

Jeg fornemmer at sangen gør fru
F nærværende og at hun reagerer
følelsesmæssigt på de lange, malende toner, jeg
synger til hende.

- Hanne Mette Ochsner Ridder -



Hanne Mette Ochsner Ridder

Musikterapeut, ph.d., ekstern lektor ved Institut for Musik og Musikterapi på Aalborg Universitet. Midlertidigt ansat på Musikterapiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus i en stilling som udover forskning indeholder klinisk musikterapeutisk arbejde indenfor det børne- og ungdomspsykiatriske område. Har siden 1995 arbejdet med klinisk musikterapi indenfor det gerontopsykiatriske område og har bl.a. udgivet bogen Musik og Demens (Ridder 2005).

Musikbiografi og musikreminiscens som led i musikterapeutisk behandling af personer med frontotemporal demens

Hanne Mette Ochsner Ridder

Resumé: At reflektere over sine følelser og sin egen situation, være kreativ og fantasifuld, og kunne planlægge og udføre målrettede handlinger hænger sammen med funktioner der involverer den forreste del af hjernen. Disse evner eller funktioner kan skades ved frontotemporale demensformer. Fra Rigshospitalets Hukommelsesklinik konkluderes at behandling af frontotemporal demens primært bør have karakter af psykosociale tiltag. Artiklen her er et bud på hvordan musikterapi kan anvendes i behandlingen af frontotemporal demens. Der fokuseres på musikbiografi og musikvalidering samt musikterapeutiske teknikker hvor cuing, arousal-regulering og begrebet samstemthed indgår. Den teoretiske gennemgang illustreres ved artiklen igennem at inddrage casemateriale vedrørende fru F.

Indledning

Fru F skal på charterferie med sin søster. De skal sydpå, ned til varmen. De har ofte været på dejlige ferieophold og plejer at planlægge og snakke om turen i måneder inden afrejsedagen. Men denne gang virker fru F mærkeligt ligeglad, og søsteren undrer sig over om fru F måske slet ikke har lyst til rejsen. Før de øvrige rejser har de hygget sig med alle de mange beslutninger der skulle tages: Hvor mange penge skal de veksle? Hvilke attraktioner skal de se? Hvilken 'garderobe' skal i kufferten? Denne gang ender det med at søsteren står for al planlægningen. Flere gange dukker fru F slet ikke op, når de har aftalt at skulle mødes, og andre gange er hun der pludselig, selvom de ikke har en aftale. Søsteren slår det hen. Det er jo ikke fordi fru F sådan er specielt glemsom. Hun virker bare så forandret.

Søsteren slår det også hen da fru F virker irriteret og opfarende på rejsen. Og at hun 'gnatter rundt' med maden i flyveren. Men da

de kommer op på hotelværelset for at pakke ud og indrette sig, som de normalt gør, går det op for hende at noget er rivende galt. Fru F smider sig på sengen og falder i dyb søvn. Da søsteren har pakket sit eget tøj ud, åbner hun fru Fs kuffert for i det mindste at hænge hendes kjoler på bøjle. I kufferten ligger kun en toilettaske og 4 tykke sweatere.

9 måneder efter denne ferie møder jeg fru F for første gang. Efter en kortere periode på det lokale plejehjem flytter hun ind på den gerontopsykiatriske afdeling hvor jeg er ansat som musikterapeut. Hun er ikke længere i stand til at bo for sig selv. Hun vandrer hvileløst rundt og er adskillige gange blevet hentet af politiet meget langt væk fra det første plejehjem. Hendes sprog er reduceret til nogle enkelte ord som hun anvender til at udtrykke alt med. Fru F får diagnosen: Picks sygdom. Det er en af mange sygdomme som rammer frontallapperne og de forreste dele af temporallapperne. Disse forreste dele af hjernen er vigtige for at kunne fungere sammen med andre mennesker.

Frontotemporal demens

Frontallapperne

Fra at have overset frontallappernes (pandelapperens) betydning, er de i det seneste årti i høj grad kommet i fokus i neurologisk forskning (f.eks. Damasio 1994; Goldberg 2001). Umiddelbart kan en person fungere og løse opgaver trods omfattende skader i frontallapperne, fordi grundlæggende kognitive færdigheder virker intakte (Gade 2004), men, som vi ser hos fru F, mister personer med frontallapskader evnen til at danne sig overblik, planlægge og tage beslutninger. I "The executive brain" som på dansk er oversat til "Hjernens dirigent" tager den russisk/amerikanske neurolog Elkhonon Goldberg (2001) udgangspunkt i frontallapperens betydning for det moderne, civiliserede menneske. Menneskets frontallapper optager 29% af hele hjernebarken. Hos chimpanser optager de 17% og hos katte 3,5%. Menneskets evne til at kommunikere med sprog, reflektere over sine følelser og sin egen situation, være kreative og fantasifulde, planlægge og udføre målrettede handlinger kan knyttes sammen med vores udviklede frontallapper. Frontallapperne er længe om at færdigudvikles og er først modne når vi kommer ud af teenageårene.

Temporallapperne

Ud over frontallapper, parietallappen (isse-) og occipitallappen (nakke-) har vi de områder ved ørerne som kaldes temporallapperne eller tindingelapperne. Disse områder indeholder f.eks. høresansens primære område samt områder der er involveret i sprog, f.eks. at kunne forstå hvad andre siger, men også selv at kunne benævne genstande eller forklare mere abstrakte forhold. Temporallapperne er ofte blevet fjernet i forbindelse med svær epilepsi, og det har medført at vi ved en del om deres funktion (Gade 2004). Nogle patienter, der lider af temporallap-epilepsi, fortæller om dybe kosmiske eller religiøse oplevelser under deres anfald hvilket kan betyde at mekanismer, som indgår i religiø-

se oplevelser, hænger sammen med temporallapperne (Kringelbach 2004). I forbindelse med dette er det også interessant, at der i overgangen mellem frontal- og temporallapperne findes en vigtig struktur kaldet amygdala eller mandelkernen. Amygdala forbindes med emotionelle tilstande af f.eks. frygt og angst. Temporallapperne er vigtige når vi danner erindringer, men efterhånden som disse erindringer er blevet lagret i langtidshukommelsen er det andre systemer i hjernen der tager over (LeDoux 1998).

Frontotemporal degeneration

Skader i de forreste dele af hjernebarken giver ikke så entydige og konkrete symptomer som skader i hjernens bageste dele. De bageste dele er især er vigtige for at vi kan modtage og bearbejde sanseindtryk fra omgivelserne. Hvis fru Fs hjerne var blevet undersøgt ved en MR-scanning, ville man muligvis have kunnet se at de vindinger og snoninger, som hjernebarken folder sig sammen i, er svundet ind. Et sådant svind (atrofi) af hjernevæv kan bl.a. skyldes at nerve- eller støttceller er gået til.

Symptomer på FTD

Degenerative sygdomme, der rammer hjernens forreste dele, betegnes med det forholdsvise nye begreb: Frontotemporal Demens (FTD). Der kan være flere årsager til degeneration eller svind af hjernevæv i de frontotemporale dele. F.eks. kan gentagne mindre blodpropper ødelægge hjerneceller eller der kan være ophobninger af Tau-protein, Pick-celler eller Pick-bodies.

I dag ved vi meget mere om frontotemporale sygdomme og har nu mulighed for at inddrage billeddiagnostik. Det gør det lettere at finde ud af hvad den enkelte fejler og på baggrund af dette forsøge at afdække den enkeltes behov. I begyndelse af et sygdomsforløb har mange patienter været gennem det psykiatriske system og fået diagnoser som depression eller skizofreni (Gade 2004). Til forskel fra psykiatrisk sygdom træ-

der de første symptomer på FTD frem på et senere tidspunkt, og patienterne vil have levet et "ganske normalt" liv uden psykiatriske symptomer. De første symptomer på FTD vil være vanskeligheder med at begå sig socialt. Man ser at patienterne ...

