

”Det var godt du kom i dag. (ler)  
Jeg glemte helt, hvad jeg var ked af.  
Det var jeg. Det gjorde jeg. Skidt med det.“ (ler)

“Nå, og hvad så?  
Hvad for én skal vi synge i morgen?”

- Fru D -

**Hanne Mette Ochsner Ridder**

Har netop afleveret sin ph. d.-afhandling ved AUU, der forventes forsvaret i juni 2003. Afhandlingen omhandler brugen af sang i individuel musikterapi med personer med mildsvær til svær demens. Har fra januar 1995 – 2000 været ansat som musikterapeut på plejehjemmet Caritas ved Skejby hvor dataindsamlingen til ph.d.-afhandlingen foregik. Har i samarbejde med Formidlingscenter Nord udgivet bogen ”Musik & demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte” (Ridder 2002). Er med i bestyrelsen for MTL (Musik-Terapeuternes Landsklub, [www.musikterapi.org](http://www.musikterapi.org)). Cand. phil. i musikterapi, AAU, 1989, derefter musikunderviser på Ruhija Musical Academy, Tanzania, musik/dramalærer på Tolne Efterskole og musikterapeut ved Institut zur Musikalischen Förderung Behinderter, Paderborn. Henvendelse: [hm@musikterapi.org](mailto:hm@musikterapi.org)

# Har musikpsykoterapi sin berettigelse indenfor gerontopsykiatrien?

Hanne Mette Ochsner Ridder

*Resume:* Musikterapi i gerontopsykiatrien er en undergruppe af musikterapi i psykiatrien, og der vil i denne artikel sættes spørgsmålstegn ved om demensramte "egner" sig til psykoterapeutiske forløb i musikterapi. Umiddelbart er gruppen af demensramte ikke-egnede til musikpsykoterapi da de bl.a. ikke opfylder opstillede kriterier om kompliant adfærd, indsigtspotentiale og evne til at indgå i en terapeutisk alliance. Med udgangspunkt i bl.a. Tom Kitwoods personcentrerede demensomsorg vil begreberne blive vendt om, så det bliver terapeutens opgave at gøre musikpsykoterapien egnet for demensramte. Efter en teoretisk gennemgang af kriterier for egnethed til musikterapi afsluttes kapitlet med et kort eksempel fra en case.

## Musikterapi/psykoterapi med demens-ramte?

Et speciale inden for psykiatrien er gerontopsykiatrien som beskæftiger sig med psykiske lidelser hos ældre. Faktisk betyder det græske ord gerontosolding, og gerontopsykiatrien er derfor psykiatrisk behandling af den ældste gruppe personer i vores samfund. Firkantet sat op er det aldersgruppen +65 årige. Udover at behandle eller lindre især depression, er en stor del af behandlingen rettet mod demens og demensrelaterede psykologiske og adfærdsmæssige symptomer. I 1990 udgav overlæge på psykiatrisk hospital i Århus, Niels Christian Gulmann, sin bog om Praktisk Gerontopsykiatri.

Den nyeste udgave fra 1998 bærer præg af at der er sket en kolossal udvikling indenfor spe-cialet i det sidste årti, - især i demensforskningen. Dette afspejler sig også indenfor musikterapifaget, hvor øget dokumentation af både klinisk og forskningsmæssigt arbejde viser en øget interesse for musikterapi inden for ældreområdet generelt, men også inden for gerontopsykiatrien (Eeg 2001; Munk-Madsen 2001a; Ridder 2002). I Gentofte kommune blev der

i 2002 ansat en musikterapeut med konsulentfunktion for hele kommunen, som bl.a. gennemfører "individuelle musikterapiforløb for demente med adfærdsforstyrrelser" (DemensNyt 2002). I Århus kommune er der på budgetforliget 2002 afsat penge til at ansætte hele 8 musikterapeuter tilknyttet kommunens forskellige nøglecentre indenfor ældreområdet.

I denne artikel vil jeg stille et enkelt spørgsmål: om musikpsykoterapi har sin berettigelse indenfor gerontopsykiatrien? Spørgsmålet stilles med baggrund i at målgruppen ikke er egnet til psykoterapeutisk musikterapi, når kriterier for egnethed til musikterapi, som er formuleret af musikterapiklinikken i Aalborg, tages i betragtning (Lindvang & Frederiksen 1999; Lindvang 2000). Da målgruppen er meget bred inden for gerontopsykiatrien, vil jeg her fokusere på demensramte som udviser BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia, se [www.ipa-online.org](http://www.ipa-online.org)).

