

Musikterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens

Hanne Mette Ridder

Indledning

Efter mange års praktisk musikterapiarbejde med demensramte, som senere blev erstattet af en årrække med forskning inden for området, finder jeg det stadig meget presserende at argumentere for, hvorfor musikterapi er særligt vigtigt i plejen og omsorgen af personer med demens. Jeg vil derfor i denne artikel diskutere forudsætningerne for at arbejde musikterapeutisk med personer med demens. Da målgruppen består af ældre mennesker med alvorlige hukommelsesproblemer som betegnes de-mente, dvs. bogstaveligt ude-af-sind, vil jeg i artiklen tage fat i nogle helt grund-læggende processer som på hver sin måde har betydning for terapi med demensramte. Det er aldrings- og hukommelsesprocesser som igen har betydning for identitet og selvforståelse.

I artiklen vil jeg indlede med at give en beskrivelse af aldring som en kompleks proces der påvirker krop, psyke og identitet, uden at aldringsprocesser misfortolkes som forklaring på fx problemer med at huske. Jeg vil argumentere for at hukommelse fremmes af motivation og følelser og på visse punkter ændres med alderen, samt i en kontinuerlig proces konstrueres og gendannes når oplevelser deles med andre. Herefter vil jeg præsentere et psykosocialt perspektiv på demens, i særlig grad med udgangspunkt i Tom Kitwoods personorienterede demensomsorg, og dernæst føre tråden videre i forhold til at forstå identitets- og selvbegrebet i relation til at have en demenssygdom. Idet identiteten formes af hukommelsen, vil jeg forklare enkelte hukommelsesprocesser ud fra en neurovidenskabelig forståelse og med inddragelse af nyere forskning. Musikken er central da den understreger det følelsesmæssige element og binder brudstykker af en oplevelse sammen til en meningsfuld oplevelse. Musikken kan give personer med demens mulighed for at genopleve betydningsfulde oplevelser og indgå i et motiveret og følelsesmæssigt engageret samvær. Herigennem kan personen få bekræftet sin identitet og føle sig mødt og forstået, trods en demenssygdom. For at vide hvilken musik der er meningsfuld for den enkelte person, præsenteres i slutningen af artiklen metoden 'Den Kvalitative Livshistorie' som et redskab til anvendelse i praksis.

Syn på aldring

At have fødselsdag og blive et år ældre er en fantastisk ting. Vel i særlig grad når man er barn og ung, hvor det at gå fra at være måske 5 år til 6 år er en afgørende forandring. Med den nye alder følger nye udfordringer som man nu er 'stor' nok til, og fødselsdagsbarnet kan måske tillægge den nye alder et helt identitetsskifte med nye rettigheder til følge. Men når alderen stiger til et vist niveau, kan en snigende bekymring for at blive endnu et år ældre melde sig. Vi ved at stigende alder medfører en forandring af kroppen som kan være relateret til diverse problemer i forhold til helbred og helse. I 2007 bestod over halvdelen af alle indlæggelser i Danmark af ældre over 65 år med følgende sygdomme: hjerte-kar-lidelser, lungesygdomme, mave- og tarmsygdomme, sygdomme i bevægelsessystemet og urinvejssygdomme (Ældreviden.dk 2010).

Dette betyder dog ikke at vi i en vestlig sundhedsopfattelse vil acceptere at alderdom er ensbetydende med sygdom. Da den unge østrigsk-amerikanske medicin-studerende Ignatz Nascher (1863-1944) var med på stuegang på et hospital i slutningen af 1800-tallet, gjorde behandlingen af en ældre, akut syg kvinde stort indtryk på ham. Det førte til at han med i 1914 grundlagde det medicinske speciale geriatri, som er læren om alderdommens sygdomme, med udgivelsen af bogen "Geriatrics: the diseases of old age and their treatment". Den førnævnte ældre kvinde fik af den medicinske professor diagnosen *Alderdom*, og da Nascher spurgte ind til hvad der kunne gøres for hende, var professorens svar: "*Intel*" (Clarfield 1990:945).

Nascher kritiserede den dybtliggende antipati mod ældre som herskede i det amerikanske samfund på den tid, og han ønskede at tydeliggøre at der ikke skulle tages udgangspunkt i en direkte årsagssammenhæng mellem biologisk aldring og sygdom. På samme måde som man havde et syn på alderdom som værende ensbetydende med fysisk sygdom, havde man også en opfattelse der ubetinget kobled aldring med mental svækkelse, og hermed svigtende hukommelse og dømmekraft. Vi hører stadig at hvis en ældre person bliver forvirret og glemsom, bliver det slået hen med at vedkommende er blevet 'forkalket' eller 'senil', uden at det nødvendigvis fører til en undersøgelse af hvad der ligger til grund for symptomerne. Vi skal ikke længere end et årti tilbage, før størsteparten af beboerne på plejehjem i Danmark ikke var undersøgt og udredt for deres symptomer på hukommelsesbesvær. En dansk forskningsundersøgelse viser at en større andel af ældre plejehjemsbeboere nu udredes i forhold til, om de har en demenssygdom. Dog er Alzheimers demens stadig underregistreret, og der gives for ofte usikre og overordnede diagnoser. Fx anvendes Alzheimers sygdom hyppigt som diagnose hvor en grundig udredning ville have afsløret nogle af de mere ukendte demensformer (Phung et.al. 2007).

Aldring og hukommelse

I det foregående har jeg argumenteret for at aldring ikke er en diagnose, men ikke desto mindre må vi forholde os til kroppens aldringsproces som fører til en gradvis svækkelse af sanseapparatet og af opmærksomhedsfunktion. Naturlige følger af aldring betyder forandringer i nervesystemet, svækkelse af syn, hørelse og balanceorganer, nedsat muskelstyrke og ringere koordinationsevne, men i mange tilfælde vil disse forandringer kunne afhjælpes medicinsk, eller der kan kompenseres med hjælpemidler. En 'usynlig' aldersforandring som svækket opmærksomhed kan dog have vidtrækkende følger, da svækket opmærksomhed vil påvirke "vor relation til omverdenen, og alle kognitive funktioner er berørt" (Fredens 2004:135).

Når "alle kognitive funktioner" berøres som følge af svækket opmærksomhed, kan vi forestille os at der sker en lavineeffekt i fht. hvordan den enkelte klarer daglige gøremål selv, og formår at opretholde sin identitet. Ser vi på statistikkerne, viser de at ældre mennesker er kognitivt svækkede i forhold til yngre aldersgrupper, og dette er tilsyneladende en bredt accepteret opfattelse. Men det har vist sig at tallene snyder. Man har fundet ud af at reduktionen af kognitive funktioner hos ældre ikke skyldes "alderen i sig selv", men "i stor udstrækning viser sig at skyldes sygdomsbetingede forandringer i hjernens pulsårer" (Kirk 2008:30). Kirk forklarer således hvordan man i tidligere undersøgelser "systematisk har undervurderet (raske) ældre forsøgspersoners kognitive evner" (ibid.), fordi man ikke har været opmærksom på de forsøgspersoner som havde kredsløbssygdomme, og var kognitivt svækkede pga. dette. At disse ældre blev betegnet som 'raske' har derfor givet et helt skævt billede i statistikkerne af den samlede gruppe af ældre⁷.