"handler impulsivt, udviser ringe dømmekraft og manglende respekt for sociale normer. De foretager sig meget lidt på eget initiativ, har svært ved at gennemføre målrettede handlinger og bliver ligeglade med personlig hygiejne og påklædning. Interessen for andre mennesker svækkes, og de synes følelsesmæssigt upåvirkede af selv ganske alvorlige begivenheder. Adfærden domineres af rutineprægede, stereotype gentagelsesmønstre, ligesom udpræget stimulusbunden adfærd ofte forekommer. U hæmmet fødeindtagelse og/eller udvikling af forkærlighed for søde sager beskrives ofte" (Stokholm & Waldemar 2003).

I forhold til diagnostisk udredning vurderes adfærdsmæssige forstyrrelser, ændringer i tale og sprog, fysiske tegn (f.eks. inkontinens eller primitive reflekser) samt undersøgelsesresultater fra f.eks. neuropsykologiske tests eller scanninger. FTD adskiller sig fra andre demensformer ved at patienterne i starten af forløbet har en god hukommelse for nyere begivenheder og en god sprogforståelse. De vil normalt kunne finde vej og f.eks. tage bussen, og vil kunne lægge puslespil, kopiere mønstre og udføre simple handlinger som f.eks. påklædning og spisning. Efterhånden som sygdommen skrider frem vil flere områder i hjernen blive skadet, og man vil i et fremskredet sygdomsforløb se generel reduktion i alle færdigheder som ved andre demensformer (ibid.).

I takt med at vi er blevet bedre til at diagnosticere demenssygdomme er der opstået en gruppe af yngre demensramte, som, hvor der ikke findes andre tiltag, tilknyttes det psyki-

atriske system. Hos 1/5 af gruppen af yngre demensramte er der tale om FTD. Dvs. personer med alvorlige adfærds- og personlighedsmæssige ændringer frem for kognitive forstyrrelser (ibid.).

FTP rammer især i alderen 45-65, og der ses ikke en stigning af tilfælde hos gruppen over 65 år, som det ses ved f.eks. AD (Alzheimers sygdom). AD og Lewy body-demens er de to hyppigste demenssygdomme der rammer hjernebarken. Herefter kommer FTD som den 3. hyppigste.

Behandlingsmuligheder

I en artikel om frontotemporal demens i Ugeskrift for Læger konkluderer Stokholm & Waldemar (2003) fra Rigshospitalets Hukommelsesklinikk, at udredning og behandling af FTD er en vanskelig opgave som kræver tværfagligt samarbejde mellem forskellige specialer og specialister. Da der ikke findes nogen specifik farmakologisk behandling bør behandling af FTD "primært have karakter af *psykosociale tiltag*" (Stokholm & Waldemar 2003, s. 556).

Neuropsykolog ved Kbh.'s Universitet, Anders Gade, mener at "det vigtigste i behandlingen er at finde praktiske løsninger på eventuel uacceptabel eller generende adfærd og at give støtte og aflastning til ægtefællen" (Gade 2004).

Jeg vil i denne artikel pege på musikterapi som en mulighed i behandlingen af personer med FTD.

Musikterapi

Litteratur om musikterapi med demensramte

I et ph.d.-forskningsprojekt ved Aalborg Universitet i samarbejde med Plejehjemmet Caritas ved Århus har jeg undersøgt anvendelsen af sang i individuel musikterapi med svært demensramte der udviste agiteret adfærd. To af de seks

deltagere havde efter indflytning på den gerontopsykiatriske afdeling fået revideret deres første diagnose via Gerontopsykiatrisk Afdeling på Psykiatrisk Hospital i Risskov – herunder fru F – hvor man nu var opmærksom på symptomer der hang sammen med frontotemporale skader. Dette skete i slutningen af 1990'erne. Generelt tegner der sig det billede, at fra tidligere at havde stillet uspecifikke diagnoser som f.eks. *senil demens*, får flere demensramte nu stillet mere præcise diagnoser. Dette afspejles i musikterapilitteraturen hvor kun få undersøgelser fra 1980'erne og 1990'erne fokuserer på specifikke diagnoser eller demensstadier. Det er således svært i en litteraturgennemgang at indsamle viden omhandlende kliniske resultater med personer der lider af FTD. I en litteraturgennemgang (Ridder 2005) konkluderes det bl.a. at musik i aktiviteter eller terapi kan have en gavnlig effekt på kommunikative, fysiologiske, kognitive og sociale områder hos demensramte generelt. Det ses også at musik tilsyneladende kan bruges til regulering af agiteret adfærd, fordi musikken kan fungere som kilde til både stimulation og beroligelse.

Resultaterne fra ph.d.-forskningsprojektet (Ridder 2003) viser at både de demensramte med diagnosticeret AD eller VaD (vaskulær demens) samt de, hvor beskrivelsen af frontallapskader indgik i den endelige diagnose, profiterede af musikterapien. Der sås en øget grad af compliance samt en lang række nonverbale eller paralingvistiske måder at kommunikere med musikterapeuten på. Hos 5 af de 6 deltagere, herunder fru F, sås statistisk signifikante fald i pulsfrekvens i en uge efter musikterapien, sammenlignet med pulsfrekvensen i ugen før en måneds daglig musikterapi. Dette vil blive uddybet senere i artiklen.

Musikterapi og samstemthed

Når jeg i det følgende ønsker at fokusere på anvendelsen af musik i omsorgsarbejdet med

demensramte, er det med den grundantagelse at musik kan være indfaldsvinklen til en bred vifte af måder at være sammen med et andet menneske på. Jeg ser det som grundstenen i den videre behandling at skabe en ramme for et trygt og positivt samvær. Mange midaldrende og ældre mennesker har fra deres opvækst og voksenliv positive erfaringer med at synge, spille eller lytte til musik. Hvis dette i første omgang kan danne basis for en konstruktiv måde at være sammen på – for "samvær" – kan det i anden omgang give mulighed for interaktion – "samhandlen" – hvor den nære relation, der kan opstå gennem dette, kan være et middel til at opfylde den demensramtes psykosociale behov. De opfyldes når der opstår "samstemthed". Karin Zingmark og Ketil Normann, som har forsket i kommunikation i forhold til demensramte, betegner samstemthed som

"en dyp og inderlig kontakt uten noen form for krav" (Normann 2001, s. 17).

Zingmark og Normann betegner det vigtigste kendetegn ved samstemthed som en delt følelsesmæssig tilstand som opstår af en 'vifølelse'. Kommunikationspartnerne er en del af samme virkelighed og deler oplevelser og erfaringer, selvom de ikke nødvendigvis har samme orientering i tid og sted (ibid.). Samvær kan opnås gennem samhandlen eller omvendt, men begge tilstande er grundlag for en sammenknytning eller relation hvor to adskilte individer gensidigt påvirker hinanden. Den dybe kontakt i samstemtheden opstår i en *dialog*.

Musik kan i diverse aktiviteter danne grundlag for samvær og samhandlen. Her er det naturligvis vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte deltagers præferencer og kompetencer. Nogle personer bryder sig ikke om at synge, men vil måske gerne danse til musik, eller nyder at lytte til bestemt musik. Med fokus på samværet og interaktionen mellem deltager og terapeut kan en samstemthed udvikles. Det er i disse øjeblikke af meningsfuld samstemthed at den demensramte, uanset

demensstadie, kan få opfyldt grundlæggende psykosociale behov.

