

Psykodynamiske perspektiver på empati og nærvær i musikterapi med mennesker med demens

- En hermeneutisk undersøgelse

Kandidatspeciale af Amalie Gerner Larsson
Musikterapiuddannelsen
Humanistisk Fakultet, Aalborg Universitet
Maj, 2021

Psykodynamiske perspektiver på empati og nærvær i musikterapi med mennesker med demens

- En hermeneutisk undersøgelse

Kandidatspeciale af Amalie Gerner Larsson

Musikterapiuddannelsen

Humanistisk Fakultet, Aalborg Universitet

Vejleder: Hanne Mette Ochsner Ridder

Antal normalsider: 71,7 (antal anslag: 172.064)

Referencestil: APA

Maj, 2021

Abstract

Born out of personal experience from my 9th semester internship at a nursing home, and with an emphasis on the qualities of empathy and presence, this Master's thesis aims to investigate how music therapy, in treating persons with dementia, can be understood from psychodynamic perspectives, and applied in clinical practices. The investigation follows the hermeneutic approach.

Reviews of theories pertaining to dementia, music therapy, empathy and presence, and the psychodynamic approaches to treating dementia are presented alongside the main psychodynamic sources, D. W. Winnicott and C. G. Jung.

Inspired by adaptive theory, data was collected using an auto-ethnographic method applied to video clips recorded, and notes taken, during music-therapy sessions with a person with severe dementia. The data was subsequently thematically coded, and the results are presented in a synthesis along with a model of 'empathic presence'. Finally, the findings and method are analyzed and discussed.

The conclusion of the thesis is that the use of psychodynamic perspectives in music therapy with persons with dementia contributes to immerse the level of therapeutic, empathic presence towards the client, as well as potentially contributing to the therapist's self-development. In the long term, meeting the client's psychosocial needs might offer the possibility of an emotional reorganization taking place.

Based on the results from this investigation, a list of psychodynamic inspired interventions made in different domains of therapeutic empathic presence is presented. The three domains of empathic presence are 1) an outwards empathic presence towards the client, 2) an inwards empathic presence towards the therapist herself, and 3) an elaborate empathic presence, which simultaneously contains both of the other domains of empathic presence.

Indhold

Abstract.....	2
Indhold.....	3
1 Introduktion	6
1.1 Indledning.....	6
1.2 Disposition.....	7
1.3 Menneskesyn og værdigrundlag.....	7
1.4 Dataindsamlings-kontekst	7
1.5 Begrebsafklaring/Valg:.....	8
1.5.1 Teori.....	8
1.5.2 Anvendt terminologi	8
1.6 Problemformulering.....	8
2 Teori.....	9
2.1 Litteratursøgning.....	9
2.2 Demens.....	9
2.2.1 Alzheimers sygdom	10
2.2.2 Vaskulær demens	10
2.3 Psykodynamiske musikterapi-teorier.....	11
2.3.1 Musikterapi med mennesker med demens.....	11
2.3.2 Terapeutisk nærvær.....	11
2.3.3 Modoverføring.....	12
2.4 Psykodynamisk teori.....	13
2.4.1 Winnicotts objektrelationsteori	13
2.4.2 Jung og det ubevidste.....	17
2.4.3 Empati og nærvær.....	19
2.5 Psykodynamiske teorier vedrørende demens.....	20
2.5.1 Personcentreret omsorg.....	20
2.5.2 Psykodynamiske bidrag til forståelsen af demens	22
3 Metodologi.....	26
3.2 Kvalitativt forskningsparadigme.....	26
3.3 Hermeneutik	26
3.4 Adaptiv teori	27
3.5 Autoetnografi.....	28

