

Aalborg Universitet



Forskning i musikterapi

voksne med skizofreni

Pedersen, Inge Nygaard

Published in:
Dansk Musikterapi

Publication date:
2012

Document Version
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Pedersen, I. N. (2012). Forskning i musikterapi: voksne med skizofreni. *Dansk Musikterapi*, 9(1), 49-58.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Forskning i musikterapi – voksne med skizofreni

Inge Nygaard Pedersen ph.d., professor mso ved Musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. Kontakt: innp@rn.dk

Der er forskningsmæssig evidens for, at musikterapi med voksne med en skizofrenilidelse har en signifikant effekt. Cochrane review og RCT undersøgelser viser, at musikterapi hjælper i forhold til nogle generelle symptomer som nedsat opmærksomhed, depersonalisation samt manglende motivation. Musikterapi kan dog primært reducere de negative symptomer (herunder emotionel og social tilbagefald, samt svigtende evner til kontakt og kommunikation). Idet medicin og anden behandling kun i mindre grad indvirker på de negative symptomer, er det væsentligt, at musikterapi påviseligt kan reducere disse. Antallet af musikterapisessioner er dog vigtigt for effekten, idet 3-10 sessioner kun giver mindre og kortvarige ændringer, hvorimod 16-51 sessioner giver betydningsfulde og længerevarende ændringer.

For at fremme patientens motivation og evne til at være i kontakt og kommunikere med andre mennesker, tilrettelægges musikterapien, så den fokuserer på basale udtryks- og kontaktmuligheder. Gennem musikalsk improvisation er det muligt at matche den enkelte klients musikalske udtryksmønster og emotionelle tilstand og herfra følge og gradvist ændre sammenspilsformen i et tempo, patienten kan tillade og være med i. Fælles lytning i gruppe til musik, valgt af patienten selv, kan være en vej ind til motivation for stabil deltagelse og deling af personlige oplevelser. Sammenspil og fællessang kan virke fremmende på oplevelsen af positivt samvær med andre.

Introduktion

Der har i mange år været udøvet musikterapi med voksne med skizofreni. Den første tilgængelige beskrivelse er fra 1952 (Wenger). I 90'erne viste en række case beretninger positive resultater med musikterapi med mennesker med skizofreni, men resultaterne kunne dog ikke generaliseres til patientgruppen som helhed.

Inden for de sidste 6 år er der blevet gennemført meta-analyser og randomiserede, kontrollerede studier (Cochrane review og RCT studier, se faktaboks), der viser, at musikterapi er en evidensbaseret behandlingsform for mennesker med skizofreni. I denne artikel præsenteres denne nyeste effektforskning, suppleret af anden forskning (primært kvalitativ) inden for relevante

musikterapeutiske tilgange til at arbejde med de negative og dele af de generelle symptomer ved skizofrenilidelsen hos voksne.

Skizofreni

Lige siden den diagnostiske term skizofreni blev skabt af den schweiziske psykiater Eugen Bleuler i 1911 (se Bleuler 1950) er diagnosen blevet beskrevet som en gruppe af flere sygdomme med visse typiske symptomer. Der foreligger mange forskellige måder at opdele disse symptomer på i beskrivelser af diagnosen skizofreni. Diagnostiske opdelinger søger afgrænsning og enkelhed, der gør diagnosekriterierne anvendelige internationalt, (DSM-IV, ICD-10), mens måleredskaber for symptomgradering anvendt i forskningen (PANSS, BPRS & SANS) søger bredere opdelinger, der kan indfange mange aspekter af såvel observerbare symptomer som selvrapporterede oplevelser af disse (Elsass, Ivanouw, Mortensen, Poulsen & Rosenbaum 2006). I begge internationale diagnosesystemer, DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) og ICD-10 (World Health Organisation 2002), opdeles der i diagnosespecifikke symptomer (såkaldte positive og negative symptomer), samt generelle symptomer/dysfunktioner. ICD-10 indeholder Schneiders (1967) inddeling af symptomer i førsterangssymptomer og andre karakteristiske symptomer.