Jeg vil således slå fast at raske ældre er på niveau med yngre personer når vi ser på kognitive funktioner. Der er dog stadig nogle afgørende forskelle mellem ældre og yngre. Fx viser undersøgelser at vi med alderen bliver langsommere til at indkode nye informationer og lære nyt (Kirk 2008:72). Det interessante i denne sammenhæng er at raske ældre til gengæld er bedre til at forstå og genkalde det, de oplever. Dette kan forklares med at ældre i højere grad sammenkobler erindringer i mønstre. På den måde skydes genvej, og der skabes hurtigere en forståelse af en situation. Hvor unge har tendens til at huske i eksakte hukommelsesbilleder (Kirk 2008:65), husker ældre i højere grad i mønstre, og disse mønstre kan igen bruges til at genkende og forholde sig til ny

7 Hvornår kan en befolkningsgruppe betegnes som 'ældre'? Der findes mange udregninger og definitioner af denne aldersgrænse. Hyppigst kalder vi den gruppe, der har forladt arbejdsmarkedet, for 'ældre', hvilket generelt set vil være personer over 65 år. Der er dog et opbrud i det såkaldte aldersopdelte samfund og en bevægelse mod et aldersintegreret samfund, hvor vi ser en stigende gruppe erhvervsaktive op i en høj alder.

information. Denne evne til at sammenkoble beskrives som ”visdommens paradoks” i bogen af samme navn af neurologen Elkhonon Goldberg (2005). Goldberg ser ikke mønstrene som faststøbte enheder, men beskriver at de hele tiden påvirkes af nye informationer og oplevelser. Vores hukommelse er derfor ikke et fastlåst mønster der gengiver en oplevelse, vi engang havde, men vores erindring formes på ny hver eneste gang, vi genoplever noget (ibid.:141). Hukommelsen er således foranderlig og gendannes hver gang, vi erfarer noget nyt.

Endnu et aspekt ved hukommelsessystemet som er relevant i det, jeg senere vil komme ind på i denne artikel, er at vores hukommelse fremmes af følelser og motivation. Når vi 1) lærer nyt, 2) lagrer dette i vores hukommelse og senere 3) forsøger at genkalde det, foregår alle disse tre trin på meget nemmere vis når vi er motiverede og følelsesmæssigt involverede (Kirk 2008:71). Gerontologen, dr.med. Henning Kirk, som har beskæftiget sig omfattende med aldring og helse, fastslår at der er ”intim sammenhæng mellem kropsbevidsthed, emotioner og kognition” (ibid.:51). Vi kan således ikke lære nyt og huske, uden at dette påvirkes af hvilke følelser der var involveret:

Mavefølelser, hjertebanken, rødmen, gåsehud osv. er i større eller mindre grad ledsagefænomener til vores kognitive funktioner. Jo flere emotioner og følelser der er involveret, des bedre indlærer vi og husker det som er i spil (Kirk 2008:51).

Når vi i en høj alder ønsker at lære nyt eller at genkalde os noget, kan vi således med fordel være opmærksomme på hvordan et følelsesmæssigt engagement kan styrke hukommelsen og indlæringen.

Hippocampus’ involvering i hukommelsen

Som beskrevet i ovenstående er aldring ikke ensbetydende med sygdom, men kan dog medføre en svækket opmærksomhedsfunktion og heraf evt. svækket hukommelse. Til gengæld kan et følelsesmæssigt engagement styrke hukommelsen. Hukommelse er et kompliceret begreb og betegner flere hukommelsessystemer i hjernen. De vil ikke blive gennemgået i denne artikel hvor jeg vil begrænse mig til at beskrive et særligt område i hjernen som har stor medindflydelse på det at huske og erindre, nemlig hippocampus.

Hippocampus er en lille struktur der ligger foldet ind på hver sin side ved inder siden af tindingelappen. Navnet stammer fra det græsk-mytologiske ord hippókamos, som betyder sø-uhyre, og er siden relateret til det latinske ord hippos-campus, søhest

(World English Dictionary 2010), som den lille struktur med lidt fantasi ligner. Hippocampus er særligt udviklet hos pattedyr, og fungerer hos mennesker fra 3-års alderen (Melin & Olsen 2006). Som noget særligt kan der i selve strukturen livet igennem dannes nye neuroner, og nyere studier viser at dannelsen af neuroner øges ved motion (Viuf 2009).

En af de mest omtalte forskningsundersøgelser, der påviser en sammenhæng mellem størrelsen af hippocampus og hukommelse, er undersøgelsen af 16 taxichaufførers evne til at finde vej og huske adresser i millionbyen London (Maguire et.al. 2000). I en sammenligning med 50 personer i en kontrolgruppe viste MRI-scanninger at bagerste del af både højre og venstre hippocampus var større hos chaufførerne, samtidig med at forreste del var en smule mindre.

Hippocampus spiller en særlig rolle i den måde, vi sammenkobler erindringer på, så de fra at være adskilte brudstykker samles til en meningsdannende helhed. Det er især vores bevidste, episodiske hukommelse som er knyttet til hippocampus, mens den mere ubevidste følelse af bekendthed sidder i vores rhinale cortex uden for hippocampus (Cronwald 2010). Den episodiske hukommelse er de personlige erindringer, vi har, som ofte er knyttet til tid og sted (Gade 1997:224). Uden episodisk hukommelse kan vi måske ikke huske at naboen var til kaffe dagen før, men selvom den bevidste erindring er væk, kan der stadig være en ubevidst oplevelse eller fornemmelse af bekendthed når vi dagen efter træffer samme nabo.

I en undersøgelse af hvordan vi husker oplevelser og hændelser i vores eget liv, også kaldet autobiografisk hukommelse, kunne forskerne se aktivitet i venstre hippocampus hos en gruppe yngre forsøgspersoner. Dette viste sig at se anderledes ud hos ældre forsøgspersoner. Hos dem viste der sig en bilateral aktivitet, dvs. aktivitet i både højre og venstre hippocampus (Maguire & Frith 2003). I flg. Kirk er der således hos ældre tale om en mere robust, semantisk funderet hukommelse (2008:73), og herudover tegn på at den ”autobiografiske hukommelse bevares langt bedre end anden langtidshukommelse” (ibid.:75). Som et led i den normale aldringsproces skrumper hippocampus gradvist hvert år (Chowdhury, Nagai, Bokura, Nakamura, Kobayashi, & Yamaguchi in press), og i særlig grad fra 72-års alderen (Zhang et.al. 2010), så her kan vi igen tale om at enten forringes hukommelsen i takt med aldringen, eller at der i højere grad økonomiseres med hjernevolumen ved at organisere hukommelse i enheder eller mønstre på en anden måde end hos yngre personer.

Jeg har i det forrige kort opsummeret syn på almindelig aldring og hukommelse, og inden vi går videre til at se på patologisk aldring og tab af hukommelse, vil jeg konkludere følgende:

- Hukommelse ændres med alderen, og fremmes af motivation og følelser.
- Hukommelse er foranderlig, og konstrueres og gendannes hver eneste gang vi oplever noget nyt.
- Når vi deler en oplevelse med andre, vil vores hukommelsesbillede eller 'mønstre' af andre lignende oplevelser ændre sig.

Demens og tab af hippocampusfunktion

Det er indtil videre beskrevet at der er forskelle i hvordan vi husker og indlærer nyt, alt afhængig af alder, men at alder som sådan ikke er ensbetydende med et lavere kognitivt funktionsniveau for den raske ældre person. Når vi ser et fald i hukommelse og evne til problemløsning, er årsagen en direkte eller indirekte påvirkning af hjernen. En sådan påvirkning skyldes ofte demens som er en degenerativ sygdom der ses hos størsteparten (50-80 %) af beboere på plejehjem i Danmark (Ældreviden.dk 2010). Tallene er usikre da "de færreste plejehjemsbeboere har gennemgået en grundig demenstestning" (ibid.).