I 1914 udgav Ignatz Nacher en stor lærebog om alderens fysiologi og sygdomme. Baggrunden for hans interesse for lægekunst i forhold til gamle (geriatri), var en

episode hvor han som studerende oplevede at en ældre kvinde, der klagede over smerter, blev afvist uden behandling af den medicinske lærer da denne mente at "hun lider af alderdom, intet kan gøres for hende" (Worm 2002). Aldring behandles nu både kurativt og palliativt og har endda sit eget medicinske speciale, og hvor smerter eller senilitet tidligere sås som en naturlig følge af aldersprocessen, betragtes både fysiske plager eller omfattende hukommelsesbesvær nu som symptomer der kræver videre udredning. Mit udgangspunkt her er demens, som er et syndrom der omfatter over 100 forskellige sygdomme som vi i dag ved mere og mere om, dog endnu ikke nok til at kunne stoppe den degenerative proces der fører til forandringer i, eller tab af, hjerneceller, manglende neurotransmitteraktivitet eller ophobning af proteinklumper (betaamyloid) mellem hjernecellerne. Nogle demensformer kan skyldes mange små blodpropper i hjernen (vaskulær demens), svulster, infektionssygdomme (AIDS, Creutzfeldt-Jakob, herpes encephalitis), slag mod hovedet, forgiftninger (alkohol, tungmetaller) eller andre sygdomme. Alzheimers sygdom har den største forekomst. Herudover kan nævnes sygdomme opkaldt efter Pick, Huntingtton, Parkinson, Wilson, og Binswanger.

Ifølge ICD-10 (International Classification of Diseases, WHO) som også er den officielle danske sygdoms- og diagnose-klassifikation er der overordnet set tale om demens hvis en person ved objektiv undersøgelse viser tegn på amnesi samt anden svækkelse af mentale funktioner (f.eks. evne til at tænke abstrakt, koncentrere sig, foretage valg eller ræsonnementer) i en periode på mindst 6 måneder med udelukkelse af konfusion eller delirium. Øvrige symptomer på demens kan være afasi, agnosi og apraxi som vanskeliggør socialt samvær og gør det svært at forholde sig til og udføre selv enkelte daglige gøremål. Endelig er der de psykologiske og adfærdsmæssige symptomer (BPSD) som omfatter psykoser, vrangforestillinger, paranoia, hallu-

inationer, aggression, agitation og depression. Termen BPSD vinder mere og mere indpas, selvom den (endnu) ikke er klassificeret som en undergruppe af demens i ICD-10. Termen giver udtryk for at psykologiske symptomer bør vurderes og medinddrages i demensomsorgen. Hvis BPSD udelukkende ses som følge af neurale forandringer er det ikke nemt at argumentere for en non-farmakologisk behandling. Hvis BPSD derimod også kan opfattes som følge af sekundære symptomer til demens, vil en forståelse af symptomerne berettige andre terapeutiske tiltag end medicinering. Med en psykologisk og humanistisk forståelse af visse demenssymptomer, f.eks. agitation eller depression, vil vi ikke blot kunne svare: "de lider af alderdom, intet kan gøres for dem", men kræve at vi forholder os til de symptomer der er kurative.

Michael Bird (Centre for Mental Health Research, Canberra, Australien) foretrækker at kalde den "forstyrrende" adfærd hos demensramte for "udfordrende" adfærd (challenging behaviour), og viser i et kontrolleret forskningsstudie at kognitiv adfærdsterapi resulterer i reduktion af medicinering samt en reduktion i bivirkninger og hospitalsindlæggelser (Bird 2002). Eftersom demensramte i senere stadier af sygdommen generelt set mister episodiske og semantiske hukommelsesfunktioner, opmærksomhedsfunktioner, koncentrationsevne, samt evne til abstraktion, planlægning og problemløsning (Bruhn 2000) vil jeg her foreslå musikterapi som en terapeutisk metode der går uden om det semantiske sprog ved at medinddrage nonverbale og para-lingvistiske udtryksformer, som er udtryksformer hvor kroppen og stemmen inddrages, ligesom det er en metode der fremmer erindringer (reminiscens) og som muliggør en emotionel relation (Ridder 2002a). Selvom erfaringer fra bl.a. Bird (2002), Eeg (2001), Munk-Madsen (2001) og Ridder (2002a) viser at terapi med en psykodynamisk indfaldsvinkel er anvendelig med demensramte, hvilket pioneren Tom

Kitwood (1997, s. 97) ligeledes pointerer, peger mange faktorer i en retning der siger at målgruppen ikke er "egnede" til psykoterapi. I det hele taget mente Freud slet ikke at ældre mennesker over 50 egner sig til freudiansk psykoanalyse (som dog ikke er indfaldsvinklen her) idet "Near or above the age of 50, the elasticity of the mental processes on which treatment depends is, as a rule, lacking" (Borzan 1998).

Musikterapeutiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus har opstillet nedenstående kriterier for patienters egnethed til et psykoterapeutisk forløb (Lindvang & Frederiksen 1999; Lindvang 2000, s. 8) der her er opstillet i en lidt anden rækkefølge, og som jeg efterfølgende kort vil gennemgå i forhold til en målgruppe af middelsvært til svært demensramte:

- \* krav om evne til kompliant adfærd, herunder motivation for behandling
- \* krav om at der ikke skønnes risiko for malign regression
- \* krav om evne til at indgå i en terapeutisk alliance eller ønske om at arbejde med problemer i at indgå en sådan alliance.
- \* krav om evne til at kunne formulere egne mål med terapiforløbet eller kunne tage stilling til terapeutens formulering af målsætning
- \* krav om indsigtspotentiale (krav om evne til at reflektere verbalt og/eller musikalsk)

## Kompliant adfærd

Hvis kompliant adfærd vurderes som samarbejdsvillighed i forhold til at overholde aftaler der vedrører terapien, vil det generelt ikke være muligt for middelsvært eller svært demensramte at møde op til en aftalt tid og til at udvise motivation for at indgå i en be-

handling. Hvis en person med fremskreden demens bliver spurgt om vedkommende har lyst til at komme med til musikterapi, vil vedkommende oftest ikke kunne forholde sig til hvad spørgsmålet går ud på, og uanset om svaret er positivt eller negativt, vil det ikke nødvendigvis afsløre den demensramtes ønsker og intentioner. Under disse forudsætninger må compliance vurderes ud fra helt andre forudsætninger, og i sidste ende kan en "måling" af kompliant adfærd være et udtryk for selve terapiens effekt. Som eksempel på sidstnævnte målte Fitzgerald-Cloutier (1993) hvor længe en ældre, meget omkringvandrende kvinde med Alzheimers sygdom i et fremskredent stadie forblev siddende på en stol under et individuelt musikterapiforløb hvor terapeuten sang velkendte sange for hende. At udvise kompliant adfærd bliver på denne måde ikke en forudsætning inden musikterapiforløbet, men viser sig som en effekt af terapien undervejs i forløbet. Med denne forståelse bliver det op til terapeuten at tilrettelægge terapien på en måde der motiverer og tager udgangspunkt i klientens behov og ressourcer. Musikken får således karakter af et medie der motiverer til deltagelse og ikke stiller direkte krav til klienten. Hvis det lykkes at opbygge en tryk struktur, som gør den demensramte i stand til at genkende situationen fra gang til gang, vil det ikke blot være muligt at bruge musikken motiverende, men også f.eks. regulerende, hvilket jeg kommer ind på i næste afsnit.

## Risiko for malign regression

En malign regression kunne hos demensramte give sig udtryk ved at de bliver overstimulerede eller oplever kaos, angst og panik. Generelt vil mange demensramte opleve ikke at kunne honorere andres krav, ikke at kunne leve op til egne krav, og ikke at forstå andres intentioner. Med baggrund i dette vil demensramte ikke være egnede til terapiformer der stiller krav der overskrider den enkeltes grænser for formåen og som således virker truende og angstfremkaldende. Med

