

Vitalitetsformer og spejlneuroner

– anvendt i læringsmodel for professionelle omsorgsgivere

Hanne Mette Ochsner Ridder, ph.d., professor mso ved Musikterapiuddannelsen og Forskerprogrammet i Musikterapi, AAU. Kontakt: hanne@hum.aau.dk

Aase Marie Ottesen, ph.d.-studerende ved Forskerprogrammet i Musikterapi, AAU. Sygeplejerske, MHH, certificeret Dementia Care Mapper. Kontakt: aamo@hum.aau.dk

I et forskningsprojekt fra Aalborg Universitet undersøger Aase Marie Ottesen, hvordan omsorgsgivere kan videreuddannes til at håndtere kontakten med personer med demens. Dette sker gennem en læringsmodel rettet mod omsorgsgivere i demensplejen og med et gruppemusikterapiforløb som omdrejningspunkt. Inden selve læringsforløbet introduceres omsorgsgiverne til teori om det relationelle møde, herunder teori om mødejeblikke, vitalitetsformer, spejlneuroner, improvisation og empati. Undervejs i læringsforløbet får omsorgsgiverne feedback med fokus på positive interaktioner ift. personer med demens. I artiklen præsenterer vi den omtalte teori og viser med et caseeksempel, hvordan omsorgsgiverne kan omsætte og integrere teorien i deres daglige arbejde.

Introduktion

Lige fra morgenstunden er Oda vred og aggressiv. Ved forsøg på kontakt kradser og spytter hun på omsorgsgiveren, der vil hjælpe hende ud af sengen og i tøjet. Oda har en demenssygdom og bor på plejehjem.

Personer med demens er helt eller delvist frarøvet evnen til at huske fortiden og forestille sig fremtiden. Nutiden bliver derfor af vital betydning for deres eksistens. At være i relation med personer med demens er en

særlig udfordring, da afvikling af færdigheder og funktioner gør det svært for dem at udtrykke deres egentlige behov. Det kan føre til situationer, hvor dialogen og samarbejdet mellem omsorgsgiver og personen med demens ikke lykkes. Spørgsmålet er, hvordan omsorgsgivere, i dette tilfælde personale¹ på plejehjem, kan videreudvikle deres viden og kompetencer til at håndtere mødet med demensramte personer som Oda? En udvikling af kommunikative og relationelle kompetencer kræver en integra-

1 I artiklen omtaler vi personale som omsorgsgivere, da det netop er 'omsorgs'-kompetencer, vi har i fokus.

tion af viden og færdigheder. Der er derfor behov for en læringsmodel, hvor omsorgsgivere præsenteres for viden, og derudover får hjælp til at integrere denne viden i praksis i forhold til personer med demens. En sådan læringsmodel² er blevet udformet og afprøvet i et igangværende ph.d.-forskningsprojekt ved Aalborg Universitet af Aase Marie Ottesen.

Artiklen indledes med en introduktion til tankerne bag læringsmodellen og dens implementering i demensomsorgen, men flytter herefter fokus over til den teori om vitalitetsformer og spejlneuroner som omsorgsgiverne introduceres til via læringsmodellen. Herefter illustreres, hvordan denne teori kan omsættes til praksis ved at inddrage en casebeskrivelse, som beskrives vha. Dementia Care Mapping.

Et læringsforløb med fokus på det relationelle møde

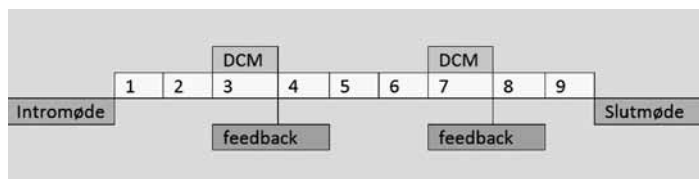
Fra fødsel til død befinder mennesker sig i relationer med andre, og når disse relationer er kendetegnet ved åbenhed, blidhed, tilstedeværelse og indlevelsesevne, vil de udvikle og understøtte den enkeltes eksistens (Buber 1992). Ud fra en grundantagelse om, at det er den professionelle omsorgsgiver, der har *ansvaret* for kvaliteten af relationen til personen med demens (Nors, Ottesen & Weberskov 2009; Ottesen 2009; Ottesen & Weberskov, 2007; Ridder, Wigram & Ottesen 2009) er det afgørende, at omsorgsgiveren besidder de nødvendige personlige og faglige kompetencer til at indgå i *mødet* med personen med demens. Der er således behov for en

