



BIOGRAFI:

*Susanne Brødsgaard Hansen*

*Uddannet cand. mag. i musikterapi fra Aalborg Universitet i 2005 og efteruddannet kognitiv terapeut i 2009. Derudover uddannet musik- og bevægelsespædagog i 1998. Primært erfaring fra hospitals-, social- og distrikpsykiatrien, herunder bl.a. gerontopsykiatrisk afdeling, samt erfaring fra plejehjem og ældrecentre. Privatpraktiserende musikterapeut, musikpsykoterapeut og psykoterapeut. Henvendelse: [susanne@musikterapeut.info](mailto:susanne@musikterapeut.info). Website: [www.musikterapeut.info](http://www.musikterapeut.info)*

**"I pilotprojektet konkluderede jeg, at de to beboere generelt ikke udviste agiteret adfærd i musikreminiscenssessionerne, sådan som personalet observerede det i miljøet. Beboerne var i stand til at være til stede på en måde, så de kunne nyde musikken og kontakten med mig. I denne tilstand var det muligt for dem at få dækket psykosociale behov." ..... "Jeg ser en sammenhæng mellem begge beboeres rolige adfærd i sessionerne, og det at de fik dækket grundlæggende psykosociale behov."**

**- Pilotprojekt om musikterapi: Musikreminiscens med demensramte beboere med urolig adfærd (Hansen 2009) -**

# Pilotprojekt om musikreminiscens, demens og agiteret adfærd

Susanne Brødsgaard Hansen

**Resumé:** Artiklen beskriver et pilotprojekt om musikreminiscens, demens og agiteret adfærd, som blev gennemført i efteråret 2009 på Plejehjemmet Salem i Gentofte. I pilotprojektet undersøgte jeg om musikreminiscens kunne dæmpe agiteret adfærd hos to beboere med demens. Begge beboere fik tilbudt et individuelt forløb med 4 sessioner pr. uge i 4 uger. I alt 16 sessioner. Artiklen starter med en kort beskrivelse af baggrunden for projektet, projektformuleringen, metoden, henvisningskriterierne og Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Jeg gør derefter rede for demens, agiteret adfærd, musikreminiscens, regulering af arousal, hukommelse og identitet. Derpå beskriver jeg de to cases og de dertil knyttede resultater, herunder erfaringerne med anvendelsen af CMAI.

## Baggrund

Baggrunden for projektet var et ønske om at igangsætte udviklingsprojekter på Salem, som ville være til gavn for beboerne og personalet. Beboere med agiteret adfærd er ofte plaget af deres adfærd, der også påvirker de øvrige beboere og personalet. Jeg valgte at fokusere på musikreminiscens, fordi jeg i mit kliniske arbejde med demensramte ofte har fokus på at mindes, på livshistorie og på identitet. Ifølge Ridder (2005) er musikreminiscens et nyere tiltag, som ikke er tilstrækkeligt undersøgt, og den kliniske praksis er forholdsvis ubeskrevet. Mit håb er, at der på et tidspunkt kan gennemføres et tilsvarende og længerevarende projekt, som bygger videre på de erfaringer, der er gjort i dette pilotprojekt. Mit håb er også, at pilotprojektet kan medvirke til at styrke brugen af musikreminiscens indenfor demensområdet i Danmark.

Min rolle i projektet var dels at være musikterapeut og dels at være projektleder. Sidst-

nævntedeltedes med plejehjemmets udviklingskonsulent. Lars Ole Bonde og Hanne Mette Ochsner Ridder fra Aalborg Universitet var eksterne vejledere. Er læseren interesseret i hele projektet, henvises til den omfattende skriftlige rapport: Pilotprojekt om musikterapi: Musikreminiscens med demensramte beboere med urolig adfærd (Hansen 2009).

## Projektformulering, metode og henvisningskriterier

Jeg valgte følgende projektformulering:

*Kan musikterapi, med musikreminiscens som metode, dæmpe urolig/agiteret adfærd hos to beboere med demens? – og kan en tilpasset udgave af Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) anvendes til at måle effekten af musikreminiscens på urolig/agiteret adfærd?*

Pilotprojektet bestod dels af beskrivende og dels af empirisk arbejde, og jeg anvendte

både kvalitative og kvantitative metoder. Projektet som helhed var bygget op omkring de to cases.

Inden hvert musikterapiforløb startede indsamlede jeg oplysninger om de to beboere fra henholdsvis beboermappen, kontaktpersonen og samtaler med beboeren. Jeg udførte derpå kvalitative interviews med de pårørende med udgangspunkt i beboerens livshistorie og musikalske identitet. Der blev udført kvantitative målinger på beboerens agiterede adfærd 3 gange i døgnet 3 dage før og 3 dage efter musikterapiforløbet via en tilpasset udgave af CMAI (Abelskov og Torpdahl u. å.). Begge beboerne havde et individuelt forløb med musikreminiscens som metode. De fik tilbudt 4 sessioner pr. uge i 4 uger af ½ times varighed, hvilket i alt var 16 sessioner. Jeg valgte at bruge kvalitativ videoobservation og optog alle musikterapisessionerne. På baggrund af disse udvalgte jeg klip fra starten, midten og slutningen af hvert forløb, som indgik i analysen. Der blev også udført kvalitative interviews med de 2 kontaktpersoner og en medarbejder, der havde aftenvagt. Disse blev foretaget 1 gang i slutningen af hver uge, og havde en varighed af ca. 15 minutter.

