

**Demens & terapeutisk musiklytning –  
*Musikterapi brugt i arbejdet med mennesker  
med demens med henblik på centrering***

**Speciale**

**skrevet af Alette Thiele**

**vejleder: Hanne Mette Ridder**

**Aalborg Universitet, 1. juni 2008**

**Demens & terapeutisk musiklytning –**  
***Musikterapi brugt i arbejdet med mennesker med demens med***  
***henblik på centrering***  
**speciale skrevet på 10. semester**  
**vejleder: Hanne Mette Ridder**

---

**Alette Thiele**

**Aalborg Universitet 1. juni 2008**

**Antal normalsider: 64**

## Abstract

This MA dissertation aims at investigating the use of 'non familiar' music in music therapy with a person suffering from dementia of the Alzheimer's type. The author introduces the method *Therapeutical Listening to Music* (*terapeutisk musiklytning*). Focus on the therapy is to promote 'centering' (i.g. to enhance the equilibrium of the person's mental state), and this concept is discussed at length, in order to specify its exact meaning in this context.

In the introduction of the dissertation the author provides the following wording of the problem to be investigated:

1. "In what way may *Therapeutical Listening to Music* be used in order to center a person suffering from dementia?"
2. "Which structures in the so called 'familiar' and 'non familiar' music contribute to centre the client?"

The research method in order to investigate the problem is a Structural Music Analysis of the second movement of W.A. Mozart's *Eine kleine Nachtmusik* and a Micro-analysis on selected video clips with focus on the client's response whilst listening to this piece of music; i.g. the author takes the music analysis as her point of departure for the micro-analysis, and this is followed by a discussion whether the structure of the music enhances the client's cognitive skills whilst listening so that they appear less affected compared to her usual level of cognitive functioning. In order to discuss how the familiar element of music plays a part in enhancing the client's cognitive skills, a music analysis of Kaare Norges version of the traditional Danish song *Det var en lørdag aften* (*It Was a Saturday Evening*) is presented, and it is followed by a microanalysis of a videoclip with focus on the client's response to the song.

The findings are as follows:

- In the piece by Mozart, a simple and clear musical structure brings about a change in the client's state of mind whilst listening to the music; i.g. the music seems to activate her musicality, and she therefore appears to be calmer than her usual confused state of mind: She is able to focus and concentrate on the

music and her ability to express herself verbally is improved. Whilst listening to this piece of music, her cognitive skills appear to be less affected compared to her usual level of cognitive functioning.

- The parafrasing on the melody and displacement of the metre in the verse that Kåre Norge introduces in his version of the Danish folksong make the client react with bewilderment and lack of concentration, because this rendition of the song does not satisfy her 'exact expectations' to the song; i.g. the parafrasing and the change in metre have changed the familiar element of the song too much for her to recognize it. Her musicality is not evoked by this piece of music, and therefore her cognitive skills do not appear less affected whilst listening to the music compared to her usual level of cognitive functioning.

In answer to the above questions:

1. Therapeutical listening to music used in interaction with another person to recognize the person's emotions and to hold the person emotionally enhance to centre a person suffering from dementia; the music then promotes the person's ability to concentrate and aids the person to get in touch with emotions on a deeper level.
2. To use 'familiar' music to centre this person suffering from dementia, the author found that the rendition of the music must satisfy the client's 'exact expectations' of the music; i.g. there cannot be tampered with the melodi or the metre, otherwise the element of the familiar i disrupted. However, in using 'non familiar' music (such as W.A. Mozart's *Eine kleine Nachtmusik* which was 'unfamiliar' to the client), the author found that due to the simple and clear structure of this piece of music, the client builds up 'musical expectations' which are satisfied whilst listening.

<b>Indholdsfortegnelse</b>	
<b>Indledning</b>	<b>side 8</b>
<b>Problemformulering</b>	<b>side 9</b>
<b>Hypotese</b>	<b>side 9</b>
<b>Specialets disposition</b>	<b>side 9</b>
<b>Menneskesyn</b>	<b>side 10</b>
<b>Videnskabsteoretiske refleksioner</b>	<b>side 11</b>
<b>Metode</b>	<b>side 12</b>
<b>Begrebsafklaring: <i>Centrering og musikalitet</i></b>	<b>side 12</b>
<b>1. Teori</b>	<b>side 17</b>
1.1. Indledning til kapitlet	side 17
1.2. Demens set ud fra det medicinske perspektiv	side 17
1.3. Opsamling	side 25
1.4. Det personorienterede syn på demens	side 25
1.5. Opsamling	side 28
1.6. Musikterapi og demens	side 28
1.7. Opsamling	side 32
<b>2. Litteraturgennemgang af relevant faglitteratur</b>	<b>side 33</b>
2.1. Indledning til kapitlet	side 33
2.2. Overordnet beskrivelse af litteratursøgningen	side 33
2.3. Gennemgang af emneområderne	side 37
2.5. Opsamling	side 40
<b>3. Empiri</b>	<b>side 41</b>
3.1. Indledning til kapitlet	side 41
3.2. Præsentation af og analyse af case	side 41
3.3. Begrundelse for at bruge klassisk musik	side 43

3.4. Musikterapeutisk metode	side 44
3.5. Terapeutisk forholdemåde	side 46
3.6. Opsamling	side 48
<b>4. Analyse</b>	<b>side 49</b>
4.1. Indledning til kapitlet	side 49
4.2. Overordnet strukturel analyse af <i>Eine kleine Nachtmusik; Romanza</i>	side 50
4.3. Formoversigt over <i>Eine kleine Nachtmusik; Romanza</i>	side 52
4.4. Musikalsk analyse af <i>Eine kleine Nachtmusik; Romanza</i>	side 52
4.5. Mikroanalyse af klientens respons på de musikalske elementer	side 56
4.6. Diskussion	side 66
4.7. Overordnet strukturanalyse, formoversigt samt mikroanalyse af Kåre Norges (Bindu) version af <i>Der var en lørdag aften</i>	side 70
4.8. Diskussion	side 77
4.9. Opsamling	side 78
4.10. Mine fund	side 79
<b>5. Konklusion</b>	<b>side 80</b>
<b>6. Kritik og perspektivering</b>	<b>side 82</b>
6.1. Indledning til afsnittet	side 82
6.2. Det etiske aspekt	side 82
6.3. Mine fund i forhold til det musikterapeutiske arbejde med personer med demens	side 86
6.4. Afrundende refleksioner	side 90
<b>7. Litteratur</b>	<b>side 92</b>
<b>Bilag:</b> Bilag 1: Nodenedskrift af klients brug af tema fra satsen af Mozart til at genkalde sig en 'glemt' sang Bilag 2: Nodenedskrift af parafraaserne i Norges version af <i>Det var en lørdag aften</i> samt DVD indeholdende de tre videoklip, der danner udgangspunkt for mikroanalysen. N.B. Disse bilag er kun vedlagt papirudgaven af dette speciale, som udleveres eksaminator og censor; de forefindes således ikke i den elektroniske udgave	

## **Tak**

Tak til 'Gerda' for vores samvær i terapien

Tak til hendes mand 'Henrik' for at give mig lov til at skrive om samværet og for at indvie mig i jeres fælles livshistorie

Tak til personalet på *Smedegården* for jeres kollegiale støtte og samarbejde

Tak til mine forældre for jeres kærlige støtte og for at læse korrektur

- og tak til Hanne Mette for på én gang at have været udfordrende, inspirerende – og ikke mindst *validerende* og støttende i din måde at være vejleder på!

Uden jer ville dette speciale ikke have set dagens lys!!

## Indledning

Dette speciale er en undersøgelse af, hvorledes 'ikke velkendt' musik (i dette tilfælde klassisk musik) kan bruges i arbejdet med mennesker med demens, og hvor der tages udgangspunkt i en enkelt case, *Gerda* (navnet er opdigtet). På 6. semester var jeg i praktik på *Smedegården* i Aalborg Øst, hvor jeg var blevet så optaget af arbejdet med mennesker med demens, at jeg søgte studienævnet om dispensation fra reglen om at praktikopholdene skal foregå på forskellige institutioner og fik derefter tilladelse til at gennemføre det 16 uger lange praktikforløb på musikterapeut-uddannelsens 9. semester (fra august til december 2007) på *Smedegården*. Smedegården består af et plejehjem med såkaldte demensafsnit, beskyttede boliger samt et aktivitets-center, og her var Gerda en af fem demensramte klienter, som jeg havde i individuel musikterapi to gange ugentligt. I det musikterapeutiske arbejde med hende brugte jeg klassisk musik på en måde, som jeg ikke har fundet beskrevet nogetsteds i faglitteraturen, og derfor har jeg valgt at bruge dette speciale til at analysere og beskrive denne musikterapeutiske metode, som jeg har valgt at kalde *terapeutisk musiklytning*, med henblik på at inspirere andre musikterapeuter i deres arbejde med mennesker med demens. Terapiforløbet med Gerda strakte sig over 27 sessioner, og fra den 11. session tog terapien en særlig drejning, idet jeg spillede et stykke klassisk musik for hende; jeg har en uddannelse og et virke som operasanger bag mig, inden jeg begyndte at studere musikterapi, og det var på grund af min interesse for og mit kendskab til den klassiske musik, at jeg introducerede hende for en sats af Mozart, som vi lyttede til sammen. Musikken, og dét at vi lyttede til den i fællesskab, hensatte hende efter min opfattelse i en tilstand af fordybelse og indre ro; en tilstand, som jeg vil kalde *centreret*. I denne tilstand blev hun i stand til at genkalde sig 'glemte' sange, som hun derefter sang sammen med mig, dvs. at hun brugte sangene til at kommunikere interpersonelt, eller hun kom i kontakt med 'glemte' følelser, altså følelser på et dybere plan, dvs. hun kommunikerede på et intrapersonelt plan.

Det er i denne forbindelse interessant at bemærke, at Gerda aldrig har brudt sig om eller lyttet til klassisk musik; hun har i følge sin mand tidligere altid vrænget og slukket, hvis der f.eks. blev spillet klassisk musik i radioen. Jeg er bekendt med



litteratur bl.a. af Gerdner (1993, 2000) omhandlende undersøgelser af musik brugt i arbejdet med mennesker med demens, der anbefaler at benytte 'velkendt' og 'foretrukken' musik til denne klientgruppe, fordi mennesker med demens har brug for trygheden og forudsigeligheden ved det velkendte. I Gerdas tilfælde viste det sig imidlertid, at 'ikke velkendt' og dermed ikke specielt foretrukken musik kunne bruges af hende til at genkalde sig glemte musikalske materiale og til at komme i kontakt med dybereliggende følelser.

Dette undrede mig og fik mig til at tænke over, hvad det mon var ved selve musikken, der bevirkede, at hun, sammen med mig, blev i stand til at gå ind i den med umiddelbar nysgerrighed, fordybe sig i den, blive fortrolig med den og på denne måde komme i en tilstand af centrering.

Det er dette, jeg vil bruge specialet til at udforske, og det leder mig frem til problemformuleringen.

## **Problemformulering**

*1. Hvordan kan terapeutisk musiklytning bruges til at fremme centrering hos en person med Alzheimerdemens?*

*2. Hvilke strukturelle karakteristika ved den 'velkendte'/'ikke velkendte' musik påvirker klientens centrering?*

## **Hypotese**

Musiklytning til 'ikke velkendt' og dermed ikke specielt foretrukken musik, som sker i interaktion med en anden person, kan bruges til at fremme centrering hos et menneske med demens, og dette beror på de strukturelle egenskaber ved musikken.

## **Specialets disposition**

Specialets udforskning af problemfeltet falder i tre dele:

Første del indeholder en teoretisk gennemgang af demens ud fra det *medicinske* perspektiv, herunder det *neuropsykologiske* samt ud fra det *personorienterede* perspektiv. Derudover gives der et oversigt over de forskellige tiltag i det

musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens, og dette efterfølges af en litteraturgennemgang, hvor jeg, udover at redegøre for litteratursøgningsmetoden, går mere i dybden med emneområderne *musikterapi/ sang, musikreminiscens og musiklytning*.

Anden del af specialet omhandler empiri, analyse, diskussion samt konklusion: Først præsenteres og analyseres casen ud fra teorierne vedr. demens, som jeg gennemgik i første del, og der redegøres for den musikterapeutiske metode i mit arbejde med klienten ud fra teorierne vedr. musikterapi og demens, ligeledes gennemgået i første del. Derefter analyserer jeg de musikalske elementer i to musikstykker: Andensatsen af W.A. Mozart: *Eine kleine Nachtmusik* og Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* med henblik på at diskutere og sammenligne klientens respons på disse to musikstykker. Til slut følger en konklusion ud fra analysen i forhold til spørgsmålene i problemformuleringen.

Tredje del af specialet omhandler kritik og perspektivering: Her forholder mig kritisk til undersøgelsen i forhold de etiske hensyn og diskuterer og reflekterer over de fremtidige perspektiver ved mine 'fund' i forhold til det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens.

Der afsluttes med litteratur- og musikhenvisninger.

## **Menneskesyn**

Jeg baserer mit menneskesyn og mit syn på demens på den engelske socialpsykolog Tom Kitwoods *personorienterede* syn på demens, hvori mennesket bag demensen er i fokus, da dette giver stor mening for mig som musikterapeut: Det musikterapeutiske arbejde har gjort mig bevidst om det potentiale og de ressourcer, som den demensramte person kan være i besiddelse af, og i specielt Kitwoods 'positive interaktionsformer', *validering* og *holding* ser jeg mulighed for at integrere musikterapi med henblik på at forløse disse ressourcer. I Kitwoods bog *En revurdering af demens – personen kommer i første række* (1998) redegør han for det *personorienterede syn på demens*, den *personorienterede omsorg*, samt for de *positive interaktionsformer*. Dette danner det teoretiske udgangspunkt for specialet og gennemgås derfor særskilt i teoriafsnittet.

I tråd med dette er mit menneskesyn tillige baseret på Carl Rogers' *klientfokuserede* terapi, der handler om at acceptere klientens udtryksform, forsøge at se verden med

dennes øjne og møde vedkommende på et ligeværdigt grundlag, fordi jeg i dette ser en lighed med Kitwoods positive interaktionsformer.

I dette speciale bruger jeg således inspireret af Kitwoods personorienterede syn på demens betegnelserne 'personer med demens', 'mennesker med demens' eller 'demensramte' til at beskrive klientgruppen, og betegnelsen 'person med Alzheimerdemens' til at beskrive personen, som undersøgelsen omhandler.

## **Videnskabsteoretiske refleksioner**

Ud fra et videnskabsteoretisk perspektiv ser jeg overordnet min metode som *kvalitativ*: Jeg ikke er optaget af at måle *effekten* musikterapien, men derimod af at undersøge *hvorledes* musikken kan være medvirkende til at centrere klienten, og *hvordan* dette giver sig udslag i hendes måde at være sammen med terapeuten på; mit fokus er således på det *kvalitative* aspekt ved musikterapien. Den kvalitative videnskabstradition har som baggrund, at der ikke findes én endegyldig sandhed om verden, men at verdensanskuelsen er bestemt af den sammenhæng, kultur og samfund, som hvert enkelt individ er en del af (Munk Madsen 2000, s. 11). I kvalitative undersøgelser sættes der fokus på subjektive oplevelser; hvordan mennesker opfatter og oplever verden, og hvordan vi fortolker egne og andres oplevelser (ibid.), modsat *kvantitative* undersøgelser, der beskæftiger sig med at optælle (kvantificere) undersøgelsesresultatet i forhold til mængden eller størrelsen af undersøgte individer (Prickett 2005, s. 45). I følge Prickett er "objektivitet et mål indenfor den kvantitative forskning" (ibid. side 46), dvs. at "forskeren forholder sig så objektivt, som det er menneskeligt muligt til det undersøgte" (ibid.), hvorimod forskeren *selv* er det primære undersøgelsesinstrument indenfor den kvalitative videnskabstradition (Kenny 2005, s. 335): "Den måde jeg forsker på, er den jeg er" (Watson i ibid.). Dette citat giver ovenud meget mening for mig, fordi det netop er min baggrund som operasanger, som bevirker, at jeg baserer min analyse af videoklippene på musikken, og jeg forholder mig retrospektivt og subjektivt til eget klinisk arbejde, dvs. at jeg forholder mig til dét aspekt af *First Person Research*, som Bruscia kalder *Clinical Retrospection*, hvor eget klinisk arbejde undersøges retrospektivt (Bruscia 2005, s. 386). Den videnskabsteoretiske ramme, som jeg vil arbejde indenfor for, vil jeg betegne som *hermeneutisk*: *Hermeneutik* er fortolkningens kunst og videnskab, som bruges til at fortolke, ikke bare tekster, men

også andre udtryk, som fordrer fortolkning, såsom samtale og non-verbal kommunikation (ibid.) Den *hermeneutiske cirkel* er navnet på proces, hvor man løbende vender tilbage til det oprindelige udgangspunkt og fortolker dette ud fra den viden, som man har tilegnet sig undervejs (ibid.).

## **Metode**

I dette speciale vil den retrospektive, hermeneutiske undersøgelse af mit musikterapeutiske arbejde være baseret på udvalgte data fra min empiri: Sekvenser fra videooptagelser af i alt 21 sessioner analyseres, fortolkes og diskuteres efterfølgende. Musikken, mine videooptagelser, dagbogsoptegnelser, minidisc-optagelser af interviews med klientens ægtemand samt plejepersonale og notater fra supervision (både individuel og gruppesupervisionen) tillige med min førstehåndsviden om processen vil være det oprindelige udgangspunkt, som præger min forståelseshorisont. I ønsket om at udvide denne horisont bevæger mig fra del til helhed, og dette kan forstås som den hermeneutiske cirkel, hvor jeg vender tilbage til udgangspunktet og fortolker dette ud fra den viden, jeg tilegner mig undervejs.

Metoden til at undersøge problemfeltet vil således være en strukturanalyse af musikken, efterfulgt af til en musikalsk analyse. Denne musikalske analyse vil derefter komme til at danne udgangspunkt for en mikroanalyse af videoklip af klientens respons på musikken.

## **Begrebsafklaringer: *Centrering og Musikalitet***

Da jeg i problemformuleringen stiller spørgsmålet, hvorvidt terapeutisk musiklytning kan bruges til at *centrere* en person med demens, vil jeg med henblik på at afklare begrebet gøre følgende: Først redegøre for den overordnede definition og derefter for hvorledes begrebet opfattes og bruges indenfor *yoga, tai chi og dans*. Endelig vil jeg ud fra disse redegøre for, hvorledes jeg selv opfatter og bruger begrebet i dette speciale. I forlængelse af dette vil jeg, da specialet i stor udstrækning omhandler klientens *musikalitet*, på lignende måde definere musikalitet, herunder *musikalsk adfærd*; dvs. først redegøre for den overordnede definition og derefter, ud fra dette, redegøre for min egen opfattelse af begrebet i forhold til klienten.

## **Centrering**

I Fremmedordbogen defineres centrering som

*”at søge, finde og angive midtpunktet; bringe akser i et legeme til at falde sammen med en given retning; at samle; at koncentrere”* (Hårbøl et al. (1999) s. 147), og i Websters *Dictionary of the English Language* som *”at stræbe mod et centrum”* (Pei et al. 1974, s. 164).

Indenfor yoga taler man om syv *chakraer*; dvs. energicentre langs kroppens midterlinie fra haleben til isse, hvor livsenergien samles og fordeles, og hvor *solar plexus* fungerer som en slags ’oplagringsbatteri’ for disse chakraer (Lalvani, 2005, s. 8). Centrering betyder i følge denne filosofi, at der er *”balance mellem den fysiske og den mentale tilstand”* (ibid.). En vigtig måde at blive centreret på er at rette opmærksomheden på åndedrættet og forestille sig, at man trækker vejret langsomt og roligt gennem chakraet lige under navlen (Mariechild 1984, s. 24). Gennem bevidst beherskelse af åndedrættet bliver kroppen stille, sindet frit for forstyrrelser og der opstår derved balance mellem den fysiske og den mentale tilstand; dvs. en tilstand af centrering (Lalvani, 2005, s. 8).

Indenfor den kinesiske kampkunst *tai chi* taler man om centrering i forbindelse med at *”bebo sin krop”* (Lidell et al. 1987, s. 98): De langsomme bevægelser, som kendetegner tai chi, øger i følge forfatterne Lidell et al. modtageligheden for, hvordan kroppen føles og sætter én i stand til at komme i kontakt med sig selv og altså ’bebo sin krop’. Centrering vil i denne sammenhæng sige, at lade sindet hvile på energicenteret i maven lige under navlen, *Tan t’ien*, som er kroppens centrum for tyngde og stabilitet. Ud fra dette center strømmer kroppens bevægelser, og det er i dette center, at krop og sind mødes (ibid. 101).

Danseren Robert Cohan taler om centrering på en lignende måde, idet han betegner centrering som dét at bevæge sig ud fra sit fysiske kropscentrum: *”Ganske som jordkloden drejer om et enkelt punkt, har vi også et bestemt punkt i kroppen, som vi bevæger os ud fra. Det er vores fysiske centrum”* (Cohan 1986, s. 34). Dette kropscentrum mener han ligeledes ligger lige under navlen, i midten af bækkenet. Når man begynder at

fornemme, at bevægelserne opstår i ens eget centrum, bliver det i følge Cohan lettere at kontrollere dem (ibid.).

### **Opsummering**

Ud fra de ovenstående definitioner kan man sammenfatte, at centrering overordnet handler om:

- at samle og at koncentrere
- rette opmærksomheden på åndedrættet
- balance mellem den fysiske og den mentale tilstand
- at mærke sit centrum i kroppen
- komme i kontakt med sig selv

Min personlige definition af begrebet er baseret på såvel den kinesiske og den indiske filosofi samt på Cohans definition, og i det følgende vil jeg præcisere, hvad jeg mener med at være centreret i rollen som terapeut, og hvad jeg mener, når jeg taler om klientens centrering.

I rollen som terapeut oplevede jeg det at være centreret som en 'kropslig bevidsthed' eller 'dét, at være bevidst om at være tilstede i min krop'. I denne tilstand var jeg meget bevidst om mit åndedrag og bevidst om at have jordforbindelse: Jeg mærkede fodsålerne i gulvet og jeg var opmærksom på at trække vejret langsomt og dybt; helt ned i maven. Derved satte jeg fokus på dét sted under navlen, som der tales om indenfor yoga, tai chi og indenfor dans. I min tid som operasanger brugte jeg ofte denne teknik til at bevare jordforbindelsen og kontakten til min krop, når jeg var nervøs. I rollen som terapeut var jeg dernæst meget bevidst om at overføre den kropslige fornemmelse til klienten ved at holde hende i hånden og fastholde øjenkontakten, samtidig med at jeg trak vejret langsomt, alt imens vi sang eller lyttede til musik sammen.

Når jeg taler om klientens tilstand af centrering, så taler jeg om at der var 'balance mellem hendes mentale og hendes fysiske tilstand' (se ovenfor nævnte definition af begrebet); dvs. at dét, at hun koncentrerer sig om musikken, bevirker at hendes sind falder til ro, altså at hendes forvirring og urolige sindstilstand reguleres samtidig med, at hun falder til ro i sin krop. Dette leder mig hen til at definere begrebet musikalitet,

fordi jeg mener, at det var hendes musikalitet, der bevirkede, at hun blev hensat i denne centrerede tilstand.

### **Musikalitet**

I *Gads Musikleksikon* defineres *musikalitet* således:

”Evnen til at opleve og tilegne sig musik” (Sørensen et al. 1976, s. 304),

og i *Gyldendals Leksikon* står der følgende om begrebet:

”Evnen til at opfatte og være modtagelig overfor musik” (Bang et al. 1973, s. 123 ).

Og mere specifikt beskrives musikalitet af Erling Dyreborg som:

”oplevelser af (...) musikalske bevægelser eller forløb – en følelsesprovokerende konfrontation med målrettede musikalske kræfter i forbindelse med tilfredsstillende forventninger om disse kræfters spændingsgrader, retninger, fordeling, varighed og balance” (Dyreborg, 1972, s.15).