Førsterangssymptomer (eller diagnosespecifikke positive symptomer) omhandler abnorme oplevelser af tankepåvirkning, hvor patienten kan opleve at få påført tanker, frataget tanker eller at andre har adgang til at høre og læse ens tanker. I samme kategori findes såkaldte "bizarre" vrangforestillinger, hvor usandsynlige forestillinger,

som ikke kan opleves af andre, forekommer (Bertelsen, & Munk-Jørgensen 2002). Klar bevidsthed og intellektuel kapacitet er sædvanligvis bevaret, om end visse kognitive defekter kan udvikle sig i tidens løb (World Health Organisation 2002). *Andre karakteristiske symptomer* (en blanding af diagnosespecifikke negative symptomer og generelle symptomer) omhandler hallucinationer (uden depressivt eller manisk indhold), sproglige tankeforstyrrelser såsom usammenhængende tale, katatone symptomer i form af bevægelsesforstyrrelser, depersonalisation, samt negative symptomer såsom afblegede følelsesudtryk og social tilbagetrukkethed, samt svigtende evner til kontakt og kommunikation.

Ifølge ICD-10 skal der være mindst én af førsterangssymptomerne eller mindst to af de andre karakteristiske symptomer til stede i en måned eller derover, for at der foreligger en skizofrenidiagnose (Bertelsen & Munk-Jørgensen 2002). Der er i begge diagnostiske systemer en række undergrupper forbundet med diagnosen skizofreni såsom paranoid-, hebefren-, kataton-, udifferentieret-, residual- eller simpel skizofreni. I et forslag til en revidering af diagnosesystemet, i DSM-V, 2013, foreslår man undergrupperne fjernet, så der kun bliver én betegnelse for skizofreni med et spektrum af symptomer opdelt i fire sværhedsgrader. Simonsen, Lyse, Hansen, & Knudsen, (2001) påpeger at:

"De negative symptomer udgør et særligt problem i behandlingen, fordi medicin og anden behandling kun i mindre grad virker på dem. Sådanne symptomer kan være meget hindrende for kontakt med andre mennesker, for arbejde og livsudfoldelse. Der forskes derfor i dag meget med hen-

blik på at finde nye behandlingsmetoder (medicinske og socialpsykologiske) over for negative symptomer ved skizofreni” (Simonsen et al. 2001 s. 45-46).

Skizofreni består af mange forskellige sygdomme, og nyere hjerneforskning viser, at dopaminsystemet i hjernen er mere følsomt og overaktivt hos visse mennesker med skizofreni. Dette kan dog ikke identificeres gennem hjernescanning (Gerlach 2011). Der er enighed om, at både biologiske, psykologiske og sociale forhold har betydning for udviklingen af sygdommen (Stenstrøm 2011). Fra flere sider er der desuden mange, der ønsker at anvende en anden betegnelse end skizofreni (Gerlach 2011). Sygdommen betragtes ikke længere som en kronisk invaliderende sygdom, da der er et øget fokus på tidlig intervention, forbedrede medicinske og psykosociale behandlingsmuligheder, samt at man i højere grad inddrager patientens pårørende. Diagnosen stilles oftest i 20-25 års alderen¹, og der er en overvægt af mænd.

Dokumenteret effekt

I 2005 blev der lavet et Cochrane Review over effektforskning i musikterapi med mennesker med skizofreni (Gold, Heldal, Dahle & Wigram 2005) (se faktaboks). Målet var at undersøge effekten af musikterapi sammen med standardbehandling i forhold til standardbehandling alene for mennesker med skizofreni. De kliniske mål for musikterapien var beskrevet som at udvikle evnen til at indgå i relationer med andre og adressere forhold, som patienterne ikke var i stand til ved at anvende ord alene.

Reviewet viser, at musikterapi signifikant forbedrer nogle af de generelle symptomer (herunder bedring af opmærksomhed og motivation), samt at musikterapi signifikant reducerer de negative symptomer (herunder emotionel og social tilbagetrækthed og forbedring af evne til kontakt og udtryksmuligheder). Resultaterne i de enkelte RCT-undersøgelser i Cochrane reviewet er baseret på musikterapi med hospitalsindlagte mennesker med en skizofrenilidelse, og der er både anvendt individuel musikterapi (eksempelvis Yang, Li, Zhang, & Ma 1998) og gruppemusikterapi (eksempelvis Tang, Yao, Zheng 1994 og Ulrich 2004). Musikterapi har en virkning uanset antallet af sessioner, men Cochrane reviewet viser, at betydningsfuld og længerevarende virkning er afhængig af et vist antal sessioner (se nedenfor).