Beboerne blev henvist på baggrund af 5 kriterier:

- Beboeren havde urolig adfærd i henhold til CMAI
- Beboeren havde demens (ikke nødvendigvis udredt)
- Kontaktperson, afdelingssygeplejerske og musikterapeut vurderede, at musikterapi var et relevant tilbud
- Beboeren havde ikke tidligere modtaget musikterapi
- Der var indhentet samtykkeerklæring fra både beboeren og en pårørende<sup>1</sup>

1 Der blev også givet samtykke til at anvende materialet i bl.a. artikler, undervisning og foredrag.

## CMAI

CMAI er et kvantitativt måleinstrument, som måler forekomst og hyppighed af 29 typer af agiteret adfærd hos beboere med demens. Det måler også i hvilken grad adfærden påvirker plejepersonalet i form af stress/bekymring. Den udgave jeg anvendte var en tilpasset version, der er udarbejdet af overlæge Kirsten Abelskov og gerontopsykolog Per Torpdahl (Abelskov og Torpdahl u. å.).

Den anvendte version af CMAI er inddelt i 3 kolonner:

1. *kolonne* henviser til 29 typer af urolig adfærd, der er inddelt i 4 blokke: Fysisk/Aggressiv, Fysisk/Ikke-aggressiv, Verbal/Aggressiv og Verbal/Ikke-aggressiv.

2. *kolonne* måler forekomst og hyppighed af hver af de 29 typer. Disse vurderes på en skala fra 0 - 6, hvor 0 er aldrig, og 6 er over 6 gange i timen.

3. *kolonne* måler hvor stresset/bekymret personalet bliver på grund af beboerens adfærd. Altså belastningsgraden. Skalaen går fra 0 - 4, hvor 0 er slet ikke, og 4 er ekstremt.

Der var flere årsager til, at jeg valgte at anvende CMAI. Først og fremmest fandt jeg det relevant at undersøge om der skulle være en carry-over-effect<sup>2</sup> i forbindelse med behandlingen, der kunne observeres af plejepersonalet. Interviews med personalet bidrog også til at belyse en mulig carry-over-effect.

## Demens og agiteret adfærd

I Danmark er der ca. 80.000, som lider af demens, hvilket svarer til 2 % af befolkningen. I gruppen 60 - 65 år er der 1 %, men i gruppen fra 85 - 90 er der 20 %, hvilket illustrerer, at risikoen øges kraftigt med alderen (Ridder 2003, der henviser til Sundhedsstyrelsen

2 Dvs. om en effekt af musikterapiforløbet kunne observeres i miljøet efterfølgende.

2001, Statistisk Årbog 2002; Statistikbanken.dk).

Der findes mere end 200 sygdomme, som kan forårsage demens. Den mest udbredte er demens ved Alzheimers sygdom. Når et menneske rammes af demens starter en degenerering af hjernen, som medfører en gradvis svækkelse af hukommelsen og andre intellektuelle funktioner (bl.a. abstraktion, tænkning, planlægning og dømmekraft). Der kan ske ændringer i personligheden, adfærden, følelseslivet, og afasi forekommer ofte.

Agiteret/uroelig adfærd hos ældre med demens kan være mere eller mindre udtalt, og kan komme til udtryk på forskellig vis. Agiteret adfærd kan defineres på forskellige måder, men da jeg i pilotprojektet anvendte CMAI, har jeg valgt at bruge definitionen fra den: *"Ubehørig verbal, vokal eller motorisk aktivitet, som af en udefrakommende observatør vurderes til ikke direkte at skyldes behov eller forvirring for det agiterede individ."*(Ridder og Ottesen 2006, s. 2). Agiteret adfærd kan manifestere sig ved grov, fornærmelig adfærd overfor en selv eller andre, som behørig adfærd, der udføres med en ubehørig hyppighed, eller som ubehørig adfærd i forhold til sociale standarder (ibid). Agiteret adfærd hos beboere med demens observeres i nogle tilfælde primært om eftermiddagen og om aftenen. Det er ofte pinefuldt for den pågældende og kan være en stor udfordring for personalet og de øvrige beboere. Af den grund er det et vigtigt indsatsområde for behandling, herunder musikterapeutisk behandling.

### **Musikreminiscens**

*"Musikalsk reminiscens kræver ikke et bevaret verbalt sprog; at synge sammen, danse sammen, lytte sammen, bevæge sig sammen er en anden måde at "berette" om sine*

*livserfaringer. Den musikalske reminiscens kræver heller ikke evne til at genkalde sig eksakte begivenheder. Med musikoplevelser kan vækkes erindringer om stemninger, lugte, bevægelser o.a."*

(Munk-Madsen i Ridder 2005 a, s.69)

Ordet reminiscens kommer af det latinske reminisci, der betyder at huske. Musikreminiscens er en musikterapeutisk metode, hvor jeg bruger musik til at stimulere erindringsprocesser og vække minder. Mit udgangspunkt i dette pilotprojekt var at skabe kontakt og følelsesmæssig samstemthed bl.a. gennem regulering af arousal. Jeg arbejdede ud fra hypotesen om, at det i denne særlige kontakt ville være muligt at imødekomme psykosociale behov hos beboeren, og at det at få dækket disse behov kunne have en positiv effekt på "uhensigtsmæssig" adfærd (Ridder 2005 b).