læringsmodel for omsorgsgivere, hvor der udvikles terapeutiske kommunikations- og omsorgsmetoder, der kan videreudvikle omsorgsgivernes relationskompetencer, og som derigennem kan øge livskvalitet og trivsel hos personer med demens.

For at imødekomme dette behov er et forskningsprojekt sat i værk med formålet at undersøge det relationelle møde mellem personen med demens og omsorgsgivere. Det centrale i forskningen er en læringsmodel, hvori der indgår et læringsforløb for omsorgsgivere. I dette læringsforløb tages der udgangspunkt i et musikterapiforløb, hvor målet er at udvikle omsorgsgivernes musiske og interpersonelle kompetencer og give dem mulighed for at integrere teori og praksis. Således deltager *både* demensramte og omsorgsgivere i musikterapiforløbet.

Læringsforløbet består overordnet set af en teoretisk introduktion, efterfulgt af i alt 9 musikterapisessioner, hvor 4 demensramte personer sammen med hver deres omsorgsgiver deltager (se fig. 1). I session 3 og 7 foretages en måling vha. Dementia Care Mapping (DCM, se nedenfor) undervejs i musikterapien. Efterfølgende gives der feedback til omsorgsgiverne ud fra DCM-målingen. Musikterapeuten deltager i feedbackprocessen og bidrager med musikterapeutisk viden og perspektiver. Feedbackprocessens fokus er på scoringsresultater i forhold til positive interaktioner, som de er defineret af Tom Kitwood (1999). Alle musikterapisessioner er optaget på video fra 4 forskellige vinkler i rummet, således at videoeksempler herfra kan inddrages i feedbackmøderne.

2 Den teoretiske ramme for læringsmodellen vil ikke blive gennemgået her, men udgøres bl.a. af Illeris 1999; Hermansen 2005; Lave & Wenger 2003; Schön 2001; Wenger 2004 og Vygotsky 1982.



Figur 1: I læringsforløbet indgår musikterapi (session 1-9), introduktion med gennemgang af teori, Dementia Care Mapping (DCM) samt slutmøder og opfølgende møder.

I den overordnede læringsmodel tages afsæt i demensforsker Tom Kitwoods teori og værdigrundlag om en personorienteret omsorg (Kitwood 1999). Kitwood har i sin forskning udviklet Dementia Care Mapping³ (DCM), som her i læringsforløbet anvendes til at belyse de relationelle møder, der i dette tilfælde opstår i musikterapien. Samtidig anvendes DCM, som udføres af en certificeret Dementia Care Mapper,⁴ til at give feedback til omsorgsgiverne. Læringsmodellen undersøges med udgangspunkt i følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvordan kan den enkelte omsorgsgivers musiske og interpersonelle kompetencer udvikles, således at omsorgsgiverne, i deres relationelle møde med demensramte personer, fremadrettet kan overføre den nye viden og de erhvervede færdigheder og kompetencer til den daglige pleje og omsorg, gennem brug af konkrete redskaber fra musikaktiviteterne?
2. Hvilken indvirkning har den målrettede fokusering på udvikling af omsorgsgivernes musiske og interpersonelle kompetencer på de demensramte personers livskvalitet og trivsel i hverdagen?

Musikterapi

For at skabe en ramme for læring deltog omsorgsgiverne sammen med de demensramte personer i et gruppemusikterapiforløb. De 9 musikterapisessioner foregik på demensboenheden i et stort fællesrum med en fast opstilling af stole til de fire demensramte deltagere og de fire omsorgsgivere. Musikterapien blev varetaget af musikterapeut Astrid Faaborg Jacobsen, der har erfaring i musikterapi indenfor demensområdet, og som er omfattet faglig-etiske principper for musikterapiudøvelse (se www.musikterapi.org). Oda, som kort nævnes i indledningen, var en af de beboere, der deltog i forløbet.