3.6 Tematisk analyse.....	29
3.6.1 Tematisk kodning.....	29
3.7 Komponenter i kvalitativ analyse	30
3.8 Ethiske overvejelser	30
4 Dataindsamling.....	31
4.1 Indsamling og udvælgelse af data	31
4.2 Præsentation af empiri til analyse	31
4.2.1 CASE – Grethe.....	31
4.2.2 Oversigt over forløb:	32
4.3 Transskription af videoer	32
4.3.1 Læsevejledning:.....	32
4.4 Udarbejdelse af autoetnografiske narrativer	33
4.5 Tematisk kodning	33
5 Analyse.....	35
5.1 Transskription og tematisk kodning af videoklip 1.....	35
5.2 Visuel transskription af videoklip 1	36
5.3 Transskription og tematisk kodning af videoklip 2:	37
5.4 Visuel transskription af videoklip 2	38
5.5 Tematisk kodning af videoklip	39
5.6 Autoetnografiske narrativer.....	40
5.7 Tematisk kodning af autoetnografiske narrativer	41
5.8 Tematisk kodning af videoklip 1 og 2.....	44
5.9 Syntese.....	45
5.10 Model af empatisk nærvær:	46
5.11 Psykodynamisk ladede interventioner	46
5.12 Teoretisk analyse	47
5.12.1 Teoretisk analyse af psykodynamiske refleksioner over klienten.....	47
5.12.2 Teoretisk analyse af psykodynamiske selvrefleksioner	49
5.12.3 Teoretisk analyse af psykodynamisk ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati	49
5.12.4 Teoretisk analyse af empatisk nærvær.....	51
6 Diskussion og konklusion	52
6.1 Diskussion af en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens	52
6.2 Diskussion af fund	53

6.2.1 Diskussion af psykodynamiske refleksioner over klienten og selvrefleksioner	53
6.2.2 Diskussion af psykodynamisk ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati.....	54
6.2.3 Diskussion af empatisk nærvær	55
6.3 Diskussion af musikterapi med mennesker med demens i et makro-perspektiv.....	56
6.4 Kritik.....	56
6.5 Diskussion af metode	57
6.5.1 Adaptiv teori.....	57
6.5.2 Autoetnografi	58
6.5.4 Tematisk kodning.....	58
6.5.5 Diskussion af validitet og generalisering.....	58
6.6 Konklusion	59
6.7 Perspektivering.....	60
Litteraturliste.....	61
Bilag	63
Narrativ 1.....	63
Narrativ 2.....	63
Narrativ 3.....	63
Videoptagelser	63
Samtykkeerklæring	63

1 Introduktion

Vi sidder foran spejlet på Grethes badeværelse. Det er mørkt udenfor, og vi sidder stille sammen på det lune badeværelse, fjernt fra resten af verden, som består af 2. salen på plejehjemmet. Det er en god dag i dag, hvor Grethe synger med på "Jeg ved en lærkerede" flere gange. Lige nu taler vi stille sammen. Grethe peger på mig i spejlet, og siger: "Det er min datter". "Er det din datter, er det mig?", svarer jeg. "Ja", siger Grethe, "du kan da se, at det er dig?", imens hun peger i spejlet. "Ja", siger jeg smilende, og lidt efter: "Du er sød Grethe! Du er så sød..". "Ja", siger Grethe stille, og ser lidt frem for sig. Lidt efter tager hun sin hånd op på kinden. Det gør hun ofte, har jeg lagt mærke til. Jeg spejler bevægelsen, og tager også min hånd op på min kind, og mærker hvordan det er. Vi sidder lidt sådan, og kigger i spejlet. Jeg kan mærke, at Grethe er meget tryk ved mig, så jeg tager min anden hånd op på hendes anden kind, og så sidder vi sådan sammen et øjeblik, hvor tiden nærmest står stille, imens jeg aer hendes kind. Jeg kan mærke varme følelser i mit hjerte, der ligesom rækker ud og omfavner Grethe. Jeg føler mig som en mor, der aer sit lille barn. Grethes ansigt slapper fuldstændig af i det øjeblik, hun er fjern i blikket, som om hun ser ind i sig selv, eller ind i en fjern fortid.