Regulering af arousal er en interventionsform, som er vigtig i mit arbejde med demensramte. Den optimale tilstand for beboeren kaldes aroused, og ligger mellem tilstandene hypo- (understimuleret) og hyper-aroused (overstimuleret). I denne tilstand er beboeren modtagelig over for små nuancer i omgivelserne, og kan komme i kontakt med elementer, der vækker genkaldelse, som f.eks. et stykke musik, som hun har hørt mange gange før (Ridder 2005 a, s. 164). Denne tilstand er svær for den demensramte at skabe og fastholde selv. Når beboeren er hypo-aroused befinder hun sig i en tilstand af udmattelse, hvor pulsen er lav, og hvor beboeren synker ind i sig selv uden at ænse egne behov eller omgivelserne (ibid s. 163). Den må ikke forveksles med at være afslappet. Når beboeren er hyper-aroused kommer det til udtryk som bl.a. instinktstyret, udadfarende og agiteret adfærd, hvor pulsen er høj. I sin ekstreme form knyttes disse til en slags katastrofereaktioner, der associeres med følelser som rædsel, lidelse og vrede (Kitwood i Ridder 2003).

*"At se en urolig eller forpint person læne sig tilbage med et dybt udtryk af velvære over et bestemt stykke musik er i høj grad en livsbekræftende oplevelse."*

(Ridder 2005 a, s. 159)

Mine musikterapeutiske interventioner omfattede også affektiv afstemning både verbalt, i musikken og med mit kropssprog. At afstemme affektivt i musikterapi vil sige, at jeg udtrykker den følelse, som klienten/beboeren udtrykker, hvilket kan give beboeren en oplevelse af at blive mødt og forstået (Hansen 2004). Interventioner hvor jeg dæmpede eller forstærkede følelser og adfærd var også centrale.

I musikreminiscens anvendte jeg primært musiklytning (klaver, sang/vokal, CD'er, kassettebånd og vinyl), sang og samtale. Indimellem brugte jeg objekter f.eks. fotos, som understøttede det vi talte om. Der kunne være ét tema for den enkelte session eller flere forskellige, og disse kunne være f.eks. familieliv, højtider og venner. Jeg tog altid udgangspunkt i det der skete her-og-nu i kontakten. Beboerens livshistorie og musikalske identitet havde en central betydning. Den musikalske identitet omfattede bl.a. den musik hun hørte/havde hørt eller udøvede/havde udøvet i det daglige, og de musikoplevelser hun havde haft gennem livet, som f.eks. koncerter. Sammen med beboerne opbyggede jeg et repertoire, hvor genkendelighed og rutiner var vigtige elementer.

### **Hukommelse og identitet**

I mit arbejde med mennesker med demens og musikreminiscens har jeg selvsagt fokus på det at være hukommelsessvækket. Vores hukommelse består af korttidshukommelsen og langtidshukommelsen. Korttidshukommelsen omfatter information, som endnu ikke er blevet bearbejdet og fortolket så meget og den har begrænset kapacitet.

Langtidshukommelsen omfatter derimod information, som er bearbejdet, fortolket og integreret i personens generelle viden. Langtidshukommelsen inddeles i tre: Den episodiske, der bl.a. omfatter personlige begivenheder og hukommelse for tid og sted; den semantiske, der omfatter leksikal hukommelse, generel viden, facts, betydning af ord og koncepter; og den procedurale hukommelse, også kaldet kroppens hukommelse, der omfatter motoriske færdigheder og kunnen, komplekse og automatiserede processer, samt rutiner (Havelund & Møller Jensen 2006; Ridder 2003).

Selv mennesker med svær demens<sup>3</sup> kan huske og genkende musik. Munk-Madsen (Havelund & Møller Jensen 2006) skriver, at hukommelsen for musik er tæt knyttet til den procedurale hukommelse, der kan være bevaret længst henne i demensforløbet. Med begge beboere oplevede jeg, at de spontant reagerede på musikken f.eks. ved at synge med eller markere rytmen med foden. Jeg oplevede også, at musik aktiverede den episodiske hukommelse, idet de fortalte om begivenheder fra deres liv. At bruge musik i reminiscens kræver ikke, at man kan huske hvornår noget fandt sted, eller hvad der præcis skete (som bl.a. afhænger af den semantiske hukommelse). Musikreminiscens kan således kompensere for de problemer, der er med at få adgang til den semantiske hukommelse, fordi musikken kobler sig til den episodiske og den procedurale hukommelse (Ridder 2005 b).

Psykologen Tom Kitwood, der har stor betydning for den nye demenskultur, lægger vægt på identitet, og anser det for at være et af de vigtigste begreber i forbindelse med

<sup>3</sup> Progressionen i demens kan inddeles i let, middelsvær og svær demens.

psykosociale behov hos demensramte<sup>4</sup> (Kitwood 1999 s. 90). Identitet er også et centralt fokus i den form for musikreminiscens, som jeg arbejder med. Jeg mener det har alvorlige konsekvenser for et menneskes oplevelse af sig selv som individ, når evnen til at huske er beskadiget. Beboeren husker måske brudstykker, som ligger mange år tilbage, men husker ikke det, som lige er sket. F.eks. at hun netop har sunget sin yndlingssang sammen med mig. Ifølge Ridder er musik et meget relevant redskab, der kan påvirke hukommelse og følelser hos mennesker, der har brug for at fastholde erindringsbilleder eller fornemmelser af episoder og oplevelser fra tidligere. Vores identitet er i høj grad afhængig af vores levede liv og erindringer (Ridder 2005 a, s. 159). Musikterapeut Even Ruud skriver:

*"Minnene inneholder rester av en vedvarende prosess hvor vi tilegnet oss noen sociale og personlige erfaringer, samtidig som vi konstruerte vårt "selv". Derfor vil alt vi minnes, danne et relevant spor i dannelsen av vår identitet."* (Ruud 1997 s. 66).