Udover at stå for gruppemusikterapiforløbet deltog musikterapeuten i introduktions- og opfølgingsmøder, og havde grundigt kendskab til den teoretiske ramme, projektet hviler på. I det musikterapeutiske forløb blev der endvidere taget udgangspunkt i en teoretisk forståelse af at benytte cueing-teknikker og arousal-regulering. Cueing betyder direkte oversat at give et 'stikord', og der arbejdes således bevidst med at skabe genkendelse, dog med brug af lyd og musik

3 For yderligere information om DCM: Bradford Universitet (<http://www.brad.ac.uk/health/dementia/dcm/>), den dansk oversatte manual: *Dementia Care Mapping: Principper og praksis* (Brooker & Surr 2007), eller se video af Paul Edwards på hjemmesiden: <http://vimeo.com/8040980>. En indføring i DCM fremgår også i en rapport, hvor metoden er brugt som evalueringsredskab (Ottesen 2009).

4 Dementia Care Mapping blev varetaget af Aase Marie Ottesen.

fremfor ord, og med formålet at opbygge en ramme om forløbet (Ridder 2011). Arousal-regulering handler om at bruge musikkens regulerende elementer med det mål at give den demensramte de bedst mulige betingelser for at være nærværende og engageret, for således at kunne få dækket psykosociale behov (Ridder 2003, 2005; Ridder et al. 2009).

Introduktion og undervisning af omsorgsgiverne

Til det introducerende møde (se figur 1) blev omsorgsgiverne undervist af Aase Marie Ottesen i teori om personorienteret demensomsorg og DCM (Kitwood 1999; Brooker & Surr 2007), selvfølelser, relateringsdomæner, vitalitetsformer og det nuværende øjeblik (Stern 2000, 2004, 2010), retrogenese (Reisberg, Kenowsky, Franssen, Auer & Souren 1999) samt spejlnuroner (Bauer 2006). Dette er omfattende viden for omsorgsgiverne, som ikke nødvendigvis er vant til at 'være på skolebænken' eller til at formulere sig om daglig praksis i så omfattende et fagsprog. Derfor undersøges, hvordan det for omsorgsgivere gennem læringsforløbet er muligt at omsætte og integrere teorien i deres daglige arbejde. Med henblik på at illustrere, hvordan omsorgsgiverne udviklede deres musiske og interpersonelle kompetencer, inddrages casen om Oda senere i artiklen.

Vitalitetsformer

Vitalitetsfølelser grundlægges i samspillet med de tidligste omsorgsgivere og er afhængige af moderens følelsesmæssige evne til at følge barnets initiativer og signaler. Igennem iagttagelser og forskning af samspil mellem mødre og spædbørn skabte Stern

(2000) betegnelsen vitalitetsaffekter/følelser. I Sterns (2010) seneste værker vælger han betegnelsen dynamiske vitalitetsformer som et overordnet begreb i forhold til tidligere anvendte begreber. I det følgende anvendes Sterns betegnelse vitalitetsformer med fokus på samspillet mellem en person med demens og omsorgsgiver.

De dynamiske vitalitetsformer er psykiske og subjektive fænomener, der opstår i mødet med *dynamiske hændelser*. Vitalitetsdynamik refererer til forandringer i kræfter, der opleves at gøre sig gældende i forbindelse med en igangværende hændelse, og handler om de dynamiske kvaliteter ved oplevelsen. Dette kan fx beskrives som profilen af svingningerne i spænding, ophidselse, interesse og liv. Vitalitetsdynamik drejer sig dermed om følelsen af at være levende og fuld af vitalitet (Stern 2010). Stern (2010) giver en lang række eksempler på dynamiske vitalitetsformer/følelsesstilstande, herunder: bølgende, brusende, eksplosive, svævende, bristende, aftagende eller accelererende følelser.