I *Oxford English Dictionary* beskrives dét at være *musikalsk* som

”person, der holder af musik og besidder musikalske færdigheder” (Soanes, 2002, s. 555).

Endelig beskrives *Musikalsk adfærd* i *Musikterapi: Når ord ikke slår til* på denne måde (der forefindes ikke en definition på musikalitet i denne bog):

”En musikalsk aktiv persons handlinger eller adfærd. I musikterapi dækker betegnelsen både en persons reaktioner på musik og aspekter af personens personlighed og patologi, som den kommer til udtryk i aktiv musikudøvelse eller receptiv musiklytning” (Bonde et al. 2001, s. 292).

### **Opsummering**

Ud fra de ovenstående definitioner kan man sammenfatte, at musikalitet overordnet handler om evnen til at:

- opfatte musikalske bevægelser og/eller musikalske forløb
- være modtagelig overfor musikkens målrettede kræfter og være i stand til at opleve og reagere på disse kræfters indbyggede musikalske forventninger i forhold til retning, fordeling, varighed og balance.

Det at være *musikalsk* handler om at

- holde af musik
- besidde musikalske færdigheder

Og *musikalsk adfærd* defineres som en sammenhæng mellem

- personens respons på musikken og
- dennes personlighed og patologi

Min personlige opfattelse lægger sig meget tæt op ad disse definitioner: At være musikalsk handler for mig om at holde af musik og være lydhør overfor dét, der sker i musikken, dvs. være i stand til at opfatte musikalske bevægelser og musikalske forløb samt reagere på musikkens 'indbyggede forventninger'.

I forhold til klienten var det min oplevelse, at hun holdt meget af musik (hun sagde f.eks., når jeg havde spillet musik for hende: ”*Jeg synes det er så skønt!*” eller ”*Jeg er helt pjattet med det!*”) og at hendes musikalitet blev vakt til live gennem musiklytningen, hvorved hun var i stand til at opfatte musikalske forløb samt reagere på musikkens indbyggede forventninger.

### **Sammenfatning**

Min egen centrering i rollen som terapeut handlede om, at jeg var bevidst om at være tilstede i min krop, og at jeg bevidst brugte dét at være centreret som en teknik med henblik på at centrere klienten. Klientens centrering handlede om den balance mellem hendes mentale og hendes fysiske tilstand, som opstod som en følge af, at hendes musikalitet blev aktiveret under musiklytningen, hvorved hun gik ind i musikken, koncentrerede sig om den og levede med i den med sin krop.



# 1. Teori

## 1.1. Indledning til kapitlet

I dette kapitel vil jeg gennemgå demens ud fra følgende perspektiver:

- Det *medicinske* perspektiv, herunder det *neuropsykologiske*.

Her vil jeg gennemgå demens set ud fra en medicinsk forståelsesramme og give en kort indføring i, hvorledes demenssygdomme påvirker kognitive funktioner med henblik på at analysere min case i empiriafsnittet. Derudover vil jeg med denne teorigennemgang bl.a. belyse 'koncentration' og 'opmærksomhed' ud fra det neuropsykologiske perspektiv, da disse kognitive funktioner, som det fremgik af begrebsafklaringen, indgår i dét at være centreret.

- Det *personorienterede* perspektiv.

Det personorienterede syn på demens danner, som nævnt i indledningen, grundlaget for mit menneskesyn og mit syn på demens og gennemgås derfor i dette afsnit med henblik på i empiriafsnittet at reflektere over min terapeutiske forholdemåde i arbejdet med klienten.

Endelig vil jeg, både med henblik på at redegøre for min måde at arbejde musikterapeutisk med klienten på og for at give et overblik over de forskellige tiltag i det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens, redegøre for de mest centrale aspekter ved emneområdet *musikterapi og demens* til slut i kapitlet.

## 1.2. Demens set ud fra *Det medicinske perspektiv*

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomme med svækkelse af hjernes funktioner, hvoraf *Alzheimers* sygdom er den hyppigste, efterfulgt af *vaskular demens* (blodpropper i hjernen) samt af flere andre former, bl.a. *frontotemporal* (pandelap) demens (Ridder 2007a, s. 429).

Demensforløbet er kronisk fremadskridende og gennemløber normalt tre stadier:

- Det *lette*, hvor personen har vanskeligt ved at klare sig på egen hånd,
- Det *moderate*, hvor der bliver behov for mere hjælp i dagligdagen
- Det *svære*, hvor personen har brug for hjælp til alt og ikke lades uden opsyn (Bertelsen og Jørgensen 2000, s. 66).

Der er dog tale om glidende overgange mellem demensgraderne fra ganske lette ændringer i f.eks. hukommelse i det lette til den totalt udslukte og apatiske tilstand, der kendetegner sygdommens svære stadie (Bruhn 2004, s.50).

### **De psykiatriske symptomer**

Demenssygdom medfører skader i og omkring hukommelsesområdet i en struktur inderst i *temporallappen*, kaldet *Hippocampus* (ibid., s. 429). De kognitive funktionsområder, der rammes, er

- hukommelse, eksekutive funktioner og opmærksomhed
- tænkning, problemløsning og sprog
- visuelle og rumlige funktioner, herunder stedssans og orienteringsevne
- indsigt og sygdomserkendelse (Bruhn i Ridder 2007, s. 429).

Ud fra et neuropsykologisk synspunkt medfører skader i disse funktionsområder forstyrrelser i de hjerneprocesser, der har med tænkning og følelses- og viljesliv at gøre (Bruhn 2004, s. 30), og i det følgende gennemgås de neuropsykologiske forstyrrelser ved demens, som de beskrives af neuropsykologen Peter Bruhn.

### **Neuropsykologiske forstyrrelser ved demens**

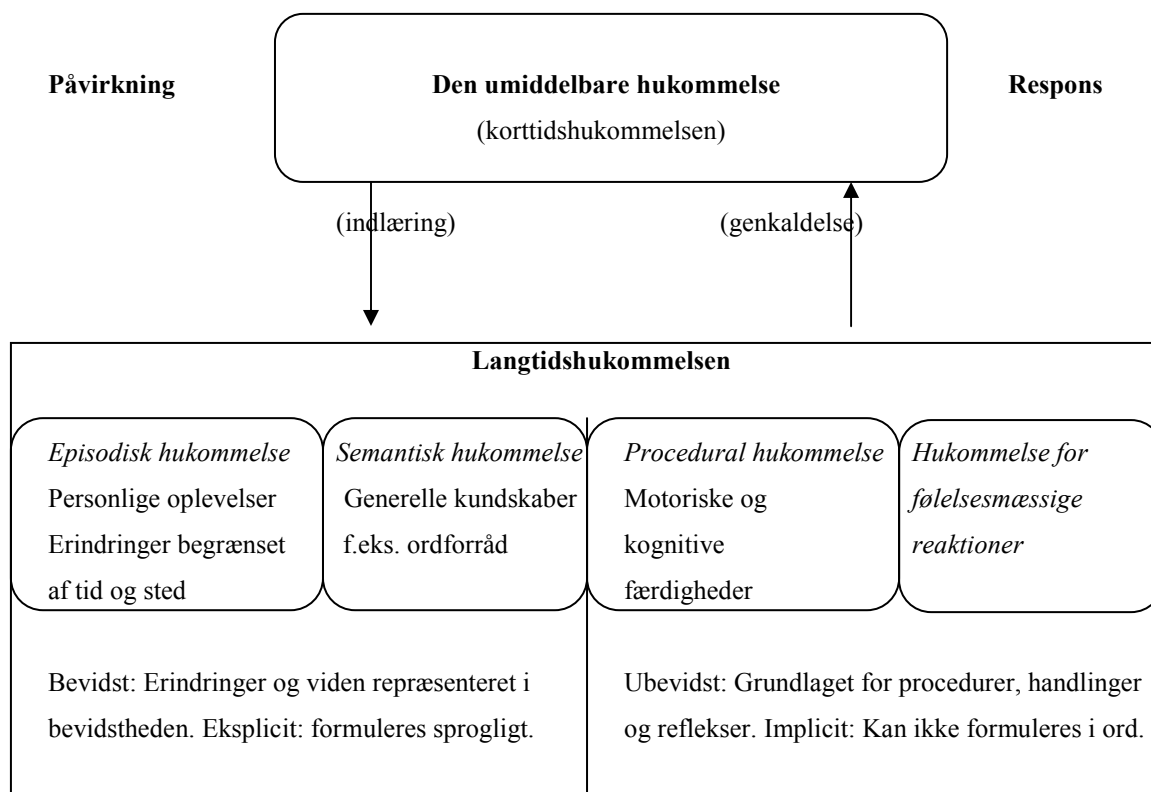
Her vil jeg gennemgå de forskellige kognitive domæner, der påvirkes, når en person har en demenssygdom.

#### Hukommelse

Hukommelsesprocessen falder i tre stadier: Man tilegner sig (bevidst eller ubevidst) nye færdigheder, man lagrer disse og siden genkalder man sig det indlærte (Bruhn

2004, s. 30-32). Der tales ofte om hukommelsen, som om der kun er én hukommelse; imidlertid er der mange forskellige hukommelsessystemer og –processer, der kan forstyrres hver for sig ved demens (ibid.). Nedenstående viser en oversigt over hukommelsens mange elementer og processer.

Figur 1: *Hukommelse: elementer og processer* (efter Bruhn 2004, s. 32 og Fredens 2004, s. 172).



Det er vigtigt at tilføje, at de forskellige hukommelsessystemer ikke er placeret 'i kasser' rundt omkring i hjernen, men at de er baseret på komplicerede neuron-netværk, som arbejder sammen, og hvor skader i de anatomiske strukturer kan forstyrre visse dele af hukommelsen, uden at andre rammes i tilsvarende grad (ibid., s. 34).

### Opmærksomhed

Et aspekt af opmærksomhedsfunktionen er *årvågenhed*: For at være modtagelig for ydre og indre stimuli, er det afgørende at man er vågen og i stand til at opretholde en vis grad af vågenhed i en længere periode. Årvågenheden eller tilstanden af *arousal*,

som denne opmærksomhedsfunktion også kaldes, kan variere fra intensivt niveau, hvor selv den mindste påvirkning registreres i bevidstheden ) til udtalt svækkelse, hvor end ikke stærke påvirkninger registreres (ibid. 37). De mest plejekrævende demensramte beskrives ofte som svingende i mellem eller værende konstant i den ene af disse to tilstande af arousal: den *hyperaroused*, som er karakteriseret ved høj aktivering af det sympatiske nervesystems kamp/flugt mekanismer, der giver sig udslag i udagerende adfærd (LeDoux 1998 og Cohen-Mahnsfield et al. 1989 i Ridder 2007a s. 435) og den *vegeterende*, som er karakteriseret ved at personen befinder sig i en fraværende og fastfrosset indre tilstand (ibid.). Endvidere skelnes der mellem *fokuseret* opmærksomhed, hvor der kun responderes på en eller to samtidige stimuli, og *delt* opmærksomhed, hvor der responderes på to eller flere samtidige stimuli (ibid., s. 431). Årvågenheden (dvs. forudsætningen for sammenhængende tankevirksomhed), den fokuserede opmærksomhed (dvs. evnen til at koncentrere sig) og den delte opmærksomhed (dvs. evnen til at være i stand til at have 'flere bolde i luften' på én gang) er sårbare aspekter ved opmærksomhed og påvirkes ved demens (Bruhn 2004, s. 38).

### Eksekutive funktioner

Hjernes pandelapper (*frontallapperne*) er sæde for den aktivt skabende hjerneaktivitet, der igangsætter og realiserer planer; den kaldes også 'hjernes dirigent', som styrer aktiviteten og sørger for at de mere basale psykiske funktioner spiller harmonisk sammen. Forstyrrelser i de eksekutive funktioner kan give sig udslag i manglende målrettethed, vanskeligheder ved at føre planer ud i livet, og svækkelse af initiativet. Dette medfører passivitet og manglende spontanitet i handling, tænkning og kommunikation. Et andet udslag af *eksekutiv dysfunktion* kan også være impulsiv og uhæmmet adfærd (ibid. s. 35-36). Den ukontrollerede adfærd kaldes også *agiteret adfærd*, som hos mennesker med demens er en bredt dækkende betegnelse, der inkluderer i alt 29 adfærdsformer. Disse kategoriseres i fire undergrupper, hvoraf *aggressiv adfærd* er den ene af disse undergrupper (Cohen-Mansfield et al. 1989 i Ridder 2007a). Den aggressive adfærd er kendetegnet ved impulsiv og uhæmmet adfærd, hvor personen har en 'kort lunte', er irriteret og ude af stand til at udsætte handlinger eller affektreaktioner (Bruhn 2004, s. 36), og at

personen befinder sig i den ovenfor nævnte tilstand af *hyper-arousal* med høj aktivering af det sympatiske nervesystem (Ridder 2007a, s. 435).

### Tænkning og problemløsning

Som beskrevet i det foregående medvirker svækkelse af *hukommelse, opmærksomhed, og eksekutive funktioner* til den kognitive træghed hos personen med demens, og dette giver sig udslag i, at evnen til at tænke i begreber og i kategorier påvirkes. Dette medfører, at tankerne bliver konkrete og bundet til virkeligheden, og der kan opstå en kognitiv stivhed, hvor mangel på smidighed giver sig udslag i vanetænkning og mangel på evne til at se en sag fra flere sider. Tænkningen kan også bære præg af fejlopfattelser eller mistænksomhed grænsende til det paranoide (Bruhn 2004, s. 44)

### Sprog

Opfattelsen af sprog har en *impressiv* (dvs. evne til at opfatte sprog) og en *ekspressiv* side (dvs. evne til at udtrykke sprog). Sproget er et af de kognitive domæner, der skades tidligt i ved Alzheimers sygdom, og det giver sig udslag i *impressiv afasi* (dvs. tab af evne til at forstå betydningen af ord) og *ekspressiv afasi* (altså tab af evne til at formulere sig verbalt) (ibid. s. 38).

### Visuelle og rumlige funktioner, herunder stedssans og orienteringsevne

Sanseindtrykkenes videre bearbejdning i hjernen kaldes perception, og som et led i denne perceptuelle bearbejdning af f.eks. synsindtrykket kobles erfaringer med objektets egenskaber og anvendelse sammen med synsindtrykket. Denne kobling forstyrres ved demens, hvorved objekterne ganske vist ses, men ikke identificeres korrekt. Forstyrrelser i perceptionen kaldes *agnosi*. Et andet aspekt af den visuelle oplevelse er evnen til at kunne lokalisere ting i rummet, kaldet den *spaciale* (rumlige) perception. Rumlige forstyrrelser kan medføre, at personen med demens f.eks. ikke kan finde vej (ibid. s. 41-42).

### Indsigt og sygdomsforståelse

Svigtende sygdomserkendelse er almindelig hos mennesker med demens. Graden af svigtende erkendelse kan svinge fra let selvovervurdering til totalt manglende erkendelse af at være syg. Generelt svækkes sygdomsindsigten i takt med sygdommens forværring, og manglende indsigt kan få fatale konsekvenser både for personen selv og for omgivelserne. Ved vurdering af indsigten sammenholdes personens egen vurdering med de pårørendes, plejepersonalets, lægens eller psykologens vurdering af dennes præstationsevne (ibid. 48).

### Undersøgelse af neurologiske forstyrrelser ved demens

Der findes flere måder hvormed man kan undersøge og vurdere hjernefunktionerne hos en person med demens, bl.a. *Neurologisk undersøgelse*, foretaget af en neuropsykolog og *demensundersøgelse* hos praktiserende læge eller speciallæge:

- *Neurologisk undersøgelse*, foretaget af en neuropsykolog: Fordi denne testmetode kræver såvel koncentration og udholdenhed, må undersøgelsen ofte foretages i flere omgange og er derfor yderst tidskrævende. Dertil kommer at testen også kan være følelsesmæssigt provokerende for patienten, hvis denne konfronteres med kognitive skader, som ikke tidligere har været erkendt i deres rette omfang, og dette kan medføre, at ømtålelige emner efterfølgende må bearbejdes. Derfor benyttes denne undersøgelsesmetode kun i særlige tilfælde, som bl.a. vurdering af en atypisk, tvivlsom eller meget let kognitiv svækkelse, til vurdering af personer med meget høj begavelse eller i tilfælde, hvor man af forskellige årsager ønsker at følge udviklingen nøje (ibid. s. 56).
- *Demensundersøgelse hos praktiserende læge eller speciallæge*: Ved denne form for demensundersøgelse vil den praktiserende læge eller speciallægen danne sit et indtryk af patientens kognitive tilstand støttet af enkle kognitive tests som f.eks. MMSE (*Mini Mental State Examination*) (ibid.). Denne test er et meget benyttet redskab i Danmark og måler de mest grundlæggende

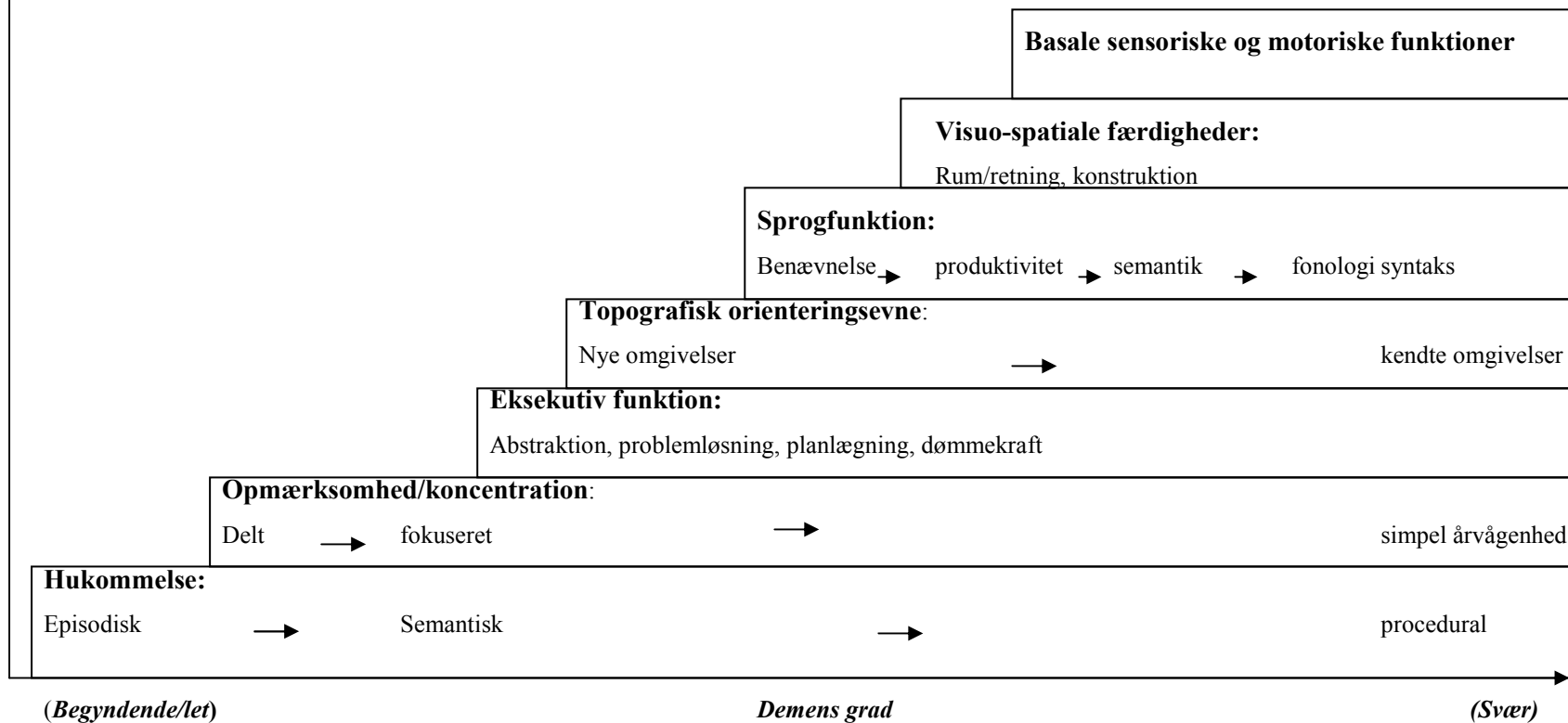
kognitive områder uden at være for omfattende. Selve testen varer ikke mere end 5-10, indeholder 17 spørgsmål, og der gives point efter korrekt svar, op til 30 points i alt. Testen er ikke psykologisk orienteret og har sine begrænsninger i såvel diagnosticering af tidligt demensramte samt i den nedre ende med svært demensramte, da den ikke er udformet til at måle nuancerne i de kognitive funktioner. Den kan således indgå i diagnostisk vurdering sammen med andre udredninger og observationer (Ridder 2005, s. 139). I forbindelse med caseanalysen i kapitel 3 vil jeg benytte mig af denne test med henblik på at give et indtryk af klientens kognitive funktioner.

### **Model af *Afficerede kognitive domæner som funktion af demensgraden***

I det foregående har jeg beskrevet, hvorledes de kognitive domæner *hukommelse, opmærksomhed, eksekutive funktioner, tænkning og problemløsning* samt *indsigt og sygdomsforståelse* påvirkes i takt med den fremadskridende demens. På omstående side viser jeg neuropsykologen Peter Bruhns såkaldte *Alzheimers sygdoms-trappe* for at give en skematisk oversigt over dette.

*Afficerede kognitive domæner som funktion af demensgraden*

*Kognitive domæner*



(Model: Bruhn i Ridder (2003), s. 20).

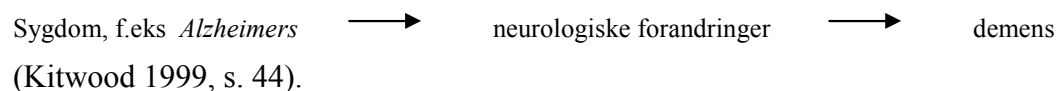


Figuren viser, at den episodiske hukommelse er det kognitive domæne, der angribes først hos mennesker med Alzheimerdemens, hvorimod de basale sensoriske og motoriske funktioner generelt forbliver intakte indtil sygdommens sidste stadie. Figuren viser endvidere, at udover de basale sensoriske og motoriske funktioner forbliver følgende domæner uberørte indtil sidste stadie:

- Dele af den procedurale hukommelse
- den simple årvågenhed
- evnen til at orientere sig i kendte omgivelser
- de aspekter af sproget, der har med *syntaks* (den grammatiske struktur) at gøre
- evnen til at genkende ting eller ansigter (ibid.).

### 1.3. Opsamling

Jeg har i det foregående, med henblik på at analysere min case, gennemgået demens set ud fra den *biomedicinske* forståelsesramme og redegjort for de neuropsykologiske forstyrrelser ved demens. Hypotesen indenfor denne forståelsesramme er den, at sygdom forårsager neurologiske forandringer, som medfører demens. Hypotesen kan illustreres med nedenstående figur.



Jeg har bl.a. gennemgået *hukommelse*, *opmærksomhed* (herunder evnen til at koncentrere sig), de *eksekutive funktioner* (herunder målrettethed), samt *tænkning og problemløsning* både med henblik på at belyse de centrale kognitive domæner, der beskadiges ved demens, og med henblik på, ud fra et neuropsykologisk perspektiv, at redegøre for dét at være centreret.

I det følgende vil jeg gennemgå det *personorienterede* syn på demens.