## CASE: MUSIKREMINISCENS MED E

E var en 84-årig enke med 3 børn. Familien betød meget for E, og hendes pårørende beskrev hende som en kærlig mor, der tog sig af andre. E havde altid været meget glad for musik og sang, og holdt bl.a. af sange fra højskolesangbogen, salmer, klassisk musik og sange fra "De små synger". Som barn og ung spillede hun både fløjte og klaver, og hun havde en fin sangstemme.

E var svært dement, men ikke udredt. Hendes psykiske tilstand var generelt svingende, og hun kunne det ene øjeblik være glad og imødekommende, for derpå at blive verbalt og

fysisk aggressiv. E's agiterede adfærd kom også til udtryk ved, at hun gik rundt i afdelingen og ledte. Hendes uro var som regel mest udtalt om eftermiddagen og om aftenen. E var i behandling med antipsykotisk og antidepressiv medicin, og i dagene op mod perioden med musikterapi havde E dårlig mave, og hun havde slået og skældt ud.

Musikterapien foregik i E's lejlighed. Hun havde 16 sessioner i alt og ingen afbud. Sang fyldte meget i vores sessioner. Vi sang sammen, og jeg sang for E, akkompagneret af klaver, mens hun lyttede. E talte meget, og temaerne kredsede om familieliv (ægtefælle og børn), hendes barndom og ungdom, udeliv, arbejdsliv, salmer og kristendom, og om at synge og spille. Hendes tale var meget usammenhængende og hun "tabte ofte tråden".

## Beskrivelser fra musikreminiscensforløbet med udgangspunkt i udvalgte videosekvenser

I 4. session lytter E og jeg til Triumfmarchen *Gloria all' Egitto* fra Verdis *Aida*, som hun har stående i sin CD-samling. E er rolig og nærværende og nyder musikken. Under lytningen begynder E at synge spontant med og bevæger hænderne i takt til musikken (procedural hukommelse). Gennem hendes pårørende ved jeg, at hun har lyttet meget til klassisk musik sammen med sin ægtefælle. Jeg har en oplevelse af, at hun i denne session kan formidle sin viden om klassisk musik, som er en vigtig del af hendes identitet. Det er en viden hun kan hente frem, når hun hører musikken, men ellers ikke.

I begyndelsen af 6. session sidder E med rynkede bryn og er verbalt afvisende. Roligt sætter jeg mig hen ved siden af hende og begynder at synge I skovens dybe stille ro akkompagneret af klaveret, som står tæt op ad den lænestol hun sidder i. Det er en sang, E

4 De øvrige er: Tilknytning, trøst, inklusion, beskæftigelse og kærlighed.

holder meget af, og som vi har sunget sammen en del gange før. E's sindsstemning og arousalniveau ændrer sig mens jeg synger, og et stykke inde i sangen siger hun med kærlig stemme: *"Det går heroppe fra, her over, her ned"*, og peger fra munden til maven og ned til benene på sig selv. Vi bliver begge ret bevægede. Efter sangen siger E: *"De er så dejlige. Og du er dejlig.".... "... du er jo frimodig og det kan glide over i mig hver dag."* Jeg fortsætter med at synge rolige sange bl.a. Fred hviler over land og by og Solen er så rød mor, som hendes pårørende har fortalt, at hun har et særligt forhold til. Sangene stimulerer også E til at fortælle om sit liv, om skolen, og om at hun og hendes 5 søstre sang sammen (bl.a. episodisk hukommelse).

I 5. session synger E og jeg salmer. Temaerne kredser om kirken, gudstjenester og musik. E fortæller meget i denne session, og det er tydeligt, synes jeg, at musikken stimulerer hendes hukommelse (episodisk hukommelse) og minder. Hun fortæller, at hun spillede på fløjte i kirken, og hun prøver at beskrive fløjten. Hun fortæller også, at hun har spillet pæne steder, hvor hun og nogle andre prøvede at spille på orglet. Jeg lægger mærke til, at hendes tale er mere sammenhængende end den ofte er, og det er som om salmerne/musikken fastholder hende i temaerne. Da jeg sætter ord på, at jeg oplever, at musikken vækker minder hos E, ær hun mig på kinden, som hun indimellem gør, når kontakten mellem os er god. På et tidspunkt synger vi *Giv mig Gud en salmetunge*, og midt i den stopper E op og siger: *"Jeg kommer til at længes. Jeg længes efter mit klaver."*

### **Kort sammenfatning af musikreminiscensforløbet**

Den samlede analyse af musikreminiscensforløbet viste, at E generelt var rolig i sessionerne og ikke havde agiteret adfærd,

sådan som personalet kunne observere det i miljøet. Den viste også, at E generelt nød samværet og musikken. Musikreminiscens kunne: Skabe ro, skabe kontakt, løfte E's stemningsleje, påvirke evnen til interaktion, give fælles oplevelser med musik, stimulere den episodiske og procedurale hukommelse, vække minder, styrke identitetsfølelsen, stimulere til sammenhængende tale, fastholde E i temaerne, og være en måde hvorpå E kunne formidle sin viden om musik.