en anden vinkel på den maligne regression vil et terapiforløb der vægter en konstruktiv regression (Ridder 2002a) gøre brug af den regulerende effekt musik kan have og understøttende og trygge rammer give den demensramte mulighed for at falde til ro og slappe af, - og ikke mindst; nyde musikken. Udover at bruge musikkens regulerende effekt til at undgå f.eks. overstimulering ved at bruge genkendelige musikalske former og beroligende musikalske udtryk såsom blød stemmeføring, langsomt tempo, bløde melodiske konturer, kan terapeuten også bevidst bruge musikken som stimulering med uventede musikalske impulser, hurtig rytmik, abrupte tonebilleder i en fast struktur, mere energisk stemmeføring og eventuelt bevægelse/dans hvis den demensramte er svært kontakbar. I et stort antal undersøgelser er der taget udgangspunkt i hvordan musik kan have en regulerende effekt i forhold til agiteret adfærd (se Brotons 2000, s. 57). Her er der både undersøgt improvisation, musik der afspilles på en båndoptager, eller hvor der synges velkendte sange. Ved at gøre brug af og have kendskab til musikkens regulerende effekt vil jeg påstå at det er muligt at gennemføre et psykoterapeutisk forløb med demensramte uden at en malig regression opstår. Her også med den modsatte effekt hvor det kan være muligt at kontakte demensramte der ikke reagerer på svagere stimuli, men bliver opmærksomme og "vågne" når der bruges flere former for musikalske stimuli, som dog udtrykkes i en genkendelig form. Musikterapien giver således mulighed for at regulere hen til meningsfuld deltagelse hvor personen viser sin "kapacitet til at træde ind i et fælles felt sammen med musikterapeuten, og kapacitet til at bruge musikken som en støtte og en frugtbar katalysator for udvikling af kommunikative ressourcer" (Lindvang 2000, s. 11)

## Terapeutisk alliance

Hvordan skal en demensramt kunne indgå en terapeutisk alliance, når vedkommen-

de måske ikke kan genkende terapeuten fra gang til gang, ikke kan huske hvad der skete i musikterapien kort tid efter at den er afsluttet, og ikke er klar over at musikterapeuten kommer igen? Endnu engang må demensramte defineres som "ikke-egnede" til psykoterapi. Til gengæld ser jeg psykoterapi som egnet til demensramte, hvis begreberne betragtes fra en anden indfaldsvinkel. I sin artikel om kriterier for egnethed referer Lindvang til Hougaard (1996), der opdeler alliance-begrebet i "den personlige relation" og "arbejdsalliancen". Hele Tom Kitwoods forskningsarbejde, som har vundet stort indpas i demensomsorgen, bygger på at definere demensramtes subjektive verden og at betragte demensramte som PERSONER med demens og ikke personer med DEMENS (Kitwood 1997a). Kitwood betragter personer med demens som mennesker der er afhængige af personlige relationer (så vel som alle andre mennesker). Det bliver således terapeutens opgave at tilvejebringe forhold og rammer der muliggør personlige relationer. Igen er det den enkelte klients forudsætninger der definerer terapien, og ikke omvendt. I forhold til musikterapi, bruges her musikkens kommunikative effekt. Levende musik, udtrykt som sang eller som improvisation på instrumenter, rummer en bred vifte af muligheder for at kommunikere. Forskere i spædbørns kommunikation ser de musikalske grundelementer i den måde vi kommunikerer på som noget grundlæggende og medfødt (Malloch 1999; Trevarthen 1999) og forskning i Alzheimers sygdom viser at personer med en Alzheimers demens selv langt henne i sygdomsforløbet er i stand til at udøve og forholde sig til musik (Beatty et al. 1988, 1997; Crystal et al. 1989; Johnson 1996; Polk & Kertesz 1993). Et kommunikativt udtryk indeholder andre budskaber end det rent leksikale, og med fokus på nonverbale og para-lingvistiske udtryk (f.eks. stemmeføringen når personen synger, pauser eller rytme i de lydelige udtryk, stemmens klangfarve og dynamik) åbnes der op for en psykologisk og pragmatisk forståel-

se af kommunikationen (Hougaard 1996, s. 251). Evnen til at kunne kommunikere sammen er grundlaget for den personlige relation. Det bliver således terapeutens opgave at tilrettelægge kommunikationen på en måde, hvor den demensramte kan være med. I forhold til arbejdsalliancen som henviser til metoder og målsætning vil det være den demensramte der implicit definerer metoderne i forhold til de evner og ressourcer den enkelte har, og terapeuten der eksplicit definerer målsætningen, ikke i samarbejde med den demensramte, men i samarbejde med de nærmeste omsorgspersoner. Dette handler om næste punkt vedrørende krav om evne til at kunne formulere egne mål med terapiforløbet eller kunne tage stilling til terapeutens formulering af målsætning.