1.1 Indledning

Som helt ung arbejdede jeg som afløser på et plejehjem. Her havde jeg mange gode erfaringer med at spille klaver for borgerne med demens, og disse erfaringer var medvirkende årsag til, at jeg søgte ind på musikterapistudiet. På musikterapiuddannelsens afsluttende 4 måneders praktik var jeg på demensafsnittet på Plejecenter Solhøj i Hammel. Her mødte jeg Grethe, som er 89 år og lider af svær demens. I starten af forløbet var det svært at regulere og fastholde Grethe, da hun ofte var agiteret, men i løbet af de 15 sessioner oplevede jeg, at der blev tiltagende flere gode mødeøjeblikke, særligt i forbindelse med spejling af mimik og kropsbevægelser og sang, ligesom det er beskrevet ovenfor. Hen imod slutningen af forløbet blev jeg tiltagende opmærksom på mine egne modoverføringer, og min egen rolle i samspillet, og det har gjort mig nysgerrig på hvilken rolle psykodynamiske processer spiller i forhold til musikterapi med mennesker med svær demens? I praktikforløbet havde jeg desuden meget fokus på nærvær og empati, og jeg oplevede at det var centrale fænomener i forhold til at imødekomme mennesker med demens psykosociale behov, hvilket også bakkes op af litteraturen (Kitwood 1999). Nærvær og empati er fænomener som er oppe i tiden, og ofte nævnes i forbindelse med demensomsorg. Jeg er derfor nysgerrig på hvilken sammenhæng der er mellem en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens og nærvær og empati? Sideløbende med musikterapistudiet har jeg arbejdet med meditation. Min forståelse af nærvær og empati er derfor hovedsageligt oplevelses-orienteret. Terapeutisk nærvær forstår jeg som bevidsthed i en kropslig centrering samtidig med at tankerne falder til ro. Der er både en opmærksomhed indad på mit eget indre, og udad, hvor jeg mærker klienten som helhed. Ofte oplever jeg nærvær som en varme eller strøm fra mit hjerte til klienten, og det er således knyttet sammen med empati. Empati oplever jeg som en fornemmelse af varme og følelsen af glæde, medfølelse, venlighed, hengivenhed eller omsorg, der strømmer fra hjertet.

I praktikforløbet tog jeg udgangspunkt i en psykodynamisk og personcentreret tilgang til musikterapi med mennesker med demens, som bl.a. er inspireret af Kitwood (1999). Det psykodynamiske teorifelt er meget bredt. Til dette speciale har jeg valgt at fokusere på nogle af de psykodynamiske hovedkilder, som har inspireret mig til undersøgelsen, bl.a. C.G. Jung og D.W. Winnicott. Man kan dog problematisere relevansen af at tale om psykologisk udvikling i forhold til mennesker med demens, da de kognitive funktioner er svækkede. De psykodynamiske hovedkilder er desuden udviklet på baggrund af psykoanalysen, der tager udgangspunkt i samtale, hvilket ikke er

muligt med mennesker med svær demens. Så spørgsmålet er, om man overhovedet kan tale om at arbejde psykodynamisk med et menneske, som har en stærkt nedsat kognition? Jeg undrer mig desuden over hvilken rolle mine egne følelser og modoverføringer har spillet i den terapeutiske relation? Hvilken betydning har nærvær og empati i forhold til psykodynamiske processer? Og kan mine erfaringer i forhold til psykodynamiske processer i musikterapi med mennesker med demens evt. generaliseres? Dette vil jeg gerne undersøge i nærværende speciale.

1.2 Disposition

Dette speciale er bygget over seks kapitler. I det første kapitel giver jeg en overordnet introduktion til demens, musikterapi, psykodynamiske perspektiver og nærvær og empati. I andet kapitel laver jeg en teorigennemgang, der kommer ind på demens, musikterapiteorier og psykodynamiske teorier, samt psykodynamiske teorier vedrørende demens. I tredje kapitel gennemgår jeg de anvendte metoder, herunder kvalitativt paradigme, hermeneutik, adaptiv teori, autoetnografi samt tematisk analyse og herunder tematisk kodning. I fjerde kapitel beskriver jeg dataindsamlingen. Data består af to videoklip fra session 11 af i alt 15, og 3 autoetnografiske narrativer, der beskriver forløbet og mine refleksioner i session 2, 11 og 15. I femte kapitel præsenterer jeg analysen, og i sjette kapitel diskuterer jeg resultatet af undersøgelsen, og laver på denne baggrund en konklusion og perspektivering.