En begrundelse for hvorfor det betragtes som vigtigt og relevant at opfylde grundlæggende psykosociale behov hos demensramte kan bl.a. findes i den britiske demensforsker Tom Kitwoods argumentation for personcentreret demensomsorg (se Kitwood 1997, Ridder 2003). Grundlæggende afspejler et fokus på psykosociale behov hos demensramte et humanistisk syn på demensplejen og et personcentreret fokus som bl.a. er inspireret af Carl Rogers klientcentrerede terapi.

Anvendelsen af musik afspejler her især et fokus på musik som et psykosocialt fænomen, der kan danne basis for samvær og samhandlen, uden at der stilles krav. Der tages udgangspunkt i den enkelte deltagers ressourcer, kompetencer og motivation, og musikkens flertydighed kan enten erstatte eller kompensere for manglende sproglig kunnen. Herudover ønsker jeg at fokusere på musikken som en måde at kompensere for manglende koncentrations- og opmærksomhedsfunktioner samt manglende muligheder og evner til at regulere arousalniveau.

Musikterapi i forskellige faser af FTD

Da jeg møder fru F første gang har hun allerede meget tydelige symptomer på FTD og kan ikke længere klare sig selv. Da jeg udelukkende har arbejdet med svært demensramte mennesker har jeg ingen erfaring med at arbejde med musikterapi med mennesker der kun er mildt ramt af FTD. Men jeg ville kunne have sprunget mange trin over i det musikterapeutiske arbejde, som det senere fremgår af beskrivelsen af fru Fs musikterapiforløb, hvis forløbet var startet på et tidligere tidspunkt. Derfor ønsker jeg her at komme med forslag til musikterapeutisk arbejde i de første faser af FTD (som kendetegnes ved milde kognitive forstyrrelser), udover at illustrere musikterapeutisk arbejde i senere stadier af FTD (som kendetegnes af svære personlighedsmæssige ændringer, ge-

nerelt nedsat kognitivt funktionsniveau samt behov for hjælp i alle daglige gøremål).

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende demens anbefaler i en redegørelse fra 2001 at *livshistorie*, *reminiscens*, *validering* og *sansestimulering* indgår som non-farmakologiske behandlingsmetoder i demensomsorgen frem for tidligere metoder som mentalstimulering, realitetsorientering og adfærdstræning (Sundhedsstyrelsen 2001). Jeg mener at specielt arbejdet med livshistorie tidligt i demensforløbet vil kunne påvirke den senere omsorg i positiv retning. I det følgende vil jeg derfor kort beskrive musikterapeutisk arbejde der inddrager livshistorie, nemlig *musikbiografi*.

Som vigtige behandlingsmetoder i de senere faser af en demenssygdom vil jeg derefter uddybe hvordan cuing-, regulerings- og valideringsteknikker er vigtige arbejdsredskaber i det musikterapeutiske arbejde med personer der er svært ramt af FTD.

Musikterapi ved mild FTD

De første symptomer på mild FTD er adfærdsændringer, som det i første omgang kan være svært med sikkerhed at relatere til en demenssygdom. Adfærdsændringerne kan som i fru Fs tilfælde udmønte sig i at den demensramte ikke længere kan planlægge og administrere mere komplicerede opgaver som f.eks. detaljeret at planlægge et ferieophold. Eller det kan udmønte sig i impulsstyret adfærd hvor vedkommende meget nemt lader sig distrahere og ikke fuldfører det, vedkommende er i gang med, før noget andet fanger opmærksomheden. Det kan føre til at de samme handlinger bliver gentaget utallige gange i løbet af en dag (f.eks. at gå ud og kigge efter posten gang på gang) og således til manglende vedholdenhed i forhold til andre ting, der ikke bliver afsluttet.

Klart strukturerede musikaktiviteter som indrammes med start- og slutmusik og indeholder en klar organisering af selve

sessionen skaber den nødvendige ramme, som gør, at personen med mild FTD kan blive i aktiviteten. Så længe musikken spiller eller vedkommende selv er involveret i sammenspil/improvisation, kan engagementet til en vis grænse bremse for de mange impulser der normalt kommer i forhold til at "skulle videre" eller til at udføre såvel småting som vigtige handlinger man *lige* kommer i tanke om. Det er her en forudsætning at musikaktiviteten er struktureret, så unødigt støj og afbrydelser ikke forstyrrer det 'flow' der gerne skulle opstå i sessionen.

Hvis musikken kan engagere til samvær/samhandlen er der chance for at de mange impulser til at afbryde det, man er i gang med, ikke opstår – eller nemmere kan fejles til side.

I tilbageblik ser det ud til at en af de første adfærdsændringer hos fru F var, at hendes trang til at gå blev stærkt forøget. Fru F havde altid været glad for at gå lange ture. Nu blev de lange ture hyppigere og hyppigere, og længere og længere. Hun kunne være væk i timevis, uden bagefter at kunne fortælle hvor hun gik hen. Denne impuls til at gå fortsatte til det sidste i hendes demensforløb. Da der på det lokale plejehjem ikke var mulighed for at hun kunne udleve det behov, og da politiet ikke kunne vedblive at lede efter hende når det lykkedes hende at komme af sted, blev hendes såkaldte ambulering betragtet som problemadfærd. Hun blev derfor flyttet til en gerontopsykiatrisk enhed på Plejehjemmet Caritas hvor forholdene var egnede til at hun kunne vandre omkring, både ude og inde, uden fare for at gå vild – bortset fra når hun gik ud ad hovedindgangen, hvor et personalemedlem derfor ville gå med hende eller senere gå hende i møde.

Fru Fs impuls til at rejse sig og gå afspejlede sig lige fra starten af hendes indflytning. Hun var på dette tidspunkt allerede i et fremskredent demensforløb, men selv her kunne hun for en

periode forblive siddende, og få hvilet lidt ud, når hun deltog i aktiviteter med fællessang. Musik er struktureret i tid og er en fortløbende auditiv stimulus, der er genkendelig i harmonik, melodi og form. Disse egenskaber ved musik gør at den kan hjælpe til at fastholde opmærksomheden og engagementet. At få hjælp til en sådan deltagelse kan for personer som fru F være nødvendig for at kunne indgå i samvær og samhandlen med andre.

Musikbiografi

I bogen Musik & Demens (Ridder 2005) har jeg på baggrund af en systematisk litteraturgennemgang beskrevet en lang række aktiviteter med demensramte hvor musik indgår. Her beskrives bl.a. musikreminiscens og stressreduktion. Musikreminiscens er beskrevet i forhold til middelsvært til svært demensramte af bl.a. den norske musikterapeut Randi Rolvsjord (1998) og den danske musikterapeut Niseema Marie Munk-Madsen (2000). I musikreminiscens kompenseres for problemer med at få adgang til semantiske hukommelsessystemer ved at lokke erindringerne frem via bestemte musikstykkers kobling til episodisk og emotionel hukommelse. I den følgende beskrivelse er musikreminiscens en del af musikbiografien. Det, at bestemte musikstykker kan vække følelsesmæssige erindringer, anvendes her som en vigtig faktor i musikterapien.

'Musik-faciliteret stressreduktion' beskrives af de amerikanske musikterapeuter Susanne Hanser & Alicia Ann Clair (1996). De arbejder med aktive teknikker til afspænding og stressreduktion, og bygger de enkelte sessioner op med et afvekslende program af musikaktiviteter som f.eks. musiklytning og bevægelse til musik. Grundprincipperne for deres metode er at dét, at få demens tæt ind på livet, meget let kan føre til stress, som har en negativ indflydelse på adfærd, kognition og helbred. De arbejder i små grupper med både demensramte og pårørende, og formålet er at deltagerne lærer konstruktive

copingstrategier og anvendelse af non-verbale kommunikationsformer. Metoden er beskrevet i Ridder 2005 (kap. 14).