En signifikant effekt af gruppemusikterapi vedrørende de negative symptomer er ligeledes påvist i form af patienternes selvrapporterede subjektive oplevelse af evnen til psykosocial orientering og større motivation for kontakt og kommunikation med andre (Ulrich, Houtmans & Gold 2007). Da resultaterne her er på linje med tidligere fund, konkluderer forskergruppen, at i og med musikterapi reducerer negative symptomer og herigennem bedrer evnen til social kontakt, kan disse resultater måske gøre mennesker med skizofreni bedre egnede til at adaptere til samfundet efter udskrivning fra hospitalet. Samtidig påpeger de, at der er tale om væsentlige fund i alle undersøgelserne, da man indenfor lægeverdenen indtil videre ikke har kunnet finde en medicin, der virker tilfredsstillende på de

1 Inden for de sidste år er der kommet mere fokus på tidlige tegn på skizofreni og diagnosen er blevet stillet ned til 7-års alderen (Stenstrøm 2011).

negative symptomer (jf. citat af Simonsen et al. ovenfor).

Musikterapi som specifik behandling til reduktion af negative symptomer understøttes af en anden RCT-undersøgelse (Talwar, Crawford, Maratos, Nur, McDermott & Procter 2006), hvor der blev anvendt musikterapi sammen med standardbehandling i 12 ugers individuel behandling. Resultatet viser en bedring af såvel generelle symptomer (her defineret som depressive tankemønstre og tilstande) som en reduktion af de negative symptomer (herunder tilbagetrækning og manglende evne til kontakt og kommunikation), der ifølge forskerne er mest fremtrædende ved mennesker med kroniske skizofrene lidelser. Effekten af behandlingen var dog reduceret i en efterfølgende test en måned senere, hvilket tilskrives det korte behandlingsforløb.

I en sammenligning af alle disse undersøgelser konkluderer Gold (2007), at mennesker med skizofreni har brug for 12 eller flere sessioner, hvis der skal opnås varige resultater. Gold, Solli, Krüger & Lie (2009) har senere vist, at for musikterapi med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, herunder skizofreni, er der større og længerevarende forbedringer ved 16-51 sessioner, hvorimod 3-10 sessioner kun viser mindre og kortvarige positive ændringer.

Musikterapiens muligheder for at afhjælpe de negative symptomer er også underbygget af to (ikke randomiserede) kontrollerede undersøgelser (se faktaboks). Den ene undersøgelse viser en signifikant forhøjelse af den tid, mennesker med skizofreni deltager i musikalsk interaktion sammenlignet med kontrolgruppen (Pavlicevic, Trevarthen & Janice 1994). Den anden undersøgelse vi-

ser forbedret motivation, mindre passivitet og bedre evne til kommunikation (Hayashi, Tanabe & Nakagawa 2002).

Begrundelse for effekt

Som det fremgår af ovenstående, kan musikterapi virke ind på manglende motivation, emotionel og social tilbagetrækning, manglende evne til kontakt og kommunikation samt nedsat opmærksomhed. Herunder præsenteres teori og forskning der kan forklare musikterapiens reducerende virkning på negative symptomer og bedring af nogle af de generelle symptomer.

Påvirkning af de negative symptomer hos mennesker med skizofreni i gruppe-musikterapi er beskrevet af flere danske musikterapeuter, der anvender terapirettet sammenspil og sangskrivning (Jensen 2011) eller musiklyttegrupper (Lund & Fønsbo 2011). I sidstnævnte metode anvendes musik valgt af musikterapeuten eller af patienterne selv, og der samtales efter musiklytningen om musikkens betydning for den patient, der har valgt musikken, samt dens betydning og indvirkning på resten af gruppen. Det giver patienterne en mulighed for at kommunikere og præsentere sig selv gennem musikvalget og ikke direkte gennem konkrete livshistorier. Det sidste kan være uoverskueligt for mennesker med skizofreni.