### **Interviews med personale**

Det fremgik af interviewene med kontaktpersonen, at E generelt var rolig i den periode, hvor hun fik musikterapi. Der havde ingen konflikter været, og jeg vurderede, at man ikke kunne udelukke, at musikterapien havde haft en betydning i den sammenhæng. Af interviewene fremgik det også, at E opholdt sig meget i sin lejlighed, og at det gav hende ro at sidde dér. Det fremgik, at det at hun opholdt sig en del dér, var en ændring siden forløbets start, og kontaktpersonen vurderede, at musikterapien kunne have betydning i den henseende.

Den anden interviewrespondent observerede E i aftenvagten, hvilket var den tid på døgnnet, hvor E som regel var mest urolig. Hun observerede en enkelt konfliktsituation cirka midt i forløbet. Bortset fra denne var E meget harmonisk, rolig og afslappet. Aftenvagten reflekterede over om musikterapien kunne have noget med det at gøre.

### **CMAI**

CMAI viste, at E's agiterede adfærd var stærkt reduceret *efter* musikterapien, hvilket indikerede, at musikterapien havde haft en positiv effekt. Den samlede score var 83 før og 33 efter. Efter samtaler med personalet fremgik det imidlertid, at E havde problemer med maven i observationsperioden *før*.

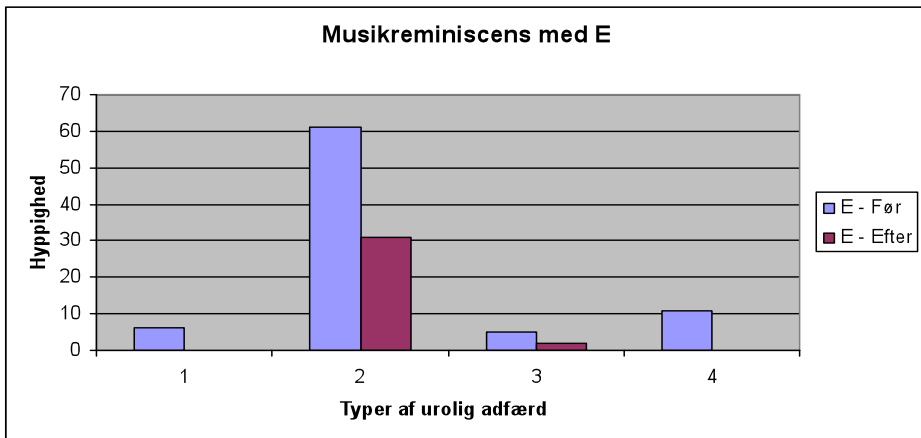


Fig. 1: Diagram over hyppighed af agiteret adfærd inddelt i 4 typer.  
 1. Fysisk/Aggressiv. 2. Fysisk/Ikke-aggressiv. 3. Verbal/Aggressiv.  
 4. Verbal/Ikke-aggressiv.

Dette kunne have medført forhøjede scoringer som udgangspunkt, hvilket gav en større reduktion, end der ellers ville have været. Den samlede score på stress/bekymring hos personalet var på 46 før og 8 efter, hvilket gav god mening i forhold til reduktionen. På baggrund af både interviews og CMAI konkluderede jeg dog, at det var svært at sige noget entydigt om en carry-over-effect, bl.a. pga. de somatiske problemer E havde haft.

#### CASE: MUSIKREMINISCENS MED A

A var 85 år. Hun fik tre børn med sin nu afdøde mand. A's pårørende beskrev hende som en karrierekvind, der var ret banebrydende for sin tid. Hun blev også beskrevet som stærk og selvstændig, og som en person, der aldrig hidsede sig op. A havde altid holdt af musik, bl.a. populærmusik og jazz, som f.eks. Nat King Cole og Frank Sinatra.

A havde Alzheimers sygdom og afasi. Hun var generelt fysisk urolig, og hendes adfærd var præget af, at hun gik rastløst rundt og var forvirret. Når hun sad ned, var hendes ben stort set altid i bevægelse. Psykisk kunne

hun svinge noget. A havde generelt en høflig omgangstone, og hun var ikke verbalt eller fysisk aggressiv. Under terapiforløbet havde A smerter i venstre skulder og problemer med urinen, hvilket gjorde at hun var meget urolig.

Musikterapien foregik i A's lejlighed og i plejehjemmets terapilokale (2 sessioner). Hun havde 15 sessioner, og meldte afbud én gang pga. smerter i skulderen. Musiklytning var den primære metode. Jeg spillede klaver og sang, eller vi lyttede til A's gamle vinyl, CD'er og kassettebånd. A havde svært ved at tale pga. afasien og musikken fyldte derfor mest. Temaerne i terapien kredsede bl.a. om hendes familie (børn, børnebørn, bror), ægtefællen, det at være selvstændig karrierekvind, og A's nuværende tilstand. Indimellem anvendte jeg objekter i form af fotos.