### 1.4. Det personorienterede syn på demens

I følge den humanistisk orienterede socialpsykolog Tom Kitwood siger den ovenfor beskrevne medicinske forståelsesramme af demens kun noget abstrakt og generelt om sygdommens væsen; den ses således som en objektiv helhed, der kan nedbrydes i uafhængige enkeltdele, som f.eks. kognitive funktioner, der igen kan nedbrydes i

enkeltdele såsom hukommelse, sprog, orientering i tid og rum osv. Dette giver en teknisk forståelse af demens, hvor mennesket med demens udelukkende beskrives ud fra sine svækkede færdigheder (Kitwood i Borresen et al 2003). Hvor der altså indenfor den traditionelle medicinske forståelse af demens lægges vægt på sygdomssymptomer og svækkelse, så handler det indenfor det personorienterede syn om menneskelighed samt udnyttelsen af kognitive, sociale og emotionelle ressourcer hos mennesker med svær demens (Amstrup 2006, s. 129).

Opfattelsen af demens som et lineært resultat af en neuro-patologisk proces fører i følge Kitwood ofte til en depersonalisering af patienten, hvor den personlige integritet undermineres. Derfor plæderer han for en mere nuanceret opfattelse af sygdommen, idet han argumenterer for, at en person med demens sideløbende gennemgår to former for forandring:

”For det første er der det gradvist tiltagende svigt af mentale kræfter, såsom hukommelse, ræsonnement osv. For det andet er der forandringer i de psykosociale omgivelser. Det er umuligt at skelne klart mellem de to former; der kan dog ikke være tvivl om, at demensprocessen, som finder sted, er en konsekvens af dem begge” (Kitwood 1999, s. 29).

Han inddrager derfor det personlige perspektiv og de faktorer, der omgiver personen med demens og ser således demens som en sammenhæng mellem et menneskes:

- personlighed
- livshistorie
- fysiske helbred
- hjerneskade
- omgivende miljø

(Kitwood i Borresen et al 2003, s. 18).

### **Den personorienterede omsorg**

En grundantagelse i Kitwoods teori er, at plejepersonalets omsorg har afgørende betydning for udviklingen af den enkelte persons demensforløb, og at man som personale derfor skal være opmærksom på at dække de vigtigste psykologiske behov hos mennesker med demens, nemlig behovet for kærlighed, trøst, identitet, beskæftigelse, inklusion og for tilknytning (Kitwood 1999, s. 90).

Han opstiller 12 ’positive interaktionsformer’ med henblik på at skabe positivt omsorgsarbejde, der fokuserer at udnytte personens ressourcer samt på at dække

dennes grundlæggende psykologiske behov. I denne sammenhæng vil jeg kun nævne *validering*, *holding* og *facilitering* da disse interaktionsformer er særligt relevante, idet det var dem, jeg integrerede i det musikterapeutiske arbejde (dette vil jeg uddybe i kapitel 3 (Empiri) under afsnittet *Terapeutisk forholdemåde*).

<b>Overskrift</b>	<b>Indhold</b>
8. <i>Validering</i> :	Anerkendelse af det virkelige ved personens emotioner og respondering på det følelsesmæssige plan. Validering indebærer en høj grad af empati; at forsøge at forstå personens referenceramme i sin helhed; også selvom denne er kaotisk, paranoid eller fuld af hallucinationer.
9. <i>Holding</i> (Dansk oversættelse: <i>Omfavnelse</i> ; jeg fortrækker det engelske udtryk (red.)).	At tilbyde et psykologisk trygt rum; en 'beholder' for alle følelser - selv voldelig vrede eller destruktivt raseri rettet mod personen, der giver omfavnelsen, vil ikke afskrække denne person. Som det er tilfældet med omsorg for børn, kan den psykologisk omfavnelse i en hvilken som helst kontekst også indebære fysisk omfavnelse.
10. <i>Facilitering</i>	At gøre det muligt for en person at gøre det han/hun ellers ikke ville kunne gøre ved at afstedkomme de dele af handlingen –og <i>kun</i> dem - som mangler. Faciliteringsopgaven er at sørge for, at interaktionen går i gang, forstærke den og hjælpe personen til gradvist at fylde den med mening.

*Kitwood 1999, s. 100.*

Validering, holding og facilitering er mere entydigt psykoterapeutiske i deres udformning og indhold end de ni andre interaktionsformer, der udelukkende har et 'positivt' indhold (Kitwood 1999, s. 100). Den måde, som han definerer disse tre på interaktionsformer på, har rødder i psykoterapeutisk arbejde og humanistisk terapi med paralleller til bl.a. Carl Rogers og Ronald D. Laing: *Validering* betyder at anerkende dét, som personen med demens udtrykker frem for at betragte det som forstyrrende eller irrelevant og bruge *aflednings-* eller *realitetstestningsteknikker*, således som det er tilfældet indenfor det medicinske paradigme i behandlingen af de psykiatriske symptomer på demens, *holding* relaterer sig til Daniels Sterns definition

af tidlig selvopfattelse på et før-sprogligt plan og kan bruges i forhold til at skabe intersubjektiv kontakt med selv svært demensramte (Ridder 2007a, s. 437- 438) og facilitering ses som en psykoterapeutisk interaktion, idet den fordrer stor grad af empati og sensitivitet fra terapeutens/plejerspersonalets side (Kitwood 1999, s. 100).

## 1.5. Opsamling

I det foregående har jeg kort redegjort for Tom Kitwoods personorienterede syn på demens samt for den personorienterede omsorg med henblik på teoretisk at underbygge mit menneskesyn og mit syn på demens. Indenfor denne forståelsesramme medtænker man de personlige faktorer i forhold til sygdommen, og man ser såkaldt problemadfærd som klientens forsøg på at udtrykke udækkede behov. Man er af den opfattelse, at positiv pleje, som er rettet mod at afdække personens ressourcer, kan medvirke til at ændre på sygdomsforløbet og på nogle af symptomerne.

## 1.6. Musikterapi og demens.

Musikterapi er et fag, der er blevet udviklet gennem de sidste 50 år, og som er opstået i et fagligt skæringspunkt mellem fag som ergoterapi, psykoterapi, specialundervisning, musikpsykologi, musikpædagogik og lægevidenskab (Bonde et al. 2001, s. 34). Helt kort kan musikterapi formuleres således:

Kenneth Bruscia definerer musikterapi på denne måde:

”Musikterapi er en systematisk interventionsproces, i hvilken terapeuten hjælper klienten med at fremme dennes sundhed ved at bruge musikalske oplevelser samt de relationer, der udvikler sig gennem disse som dynamiske kræfter, der medfører forandring” (egen oversættelse) (Bruscia, 1998, s. 20).

For at give et overblik over de forskellige tiltag i det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens vil jeg nu redegøre for de mest centrale aspekter ved emneområdet *musikterapi og demens*.

Musikterapi er i mange år blevet brugt med succes i arbejdet med personer med demens indenfor mange forskellige områder; bl.a. til at nedsætte agiteret adfærd

(Davis et al 1999). Meei-Fang Lou, ansat ved Washington University's sygeplejerskole, skriver, at musik tilsyneladende har en positiv effekt i arbejdet med demensramte på grund af dens multidimensionale natur, således at den kan stimulere en person fysisk, psykisk og åndeligt (Lou 2001, s. 166). Musikterapi defineres i følge Lou som 'brug af musiks stimulerende egenskaber med henblik på at fremme integrationen af det fysiske, psykiske og emotionelle hos en person under sygdom, f.eks. demens', og at 'musik synes at kunne aktivere de neurale kredsløb, der er blevet ødelagt af Alzheimers' sygdom' (ibid.). Undersøgelser har bl.a. vist, at musikterapi kan være virksom til reducere vandren omkring/ambulering (Fitzgerald-Cloutier 1993), reducere agiteret adfærd i badesituationer (Thomas et al 1979) samt bevirke, at patienter med Alzheimers spiser mere (Ragneskog et al. 2001). En anden undersøgelse har vist, at musikarrangementer med personer med demens, hvori plejepersonalet deltager, bevirker, at det efterfølgende er nemmere for personalet at arbejde med patienterne (Götell et al 2000). Der findes ikke noget endegyldigt svar på, hvorfor musik tilsyneladende har denne effekt, men et svar kunne i følge Lou være, at musikken kan åbne op for en forståelse af selvet og således fremme balancen mellem krop og sind (Lou 2001).

Et andet svar kunne være, at musikkens seks grundelementer *periodicitet, melodi, harmoni, dynamik, klangfarve* og *form* kan fungere som kropslige eller auditive stimuli: Når elementerne samlet eller enkeltvis gentages på en måde, hvorved der skabes en meningsfuld helhed, træder de ind i opmærksomhedsfeltet og kan have en basal affektregulerende funktion ved at de organiseres i hukommelsen og derved er med til at skabe forventninger til samværet eller til relationen (Ridder 2007a, s. 432). F.eks. kan velkendte sange fange opmærksomheden hos en person trods svær demens, og en af forklaringerne på dette kunne være, at de, gennem genkendelig kobling af periodicitet, melodi, harmonik, klangfarve eller form skaber mening, fremstår som auditive stimuli, som medfører at der aktiveres et hukommelsesspor i hjernen, der peger mod det, der sker lige nu (Magee, Tomaino & Sacks og Gustorff i ibid.).

### **Musikkens funktion**

Meget overordnet kan musikterapi eller musikaktiviteter deles op i to hovedformer, hvor der skelnes mellem

- aktive teknikker, såsom sang, improvisation, spil på instrumenter m.m.

- receptive teknikker, såsom lytning til udvalgt CD-musik (Ridder 2005 b, s. 204.)

Nogle teknikker ligger imidlertid i et mellemområde, f.eks. lytning til aktiv musik eller aktiv deltagelse på instrumenter til CD musik og kan grupperes som *reaktiv musikterapi* (ibid.). Der findes mange således forskellige måder at bruge musik på i arbejdet med demensramte, alt efter den overordnede målsætning. I nedenstående skema fra Ridder (2005b) *Musik & Demens* er disse kategoriseret ud fra hendes gennemgang af i alt 92 undersøgelser af brug af musik i arbejdet med demensramte (kolonnen der henviser til kapitlerne i bogen er dog ikke medtaget her). Overskriften *musikaktivitet* er valgt, selv om hun ønsker at skelne mellem aktivitet (hvis formål er at stimulere m.m.) og terapi (hvis formål er opbygning af en relation over en vis tid med henblik på at bearbejde personlige følelser), da det klinger mere velkendt end f.eks. *musiktiltag* (ibid. s. 14).

<b>Musikaktivitet</b>	<b>Overordnet mål</b>
<i>Musikterapi/ improvisation</i> <i>Musikterapi/ sang</i> <i>Musikterapi /m. døende</i>	Kommunikation og dialog
<i>Stressreduktion</i> <i>Vibro-akustisk terapi</i>	Afspænding
<i>Spil med</i> <i>Musik &amp; bevægelse</i> <i>Folke dans</i> <i>Supportdeltagere</i> <i>Vibro-taktil stimulation</i>	Fysisk og social stimulation
<i>Alsang/fællessang</i> <i>Musikreminiscens</i> <i>Musikstimulering</i> <i>Sangskrivning</i>	Kognitiv og social stimulation
<i>Baggrundsmusik</i> <i>Musiklytning</i> <i>Musikterapeutisk pleje (MTC)</i>	Adfærdsregulering
<i>Udredning og assessment</i>	Evaluering

Model: Ridder (2005), s.15.

### Kommunikation

Når det overordnede mål i musikaktiviteten defineres som at opnå kommunikation og dialog, lægges der vægt på relationen mellem klient og terapeut, som bygges op over et forløb på mindst 10 sessioner. Musikken ses her som æstetisk, betydningsbærende eller interaktivt fænomen.

### Afspænding

Når det overordnede mål i musikaktiviteten formuleres som opnåelse af deltagerens afspænding, arbejdes der med at få personen til at falde ned og foretage en konstruktiv regression, dvs. finde et indre fri-rum, genoprette den indre balance og reducere arousal.

### Fysisk og social stimulation

Musikken fungerer ved denne musikaktivitet rent psykisk som en katalysator, der sætter gang i et bevægelsesmønster, f.eks. gangfunktion eller dans ved hjælp af vibrationer fra rytmeinstrumenter eller via højttalere.

### Kognitiv og social stimulation

Formålet med denne interventionsform er at stimulere hukommelse, forestillingsbilleder, tale, opmærksomhed osv., og der arbejdes med de musiske evner og den musikalske hukommelse. Som social stimulation bruges musikken som en samlende aktivitet, der kan øge socialt tilhørsforhold.

### Adfærdsregulering

Musikken bruges i denne interventionsform til at reducere agiteret adfærd, såsom aggressivitet og ambulering samt til at regulere medicinering eller fiksering. Denne måde at bruge musik på har rødder i den behavioristiske psykologi.

### Assessment

Assesment er en klinisk vurdering f.eks. i forbindelse med opstart af terapiforløb. musikalsk deltagelse, musikalsk respons, udtryk m.m. er elementer, der testes eller

observeres mhp. at vurdere kognitive færdigheder, talefærdigheder, evne til at tage initiativ eller til at indgå i sociale sammenhænge (Ridder 2002, s. 172-173).

## **1.7. Opsamling**

Jeg har i det foregående kort skitseret emneområdet *musikterapi og demens* med henblik på at redegøre for min måde at arbejde musikterapeutisk med klienten. I det følgende kapitel vil jeg ud fra en litteraturgennemgang gå mere i dybden med følgende emneområder fra oversigten *Musikterapi/ sang, musikreminiscens og musiklytning*, da disse områder er relevante for mit problemområde.



## 2. Litteraturgennemgang af relevant faglitteratur

### 2.1. Indledning til kapitlet

I dette kapitel vil jeg ud fra en litteraturgennemgang gå mere i dybden med følgende emneområder fra oversigten *musikterapi/ sang, musikreminiscens og musiklytning*, da disse er relevante for dette speciales problemfelt. Jeg vil så efterfølgende i empiriafsnittet og i analysen reflektere over min musikterapeutiske metode i forhold til dette for at diskutere, hvorvidt mit musikterapeutiske arbejde stemmer overens med disse beskrivelser.

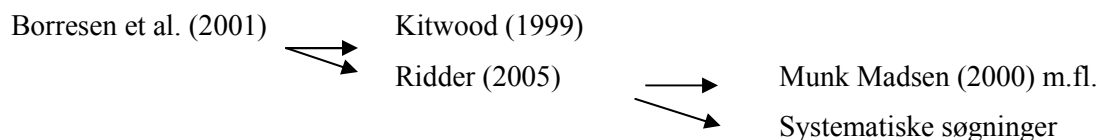
Først vil jeg redegøre for litteratursøgningsprocessen.

### 2.2. Overordnet beskrivelse af litteratursøgningen

#### A. Kædesøgning

Som nævnt i indledningen læste jeg under praktikopholdet bogen *Socialpædagogik & Demens, - det vanskelige omsorgsarbejde* af Borresen et al. (2003), som henviser til *En revurdering af demens* af Tom Kitwood (1999). I Borresen et al. henvises der endvidere til Hanne Mette Ridder (2005) *Musik & Demens*, der ved at være en gennemgang af litteraturen indenfor hele spektret 'musik og demens' med udførlige litteraturhenvisninger efter hvert kapitel, er kommet til at fungere som hovedkilde i min litteratursøgning indenfor mit problemfelt

Figur A: Kædesøgnings-processen.



Endelig har jeg ved at læse Ridders artikel "En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske og psykodynamiske teorier" i *Psyke og Logos* (2007) blevet henvist til Peter Bruhns artikel, "Neurologiske forstyrrelser ved demens".

Litteratur vedr. emnerne 'musikvidenskab' og 'centrering' har jeg overvejende søgt og fundet i min private bogsamling.

### **B. Systematisk søgning**

Som det fremgår af figuren, har Ridder (2005b) udover at fungere som hovedkilde i min litteratursøgning, også fungeret som udgangspunkt for den systematiske søgning, idet jeg har taget udgangspunkt i titlerne på enkelte kapitler fra denne bog og brugt disse som søgeord i forhold til at finde litteratur om relevant forskning/undersøgelser indenfor mit problemfelt; det drejer sig om *reminiscens*, *musik reminiscens*, *musiklytning/demens*, *sang/musikterapi/demens*, *receptiv musikterapi/demens*. Derudover har jeg søgt litteratur indenfor de overordnede emneområder *demens* og *neuropædagogik*, min analysemetode (dvs. *mikroanalyse*), Mozarts *Eine kleine Nachtmusik* samt *centrering*.

## B. Oversigt over systematiske søgninger

Søgemaskine	Dato	Søgeord	Hits	Relevante hits
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	01.02.08	<i>demens</i>	67	5
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	03.02.08	<i>neuropædagogik</i>	11	1
<a href="http://www.musictherapyworld.net">www.musictherapyworld.net</a>	01.02.08	<i>dementia</i>	3	3
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	03.2.08	<i>reminiscens</i>	0	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	03.2.08	<i>musik reminiscens</i>	0	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	04.02.08	<i>Mozart/ Eine kleine</i>	3	3
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	04.02.08	<i>microanalysis</i>	9	1
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a> (medline).	27.02.08	<i>dementia/ music therapy/ reminiscence</i>	5	0
<a href="http://www.musictherapyworld.net">www.musictherapyworld.net</a>	27.02.08	<i>dementia/ music therapy /reminiscence</i>	0	0
<a href="http://www.musictherapyworld.net">www.musictherapyworld.net</a>	27.02.08	<i>reminiscence</i>	1	0
<a href="http://www.scholar.google.com">www.scholar.google.com</a> .	27.02.08	<i>reminiscens/ musikterapi</i>	5	1
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	28.02.08	<i>receptiv musikterapi/demens</i>	0	0
<a href="http://www.musictherapyworld.net">www.musictherapyworld.net</a>	28.02.08	<i>receptive/ music therapy/ dementia</i>	0	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	28.02.08	<i>musiklytning/demens</i>	0	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	09.03.08	<i>sang/ musikterapi/ demens</i>	0	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	09.03.08	<i>singing/music therapy/ dementia</i>	0	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	09.03.08	<i>receptive music therapy /dementia</i>	0	0
<a href="http://www.musictherapyworld.net">www.musictherapyworld.net</a>	09.03.08	<i>singing /dementia</i>	2	1
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	11.03.08	<i>centrerede</i>	2	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	14.03.08	<i>centralization</i>	27	0
<a href="http://www.aub.aau.dk">www.aub.aau.dk</a>	14.03.08	<i>centrering/krop</i>	223	1

Som det fremgår af oversigten, er der flest hits indenfor de overordnede emneområder, demens og neuropædagogik, og de relevante hits er gengangere fra Ridders litteraturhenvisninger i bogen *Musik og demens* (2005). Antallet af hits indenfor emneområderne *reminiscens*, *demens/ musikterapi/ musik reminiscens*, *receptiv musikterapi/demens*, *musiklytning/demens* og *sang/musikterapi/demens* er meget få; i de fleste tilfælde slet ingen. Dette kan enten tolkes som udtryk for, at der ikke arbejdes med f.eks. 'receptiv musikterapi og demensramte', og at der derfor ikke findes litteratur om dette emne, eller at søgeordene er for præcise, dvs. metoden ikke er specifikt benævnt, men blot beskrives som 'musikterapi' eller andet. Endelig er der den mulighed, at metoden rent faktisk anvendes i klinisk praksis, men at dette arbejde ikke er beskrevet i publiceret materiale. Vedr. centrering er der via søgeordene *centrering/krop* kun et enkelt relevant hit ud af i alt 223 hits, og denne bog, Lidell et al. (1987): *Den sanselige krop* har jeg i min bogsamling; henvisningen bevirkede imidlertid, at jeg, som allerede nævnt, derefter søgte og fandt relevant litteratur om emnet på mine egne boghylder.

### 2.3. Gennemgang af emneområderne

Som allerede nævnt er der i den systematiske søgning ingen hits indenfor området *receptiv musikterapi/demens*, og de få der er indenfor *sang/musikterapi/demens*, *musiklytning/demens*, *musikreminiscens/demens* er gengangere fra Ridder (2005): *Musik & Demens*. Derfor bliver gennemgangen af disse tre emner overvejende ud fra Ridder, mens *receptiv musikterapi /demens* tages op i diskussionsafsnittet med henblik på at diskutere dette i forhold til *musiklytning*.

#### Musikterapi/Sang

For klienter, der har svært ved at kommunikere med andre vha. sprog og som heller ikke er i stand til at improvisere på instrumenter, kan dét at synge sammen med et andet menneske være en måde at indgå i en relation samtidig med, at sangen i sig selv danner rammen for samværet (Ridder 2007b, s. 427). En af grundene til, at sang kan bruges til at skabe et interpersonelt samvær i musikterapien, er, at der i den terapeutiske relation mellem terapeut og klient kan skabes lighedspunkter med de tidlige proto-konversationer mellem et spædbarn og en omsorgsperson, i hvilke der både er fornemmelse for puls og for melodiske mønstre (Malloch i *ibid.* s. 428). Sang og de musikalske protokonversationer bruges af barn og omsorgsperson i intense øjeblikke; og dette er så grundlæggende for barnets tilknytning og for at udvikle sprog, at det kan antages, at denne evne til at opfatte musikalsk kommunikation bevares, selv efter at mennesket har mistet højere kognitive funktioner på grund af demens (*ibid.*).

I den terapeutiske situation kan sangen bruges som *cue* til at fange personens opmærksomhed og gøre det klart for vedkommende, hvad der skal ske nu. Cues kan betragtes som en form for erindringsspor i hjernen; en slags ikon, der leder hen til en allerede oplevet begivenhed, og jo mere entydigt, der peges i retning af en bestemt begivenhed, jo større er sandsynligheden for, at en erindring om situationen vækkes. Som det fremgik af oversigten s. 23 er det overordnede mål for brug af sang, som det beskrives i litteraturen, *kommunikation og dialog*. Men for at kunne kommunikere er det ofte nødvendigt først at regulere personens *arousalniveau*, hvilket vedkommende som følge af en demenssygdom ikke selv er i stand til. Arousal kan reguleres på to måder:

1. Ved at der skabes en fast struktur i sessionen mhp. at holde kaos på afstand og således skabe ritualer og dermed forventning om noget ganske bestemt.
2. Ved brug af direkte teknikker såsom beroligende eller stimulerende elementer i musikken (rytme, tempo, lydstyrke m.m.), f.eks. sange med spørgende eller kaldende karakter (opadgående melodilinie; virker stimulerende) eller sange med indadvendt karakter (nedadgående melodilinie; virker beroligende) samt terapeutens helt bevidste måde at være tilstede på (nærhed, distance, berøring, bevægelser, stemmeføring m.m.).

De sange, der derefter vælges med henblik på dialog, kan være sange med personlig betydning for personen; af personen velkendte og foretrukne sange, der rummer bestemte følelser eller hænger sammen med bestemte livsafsnit og de dermed forbundne minder. Sangen kan således bruges som et medium til at udtrykke autentiske følelser (Ridder 2005, s. 99-103). At synge sammen er meningsfuldt, idet sangen kan bruges som udgangspunkt for nonverbal kommunikation og interaktion, hvor personen oplever muligheden for at udtrykke sig uden ord; de kan bruges til at skabe et 'samvær uden krav om ord' (Faaborg Jacobsen 2006, s.28).

### Musikreminiscens

Musikreminiscens et struktureret aktivitet, hvor især sange og evt. objekter, der beskriver bestemte temaer, bruges til at stimulere erindrings-processer; det være sig sange, der beskriver temaer, såsom hjem, naturen, bryllup, Besættelsen, årets højtider kærlighed m.m.. (ibid. s. 73). I Niseema Munk Madsens projekt *Musikterapi til demente med adfærdsforstyrrelser*, hvori musikalsk reminiscens indgår som et aktivt terapeutisk redskab, opfattes sangene som en 'nøgle' til at åbne op for kontakten mellem klient og terapeut, idet de fungerer som igangsættende, opmuntrende og stemnings-skabende elementer. Mange af sangene, der blev fundet virksomme, pegede langt tilbage i tiden; når man f.eks. bruger sange fra barndom og skoletid, må det antages, at disse sange ligger et sted i hukommelsen, hvor de er automatiserede, og at der ved genkaldelsen af dem styres udenom nogle af de kognitive problemer, som demenssygdommen medfører. Sangene kan også inspirere til samtale, men uden at det er et krav; i det hele taget kræver *musikalsk reminiscens* ikke et bevaret verbalt sprog: At synge, danse, lytte eller bevæge sig sammen er en måde at berette om sine livserfaringer. Den musikalske reminiscens kræver heller ikke evnen til at genkalde

sig eksakte begivenheder; med musikoplevelser kan der vækkes erindringer til live om f.eks. stemninger, dufte og bevægelser (Munk-Madsen 2000 s. 21-22.) Som aktivitet kan musikreminiscens således kompensere for tab af hukommelse og af sprog ved at fokusere på langtidshukommelsen (Olderog-Millard & Smith i ibid. s. 73).