## Målsætning

At definere en målsætning for et terapiforløb kræver abstraktionsevne og indsigt, hvilket igen vil sige at demensramte i senere stadier af sygdomsforløbet ikke er egnede for psykoterapi. De vil ikke have indsigt i at den angst, sorg eller andre udtryk for BPSD, der måske præger deres hverdag, hænger sammen med de utallige tab de har været udsat for som en direkte følge af demenssygdommen; både tab af en kendt hverdag i kendte omgivelser med nære relationer, samt tab af kognitive og motoriske funktioner. Lignende eller andre tegn på BPSD kan herudover være følge af tidligere traumatiske oplevelser. Den manglende evne til at formulere egne mål med et terapiforløb bør dog ikke betyde at demensramte ikke kan få et tilbud om et terapeutisk forløb hvor der tages udgangspunkt i den enkelte persons psykosociale behov (se Kitwood 1997). På baggrund af samtaler med omsorgspersonale og af indledende klinisk assessment (se Bonde, Pedersen og Wigram 2001, s. 225) foretaget af musikterapeuten kan en målsætning formuleres i et tæt samarbejde med de nærmeste omsorgspersoner.

## Indsigtspotentiale

Indsigtspotentiale kræver som i ovenstående afsnit abstraktionsevne samt en evne til at reflektere verbalt og/eller musikalsk. I sin afhandling om "psykisk klarhed" hos personer med demens beskriver Norman at "personer med alvorlig demens viste mer av "sit selv" når kommunikationspartnerne viste oppriktig interesse og engasjement i forhold til det personen formidlet" (Norman 2002, s. 37) og at den psykiske klarhed opstår når "forbindelsen kjennetegnes av en dyp og inderlig kontakt og uten noen form for krav" (ibid). Psykisk klarhed gør det muligt for en person at reflektere, både over det nære og nuværende, men også over minder fra tidligere i livet eller over fremtiden og evt. døden. I denne sammenhæng er indsigtspotentialet afhængigt af forhold der tilvejebringer mulighed for at opnå momenter af psykisk klarhed. Her er det igen terapeuten der må gøre psykoterapien egnet for klienten ved at skabe rammer for et terapeutisk forløb der fremmer psykisk klarhed. Den psykiske klarhed fremmes ved en dyb og inderlig kontakt, ved den nære relation. Den nære relation bygges op af genkendelige rammer, tryghed og tillid. Det kan tage meget, meget lang tid at nå derhen hvor en nær relation er skabt, ligesom momenterne af klarhed og refleksion kan være så sjældne og korte at det vurderes at de ressourcer (både professionelle og økonomiske) der sættes ind, er for store i forhold til udbyttet. Men generelt set vil enhver person der lider af demens være "egnet" til at indgå i en nær relation, hvis ellers de ydre rammer og terapeutens indfaldsvinkel er tilpasset den enkelte. Velkendte sange, som den enkelte tidligere har haft et forhold til kan være med til at skabe trygge og genkendelige rammer om den enkelte session, men også om hele terapiforløbet. Det musikalske samvær kan foregå på mange forskellige planer, enten med aktiv improvisation på instrumenter hvor der tages initiativ og handles, eller med lytning til sange som terapeuten synger og hvor personen er modtager. På

denne måde kan de krav der stilles i samværet nøje tilpasses den enkelte person.

Under kriteriet om indsigtspotentiale nævner Lindvang (2000) den "korrektive emotionelle oplevelse" som en kurativ faktor i psykoterapi. I sin bog om Psykoterapi. Teori og forskning (1996) opstiller Hougaard følgende prototypiske bestanddele af den korrektive emotionelle oplevelse:

1. En aktivering af følelser her og nu i forholdet til terapeuten, der knytter sig til klientens problematik
2. En reaktion fra terapeutens side, der er egnet til at aflære klientens konfliktuelle tendens; ved at vise klienten, at følelserne er ubegrundede eller malplacerede, og/eller ved at den forventede negative reaktion fra terapeuten udebliver
3. En realitetskorrektion hos klienten, der oplever diskrepansen mellem egne følelser og den aktuelle situation, eller at hans/hendes negative forventninger afkræftes
4. En (eventuelt gradvis) generaliseret effekt, der resulterer i klientens mere hensigtsmæssige interaktionsformer uden for terapien og dermed mindre konfliktuelle relationer til andre. (Hougaard 1996, s. 153)

