*. In B. Wheeler (Ed.), *Music therapy Research* (2nd ed., pp. 59–71). Barcelona Publishers.