### Musiklytning

Musiklytning er et musikterapeutisk tiltag, hvor velkendt og vedkommende musik spilles for en enkelt person med henblik på at regulere urolig adfærd eller stimulere på et kognitivt plan (Ridder 2005 s. 61).

Nogle af grundprincipperne indenfor denne interventionsform er,

- at musik kan formidle stemninger,
- kropslige rytmer synkroniseres med musikken og
- personlige musikalske præferencer kan have afgørende betydning for den musikalske respons (ibid.).

For at personen med demens kan få udbytte af musiklytningen, kan f.eks. problemer med hørelsen have betydning; dvs. at musikken, der udvælges ikke må have et for broget lydbillede med for mange instrumenter og for mange toner i det høje leje, da dette kan forvrænge lyden på en ubehagelig måde (ibid. s. 63-64). Endvidere kan modtagelsen og bearbejdelsen af lydssignaler være påvirket ved demens, således at der kan forekomme forstyrrelse ved personens musikoplevelse. I et neuropsykologisk studie har Swartz et al. (1989) forsket i Alzheimers patienters musikoplevelse. De refererer til fem opfattelsesplaner, hvor de musikalske forstyrrelser kan forekomme. Ridder opstiller disse således:

1. *Det akustisk-psykologiske plan* (opfattelse af ændringer i intensitet, tonehøjde og klangfarve)
2. *Det diskriminerende plan* (evne til at skelne mellem intervaller og akkorder)
3. *Det kategoriserende plan* (kategoriserende identifikation af rytmiske intervaller og mønstre)
4. *Det konfigorative plan* (opfattelse af melodi, motiver, temaer, tonale samt rytmiske forandringer)

5. *Det komplekse plan* (vedr. musikalsk erkendelse og udøvelse, genkendelse af den tematisk-musiske form, opbygning og stilistisk karakteristik).

Hos patienter med Alzheimers forventes det, at de to første planer bevares intakte, mens at de resterende angribes i de senere stadier af sygdommen (ibid. s. 49). Derfor er det vigtigt, at man er opmærksom på den demensramtes respons på musikken, tillige med, at man er meget bevidst om valget af musik (ibid. s. 64).

## **2.4. Opsamling**

I dette kapitel har jeg, efter at have redegjort for litteratursøgningsprocessen, kort gennemgået emneområderne *musikterapi/sang*, *musikreminiscens* og *musiklytning*, da jeg finder disse relevante for mit problemfelt. I næste kapitel vil jeg præsentere min case samt redegøre for udvælgelsen data.



## 3. Empiri

### 3.1. Indledning til kapitlet

I dette kapitel vil jeg præsentere og analysere casen i forhold til de teorier om demens, som jeg gennemgik i kapitel 1. Derudover vil jeg, ud fra oversigten over de forskellige musikaktiviteter og deres overordnede mål i det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens, som jeg gennemgik i kapitel 1, samt i forhold til enkelte teorier vedr. musikterapeutiske interventionsteknikker, som jeg gennemgik i kapitel 2, reflektere over min musikterapeutiske metode i arbejdet med klienten. Endelig vil jeg redegøre for min terapeutiske forholdemåde i arbejdet med klienten ud de 'positive interventionsformer', som jeg gennemgik i kapitel 1.

### 3.2. Præsentation og analyse af case

Som allerede nævnt i indledningen var jeg i praktik på *Smedegården* under både praktikken på 6. semester (Thiele 2006 a og b og 2007) og under det lange praktikforløb på 9. semester, hvor jeg havde fem klienter med demens i individuel terapi, herunder 'Gerda'. Gerda er en kvinde på 78 år, der siden 2000 har lidt af *Alzheimers* sygdom. Da jeg havde hende i musikterapi, boede hun i en af Smedegårdens beskyttede boliger sammen med sin ægtemand, som passede hende med hjælp fra hjemmehjælpere og tilkaldepersonale, der stod til rådighed døgnet rundt. I denne periode var hun skrevet op til en plads på et demensafsnit på Smedegården, som hun december 08 flyttede ind på, og hvor hun bor i dag. Hendes demenssygdom har nået det tredje og *svære* stadie, "*hvor personen har brug for hjælp til alt og ikke lades uden opsyn*" (se side 18).

For at danne sig et indtryk af hendes kognitive tilstand vil jeg give en proxy-vurdering af hendes *MMSE*-score (se side 22). Det betyder, at jeg ud fra mit kendskab til hende gennem et musikterapeutisk forløb, der strakte sig over 26 uger med i alt 27 sessioner, udfylder *MMSE* testen, selv om testen oprindeligt er udformet til at personen med demens selv svarer på spørgsmålene :

1. I spørgsmålene vedr. 'orientering' ville hun score 0 points (hun var ude af stand til at orientere sig med hensyn til ugedag, tidspunkt osv. samt hun var ude af stand til at huske, hvor hun boede, (eller genkende), selv når vi nærmede os hendes bopæl).

2. I spørgsmålene vedr. 'registrering' ville hun muligvis (på en særlig god dag!) score 1 eller 2 points, hvis jeg f.eks. havde sagt 'tromme', 'musik-cd' og 'afspiller' lige efter vi havde haft musikterapi.
3. I spørgsmålene vedr. 'opmærksomhed og regning' ville hun score 0 points (hun var ude af stand til at regne eller stave).
4. I spørgsmålet vedr. 'genkaldelse' ville hun score 0 points (hun ville have glemte ting, som jeg havde nævnt tidligere).
5. I spørgsmålet vedr. 'sprog, praksis og konstruktion' ville hun score 0 points (hun led af både *impressiv afasi*, dvs. tab af evne til at forstå betydningen af ord og *ekspressiv afasi*, dvs. tab af evne til at formulere sig verbalt samt af *apraksi*, dvs. tab af evne til at udføre tillærte motoriske færdigheder).

Dvs. at den totale scoring af points ville være: Måske 1 eller 2 ud af en maximumscore på 30 points.

Ud fra et neuropsykologisk perspektiv kan man placere hende på det øverste trin på Bruhns *Alzheimers sygdoms-trappe* (se side 24), idet praktisk taget alle hendes kognitive domæner var svækkede: *hukommelsen, evnen til at fokusere opmærksomheden og koncentrere sig, de eksekutive funktioner, den topografiske orienteringsevne, sprogfunktionen og de visio-spaciale færdigheder*; kun de *basale sensoriske og motoriske funktioner* var nogenlunde intakte (dvs. det allerøverste 'trin' på trappen): Hun kunne f.eks. stadig selv gå (om end hun havde brug for at få vist vej), kunne selv sætte sig ned (om end hun skulle vises hen til stolen), selv spise (om end det var nødvendigt, at der var en hjemmehjælper til stede for at motivere hende, når hun og ægtemanden spiste aftensmad; ellers gav hun al maden til hunden) og f.eks. mærke, når det vand, jeg tilbød hende at drikke, var for koldt (om end hun sagde, at det var for 'stærkt' i stedet for at sige, at det var for 'koldt'); dvs. at selve de motoriske eller sensoriske funktioner fungerede, men hun kunne ikke finde ud af at bruge disse hensigtsmæssigt. Med hensyn til det aspekt af svækkelse af de eksekutive funktioner, som Bruhn karakteriserer som *eksekutiv dysfunktion*, bestående af 'impulsiv og uhæmmet adfærd' (se side 20), gav dette i hendes tilfælde sig udslag i, at hun ofte befandt sig i en tilstand af forvirring, uro og hvor hun var let at distrahere. I denne tilstand kunne hun være verbalt aggressiv overfor ægtemanden.

Jeg mødte Gerda under 'observationspraktikken' i marts i *Forsamlingshuset* på Smedegården; en stue i aktivitetscenteret, indrettet med signifikante genstande, såsom fotografier, malerier og møbler fra 'gamle Danmark', hvor brugere med demens mødes en gang ugentligt til fællessang, kaffe, stolegymnastik m.m.. Ved denne lejlighed sad jeg ved siden af hende, og på et tidspunkt sagde hun, efter at vi havde sunget en velkendt dansk sang: ” *De er der ét sted inde i hovedet,-- altså sangene!*”. Denne bemærkning bed jeg mærke i og huskede, da jeg skulle vælge klienter ved begyndelsen af selve praktikforløbet i midten af august. Jeg valgte altså Gerda som klient, fordi jeg tænkte, at det kunne være spændende og endda gavnligt for hende at arbejde med at 'fremdrage disse sange af hukommelsen', for måske kunne dét at komme i kontakt med 'glemte' sange stimulere hendes hukommelse og dermed medvirke til at forbedre livskvaliteten for både hende selv og for ægtemanden.

Hendes musikalske baggrund var præget af, at hun tidligere har været en ivrig og (i følge ægtemanden) særdeles dygtig amatørdanser; hendes musikalske repertoire spændte derfor især over 'dansemusik' dvs. slagere fra 40'erne og 50'erne (*swing, rock and roll* m.m.) samt latinamerikansk musik såsom *rumba* og *chachacha*.

### **3.3. Begrundelse for at bruge klassisk musik**

Udover at bruge slagere fra 40'erne og 50'erne, spillede jeg klassisk musik for hende med følgende begrundelse: Ud fra klientens umiddelbare musikalske respons på ovennævnte repertoire, som hun altså sang og trommede med til, var det var mit indtryk, at hun var meget musikalsk; dette indikerede hendes respons på musikken for mig, idet hun var i stand til at 'opfatte og tilegne sig musik' (se side 15), idet hun gik ind i musikken og sang eller trommede med på den, hun var i stand til at 'opleve musikalske bevægelser eller forløb' (se side 16), idet hun var helt med på det, der foregik i musikken. Dette inspirerede mig til at prøve at spille klassisk musik for hende, fordi jeg i kraft af min uddannelse som klassisk sanger har et vist kendskab til denne musikgenre, og fordi jeg syntes, det kunne være spændende at se, om denne musik måske kunne vække og aktivere hendes musikalitet yderligere. Derfor spillede jeg i 11. session en sats fra en klaverkoncert af Mozart for hende, og hendes respons indikerede for mig, at hun var meget optaget af musikken. Da jeg efter sessionen fortalte hendes mand om dette, var han yderst forbavset og fortalte mig, at hun aldrig

tidligere havde brudt sig om klassisk musik. Dette ansporede mig yderligere til at bruge klassisk musik i arbejdet med hende, fordi det var tydeligt for mig, at hun i denne musikgenre, som således måtte siges at være ny eller i hvert fald ikke en genre, hun var fortrolig med, fik nogle gode musikoplevelser. Udover at spille 'alment kendte' klassiske musikstykker for hende (bl.a. førstesatsen af *Eine kleine Nachtmusik*, *Kejservalsen* af Strauss, *De fire årstider* af Vivaldi osv.); dvs. musikstykker, som er velkendt af mange mennesker, som ellers ikke lytter til klassisk musik, og som Gerda måske også har hørt uden at være klar over det, var jeg meget opmærksom på også at spille 'mindre alment kendte' stykker for hende (bl.a. de tre andre satser i *Eine kleine Nachtmusik*, *Brandenburg koncerter* af Bach og *Pie Jesu* af Fauré). Jeg er således temmelig sikker på, at det var første gang Gerda hørte andensatsen *Eine kleine Nachtmusik*, og derfor har jeg valgt at analysere hendes respons på dette 'mindre alment' kendte musikstykke i næste kapitel.

### **3.4. Musikterapeutisk metode**

I det følgende vil jeg reflektere over den musikterapeutiske metode, som jeg brugte i arbejdet med Gerda, ud fra oversigten over de forskellige musikaktiviteter og deres overordnede mål i det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens, som jeg gennemgik i kapitel 1 og i forhold til nogle af de teorier vedr. musikterapeutiske interventionsformer i arbejdet med demensramte, som jeg gennemgik i kapitel 2.

I første session forsøgte jeg at synge velkendte danske sange med Gerda med henblik på at 'fremdrage sangene, der lå derinde i hovedet et sted'. Det var meget tydeligt for mig, at hun ikke kunne huske teksterne og at hun forsøgte at skjule dette ved bl.a. at gentage eller aflæse det jeg gjorde, og at hun blev anspændt af at forsøge at skjule sine problemer. Selv om vi prøvede at synge melodierne på *la-la-la*; dvs. uden tekst, var det mit indtryk, at dét at synge alene med mig blev til et pres for hende. Derfor prøvede jeg at spille cd-musik for hende, og måske fordi hun ikke følte sig så blottet, som dét at synge med mig tilsyneladende havde fået hende til at føle, bevirkede dét at lytte til cd-musik, at hendes musikalitet fik mulighed for at strømme; hun lod sig 'føre med af musikken' og udfoldede sig spontant musikalsk ved at klappe med på rytmen og tralle med på melodierne. I Gerdas tilfælde var det altså ikke dét at synge sammen, der bevirkede, at der opstod et 'samvær uden krav om ord' (se side 38) mellem os,

men dét at vi lyttede til cd-musik sammen. Indtil den 11. session, hvor jeg som allerede nævnt, introducerede hende for klassisk musik, bestod cd-musikken udelukkende af populærmusik fra 40'erne og 50'erne samt danske folkesange, bl.a. *Det var en lørdag aften*. Herefter bestod den benyttede cd-musik af både klassisk musik (Mozart, Bach, Fauré, Händel, Strauss m.fl.) og af populærmusik og folkesange.

Overordnet brugte jeg Cd-musikken således:

- Lytning til populærmusik fra 40'eren og 50'erne på cd, hvortil vi sang og trommede, hvor vi kommunikerede 'musikalsk uden ord'. Disse gennemspilninger dannede derefter ofte udgangspunkt for en musikalsk reminiscensproces, hvori hun genkaldte sig andre sange (dette kommer jeg nærmere ind på i *terapeutisk forholdemåde*)
- Lytning til klassisk musik, gennem hvilken Gerda blev 'centreret' og kom i kontakt med dybereliggende /'glemte' følelser eller brugte et tema fra musikken som udgangspunkt til at genkalde sig en 'glemt' sang (dette vil jeg komme nærmere ind på i analysen i næste kapitel).

I oversigten, som jeg gennemgik i kapitel 1, er de forskellige musikaktiviteter og de overordnede målsætninger sat op adskilt (se side 30), dvs. at f.eks. 'musiklytning' udelukkende har det formål at 'regulere adfærd'. I min måde at bruge musiklytning var der imidlertid flere overordnede mål på én gang:

- regulering af klientens adfærd, dvs. regulere hendes tilstand af forvirring og uro og centrere hende
- kontakt med dybereliggende følelser og/eller genkalden sig glemte sange
- kommunikativt samvær

Der er altså tale om overlapning af flere af oversigtens overordnede målsætninger, og derfor mener jeg, at min måde at bruge musiklytning på falder helt udenfor oversigten. Jeg ser aspekter af *receptiv musikerapi* ("musik anvendt til klinisk formål" (Bonde et al. s. 294)) samt 'aktiv musiklytning' i min metode: Cd-musikken blev brugt til at synge eller spille med på, visse fraser blev brugt som 'interaktionstemaer' (f.eks. var der en bestemt vending i Hank Williams *Hey Good Looking*, som vi altid sang med på, og som Gerda afsluttede ved at slå på trommen på

en bestemt måde) og som udgangspunkt til at genkalde sig andre sange. Derfor vil jeg kalde min måde at bruge musiklytning for *Terapeutisk musiklytning* og indsætte dette i en særskilt boks med disse overordnede mål:

Musikaktivitet	Overordnede mål
<i>Terapeutisk musiklytning</i>	<i>Centrering</i> <i>Intrapersonel kontakt</i> <i>Interpersonel kontakt</i>

### 3.5. Terapeutisk forholdemåde

Min overordnede målsætning i det terapeutiske arbejde med Gerda var at opsætte rammerne, dvs. den kliniske setting i forhold til at hjælpe hende til, i en tilstand af centrering, at bruge musikken til at kommunikere på det *intersubjektive* plan, dvs. med terapeuten, og på det *intrasubjektive* plan, dvs. komme i kontakt med dybereliggende følelser. Derudover brugte jeg musikken til at facilitere det musikalske reminiscensarbejde i forhold til at genkalde sig de sange, som hun under vores første møde under observationspraktikken havde givet udtryk for ”*var dér, et eller andet sted inde i hovedet*” (se side 43). Ved at forholde mig til hendes musikalske ressourcer frem for at fokusere på hendes svækkede kognitive færdigheder var min overordnede terapeutiske forholdemåde således ’ressourceorienteret’, og jeg anvendte følgende forholdemåder i det terapeutiske arbejde: *Validering*, ’*holding*’ og *facilitering*. Dette vil jeg i det følgende uddybe.

I arbejdet med Gerda benyttede jeg mig som sagt af de tre interventionsformer, som jeg gennemgik i kapitel 1 (se side 27), *validering*, ’*holding*’ og *facilitering* på følgende måde: Når jeg i terapeutrollen forholdte mig validerende, brugte jeg musikken til at ’anerkende det virkelige ved hendes emotioner og til at respondere på det følelsesmæssige plan’, når jeg anvendte *holding* brugte jeg musikken til at ’tilbyde et psykologisk trygt rum’, og når jeg gjorde det muligt for hende at genkalde sig ’glemte’ sange, *faciliterede* jeg hende.

Som en central del af musikterapien brugte jeg musikken til at validere hendes behov for at være social og indgå i en *intersubjektiv* kontakt ved at støtte hende i at synge eller spille med til cd-musikken sammen med mig og på denne måde bruge sin

musikalitet som en emotionel udtryksmåde. Derudover brugte jeg musikken i et terapeutisk nærvær til at validere hendes behov for at komme i kontakt med 'glemte' følelser, dvs. følelser på et dybere plan og derved indgå i en *intrasubjektiv* kontakt. Dette skete ved at jeg, i rollen som terapeut under musiklytningen, var meget bevidst om selv at være centreret med henblik på at støtte hende til at blive centreret. Med henblik på at validere hendes behov for tryghed og nærvær samt hendes behov for at vise moderlig omsorg, benyttede jeg mig af en bamse som en slags 'overgangsobjekt' på samme måde, som børn i følge Donald Winnicott bruger f.eks. en bamse som et overgangsobjekt til at forbinde overgangen mellem deres indre verden og den ydre (Levander 2003, s. 162). Når hun sad lyttede til musikken med en bamse i favnen, samtidig med at hun talte eller sang til den, kom bamsen således til at fungere som et overgangsobjekt til at forbinde overgangen mellem hendes indre verden og den ydre.

Med henblik på, i et terapeutisk nærvær, skabe et psykologisk trygt rum for hende, når hun var forvirret eller urolig, brugte jeg cd-musik af 'ikke stimulerende' karakter for at samle og fokusere hende; dvs. at jeg på denne måde brugte jeg interaktionsformen '*holding*'.

Endelig *faciliterede* jeg hende i reminiscensprocessen mhp. at genkalde sig 'glemte' sange, dvs. gjorde det muligt for hende at 'gøre dét hun ellers ikke ville kunne gøre ved at afstedkomme de dele af handlingen –og *kun* dem - som manglede'(se side 34): I de situationer, hvor jeg kunne mærke, at der var 'en sang på vej op til overfladen', dvs. at hun var i færd med at fremdrage en sang af hukommelsen, koncentrerede jeg mig om at være tilstede i noget, som jeg vil kalde 'opmærksom tilbageholdenhed'. I denne tilstand forsøgte jeg at fylde så tilpas meget, at jeg støttede og opmuntrede hendes udspil uden at styre dem. Når hun 'ledte' efter en sang ved at synge fraser, der kredsede om melodien, var jeg meget opmærksom på at genkende, hvad det var for en sang, hun forsøgte at genkalde sig og derefter hjælpe hende til at få 'tunet' sig ind på den f.eks. ved at gentage disse fraser og markere grundslaget. Man kunne også kalde dette for 'empatisk lytning'. Dette udspillede sig ofte umiddelbart efter, vi sammen havde lyttet til musik på cd: Når jeg slukkede for cd-afspilleren brugte hun ofte dét, vi lige havde hørt, som et udgangspunkt til at genkalde sig sange ved f.eks. at bruge en bestemt frase eller et bestemt interval som udgangspunkt for en anden sang. Dette vil jeg komme ind på og uddybe i næste kapitel.

### 3.6. Opsamling

I det foregående har jeg præsenteret og analyseret casen i forhold til de teorier om demens, som jeg gennemgik i kapitel 1, og jeg har reflekteret over min musikterapeutiske metode i arbejdet med klienten i forhold til de teorier og den oversigt, jeg gennemgik i kapitel 2. Derudover har jeg redegjort for min terapeutiske forholdemåde i arbejdet med klienten ud de interventionsformer, jeg gennemgik i kapitel 1.

I næste kapitel vil jeg med udgangspunkt i en strukturanalyse af andensatsen af Mozarts serenade *Eine kleine Nachtmusik* foretage en mikroanalyse af klientens respons på musikken. Dernæst vil jeg give en kort formoversigt over Kåre Norges (*Bindu*) version af *Det var en lørdag aften* for at sammenligne klientens respons på disse to musikstykker med henblik på at undersøge, hvor stor betydning det velkendte aspekt ved musikken har for denne person med demens.



## 4. Analyse

### 4.1. Indledning til afsnittet

I dette kapitel vil jeg med udgangspunkt i en strukturanalyse af andensatsen af Mozarts serenade *Eine kleine Nachtmusik* foretage en mikroanalyse af klientens respons på musikken. Dernæst vil jeg give en kort formoversigt over Kåre Norges (*Bindu*) version af *Det var en lørdag aften* med henblik på at sammenligne klientens respons på disse to musikstykker.

Den overordnede metode til at analysere klientens respons på andensatsen af *Eine kleine Nachtmusik* og *Det var en lørdag aften* vil være:

1. en overordnet strukturel analyse af musikkens elementer vha. en reduceret version af Denice Grockes *Structural Model of Music Analysis (SMMA)* (Grocke 2007) .
2. en formoversigt over satsens formled
3. en dyberegående musikalsk analyse af satsen og de musikalske elementer
4. mikroanalyse (af videoklip) af klientens respons på de musikalske elementer og af min måde at være tilstede på som terapeut vha. af en tilpasset version af Metoden *Microanalysis on Selected Videoclips with Focus on Communicative Response in Music Therapy* (Ridder 2007).

Det vil altså sige, at jeg bevæger mig fra en overordnet strukturanalyse af musikken til en detaljeret musikalsk analyse, og at denne kommer til at danne udgangspunkt for en mikroanalyse af klientens respons samt af min måde at være tilstede på som terapeut.

Inden jeg analyserer mine data, vil jeg først begrunde, hvorfor jeg har valgt at undersøge klientens respons på andensatsen af Mozarts *Eine kleine Nachtmusik*: Jeg spillede satsen for hende i to sessioner, dvs. hun hørte den i alt to gange. Det er videooptagelser af disse to gennemspilninger, jeg har valgt at analysere, fordi hun i anden gennemspilning brugte visse elementer i musikken som udgangspunkt til at genkalde sig en 'glemmt' sang; jeg synes, det er interessant, at selv om musikken var ny og dermed ikke velkendt for hende, således som jeg redegjorde for i empiriafsnittet (se side 36), fangede den hendes opmærksomhed og hensatte hende i en sådan grad af centrering, at den stimulerede hendes musikalske hukommelse.