Jeg vil her fokusere på musikbiografi som ramme om terapeutiske forløb med personer med mild FTD. I musikbiografien inddrages og arbejdes med den musik der tidligere har betydet noget i den enkeltes liv, og som sådan er med til at beskrive vigtige episoder eller epoker i livet. Musikbiografi er ikke beskrevet med mildt demensramte, og jeg har ikke selv erfaring med metoden med denne målgruppe. Men på baggrund af min erfaring med musikterapeutisk arbejde med svært demensramte ser jeg det som en stor fordel i det senere omsorgsarbejde, hvis den svært demensramte har deltaget i et forløb med musikbiografi. Vedkommende har således både beskrevet og evt. samlet den musik, der på et tidligere tidspunkt har været nøglen til vigtige begivenheder i personens liv. Ved hjælp af musikken og en optegnet biografi har terapeuten derfor, når person senere er svært demensramt, nogle vigtige hjælpemidler der kan gøre det muligt at møde personen i en tilstand af samstemthed, og opleve noget der kan udtrykke dele af vedkommendes identitet og levede liv.

Den konkrete musikalske fortælling

Helt konkret går et *musikterapeutisk forløb med musikbiografi anvendt som metode* ud på at den mildt demensramte og terapeuten sammen udforsker den demensramtes musikalske fortælling – som er en fortælling om den musik der har haft en speciel betydning for personen livet igennem. (Dette kan eventuelt foregå i samarbejde med vedkommendes partner eller andre nære relationer.) Den norske musikterapiprofessor Even Ruud har forsket i musikbiografiarbejde med musikterapistuderende (Ruud 1997). Den tyske musikterapeut Isabelle Frohne-Hagemann har skrevet om musikalsk 'life-panorama' med kvinder fra Østberlin (Frohne-Hagemann 1998), og den canadiske

musikterapeut Cheryl Beggs har beskrevet 'life-review' med en 86-årig døende mand. Indenfor geriatrien har Robert Butlers fokus på 'life-review' helt tilbage fra 1963 (Butler 1963) bidraget til at betragte processen med at *se tilbage på sit levede liv* som en værdifuld proces. Kandidat i musikterapi, Lis Karlsen, har praksiserfaring med musikbiografi med tidligt diagnosticerede demensramte med Alzheimers sygdom, og der er med inspiration i hendes beskrivelse af dette arbejde, samt de førnævnte metoder, at jeg forestiller mig arbejdet med musikbiografi med personer med mild FTP.

Den musikalske fortælling foregår over flere sessioner, og begynder ved deltagerens tidlige barndom og fortsætter gennem ungdom, tidlige voksenliv og frem til nutiden. Ved at snakke om, og gerne synge eller spille, de sange/melodier/musikstykker deltageren husker, dannes en konkret optegnelse over musik som har betydet noget for personen. Der tales om hvad musikken 'gør' eller hvordan den påvirker deltageren. Der kan således være musik, deltageren gerne synger med til, får lyst til at danse til, anvender til at slappe af til, lytter til når vedkommende er trist, osv. Alt afhængig af, hvor meget materiale man får samlet og beskrevet, kan optegnelsen deles op i kategorier, i forhold til hvilken påvirkning musikken synes at have på deltageren. Dette kan på et senere tidspunkt, hvor deltageren er svært demensramt, blive af stor betydning for at forstå vedkommende, hjælpe vedkommende til at slappe af eller vågne op, eller til at skabe en samværsituation der åbner for samstemthed. At dele en musikalsk oplevelse med et andet menneske i en tryk situation kan senere vise sig at være af stor betydning for trivsel og livskvalitet.

Hvis omsorgspersonale eller musikterapeuten her har adgang til musik, der tidligere i livet har været nøgle til vigtige erindringer og følelsesmæssige begivenheder, er der gode forudsætninger for at opnå en situation

med samstemthed, hvor personen kommer i centrum på trods af svære kognitive deficits. Dette perspektiv på musikbiografimetoden er fremadrettet og gør musikken til et vigtigt værktøj eller 'nøgle', når demensen senere gør det vanskeligt for den enkelte person at indgå i samvær og samhandlen med andre.

Det skal dog tilføjes at selvom den demensramte og terapeuten finder frem til en liste af musik, der har speciel betydning for personen, er dette ikke en facitliste, der til enhver tid vil kunne påvirke en person på præcis den måde, vi forventer. Vores musikpræferencer er ikke endegyldige og hænger i høj grad sammen med konteksten. Samtidig må det forventes at musik, som vi forholder os *analytisk reflekterende* til, får en anden status ved omfattende kognitiv svækkelse, end musik som vi forholder os til på et *emotionelt* plan, f.eks. en vuggesang vi kender fra vores tidlige barndom. Denne differentiering i forhold til musik kan sammenlignes med en lignende differentieret forståelse af vores hukommelsessystem hvor det beskrives at procedurale hukommelsesfunktioner generelt bevares længere hos mennesker med Alzheimers sygdom end episodiske og semantiske hukommelsesfunktioner (Bruhn 2002, Ridder 2004b).

Musikbiografi og krise

Udover at musikbiografien, med forbehold, kan anvendes fremadrettet som en måde at lære personen at kende på, når denne er i et fremskredent demensforløb, er der et andet vigtigt perspektiv ved musikbiografimetoden. Fra at trække musik og minder frem, for at kunne bruge dem i fremtiden ved svær demens, er der ligeledes et her-og-nu-perspektiv for den mildt demensramte. Det må forventes at det, at få en demensdiagnose, på en eller anden måde er udløser for en akut, eksistentiel krise. En demensdiagnose vil på længere sigt medføre tab af arbejde, position, autonomi samt andre faktorer, den enkelte ofte forbinder med sin identitet: hukommel-

se og evne til at tage og udføre mere langsigtede beslutninger. Der er således, ifølge den svenske psykiatriske overlæge og forskningsleder Johan Cullberg, tale om en traumatisk krise da "den pågældende oplever en alvorlig trussel imod sin fysiske eksistens, sociale identitet og tryghed eller andre livsmål" (Cullberg 1984, s. 38).

Ifølge Cullberg betegnes et "naturligt" kriseforløb af 4 faser: chokfasen, reaktionsfasen, bearbejdningsfasen og nyorienteringsfasen (Cullberg 1984). Det er vigtigt at den demensramte og eventuelt nære pårørende bliver støttet i at komme igennem disse faser. Det kan forhindre at den demensramte og pårørende gentagende gennemlever eller vedblivende reagerer på det traumatiske chok. Musikbiografien kan være et af de tiltag der støtter den demensramte i krisearbejdet.

Udgangspunktet for det terapeutiske forløb er meget konkret, idet det tager fat i deltagerens "egen" musik. Det kan for mange virke tryghedsskabende hvor der ellers kan være modvilje mod at starte i et terapeutisk forløb. Med baggrund i det meget konkrete arbejde med at finde og lytte til musik skabes der en naturlig situation for samvær og samhandlen. Dette åbner for situationer præget af samstemthed, når deltageren og terapeuten kommer tæt på de erindringer og følelser, der lægger til grund for lige præcis denne sang eller dette musikstykkets betydning i deltagerens liv. Hvis den demensramte på et tidspunkt i forløbet kan betragte selve det konkrete arbejde med at samle den musik, der er af særlig betydning, som en gave til sig selv senere i sygdomsforløbet, er vedkommende inde i nyorienteringsfasen i forhold til Cullbergs kriseteori. Dette er en konstruktiv måde at forberede sig til et liv med demens på. Samtidig kan deltageren og terapeuten, ved at dykke ned i de enkelte musikeksempler, bearbejde episoder og følelser i personens levede liv og kan på denne måde sætte perspektiv på den krise som demensdiagno-

sen må forventes at udløse. Som et led i den musikalske fortælling kan de finde frem til musik (som de enten spiller eller synger sammen, eller lytter til) som rummer de følelser der er betegnende for deltagerens situation her-og-nu. Musikbiografien kan således udvide sig til – udover at være et konkret arbejde med at samle musikbidder der illustrer et levet liv – at være led i bearbejdningen af en traumatisk krise og herigennem til, på godt og ondt, at indstille sig på et liv med demens.