Med hensyn til de dynamiske former og dynamiske oplevelser i dagliglivet (som er der, vi lever vores liv) viser de sig i flg. Stern i de små, sekundlange hændelser, som udgør de interpersonelle, psykiske øjeblikke i vores liv. Det kan være kraften, hastigheden og forløbet af en håndbevægelse; timingen og betoningen af en udtalt sætning eller et enkelt ord; den måde, man lyser op i et smil på, eller tidsforløbet når smilet opløses. Det er, ifølge Stern (2010), oprindelsen til, at vi oplever hinanden og føler hinandens vitalitet. Vitalitetsformer giver os en fornemmelse af, om en følelseskvalitet er behagelig eller ubehagelig, og de erfares gennem samspillet mellem ens egen adfærd

og kropssansninger og ved at betragte, afprøve og reagere på andres adfærdsmønstre (Hart 2006b). Vi erfarer et andet menneskes indre tilstand igennem den andens vitalitet, aktivitetsniveau og diskrete affektive sansninger – fx glæde, tristhed og vrede (Hart 2006a).

Vitalitetsformer kommer i relationen mellem omsorgsgiver og personen med demens til udtryk i en mangfoldighed af omsorgshandlinger – fx i forbindelse med at få et bad, at få børstet hår eller i forbindelse med at få noget at spise (Hart 2006a, s.63-64; Stern 2000). Den måde, omsorgsgiveren udfører en handling på, mærkes i personen med demens som vitalitetsformer – fx vil måden, omsorgsgiveren holder om Oda på (beboeren, der kort er nævnt i indledningen af artiklen) eller taler til hende på, skabe en oplevelseskvalitet i hende. Eksempelvis vil et blødt favntag kunne give en oplevelse af noget varmt og mættende, mens en holden fast kan give en oplevelse af sammenpresning og kvælning; at blive kikket på med kærlige øjne kan give en oplevelse af noget blødt og boblende, mens øjne, der er vrede eller udtrykssløse, kan give en oplevelse af noget skræmmende og udhulet (Hart 2009, s.145). Vitalitetsformer reflekterer dermed den måde en person oplever en handling og følelsen bag handlingen på (Hart & Schwartz 2008). Gennem den kropsfølte sansning giver vitalitetsformerne hermed Oda mulighed for at få en indre fornemmelse eller intuition af omsorgsgiverens indre tilstand, som medfører en følelse af at være forbundet og være i en afstemt kontakt (Hart 2006a). Odas reaktion med at kradse og spytte på omsorgsgiver, og de vitalitetsformer som Oda mærker, kunne være et tegn på, at hun ikke føler sig mødt, og at kontakten ikke er afstemt.

For at illustrere vitalitetsformernes rolle og betydning i nonverbale terapier, bringer Stern den improvisationsbaserede musikterapi ind som eksempel med udgangspunkt i det, Tony Wigram kalder *de grundlæggende terapeutiske metoder* i improvisationsbaseret musikterapi. Heri indgår spejling, imitation og kopiering, matching, empatisk improvisation, grounding, holding og containment, dialog samt ledsagelse (Stern 2010, s.153-154; Wigram 2004, s.106). Ifølge Stern kræver alle disse grundlæggende metoder i improvisationsbaseret musikterapi, at man bruger vitalitetsformer til at dele eller udveksle oplevelser (Stern 2010). Denne forståelse ønsker vi at sammenkoble med teorien om spejlneuroner.

Spejlneuroner

Spejlneuronsystemet blev opdaget i 1990'erne af et italiensk forskerteam (Rizzolatti, Fogassi & Gallese 2006). De konstaterede, at celler i specielle områder af hjernen blev aktiveret, når forsøgssaber *betragede* motoriske bevægelser, uden at de selv bevægede sig. Disse celler kaldes samlet for spejlneuroner, og de kan aktiveres blot ved synet af et andet individs bevægelser, ligesom specifikke lyde og lugte kan være udløsende faktorer. Forsøg har endvidere vist, at hvis en person blev bedt om at forestille sig en handling, så reagerede personens spejlneuroner, som om vedkommende faktisk udførte denne handling (Bauer 2006; Stern 2010).