## 4.2. Overordnet strukturel analyse af *Eine kleine Nachtmusik*:

### *Romanza.*

I det følgende vil jeg ud fra en tilpasset version af Denise Grockes *Structural Model of Music* (SMMA) og lave en overordnet strukturanalyse af satsen. Modellen er oprindeligt udviklet til at sammenligne strukturelle egenskaber ved fire forskellige komponerede musikstykker vha. strukturanalyse af de enkelte musikstykkers musikalske elementer og affektive komponenter (Grocke 2007, s.147 -150 og Bonde 2005, s. 510). I denne sammenhæng vil jeg ikke bruge modellen til at sammenligne flere musikstykker, men derimod til at foretage en overordnet strukturanalyse af omtalte sats af Mozart, og jeg har kun medtaget de punkter fra modellen, som jeg finder relevante for denne strukturanalyse. Disse vil efterfølgende danne udgangspunkt for en dyberegående musikalsk analyse.

#### 1. *Stil og form*

- 1.1. Stilperiode: Wienerklassisk
- 1.2. Musikalsk form: *Rondoform* [satsform, hvor det regelmæssigt tilbagevendende formled, kaldet et *ritornel* alternerer mellem kontrasterende *episoder* (Brincker 1974, s. 61)].

#### 2. *Sammensætning af instrumenter*

- 2.1. Kvintet: 2 violiner, cello og kontrabas
- 2.2. Flerstemmig

#### 3. *Takt/ tælletid*

- 3.1. Taktart: 4/4 (*alla breve*)

#### 4. *Fremtrædende rytmiske træk*

- 4.1. Stabil grundrytme
- 4.2. De fremtrædende rytmiske motiver gennemgås i efterfølgende musikalske analyse.

## 5. Tempo

- 5.1. Andante
- 5.2. Stabilt tempo: Ingen accelerandi; ritardando ved overgang til ritornel.

## 6. Fremtrædende tonale træk

- 6.1. Diatonisk (dur/mol)
- 6.2. Alternering mellem dur og mol (ritornel og episode 2).
- 6.3. Sparsom brug af kromatik (Ved overgang fra anden episode til ritornel)
- 6.4. Enkle modulationer i episoderne; disse gennemgås i efterfølgende musikalske analyse.

## 7. Melodi

- 7.1. Det melodiske materiale i Ritornellen spiller en gennemgående rolle i satsen; dette gennemgås i efterfølgende musikalske analyse.

## 8. Udsmykning, forsiringer og udførelse

- 8.1. Satsen indeholder udsmykning og forsiringer, som er typiske for den wienerklassiske stil, og den udføres i overensstemmelse med den musikalske tradition.

## 9. Harmoni

- 9.1. Konsonant musik med enkelte dissonanser (dominant-forudhold), der opløses.
- 9.2. Perfekte, dvs. afsluttede, kadencer.

(...)

## 11. Styrke

- 11.1. Overvejende stille med enkelte beherskede *crescendi* i episoderne.

(...)

## 13. Karakter

Lyrisk ritornel og kontrasterende episoder med energiske rytmer og mere bevægelige harmoniske mønstre (Model: SMMA, Grocke (2007) s. 150-152).

### **4.3. Formoversigt over *Eine kleine Nachtmusik: Romanza***

I det følgende vil jeg give en overordnet oversigt over satsen; dvs. at jeg ud fra en taktmæssig opdeling af satsen vil inddele den i de forskellige formled.

<b><i>Formled</i></b>	<b><i>Takt</i></b>
<b>Ritornel</b>	<b>1-16</b>
<i>Tema A1 (gentages)</i>	<i>1-8</i>
<i>Tema A1' (gentages)</i>	<i>9-16</i>
<b>Episode 1</b>	<b>17-30</b>
<i>Tema B (gentages)</i>	<i>17-20</i>
<i>Udvidelse af tema B med overgang til ritornel</i>	<i>21-30</i>
<b>Ritornel (kun tema A1 uden gentagelse)</b>	<b>31-38</b>
<b>Episode 2</b>	<b>39-50</b>
<i>Motiv C (gentages)</i>	<i>39-42</i>
<i>Udvidelse af motiv C med overgang til ritornel</i>	<i>43-50</i>
<b>Ritornel</b>	<b>51-66</b>
<i>Tema A1 uden gentagelse</i>	<i>51-58</i>
<i>Tema A1' uden gentagelse</i>	<i>59-66</i>
<b>Coda (afslutning)</b>	<b>67-73</b>

I det følgende vil jeg, ud fra den overordnede strukturanalyse og ovenstående oversigt, gå mere i dybden og analysere hvert enkelt formled i musikken (forkortelsen 't.' står for takt).

### **4.4. Musikalsk analyse af *Eine kleine Nachtmusik: Romanza***

I Grockes strukturelle analysemodel er der lagt op til, at man analyserer hvert musikalsk element for sig: Rytme, melodi, harmoni osv. I forhold til den musikalske analyse af satsen finder jeg ikke dette hensigtsmæssigt, idet jeg oplever, at de musikalske elementer supplerer hinanden; f.eks. spiller rytmen i ritornellens melodi en afgørende rolle for selve melodiens karakter og profil. Ganske vist er visse elementer mere fremtrædende end andre i de forskellige formled. Alligevel mener jeg

ikke, at det giver mening at forholde sig til dem som adskilte størrelser, men derimod analysere, hvorledes de indbyrdes danner den musikalske helhed.

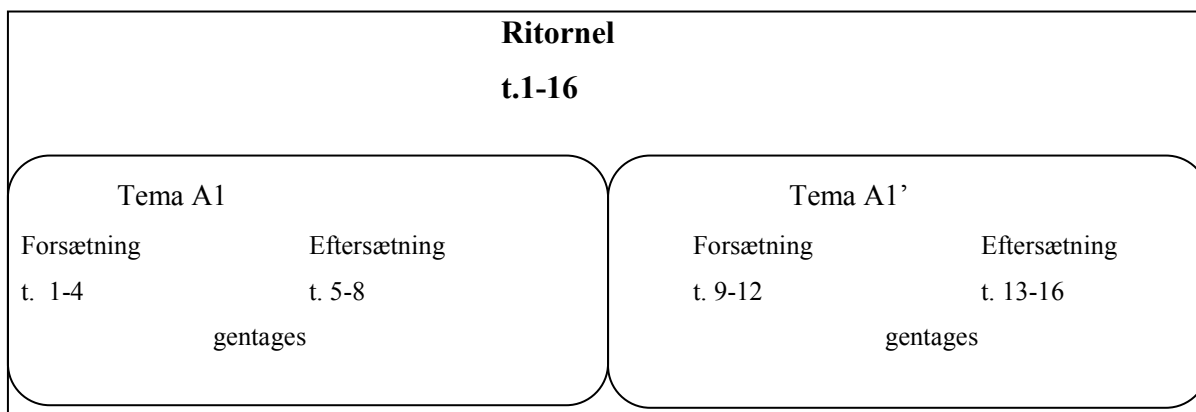
Som det fremgik af den overordnede strukturanalyse og af formoversigten, er satsen en *rondoform* og består et tilbagevendende *ritornel* og to kontrasterende *episoder*.

Først vil jeg gennemgå hver enkelt formled for sig og bagefter se på, hvordan disse tilsammen danner satsens musikalske helhed.

### **Ritornel**

Ritornellen falder i to dele à 8 takter, hvor det melodiske stof, tema A, er det mest fremtrædende musikalske element. Første 8 takter indeholder tema A1, som igen falder i to dele: *Forsætning* (t. 1-8), hvor det melodiske stof har en udadrettet karakter, idet frasen slutter 'åbent' på en *halvslutning*, dvs. på dominanten, hvorefter den melodiske idé 'følges til dørs' og frasen slutter på en *helslutning*, dvs. på *tonika*, i *eftersætningen* (t.9-16), og det hele gentages. Derefter følger tema A1' (A mærke), der ligeledes falder i to dele à 8 takter, hvor der i t. 9-12 præsenteres nyt tematisk materiale, der ligeledes kan betegnes som forsætning, idet det melodiske stof har en udadrettet karakter, som fungerer som en overledning til eftersætningen, der afslutter ritornellen efter en gentagelse.

Skematisk ser det således ud: *Skematisk oversigt over Ritornel*



Melodien, tema A1, står i C-dur; der indledes i forsætningen med to toners optakt til en lyrisk, legato og sangbar melodi med nedadgående linie, hvor synkopefiguren (t. 2-3) bevirker, at melodien får en dansende og nærmest svævende karakter. Da den sætter ind igen i eftersætningen (t. 5) understøttes den i cello (som indtil nu har været tavs) med et motiv på akkordtonerne, og dette medvirker til at understrege frasens afrundende karakter. I tema A' skyldes melodiens mere udadrettede karakter dels en

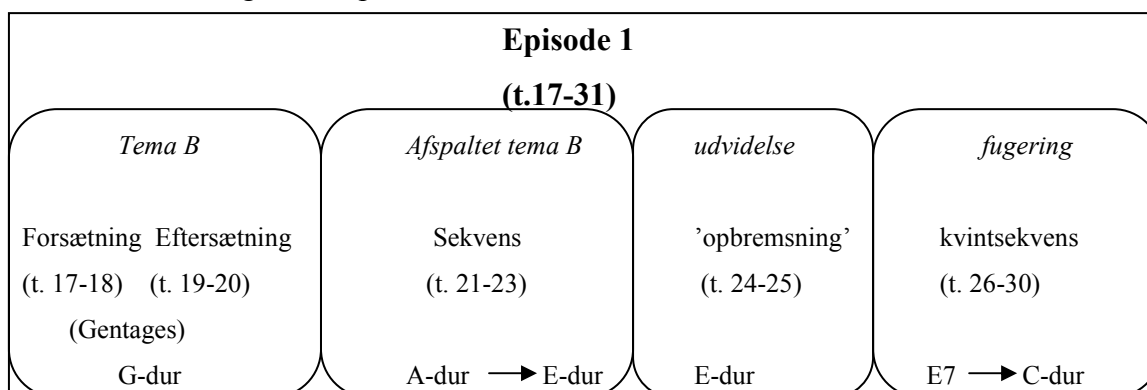
stigende melodilinie, og dels at den tonalt bevæger sig indenfor en G7 akkord, altså dominanten, hvorefter der ledes tilbage til ritornellen i C-dur. Ligeledes her understreger celloen den afrundende karakter ved at oktavfordoble akkordtonerne. Satsens metrum 4/4, *alla breve*; dvs. at halvnoden er tælle tid, og takten tælles i to slag i stedet for fire, medvirker til at ritornellen overordnet får en svævende, drømmerisk karakter.

### **Episode 1**

De mest fremtrædende musikalske elementer i episode 1 er rytmen og harmonierne: Et rytmisk prægnant motiv B (t.17-20) falder i forsætning (t. 17-18) og eftersætning (t. 19-20). Dette *afspaltes* (dvs. kun en mindre del af tema B spilles) og *sekvenses* (dvs. gentages i indbyrdes forbundne tonearter). Sekvensen bremses vha. et *omvendingsmotiv* (dvs. hvor den melodiske linie hidtil har været nedadgående, indføres nu et lille motiv, der går nedefra og op), og derpå følger en udvidelse af det afspaltede tema. Derefter tages omvendingsstemaet op igen, men nu 'vendt på hovedet', dvs. oppe fra og ned (tema B2), og dette *fugeres* (dvs. spilles i forskudt i de forskellige stemmer), hvorefter det gradvist 'arbejder sig hen' til at fungere som overledningsmotiv til ritornellen.

Tonalt ser episoden således ud: Tema B sættes ind dominanttonearten, G-dur, hvorefter der følger en trinvis nedadgående sekvens: A-dur/G-dur/F-dur/E-dur. Fra E-dur vendes der tilbage til C-dur ved hjælp af en *kvintsekvens* [grundtone i en given akkord efterfølges af en ny akkord en kvint dybere; derefter findes næste akkord ved at gå en kvart op. Sekvensen fremkommer således ved skiftevis at gå en kvint ned og en kvart op (Kampp og Fanøe (1994), s.52)]. Sekvensen ser således ud: E-dur/A7/D7 /G7, hvorefter ritornellen sætter ind i C-dur.

Skematisk oversigt over Episode 1:



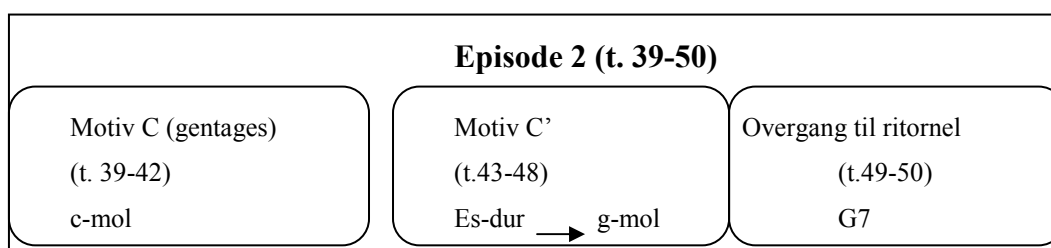
## Ritornel

På 2-slaget (i *alla breve*-tælletiden) i takt 30 sætter ritornellen ind; som det fremgår af oversigten over hele satsen, spilles her kun halvdelen af ritornellen igennem, dvs. tema A1 uden gentagelse.

## Episode 2

De mest fremtrædende musikalske elementer i episode 2 er ligesom episode 1 harmonierne og rytmen. Under et skifte til tonika-varianttonearten c-mol indføres af 1. violinen et nyt kort motiv (motiv C), karakteriseret ved en *dobbeltlagsfigur* (dvs. at tonen 'omkranses' af hurtigt spil af de omkringliggende toner ved et såkaldt *forslag*, således at der spilles fire toner på et slag) henover en vedvarende strøm af ottendedele, som spilles af 2.violinen cello. Under stadig voksende intensitet spilles motivet som en dialog mellem 1.violin og bas, indtil det føres til en afrunding i Es-dur (t. 39-42). Motivet (her kaldet C') sætter på ny ind, nu i Es-dur, som er tonikaparallel til c-mol, dvs. at der bibeholdes de samme fortegn og dermed 'c-mol-fornemmelsen'. Ligesom før føres dette i en tiltagende intensiv dialog mellem 1. violin og bas i en trinvis stigende harmonisk sekvens fra Es-dur over f-mol til g-mol (t. 43-48), hvorefter g-mol-akkorden (i t. 49) omtydes til en G7 akkord, dvs. dominant til C-dur, og ritornellen vender tilbage.

Skematisk ser dette således ud: *Skematisk oversigt over episode 2*



## Ritornel

Ritornellen sætter ind med en gennemspilning af tema A og tema A' uden gentagelse.

## Coda

I t. 67-73 indføres der en lille coda, bestående af akkordgangen C7 til F-dur som omtydes til D7, *vekseldominant*, dvs. dominant til G-dur, som ligger som en kvartsekstakkord. I denne 'åbne' akkord indføres et afslutningsmotiv med en

forsætning og en eftersætning: Den første takt af tema A1 spilles med en halvslutning (opadgående melodilinie med høj slut-tone) og i den efterfølgende takt gentages motivet og føres derefter til en helslutning (nedadgående melodilinie med dyb sluttone, samtidig med, at bassen går ned på det dybe C i en treklangsbrydning).

### ***Satsen som helhed***

Satsen er altså bygget op som en regelmæssig vekslen mellem et melodisk og sangbart ritornel, der forbliver i hovedtonearten C-dur og rytmisk prægnante episoder, hvori der forekommer enkle harmoniske udsving. Denne vekslen bevirker, at ritornel og episoder kommer til at stå i kontrast til hinanden, hvorved der opnås en vis bevægelighed og dynamik i satsens karakter.

## **4. 5. Mikroanalyse af klientens respons på de musikalske elementer**

Med den musikalske analyse som udgangspunkt vil jeg nu foretage en mikroanalyse af to videoklip med klientens respons på de musikalske elementer ved hjælp af Hanne Mettes Ridders *Microanalysis on Selected Video Clips with Focus on Communicative Response*. Ridder opstiller følgende fire trin i sin model:

- 1: *Optagelse af musikterapisessionen*
- 2: *Diagram over sessionen*
- 3: *Udvælgelse af videoklip*
- 4: *Mikroanalyse af videoklippet* (Ridder 2007, s. 55).

Da jeg allerede under praktikken har optaget sessionerne på video og allerede har udvalgt videoklippene, og da jeg ikke finder det relevant for min analyse at lave en grafisk kurve over sessionen, vil jeg tage udgangspunkt i trin 4: *Mikroanalyse af videoklippet*. På dette trin opstilles 3 kolonner, A, B og C; i A nedfældes, hvad der observeres, i B. redegøres der for personlige iagttagelser og tolkninger og i C reflekteres der over den musikalske respons.

Jeg har således ladet mig inspirere af Ridders model til at gøre følgende: Jeg opstiller tre kolonner med henblik på at synliggøre sammenhængen mellem musikkens elementer, klientens respons samt terapeutens interventioner:

- A: *Musikken opdelt i formled og takter*
- B: *Klientens respons på musikken*
- C: *Terapeuts interventioner*



(For yderligere at tydeliggøre sammenhængen mellem dét, der sker i musikken og klientens respons, er mine tolkninger af klientens respons på musikken skrevet i parentes med blå)

(Se gennemspilningen på vedlagte DVD).

**Første gennemspilning af satsen (24. session)**

<b>A: Musikken opdelt i formler og takter (t.)</b>	<b>B: Klientens respons på musikken</b>	<b>C: Terapeuts interventioner (kun hænder er synlige)</b>
<p><b>Ritornel</b>  <b>Tema A1:</b>  t. 1-4 (forsætning)</p> <p>t. 5-8 (eftersætning)</p> <p>(gentagelse af t. 1-8):  (forsætning)</p>	<p>G. læner sig frem i stolen.  (musikken begynder).  Sidder foroverbøjet med et halvfuldt vandglas i hånden.  Lytter til de første to takter af temaet. (Lytter opmærksomt: immobil krop og blikket fæstnet på et fast punkt på væggen).  Fra t. 3 bevæges hovedet og hånden med glasset op og ned i takt til <i>alla breve</i> slaget i musikken (dvs. der tælles i to slag).  Læner sig tilbage i stolen (musikken får hende til at slappe af) og begynder at synge med på temaet; i afslutningen af temaet markeres kernetonerne (dvs. tonerne på taktslaget, som tillige er akkordtonerne), og der afrundes med et nik og et lille smil (hun er helt 'inde i musikken' og er allerede fortrolig med såvel rytme og melodi).  Sidder stadig tilbagelænet og synger med på temaet, samtidig med, at glasset bevæges op og ned i underdeling i ottendedele i de første takter, derefter i</p>	<p>(starter båndoptageren).</p> <p>Synger også med på temaet for at støtte klienten.</p>

<p>(eftersætning)</p>	<p>grundslaget (hendes kropssprog indikerer, at hun lever sig helt ind i musikken).</p> <p>Ved afslutningen af eftersætningen vugges hele kroppen i takt til grundslaget, og frasen slutes af ved at der synges med (på stavelsen <i>laj</i>. <i>laj, laj</i>) en anelse foran (dvs. hurtigere end) orkesteret.</p> <p>Udbryder derefter ”<i>Ja åh ja!</i>” (Giver udtryk for tilfredshed og glæde ved at forstå, hvad der foregår)</p>	<p>Spejler klientens sang ved at klappe med på rytmen i temaet samtidig med at der diskret synges med på temaet..</p>
<p><b>t. 9-16 (tema A1’):</b> t. 9-12 (forsætning)</p>	<p>Drikker en tår vand.</p> <p>Vipper grundslaget med hovedet og begynder ved slutningen af forsætningen at klappe rytmen på låret med den ene hånd, først grundslaget, derefter</p>	<p>Klapper diskret med på grundslaget .</p>
<p>t.13-16 (eftersætning)</p>	<p>underdeling på ottendedele. I sangen underdeles der ligeledes i ottendedele. Der afrundes ved at synge (på <i>laj laj</i> ) med på temaet uden at underdele. Siger derefter <i>ja!</i> (hun er helt inde i musikken og befinder sig i en tilstand af <i>centrering</i>, dvs. i en tilstand af koncentration, indre ro og tilfredshed)</p>	<p>Klapper åbenlyst med på grundrytmen.</p>
<p>Gentagelse af t. 9-16: (forsætning)</p>	<p>Lytter med blikket fæstnet på væggen og med en diskret markering af grundrytmen med glasset. Drikker en tår vand.</p>	
<p>(eftersætning)</p>	<p>Slår grundtaktan med glasset og på låret, synger med tydelig markering kernetonerne i og vugger til musikken. Siger derefter ”<i>Jo!</i>” (er stadig i en centreret tilstand)</p>	



<p>t. 35-38 (eftersætning)</p>	<p>slutningen af forsætningen (overgangen til temaet, hvor tempoet sænkes, har bragt hende en anelse ud af det, men hun 'bliver i musikken,' dvs. hun 'står ikke af').</p> <p>Synger med, (for fuld røst), samtidig med at hun klapper ottendedelene (stadig på sin personlige måde, dvs. skiftevis på hver hånddryg) (hun har ikke glemt temaet under episoden; begynder endda at respondere på det på sin egen kreative måde at klappe på).</p> <p>Synger og klapper med og siger efter afslutningen af eftersætningen: "Ja!" og smiler. (er i en centreret tilstand)</p>	<p>spejle hendes måde at klappe på og for at hjælpe hende tilbage i ritornellens rolige karakter.</p> <p>Bliver ved med at klappe grundrytmen på hendes karakteristiske måde.</p>
<p><b>Episode 2</b>  Motiv C (c-mol)  t. 39- 42    (Gentages)</p>	<p>Klapper med på ottendedelene ligesom før og synger med hviskende stemmeføring med på det lille motiv (står ikke af, selvom det er nyt musikalsk materiale).</p> <p>Vedbliver at klappe, falder lidt ud af takt undervejs, men lytter derefter til musikken med blikket fæstnet på væggen og kommer med igen; denne gang ved at klappe med på rytmen i motivet (selvom hun kommer lidt 'ud af takt,', står hun ikke af, men lytter derimod opmærksomt for at orientere sig i det der sker i musikken, således at hun endda klapper med på rytmen i motivet og ikke</p>	<p>Klapper med på ottendedelene for støtte klienten.</p> <p>Vedbliver at klappe ottendedele.</p>

<p>t. 43-48 (Motiv C moduleres)</p> <p>t. 49-50 (overgang til Ritornel)</p>	<p>bare på ottendedelene).</p> <p>Bliver på et tidspunkt lidt 'fraværende', snøfter og kigger ned på sine fødder, mens hun bliver ved med at klappe ottendedelene. Ser derefter op på terapeuten og smiler, og begynder at 'mumle' med på melodien i overgangen til ritornellen (selvom hun bliver lidt uopmærksom, er hun så meget tilstede, både i musikken og i situationen, at hun ved at møde terapeutens blik kan bringes helt tilbage til musikken).</p>	<p>Smiler tilbage (kan ikke ses på videoklipet).</p>
<p><b>Ritornel</b></p> <p>Tema A1:</p> <p>t. 51-54 (forsætning)</p> <p>t. 55-58 (eftersætning)</p> <p>Tema A':</p> <p>t. 59-62 (forsætning)</p> <p>t. 63-66 (eftersætning)</p>	<p>Finder hurtigt tilbage til den rolige karakter i ritornellen: Synger med på temaet for fuld røst, samtidig med at der klappes med på temaets rytme på sin karakteristiske måde.</p> <p>Temaet rundes af ved at markere kernetonerne i melodien, således at der synges en treklang ned med fuld stemmen. Siger derefter: "Ja!" (hun har stadig ikke glemt temaet, er blevet endnu mere fortrolig med det, således at hun kan synge med på dets kernetoner, dvs. hun synger toner i en nedadgående brudt oktav i C-dur).</p> <p>Holder op med at klappe, men begynder at synge med på temaet i oktav højere, dvs. ude i randene af stemmebåndene,</p>	<p>Klapper med på grundrytmen og spejler hendes måde at klappe.</p> <p>Klapper med på grundrytmen og spejler hendes måde at klappe.</p> <p>Spejler klienten og synger også i det høje leje (er holdt op med at klappe).</p>