Ved Alzheimers demens, som er den hyppigst diagnosticerede demensform, spreder demenssygdommen sig ud fra hippocampus, og et svind i særlige dele af hippocampus kan tydeligt observeres ved MRI-scanninger (Mueller, Schuff, Yaffe, Madison, Miller & Weiner 2010). Det er ikke kun neuronerne i hippocampus der forsvinder, men ligeledes den hvide substans som består af myeliniserede axoner. Disse er afgørende for kommunikationen med andre dele af hjernen som Hippocampus således isoleres fra.

Nogle meget omtalte amerikanske undersøgelser af katolske nonner har været med til at sætte et helt nyt perspektiv på demens. I alt 678 nonner født før 1917 har givet samtykke til at deltage i forskningen og gennemfører løbende forskellige kognitive tests. I en af de første undersøgelser af 38 afdøde nonners hjerner fandt man at en stor gruppe af nonnerne (10 personer) havde Alzheimers sygdom, men uden at de forskellige tests, som blev udført mens de levede, viste tegn på kognitiv svækkelse! Undersøgelsen viste at en særlig region i hippocampus (CA1) var signifikant større hos disse nonner end hos en kontrolgruppe, eller hos dem der havde vist tegn på demens. Forskerne konkluderer at det kan skyldes at disse personer på en eller anden måde havde udviklet en evne til at kompensere for de kognitive svækkelser, efterhånden som de fik flere og flere skader i hjernen. De gav også en anden mulig forklaring, som gik ud på at nonnerne allerede tidligere i livet var mere kreative eller iderige end

andre, og således kunne drage nytte af dette ekstra beredskab når områder i hjernen gradvist blev ødelagt af demens (Iacono et.al. 2009).

Fokus i denne artikel er demensramtes nedsatte hukommelsesfunktion. For en uddybning af de forskellige demenssygdomme, deres ætiologi og diagnosticering henvises til følgende centrale hjemmesider: ”Nationalt Videnscenter for Demens” (2010), ”Lægehåndbogen” (2010) og ”Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter” (2010). I WHO’s internationale diagnosesystem, ICD-10, kan en demensdiagnose først stilles når der er tale om hukommelsesbesvær i mere end 6 måneder (WHO 2007). Det er faktisk kun 10 % af de patienter, som søger læge for hukommelsesproblemer, der viser sig at have en demenssygdom (Lægehåndbogen 2010), men hukommelsesvanskeligheder beskrives som ”det mest åbenbare af alle symptomer ved demens”, idet ”hukommelsen er medvirkende i det meste af det, vi foretager os i tid og rum” (Nygård 2006:195). Problemer med hukommelsen påvirker ikke bare hverdagslivet, men er væsentlige at tage højde for i terapi hvilket vi vil komme ind på senere i forhold til musikterapi.

Hukommelse og terapi

Hvordan er det muligt at tilrettelægge et (musik)terapeutisk forløb med mennesker som har omfattende hukommelsesproblemer? Kunne man ikke med god grund sige at det er tidsspilde hvis personen hverken kan huske terapeuten, eller hvad der skete i terapien?

Ifølge professor i psykologi Luois Cozolino, forfatter til bogen *The Neuroscience of Psychotherapy*, er alt, hvad vi foretager os i terapi, afhængigt af klientens hukommelse: ”Just about everything we do in therapy depends on the patient’s memory” (Cozolino 2002:84). Cozolino mener at de færreste kliniske psykologer, psykiatere og terapeuter har tilstrækkelig viden om hukommelsen og hvordan den påvirkes af skader og traumer. Fx giver en elektrisk påvirkning af Amygdala, der er en lille mandelformet struktur placeret tæt på hippocampus i tindingelappen, oplevelser af angst, déjà vu eller hukommelseslignende hallucinationer (ibid.:94). Behandlere må have indsigt i sådanne processer for at forstå særlige reaktioner hos deres patienter, og de må kende til sammenhænge mellem eventuelle skader eller ændringer i hippocampus da det fx er påvist at en formindskelse af hippocampus hænger sammen med lidelser som PTSD⁸, langvarig depression, temporallap-epilepsi og skizofreni (ibid.:95-96).

8 PTSD er en forkortelse for Post-Traumatic Stress Disorder, og betegnes på dansk som en posttraumatisk belastningsreaktion.

Som beskrevet i forrige afsnit ses hos personer med Alzheimers demens ikke bare en formindskelse af hippocampus, men tillige at hippocampus isoleres fra øvrige strukturer i hjernen.

Cozolino beskriver en særlig sammenhæng mellem amygdala og hippocampus som han kalder ”the Amygdaloid-Hippocampal Interaction”. Amygdala spiller en central rolle i vores følelsesmæssige og kropslige organisering af oplevelser, hvorimod hippocampus er central for bevidste og logiske samt sociale kompetencer (ibid.:96). For personer med demens, som har været udsat for svigt i barndommen, vil selv små antydninger af svigt trigge en amygdala-aktiveret oplevelse. Oplevelsen af at blive forladt her-og-nu kan således farves af tidligere oplevelser, og kan blive så overvældende at der via det autonome nervesystem aktiveres kamp/flugt mekanismer, eller at personen bliver handlingslammet (Porges 2009). I den terapeutiske relation er det relevant at være opmærksom på hvordan både helt tidlige oplevelser, men også oplevelser fra ungdomsår og voksenalder, stadig vil påvirke og forme hukommelsen. Terapeuten må være opmærksom på hvad der trigger negative oplevelser, fx i forhold til at blive efterladt eller afvist, men også hvad der forbindes med og fremkalder positive oplevelser som giver velvære og tryghed. I forhold til mennesker med demens kan oplevelsen af positivt samvær med en omsorgsperson, eller af situationer i fællesskab med andre, anvendes som udgangspunkt for den terapeutiske relation ved at bruge triggere der giver velvære og tryghed. Sådanne triggere kan være sanseoplevelser i form af musik.

I musikterapi er der fokus på den auditive sans, men for mennesker med svær demens kan det være vanskeligt at indordne og bearbejde lydstimuli, især hvis de er diffuse. Det kan være lettere at forholde sig til lyd, hvis det er en enkel og meningsfuld sansestimulering som kobles til en positiv erindring. Her kan det i nogle tilfælde være en fordel at det er en nærværende person der synger en velkendt sang, frem for at der strømmer orkestermusik ud af en højtaler. Hvis den demensramte har svært ved at percipere sanseindtryk og sammensætte de mange stimuli til en meningsfuld forståelse/et meningsfuldt hukommelsesbillede, vil en genkendelig melodisk sang, som fremføres i en samhandling, skabe mulighed for netop at forstå det der foregår. Genkendeligheden og koblingen til tidligere oplevelser gør det muligt at forstå eller fornemme, ikke nødvendigvis på et eksplicit, bevidst plan, men på et implicit, følelsesmæssigt plan.