Som før nævnt vil den kommunikation der foregår i musikterapi med en demensramt klient fokusere på nonverbale og para-lingvistiske udtryksformer idet middelsvært eller svært demensramte kun i nogen grad vil kunne forholde sig til sprogets semantiske funktion. Terapeutens forholdemåde overfor emotionelle udtryk fra klienten vil således vise klienten om terapeuten er i stand til at møde, forstå eller rumme det udtryk klienten kommer med. Viser klienten vrede vil terapeutens måde at forholde sig non-verbalt eller para-lingvistisk til klientens ud-

tryk signalere om terapeuten "forstår" eller "rummer" vreden, eller om terapeuten bliver utryg og ikke kan eller vil håndtere følelsen. Viser terapeuten f.eks. at denne "magter" vreden ligger der implicit i den korrektive emotionelle oplevelse et budskab til klienten om, at terapeuten har forstået. Den indsigt der opnås i en korrektiv emotionel oplevelse er ikke nødvendigvis på et intellektuelt plan, men måske i højere grad kropslig eller følelsesmæssig. Musikalsk improvisation, sang og bevægelse kan i musikterapien benyttes som værdifulde udtryksformer der enten supplerer eller helt erstatter den verbale dialog. I et musikterapeutisk forløb har musikken således mange funktioner. Musikken kan bruges til motivation, regulering og til kommunikation for på denne måde at opbygge og bekræfte en relation.

## Konklusion

Ved at gennemgå de fem kriterier for "musikterapiegnethed" er det klart at demensramte i senere stadier af sygdomsforløbet generelt ikke er egnede til et musikpsykoterapeutisk behandlingstilbud da de muligvis ikke udviser kompliant adfærd eller motivation, er svære at kontakte og kan blive enten over- eller understimulerede, ikke umiddelbart formår at indgå i en terapeutisk alliance, ikke formår at formulere egne mål med terapiforløbet eller viser indsigtspotentiale. Der kan dog argumenteres for at et musikpsykoterapeutisk forløb omvendt kan været egnet for demensramte generelt, hvis der...

- \* fokuseres på motivationsskabende elementer i musikken
- \* fokuseres på musikkens regulerende muligheder
- \* fokuseres på nonverbale og para-lingvistiske udtryksformer for at fremme mulighederne for at kunne kommunikere sammen og opbygge en personlig relation

\* samarbejdet tæt med omsorgspersonale/  
kontaktpersoner omkring målsætning

\* stilles krav der er nøje tilpasses den enkelte klient

\* og endelig at terapeuten bruger den korrekte emotionelle oplevelse som en teknik der giver klienten en form for indsigt i egen situation

Musikken bruges med en bred indfaldsvinkel til at opbygge en genkendelig struktur, stimulere, motivere, regulere og endelig til at kommunikere med den enkelte person i en nær relation. Sammen med andre tiltag i den daglige omsorg og pleje kan musikpsykoterapi være et alternativ til farmakologisk behandling af BPSD.

Denne måde at arbejde terapeutisk på afspejler ideerne bag klient-centreret terapi som det er formuleret af Rogers i slutningen af 1940'erne, og som det i 1990'erne er taget op af Tom Kitwood (1997), der har formuleret en alvorlig kritik af vor tids demensomsorg og opstillet et alternativ med "person-centred dementia care". Kitwood mener at terapeutisk forandring skabes gennem relationen til et andet menneske og det påvirkningsaspekt der kan opstå i kommunikation. I forhold til om psykoterapi er realistisk i forhold til demensramte formulerer Kitwood følgende:

"The good relationship is slowly internalized in emotional memory, helping to make up for deficiencies in early parenting. Through "holding" a person may be able to work through unresolved conflicts and painful emotions. Through validation a person develops the capacity to experience his or her life in a richer way, with less need to use defence to blank out subjectivity. Through facilitation new action schemata are formed, particularly of a relational kind, and these are then transferred to relational contexts elsewhere.

There is a gradual reorganization of the inner world, with greater resilience and a reservoir of positive feelings." (Kitwood 1997, s. 98)

Kitwood nævner her teknikker som holding, validation og facilitation, men kommer i sit forskningsarbejde frem til hele 12 former for interaktion der kan bruges i en person-centreret demensomsorg. Holding, validation og facilitation fremhæver Kitwood som specielt velegnede til psykoterapeutisk arbejde.

## Illustration ved hjælp af en case

Jeg vil slutte af med et meget kort case-eksempel fra den 8. session jeg havde med fru D. Fru D's diagnose lyder på vaskulær demens. Ved kognitiv testning, MMSE (Folstein), scorer hun 5 ud af 30, og hendes funktionsniveau vurderes til at være på trin 6 (af 7) på FAST-skalaen (Reisberg). Ved assessment af agiteret adfærd på baggrund af CMAI (Cohen-Mansfield) observeres der fysisk aggressiv adfærd samt fysisk ikke-aggressiv adfærd omkring 1-2 gange om dagen og verbal agiteret adfærd, både aggressiv og ikke-aggressiv, 3-6 gange om dagen. Fru D bor på en gerontopsykiatrisk plejehjemsafdeling for 24 beboere, og er en af de få demensramte beboere der behandles med både antidepressiv og antipsykotisk medicin (Risperdal 1/2 mg og Zoloft 50 mg i døgnet). Fru D har tidligere kunnet et bemærkelsesværdigt bredt repertoire af sange udenad og har sunget derhjemme til grammfonen og radioen samt i kirkelige sammenhænge. Hun har hovedsagelig været hjemmegående husmor og taget sig af familie og børn. Samtlige sessioner med fru D er optaget på video og umiddelbart efter hver session har jeg taget noter.