Opdagelsen af spejlneuroner kan fra celleplan i motorisk cortex udvides til en forståelse af empati; når en følelse kommer til udtryk i ansigtsmimikken og bliver set af en anden, vil vedkommende være i stand til at fornemme den samme følelse i sig selv.

Dette forbindelsesled gør det muligt både kropsligt, følelsesmæssigt og tankemæssigt at indgå i et samspil med hinanden (Bauer 2006; Hart 2009; Stern 2010). Gennem begrebet spejlneuroner får vi dermed en neurobiologisk forklaring til at forstå fænomener som empati og intersubjektiv kontakt, fx i relation til at:

- aflæse andre menneskers sindstilstand og intentioner
- få en oplevelse af, hvad en anden oplever
- fastholde en observeret handling, så man kan imitere den
- være i resonans med en andens følelser (Bauer 2006; Hart 2009; Stern 2004, 2010).

Spejlneuronerne forklarer, hvordan det er muligt at være fælles om øjeblikket, hvilket kan betegnes som empatisk resonans (Hart 2007). Ved resonans imellem to personer sker der en udveksling af indre forestillinger og følelser samt en stimulation; dvs. der frembringes det, Bauer (2006) betegner som et fælles mellemmenneskeligt betydningsrum. Spejlneuronsystemet gør disse udvekslings- og resonansprocesser mulige og bevirker, at vi kan forstå andres følelser, handlinger og hensigter intuitivt. Dermed stilles et fælles socialt resonansrum til rådighed, da det, som en person sanser eller gør, fører til en spejlende aktivering af de neurologiske systemer hos den iagttagne person; også selv om denne er 'passiv' (Bauer 2006).

Eksperimenter viser, at beredskabet til spontant at spejle et andet menneskes følelsesmæssige udtryk ikke kontrolleres bevidst, ligesom resonansadfærden heller ikke registreres bevidst. Nervebanernes forbindelse til ansigtsmusklerne sikrer, at

de følelser, som vækkes, kan ses af andre, medmindre de aktivt undertrykkes (Bauer 2006).

Begreber som spejling og guidning er igennem mange år blevet anvendt i demensomsorgen, og derfor vækker teorien om spejlneuroner umiddelbart genklang. Når personer med demens mister evnen til at udføre almindelig dagligdags opgaver, kommer betydningen af spejling og imitation ind, hvor omsorgsgiveren guider ved selv at udføre handlingerne, som så imiteres af den demensramte. En af de nye dimensioner i forhold til spejlneuronteorien er den følelsesmæssige del; at følelser kan overføres, hvilket Bauer kalder *følelsesmæssig smitte* (2006, s.10-11). Det er dermed ikke kun det, vi udtrykker gennem vores mimik, der kan overdrages fra et menneske til et andet, men også de følelser, der er forbundet med mimikken. I forhold til omsorgsgiverens relationelle møde med et menneske som Oda, er det en afgørende og betydningsfuld viden, som kan anvendes i forhold til al indledende kontakt, kommunikation og samvær med hende, samt generelt i forhold til personer med demens.

Teori omsat til praksis i læringsforløbet

I det omtalte læringsforløb blev resultaterne fra Dementia Care Mapping og udvalgte videoeksempler sammenholdt og drøftet med omsorgsgiverne ud fra teorierne om bl.a. vitalitetsformer og spejlneuroner. Hele forløbet har medvirket til at illustrere og synliggøre, hvordan omsorgsgiverne kan overføre den erhvervede viden fra musikterapi-sessionerne til daglig praksis; dvs. hvordan de kan udvikle deres relationelle møde med personerne med demens ved aktivt at bruge deres musiske og interpersonelle

kompetencer i forskellige samværssituationer og i forbindelse med konkrete pleje- og omsorgsopgaver.