Denne måde at forstå hukommelsen på har paralleller til en nylig undersøgelse af 5 personer med alvorlige skader i både højre og venstre hippocampi. Forsøgspersonerne fik fremvist nogle filmklip, og det blev slået fast at de allerede kort tid efter havde glemt hvad de havde set (Feinstein, Duff & Tranel 2010). Det viste sig dog at de stadig var påvirket af, eller kropsligt kunne huske, de følelser af enten tristhed

eller glæde som de var blevet konfronteret med i filmene. Endvidere viste det sig at oplevelsen af disse følelser varede længere hos personerne med skader i hippocampus, end hos en gruppe raske personer i en kontrolgruppe. Det er ikke påvist om disse resultater kan overføres til situationer hvor personer interagerer følelsesmæssigt med hinanden, og om de kan overføres til personer med demens som ikke kun har skader i hippocampus, men ligeledes i øvrige områder i hjernen. Men resultaterne understreger anekdotiske beretninger om at svært demensramte stadig kan være opløftede og glade efter besøg af pårørende, selvom de ikke længere kan huske besøget, når de bliver spurgt. Eller kan være påvirkede af en ubehagelig plejesituation helt tilbage fra morgenstunden, selvom de ikke kan fortælle hvad der skete. Hvis vi således kan tale om en form for kropslig hukommelse, kan dette understrege betydningen af relationsorienterede eller psykoterapeutiske terapiforløb hvor terapeutens kompetencer til at rumme personens følelser af fx afmagt eller sorg vil kunne indlejre sig som en følelse af at være blevet mødt og forstået.

Hvis vi ud fra denne argumentation kan vedtage at det faktisk giver mening at gennemføre terapiforløb med personer der har alvorlige hukommelsesproblemer, og som ikke formodes bevidst at kunne huske samværet, vil spørgsmålet være hvordan et sådant terapiforløb kan tilrettelægges, og før dette kan besvares, må det afklares hvilket fokus terapien har, set i behandlingsøjemed – eller, udtrykt med fokus på relationen mellem terapeut og klient, i samhandlingsøjemed?

Selv og identitet

Vi må her, som næste led i argumentationen, vende os mod filosofiske betragtninger af hvordan vi opfatter personen med demens. I den etymologiske betydning af ordet demens er, som tidligere nævnt, underforstået af den demensramte er de-mens, dvs. ude af sind eller uden sind. En lang række nutidige praktikere, gerontologer og demensforskere er bredt enige om at denne forståelse af demens er uholdbar, og at hjørnestenen i god demensomsorg er mening og identitet (Borresen, Hansen & Trangbæk 2004). Med udgangspunkt i opfattelsen at enhver demensramt person er en 'meaning-maker', dvs. danner sig en mening og en forståelse af sine og andres handlinger (Kitwood 1997:15), beskriver Kitwood et nyt paradigme inden for demensomsorgen, som afløser af det gængse standardparadigme eller 'the old culture of care', der er deterministisk (ibid.:55). Standardparadigmet omfatter en tænkemåde hvor der fokuseres på de negative konsekvenser af en demenssygdom, og hvor sygdommen

sættes i centrum, og eftersom der ikke findes en medicinsk kur mod sygdommen, vil al behandling som konsekvens være af symptomlindrende karakter. Jeg mener at denne tænkemåde desværre stadig er gældende alt for mange steder.

Ifølge Kitwood er det nye paradigme helhedsorienteret og fokuserer på personen med demens, og ikke på selve demenssygdommen. Det personcentrerede syn indbefatter følgende fire kriterier:

1. en etisk forholdemåde;
2. fokus på en psykologisk forståelse af oplevelse, handling og spiritualitet;
3. kvalitetsudvikling af praksis;
4. forenelighed med en velbegrunderet neurovidenskab (ibid.:55).

I Kitwoods personcentrerede demensomsorg tages udgangspunkt i den demensramte persons behov for kærlighed som indbefatter psykosociale behov for: tilknytning, omsorg, meningsfuld beskæftigelse, inklusion samt identitet (ibid.:82). I det følgende vil jeg se nærmere på identitetsbegrebet i forhold til demensramte.

Kitwood beskriver identitet som det at vide hvem man er, både kognitivt og følelsesmæssigt. Det betyder at have en opfattelse af sammenhæng og kontinuitet i forhold til oplevelser, man tidligere har haft, og i den forstand at man ejer en 'fortælling' eller 'historie' om hvem man er.

I en beskrivelse af hvem 'man er', og hvad selvet er, forklarer specialist i neuropsykologi, Anders Degn Pedersen, at selvbevidsthed handler om at det enkelte menneske kan forholde sig til og være bevidst om egne mentale processer, følelser, tanker og handlinger, samt være bevidst om sig selv som adskilt fra andre. Selvbevidstheden er således en samlet entitet eller helhed der så at sige 'ejer' disse mentale processer, følelser, tanker og handlinger (Pedersen 2002:310). For at kunne fastholde en stabil forestilling om sig selv over tid betyder det at man må have en "bevidsthed om og adgang til ens egen historie" (ibid.:314). Pedersen mener at selvbegrebet på denne måde er knyttet til hukommelsen, og at selvet kan betragtes som "individets centrale eksekutiv-enhed" (ibid.:315), dvs. at selvet er individets evne til samhandling.

Selvbegrebet kan ifølge Pedersen (ibid.:315) beskrives i 3 niveauer som jeg i det følgende vil koble til demens. Selvbegrebet, i forhold til demensramte, er:

1) Processer hvor den demensramte er opmærksom på egne perceptioner, opmærksomhedsfunktioner, tanker, følelser og handlinger. Disse processer kan forløbe med et minimum af selvbevidsthed, men kan også vedrøre mere reflekterende former, der fordrer at individet har en stabil forestilling om sig selv, trods svære problemer med den episodiske hukommelse.

2) Processer af en højere orden der vedrører den demensramtes viden om og forholdet sig til sin identitet i meget bred forstand, herunder værdier, moral, kulturelle

tilhørsforhold osv. Den demensramte vil her kunne trække på sin autobiografiske hukommelse, og er fx bevidst om mere komplekse sammenhænge vedrørende sit tidligere arbejde eller tidligere fællesskaber.

3) Processer der omhandler personens styring og kontrol af komplekse handle-mønstre i relation til vedkommendes mål, motiver, følelser etc. som en central eksekutiv enhed. Dette kræver en velfungerende hukommelse, og ikke alene en erindring om fortiden, men også evnen til at skue fremad og planlægge. Selv mindre skader i hippocampus vil typisk påvirke personens selvbegreb i forhold til disse processer.

Identitet er ikke kun at føle sin krop og en ontologisk væren, men handler om samvær med andre (Ruud 1998:36). Dette bekræftes af Pedersen som med reference til socialpsykologien beskriver både et privat og et socialt selv. Det ”private selv vedrører den personlige identitet og oplevelsen af at være et individ” (Pedersen 2002:318) hvor det sociale selv ”skabes i det sociale samspil, og vedrører de væremåder og egenskaber, individet optræder med i sociale sammenhænge” (ibid.:318). Pedersen fremhæver her at hvis den demensramte i det sociale felt mødes ”med afvisning og uindlevet korrektion” på sin for andre forvirrede eller aparte ageren, vil vedkommende netop blive udstillet som en ikke-eksisterende person, dvs., blive udstillet som de-ment, og således uden identitet. Det private selv ophører med at eksistere hvis selvet ikke udspilles i sociale interaktioner, hvilket også understreges af Ruud (1997). Identiteten konstrueres og udfoldes i det sociale felt, men formes af erindringer for samvær og for tidligere oplevelser af sig selv (det private selv). Som før nævnt omfatter forskellige typer af semantisk hukommelse episodisk, narrativ og selvbiografisk hukommelse (Cozolino 2002). Disse eksplicitte former for hukommelse organiseres i tidsstrukturer som vil sikre en vis form for kontinuitet, og bliver en fortælling der former identiteten – men først i samspillet med andre, som det ligeledes beskrives af Ruud:

... den narrative struktur vi påfører våre erfaringer, er medkonstituerende ikke bare for vårt selv og vår subjektivitet, men for vår mer summerende identitetsoplevelse (Ruud 1997:48).