Ifølge patienternes besvarelser af spørgeskemaer over udbytte af gruppemusikterapiforløb med terapirettet sammenspil og sangskrivning, er der tydelige indikationer på, at begge metoder fremmer socialt engagement og nærvær, idet patienterne oplever gruppen som en tryk ramme, hvor de kan opleve fællesskab og nærhed. Patient-citater som ”jeg kunne glemme mig selv”,

”jeg kan bedre koncentrere mig”, ”musikken får stemmerne til at forsvinde” eller ”når musikken svinger, går det op i en højere enhed” er præsenterede i spørgeskemaerne (Jensen 2011, s. 120-21).

Musikkens virkning på nedsat opmærksomhed og evne til kommunikation er dokumenteret i en ph.d.-afhandling, hvor Moe (2000, 2002) viser, at mennesker med skizofreni kan forbedre deres evne til at fastholde opmærksomhed og til at associere ved at deltage i musiklytning i gruppe med fokus på indre billeder /oplevelser under lytningen. Sådanne oplevelser viste sig efterfølgende at have restituerende effekt (Moe 2000, 2002).

I en anden ph.d.-afhandling baseret på individuel musikterapi med mennesker med skizofreni, viser De Backer (2004), at disse mennesker overvinder deres tendens til tilbagetrækning og manglende evne til kommunikation. Konkret viser dette sig ved, at de fra at spille automatisk og monotont sammen med musikterapeuten, uden tilsyneladende at være i kontakt med musikken, begynder at spille intentionelt, hvor de medvirker til at udvikle melodiske og rytmiske musikalske former. Musikterapeuten følger i starten patientens spillemåde og varierer gradvist det automatiske spil i et tempo, hvor patienten kan være med i udviklingen. De Backer analyserer detaljeret, hvordan en sådan bevidst variation i en ellers synkron spillestil i individuel musikterapi skaber bevægelse fra monotoni til musikalsk form.

En anden musikterapeutisk indgangsvinkel til at løse den skizofrenes isolerede tilstand og reducere de negative symptomer dokumenteres af Jensen (1999), Lindvang (1998, 2005) og John (1995). De arbejder

bevidst med timing i musikterapeutens nærvær og distance gennem fire faser (hvor musikterapeuten bevæger sig fra at imitere, variere, skabe baggrund for patientens spil til mere autonomt samspil) i det musikalske sammenspil i individuel musikterapi. Eksempelvis kan musikterapeuten bevidst spejle og imitere patientens spil i begyndelsen af forløbet. Dette skaber tryghed for patienten, som så kan forblive i sin isolerede verden samtidig med, at en anden person (musikterapeuten) spiller sammen med ham/hende. Musikterapeuten kan via musikken gradvist komplementere patientens spil ved at lave en varieret struktur i musikken, eksempelvis lave en rytmisk eller harmonisk baggrund for patientens spil, samtidig med at sammenspillet er underordnet patientens udtryk. Herigennem kan patienten få en støtte til at starte variationer i sit eget spil. I en tredje fase spiller musikterapeuten mere provokerende, laver kontraster og adskiller sig fra patientens spil, uden krav om at patienten skal følge med. Dette giver mulighed for at begge i en fjerde fase kan skabe noget nyt sammen, og der kan udvikles mere fleksibilitet i sammenspillet. Det er vigtigt at disse fire faser udspilles i den rette timing for den enkelte patient, da det herved skaber rammer for et videre mere autonomt og kreativt skabende sammenspil.

En gentagen og langvarig, enkel rytmetræning kan virke fremmende på nedsatte evner til koncentration, hukommelse og modvirke depersonalisering i individuel musikterapi (Pedersen 1998, 1999). Fokus for det musikterapeutiske arbejde er, at patienten kommer til at kunne fastholde enkle rytmemønstre gennem at udføre bevægelser med kroppen i rytmemønstret, samtidig med at rytmen markeres med

stemmelyde. I en udførlig beskrivelse af et behandlingsforløb med et menneske med skizofreni (Pedersen 1998, 1999) gennemlever patienten at komme væk fra urealistiske forestillinger om at skulle være en professionel trommeslager til at indse, at han lige nu og her kan fastholde og udtrykke sig gennem et enkelt rytmemønster, som kan udføres både i musikalsk kontakt med en musikterapeut og alene (Pedersen 1998). Dette giver et holdepunkt for patienten og en begyndende oplevelse af, at der eksisterer et indre mentalt rum. Samtidig skaber det en spirende oplevelse af, at "jeg eksisterer – jeg kan fastholde, gentage og høre mig selv i et genkendeligt rytmemønster", hvilket modvirker depersonalisering, som er et gennemgående generelt symptom for mennesker med skizofreni.