## Beskrivelser fra musikreminiscensforløbet med udgangspunkt i udvalgte videosekvenser

I 4. session taler vi om A's afdøde ægtefælle. Vi ser på et billede, som jeg har taget ned fra hylden. Jeg spørger hvem det er, og A siger: "*Ja det er min mand.*" A smiler og er nærværende. Lidt efter siger hun: "*Han døde. Så nu er det kun mig.*" Jeg siger: "*Så er det kun dig. Så er du tilbage med dine tre børn og dine børnebørn.*" Jeg siger, at hendes datter har fortalt mig, at A og hendes ægtefælle havde en sang, der var "deres sang", som hedder *Too young*. Jeg sætter derefter en CD på med Nat King Coles version af sangen, og A siger: "*Den kan jeg høre hver dag.*" Det er tydeligt for mig, at A taler bedre end hun plejer. Hun er bl.a. i stand til at formulere små sætninger. Jeg har en klar fornemmelse af, at musikreminiscensen stimulerer A's hukommelse (episodisk hukommelse) og hendes evne til at tale. Jeg tænker også, at dette tidspunkt i terapien har en følelsesmæssig betydning for hende, og at samværet omkring netop dette tema er identitetsstyrkende. Jeg bemærker derudover, at A's fysiske uro i benene er mindre og overvejer om det kan hænge sammen med, at vi lytter til netop denne sang. Lidt senere spiller jeg *In the mood* på klaveret og A nynner med, smiler og siger "Bum" på den sidste tone, for at markere slutningen. Senere i terapien spørger jeg til A's ægtefælle igen, og A prøver at fortælle mig noget, men går i stå pga. afasien, som så mange gange før.

I 6. session er A i godt humør, hvilket hun som regel er i musikterapien. Jeg spørger hende hvad hun har lyst til i dag, og hun svarer, at hun gerne ville have, at jeg spiller for hende, og peger på klaveret. Jeg spiller *Strangers in the night*, som jeg har spillet en del gange før, og som jeg ved hun holder meget af. Undervejs siger hun: "*Det er dejligt.*" Hun nynner med og smiler til mig. Da melodien slutter klapper hun. Derefter spiller jeg *Yes-*

*terday, I cover the waterfront* og *Fly me to the moon*. I slutningen af sessionen kigger vi på nogle af A's gamle vinylere, som hendes datter har haft med. I denne session er A glad og aktivt deltagende. Musikken fylder meget. Jeg oplever, at samværet i højere grad bliver på A's præmisser, når vi har denne non-verbale kontakt gennem musikken. Det skyldes primært, at musikken ikke stiller krav til sproglige evner. I den non-verbale kontakt har jeg en fornemmelse af, at A's kropslige hukommelse (procedural hukommelse) er aktiv. Når hun f.eks. hører et jazznummer, som hun kender, markerer hun rytmen med foden.

I 13. session har A det ikke så godt, hvilket vores kontakt er præget af. A er plaget af smerter i skulderen, og hun har problemer med urinen. Jeg ved fra personalet, at hun er i medicinsk behandling for begge dele. I starten af sessionen sidder vi med nogle af A's gamle kassettebånd, som jeg har fået lov at tage ud af hendes skab. Hun spørger: "*Er det mine?*" Jeg spørger om hun kan genkende dem, hvortil hun svarer: "*Nej. Jeg kan ikke se i dag.*" Jeg fornemmer, at hun har behov for, at vi ikke taler så meget, og spørger derfor om jeg skal spille for hende, hvortil hun svarer ja. Jeg vælger at spille rolige melodier på klaveret bl.a. *Try to remember*. Under denne sang forsøger A at fløjte lidt, og hun smiler til mig. Da sangen er færdig siger hun: "*Den kunne jeg godt lide.*" Sessionen slutter af med at A er i bedre humør, hvilket afspejler en udvikling i løbet af denne halve time. Min oplevelse er, at musikken kunne løfte hendes stemningsleje, så hun trods alt kunne holde smerterne og trætheden ud.

## Kort sammenfatning af musikreminiscensforløbet

Den samlede analyse af musikreminiscensforløbet viste, at A generelt var rolig, motiveret og smilende med undtagelse af et

par sessioner i slutningen, hvor hun havde stærke smerter i bl.a. skulderen. Hun sad i sin stol og gik ikke rastløst rundt, sådan som personalet observerede det i miljøet. Analysen viste, at den konstante fysiske uro i benene blev observeret stort set hele tiden, men at den ikke var så udtalt, når hun havde det godt. Overordnet set viste analysen, at musikterapien havde en positiv påvirkning på A's uro. Musikreminiscens kunne: Skabe ro, aktivere, stimulere den procedurale og episodiske hukommelse, vække minder, styrke identitetsfølelsen, stimulere sproget, skabe samvær, som i højere grad var på A's præmisser, påvirke A følelsesmæssigt og løfte hendes stemningsleje.

### Interviews med personale

Af interviewene med kontaktpersonen fremgik det, at A var glad for musikterapien, og adspurgt svarede hun bl.a., at det var dejligt. Kontaktpersonen mente ikke, der var en ændring i hendes rastløshed, forvirring og uro i løbet af perioden generelt. I den første uge havde han dog observeret, at A var mere rolig lige efter. Midt i perioden sagde han også, at hun muligvis var mere rolig umiddelbart

efter, hvilket dog ikke kunne bekræftes, da han sjældent var til stede på det tidspunkt. Kontaktpersonen fortalte også, at A's uro og psykiske tilstand blev væsentlig påvirket af situationer i miljøet, hvilket indikerede, at en positiv oplevelse i musikterapien hurtigt kunne erstattes af uro efterfølgende.