En af de udviklingspsykologer, der har beskæftiget sig grundlæggende med identitet, er psykoanalytikeren Erik H. Erikson der især så teenageårene som vigtige for at danne en identitet. Ifølge ham er identitetsdannelse målet for personlig udvikling (Kloep & Hendry 2004:34). Erikson opfattede identitet som ”strukturen for social og personlig identificering, værdier og mål, og disse faktorer styrer adfærden” (ibid.:34). At opnå en identitetsfølelse sker ifølge Erikson i en livslang proces hvor personen må gennem 8 psykosociale stadier. Det første stadie, spædbarnsperioden, drejer sig om tillid/mistro. Herefter følger perioder hvor processer vedrørende autonomi/skam,

initiativ/skyld og fortagsomhed/underlegenhed foregår. I teenageårene er det nødvendigt for personen at afklare sin seksuelle, sociale og erhvervsmæssige identitet, i voksenalderen at afklare sin identitet ift. intimitet vs. isolation, som midaldrende at efterlade noget til næste generation, og endelig i alderdommen at udvikle sig i interaktion med andre og med henblik på at opnå en følelse af integritet, i modsætning til fortvivlelse og bitterhed (Erikson 1968, 1982).

Som før beskrevet er identitetsbegrebet centralt i demensomsorgen (Kitwood 1997). Sideløbende med udbredelse af reminiscensarbejde er det blevet klart at der er mange forskellige måder at inddrage autobiografisk viden om den demensramte i omsorgsarbejdet, og at det for personalet er blevet en del af god praksis at indsamle billeder og fortællinger for at kunne skrive en livshistorie om hver person med svær demens (ibid.). Kitwood refererer til en upubliceret ph.d.-afhandling fra 1995 (se Mills 1997) der undersøger narrativ identitet og demens, og som viser at den demensramtes fornemmelse af identitet, som udtrykkes i at kunne fortælle om sit liv og sin livshistorie, gradvist vil forsvinde. Kitwood slår derfor fast at viden om en persons livshistorie er helt grundlæggende hvis det skal kunne lade sig gøre stadig at fastholde personens identitet.

In dementia the sense of identity based on having a life-story to tell may eventually fade [...] biographical knowledge about a person becomes essential if that identity is still to be held in place (Kitwood 1997:56).

Jeg har i forrige afsnit været inde på at når vi deler en oplevelse med andre, ændres vores hukommelsesbillede/’mønster’ af andre lignende oplevelser sig. Herfra vil jeg slutte at vores identitet, som formes af vores hukommelse, igen og i en kontinuerlig proces formes og konstrueres i samvær med andre. Det bliver således en opgave for personale, terapeuter og omsorgspersoner at bidrage til at indsamle autobiografisk viden om en person med henblik på at kunne fastholde og bekræfte personens identitet. I et terapiforløb vil behandlingsfokus være på at dele oplevelser (samhandle) med den demensramte, og med udgangspunkt i personens livshistorie (eller autobiografiske viden) forme disse oplevelser i et samvær som giver mulighed for at bekræfte personens identitet. Som nævnt i forrige afsnit er spørgsmålet nu hvordan et sådant terapiforløb kan tilrettelægges?

Identitet og musik

Med afsæt i antagelsen at identiteten konstrueres gennem fortællinger/narrativer vil vi nu se på de narrativer som vi fortæller om os selv i relation til musikoplevelser. Ruud stiller spørgsmålstegn ved hvorfor vi vælger at holde fast i nogle fortællinger, mens andre udelades, og han foreslår at det er fordi musik har en afgørende betydning for hvordan følelser spiller en rolle i en af fire følgende kontekster: en personlig, en social, en vedrørende tid og sted samt en transpersonlig (Ruud 1997). Musik kan være med til at understrege det følelsesmæssige element i en oplevelse inden for disse kontekster. Det kan forstås således at musik bliver dét samlede element der binder små brudstykker af en oplevelse sammen til én meningsfuld oplevelse. Man kunne sige at selve det følelsesmæssige aspekt er det 'klister' der samler en oplevelse til et samlet hukommelsesbillede, hvorefter musikken er en meningsfuld formidling der giver hele oplevelsen mening som et samlet hele. I vores dagligdag kan det netop være musikken der indfanger, fastholder og udtrykker hverdagsøjeblikke i en særlig følelse eller stemning. Det er på denne måde at vi konstruerer os selv som agerende subjekter og at musikken får en integrerende funktion:

... it may be exactly in those small moments, in the everyday events we are caught up in a feeling which keep us within the situation, where we construct ourselves as acting subjects (Ruud 2010:28).

Det særlige ved vores livshistorie og autobiografiske hukommelse er at fortællingen ikke bare er knyttet til vores eksplicite semantiske og/eller episodiske hukommelse. Livshistorien er en fortælling, vi har levet, og som vi genlever når vi erindrer den. Det implicite følelsesmæssige aspekt er afgørende og kan i denne sammenhæng betyde at det at arbejde med livshistorie ikke er en verbalt fortalt historie, men en følelsesmæssig samhandling baseret på tidligere oplevelser. Sagt med spædbarnsforsker og psykoterapeut Daniel Sterns ord er livshistorien "an emotional narrative that is felt rather than a cognitively constructed story that is verbalized" (Stern 2004:58).

Stern mener at vi overser betydningen af intersubjektivitet i dannelsen af vores identitet. Som eksempel nævner han hvordan bl.a. det at danse og synge sammen kan skabe en intersubjektiv kontakt. I denne kontakt, om end den er flygtig, har personen ikke alene haft en dejlig oplevelse, men har også oplevet prototypen på menneskelig intersubjektivitet og vil på denne måde kunne få bekræftet sin identitet (Stern 2004:110).

Vi har tidligere været inde på at når vi forsøger at genkalde os noget, hjælpes hukommelsen på vej af følelser og motivation, og ligeledes at vi nemmere lærer nyt og husker dette når vi er motiverede og følelsesmæssigt involverede. Hvordan kan vi

skabe situationer med personer med demens hvor de er motiverede og følelsesmæssigt involverede? Som før beskrevet bevares autobiografisk hukommelse bedre end andre hukommelsessystemer. For mange ældre personer med demens vil det således være værd at afprøve om sang, musik og dans, som de tidligere har haft oplevelser med i forskellige sammenhænge, vil kunne motivere og engagere dem i et samvær med en terapeut eller med en gruppe af personer. Ikke blot for at adspire og underholde, men for at finde frem til musik som har betydning for den enkelte person og som i et motiveret og følelsesmæssigt engageret samvær bekræfter personens identitet.

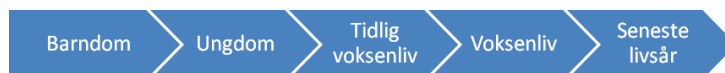
Næste spørgsmål må derfor blive hvordan personale, musikterapeut eller omsorgspersoner kan finde frem til netop den musik som har betydning for den enkelte. Dette spørgsmål har den norske læge og musikterapiforsker Audun Myskja (2006a, 2006b) undersøgt i sammenhæng med anvendelsen af metoden Individualized Music (Gerdner 1993), og han anbefaler anvendelsen af assessmentredskabet APMP: Assessment of Personal Music Preference (Gerdner, Hartsock & Buckwalter 2000). I AMPM spørges der bl.a. ind til hvilken rolle musik tidligere spillede i den demensramtes liv, hvilken genre personen særligt holdt af, og hvilken musik der på nuværende tidspunkt gør personen glad. Hvis personen med demens eller dennes familie ikke er i stand til at besvare AMPM, må musikterapeuten på anden vis finde frem til den musik, der har betydning. Dette kan gøres ud fra kendskab til personens livshistorie, og jeg vil nu introducere en metode til indsamling af viden om livshistorie som har været inddraget i musikterapi.