Individuelle musikterapeutiske metoder virker i kraft af musikterapeutens evne til bevidst at anvende *modoverføring* – forstået som de sansninger og følelser musikterapeuten oplever i mødet med mennesker med skizofreni – sammen med musikkens *kvaliteter*, idet bevidstgjorte sansninger og følelser kan spilles ud og ændres i den musikalske improvisation (Pedersen 1998, 2006; Lindvang 1998, 2005; Jensen 1999; De Backer 2004; Odell-Miller 2006). En sådan bevidsthed og spilleform kan være med til at ændre kontaktformen uden at dette verbaliseres. Musikterapiimprovisation, som et egnet medie til gradvist at udspille og ændre kontaktformen (specielt overføringsforholdene) mellem mennesker med skizofreni og musikterapeuten, er systematisk undersøgt og dokumenteret i en ph.d.-afhandling af Pedersen (2006). Som forstudier til dette har Pedersen beskrevet specifikke lytteattituder som fremmer en empatisk forståelse af alle symptomer

hos patienter med skizofreni (Pedersen 1997, 1998, 1999). Disse er skrevet ind som en del af den musikterapeutiske metode i RCT-undersøgelsen af Ulrich et al. 2007 (se ovenfor).

Forholdet mellem diagnose og anvendt metode i musikterapi inden for voksenpsykiatrien er undersøgt og dokumenteret i en ph.d.-afhandling af Odell-Miller (2006). Hun gennemførte en spørgeskemaundersøgelse af fem internationale musikterapi-klinikker, og resultaterne viser også her, at det er afgørende at arbejde bevidst med musikterapeutens modoverføring i musikterapi med patienter med skizofreni. Musikterapeuten kan bruge modoverføringen som barometer for, hvordan og i hvilket tempo der bedst opbygges en god kontakt. Det betones også, at der er brug for meget rummelighed hos musikterapeuten, og at det er vigtigt ikke at få patienterne til at slappe af eller søge indad, da de netop kan være fastlåste i en tilbagetrukket tilstand. Det drejer sig om at få dem aktivt med i musikudøvelse og samtidig lytte til deres udtryk i en grad, så de føler sig hørt og forstået. Dette er en forudsætning for, at patienterne kan motiveres til at komme til behandlingen og gradvist opleve at være en del af et fællesskab. Gennem fælles handling i musikudøvelse kan det opleves, at der er nogen, der kan forstå og følge dem i en ofte langsom, begyndende udvikling af de psykosociale funktioner og dermed en reduktion af de negative symptomer.

Musikkens kvaliteter som virkemiddel i musikterapi i de ovenfor beskrevne metoder beskrives af Pedersen (1998) som:

"Musikkens basale og kropsnære udtryks-elementer (puls, rytme, bevægelse og klang) er grundlæggende for menneskers udtryks-

potentialer generelt fra livets begyndelse. Følelsesmæssige udtryk gennem sådanne basale udtrykselementer er forbundet med en oplevelse af indre bevægelse, vitale forandringer og oplevelser af kvalitet i foran-

dringen. Når en person ikke er i stand til at opleve eller udtrykke følelser kan vedkommende gennem musikalsk improvisation (som en slags forform) begynde at skabe og opleve små bevægelser i sit basale udtryk

FAKTABOKS – om RCT-undersøgelser, kontrollerede undersøgelser og Cochrane Reviews

En **RCT-undersøgelse** vurderes af mange som den mest pålidelige form for forskning. RCT betyder Randomized Controlled Trial, og hensigten er at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede objektive kriterier. En RCT-undersøgelse kunne være en effektmåling af fx musikterapi som så sammenlignes med en kontrolbehandling og/eller med daglig praksis. For at kunne vurdere om der er statistisk signifikans, defineres præcise uafhængige variable (fx i fht adfærd, tilstand eller kunnen) som er blevet 'målt' med standardiserede tests eller assessmentredskaber. De samme målinger udføres på både eksperiment- og kontrolgruppen, og de to grupper bør være helt sammenlignelige og er derfor fordelt ved lodtrækningsprincipper. Desuden bør der være så mange deltagere at tilfældige variationer udlignes.