	<p>således at der fremkommer en fin og 'slank' stemmelyd.</p> <p>Vugger med i takt til grundslaget mens hun ser på og smiler til terapeuten. Smiler, da temaet er afsluttet og siger "Ja!" (bliver endnu mere kreativ i sin måde at bruge stemmen på; kommer op i de høje registre af den og synger helt rent).</p>	<p>Ser på klienten og smiler tilbage (kan ikke ses på klippet)</p>
<p><b>Coda</b></p> <p>t. 67-68 (bidominantopgang til kvartsektforudhold)</p> <p>t. 69-73</p> <p>Melodisk afrunding med lille variation af tema A1, som består af: En halvslutning, der efterfølges af en helslutning, hvorefter bassen går ned på det dybe C.</p>	<p>Har svært ved at slippe rytmen, og bliver derfor ved med at klappe lidt endnu, men falder efterhånden ind i akkorderne på allabreve-slaget (reagerer på skiftet i rytmen, men 'står ikke af'). Siger højt: "Ja!", da kvartsektakkorden indføres (giver udtryk for, at hun stadig er med, selvom der sker noget nyt i musikken).</p> <p>Synger og klapper med på rytmen i fra tema A1 (reagerer på det velkendte); fanger ikke halvslutningen med det samme: Stopper op, lytter med på afslutningen og bøjer hovedet i et dybt nik på slutakkorden i helslutningen, hvorefter hun udbryder: "Ja! (Hun står ikke af men følger opmærksomt med i det musikalske forløb og giver udtryk for, at hun forstår, hvad der sker).</p>	<p>Klapper i takt til musikken, dvs. følger akkorderne på alla-breve slaget for at støtte klienten.</p> <p>Holder hænderne sammen, da kvartsektakkorden sættes ind, men spejler derefter klienten, da denne klapper rytmen fra tema A1, samt spejler hende, da hun holder op med at klappe i afslutningen af musikstykket..</p>

**Anden gennemspilning (26. session)** (Se gennemspilningen på vedlagte dvd).

<b>A: Musikken opdelt i satsdele og takter (t.)</b>	<b>B: Klientens respons på musikken</b>	<b>C: Terapeuts interventioner</b>
<p><i>Ritornel</i> Tema A1 t. 1-4 (forsætning) t. 5-8 (eftersætning)</p> <p>(gentagelse af t. 1-8): (forsætning) (eftersætning) t. 9-16 (tema A1') t. 9-12 (forsætning) t. 13-16 (eftersætning) Gentagelse af t. 9-16: (forsætning) (eftersætning)</p>	<p>(Sidder med bamsen i favnen) (Musikken begynder)</p> <p>Synger med i det høje toneleje (bruger allerede nu sin stemme kreativt; hun starter dér hvor hun sluttede, dvs. at hun ikke har glemt temaet eller den måde hun sang det på).</p> <p>begynder at vugge bamsen, ser ned på den</p> <p>synger stadig med i højt toneleje—helt rent og fejlfrit. do. do. do. (Hun befinder sig i en tilstand af centrering).</p>	<p>”Skal vi høre noget musik?” (giver klienten bamsen) (Starter båndoptageren)</p> <p>Synger diskret med i højt toneleje</p>
<p><i>Episode 1</i> Tema B t. 17-18 (forsætning) t. 19-20 (eftersætning) gentagelse af t. 17-20 (forsætning) (eftersætning)</p> <p>t. 21-23 (sekvens)</p>	<p>Slår rytmen mod brystet med den ene hånd, ser op fra bamsen synger med i højt leje (har ikke glemt musikken siden sidste gang; er derimod mere kreativ i sin musikalske respons; slår rytmen på en ny måde).</p> <p>do. går en oktavn ned</p>	<p>do.</p>

<p>t. 24-25 (omvendingstema)</p> <p>t. 26-30 (kvintsekvens)</p>	<p>(er nu så fortrolig med musikken, at hun varierer sin måde at bruge stemmen på, dvs. går op og ned i stemmeregistrene), vedbliver at slå rytmen mod brystet og synge med i dybt leje. Synger med på temaet, der sætter ind forskudt i de forskellige stemmer –ser på terapeut. synger helt rent med på modulationerne (er allerede så fortrolig med musikken, at hun kan synge med på et ret avanceret plan; dvs. hun er i stand til at følge med i modulationerne modsat første gennemspilning, hvor hun reagerede med usikkerhed på dette sted i musikken).</p>	<p>gengælder øjenkontakten (kan ikke ses på videoklipet)</p>
<p><b>Ritornel</b></p> <p>Tema A1:</p> <p>t. 31-34 (forsætning)</p> <p>t. 35-38 (eftersætning)</p>	<p>Synger med, vugger bamsen kraftigere; slår takt på brystet og markerer 'kernetoner' i temaets afslutning (er helt fortrolig med musikkens opbygning og form; hendes forstærkede musikalske respons (hun vugger bamsen stærkere og markerer kernetoner helt fejlfrit) viser dette).</p>	<p>Synger diskret med for at støtte.</p>
<p><b>Episode 2</b></p> <p>motiv C (c-mol)</p> <p>t. 39- 42 (Gentages)</p> <p>t. 43-48 (motiv C moduleres)</p> <p>t. 49-50 (overgang til Ritornel)</p>	<p>Kigger ned på bamsen og synger med på en hvislende lyd. Mumler med på motiv på <i>di-da-dej</i> (hendes måde at synge til bamsen viser en tiltagende intimitet: Dæmpet stemmeføring</p>	



	<p>og kigger ned på bamsen og synger til den, som om den er et barn).</p> <p>Klikker med tungen i takt til motivets rytme (finder en ny måde at respondere på musikken på)</p> <p>Rokker bamsen</p>	
<p><b>Ritornel</b></p> <p>Tema A1: t. 51-54 (forsætning) t. 55-58 (eftersætning)</p> <p>Tema A': t. 59-62 (forsætning) t. 63-66 (eftersætning)</p>	<p>Synger med på temaet med fuld stemme og rokker bamsen.</p> <p>ser ned på bamsen og synger med i højt toneleje (er helt fortrolig med musikken og med situationen; er i en tilstand af centrering).</p>	<p>Spejler hende: Synger med i samme volumen.</p> <p>do.</p>
<p><b>Coda</b></p> <p>t. 67-68 (bidominantopgang til kvartsektforudhold) t. 69-73 (melodisk afrunding med tema fra ritornellen)</p>	<p>Synger med på basstemmen i kadencen (f-f#-g).</p> <p>Synger med på den melodiske afrunding i højt toneleje (til forskel for første gennemspilning er hun allerede helt fortrolig med det musikalske forløb i coda hun er endda i stand til at synge med på forløbet på en avanceret måde: Hun går ned og tager basstemmen (altså ikke melodistemmen) og hun synger med på en kromatisk (halvtone) opgang (t. 67-68). Derudover er hun nu helt fortrolig med halv- og slutningen, som hun synger i det høje stemmeregister).</p>	<p>(slukker for båndoptageren)</p>
<p><b>Efterspil 'à capella'; dvs. efter at musikken er slut og</b></p>	<p>Synger forsætningen af tema A1 igennem (i dybt leje) og laver</p>	<p>Synger med for at støtte klienten, men er samtidig</p>

<p><i>båndoptageren er slukket</i></p>	<p>lidt om på eftersætningen, hvorefter det nedadgående kvartspring bruges som springbræt til <i>Rits-Rats</i>, som herefter synges for fuld røst, samtidig med, at bamsen vugges kraftigt (hendes måde at synge med på temaet undervejs i gennemspilningerne (hvor hun markerede 'kernetonerne' i slutningen af eftersætningen), har tilsyneladende stimuleret hendes musikalske hukommelse: Kvartspringet i oktavgbrydningen kommer således til at fungere som begyndelsen til <i>Rits-Rats</i>, som begynder med et kvartspring ned og hvis melodiske linie ligeledes er bygget over en nedadgående oktavgbrydning)</p>	<p>opmærksom på at give plads; fornemmer, at der 'er noget på vej'. Da <i>Rits-Rats</i> er 'genkendt', synges der kraftigt med for at støtte klientens initiativ.</p>
--	--	---

Model: *Microanalysis on Selected Video Clips*, Ridder (2007), s. 60-65.

\*(se notenedskrift af dette bilag 1).

## 4.6. Diskussion

I dette afsnit vil jeg uddybe mikroanalysen af klientens respons på de to gennemspilninger af satsen af Mozart ved at gennemgå:

1. *Klientens respons på musikken*
2. *Hvad det er i musikkens struktur, der medfører denne respons*
3. *Klientens musikalske evner og musikalsk opfattelsesplan.*
4. *Klientens musikalske evner, set i forhold til hvorledes tab af kognitive færdigheder normalt beskrives ved Alzheimers sygdom*

1. *Klientens respons på musikken*

Ud fra mikroanalysen af de to gennemspilninger kan man overordnet sige, at klienten hurtigt bliver fortrolig med musikken og kommer i en tilstand af centrering, hvor der er 'balance mellem hendes mentale og hendes fysiske tilstand' (se begrebsafklaringen s. 14): Hendes opmærksomhed er fokuseret på musikken, og hendes krop afspejler, at hun lever sig ind i den: Hendes blik er roligt, hun vugger med hele kroppen i takt til grundslaget, og hun synger med på melodien i ritornel og på temaerne i episoden samt klapper med på rytmerne i temaerne. Derudover stimulerer musikken hende til at genkalde sig en 'glemt' sang, dvs. hun bruger kvartspringet ned i eftersætningen af melodien i ritornellen som 'springbræt' til *Rits Rats*.

## 2. *Hvad det er ved musikkens struktur, der medfører denne respons*

Som det fremgår af formoversigten og den musikalske analyse side 52, består satsen af regelmæssig vekslen mellem et melodisk og sangbart tilbagevendende *ritornel* (et *refræn*) og rytmisk prægnante *episoder*. Ritornel fungerer som en slags 'musikalsk holdepunkt', fordi det altid vender tilbage i samme toneart efter de harmoniske udsving i episoderne. Denne regelmæssighed bevirker, at klienten hurtigt bliver fortrolig med musikken, idet der på denne måde opbygges musikalske forventninger, som indfries; dvs. musikken bliver forudsigelig og 'til at følge med' i for klienten. Denne regelmæssighed understøttes yderligere ved, at Mozart på intet tidspunkt bryder *metrum*, dvs. grupperingen af takterne i større enheder falder i et lige antal takter, således at de musikalske perioder altid falder i 4, 8 eller 16 takter (se formoversigten s. 52; de ulige tal i taktangivelserne skyldes optakterne; selve formleddene, dvs. de musikalske perioder, består af lige antal takter). Dette giver et stabilt musikalsk grundlag, hvorved der aldrig røkkes ved klientens fornemmelse af at 'have fast grund under fødderne', og bevirker, at klientens tilstand af indre ro fremmes. I episoderne forekommer der enkle harmoniske udsving, dvs. de bevæger sig bl.a. i kvintsekvenser (se side 54). Denne form for modulation, hvor en grundtone i en given akkord efterfølges af en ny grundtone en kvint dybere, "virker af forskellige lydfysiske og musikpsykologiske årsager naturlig" (Kampp og Fanøe 1994, s. 52). Derfor virker episoderne ikke kaotiske og forvirrende på klienten, men tværtimod stimulerer hende til at gå ind i musikken og koncentrere sig om den. Jeg kan således konkludere, at satsens regelmæssige opbygning samt dét, at der er en vis bevægelighed og dynamik i satsen, bevirker, at hendes musikalitet vækkes og

aktiveres, og at hun ved at lytte og koncentrere sig om musikken kommer i en tilstand af centrering.

### 3. Klientens musikalske evner og musikalsk opfattelsesplan

Dette leder mig ind på en refleksion over klientens musikalitet, idet jeg, som allerede nævnt i begrebsafklaringen side 7, oplever, at det er hendes musikalitet, der bevirker, at hun hensættes i denne centrerede tilstand. I beskrivelsen af *klientens respons på musikken* side 59 fremgår det, at hun er fortrolig med musikken og lever sig ind i den med hele kroppen. Hendes musikalske respons er ved anden gennemspilning forholdsvis avanceret, og det er dette, jeg vil gennemgå her: Hun er i anden gennemspilning i stand til at følge med i modulationerne i episoderne og synge fuldstændigt rent med på dem; noget som kræver et vist gehør, og i coda er hun i stand til at høre bassen (dvs. hun er i stand til at differentiere musikken og høre flere lag i den) og synge med på dens kromatiske stemme. Derudover er hun i stand til at bruge sin stemme på en forholdsvis nuanceret måde: Hun skifter ubesværet mellem dybt og højt toneleje, dvs. at hun er i stand til at bruge både *fuld-*(de dybe toner) og *randregistret* (de høje toner) i sin stemme på en yderst spontan og musikalsk måde. I forhold til de fem opfattelsesplaner, som jeg gennemgik på side 39, vil jeg derfor placere hende på det fjerde plan, det *konfigurative* plan og opsummere følgende:

- *melodi* : Hun er i stand til at opfatte og synge med på melodien i ritornel
- *motiver*: Hun er i stand til at opfatte de forskellige motiver og f.eks. markere deres rytme
- *temaer*: Hun er i stand til at opfatte temaer og synge med på dem
- *det tonale* : Hun er i stand til at følge med i de tonale udsving og med ren intonation synge med på dem
- *rytmiske forandringer*: Hun er i stand til at opfatte rytmiske forandringer og endog variere sin måde at markere rytmerne på (dvs. klapper på sin egen karakteristiske måde).

Endelig mener jeg at kunne placere hende på femte plan, dvs. det *komplekse* plan ud fra kriteriet *genkendelse af den tematisk-musiske form* (se side 32), fordi hun er i stand til at genkende den tematisk-musiske form og er helt fortrolig med den.

På baggrund af ovenstående gennemgang kan jeg konkludere, at klienten udviser musikalitet på et avanceret niveau i gennemspilningerne af satsen af Mozart, og i det følgende vil jeg diskutere, om dette har indvirkning på hendes kognitive funktionsniveau under gennemlytningen af dette musikstykke.

#### *4. Klientens musikalske evner, set i forhold til hvorledes tab af kognitive færdigheder normalt beskrives ved Alzheimers sygdom*

Som det fremgik af case-analysen i empiriafsnittet vil man, ud fra klientens generelle kognitive funktionsniveau og ud fra hendes måde at fungere på i det daglige, kunne placere hende på det øverste trin i Bruhns model: *Afficerede kognitive domæner som funktion af demensgraden*, som viser, at jo mere fremadskridende Alzheimers sygdommen er, jo højere trin placeres man på (se side 24). Grunden til dette var, at praktisk taget alle hendes kognitive domæner var svækkede: *hukommelsen, opmærksomheden/koncentrationen, de eksekutive funktioner, den topografiske orienteringsevne, sprogfunktionen og de visio-spaciale færdigheder*; kun de *basale sensoriske og motoriske funktioner* var nogenlunde intakte. Ud fra mikroanalysen er det imidlertid min opdagelse, at når hun lyttede til satsen af Mozart, fremstod hendes kognitive evner mindre svækkede, idet hun var i stand til genkalde sig 'glemte' sange, i stand til at fokusere sin opmærksomhed og koncentrere sig, hun fremstod orienteret i tid og sted og endelig var hun mere verbalt forståelig.

Dette vil jeg reflektere over ved at gennemgå hendes kognitive evner, som de fremstod, mens musikken spillede ud fra de kognitive domæner i Bruhns model (se side 24).

- *Hukommelse*: Dele af den semantiske hukommelse dvs. de *generelle kundskaber* (se side x) aktiveres via musikken, idet hun genkalder sig den 'glemte' sang *Rits Rats*.
- *Opmærksomhed/koncentration*: Hun er i stand til at opretholde fokuseret opmærksomhed på musikken og koncentrere sig om den; derudover er der øjeblikke af delt opmærksomhed, hvor hun både forholder sig til musikken og til terapeuten.
- *Eksekutive funktioner*: Der forekommer høj grad af 'evne til abstraktion' i hendes måde at følge med i musikken på: Hendes musikalske respons viser, at

hun reagerer på de forventninger, der er indbygget i musikken, og at hun kan 'foregribe dens gang', dvs. hendes 'evne til at planlægge' (i musikken) er forbedret i forhold til hendes generelle kognitive funktionsniveau.

- *Topografisk orienteringsevne:* Det var tydeligt, at hun under musikken vidste, hvor hun var og hvad vi foretog os.
- *Sprogfunktion:* Hun er i stand til verbalt at give udtryk for, at hun nød at få en slurk vand og tilkendegiver verbalt, at hun forstår og kan følge med i musikken.
- *Visuo-spaciale færdigheder:* Hun er ikke forvirret under musikken; hun ved f.eks., hvor glasset skal hen, da jeg beder om det, og hun ved, hvor Cd-afspilleren står, og at det er fra den, musikken kommer (hun kigger gentagne gange på den og nikker i takt til musikken).
- *Basale sensoriske og motoriske færdigheder:* Hun er i stand til at drikke af glasset, give det til mig samt holde om bamsen under musikken.

Som det fremgår af gennemgangen er det tydeligt, at hendes kognitive funktioner fremstår mindre svækkede under musiklytningen i forhold til hendes generelle kognitive funktionsniveau: Hun er i stand til at koncentrere sig, er i stand til at følge med i musikken og reagere på dens indbyggede forventninger, er til stede i nuet, er i stand til at formulere sig verbalt forståeligt ligesom hendes hukommelse stimuleres til at genkalde sig en sang. På baggrund af dette argumenterer jeg for at placere hende på det trin i Bruhns model, hvor samtlige kognitive domæner er intakte (dvs. det nederste), selv om det vil være for meget at påstå, at samtlige kognitive evner er intakte, således som modellen viser. Her vil jeg blot bruge den som en forståelsesmodel til at illustrere, hun i situationen agerer på en måde, der kun viser ringe grad af kognitiv svækkelse og høj grad af centrering. En forklaring på dette kunne være, at musikstykket tilsyneladende vækker hendes musikalitet til live, og ved at koncentrere sig om at følge med i musikken, fremstår hun i en tilstand af centrering. Derved opnås der 'balance mellem hendes mentale og hendes fysiske tilstand', dvs. der opstår en forbedring af hendes kognitive funktionsniveau, hvorved hendes forvirring reduceres, samtidig med, at hendes krop afspejler, at hun følger med i musikken.

#### **4.7. Overordnet strukturel analyse, formoversigt samt mikroanalyse af Kåre Norges (Bindu) version af *Det var en lørdag aften***

Med henblik på en sammenligning af klientens respons på et stykke musik, der ikke i forvejen var velkendt af klienten med hendes respons på en version af et stykke musik, som i forvejen var velkendt, vil jeg i det følgende give en overordnet strukturel analyse samt en formoversigt af Norges version af *Det var en lørdag aften* og mikroanalysere videoklip af klientens respons på denne musik.

Først vil jeg redegøre for, hvorfor jeg overhovedet brugte dette musikstykke i terapien: I det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens bruger man ofte 'af personen velkendte og foretrukne sange' (se side 38), og derfor valgte jeg at bruge en Cd-indspilning af *Det var en lørdag aften* i arbejdet med denne klient. Denne sang vidste jeg, at hun kendte; vi havde bl.a. havde sunget den i *Forsamlingshuset* på Smedegården under observationspraktikken og i første session. Jeg tænkte, at jeg ved at bruge en Cd indspilning af denne af hende så velkendte sang, tilmed en instrumentaludgave, ville jeg opnå to fordele: Hun ville ikke føle sig så presset ved at lytte til denne sang, som det var min oplevelse, hun havde gjort, da hun sang alene sammen med mig, og hun behøvede ikke at forholde sig til sangteksten. Derfor valgte jeg at bruge denne indspilning. Hendes respons på musikken var dog ikke som jeg havde forventet: I denne version *parafraseres* der i mellem versene (dvs. der improviseres hen over melodien), og under parafraseringerne var det tydeligt for mig, at hun blev forvirret og ukoncentreret. Jeg forsøgte at spille sangen for hende i tre sessioner, men selv om hun hørte den flere gange, opstod samme respons. Dette undrede mig, og jeg skrev følgende i min dagbog efter tredje gennemspilning: ”Når der parafraseres i *Det var en lørdag aften*, bliver hun forvirret; det er som om, at parafraserne virker forstyrrende og ulogiske på hende ”

Det kunne derfor være interessant at analysere strukturen i Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* og derefter foretage en mikroanalyse Gerdas respons på musikken i et videoklip af tredje gang hun hører den (i 25. session) for, med henblik på at undersøge, hvor stor betydning det velkendte aspekt ved musikken har for denne person med demens, at sammenligne denne med hendes respons på satsen af Mozart.

#### **Overordnet strukturel analyse**

Her vil jeg ud fra Grockes model SMMA (på samme måde som i analysen af satsen af Mozart) give en overordnet strukturel analyse af Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften*:

1. *Stil og form*

1.1. Stilperiode: nutidig

1.2. Musikalsk form: Dansk folkesang med tematiske variationer

2. *Sammensætning af instrumenter:*

2.1. To akustiske guitarer: Sologuitar med akkompagnement af anden guitar.

3. *Takt/tælle tid*

3.1. Taktart: 4/4

4. *Fremtrædende rytmiske træk*

4.1. Stabil grundrytme; variation i metrum (gennemgås efterfølgende)

5. *Tempo*

5.1. Andante

5.2. Stabilt tempo

6. *Fremtrædende tonale træk*

6.1. Diatonisk

6.2. Forbliver i dur

7. *Melodi*

7.1. Dansk folkesang (*Det var en lørdag aften*), hvor der ind i mellem versene parafraseres henover melodien (se nedskrift af parafraserne bilag 2).

8. *Udsmykninger, forsiringer og udførelse*

8.1. Melodi spilles enkelt, dvs. uden forsiringer eller udsmykning; i parafraserne forekommer forsiringer og udsmykninger.

9. *Harmoni*

9.1. Konsonant musik uden brug af dissonanser

(...)

11. *Styrke*

11.1. Piano/stille

(...)

13. *Karakter*

Stille og indadvendt

(...)(Model: SMMA Grocke (2007) s. 150-152).



## Formoversigt

Her følger en formoversigt over Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* samt en kortfattet musikalsk analyse.

<i>Formled</i>	<i>Taktantal</i>
Intro	4 takter
Vers/melodi	8 takter
Mellemspil 1	1 ½ takt
Vers/melodi	8 takter
Mellemspil 2	1 ½ takt
Parafrase 1*	8 takter
Mellemspil 3	1 ½ takt
Parafrase 2*	8 takter
Mellemspil 3	2 takter
Vers/ melodi	8 takter
Mellemspil 4	1 ½ takt
Coda	2 takter

\* se nedskrift af parafraserne i bilag 2

Som det fremgår af formoversigten, indledes der med en intro på 4 takter, hvorefter melodien på 8 takter sættes ind på en optakt i introens 4. takt, dvs. der fremstår et regelmæssigt mønster på 4 eller 8 takter. Derefter brydes regelmæssigheden med mellemspil 1 på 1 ½ takt (altså ulige taktantal), hvorefter melodien spilles igen; dette bevirker, at melodien sættes ind 'forskudt' i forhold til grundslaget, hvorved betoningerne i melodien forskubbes. Efter yderligere et mellemspil på 1 ½ takt sætter parafraserne ind, adskilt af et 'skævt' mellemspil. På grund af dette er metrum forskudt i resten af resten af musikstykket. Der afsluttes med en coda på to takter med ritardando, hvorefter sluttonen falder til hvile på en *fermat* ('hviletone').