Musikterapi ved fremskreden FTD

Fru F

Da jeg startede med et musikterapeutisk forløb med fru F var hun allerede svært demensramt. Fra søsteren fik jeg at vide at fru F ikke tidligere har ”dyrket” musik. Hun havde ingen grammofon eller et anlæg hvor hun kunne lytte til musik. Hun gik ikke til koncerter, og søsteren mindedes ikke at have hørt fru F selv synge eller udøve musik. Søsteren fortalte at de som børn heller ikke havde udøvet musik eller sunget i hjemmet. Jeg stod således på bar bund i forhold til om fru F overhovedet brød sig om musik. (I denne situation kunne materiale fra et tidligere musikterapeutisk forløb med inddragelse af musikbiografi have givet nogle værdifulde elementer at arbejde videre ud fra).

På plejehjemmet forsøger man sig frem. Bl.a. inviteres fru F med til sangkor hvilket viser sig at være en succes:

”Sangkoreteråbentforalle.Dersyngeskendte danske viser og sange, årstidsange og -salmer, sømandsviser, folkeviser og meget mere. En musikterapeut akkompagnerer sangene på klaver og underholder med lidt hyggemusik i kaffepausen ... I mere end en time sidder hun (fru F) afslappet og rolig i sin stol, nikker med til enkelte af sangene og smiler venligt til de øvrigt deltagende” (Ridder 2001, s. 178).

Siden bliver fru F fast deltager i sangkoret, og deltager også i øvrige aktiviteter med musik, f.eks. folkedans. Musikken har tilsyneladende en beroligende effekt på fru F og gør det muligt for hende at forblive siddende i længere tid end normalt, inden hun følger en impuls til at rejse sig og gå omkring.

Cuing

Efter samtykke fra søsteren starter fru F i efteråret 2000 i individuel musikterapi som et led i et ph.d.-forskningsprojekt (Ridder 2003). Hun har nu boet på dette plejehjem i 10 måneder, og hendes sygdom har sat sine markante spor – meget hurtigere end det f.eks. ses ved ’typiske’ forløb med Alzheimers sygdom. Fru F, som før var solbrændt, rank og havde en spændstig og rask gang, er nu bleg, foroverbøjet og går usikkert. I plejesituationer betegnes fru F som værende aggressiv, da hun slår ud efter personale, ligesom hun i pressede situationer slår medbeboere. Hendes sygdom har bredt sig og har tilsyneladende skadet større områder af hjernen, og hendes symptomer er ikke længere kun relateret til hjernens frontotemporale dele. I begyndelsen af sit ophold på plejehjemmet kunne fru F finde ind til sin stue og så ud til at genkende og glæde sig over sine ting og møbler. Hun virker ikke længere til at kunne genkende hverken mig, sin søster eller sine personlige ejendele.

For at skabe en samværssituation som fru F på et eller andet plan har mulighed for at genkende, må jeg ’skyde genvej’ via implicite hukommelseskanaler. Indenfor flow-teorien betragtes opmærksomhed som vores mest basale ressource på et psykisk niveau (Csikszentmihalyi 2004), og det gælder for mig om at ’fange’ fru Fs opmærksomhed. Når fru F kommer ind i musikterapirummet vil hun få en masse sansemæssige indtryk. I sin grundbog om neuropædagogik skriver læge Kjeld Fredens, at ikke nok med at vore sanser *beriger os med indtryk*, de skaber samtidig betydning og fremmer handling

(Fredens 2004, s. 142). Jeg ønsker ikke at overvælde fru F med indtryk, men jeg ønsker at de indtryk, hun får, skaber *betydning* og mulighed for *handling*.

Generelt er det nødvendigt for vores koncentration at 'ubetydelige' sanseindtryk ikke fanger vor opmærksomhed, men at vi på et eller andet plan registrerer de indtryk, der giver mening. Det er ikke sikkert at det giver mening for fru F, når hun i musikterapilokalet ser sangbøgerne på bordet, mig siddende i sofaen, blomsterne i vindueskarmen, billederne på væggen og hører bestemt musik. Men det er mit mål at disse sanseindtryk efterhånden får mening, så hun oplever de enkelte dele som en del af den helhed, som jeg kalder for musikterapi. Den enkelte sangbog kan således blive bærer af en bestemt betydning. Den bliver et cue (som på dansk kan oversættes til 'stikord') der er en del af den helhed, musikterapisessionen består af. På samme måde kan mange andre enkeltheder i rummet optræde som cues for fru F, og give information om, eller skabe betydning i forhold til, hvad det er der foregår her-og-nu.

Ved bevidst at anvende cues, f.eks. lægge sangbøger frem, og sørge for at rummet er ens indrettet fra gang til gang, og herudover at synge de samme sange i starten af hver session, kan disse visuelle, auditive og eventuelt også taktile sanseindtryk omdannes til markører eller cues, der bærer en betydning i sig. På samme måde som når vi ser små flag i rundstykkerne og derefter spørger om, hvem der har fødselsdag.

Musik er unikt i forhold til at cue situationer, så opmærksomheden lettere fanges og vi ad en hurtig genvej kan få en forståelse af helheden. Dette udnyttes til fulde i reklame- og underholdningsbranchen, ja selv i politik. Det er den samme måde at 'forføre' hukommelse og opmærksomhed på, men i tilfældet med svært demensramte anvendes musikken for at kompensere for manglende eksplicit

episodisk og semantisk hukommelse.

Anvendelse af cuing-teknikker er yderligere beskrevet i Ridder (2003, 2005). Jeg anser det som vigtige teknikker i forhold til personer med svære hukommelses- og koncentrationsproblematikker. Den indledende fase af musikterapien med fru F fyldte meget da jeg ikke vidste hvilke musikgenre hun gerne sang eller lyttede til. Men ved bevidst at arbejde med cues og anvende sange fra den danske 'sangskat' i en fast struktur, fik vi skabt en samværsituation hvor fru F, efter perioder hvor hun gik rundt i musikterapilokalet, kom og satte sig ned ved siden af mig i sofaen.

Arousal-regulering

Udover, ved hjælp af cuing-teknikker, at bygge en ramme op omkring musikterapien som gør det muligt for den demensramte at forholde sig til, hvad der skal foregå, kan det være nødvendigt at fokusere på hvorledes deltagerens opmærksomhed kan fastholdes. De kognitive deficits kan føre til problemer med at koncentrere sig, men ofte ses det også at den demensramte af forskellige årsager er i en ekstrem tilstand af enten et meget højt arousalniveau (hyperarousal) eller meget lavt arousalniveau (hypoarousal).

Kjeld Fredens giver en klar beskrivelse af arousalbegrebet:

"*Arousal* er et udtryk for aktivering af nervesystemet. Det virker som komfurets varmeregulering. Når der er skruet helt ned, sover man, drejer man lidt op, begynder man at vågne, og vandet kommer langsomt i kog, men der er endnu ikke energi til alt for meget. På et tidspunkt er varmen *indstillet tilpas*, men der kan også skrues for meget op, og så brænder det hele på. Høj arousal kan dukke op, hvis man bliver meget overrasket eller forskrækket. Den berømte klap til eksamen er for høj arousal, og det hæmmer tænkeevne og hukommelse" (Fredens 2004, s. 117, min kursivering).