En **kontrolleret undersøgelse** har ligeledes til hensigt at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede objektive kriterier. Der er her ikke tale om randomisering (tilfældig fordeling) af deltagerne, så det er forskerne bekendt, hvilken gruppe de forskellige deltagere indgår i, når de analyserer indsamlede data. En sådan undersøgelse anses derfor at være lidt mindre pålidelig end en RCT undersøgelse. Samtidig kan sådanne undersøgelser vise vigtige resultater, der både kan understøtte RCT undersøgelser og andre undersøgelser.

I **Cochrane reviews** analyseres eksisterende effektundersøgelser i forhold til forskningskvalitet, hvorefter resultaterne sammenholdes. Cochrane reviews bliver internationalt regnet for højeste standard i forhold til at vurdere forskningsmæssig evidens for en given behandlings effekt. Cochrane reviews er målrettet aktører og beslutningstagere inden for sundhedsområdet med henblik på at give dem det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om behandlingstiltag. Cochrane reviews er hovedsageligt baseret på RCT-undersøgelser og bliver publiceret i *The Cochrane Library*, www.thecochranelibrary.com.

og herigennem i samspil med musikterapeuten søge at skabe basale vitale affektive forløb, hvor kvaliteter i form af ganske små variationer kan identificeres og høres i musikken. En begyndende opvågnen af den ikke tilgængelige emotionelle kapacitet kan ske gennem musikudøvelsen – i tilfælde hvor musikterapeuten gennem sin lytteattitude har formået at skabe et tilstrækkeligt trygt potentielt rum. Musikterapeuten kan meget konkret gennem den fælles handlen i musikudøvelsen træde ind og være deltagende i såvel patientens forsvarsmekanismer og i patientens ofte minutiøse forsøg på at udvikle udtryks- og relationskapacitet” (Pedersen 1998, s. 79).

Opsummerende kan musikterapi specifikt afhjælpe negative og til dels generelle symptomer hos mennesker med skizofreni. Det kræver dog et vist antal sessioner før effekten kan siges at være betydningsfuld og længerevarende. Det kræver ligeledes, at musikterapeuten er trænet i at anvende improvisation til at imitere eller matche patientens udtryk, samt trænet i at skabe tryghed omkring patienten og i at bevidstgøre sig om den måde han/hun bliver påvirket af situationen. Endelig kræver det, at musikterapeuten er trænet i at anvende særlige lyttepositioner og timing som en integreret del af musikterapibehandlingen. En sådan træning er gældende for danske kandidater i musikterapi. Musikterapi kan tilbyde en ny evidensbaseret socialpsykologisk behandling over for negative symptomer ved skizofreni, som ifølge Simonsen et al. 2001 (jf. citat ovenfor) er efterspurgt og savnet.

Litteratur

American Psychiatric Association (2000, 4th

- edt.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2011). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Preparation of 5. Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association. (www.dsm5.org).
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Første udgave 1911. New York: International University Press.
- Bertelsen, A. & Munk-Jørgesen, P. (2002). *De psykiatriske diagnoser*. København: PsykiatriFondens Forlag.
- De Backer, J. (2004). *Music and Psychosis – the Transition from Sensorial Play to Musical Form by Psychotic Patients in a Music Therapeutic Process*. Ph.d.afhandling. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Elsass, P., Ivanouw, J., Mortensen, E. L., Poulsen, S. & Rosenbaum, B. (2006). *Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Gerlach, J. (2011). 10 nye punkter om skizofreni. I: *Psykiatriinformation. Tema: ADHD og Borderline*. 18. årg. Nr 2, 24-25.
- Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T., & Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; Apr 18(2): CD004025. (<http://www.thecochranelibrary.com>)
- Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalized with schizophrenia. *British Medical Journal*, 10(3), 77.
- 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 (2009), 193-207.
- Hayasi, N., Tanabe Y., Nakagawa S. (2002). Ef-