Inden den individuelle musikterapi virker fru D ofte "opkørt" og bevæger sig rundt på afdelingen mens hun råber på hjælp eller skælder ud på medbeboere. Hun falder



påfaldende hurtigt ned når vi begynder at synge. Inden vores 8. session finder jeg hende vred og udskældende, men hun stopper med at råbe da jeg kommer hen til hende. Da vi kommer ind i musikterapirummet begynder hun at græde og hun siger: "må jeg ikke godt komme op og sove (græder). Må jeg ikke gerne gi' mig en pille. Så jeg kan sove." Jeg starter med at synge en kort sang som hver session indledes med. Jeg synger goddag, giver fru D hånden, synger hendes navn og synger at jeg nu vil synge nogle sange for hende. Hun reagerer på sangen ved at nikke. Herefter fortsætter jeg med samme melodi hvor jeg synger at jeg kan se at hun er ked af det. Fru D tørrer sine øjne og beder om et lommetørklæde. Efter at have fundet et lommetørklæde synger jeg Ottosens udgave af "Det haver så nyligen regnet" (Folkehøjskolens Sangbog nr. 404). Jeg vælger den sang fordi den for mig kan rumme nogle af de følelser jeg opfatter at fru D udtrykker. Sangen bliver mit svar på dét hendes gråd fortæller mig. Jeg forholder mig til hendes følelsesudtryk på en måde hvor det får en form og struktur, og hvor jeg viser at jeg forholder mig til, accepterer og rummer hendes "udsagn". Jeg giver mig således ikke selv til at græde – eller hvis hun er vred: til at råbe op. At bruge sang på denne måde handler især om "holding" og "validation" (Kitwood 1997, s. 91).

I starten af sessionen synger fru D ikke med, med sidder ubevægelig mens jeg synger. Efter at have sunget "Altid frejdig når du går" (FS nr. 569) og "Flyv fugl! Flyv..." (Senior Sangbogen nr. 101) synger jeg "Danmark nu blunder den lyse nat" (FS nr. 339) hvor fru D nikker og herefter begynder at tralle med. Sidst i sessionen, da jeg synger "Skuld gammel venskab" (FS nr. 521), synger hun med på hele sangen, ler og kommenterer teksten. Da vi slutter efter en halv times musikterapi takker jeg for denne gang og siger at vi ses i morgen. Fru D svarer klart og med pauser mellem sætningerne: "Det var godt du kom i dag (ler). Jeg glemte helt, hvad jeg var ked af. Det var jeg. Det gjorde jeg. Skidt med

det(ler). Nå, og hvad så? Hvad for én skal vi synge i morgen?". Fru D er her helt klar og relevant. Hun forholder sig til og sætter ord på at hun var ked af det og græd da sessionen startede. Hun forholder sig til terapeuten og således til den personlige relation. Det er ikke til at vide om hun siger "skidt med det" til at hun var ked af det, eller til at hun har glemt hvad hun var ked af. Men hendes smil, latter og den rolige måde hun taler på viser en følelsesmæssig forandring hvor hun viser overskud, klarhed og veltilpashed.

Jeg bruger dette case-eksempel fordi fru D sætter ord på som klart illustrerer at hun kan forholde sig til et vist tidsaspekt (hun kommenterer starten af sessionen og spørger til hvad vi skal synge i næste session), kan forholde sig til den personlige relation og viser en vis indsigt i den emotionelle forandring. Hvis en demensramt ikke formår at sætte ord på, er det nødvendigt med observation af nonverbale eller para-lingvistiske udtryk for at dokumentere den forandring der kan ske som følge af musikpsykoterapi og som berettiger denne indfaldsvinkel i demensomsorgen.