Den kvalitative livshistorie

I en forskningsundersøgelse af musikterapi med demensramte formulerede jeg i samarbejde med videnscenterleder Aase Marie Ottesen en metode til at indkredse vigtige forhold eller fortællinger om en person som kunne bidrage til at give et kendskab til personens livshistorie og baggrund (Ridder & Ottesen 2008). Redskabet blev kaldt ”Den Kvalitative Livshistorie”, hvor det kvalitative understreger det tolkningsmæssige aspekt i forståelsen af livshistorien som aldrig vil kunne blive en opremsning af ”sandheder” om en persons livsverden. Frem for at understrege livshistorien som en kronologisk fremstilling, opfordredes således til at udforme et overblik over livshistorien i et mindmap med stikord, som så efterfølgende vil kunne uddybes og forklares. Med inspiration i Kitwood (1997) samt i Sejerøe-Szatkowskis (2002) kvalitative livsline foreslås en beskrivelse af følgende fem områder:

1. Nære relationer
2. Skole, uddannelse og arbejde
3. Interesser, aktiviteter og musik
4. Fællesskaber (forenings-, bo-, kollega- og trosfællesskab)
5. Værdier/måder at leve på

Inden for hvert af disse områder vil der fremkomme narrativer. Disse kan være lige fra helt korte facts til lange fortællinger om bestemte begivenheder, hændelser eller oplevelser. Hvert narrativ kan beskrives med et tema eller med korte stikord, fx ”malede akvareller med far”. Disse temaer kan indplaceres på en tidslinje der strækker sig fra barndom, ungdom, tidlig voksenliv, voksenliv og de seneste livsår (se figur 1 under).



Figur 1

Tolkningsaspektet kommer ind ved at hvert af disse små fortællinger om livet vurderes i forhold til om de har været positive for personen eller mindre positive. Man kan forestille sig tidslinjen som en horisontal x-akse, og vurderingen af hændelsen som den vertikale y-akse der strækker sig fra positiv i meget høj grad til i meget lav grad (det er bevidst at vi søger at undgå at betegne oplevelser som negative). Det er vores erfaring at der med denne metode på meget enkel vis, og uden at processen bliver for tidskrævende, viser sig et overordnet billede af livshistorien. Den kan være med til at tydeliggøre om personen i perioder af sit liv har måttet slås med fx svære tab, eller vise hvor der kan være særlige ressourcer at trække på. I figur 2 (se figur neste side) gives et eksempel på små fortællinger der kan sættes ind i et mindmap og således kan illustrere livshistorien. I eksemplet er blot medtaget nogle helt overordnede oplysninger, fx at Oda var gift med Jens, og en fortælling fra sønnen om at de kunne finde på at tage en ’sving-om’ hjemme i køkkenet hvis den rigtige musik var i radioen. Der er også fortællingen om at hun elskede at tage på markeder og til byfester, ofte for at sælge genbrug og antikviteter. Denne fortælling kunne føre videre til fortællinger om hvilken musik der blev spillet her, og igen føre til detaljer om særlige sange, musik-numre, musikere, osv.



Figur 2

En introduktion til Den Kvalitative Livshistorie kan downloades fra internettet (Ridder & Ottesen 2008). Et kendskab til personens livshistorie danner grundlag for at kunne arbejde med musikreminiscens, som i det følgende beskrives efter en kort introduktion til reminiscensterapi.

Reminiscensterapi og musikreminiscens

Musikken er et vigtigt redskab i det reminiscensarbejde som er nødvendigt for at fastholde en persons identitet, ikke mindst hvis der er tale om en person med en demenssygdom (Ridder 2005; Rolvsjord 1998; Ruud 2010). Tom Kitwood har bidraget med teoretisk indsigt i forståelsen af demens og således til at øge fagligheden i dansk og norsk demensomsorg. Han foreslår en lang række tiltag og interaktionsformer i det praktiske omsorgsarbejde, og tager afstand fra en tidligere anvendt metode, realitetsorientering, hvor der lægges vægt på at reorientere patienter til vores fælles virkelighed.

Som en modvægt til realitetsorienteringen udvikledes valideringsterapi, som frem for den fælles realitet, tog udgangspunkt i den enkelte persons virkelighed. I denne tilgang lægges vægt på personens følelser hvilket stiller krav til personale om at forholde sig kommunikativt og empatisk nærværende i samværet. I denne sammenhæng nævner Kitwood reminiscensarbejde som et meget vigtigt bidrag til demensomsorgen.

Reminiscens kommer af det latinske ord *reminiscere* som betyder at huske, og som terapeutisk metode tages der udgangspunkt i den enkeltes livshistorie med henblik på at styrke identitet og selvværdsfølelse. Reminiscensterapi er hovedsageligt anvendt til personer med hukommelsesproblemer, og hvor der med sanseoplevelser søges adgang til erindringer. Sanseoplevelserne fremmes ved at anvende objekter som billeder og genstande der understøtter et bestemt tema, eller ved at anvende musik. Det er foreløbigt forholdsvis sparsomt med forskning i effekten af reminiscensterapi med demensramte. I en Cochrane oversigt over forskningen på området vurderes kun fire undersøgelser at leve op til de krav der stilles til randomisering og anvendelse af kontrolgrupper (Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies 2009). Disse undersøgelser, med i alt 144 demensramte deltagere, viser en effekt af reminiscens på kognition, humør og adfærd.

En vigtig ressource i implementeringen af reminiscensterapi i Danmark er det tidligere Dansk Center for Reminiscens, nu Nørrebro Erindringscenter (www.reminiscens.dk). I deres forståelse af reminiscens er ikke blot selve reminiscensarbejdet vigtigt, men ligeledes indretningen af omgivelserne, da disse er med til at præge den enkelte persons identitet og hukommelse. Stimulering af hukommelsen via musik nævnes ikke i denne sammenhæng og er ofte udeladt i reminiscensarbejde. Dog beskriver Gudex og kolleger i en rapport fra Socialministeriet (Styrelsen for Social Service) musik som værende ”særlig velegnet i reminiscenssammenhænge” (Gudex, Horsted, Jensen & Kjer 2009:35). På baggrund af et randomiseret interventionsstudie konkluderer Gudex og kolleger at anvendelse af reminiscens har en potentielt positiv virkning på både beboere og plejepersonale på plejeheder (ibid.:216), og at der er ”indikationer på reminiscensmetodens betydning for beboernes livskvalitet, samt at den muligvis kan forsinke forværring i kognitiv funktion og progression i demenssymptomer, herunder agiteret adfærd” (ibid.:216).