1.3 Menneskesyn og værdigrundlag

Mit menneskesyn er præget af en holistisk opfattelse af mennesket hvor krop, psyke og sjæl tilsammen udgør en helhed. Jeg læner mig desuden op ad det humanistiske menneskesyn, som ligger til grund for musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet, hvor krop, sind og ånd forstås som en enhed, som samtidig repræsenterer tre forskellige perspektiver på livet, hvilket er fælles for alle mennesker. Mennesket er samtidig indskrevet i en social og kulturel kontekst. Dette menneskesyn sammenkobles med et behandlingssyn, der anerkender menneskets selvhelende kræfter, som terapien stimulerer. Sundhed involverer i denne forståelse krop, sind og ånd i et komplekst samspil (Bonde 2014, p. 473; Kallehauge 2018). I forhold til mennesker med demens er jeg inspireret af den personcentrerede omsorg, der forsøger at se, anerkende og forstå mennesket bagved sygdommen (Kitwood 1999). Mit menneskesyn bygger grundlæggende på en forståelse af klienten som en ligeværdig person, og jeg ser musikterapi som en form for udveksling, hvor jeg giver noget til klienten, og samtidig får jeg noget igen, fordi jeg lærer noget om mig selv i mødet med klienten.

1.4 Dataindsamlings-kontekst

Jeg har været i praktik på Plejecenter Solhøj i Hammel. Der er 6 afdelinger i huset, med ca. 12 borgere på hver. Jeg har været på demensafsnittet, hvor der i starten af praktikforløbet var 9 borgere med forskellige grader af demens, en med Parkinson, og en borger med en hjerneskade. I midten af praktikforløbet flyttede yderligere 2 mandlige borgere med demens ind. Der er 7 fastansatte på afdelingen: 1 sygeplejerske, 2 sosu-assistenter, og 4 sosuhjælpere. I huset er der desuden aktivitetsmedarbejderne, der har aktiviteter med borgerne ca. 4 gange om ugen, samt ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, køkkenpersonale, frisør, to pedeller, to ledere og en kontordame. Demensafsnittet ligger på 2. sal. Der er en åben opholdsstue, hvor to afdelinger ligger i forlængelse af hinanden, adskilt af et åbent køkken. I opholdsstuen er der et stort TV i hver afdeling, samt adgang til terrasse. Udendørs er der et lille stisystem rundt om huset, med adgang til en lille sansehave. Jeg har hovedsageligt lavet miljøterapi i opholdsstuen, og derudover har jeg haft tre individuelle klienter:

- 15 sessioner med en klient med svær Alzheimers/Vaskulær demens.
- 8 sessioner med en klient med senfølger af en hjerneskade, frem til hans pludselige død.
- 11 sessioner med en klient med svær Lewy Body demens.

1.5 Begrebsafklaring/Valg:

1.5.1 Teori

Jeg har valgt at lægge hovedvægten på ældre psykodynamisk litteratur, som repræsenterer nogle af hovedkilderne indenfor den psykodynamiske tradition, og som er funderede i psykoanalysen og Freuds teorier. Disse teorier har vagt min nysgerrighed, da de tilsyneladende bidrager med megen dybde og substans i det psykodynamiske teorifelt. Man kunne også have lagt hovedvægten på nyere psykodynamiske traditioner, der er mere adfærdsorienterede og neuropsykologisk funderede.

1.5.2 Anvendt terminologi

Beboerne på plejehjemmet omtales som borgere, når der refereres til disse generelt, da det er den term, som anvendes på plejehjemmet. I mit case-eksempel anvender jeg termen "klient", da jeg opfatter alle mine klienter som sådanne. Når der i litteraturen refereres generelt til "patienter", anvendes termen "klienter" for at give opgaven et helhedspræg.

I analysedelen af opgaven har jeg valgt at omtale mig selv som 1. person i de tre narrativer, men i den tematiske kodning og i den videre analyse og diskussion har jeg valgt at omtale mig selv i 3. person som terapeuten, da det giver en lille smule distance til datamaterialet.

1.6 Problemformulering

Med afsæt i casen om Grethe og min egen forforståelse formuleres følgende problemformulering:

- 1) Hvordan kan musikterapi forstås ud fra psykodynamiske perspektiver - med særligt fokus på empati og nærvær - i et forløb med et menneske med demens?
- 2) Hvordan kan psykodynamiske perspektiver - med særligt fokus på empati og nærvær - anvendes i musikterapeutisk klinisk praksis i forhold til mennesker med demens?