## Litteratur

- Beatty, W. e. a. (1988). Preserved musical skill in a severely demented patient. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 10(4), 158-164.
- Bird, M. (2002). *A primarily psychosocial approach to challenging behaviour in dementia: results of a controlled trial*. Paper presented at the 16. nordiske kongres i gerontologi. Aldring og individualitet, Århus, Denmark.
- Bonde, L. O., Nygaard Pedersen, I., & Wigram, T. (2001). *Musikterapi. Når ord ikke slår til*. Århus, Denmark: KLIM.
- Borzan, N. (1998). Decades After Midlife Mark A Frontier for Mental Health. *The New York Times* (March 16th)
- Brotons, M. (2000). An Overview of the Music Therapy literature Relating to Elderly People. In D. Aldridge (Ed.), *Music Therapy in Dementia Care* (pp. 33-62). London: JKP.

- Bruhn, P. (2000). Tror De det er Alzheimers doktor? Jeg er blevet så glemsom. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerni*, 08, 981-995.
- Crystal, H. A., Grober, E. & Masur, D. (1989). Preservation of musical memory in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 52, 1415-1416.
- DemensNyt.(2002). Musikterapi til demente med adfærdsforstyrrelser. Interview med Niseema Marie Munk-Madsen. *DemensNyt*, 27, 12-13.
- Eg, S. (2001). *Musikprojektet på Betania. Om musik og demente*. Århus: Lokalcen-ter Betania.
- Fitzgerald-Cloutier, M. L. (1993). The use of music therapy to decrease wandering: an alternative to restraints. *Music Therapy Perspectives*, 11, 32-36.
- Hougaard, E. (1996). *Psykotterapi. Teori og forskning*. Copenhagen: Dansk Psykologisk Forlag.
- Johnson, J. K., & Ulatowska, H. K. (1996). The nature of the tune and text in the production of songs in Alzheimer's type dementia. In R. S. Pratt, R. (Ed.), *MusicMedicine II*. Saint Louis, MO: MMB Music.
- Kitwood, T. (1997a). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kitwood, T. (1997b). The Experience of Dementia. *Aging & Mental Health*, 1(1), 13-22.
- Lindvang, C. (2000). Er musikterapi et relevant behandlingstilbud? - en dynamisk vurdering, *Den musikterapeutiske behandling. Teoretiske og kliniske refleksioner. Årsskrift 2000* (pp. 7-29): Musikterapiklinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet.
- Lindvang, C., & Frederiksen, B. (1999). Suitability for music therapy: evaluating music therapy as an indicated treatment in psychiatry. *Nordic Journal of Music Therapy*, 8(1), 48-58.
- Malloch, S. (1999). Mothers and infants and communicative musicality. *Musicae Scientiae, special issue 1999-2000*, 29-54.
- Munk-Madsen, N.M. (1998). Musikterapeut i en miljøterapeutisk institutionskultur. *Nordic Journal of Music Therapy*, 7(1), 65-69.
- Munk-Madsen, N. M. (2000). *Kun et eneste nu - om et projekt. Musikterapi med demente i Kridthuset i Nivå*. Paper presented at the Musikterapi 2000. Første Danske Konference, Brandbjerg Højskole juni 2000.
- Munk-Madsen, N. M. (2001a). *Musikterapi til demente med adfærdsforstyrrelser*. Gentofte Kommune: Plejehjemmet Kridthuset.
- Norman, K. (2002). Psykisk klarhed hos personer med demens. *Demens*, 6(2), 19-23.
- Normann, H. K. (2001). *Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care*. Umeå University Medical Dissertations. New Series 753: ISSN: 0346-6612.
- Polk, M., & Kertesz, A. (1993). Music and language in degenerative disease of the brain. *Brain and Cognition*, 22, 98-117.
- Ridder, H. M. O. (2001). Musikterapi med ældre. In L. O. Bonde & I. N. Pedersen & T. Wigram (Eds.), *Musikterapi: når ord ikke slår til* (pp. 178-181). Århus: KLIM.
- Ridder, H. M. O. (2002a). *Musik & Demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Aalborg: FormidlingsCenter Nord. www.fcnord.dk.
- Ridder, H. M. O. (2002b). Music Therapy in Clinical Practice: Music Therapy with Older Adults. In T. Wigram & I. Nygaard Pedersen & L. O. Bonde (Eds.), *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training* (pp. 188-196). London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Trevarthen, C. (1999a). Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiae, special issue 1999-2000*, 155-199.
- Worm, J. (2002). Geriatri og gerontologi i historisk perspektiv. *Gerontologi og Samfund*, 18(2), 33-35.
- FS: Folkehøjskolens Sangbog, 17. udg., 1989  
SS: Senior Sangbogen, 1996