Personer der enten er hyperaroused (f.eks. i en angsttilstand) eller hypoaroused (f.eks. i en passiv, vegeerende tilstand) er ikke – på samme måde som i en 'tilpas indstillet', afbalanceret arousaltilstand – i stand til at være opmærksomme på omgivelserne eller på egne behov. For at opnå samstemthed må personen hjælpes til en afbalanceret arousaltilstand, hvor vedkommende både kan rette opmærksomheden udad mod omgivelserne og indad mod egne behov – og således også *agere* eller *handle* i forhold til omgivelserne og egne behov (for en yderligere uddybning af arousalbegrebet, se Ridder 2003).

Fru Fs *gennemsnit*puls er i de første 5 musikterapisessioner samt i ugen før musikterapien (men i samme tidsrum) på over 80 pulssalg i minuttet. Sammen med hendes aggressive adfærd og konstante vandren-omkring, tyder det på, at hun på dette tidspunkt af formiddagen er i en hyperaroused tilstand. Udover at demenstilstanden gør det vanskeligt at skabe et samvær med hende, er hun på et arousalniveau som gør det svært at fastholde hendes opmærksomhed og opnå en gensidig kontakt. Jeg må derfor skabe nogle

muligheder for at regulere arousalniveauet til et afbalanceret niveau.

Musik indeholder dynamiske elementer som virker regulerende, f.eks. tempo (musik med en langsom rytme, der svarer til hvilepulsen, kan have beroligende virkning), lydstyrke, klang, melodisk form og harmonik (se Wigram et al. 2002, s. 100). Den amerikanske musikterapeut Mark Rider beskriver hvordan rytmiske stimuli påvirker de kropslige fysiologiske rytmer (Rider 1997; Bonde et al. 2001). Med udgangspunkt i en sådan fysiologisk regulering kan jeg, udover at anvende musik som cues, anvende musik med det formål at regulere deltagerens arousalniveau. Formålet med arousalreguleringen er ikke adfærdsmodifikation, men at skabe optimale betingelser for at opnå samstemthed.

Ca. kl. 10 hver formiddag i en uge måles fru Fs puls ved hjælp af udstyr til sportsfolk som således sikrer en måling uden at fru F mærker noget og uden at hun bliver hindret i at vandre omkring. Hjerteslag registreres hver 5. sekund og måles i en halv time. I de følgende 4 uger deltager fru F i musikterapi 5 dage ugentligt fra kl. ca. 10.00-10.30.

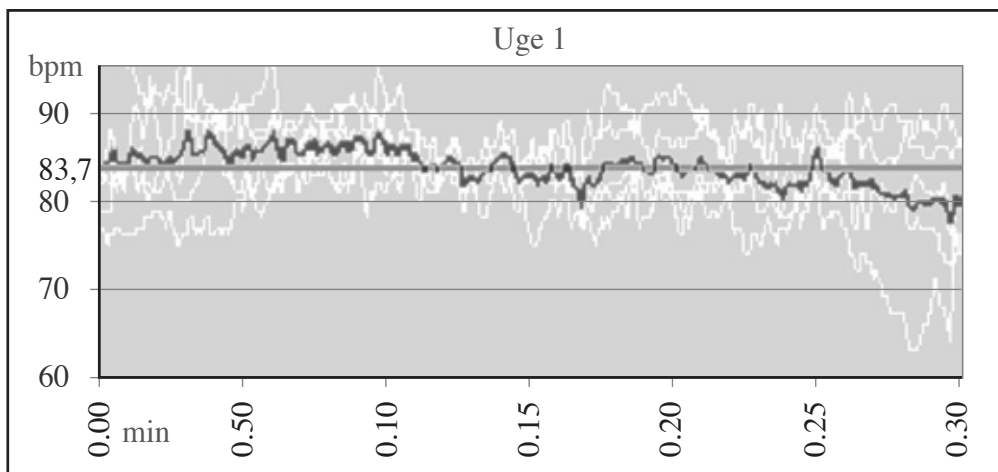


Fig 1: Fru F's puls i tidsrummet for musikterapien inden terapiforløbet.

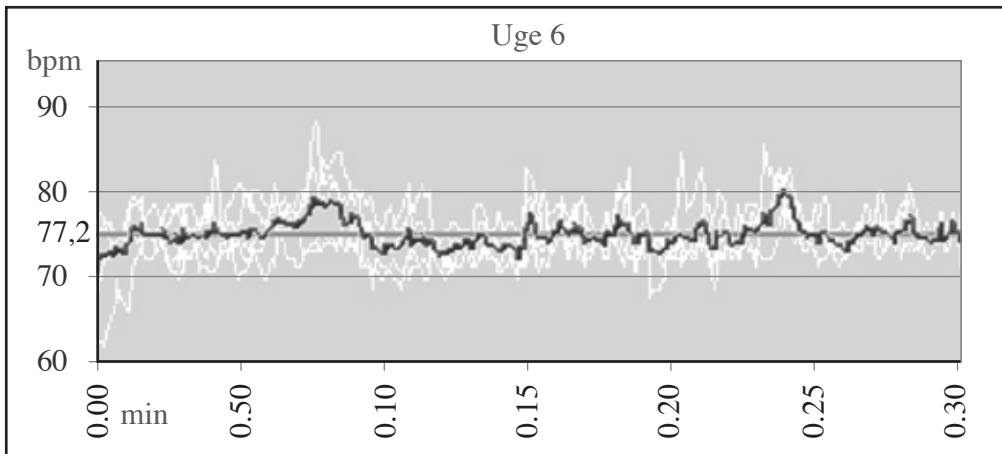


Fig 2: Fru F's puls i tidsrummet for musikterapien efter terapiforløbet.

Sammenligning af pulsmålingerne før og efter perioden med musikterapi med fru F viser et signifikant fald i puls-frekvens (for de statistiske udregninger, se Ridder 2003). I figur 1 ses fru F's pulskurve i tidsrummet for musikterapien – men i ugen *inden* musikterapiforløbet starter. De 5 hvide kurver er pulskurven for hver dag. Den mørke er et gennemsnit af de 5 kurver og den tykke, sorte streg er gennemsnits puls-tallet for hele ugen.

I figur 2 ses pulskurverne *efter* af fru F i en måned har deltaget i 20 musikterapisessioner. Musikterapien er således ophørt, men pulsen måles fortsat i samme tidsrum. Fru F's gennemsnitspuls er faldet fra 83,7 hjerteslag pr. minut til 77,2 slag pr. minut. I dette tidsrum på dagen er hendes gennemsnitspuls således faldet med 6,5 slag i minuttet. Arousalniveau kan ikke vurderes ud fra puls-frekvens alene, men det markante fald kunne være en indikator på at musikterapien har en arousalregulerende effekt.

Hos 5 af de 6 deltagere i ph.d.-projektet (Ridder 2003) sås lignende signifikante fald ved pre/post-målinger, og disse resultater gør det relevant yderligere at dokumentere og forske i den terapeutiske effekt af musikterapi som non-farmakologisk tiltag.

Den musikalske dialog

Formålet med at anvende cuingteknikker og arousalregulering er at skabe så gunstige betingelser som muligt for at den demensramte kan indgå i en relation og et samvær med andre mennesker. Når disse betingelser er skabt, kan musikken som medie anvendes til at skabe en dialog, og til at opnå samstemthed. Tesen er at det er i disse øjeblikke af samstemthed hvor psykosociale behov kan dækkes. Det er i disse momenter at den demensramte har størst potentiale for at forstå at han eller hun indgår og hører til i et fællesskab med andre, har en betydning i samværet, kan udtrykke sig og være til stede som den, han/hun er, og føler sig forstået, respekteret, anerkendt og holdt af. Dette svarer til at de grundlæggende psykosociale behov dækkes – psykosociale behov som Tom Kitwood (1997) definerer som attachment, komfort, identity, occupation, og inclusion som alle i sidste ende handler om at blive draget omsorg for og holdt af.