I det følgende præsenteres et eksempel fra læringsforløbet.

Case-eksempel: Oda

Eksemplet fra læringsforløbet omhandler Oda, som under musikterapien udviste overraskende kompetencer. DCM-målingen viste allers højeste score i velbefindende (+5) hos Oda, mens hun spillede på trommer.

I notaterne i DCM-målingen, som yderligere er dokumenteret på video, beskrives følgende episode fra 3. musikterapisession:

En af de øvrige beboere trommer og synger meget højt, mens han har en god kontakt til musikterapeuten. Oda begynder at klappe med til musikken og ser meget glad ud. Musikterapeuten giver Oda en tromme og trommestik. Oda ser glad ud, mens hun trommer (DCM-kodning: beskæftigelse/myndiggørelse).

Musikterapeuten giver en tromme til en tredje deltager, mens Oda trommer videre. Musikterapeuten starter på en ny sang (Lille sommerfugl). Oda trommer og ser glad ud, mens hun kikker hen på musikterapeuten (DCM-kodning: inklusion/værdsættelse).

Oda kigger nu på omsorgsgiveren, som begynder at tromme med. Der er god øjenkontakt mellem dem (DCM-kodning: inklusion/værdsættelse).

Omsorgsgiveren begynder at spille hurtigt og insisterende på trommen, og Oda går med på det. Hun siger: "det gør vi" og ser meget glad ud. Der er en utrolig fin og meget tæt og intens kontakt mellem omsorgsgiveren og Oda, mens de spiller. Af og til er Oda også opmærksom på musikterapeuten

(DCM-kodning: beskæftigelse/engagement).

Efter sangen siger Oda "Søde duer", og de øvrige omsorgsgivere siger "Det var flot, Oda". Oda stråler ved at få ros/anerkendelse (DCM-kodning: identitet/fest).

Musikterapeuten vender sig skælnsk til omsorgsgiveren og Oda og spørger, "Hvem bliver først træt". Begge ser glade ud (DCM-kodning: inklusion/humor). Omsorgsgiveren tager nu initiativ til at tromme, og Oda følger med det samme efter, som svar til musikterapeuten (DCM-kodning: beskæftigelse/engagement).

Oda og omsorgsgiveren trommer hårdt – Oda er meget engageret og i fantastisk humør (DCM-kodning: beskæftigelse/engagement).

Oda bliver ved med at tromme. Det virker som om hun vil have kontakt med musikterapeuten gennem sit trommespil. Musikterapeuten går med og trommer tilbage (DCM-kodning: tilknytning/validering).

Oda siger noget (ikke til at forstå pga. Odas nedsatte evne til at danne ord og sætninger) til musikterapeuten, da denne samler trommerne ind igen. Oda trommer videre, og musikterapeuten trommer igen som svar. Oda trommer tilbage (turtagning) (DCM-kodning: tilknytning/validering).

Oda spørger, hvad musikterapeuten hedder. Hun svarer. Der er en fin kontakt mellem dem (DCM-kodning: identitet/respekt).

Oda vender sig mod omsorgsgiveren og siger "Hvor er hun sød". Omsorgsgiveren svarer bekræftende (DCM-kodning: tilknytning/anerkendelse).

I DCM-scoringsresultaterne fra 3. musikterapisession konkluderes følgende i forhold til Oda: *Det, der under musikterapien især gav Oda velbefindende (+5), var, da hun var meget aktiv og engageret i at spille på tromme – både i de situationer, hvor*

hun spillede alene, samt når hun spillede meget tæt og intenst på tromme sammen med omsorgsgiver eller musikterapeuten. Hun udviste evner til at improvisere og udtrykke sig via trommerne – f.eks. ved at tromme for at få musikterapeuten i tale eller ved at svare via trommespillet. Odas velbefindende blev betydelig øget, når hun modtog ros og anerkendelse fra omsorgsgiverne om hendes evner til at tromme – der blev klappet og givet verbale tilkendegivelser, som Oda ”solede sig i”.