2 Teori

I dette afsnit vil jeg først præsentere den litteratursøgning, jeg har foretaget i forbindelse med undersøgelsen. Herefter vil jeg lave en kort introduktion til demens og musikterapi, og derefter laver jeg en gennemgang af udvalgte musikterapeutier, der bl.a. omhandler terapeutisk nærvær og modoverføringer. I næste afsnit vil jeg give en overordnet indføring i psykodynamisk teori, herunder teoretiske hovedelementer fra D.W. Winnicotts objektrelationsteori og et kort udblik til C.G. Jung og betydningen af det ubevidste. Derefter vil jeg behandle begreberne empati og nærvær, hovedsageligt ud fra en spirituel forståelse, og til slut i kapitlet gennemgås nogle psykodynamiske teorier vedrørende demens, herunder personcentreret omsorg.

2.1 Litteratursøgning

Jeg har foretaget en bred systematisk litteratursøgning i søgedatabasen Ebscohost, der er en paraply-database, med søgestrengen "music therapy OR music intervention OR musical therapy AND dementia AND psychodynamic". Denne søgning gav få resultater: 7 i alt fraregnet duplikationer. Jeg vurderede følgende 2 som relevante: Ridder (2007) og Lyons et al. (2018). Søgestrengen blev gentaget på dansk (musikterapi AND demens AND psykodynamisk) med 0 resultater. Derudover kender jeg til et relevant ph.d. studie (Coomans 2016). Resultatet indikerer, at der formentlig ikke findes så mange studier, hvor et psykodynamisk fokus er ekspliciteret i titel eller abstract. Det betyder ikke at den kliniske tilgang ikke har været psykodynamisk. For at kunne sige dette med sikkerhed, bør der foretages en detaljeret systematisk litteratursøgning med flere søgeord og kædesøgning, hvilket ligger uden for dette speciales omfang og tidsramme at lave.

2.2 Demens

Der er 37.575 antal registrerede borgere med demens på 65 år eller derover i Danmark, tallet skønnes dog på baggrund af befolkningsundersøgelser at være væsentligt højere - omkring 87.108. Tallene forventes at stige i de kommende årtier som følge af den stigende middellevetid og voksende gruppe af ældre (Videnscenter for demens 2020). Ifølge Sundhedsstyrelsen får 90 % af mennesker med en demenssygdom psykiske eller adfærdsmæssige symptomer (BPSD – Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), og Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke-medicinsk behandling som førstevalg, herunder at man følger retningslinjerne for personcentreret omsorg, og at man bl.a. tilbyder musikterapi (Sundhedsstyrelsen 2019). En meta-analyse fra 2019 konkluderer ligeledes at ikke-farmakologiske interventioner, herunder musikterapi, reducerer aggression og agiteret adfærd hos mennesker med demens, og er mere effektivt end medicinsk behandling (Watt et al. 2019). En undersøgelse af omsorg og livskvalitet i plejeboligen fra 2012, konkluderer at de ældre i mindre grad eller ikke får dækket deres behov for aktiviteter og socialt samvær i plejebolig, hvilket bl.a. kan medføre agiteret adfærd hos mennesker med demens (Rostgaard et al. 2012). Den aktuelle Corona-epidemi har formentlig ikke forbedret forholdene, og en undersøgelse fra 2020 foretaget blandt medlemmer af Alzheimer-foreningen, viser at de pårørendes bekymringer angående deres nære med demens er steget signifikant i foråret 2020, samt at manglende kontakt med pårørende, tilsyneladende forværrer demenssygdommen (Alzheimerforeningen 2021). Denne undersøgelse er dog ikke repræsentativ for hele befolkningen. Samtidig forskes der i hvordan personale kan efteruddannes i personafstemte musikalske interaktioner (PAMI), i arbejdet med mennesker med demens (PAMI 2021).