Jeg vil her foreslå musikalsk validering som en metode til at dække psykosociale behov hos mennesker som pga. omfattende problemer med hukommelse, sprog og dømmekraft skal have støtte fra andre mennesker for at få disse behov dækket.

Validering

Grunden til, at jeg her vil fokusere på validering som metode, er at validering som begreb er velkendt i ældreomsorgen, og at jeg derfor forestiller mig at begrebet *musikalsk validering* vil være genkendeligt. At validere betyder at få eller at have gyldighed. Hvor validitet indenfor forskningsverdenen handler om gyldigheden af forskningsdata og forskningsdesign, handler validering indenfor omsorgsområdet om at tillægge det, en person udtrykker, gyldighed og værdi. Dette hænger sammen med et humanistisk syn på omsorgsarbejdet og kan føres tilbage til idegrundlaget for humanistisk psykologi som udvikledes i 1960'erne af bl.a. Abraham Maslow, Erich Fromm, Rollo May og Carl Rogers. Her betragtes den følelsesmæssige kommunikation som værdifuld og 'gyldig', og ikke som irrationelle impulser. Ud fra denne holdning vil fru Fs tilsyneladende meningsløse vandren-omkring blive betragtet som et udtryk for hendes emotionelle tilstand. Frem for at betragte den 'forstyrrende' adfærd som en tilfældig bivirkning af demenssygdommen, ses den som et kommunikativt udtryk. Måske udtrykker hun savn: hun genkender ikke nogen eller noget omkring sig, og søger efter noget genkendeligt som kan dække hendes behov for tryk. Måske udtrykker hun behov for meningsfuld beskæftigelse: hun har siden begges forældres død (da hun var et stort barn) og siden mandens død (mens hun endnu var erhvervsaktiv og uden at have fået børn) klaret sig selv og har 'arbejdet sig ud af sin ensomhed'. At vandre omkring er noget af det eneste meningsfulde hun endnu kan – med mindre hun får støtte til at indgå i anden meningsfuld beskæftigelse.

Ifølge Tom Kitwood er kernen i validering at anerkende det reelle i en persons følelser og at respondere på disse følelser på et emotionelt plan. Validering involverer således en høj grad af empati i forsøget på at forstå hvordan en person opfatter og oplever verden, selvom denne oplevelse kan være både kao-

tisk, paranoid eller psykotisk (Kitwood 1997, s. 91). I valideringen af en persons ytringer eller handlinger lader man de følelser der 'ligger bag' træde frem og få gyldighed/værdi. Med et andet ordvalg kan målet med validering betegnes som at opnå samstemthed. Blandt en række på 12 forskellige positive interaktioner definerer Kitwood validering som en psykoterapeutisk teknik. Validering er desuden grundstenen i henholdsvis Jane Verity (2001) og Naomi Feils (1982) omsorgsteori for demensramte, som inddrages på mange danske plejehjem.

Musikalsk validering

I forhold til validering fremhæver Kitwood at ...

"The heart of the matter is acknowledging the reality of a person's emotions and feelings, and giving a response on the feeling level (Kitwood 1997, s. 91).

Teknikken ligger således i, at vi responderer på en persons følelser på et emotionelt plan. Når mennesker kommunikerer med hinanden er det verbale udtryk ét lag af kommunikationen. Andre lag er det vi udtrykker med krop, gestik, åndedræt og stemme. Når vi udtrykker os på et emotionelt plan, får netop krop, gestik, åndedræt og stemme – altså de non-verbale og paralingvistiske udtryk – en fremtrædende værdi. At synge sammen, spille musik og improvisere er at sætte fokus på non-verbale og paralingvistiske udtryk. Dette er et grundelement i det musikterapeutiske arbejde og afspejles i titlen på den danske håndbog om musikterapi: "Musikterapi: når ord ikke slår til" (Bonde et al. 2001), og afspejles i dette årsskrift i de mange casebeskrivelser, f.eks. casen om D af Inge Nygaard Pedersen (2005).

Ved at spille musik eller synge sammen kommunikerer vi ad samme kanaler – de non-verbale og paralingvistiske – som er vigtige når vi kommunikerer på et emotionelt plan. Som det fremgår af Ulla Holcks ar-

tikel i dette årsskrift om spilleregler i musikterapien, kan der i samspillet både tages udgangspunkt i musikalske idéer, aftalte procedurer, interpersonelle relationer, følelsesmæssigt engagement og somatisk kommunikation for i flæng at nævne nogle af de beskrevne bagvedliggende ideer for samspillet (Holck 2005).

Valg af sange

Jeg vælger i musikterapien at synge for fru F for at give hende et klart og enkelt sansesindtryk at forholde sig til. I musikterapi-sessionen starter jeg med anvende sangene med henblik på at give klare cues i forhold til hvilken kontekst, vi er i, og for at lede fru Fs opmærksomhed hen på vores samvær. Hernæst vælger jeg sange der ser ud til at have en beroligende effekt på fru F, da hun virker urolig og har svært ved at falde til ro. Når jeg fornemmer, at fru F er lydhør og 'tilstede', vælger jeg sange som jeg formoder har en betydning for fru F på det emotionelle plan.

Jeg ved ikke om der overhovedet er nogle sange som fru F bryder sig specielt meget om, men jeg ved at hun har gået i skole, hvor der efter al sandsynlighed blev sunget morgensang, og at hun nok har været i selskab med syngende mennesker når hun har deltaget i familiefester, til kirkelige højtidere, til politiske eller kulturelle forsamlinger og til festlige begivenheder på sin arbejdsplads. Efter flere års arbejde indenfor ældreområdet er jeg forholdsvis velbevandret i 'den danske sangskat', og det letter detektivarbejdet med at finde sange til fru F, at hun er vokset op i en tid med et forholdsvis homogent sangrepertoire.

Da fru F ikke synger med eller kommenterer sangene, er det svært 'objektivt' at beskrive om de sange, jeg vælger, har personlig og følelsesmæssig betydning for fru F. For mig er det en tydelig indikator på, at sangen siger hende noget, og at vi for et øjeblik er 'samstemte', når hun kigger på mig med et fokuseret og 'nærværende' blik. Andre gange er

det som om fru F kigger 'igennem' mig, uden at vores blikke 'mødes'. På videooptagelserne er det muligt at definere når fru F kigger i retning af mig, men ikke når hun beslutter sig for øjenkontakt med mig. Jeg må således konstatere at oplevelsen af samstemthed er subjektiv, og at den kan beskrives ved enten fænomenologiske forskningsmetoder, ved at koble oplevelserne af samstemthed med andre indikatorer på den tætte kontakt, eller med observationer af den carry-over-effekt som oplevelserne af samstemthed på længere sigt kan have for fru F.

Jeg har som led i forskningsprojektet været sammen med fru F i musikterapi 20 gange fordelt over 4 uger. Jeg er ofte i tvivl om, hvor meget fru F opfatter af vores samvær. Samtidig er det tydeligt at hun i perioder slapper af og bliver mere rolig i sessionerne. Men spørgsmålet er, om vi også opnår at kommunikere med hinanden på et emotionelt plan.

Da jeg afslutter vores sidste session må jeg konkludere, at det først er sent henne i forløbet der begynder 'at ske noget'. I forhold til andre demensramte, jeg har arbejdet med, er jeg her startet så sent i forløbet, at processen med at skabe en genkendelig ramme omkring musikterapien, hvor en struktur bygges op med anvendelse af sange som cues, er præget af fru Fs omfattende kognitive deterioration.