DCM-observationerne viste således, at Oda kunne styre og navigere i kaos, kunne improvisere i samspil med omsorgsgiveren samt formidle og påkalde sig kontakt med musikterapeuten gennem sit trommespil.

Beskrevet ud fra Sterns terminologi, hvor han bringer Wigrams beskrivelse af de grundlæggende elementer i improvisationsbaseret musikterapi ind i forhold til vitalitetsformer, indtrådte Oda og omsorgsgiveren i det samme dynamiske flow, som blev skabt af musikken. Der opstod øjeblikke af gensidig anerkendelse, hvor begge parter på samme tid erkendte, at de delte en fælles oplevelse. Sådanne fælles øjeblikke må have nogenlunde den samme funktion, som det Stern (2010) betegner som mødeøjeblikke eller det nuværende øjeblik, når det drejer sig om at ændre relationen og flytte den til et dybere niveau af intersubjektivitet.

I analysen af videooptagelserne og DCM-målingerne fra musikterapisessionerne kunne der såvel hos Oda som hos omsorgsgiveren ses mange forskellige vitalitetsformer udspille sig, fx eksploderende, magtfuld, skælvende, ophidsende og pulserende. Under feedbackmøderne blev det, vha. korte videoklip fra musikterapien, tydeligt for

omsorgsgiverne, hvor utrolig vital, igangsættende og styrende i samspillet Oda kunne være. Desuden viste klippene, at hun relationelt kunne mødes via trommespil – og ikke nødvendigvis igennem verbal kommunikation, som ofte gav vanskeligheder i dagligdagen.

Denne viden blev efterfølgende afprøvet i hverdagen med Oda. Omsorgsgiveren forsøgte indledningsvis at aflæse Odas sindstilstand. Med viden om vitalitetsformer og spejlneuroner, havde Odas omsorgsgiver nu øget opmærksomhed på sit eget ansigtsudtryk, vejtrækning, følelsesmæssige tilstand, tempoet i sine bevægelser og sin nonverbale fremtræden i det hele taget. Kontakten til Oda blev fx indledt ved at synge med blid stemme eller fløjten (som Oda selv kan lide og er rigtig god til). Derefter gav omsorgsgiveren Oda et klokkespil, hvilket i de fleste tilfælde bevirkede, at hun, guidet på vej, begyndte at spille. Odas spil på klokkespillet var ofte insisterende og vredt, og det blev fulgt af omsorgsgiveren, som spillede med på klokkespillet – et forsøg på empatisk improvisation og matchning af hendes emotionelle tilstand (Stern 2010; Wigram 2004) med det formål at validere hendes følelser; jf. Kitwoods 12 positive interaktionsformer (Kitwood 1999). I situationer, som beskrevet ovenfor, forsøgte omsorgsgiveren derefter intuitivt at fornemme, hvornår Odas behov var at blive *hjulp*et ned i arousalniveau, og dermed begyndte hun at slå gradvist blidere og langsommere på instrumentet, hvilket blev fulgt af Oda. Omsorgsgiveren kunne ved feedbackmøderne fortælle, at disse ændringer i måden at kontakte Oda på resulterede i, at de undgik situationer med aggression. Det lykkedes hende at skabe et fælles mellemmenneskeligt betydningsrum

(Bauer 2006) med Oda, hvilket efterfølgende fik en positiv indflydelse på humør, velbefindende, trivsel og livskvalitet.

Konklusion

Casen med Oda viser, hvordan en omsorgsgiver kunne overføre viden fra læringsforløbet til den daglige pleje og omsorg af demensramte. Omsorgsgiveren var således i stand til at udvikle og implementere ny viden og nye færdigheder til det relationelle møde med personen med demens, hvilket havde en effekt på dennes livskvalitet og trivsel. At være en del af et musikterapeutisk forløb, se sig selv på video, få feedback og sammen med fagpersoner og kolleger reflektere over egen indflydelse på det relationelle møde har i dette tilfælde indvirket på den enkelte omsorgsgiver, såvel personligt som fagligt. Der er mange elementer at forholde sig til, når vi indgår i relationer med andre, men teorien om vitalitetsformer og spejlneuroner har tilsyneladende givet mening og har kunnet omsættes til praksis. Læringsmodellen, som i et læringsforløb integrerer musikterapi og Dementia Care Mapping, kan således ses som et relevant bud på, hvordan interpersonelle kompetencer kan udvikles hos omsorgsgivere i demensplejen.