- fects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses. A controlled study. *Psychiatric Clinical Neuroscience* 2002, (56), 187-193.
- Jensen, B. (1999). Music therapy with psychiatric in-patients: A case study with a young schizophrenic man. In: T. Wigram and J. D. Backer (Eds) *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley, 44-60.
- Jensen, B. (2000). Musikterapi med skizofrene – refleksioner fra en case. *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 2. Musikterapiklinikken*. Aalborg: APS & AAU, 31-48.
- Jensen, B. (2011). *Musikterapi. Socialpsykiatrien I Aarhus Kommune. Brugerundersøgelse*. s. 116-129. www.bentjensenmusikterapi.dk
- John, D. (1995). The therapeutic relationship in music therapy as a tool in the treatment of psychosis. In T. Wigram, B. Saperston and R. West (Eds) *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. Chur, Switzerland: Harward Academic Publishers, 157-166.
- Lindvang, C. (1998). Musikterapeutens rolle I opbygning af psykoterapeutisk relation med skizofrene. I. N. Pedersen (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 1. 1998*. Aalborg: APS & AAU, 45-65.
- Lindvang, C. (2005). Casestudie – Musikterapi med skizofren kvinde. H. M. O. Ridder (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 4*. Aalborg: APS & AAU, 106-120.
- Lund, H. & Fønsbo, C. (2011). Musiklyttegrupper – en empirisk undersøgelse af anvendte metoder I psykiatrien. *Musikterapi i Psykiatrien 6. Årgang 2011*. Bonde, L.O. (red.) Aalborg: APS & AAU. s. 86-101.
- Moe, T. (2000). *Restituerende faktorer I gruppe-musikterapi med psykiatiske patienter-baseret på en modification af Guided imagery and Music (GIM)* Ph.d.afhandling. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Moe, T. (2002). Restitutional factors in receptive group music therapy inspired by GIM. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(2), 152-166.
- Odell-Miller, H. (2006). *The practice of music therapy for adults with mental health problems: the relationship between diagnosis and clinical method*. Ph.d.-Dissertation. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Pavlicevic, M., Trevarthen, C. & Duncan, J. (1994). Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *Journal of Music Therapy* 13(2), 86-105.
- 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. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 6(2), 98-111.
- Pedersen, I. N. 1998. Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter – en holdende og reorganiserende musikterapeutisk metode. I. N. Pedersen (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 1*. Aalborg: APS & AAU, 65-91.
- Pedersen, I. N. (1999). Music Therapy as holding and re-organizing work with schizophrenic and psychotic patients. T. Wigram & J. D. Backer (Eds). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers, 24-44.
- Pedersen, I. N. (2006). *Counter transference in music therapy. A phenomenological study on counter transference used as a clinical concept by music therapists working with musical improvisation in adult psychiatry*. Ph.d.-afhandling. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Schneider, K. (1967). *Klinische Psychopathologie*, 8.ed. Stuttgart: Thieme.

- Simonsen, E., Lyse, H-G., Hansen, A. O., Knudsen, P. (2001). *Om og med psykoser*. København: PsykiatriFondens forlag.
- Stenstrøm, A. D. (2011). Skizofreni hos børn. I *Psykiatriinformation. Tema: børn og unge*. 18 årg. Nr 3, 26-27.
- Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O. & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. (189), 405-409.
- Tang, W., Yao, X., Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomized controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry* 164 (suppl. 24), 38-44.
- Ulrich, G. (2004). *A randomized study of music therapy for schizophrenia: study protocol*. Unpublished manuscript 2004. (For publication see Ulrich et al 2007).
- Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients. A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 362-370.
- Wenger, P. (1952). The value of music in successful psychotherapy of a schizophrenic patient. *Psychiatric Quarterly Supplement*, Vol 26, 202-209.
- World Health Organisation (2002). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Tenth Revision (ICD 10). Genova: WHO, 2002.
- Yang W-Y., Li, Z., Weng, Y-Z., Zhang, H-Y., Ma, B. (1998). Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 1998, 8(1), 38-40.