Fru F – 20. session

I vores sidste session sætter jeg mig ned i sofaen og synger vores indledende sang. Fru F går med langsomme skridt rundt i rummet. Da hun på et tidspunkt vender sig om med retning mod mig, gentager jeg fra dagen før, at dette er vores sidste gang sammen (og her vil jeg gerne tilføje, at jeg af faglige og etiske grunde ville have ønsket at forløbet kunne have fortsat i fru Fs sidste tid). Fru F går langsomt hen imod mig. Jeg begynder at synge "Jeg er havren, jeg har bjælder på", og fru F kommer hen til sofaen og lader sig på en

lidt stiv og 'ubalanceret' måde falde ned ved siden af mig.

Hun læner sig en smule tilbage, men fremtoner stadig stiv og anspændt. Jeg synger videre og efter kort tid lukker fru F øjnene. Der er en del støj på gangen udenfor lokalet, og fru F åbner af og til øjnene og kigger over mod døren. Jeg starter på 3. sang "Det lysner over agres felt". Fru F bliver slap i kroppen og hendes hoved 'falder' ned. Det tyder på at hun er faldet i søvn. Efter en lur på næsten 9 minutter rejser fru F sig og går lidt rundt, og jeg fortsætter med at synge.

En enkelt gang kommer fru F hen og sætter sig for en kort stund, mens jeg synger lange, rolige strofer på den samme tone. Da hun rejser sig, tager hun fat i min hånd, og vi går rundt sammen i et langsom tempo. Herefter sætter jeg mig igen. Fru F fortsætter med at trisse rundt, men vender sig derefter og kommer hen til mig. Hun rækker igen ud efter min hånd. Jeg starter nu på "Hist hvor vejen slår en bugt". Det er en aftensang – som mange kender helt tilbage fra deres barndom – med tekst fra 1829 af H.C. Andersen.

Jeg fornemmer at sangen gør fru F nærværende og at hun reagerer følelsesmæssigt på de lange, malende toner, jeg synger til hende. Jeg tolker at vi for er kort øjeblik opnår en samstemthed via sangen. Det er min oplevelse at jeg med de følelser, jeg udtrykker til fru F via sangen – og således via den non-verbale og paralingvistiske kommunikation – formår at validere nogle af de følelser der udtrykker sig bag fru Fs hvileløse vandrenomkring.

Frem for at tage min hånd, som hun var på vej til, fører fru F sin hånd op til min hage og rører ved den. Derefter laden hun sin hånd falde, går baglæns væk, for derefter at vende sig og gå hen mod døren.

Konklusion

Behandling af frontotemporal demens beskrives af Rigshospitalets Hukommelses-klinik som en vanskelig opgave som kræver tværfagligt samarbejde mellem forskellige specialer og specialister. Da behandlingen bør have karakter af psykosociale tiltag har jeg fundet det relevant her at give et bud på en musikterapeutisk metode, hvor jeg foreslår anvendelsen af musikbiografi i de tidlige faser af en frontotemporal demenssygdom. I et fremskredent demensstadium beskriver jeg hvordan anvendelsen af musik kan anvendes til at kompensere for svigtende kognitive funktioner og skabe struktur og genkendelighed, til at regulere arousalniveau og skabe en tilstand hvor den demensramte har størst potentiale for at forholde sig til sine omgivelser, og endelig til at opnå samstemthed via musikalsk validering. Opnåelse af samstemthed via musikalsk validering gør det muligt at dække psykosociale behov hvilket må formodes at øge den demensramtes livskvalitet og mindske såkaldt "uhensigtsmæssig" adfærd.

Litteratur

- Bonde, L.O., Pedersen, I.N. & Wigram, T. (2001) Musikterapi. *Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapeuts teori og praksis i Danmark*. Århus: KLIM.
- Bruhn, P.N. (2002) *Gråzonen mellem normal aldring og tidlig demens. Almindelige kognitive forstyrrelser og deres lokalisation i hjernen. Hvordan undersøger man for afasi, apraksi, og agnosi*. Paper presented at the National Conference: DemensDagene, Copenhagen.
- Butler, R.N. (1963) The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 86-75.
- Cullberg, J. (1984) *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. 2 udg. 1986. København: Hans Reitzels Forlag.
- Csikszentmihalyi, M. (2004) Materialismen og bevidsthedens evolution. (oprindeligt publiceret i *Psychology & Consumer Culture* 2003) *Kognition & Pædagogik. Tidsskrift om tænkning og læring*. 14(52), 14-31.
- Damasio, A. (1994) *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Avon Books.
- Fredens, K. (2004) Mennesket i hjernen. *En grundbog i neuropædagogik*. Århus: Systime Academic.
- Frohne-Hagemann, I. (1998) The musical life panorama. *Nordic Journal of Music Therapy*. 7(2), s. 104-112.
- Feil, N. (1982) *Validation: The Feil Method*. Cleveland, O.H.: Edward Feil Productions.
- Gade, A. (2004) Neuropsykologiske opslag og temaer. I: Bjerg, J. (red.) Gads psykologileksikon. København: Gads Forlag.
- Goldberg, E. (2001) *The executive brain. Frontal lobes and the civilized mind*. Oxford University Press.
- Kitwood, T. 1997 *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- LeDoux, J. (1998) *The emotional brain*. New York: Phoenix.
- Munk-Madsen, N. M. (2000). Musikalsk reminiscens. Ældre netværkets hjemmeside: www.eldre.netverket.dk/artiklerne/musikalsk_reminiscens.htm
- Normann, H K. (2001) *Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care*. Umeå University Medical Dissertations. New Series.
- Rider, M. (1997) *The rhythmic language of health and disease*. Saint Louis: MMB Music, Inc.
- Ridder, HMO. (2001) Musikterapi med ældre. I: L. O. Bonde, I. N. Pedersen & T. Wigram (Red.), *Musikterapi: når ord ikke slår til* (s. 178-181). Århus: KLIM.
- Ridder, HMO. (2003a). *Singing Dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design*. Ph.d.-afhandling, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Ridder, HMO. (2003b) Har musikterapi sin berettigelse indenfor gerontopsykiatrien? I: U. Holck (Ed). Musikterapi i psykiatrien. Musikterapiklinikken. Den psykiatriske forskningsenhed i Nordjyllands amt, s. 154-163.
- Ridder, HMO. (2004a) *Sang i demensplejen*. Gerontologi og samfund. 20(2), s. 28-30.

- Ridder, HMO. (2004b). When dialogue fails. Music therapy with elderly with neurological degenerative diseases. *Music Therapy Today (online)*, Vol. V, Issue 4, available at h.
- Ridder, HMO. (2005/in press) Musik & Demens. *Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Århus: Forlaget KLIM.
- Rolvsgjerd, R. (1998) Når musikken minner om livet. Musikalsk samhandling som reminisens. En infallsvinkel til musikkterapi i geriatrien. *Nordic Journal of Music Therapy*, 7(1), 4-13.
- Ruud, E. (1997) *Musik og identitet*. Oslo: Musikforlaget.
- Stokholm & Waldemar (2003) Frontotemporal demens – ny viden om Picks sygdom. *Ugeskrift for læger*, 165(6), s. 553-556.
- Sundhedsstyrelsen (2001) *Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende demens*. København: sundhedsstyrelsen (se under udgivelser på www.sst.dk).
- Verity, J. (2001) *Understanding difficult behaviour in people with dementia*. Dementia Care Australia, Pty. Ltd. Available: w
- Wigram, T., Pedersen, I.N., & Bonde, L.O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.