Litteratur

- Bauer, J. (2006). *Hvorfor jeg føler det, du føler: Intuitiv kommunikation og hemmeligheden ved spejlneuroner* (1. udgave). Valby: Borgen.
- Bradford Universitet: <http://www.brad.ac.uk/health/dementia/dcm/>
- Brooker, D. og Surr, C. (2007). *Dementia Care Mapping: Principper og praksis*. Oversættelse og udgivelse: Danmarks Institut for Ældre pædagogik (Danis). 1. udgave. 1. oplag 2007.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du* [Genoptryk af udgave fra 1958]. Kbh.: Hans Reitzel.
- Hart, S. (2006a). *Betydningen af samhørighed: Om neuroaffektiv udviklingspsykologi*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Hart, S. (2006b). *Hjerne, samhørighed, personlighed: Introduktion til neuroaffektiv udvikling*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Hart, S. (2007). Spejlneuroner, kontakt og omsorg. *Psykolog Nyt*, nr. 11, 14-20.
- Hart, S. (2009). *Den følsomme hjerne: Hjernens udvikling gennem tilknytning og samhørighedsbånd*. Kbh.: Gyldendals Bogklubber.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2008). *Fra interaktion til relation: Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Hermansen, M. (2005). *Læringens univers* (5. udgave). Århus: Forlaget Klim.
- Illeris, K. (1999). *Læring: Aktuell læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Lave, J., & Wenger, E. (2003). *Situeret læring - og andre tekster*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Nors, A., Ottesen, Aa. M. & Weberskov, B. (2009). *Demens – den anden frekvens: Inspiration for pårørende* (1. udgave). Kbh.: Fænø Lighthouse Projects.
- Ottesen, Aa. M. (2009). *Støtte til kommunikationen med demensramte borgere ved hjælp af Marte Meo Metoden*. Evalueringsrapport. Videncenter for kommunikation og læring i sundhedssektoren, University College Nordjylland og Rebild Kommune.
- Ottesen, Aa. M. & Weberskov, B. (2007). *Praksisudvikling og dokumentation af omsorgen for personer med demens ved hjælp af marte meo-metoden*. Videnscenter for Demens i Region Nordjylland.

- Reisberg, B., Kenowsky, S., Franssen, E. H., Auer, S. R., & Souren, L. E. M. (1999). PRESIDENT'S REPORT-towards a science of Alzheimer's disease management: A model based upon current knowledge of retrogenesis. *International Psychogeriatrics*, 11(1), 7-24.
- Ridder, H. M. O. (2003). *Singing dialogue music therapy with persons in advanced stages of dementia A case study research design*. Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet. www.mt-phd.aau.dk
- Ridder, H. M. O. (2005). Musik & demens. *Musikaktiviteter og Musikterapi med Demensramte*, (2. udgave). Århus: Forlaget Klim.
- Ridder, H. M. O. (2011). How can singing in music therapy influence social engagement for people with dementia?: Insights from the polyvagal theory. I: F. Baker & S. Uhlig (Red.), *Voicework in Music Therapy: Research and Practice*, s. 130-146. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ridder, H. M. O., Wigram, T., & Ottesen, A. M. (2009). A pilot study on the effects of music therapy on frontotemporal dementia – developing a research protocol 1. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), 103-132.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2006). Mirrors in the Mind. *Scientific American*, 295(5), November 2006, 30-37.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Århus: Forlaget Klim.
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Stern, D. (2004). *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Stern, D. (2010). *Vitalitetsformer: Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Vygotsky, L. S. (1982). *Tænkning og sprog*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber: Læring, mening og identitet*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Wenger, E. (2004). **Praksisfællesskaber:**