### CMAI

CMAI viste, at A's urolige adfærd var meget forøget *efter* forløbet. Den samlede score var 103 før og 147 efter musikterapien. Efter samtale med personalet, og ved at læse notater fra beboermappen, blev det imidlertid klart, at forøgelsen ikke kunne tilskrives musikterapien. Forøgelsen skyldtes, at A faldt den første dag i måleperioden. Som følge heraf havde hun stærke smerter, der bl.a. resulterede i meget urolig adfærd, forvirring, og stærkt påvirket og usammenhængende tale. Den samlede score på stress/bekymring hos personalet var på 33 før og 56 efter, hvilket stemmer overens med forøgelsen. På baggrund af både interviews og CMAI konkluderede jeg, at det *ikke var muligt*, at sige noget entydigt om en carry-over-effect.

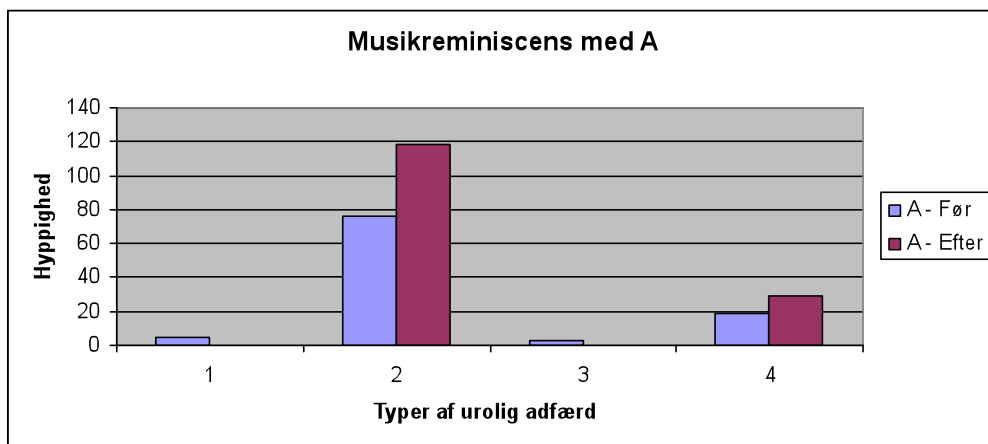


Fig. 2: Diagram over hyppighed af agiteret adfærd inddelt i 4 typer.

1. Fysisk/Aggressiv. 2. Fysisk/Ikke-aggressiv. 3. Verbal/Aggressiv. 4. Verbal/Ikke-aggressiv.

## Diskussion

### Agiteret adfærd og musikreminiscens

I dette pilotprojekt var det musikterapeutiske mål at dæmpe agiteret adfærd hos to demensramte ældre på plejehjem. Agiteret adfærd er et betydningsfuldt fokus inden for demensområdet, og jeg mener det er vigtigt, at der til stadighed udvikles behandlingsmetoder, som har en gavnlig effekt på netop denne problematik. Det er imidlertid helt centralt at være opmærksom på, at bl.a. angst og vrede ikke er forbudte følelser, der ikke må udtrykkes. Vi bør derfor, som professionelle behandlere, have fokus på, hvad adfærden er et udtryk for.

I projektperioden var jeg også opmærksom på, at beboerne nemt kunne blive påvirkede af de konflikter og psykiske spændinger, der opstod i afdelingen. Demensramte beboere er psykisk sårbare, bl.a. fordi de er kognitivt svækkede. Den ro og følelse af nærvær en beboer kunne opleve i musikterapien kunne hurtigt blive erstattet af uro og forvirring efterfølgende. Derudover fremgik det i høj grad, at medicinsk behandling og somatiske problemer havde indflydelse på den agiterede adfærd. I den forbindelse lagde jeg stor vægt på det tværfaglige samarbejde. Det var vigtigt at få information om hvad der var sket i miljøet, som kunne have påvirket beboeren, eller om beboeren havde fysiske smerter. Jeg kunne indhente oplysninger fra beboermappen eller få information fra personalet, hvis de havde tid og mulighed for det. Når jeg var klar over, at beboeren havde oplevet noget, som f.eks. havde skabt uro hos hende, kunne jeg have fokus på det i terapien.

### Anvendeligheden af CMAI i dette pilotprojekt

I forbindelse med anvendeligheden af CMAI i projektet var der en del interessante diskussionspunkter. Selve længden af observationsperioden fandt jeg bl.a. vigtig. Plejepersonalet observerede 3 dage før og tre dage efter perioden med intensiv musikterapi, hvilket den tilpassede udgave af CMAI var designet til. Hvis jeg havde valgt at have længere observationsperioder, havde jeg muligvis fået et mere realistisk billede af beboernes agiterede adfærd. Det ville imidlertid have været for tidskrævende for observationspersonerne, og have været for omfattende for mig i forhold til databehandling.

Derudover vurderede jeg, at det kunne have været gunstigt at bruge CMAI sammen med andre kvantitative måleinstrumenter. Jeg vurderede også, at det var godt at inddrage interviews (kvalitativ metode) med personalet, som kunne medvirke til at belyse en eventuel carry-over-effect.

I forhold til en carry-over-effect vurderede jeg også, at det var vigtigt at have redskaber som kunne måle en effekt af terapien *umiddelbart* før og efter en session. Jeg forestillede mig, at man måske ville kunne tilpasse CMAI, så en medarbejder f.eks. observerede beboeren en time før og en time efter, og måske kun ud fra de items/typer af adfærd, som var relevante for beboeren.