## Mikroanalyse af klientens respons

Her følger en mikroanalyse af klientens respons på musikken og på terapeutens interventioner. Det er vigtigt at bemærke, at hun ved begyndelsen af denne

gennemspilning af sangen ikke befandt sig i en tilstand af forøget *arousalniveau*; tværtimod var hun rolig og koncentreret, fordi vi umiddelbart inden havde lyttet musik førstesatsen af *Eine kleine Nachtmusik*, og dette havde hensat hende i en tilstand af centrering.

(For at tydeliggøre sammenhængen mellem det, der sker i musikken og klientens respons, er dette skrevet i parentes med blå).

(se vedlagte DVD af gennemspilningen).

A: Musikken opdelt i formler og taktantal	B: Klientens respons på musikken	C: Terapeuts interventioner (terapeut ikke synlig)
<b>Intro</b> (4 takter)	[under hele denne musiklytning høres der stemmer udenfor lokalet] Begynder efterhånden at rasle med på ottendedele (Den regelmæssige takt fanger hendes opmærksomhed og hun 'går ind i musikken').	(giver klienten et par maracas og tager selv et par)- Starter båndoptageren. spejler klienten og rasler med på ottendedelene
<b>Vers/melodi</b> (8 takter)	Begynder at synge med i højt toneleje på melodien på <i>la-la</i> og rasler grundslaget på maracas (den velkendte melodi fanger hendes opmærksomhed og hun synger med).	Støtter klient med sang--rasler melodiens rytme.
<b>Mellemspil 1</b> (1 ½ takt)	holder op med at synge og lytter efter stemmerne udenfor lokalet. Siger: "Nå, de synger også !" (hun bliver distraheret af at melodien ophører og 'går ud af musikken' og bliver verbal; hendes opmærksomhed bortledes og 'forsvinder ud af rummet'; dvs. ud til stemmerne udenfor lokalet).	Rasler grundslaget i forsøg på at holde hendes opmærksomhed på musikken. Svarer: "Ja de snakker!" rasler stadig grundslaget
<b>Vers/melodi</b> (8 takter)	Siger noget, som ikke kan forstås (blev heller ikke forstået i situationen!) og griner derefter	

	<p>højlydt. Siger ”<i>det var sjovt!</i>”</p> <p>(Er ikke i en centreret tilstand: Virker forceret og usammenhængende; er blevet distraheret ved at melodien sætter ind ’forskudt’ i forhold til grundslaget og har ikke ro til at lade den trænge ind)</p> <p>Synger derefter frasen færdig og nikker da frasen er slut (den velkendte melodi trænger efterhånden ind til hende, og hun går igen ind i musikken).</p>	<p>Griner også! Rasler stadig grundslaget, svarer: ”<i>ja det var sjovt</i>”</p>
<b>Mellemspil 2</b> (1 ½ takt)	<p>Begynder på melodien igen, men stopper op og kigger hen på båndoptageren (bliver distraheret over, at melodien ophører og forsøger derfor at synge den igen; forstår tilsyneladende ikke, hvad der sker. Er ’fortabt’ i sin egen verden og ikke modtagelig for terapeutens forsøg på at skabe en musikalsk bund).</p>	<p>Rasler grundslaget</p> <p>Rasler stadig grundslaget</p>
<b>Parafrase 1</b> (8 takter)	<p>Forsøger stadig at synge melodien (er stadig forvirret over det der sker i musikken: Det nye musikalske materiale, der sættes ind forskudt i forhold til grundslaget; hun forvirres fordi hun forventer melodien, men den udebliver)</p> <p>Der parafraernes direkte henover melodien (dvs. stumper af melodien bruges i parafrasen) og hun synger med på dette,</p>	<p>Forsøger at synge melodien hen over parafrasen for at støtte hende; holder op. Holder også op med at rasle.</p> <p>Støtter hende med sang og ved at rasle grundslaget.</p>

	<p>mens hun vugger og rasler i takt til grundslaget (hendes forventninger til musikken indfris en smule, ved at hun genkender noget af melodien og kan derfor gå ind i musikken)</p>	
<p><b>Mellemspil 3</b> (1 ½ takt)</p>	<p>siger: "ja!", ser væk fra båndoptageren og forsøger at synge melodi (hun afbrydes i sin musikalske udfoldelse og forvirres; går ud af musikken og bliver verbal. Er ikke modtagelig for terapeutens forsøg på at skabe en bund).</p>	<p>Rasler grundslaget. (rasler grundslaget)</p>
<p><b>Parafrase 2</b> (8 takter)</p>	<p>Forsøger at synge melodien og opgiver. Forsøger tøvende igen, opgiver og rasler lidt med maracas (forstår ikke hvad der sker i musikken; forventer melodien og forvirres, når denne ikke indtræder). Siger: "Det er jeg ikke så god til!" (går helt ud af musikken, og bliver verbal på en selvdevaluerende måde). Svarer: "Nå!" (er ikke modtagelig for terapeuts forsøg på at skabe en bund ved at grundslaget).</p>	<p>Rasler grundslaget.  Holder op med at rasle. (Forklarer): "han improviserer— (Forklarer yderligere): "Han laver noget hen over melodien; -men melodien kommer snart igen-- ---"</p>
<p><b>Mellemspil 3</b> (2 takter)</p>	<p>Svarer: "Nå, det ved jeg som ikke rigtig!" (Er helt 'udenfor musikken' og forstår ikke, hvad terapeuten</p>	<p>--det kan godt være lidt forvirrende,--</p>

	forklarer).	
<i>Vers/melodi</i> (8 takter)	Synger med i højt toneleje og rasler med på rytmen i melodien (hendes forventninger til musikken indfris ved at melodien sætter ind igen).	-- <i>Dér var melodien igen!</i> " Spejler klienten for at støtte hende
<i>Mellemspil 4</i> (1 ½ takt)	Holder op med at synge, men bliver ved med at rasle grundslaget (bliver igen forvirret, men bliver i musikken og holder fast i grundslaget).	Rasler grundslaget
<i>Coda</i> (2 takter), ritardando	Holder op med at rasle forsøger at synge melodien, men opgiver. Sidder derfor uden at synge med og med hænderne løftet uden at rasle. Ved sluttonen nikker hun og synger med på den (hun forvirres over, at metrum igen brydes, tempoet pludselig sættes ned og fordi melodien forsvinder. Går ud af musikken. På sluttonen, som er grundtonen (og således et fast holdepunkt), går hun ind i musikken igen og holder fast i den).	Holder op med at rasle og synger med på afslutningen for at lægge en bund for hende, men holder op for ikke at forvirre hende yderligere.

Model: *Microanalysis on Selected Video Clips*, Ridder (2007), s. 60-65

#### 4.8. Diskussion

Her vil jeg uddybe mikroanalysen af klientens respons ved at reflektere over mine fund i forhold til den musikalske analyse af satsen. Derefter vil jeg sammenligne dette med hendes respons på satsen af Mozart med henblik på at undersøge, hvor stor betydning det velkendte aspekt ved musikken har for en person med demens. Som det fremgår af analysen, sker der overordnet det, at klienten reagerer med forvirring og mangel på koncentration, når melodien ophører eller rettere:

- Når den ikke sætter ind, når hun forventer det: Dvs. når der i stedet sættes ind med et mellemspil eller når der parafraseres over melodien
- Når den sættes ind forskudt i forhold til metrum, hvorved betoningerne i melodien forskydes.

Af formoversigten (side 72) fremgår det, at mellemspil 1 er på 1 ½ takter, hvorved betoningerne i melodien og derved metrum forskydes. Det vil sige, at det stabile grundlag, som der etableres i intro og melodi, umiddelbart efter brydes, og resten af musikstykket forekommer således forskudt i forhold til grundslaget. Ved denne forskydning er det som om, at klienten mister sit 'faste grundlag', og hun bliver ude af stand til at orientere sig i musikken. Dét, at hun kender sangen i forvejen, hjælper hende ikke; tværtimod, betyder det, at hun har nogle *eksakte* forventninger til musikken, som ikke indfris, og disse 'skuffede forventninger' forhindrer hende i at gå ind i det, der reelt sker i musikken. I satsen af Mozart havde hun ingen eksakte forventninger, fordi hun ikke kendte musikken i forvejen, men musikkens struktur bevirkede, at hun undervejs opbyggede *musikalske* forventninger, som blev indfriet. Når der parafraseres henover melodien, bliver hun forvirret: Det er for 'tæt på melodien' til at blive opfattet som nyt musikalsk materiale, og for 'langt fra melodien' til at indfri hendes eksakte forventninger. Det er altså hverken 'det ene eller det andet', og derfor kan hun ikke forholde sig til det; hun går ud af musikken og siger: "Det er jeg ikke så god til!"

Terapeutens forsøg på at skabe en musikalsk bund ved at rasle grundslaget på maracas har ingen virkning; det forskudte metrum og dét, at melodien optræder 'forklædt', bevirker, at der rækkes for meget i selve fundamentet i musikken til, at klienten er i stand til at indgå i interpersonel kontakt med terapeuten. For at kunne bruge 'af klienten velkendt musik/velkendte sange' i det musikterapeutiske arbejde med denne klient med henblik på at regulere hendes forvirring og uro er det altså nødvendigt, at musikken indfrir hendes *eksakte* forventninger. Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* med sine parafraseringer og forskydninger i metrum indfrir ikke hendes eksakte forventninger og kan derfor ikke bruges som en 'nøgle' til at åbne op for kontakten mellem klient og terapeut og som redskab i den musikalske reminiscens' (se side 38). Denne udgave af folkesangen vækker ikke klientens musikalitet til live og er således ikke medvirkende til at centrere hende. Hendes kognitive evner forekommer derfor ikke mindre svækkede under musiklytningen i forhold til hendes generelle kognitive

funktionsniveau, og på grund af dette kan hun under denne musiklytning placeres på samme trin i Bruhns *Model af de afficerede kognitive domæner*, som hun placeres på ud fra hendes generelle kognitive funktionsniveau, nemlig det trin, hvor kun de basale sensoriske og motoriske funktioner er intakte (dvs. det øverste).

#### 4.9. Opsamling

I dette kapitel har jeg analyseret andensatsen af Mozarts serenade *Eine kleine Nachtmusik* og Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* ud fra en

- overordnet strukturel analyse af musikkens elementer vha. en reduceret version af Denice Grockes *Structural Model of Music Analysis (SMMA)* (Grocke 2007).
- oversigt over satsens form
- musikalsk analyse af satsen og de musikalske elementer.

Dette har dannet udgangspunkt for en mikroanalyse af videoklip af hhv. klientens respons på musikken og af terapeutens interventioner vha. af en tilpasset version af Ridders mikroanalysemodel (2007).

Derefter har jeg uddybet mikroanalyserne og reflekteret over mine fund ud fra de musikalske analyser af musikstykkerne og ud fra et neuropsykologisk perspektiv vha. Bruhns Alzheimers sygdoms trappe med henblik på en sammenligning af klientens respons på et stykke musik, der ikke i forvejen var velkendt af klienten og hendes respons på en version af en folkesang, der i forvejen var velkendt af klienten.

#### 4.10. Mine fund

I satsen af Mozart bevirker en meget klar struktur, bestående af regelmæssig vekslen mellem et tilbagevendende *ritornel* (et *refræn*) og *episoder* af kontrasterende karakter, at klienten ingen problemer har med at orientere sig i musikken. Denne klare struktur understreges af, at der aldrig rokkes ved metrum; dvs. at de musikalske formled består af et lige antal takter. Dette musikstykkets enkle og klare struktur bevirker, at klienten går 'ind i musikken' og lytter opmærksomt efter, dvs. hendes musikalitet vækkes til live og aktiveres. Dette medfører, at hun fremstår i en tilstand af centrering, i hvilken hendes tilstand af forvirring og uro reduceres, idet hendes opmærksomhed fokuseres

og hendes koncentration forstærkes. Under musiklytningen fremstår hendes kognitive evner således mindre svækkede end i forhold til hendes generelle kognitive funktionsniveau.

I Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* bevirker dét, at der parafraseres henover en velkendt melodi samt dét, at der rokkes med metrum og at melodien sættes ind forskudt, således at betoningerne i melodien forskubbes, at klienten ikke kan orientere sig i musikken: Hun reagerer med forvirring og mangel på koncentration, når melodien ikke sætter ind, når hun forventer det, når selve fundamentet i sangen forstyrres og når melodien optræder 'tilsløret'. Hun reagerer på denne måde, fordi hendes *eksakte* forventninger til denne sang ikke indfries. Hendes musikalitet aktiveres ikke af dette musikstykke, og det medvirker altså ikke til at fremme hendes centrering. Hendes kognitive evner forekommer således ikke mindre svækkede under musiklytningen i forhold til hendes generelle kognitive funktionsniveau.

## 5. Konklusion

På baggrund af hhv. mikroanalyserne af klientens respons på andensatsen af W.A. Mozarts serenade *Eine kleine Nachtmusik* og på Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* samt den efterfølgende diskussion vil jeg her svare på de spørgsmål, som jeg stillede i problemformuleringen og konkludere følgende i forhold til denne case:

*1. Hvordan kan terapeutisk musiklytning bruges til at fremme centrering hos en person med demens?*

Terapeutisk musiklytning brugt i interaktion med en anden person med henblik på at *validere* og *'holde'* er med til at fremme *centrering* hos denne person med demens. Det vil sige: Når musiklytning bruges til at *'anerkende personens emotioner'* og til *'at respondere på det følelsesmæssige plan'*, og når den bruges til at *'tilbyde et psykologisk trygt rum'* er den med til at fremme vedkommendes evne til at koncentrere sig, hvorved personens kognitive evner fremstår mindre svækkede under musiklytningen i forhold til hendes generelle kognitive funktionsniveau. Den er således med til at fremme balancen mellem personens fysiske og mentale tilstand og den medvirker til, at personen kommer i kontakt med *'glemte'* følelser eller med *'glemt'* musikalsk materiale.



*2. Hvilke strukturelle karakteristika ved den 'velkendte'/'ikke velkendte' musik påvirker klientens centrering?*

For at bruge 'velkendt' og 'foretrukket' musik i det musikterapeutiske arbejde med henblik på at centrere dette menneske med demens, fandt jeg, at det i dette tilfælde har betydning, at klientens *eksakte* forventninger til musikken indfries; dvs. hvis der parafraseres henover melodien, hvorved den velkendte melodi kommer til at optræde i 'tilsløret' form, eller hvis der rokkes ved metrum, forstyrres det 'forudsigelige' og 'velkendte' aspekt i musikken i en sådan grad, at klienten forvirres og ikke kan orientere sig.

I 'ikke velkendt musik' har klienten derimod ingen eksakte forventninger til musikken og derfor kan musik, der ikke i forvejen er 'velkendt' bruges med henblik på at stimulere klienten til opbygge *musikalske* forventninger og på denne måde fremme centreringen hos en person med demens.

I forhold til den 'ikke velkendte musik' bevirker denne sats' enkle og klare struktur, bestående af regelmæssig alternering af formled, der tydeligt adskiller sig fra hinanden i såvel melodik, rytmik og harmonik samt et ligedelt metrum, at klientens centrering fremmes ved at dennes musikalitet aktiveres.

## **6. Kritik og perspektivering**

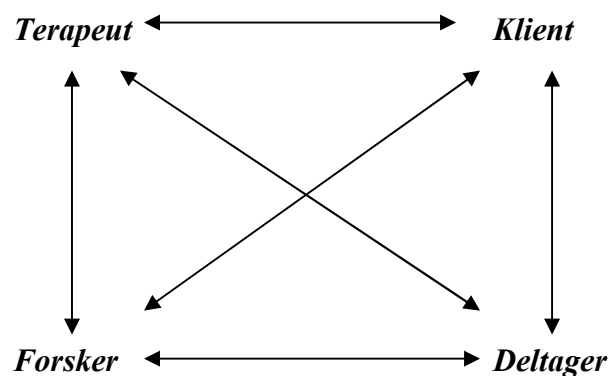
### **6.1. Indledning til kapitlet**

I det foregående kapitel præsenterede jeg en overordnet strukturanalyse af andensatsen af Mozarts serenade *Eine kleine Nachtmusik* samt en analyse af musikkens elementer. Derefter foretog jeg mikroanalyser af videooptagelser fra to sessioner med gennemspilninger af dette musikstykke for at analysere klientens respons, efterfulgt af en diskussion, hvorvidt strukturen i musikken medvirkede til at centrere klienten. Med henblik på at sammenligne klientens respons på et stykke musik, der ikke i forvejen var velkendt af klienten, således som det var tilfældet med satsen af Mozart, med hendes respons på en version af et stykke musik, som i forvejen var velkendt, præsenterede jeg derefter en overordnet strukturel analyse samt en formoversigt af Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* og foretog efterfølgende en mikroanalyse af videoklip med klientens respons på denne musik. Dette gjorde jeg for at undersøge, hvor stor betydning det velkendte aspekt ved musikken havde for denne person med demens.

I dette kapitel vil jeg diskutere og reflektere over de etiske aspekter i forhold til at bruge mit praktikophold til at indsamle empiri. Derudover vil jeg diskutere undersøgelsens perspektiver i forhold til fremtidigt musikterapeutisk arbejde med mennesker med demens i forhold til klientens musikalitet samt reflektere over metoden *Terapeutisk musiklytning* i forhold til arbejdet med andre personer med demens. Sidst i kapitlet forefindes afrundende refleksioner over undersøgelsen, metoden samt skriveprocessen.

### **6.2. Det etiske aspekt**

I *Studievejledningerne for musikterapi/Praktikhåndbogen* under *Forberedelse til 9. semesterpraktik* står der bl.a. at det er den studerendes ansvar at ” båndoptage/videooptage forløbene efter indhentet tilladelse og sørge for udførlige og relevante noter for hver session ”, og i det skriftlige materiale, som vi fik udleveret under forberedelseskurset til vores praktikophold, står der i afsnittet *Dataindsamling*: ”I 10 semester danner det kliniske materiale fra praktikperioden grundlag for arbejdet med specialeafhandlingen”. Der var således lagt op til, at jeg under praktikken skulle indtage en slags ’dobbeltrolle’ som terapeut/forsker (selv om man måske ikke kan kalde dét at bruge et praktikophold til at indsamle empiri for egentlig forskning). Da det primære formål med mit praktikophold for mig personligt var at få praktisk erfaring og få afprøvet noget af dét, som jeg indtil da kun havde haft et teoretisk og akademisk forhold til, ønskede jeg ikke, at dét, jeg (også) skulle bruge praktikken til at indsamle data til mit speciale, skulle påvirke det musikterapeutiske arbejde med mine klienter. I det følgende vil jeg, med udgangspunkt i Gary Ansdells og Mercédès Pavlicevics illustration af og beskrivelse af *terapeut/forsker* redegøre for min oplevelse af dobbeltrollen i mit arbejde. Ansdell og Pavlicevics illustrerer dobbeltrollen således:



(Model: Ansdell og Pavlicevic 2006, side 104: *Intra- og interpersonelle relationer mellem terapeut/forsker og klient/deltager*).

Pilene i figuren illustrerer, at dobbeltrollen *terapeut/forsker* bevirker, at der opstår en righoldighed i relationerne, både på *det intrapersonelle* plan, dvs. terapeut/forsker og klient/deltager og *det interpersonelle* plan, dvs. terapeut/klient, terapeut/deltager, forsker/deltager og forsker/klient (Ansdell og Pavlicevic 2006, s. 103). At være terapeut og forsker samtidig kan dog til tider besværliggøre begge roller, idet den

enkelte rolle kræver forskellig prioritering på forskellige tidspunkter, og disse prioriteringer kan virke forstyrrende for ens projekt: Som forsker prioriterer man, at der bliver indsamlet data, som kan bruges i undersøgelsen, og som terapeut er ens fokus rettet mod, at klienten skal få det bedre, uanset hvad (ibid.). Man kan som forsker, med henblik på at indsamle de data, man har brug for i sin undersøgelse, således blive ivrig efter at klienten skal 'performe', og dette kan spille forstyrrende ind i forhold til den terapeutiske proces (ibid. side 105).

Under praktikken arbejdede jeg, som nævnt, både som terapeut med klienten i den terapeutiske proces og som forsker, hvor jeg indsamlede empiri til mit speciale. Dette bevirkede, at jeg ofte havde en følelse af at gøre mine klienter til en slags 'studieobjekter', og jeg diskuterede flere gange med min individuelle supervisor og i gruppesupervisionen det etiske aspekt ved dette, fordi jeg oplevede, at det spillede forstyrrende ind i det terapeutiske arbejde. I det følgende vil jeg uddybe dette: Da jeg efter den 14. session havde besluttet mig for at skrive om Gerda i mit speciale, skrev jeg i min dagbog:

"I sessionen greb jeg mig selv i at være for 'målrettet' mht. at ville have noget 'interessant' i gang i forhold til specialet og det tror jeg, at Gerda følte sig presset af".

Det vil sige, at forskerrollen spillede forstyrrende ind ved at jeg, med henblik på at indsamle de data, jeg havde brug for i min undersøgelse, blev ivrig efter at hun skulle 'performe' (jævnfør med Ansdells og Pavlicevics beskrivelse ovenfor). Derudover, hvis der udspillede sig noget, som jeg mente, jeg kunne bruge i specialet, kunne jeg gribe mig selv i at tænke på, om nu også kameraet stod rigtigt, om det overhovedet kørte, om der var plads på båndet osv., eller også dæmpede jeg mig, uden jeg var mig det bevidst, når Gerda sang for bedre kunne høre hende på videobåndet bagefter. Om dette skrev jeg i min dagbog:

"Jeg ligesom 'trak mig tilbage' for bedre at kunne høre, hvad hun lavede i musikken (...) Skal finde balancen mellem at samle empiri til specialet og være tilstede i situationen".

Retrospektivt kan jeg se, at dét, der skete, var, at jeg ikke var mig bevidst om, at jeg pendlede mellem de to roller, dvs. at jeg påtog mig forskerrollen uden at gøre mig det klart, og det bevirkede, at jeg ofte bagefter sad med en følelse af at have haft en 'skjult dagsorden'. Hvis man som forsker udelukkende er fokuseret på at få en bestemt 'sandhed' frem, eller hvis det handler om at præsentere en 'succeshistorie' for enhver pris, kan dét at være forsker og terapeut samtidig være forbundet med store

etiske problemer. Det var selvfølgelig ikke min hensigt at præsentere en 'solstrålehistorie', men selv om jeg prioriterede det terapeutiske arbejde frem for specialet, dvs. selv om jeg var bevidst om, at videokameraet blot skulle optage, hvad der skete i sessionen, spillede forskerrollen alligevel forstyrrende ind i det terapeutiske arbejde. Hvis jeg fremover skal indtage dobbeltrollen terapeut/forsker, er det vigtigt, at jeg i rollen som kliniker ikke lader forskeren overtage, men er bevidst om at indsamle data, uden at dette ændrer på den naturalistiske situation, dvs. uden at dette forstyrrer den terapeutiske proces, og i rollen som forsker er det vigtigt, at jeg tager de etiske hensyn om hverken at udlevere mig selv som terapeut eller udlevere klienten samt at behandle data på en måde, hvorved *validitet* og *realibilitet* sikres: Dette gøres ved bl.a. at bruge teknikker såsom: *Triangulation*, dvs. der inddrages flere vinkler på forskningsprojektet, gerne fra andre faggrupper, *Member Checking*, dvs. check af data, fortolkninger etc. med de personer, der er involveret i forsøget (i arbejdet med mennesker med demens, som sjældent har indsigt i egen sygdom (se side 14), er denne teknik ikke så relevant, men de pårørende (i dette tilfælde Gerdas mand) kunne have checket mine data) og *Peer Debriefing*, dvs. data, analyse osv. checkes af uvildige eksperter (Smeijsters 1997, s. 16-23). Endelig oplevede jeg dét, at jeg ikke havde et klart defineret fokus for min 'forskning', da jeg startede praktikken, som et problem med henblik på at være terapeut/forsker samtidig: Ud for afsnittet *Dataindsamling* i det skriftlige materiale, vi fik udleveret til forberedelseskurset, har jeg skrevet: "Skyd med bredhagl; det kan være det kan bruges!", dvs. at jeg fra praktikkens start optog alt med alle klienter; bare for at være sikker på at have data. Hvis jeg fremover skal forske, bør jeg på forhånd have en idé om problemfeltet; det vil sikkert hjælpe mig til at være i stand til at være terapeut og forsker samtidigt uden at forskeren tager over.