I forhold til anvendelsen af musik i reminiscensarbejde eller musikterapi beskriver den svenske musikterapeut Sten Bunne i bogen "Musik i åldringsvård" (1986) hvad han kalder ”minnestræning”, hvor musik indgår som en central del. Den norske musikterapiforsker Randi Rolvsjord (1998) beskriver hvordan musikalsk samhandling som reminiscens forbedrer demensramte deltageres livskvalitet og skaber glæde. Den danske musikterapeut Marie Munk-Madsen (2000, 2006) tager udgangspunkt i velkendte sange i musikalsk reminiscens og ser sangene som en nøgle til at åbne for kontakt. Hun beskriver musik som ”identitetens lydspor” og ser identiteten som summen af alle de fortællinger, vi laver om os selv gennem livet. Munk-Madsen mener at især sange er relevante at inddrage i musikreminiscens med personer med demens:

Det viste sig vigtigt at afdække et repertoire af sange, som den enkelte deltager kunne forbinde sig med. Disse sange kunne med fordel genbruges, ofte i hver eneste session ... Mange af de sange som jeg fandt virksomme, pegede langt tilbage i tiden – til skoletid og barndom ... det må antages at man berører en mere ”barnlig”, spontan og følelsesstyret del af personligheden. Dans og musiklytning kunne også have funktion som musikalsk reminiscens ... I de tilfælde ... havde disse former en betydning som henviste til personernes ungdom/voksenliv ... Ved så at sige at genvinde fortiden trådte identiteten som syg og hjælptrængende i baggrunden, og forudsætningerne for et ligeværdigt forhold mellem musikerterapeut og deltager var tilstede, som mellem to personer med hver sin historie og hver sine kompetencer (Munk-Madsen 2000:22).

Betydning af musik og identitet for opretholdelse af helse

Jeg vil runde denne artikel af med kort at reflektere over hvilken betydning musik og identitet har for opretholdelse af den demensramtes psykiske og fysiske helse. Herunder hvilken betydning musikreminiscens har for personens velvære, livskvalitet, sundhedstilstand, eller kort og godt: for vedkommendes helse.

Musikterapiforsker Lars Ole Bonde opstiller i sin bog ”Musik & Menneske” en række teser om hvad det er, vi lærer om os selv når vi aktivt forholder os til musik, og hvordan vi påvirkes. Han uddyber at musikoplevelser og musikudfoldelse mindsker angst og fremmer helse, og at de kan ”bidrage til udvikling af musikalsk identitet og musikalske fællesskaber hos mennesker med helseproblemer af mange forskellige slags”. Således opstår musikalsk mening via ”forhandlinger i en social kontekst” (Bonde 2009:231).

I sine studier af ’hverdagslivets musikbrug’ beskriver musikforsker DeNora musik som et redskab eller en ressource som man i sin dagligdag kan anvende i en selvreguleringsproces. En sådan regulering kræver en høj grad af refleksivitet da personen ikke blot må være opmærksom på sit behov for at regulere humør eller følelser, men ligeledes på det at give sig selv mulighed for at forholde sig aktivt handlende til sådanne behov. På denne måde får brugen af musik en afgørende rolle i forhold til aktivt at skabe og konstruere selv-identitet (DeNora 2000).

Ved at skabe fælles oplevelser med musik som er en del af den demensramtes identitet konstrueres i samværet dennes livshistorie. Ifølge seniorforsker Anne Leonora Blaakilde (2006) er livshistorier næring for den menneskelige tanke, og er nødvendige for at vi kan forstå os selv, hinanden og vores fælles liv.

Under den danske internetportal Sundhed.dk er der i Lægehåndbogen udførlig information om demens. Her konkluderes om Realitetsorientering, som tidligere er kritisk omtalt af Kitwood, at ”Flere studier har dokumenteret effekt ved brug af elementer fra realitetsorientering”. Imidlertid blev den metaanalyse af realitetsorientering, som der henvises til fra Lægehåndbogen, trukket tilbage i 2003 som led i en revision af samtlige psykosociale metaanalyser i den anerkendte videnskabelige Cochrane-database. Kitwood skriver at Realitetsorientering som metode er blevet erstattet af nyere psykosociale tiltag, men, som jeg med beklagelse må konstatere, at det i Lægehåndbogen kan læses at ”Reminiscensterapi eller musikterapi mangler dokumenteret effekt” (Lægehåndbogen 2010). Også ved disse undersøgelser refereres til Cochrane-databasen, og der refereres ikke til fx førnævnte undersøgelse af Gudex og kolleger (2009).

I forhold til både musikterapi og musikreminiscens er der ikke gennemført forskningsundersøgelser der lever op til kravene for biomedicinsk forskning vedrørende kontrol, standardisering, randomisering og tilstrækkelig stor deltagerpopulation. Der kan således ikke refereres til dokumenterede effekter af musik i forhold til at opretholde målbare effekter på helse for demensramte, og hvis musikterapi-forskningen skal levere forskning inden for det biomedicinske paradigme, vil det kræve effektforskning med musik-/reminiscensterapi som den uafhængige variabel og med måling af elementer af psykisk og fysisk helse som den afhængige variable. Eftersom disse elementer er svære at adskille, kunne der inddrages målinger i form af fx livskvalitet.

På den anden side er det væsentligt i den sammenhæng at pege på den omfattende forskning og dokumentation som er udført med kvalitative, eksplorative forskningsmetoder (se Ridder 2003; 2005) samt kvantitative casesigns og kvasiekperimentelle designs, hvor der dokumenteres en positiv forandring eller effekt, men hvor det samtidig tydeliggøres at målingen af psykosociale tiltag påvirkes af et meget stort antal variable som det er svært at kontrollere for effekten af.

Konklusion

Frem for at se helse som et individuelt fænomen kan vi beskrive helse som et relationelt fænomen (Ruud 2010:66). Det stiller krav til forskning om at inddrage den kontekst, en person indgår i, samt de relationer et individ interagerer med. Dette stiller nogle særlige krav til musikterapi-forskning, og vanskeliggør standardisering og isolering af få enkelte variable.

Jeg har i artiklen argumenteret for at kontinuerligt identitetsarbejde er nødvendigt for vores oplevelse af helse, og at det er målet for personlig udvikling. Dette kan formuleres som kernen i terapiforløb med personer med demens som har alvorlige hukommelsesproblemer, og hvor terapien tilrettelægges ud fra en forståelse af hukommelsen som noget foranderligt der gendannes hver eneste gang vi oplever noget nyt. Identitetsarbejdet ses som en fortløbende proces og understreger at vi som personer formes og konstrueres i samvær med andre.

Det formuleres således som en opgave for personale, terapeuter og omsorgspersoner at bidrage til at indsamle autobiografisk viden om personen med demens med henblik på at kunne fastholde og bekræfte personens identitet. I et terapiforløb vil behandlingsfokus være på at dele oplevelser (samhandle) med den demensramte, og med udgangspunkt i personens livshistorie (eller autobiografiske viden) at forme disse oplevelser i et samvær som giver mulighed for at bekræfte personens identitet.

Musik kan i denne sammenhæng understrege det følelsesmæssige element og kan være den samlende enhed, der binder små brudstykker af en oplevelse sammen til én meningsfuld oplevelse. Musikken anvendes ikke blot for at adspire og underholde, men for i et samvær at give personer med demens mulighed for at genopleve betydningsfulde og meningsfulde oplevelser og indgå i et motiveret og følelsesmæssigt engageret samvær. Herigennem kan personen få bekræftet sin identitet, og føle sig mødt og forstået, trods en demenssygdom.

Litteratur

- Blaakilde, A.L. (2006). Lad livets fortællinger blomstre – om livshistorie som genre og som nødvendighed. A.M. Jensen & J. Havelund (red.) *Reminiscens og livshistorie. Lad livets fortællinger blomstre*. København: Munksgaard.
- Bonde, L.O. (2009). *Musik og Menneske. Introduktion til musikpsykologi*. København: Samfundslitteratur.
- Borresen, M., Hansen, H.K. & Trangbæk, L.E. (2004). *Socialpædagog & Demens – det vanskelige omsorgsarbejde*. Odense: Styrelsen for Social Service.
- Chowdhury, M.H, Nagai, A., Bokura, H., Nakamura, E., Kobayashi, S. & Yamaguchi, S. (in press). Age-Related Changes in White Matter Lesions, Hippocampal Atrophy, and Cerebral Microbleeds in Healthy Subjects Without Major Cerebrovascular Risk Factors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*.
- Clarfield, M. (1990). Dr. Ignatz Naxher and the birth of geriatrics. *Canadian Medical Association Journal*, 143(9), s.944-948.

- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy. Building and Rebuilding the human brain*. New York: W.W. Norton & Company.
- Cronwald, C. (2010). *Spørg videnskaben: Funktionsfejl i hukommelsen eller erindringer fra et tidligere liv?* 31. maj 2010 [online]. Hentet 27. juni, 2010, fra: http://www.videnskab.dk/content/dk/sporg_videnskab/hvad_er_deja-vu
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed*. New York: Norton.
- Feinstein, J.S., Duff, M.C. & Tranel, D. (2010). Sustained experience of emotion after loss of memory in patients with amnesia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(17), s. 7674-7679.
- Fredens, K. (2004). *Mennesket i hjernen. En grundbog i neuropædagogik*. Århus: Systime Academic.
- Gade, A. (1997). *Hjerneprocesser. Kognition og neurovidenskab*. København: Frydenlund.
- Gerdner, L. (1993). Effects of Individualized Music on Confused and Agitated Elderly Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, VII(5), s.284-291.
- Gerdner, L. Hartsock, J. & Buckwalter, K.C. (2000). *Assessment of Personal Music Preference (family version)* [online]. Skemaet kan downloades fra: http://www.health.state.ny.us/diseases/conditions/dementia/edge/forms/edge_project_individual_music_assessment.pdf
- Goldberg, E. (2005). *The Wisdom Paradox. How your mind can grow stronger as your brain grows older*. London: Simon & Schuster.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A.M. & Kjer, M. (2009). *Konsekvenser ved anvendelse af reminiscens: en randomiseret interventionsstudie på ti danske plejeenheder*. København: Servicestyrelsen og Syddansk Universitetsforlag.
- Iacono, D., Markesbery, W.R., Gross, M., Pletnikova, O., Rudow, G., Zandi, P. & Troncoso, J.C. (2009). The Nun Study. Clinically silent AD, neuronal hypertrophy, and linguistic skills in early life. *Neurology*, 73(9), s. 665-673.
- Kirk, H. (2008). *Med hjernen i behold. Kognition, træning og seniorkompetencer*. København: Akademisk Forlag.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kloep, M. & Hendry, L.B. (2004). *Udviklingspsykologi i praksis*. Århus: Forlaget Klim.
- Lægehåndbogen.dk (2010). *Vedr. Demens* [online]. Hentet 27. juni, 2010, fra <http://www.laegaebaandbogen.dk/default.aspx?document=1335>

- Maguire, E.A., Gadian, D.G., Johnsrude, I.S., Good, C.D., Ashburner, J., Frackowiak, R.S. & Frith, D. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97(8), s. 398-403.
- Maguire, E.A. & Frith, C.D. (2003). Aging affects the engagement of the hippocampus during autobiographical memory retrieval. *Brain*, 126, s.1511-1523.
- Melin, E. & Olsen, R.B. (2006). *Frontaldemens – en håndbog*. København: Omsorgsorganisationernes Samråd.
- Mills, M.A. (1997). Narrative Identity and Dementia: a Study of Emotion and Narrative in Older People with dementia. *Ageing and Society*, 17(6), s. 673-698.
- Mueller, S.G., Schuff, N., Yaffe, K., Madison, C., Miller, B. & Weiner, M.W. (2010). Hippocampal Atrophy patterns in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Human Brain Mapping*, 31, s.1339-1347.
- Munk-Madsen, M.N. (2000). Kun et eneste nu – om et projekt. Musikterapi med demente i Kridthuset i Nivå. *Konferenceskrift: Musikterapi 2000. Første Danske Konference*. Brandbjerg Højskole, juni 2000.
- Munk-Madsen, N.M. (2006). Musikalsk reminiscens i arbejdet med ældre med demenssygdom. i A.M. Jensen & J. Havelund (red.) *Reminiscens og livshistorie Lad livets fortællinger blomstre*. København: Munksgaard.
- Myskja, A (2006a). *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A (2006b). Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase. I: Aasgaard (red.) *Musikk og helse*, s. 173-200. Oslo: Cappelens Forlag.
- Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (2010). [online] www.nordemens.no
- Nasjonalt Videnscenter for Demens (2010). *Værktøjer og viden om demens - til professionelle og pårørende*. [online] www.videnscenterfordemens.dk
- Nygård, L. (2006). Hverdagslivets aktiviteter, muligheder og begrænsninger. I: H. Basun, Ekman, S.L., Englund, E. et.al. (red.). *Demens. Forløb, udredning, behandling, genetik og biokemisk forskning*. København: FADL's Forlag.
- Pedersen, A.D. (2002). Selv, bevidsthed og neuropsykologi. I P. Bertelsen, M. 'Hermansen & J. Tønnesvang (red.) *Vinkler på selvet – en antologi om selvbegrebets anvendelse i psykologien*, s.301-341. Århus: Forlaget Klim.
- Phung, T.K.T., Andersen, B.B., Høgh, P., Kessing, L.V., Morgensen, P.B. & Waldemar, G. (2007). Validity of Dementia Diagnoses in the Danish Hospital Registers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24, s.220-228.

- Porges, S.W. (2009). Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect: A Polyvagal Perspective. I D. Fosha, D.J. Siegel & M. Solomon (Red.) *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development, and Clinical Practice*. New York: W.W. Norton & Company.
- Ridder, H.M. (2005). *Musik & Demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Århus: Forlaget Klim.
- Ridder, H.M. & Ottesen, Aa.M. (2008). *Introduktion til den Kvalitative Livshistorie*. Tilgængelig på: <http://personprofil.aau.dk/filer/102705>
- Rolsjord, R. (1998). Når musikken minner om livet. Musikalsk samhandling som reminiscens. En infallsvinkel til musikterapi i geriatrien. *Nordic Journal of Music Therapy*, 7(1), s.4-13.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og Identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, communication and culture*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy – a perspective from humanities*. Gilsum: Barcelona Publishers
- Sejerøe-Szatkowski, K. (2002). *Demens. Kommunikation & Samarbejde*. Århus: Forlaget Klim.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Viuf, B. (2009). *Bevæg dig og gør din hjerne glad*. Videnskab.dk. 29. juni 2009. Hentet 27.06.2010 på http://videnskab.dk/content/dk/krop_sundhed/bevag_dig_og_gor_din_hjerne_glad
- WHO (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision. Version for 2007 [online]. Hentet 15. november, 2010, fra <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- Woods, B., Spector, A.E., Jones, C.A., Orrell, M. & Davies, S.P. (2009). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009 (1).
- World English Dictionary (2010) [online]. Hentet 15. november, 2010, fra <http://dictionary.reference.com/browse/hippocampus>
- Zhang, Y., Qiu, C., Lindberg, O., Bronge, L., Aspelin, P., Bäckman, L., Fratiglioni, L. & Wahlund, L.-O. (2010). Acceleration of hippocampal atrophy in a non-demented elderly population: the SNAC-K study. *International Psychogeriatrics*, 22, s.14-25.
- Ældreviden.dk (2010). *Videnscenter på Ældreområdet*. Tal og fakta/FAQ [online]. Hentet 27. juni, 2010, fra <http://www.aeldreviden.dk/faq/index.html#10>