I CMAI er der to kolonner. En der måler på hyppighed af urolig adfærd, og en der måler på stress/bekymring hos personalet. Jeg kunne have brugt Ridders og Ottensens fortolkning af den anden kolonne, så den havde målt på forstyrrelsesgraden hos målepersonen, de øvrige medarbejdere i afdelingen og de øvrige beboere (Ridder og Ottesen 2006).

I projektet beskrev jeg også, at det var vigtigt at forholde sig til hvem, der udførte målingerne. Vi forsøgte at bruge de samme målepå personer både før og efter, og kontaktpersonen skulle helst være en gennemgående figur. Jeg vurderede derudover, at det var vigtigt at tage højde for, at personalet kunne have forskellige måder at opfatte f.eks. konflikter på, og at den måde de valgte at tackle disse på havde betydning for, hvordan beboeren blev påvirket.

Jeg fandt det også væsentligt, at CMAI kun måler på observeret adfærd. Den tager ikke hensyn til mulige årsager, der kan ligge bag. Det kunne f.eks. tænkes, at beboeren blev vred, angst eller utryk, fordi der var uro på afdelingen. I den sammenhæng vurderede jeg, at det var vigtigt, at scoringerne ikke fremstod uden kommentarer.

## Konklusion

I pilotprojektet konkluderede jeg, at de to beboere generelt ikke udviste agiteret adfærd i musikreminiscenssessionerne, sådan som personalet observerede det i miljøet. Beboerne var i stand til at være til stede på en måde, så de kunne nyde musikken og kontakten med mig. I denne tilstand var det muligt for dem at få dækket psykosociale behov. Jeg konkluderede, at musikken stimulerede erindringsprocesser og vækkede minder hos begge, hvilket jeg bl.a. mener havde en identitetsbevarende funktion. Jeg ser en sammenhæng mellem begge beboeres rolige adfærd i sessionerne, og det at de fik dækket grundlæggende psykosociale behov.

Sammenfattende for begge beboere viste analysen, at musikreminiscensforløbene kunne skabe ro, skabe kontakt, påvirke evnen til interaktion, aktivere, påvirke beboeren følelsesmæssigt, løfte beboerens stemningsleje, stimulere den procedurale

og episodiske hukommelse, vække minder, styrke identitetsfølelsen, stimulere sproget, facilitere en mere sammenhængende tale, fastholde beboeren i temaerne, muliggøre samvær, der i højere grad var på beboerens præmisser, give fælles oplevelser med musik, og være en måde hvorpå beboeren kunne formidle sin viden om musik.

I forbindelse med undersøgelsen af en carry-over-effect konkluderede jeg, at det var henholdsvis svært (jf. beboer E) og ikke muligt (jf. beboer A) at belyse en mulig effekt ud fra de data jeg havde til rådighed. Mine data bestod dels af resultater fra CMAI og dels af interviews med personalet.

Jeg konkluderede, at CMAI (Abelskov og Torpdahl u. å.) kunne anvendes i en vurdering af agiteret adfærd hos de to beboere i de to perioder, der blev observeret, samt anvendes til at vurdere graden af stress/bekymring hos personalet. Den gav et overskueligt overblik over det, som CMAI definerer som agiteret adfærd, og jeg vurderede, at den var enkel at anvende. Den kunne bidrage til en vurdering af en eventuel carry-over-effect. Jeg konkluderede imidlertid, at der var flere faktorer, som kunne udløse agiteret adfærd, bl.a. fysiske smerter. Det gjorde det henholdsvis *svært* og *ikke muligt* at sige noget entydigt ud fra CMAI i forhold til musikreminiscensforløbene. Jeg vurderede, at det var vigtigt, at resultaterne/scoringerne ikke fremstod uden beskrivelse. Samlet set vurderede jeg CMAI som et relevant bud på et kvantitativt måleredskab. Jeg konkluderede imidlertid også, at hvis den skal anvendes i et større projekt, bør det undersøges om CMAI kan anvendes og tilpasses på en måde, så resultaterne bliver mere valide.

## Litteraturliste

- Abelskov, K. og Torpdahl, P. (u. å.). *Tilpasset Cohen-Mansfield skala vedrørende urolig adfærd*. Gerontopsykiatrisk Afdeling D, Århus Universitetshospital, Risskov.
- Hansen, S. B. (2004). *Affektiv afstemning - Kvalitativ undersøgelse af affektiv afstemning i musikalsk improvisation*. Speciale, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Hansen, S. B. (2009). *Pilotprojekt om musikterapi: Musikreminiscens med demensramte beboere med urolig adfærd*. Rapport, Plejehjemmet Salem.
- Havelund, J. og Møller Jensen, A. (2006). *Reminiscens og livshistorie - Lad livets fortællinger blomstre*. København: Munksgaard.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. Dafolo Forlag.
- Ridder, H. M. O. (2003). *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, H. M. O. (2005 a). *Musik og demens - Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Århus: Forlaget Klim.
- Ridder, H.M.O. (2005 b). Musikbiografi og musikreminiscens som led i musikterapeutisk behandling af personer med frontotemporal demens. *Musikterapi i psykiatrien*. Årsskrift 4. S. 140-157
- Ridder, H. M. og Ottesen, A. M. (2006). *Musikterapi og FTD. Tilpasset version af CMAI og ADRQL*.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.



Foto fra Teater Billedspors seneste forestilling *Jeg lægger ham blandt de vilde blomster*. Se Rydahls essay.