Der er således dilemmaer ved at være forsker og terapeut samtidig, men man kommer bedst om dem ved at være bevidst om problematikkerne og gøre dem eksplicite.

Dette leder mig til en refleksion over, hvordan det i sidste ende kom til at præge undersøgelsen, at min forskerrolle påvirkede det terapeutiske arbejde. Som jeg allerede har nævnt, var det musikterapeutiske arbejde med mine klienter det vigtigste for mig under praktikken. Selv om jeg ikke havde et klart defineret problemfelt ved praktikkens begyndelse, vidste jeg alligevel, at specialet ville komme til at omhandle et eller andet aspekt ved den terapeutiske proces. Fordi den terapeutiske proces blev

påvirket af, at jeg indtog en dobbeltrolle, således som jeg ovenfor har beskrevet, er mine data og dermed også undersøgelsen blevet påvirket; man kan sige, at mine data og dermed undersøgelsen til en vis grad er blevet *kontamineret* af min dobbeltrolle (at kontaminere: at fordærve ved sammenblanding (Hårbøl et al. 1999, s. 529)). I det følgende vil jeg uddybe dette: Den overordnede målsætning for den terapeutiske proces med denne klient var at hjælpe hende til at bruge musikken til kommunikere på det *intersubjektive*, dvs. med terapeuten, og på det *intrasubjektive* plan dvs. komme i kontakt med dybereliggende følelser (se side 39). Ved at bruge klassisk musik i forhold til at nå dette mål, indser jeg nu retrospektivt, at jeg, ved at bruge en musikgenre, som jeg er yderst fortrolig med, måske er kommet til at påvirke den terapeutiske proces således: Når vi lyttede til de musikstykker, som jeg kendte rigtig godt i forvejen, var jeg ligesom var 'et skridt foran' og havde således overskud til at hjælpe hende med at blive centreret og til at støtte og forstærke hendes musikalske respons. Derved er jeg måske kommet til at påvirke og styre hendes musikalske respons i en bestemt retning, særligt efter jeg havde besluttet mig for at skrive om hende i specialet, fordi jeg, uden at gøre mig det klart, har ønsket at indsamle data til min undersøgelse. På denne måde er mine data, dvs. videooptagelser af den terapeutiske proces med denne klient, og dermed også undersøgelsen på sin vis kontamineret af min musikalske forforståelse og af min dobbeltrolle som terapeut/forsker.

Jeg er blevet tilbudt en projektstilling på praktikstedet fra september, og ud fra ovenstående refleksioner over, hvorledes min forforståelse for klassisk musik påvirkede den terapeutiske proces med denne klient, kunne det være interessant, især hvis jeg skal arbejde med denne klient igen, at bruge f.eks. jazz, som er en musikgenre, jeg er fortrolig med, men som jeg ikke har så stor forforståelse af, med henblik på at møde såvel denne som andre klienter på et mere ligeværdigt plan i musikken.

### **6.3. Mine fund i forhold til det musikterapeutiske arbejde med personer med demens**

Som det fremgik af konklusionen var mine fund, at *terapeutisk musiklytning*, brugt i interaktion med en anden person, til af klienten 'ikke velkendt' musik, med henblik på at *validere* og '*holde*', kunne bruges til at fremme centreringen hos klienten med

demens, når musikken, der blev lyttet til (dvs. andensatsen af Mozarts *Eine kleine Nachtmusik*), var enkel og klar i strukturen, bestående af regelmæssig vekslen mellem kontrasterende formled og med ligedelt metrum. I forhold til at bruge 'af klienten velkendt' musik, dvs. Norges version af *Det var en lørdag aften*, med henblik på at fremme hendes centrering, fandt jeg, at det var en forudsætning, at denne klients *eksakte* forventninger til musikken blev indfriet, og at denne version forstyrrede klienten ved at der forekom forskydning af metrum samt parafrasering henover melodien.

### Klientens musikalitet

I dette afsnit vil jeg diskutere, hvorledes denne klients musikalitet spillede ind i forhold til undersøgelsens udfald med henblik på at reflektere over hvorvidt mine fund kun kan ses i forhold til den enkeltstående case, eller om de kan implementeres i det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens.

For mig hersker der ingen tvivl om, at denne klient var meget musikalsk; det indikerede hendes respons på satsen af Mozart\*, idet hun udviste musikalitet på et avanceret niveau (se side 60), og at dette havde indflydelse på hendes kognitive funktionsniveau (se side 61). Imidlertid mener jeg også, at hendes musikalitet var en smule 'fastlåst' eller rigid; dette indikerede hendes respons på de metriske forskydninger og parafraserne i *Det var en lørdag aften* (se side 71). Det er svært at afgøre, om dette skyldtes det fremskredne stadie af hendes Alzheimers sygdom; dvs. om svækkelsen af de eksekutive funktioner, som bl.a. giver sig udslag i, at der kan opstå 'kognitiv stivhed, hvor mangel på smidighed giver sig udslag i vanetænkning og mangel på evne til at se en sag fra flere sider' (se side 13) bevirkede, at hun ikke udviste musikalsk fleksibilitet i gennemlytningen af dette musikstykke, eller om hendes musikalitet altid har været en smule rigid, og at hendes sygdom var med til at forstærke dette. Jeg hælder mest til det sidste: At den manglende musikalske fleksibilitet måske skyldtes, at hun som ivrig amatørdanser hele livet har danset til 'regelmæssig' musik, hvor selv den mindste afvigelse i metrum bevirker, at danseren kommer ud af takt, og at hendes sygdom medvirker til at forstærke denne lidt rigide musikopfattelse. Derfor skulle der tilsyneladende ikke skulle meget til at bringe hende 'ud af kurs' i *Det var en lørdag aften*, selv om hun kendte sangen rigtig godt i forvejen. Hendes tidligere kategoriske afvisning af klassisk musik indikerer, efter min opfattelse, en vis lukkethed i hendes personlighed, og dette har måske medvirket til at gøre hendes musikalitet lidt 'stiv' og rigid. Det kan virke paradoksalt, at hun, som

tidligere havde været så lukket overfor klassisk musik, reagerede så umiddelbart musikalsk på satsen af Mozart. En forklaring på dette kunne være, at hendes *Alzheimers* har bevirket, at hendes tidligere fordomme; dvs. dét 'filter', hun tidligere satte op mod en bestemt slags musik, hun pr. definition 'ikke brød sig om', er væk, og hun simpelthen ikke længere kunne 'huske', at hun ikke brød sig om denne slags musik. Dette kunne måske være grunden til, at hun spontant og uden forbehold gik ind i musikken og lod den 'tale til sig'. En anden grund til, at hun var så modtagelig overfor satsen af Mozart kunne være, at den, i kraft af sin regelmæssige struktur, levede op til hendes musikalske forventninger om regelmæssighed og forudsigelighed og derved aktiverede hende musikalsk på samme måde, som dansemusik tidligere har gjort det. Med andre ord (og dette er måske det egentlige paradoks!): Den musik, som tilsyneladende repræsenterede den 'ikke velkendte musik' for hende, var den, der forekom hende mest bekendt.

Sammenfattende mener jeg, at denne klients musikalitet var præget af hendes personlighed og hendes musikalske baggrund, og dette gav sig udslag i en vis rigiditet. På grund af hendes lidt stive musikopfattelse passede satsen af Mozart hende bedst, idet den levede op til hendes musikalske forventninger om regelmæssig struktur og forudsigelighed, hvorimod hun gik ud af musikken, når der blev 'skubbet lidt' til det velkendte i *Der var en lørdag aften*. Ud fra dette mener jeg, at musikalitet er noget meget individuelt og afspejler den enkelte persons musikalske baggrund og personlighed. Derfor kan man ikke ud fra denne enkeltstående case generelt fastslå, at satsen af Mozart kan bruges, og at Kåre Norges version af *Det var en lørdag aften* ikke kan bruges med henblik på at centrere et menneske med demens; det kommer an på såvel hvilket stadie af sygdommen, den pågældende person befinder sig på samt den enkeltes personlighed og individuelle musikalske baggrund, om og hvorledes disse to musikstykker kan bruges i arbejdet med mennesker med demens.

På baggrund af dette mener jeg, at de fund jeg gjorde mig i dette speciale, således kun gælder for denne ene case, men det er mit håb, at undersøgelsen (under alle omstændigheder) kan bidrage til at udvide opfattelsen af, hvilken slags musik, der med fordel kan benyttes i det musikterapeutiske arbejde med mennesker med demens. Dette leder mig til en refleksion over, hvorledes jeg mener, metoden *terapeutisk musiklytning* kan bruges i arbejdet med andre mennesker med demens.



---

\* Jeg forbinder ikke denne sats' tilsyneladende gunstige virkning på klienten med den såkaldte 'Mozart-effekt'; som allerede omtalt brugte jeg også musikstykker af andre komponister, som f.eks. Bach, Fauré og Albinoni, i det musikterapeutiske arbejde med denne klient, og det var min oplevelse, at disse musikstykker i kraft af deres struktur og karakter aktiverede hendes musikalitet i tilsvarende grad.

På den danske hjemmeside om Mozart-effekten ([www.Mozarteffekt.dk](http://www.Mozarteffekt.dk)), der bl.a. tilbyder foredrag om emnet, oplyses det, at Mozarts musik siges at have større effekt end andre komponisters musik med hensyn til bl.a. at fremme indlæring, efter at Frances H. Rauscher 1990'erne gennemførte forsøg på *University of California*, hvor 36 studenter IQ blev mærkbart forbedret efter at de havde lyttet til musik af Mozart (Rasmussen 2008). En kritisk vurdering af den såkaldte Mozarteffekt er fortaget af Lars Ole Bonde (2006, 2007).

#### Refleksioner over metoden *terapeutisk musiklytning*

Jeg har i dette speciale introduceret metoden *terapeutisk musiklytning*, og i afsnittet *Musikterapeutisk metode* (side 38-39) beskrev jeg, hvorledes jeg brugte *terapeutisk musiklytning* med henblik på at regulere denne klients tilstand af forvirring og uro, således at hun kunne komme i kontakt med dybereliggende følelser samt kommunikere med terapeuten: dvs. de overordnede mål var at hun i en tilstand af centrering kunne kommunikere på et intra – og et interpersonelt plan.

Ud fra mine erfaringer med denne klient er det mit indtryk, at

- terapeutens måde at være tilstede på samt
- terapeutens valg af musik

er det afgørende for at kunne bruge denne metode med henblik på at nå disse overordnede mål. I forhold til at bruge metoden i arbejdet med andre personer med demens mener jeg således, at det handler om, at terapeuten er bevidst om at være centreret, dvs. vedkommende er 'i kontakt med sig selv' (se side 7), og at vedkommende i denne tilstand forsøger at mærke, hvor klienten er, samt hvad dennes behov er lige nu; med andre ord: Terapeuten bruger sin egen tilstand af centrering til at mærke, om klienten har brug for at blive centreret. Ud fra klientens behov her og nu vælges musikstykket; resultatet fra ovennævnte undersøgelse indikerede, at dette

musikstykke ikke nødvendigvis behøver at være velkendt i forvejen af klienten, men det er min opfattelse, at terapeuten bør være fortrolig med det. I terapeutisk musiklytning behøver man ikke nødvendigvis at benytte klassisk musik; det var som allerede nævnt mit kendskab til genren, der bevirkede, at jeg valgte musikstykker fra det klassiske repertoire<sup>\*\*</sup>: Al slags musik kan i princippet forsøges benyttet; hovedsagen er, at terapeuten er fortrolig med musikstykket, således at han eller hun kan bruge den i et terapeutisk nærvær til at validere, holde eller facilitere klienten. Som det fremgår af dette speciale, brugte jeg metoden til en klient i individuel terapi, men jeg ser egentlig ikke noget til hinder for forsøge at bruge den med en mindre gruppe, bestående af to, højst tre mennesker med demens; det primære er terapeutens måde at være til stede på samt hvilket musikstykke, terapeuten vælger at bruge i den terapeutiske musiklytning.

Med hensyn til mulighederne for på sigt 'at måle' en effekt af terapeutisk musiklytning ud fra variable, der på en eller anden måde beskriver centrering, forestiller jeg mig, at man kunne inddrage plejepersonalet og bede dem udfylde enkle skemaer (hvilket ikke måtte være alt for tidskrævende for et i forvejen tidspresset personale), hvor de, på en skala fra et til fem, kunne 'rate' klientens adfærd efter musikterapien ud fra variable såsom *evne til at formulere sig verbalt, hukommelse, topografisk orienteringsevne, visuo-spaciale færdigheder* osv.: Variable, der indikerer om klientens kognitive funktioner fremstår mindre svækkede efter den terapeutiske musiklytning i forhold til vedkommendes generelle kognitive funktionsniveau; med andre ord: Om musiklytningen har bevirket, at personen er blevet centreret.

---

<sup>\*\*</sup>Hvis man gerne vil bruge klassisk musik, men ikke har det store kendskab til repertoire, kunne man eventuelt konsultere litteratur om *GIM (Guided Imagery and Music)*; særligt oversigterne over musikprogrammerne (Bruscia og Grocke 2002, s. appendix B-L) kunne give et vist indblik i det klassiske musikrepertoire, og man kunne ved hjælp af disse danne sig et indtryk af, hvilke klassiske musikstykker, der evt. kunne bruges. Det skal ikke forstås som, at man skal uddanne sig til GIM terapeut og udøve GIM-terapi; oversigterne kunne blot fungere som en slags 'indgang' til det enorme emneområde, den klassiske musik repræsenterer.

## 6.4. Afrundende refleksioner

Dette speciale er, som det fremgår flere steder, skrevet i forlængelse af mit praktikophold på Smedegården i perioden august – december 07, og grundet Videnskabsministeriets ændringer i eksamensbekendtgørelsen fra august 2004 har der således været fire måneder til at skrive det i. Jeg afrunder specialet ved at reflektere over fordelene og ulemperne ved dette i forhold til metoden for undersøgelsen. I forhold til intensitet i skriveprocessen har det været en fordel at skulle skrive specialet på så relativ kort tid; det har været en 'tour de force', der har stimuleret mig til at gå helt ind i processen og 'leve' i den praktisk taget dag og nat. Jeg har f.eks. oplevet at få idéer/indfald midt om natten, eller mens jeg var i færd med helt andre gøremål. Derimod har den korte tid været en ulempe i forhold til at fordybe mig og i forhold til at slippe specialet for en kort periode, lade det hvile og så tage det op igen og se på det med friske øjne; det har simpelthen ikke været muligt. Det kunne have været spændende at inddrage andre personer og have fået flere vinkler på undersøgelsen, som f.eks. *Triangulation* eller *Peer Debriefing* med henblik på underbygge validiteten, men dét indså jeg hurtigt, at den korte tidsramme ikke tillod. Det havde også været en fordel, hvis tidshorisonten havde givet mulighed for at følge op på arbejdet med klienten ved interviewe klientens ægteemand og plejepersonalet i forhold til, om de efterfølgende har mærket nogen forandring i hendes adfærd og hendes mentale tilstand; det kunne have været en interessant vinkel at få med i undersøgelsen.

Alt i alt oplever jeg, at skriveprocessen har været intens, stimulerende og inspireret, og i forhold mit oprindelige udgangspunkt i den *hermeneutiske cirkel* (se side 5), har processen blandt andet bevirket, at jeg ser på min rolle som terapeut med helt andre øjne: Fremover bør jeg således både være bevidst om, hvorledes min forforståelse for klassisk musik kan påvirke den terapeutiske proces, og jeg bør være bevidst om, hvilke problematikker og dilemmaer, der kan opstå ved at være forsker og terapeut samtidig.

## 7. Litteraturhenvisninger

- Amstrup, K (2006): *Husker du, så glemmer jeg ...*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Ansdell, G., Pavlicevic, M. (2006): *Beginning Research in the Arts Therapies*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bang, J. (ed.) (1973): *Gyldendals leksikon*, København: Gyldendal.
- Behnke, K. (2002): *Psykiske sygdomme*. København: Lindhardt og Ringhof.
- Bonde L.O. et al (2001): *Musikterapi: Når ord ikke slår til*, Aarhus: Klim.
- Bonde, L.O (2005) "Approaches to researching music", s. 489-525 i: Wheeler , B. (ed.): *Music Therapy Research*. Phoenixville: Barcelona.
- Bonde, L.O (2006): *Mozart-effekten. Fup eller fakta?*, Powerpoint-præsentation tilgængelig på internetadressen: <http://www.musikterapi.aau.dk/slides> temadag 2006/LOBO% 20Mozart.pdf.
- Bonde, L.O (2007): Musik og Psykologi = Musikpsykologi, I: L.O. Bonde (ed.) Psyke & Logos, 2007 (28), s. 10-25.
- Borresen, M, Krogh Hansen, H. og Trangbæk, L. (2003): *Social-pædagogik & demens- det vanskelige omsorgsarbejde*. København: Socialministeriets institut for Pensions- og Ældrepolitik.
- Brincker, J. (1972): *Musiklære og analyse, II: Melodi, III: Rytme og V: Form*, København: Engstrøm og Sødring.
- Bruhn, P. (2003) "Afficerede kognitive domæner som funktion af demensgraden ved Alzheimers sygdom" i: Ridder, H.M.: *Singing Dialogue. Music Therapy with Persons in Advanced Stages of Dementia*, Aalborg: Institut for musik og musikterapi, s. 20-21
- Bruhn, P. (2004): "Neuropsykologiske forstyrrelser ved demens" i: *Forstå demens* (Alzheimerforeningen), København: Lindhardt og Ringhof, s. 29-58.
- Bruscia, K. (1998): *Defining Music Therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K . Grocke, D. (2002): *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, Phoenixville: Barcelona.
- Bruscia, K. (2005): "First Person Research", s. 379-391 i: Wheeler B. (ed.): *Music Therapy Research*. Phoenixville: Barcelona.

- Cohan, R. (1986): *Politikens Danse Work Shop*, København: Politikens Forlag.
- Davis W. et al (1999): *An Introduction to Music Therapy*. Boston: McGraw-Hill
- Dyreborg, E. (1972): *Musikterapi*, København: Gyldendals pædagogiske bibliotek.
- Fitzgerald-Cloutier M. (1993): "The Use of Music Therapy to Decrease Wandering: An alternative to Restraints", *Music Therapy Perspectives*, 11, 32-36.
- Fredens, K. (2004): *Mennesket i hjernen- en grundbog i neuropædagogik*, Aarhus: Systine Academic.
- Grocke, D. (2007): "A Structural Model of music Analysis, i: Wosch, T. & Wigram, T. (red.): *Microanalysis in Music Therapy Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, London: Jessica Kingsley Publishers, s. 149-161.
- Göttel, E., Brown, S., Ekmand S. (2000): "Caregiver-Assisted Music Events in Psychogeriatric Care", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 119-125.
- Hamburger, P. (1970): *Koncertfører*, København: Skandinavisk Bogforlag.
- Hårbøl, K., Schack, J., Spang Hanssen, H. (1999): *Fremmedordbog*, København: Gyldendals Bogklubber.
- Jacobsen Faaborg, A (2006): "Musikterapi, demens og agiteret adfærd", *Dansk Musikterapi* 3(2).
- Kampp, E., Fahnøe, P.(1994): *Becifring & Akkordspil; Harmonilære, Akkompagnement*, København; Edition Wilhelm Hansen..
- Kenny, C., Jahn-Langenberg, M., Loewy, J. (2005): "Hermeneutic Inquiry", s. 334-351 i: Wheeler, B. (ed.) (2005): *Music Therapy Research*. Phoenixville: Barcelona.
- Kitwood, T. (1999): *En revurdering af demens- personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo Forlag.
- Lalvani, V. (2005): *Yoga*, København: Aschehoug.
- Levander, M (2003): *Anvendt psykologi*, København: Gads Forlag.
- Lidell, L. , Thomas, S. (1987): *Den sanselige krop*, København: Politikens Forlag.
- Lou, M. (2001): "The Use of Music to Decrease Agitated Behavior of the Demented Elderly: The State of the Science", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), s. 165-173.
- Mariechild, D. (1984): *Heksemor*, København: Borgens Forlag

- Michels, U. (2001): *Musikatlas: Teori. Instrumenter. Historie*, København: Rosinante.
- Munk-Madsen, N. (2000): *Musikterapi til demente med adfærdsstyrrelser*, Gentofte kommunes Plejehjem Kridthuset i Nivå.
- Pei, M (1974): *The Living Webster Dictionary of the English Language*, Chicago: The English Language Institute of America.
- Prickett, C. (2005): "Principles of Quantitative Research" , s. 45- 58 i: Wheeler , B. (ed.): *Music Therapy Research*, Phoenixville: Barcelona.
- Ragneskov H., Kihlgren M., Asplund,K., Norberg, A. (2001) "Individualized Music Played for Agitated Patients With Dementia: Analysis of Video Recorded Sessions" *International Journal of Nursing Practice*, 7, s. 146-155.
- Rasmussen, S. (2008): *Med Mozart i medicinskabet*, downloaded fra websiden [www.mozarteffekt.dk](http://www.mozarteffekt.dk) , maj 2008.
- Rexroth, D. (1988): *W.A. Mozart: Serenade i G-dur, KV 525, Eine kleine Nachtmusik*, Mainz: B. Schott's Söhne.
- Ridder, H.M. (2002): *Musik og demens*, Aalborg: Formidlingscenter Nord, ( Socialministeriets indsats for demente).
- Ridder, H.M., (2003): *Singing Dialogue. Music Therapy with Persons in Advanced Stages of Dementia*, Ph.d. afhandling, Institut for musik og musikterapi, Aalborg Universitet
- Ridder H.M. (2005): *Musik og demens*, Aarhus: Klim.
- Ridder, H.M. (2007a): "En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske og psykodynamiske teorier" i: Bonde, L.O. (red.) *Psyke og Logos*, København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Ridder, H.M. (2007b): "Microanalysis on Selected Videoclips with Focus on Communicative Response in Music Therapy" i: Wosch, T. & Wigram, T. (red.): *Microanalysis in Music Therapy Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ridder, H.M. (2007c): *9. semesters Praktikforberedelse, 6. juni 2007*, AAU.
- Smeijsters, H. (1997): *Multiple Perspectives. A Guide to Qualitative Research in Music Therapy*, Phoenixville: Barcelona.

- Schmid, E. F. (ed.) (1979): *W.A. Mozart: Eine Kleine Nachtmusik (KV 525)*, Kassel: Bärenreiter Miniature Scores
- Soanes, C. (ed.) (2002): *Oxford English Dictionary*, Oxford: Oxford University Press.
- Sørensen, S. (ed.) (1976): *Gads musikleksikon*, København: Gads Forlag.
- Thiele, A. (2006a): *Praktikrapport over 6. semesters praktik på Smedegården*, AAU.
- Thiele, A. (2006b): Bachelorprojekt: *Forholdet mellem musikpædagogik og musikterapi i arbejdet med demens-ramte*, AAU.
- Thiele, A. (2007): 8. semesters projekt: *Musikterapi brugt i forbindelse med agiteret adfærd hos personer med demens - en gennemgang af litteraturen med henblik på klinisk praksis*, AAU.
- Thomas, D. (1997): "The Effects of Music on Bathing Cooperation for Residents with Dementia", *Journal of Music Therapy*, 34(4), 246-259.

### **Musikhenviisninger**

- Bindu (1996): *A Touch of Scandinavia*, Fønix Musik
- Mozart, W.A. (1995): *Eine Kleine Nachtmusik (KV 525)*, Capella Istopolitana,  
Dirigent: Wolfgang Sobotka, NAXOS.