Demens er den 4. hyppigste dødsårsag i Danmark. Over 200 forskellige sygdomme kan ledsages af demens eller kognitive funktionsnedsættelser, heraf er Alzheimers sygdom den hyppigste, som

rammer 2 ud af 3 personer med demens. Af andre kan fx nævnes Vaskulær demens, Lewy Body demens og Frontotemporal demens. I det følgende omtales kun Alzheimers sygdom og Vaskulær demens, da kvinden i den præsenterede case har en kombination af disse to sygdomme (Videnscenter for demens 2020).

2.2.1 Alzheimers sygdom

Alzheimers sygdom er en klinisk diagnose, der stilles på baggrund af sygehistorie, symptom billede og undersøgelsesresultater. Der er evidens for at risikofaktorer som hjertekarsygdomme, fx type 2 diabetes, for højt blodtryk og overvægt midt i livet øger risikoen for demens. Andre risikofaktorer kunne være rygning, stillesiddende livsførelse, traumatisk hjerneskade, gentagne depressive perioder samt kort skolegang. Alzheimers sygdom er formentlig ikke arvelig, men forekommer sporadisk, uden kendt årsag.

Alzheimers sygdom er en uhelbredelig neurodegenerativ sygdom. Det typiske gennemsnitlige forløb varer 8-10 år og medfører døden. I nogle tilfælde ses korte forløb på 2 år eller lange forløb på op til 20 år. Symptomer på Alzheimers sygdom er hovedsageligt karakteriseret ved svigtende episodisk hukommelse (nylige begivenheder, indlæring, huske aftaler og gøremål), samt semantisk hukommelse (huske navneord og personnavne). Andre kognitive færdigheder der ofte bliver påvirkede er de sproglige funktioner, koncentrationsevnen, dømmekraften og de visuelt-rumlige færdigheder. Der ses desuden ofte et ændret følelsesliv med fx grådlabilitet, ændret temperament, og symptomer på depression. Alzheimers sygdom medfører ofte en personlighedsændring og adfærdsforstyrrelser senere i forløbet. Til slut i forløbet ses af og til også andre neurologiske symptomer som epilepsi med generaliserede anfald, myoklonier, inkontinens, og lette symptomer på Parkinsons sygdom. Alzheimers sygdom kan ikke helbredes, men behandles medicinsk med kolinesterasehæmmere og NMDA-receptorantagonister, der kan mildne symptomerne og forsinke tempoet i demensudviklingen (Videnscenter for Demens, 2020).

2.2.2 Vaskulær demens

Vaskulær demens er forårsaget af forstyrrelser i hjernens blodkar, det cerebrovaskulære system. Betegnelsen dækker over en bred vifte af sygdomstilstande med det tilfælles, at der ses vaskulære lesioner i hjernen ledsaget af demens. Vaskulær demens kan forårsages af blodpropper, blødninger, småkarssygdom med forandringer i hjernens hvide substans, eller svigtende tilførsel af ilt til hjernen. Tilstanden er ikke neurodegenerativ og vil ikke nødvendigvis udvikle sig. Symptombilledet er meget varieret, da størrelsen og antallet af læsioner, og placeringen i hjernen påvirker graden af demens. Der ses ofte neurologiske udfaldssymptomer som sprogforstyrrelser (afasi), kraftnedsættelse (parese), styringsbesvær, føleforstyrrelser (paræstesier), og defekter i synsfeltet. Flere kognitive funktioner samt hukommelsen skal være påvirket for at få en demensdiagnose. Ved langsom, diffus påvirkning af dybereliggende hjerneområder forårsaget af en gradvis forsnævring af blodkar eller småkarssygdom ses et mere jævnt og langsomt forløb som ved Alzheimers sygdom. Småkarssygdom forårsager en generel træghed, dvs. et langsomt mentalt forarbejdningstempo, koncentrationsbesvær, nedsat initiativ, apati, svigtende overblik, samt svækket dømmekraft. Generelt ses der ofte et ændret følelsesliv med grådlabilitet og depression. Ofte påvirkes evnen til vandladning (urininkontinens) samt gangfunktionen. Nogle gange er forløbet trinvist eller skubvist, og veksler mellem akut sygdomsudvikling og stabile perioder (Videnscenter for Demens, 2020).

2.3 Psykodynamiske musikterapi-teorier

I dette afsnit beskriver jeg overordnet hvordan individuel musikterapi kan anvendes til mennesker med demens (Ridder 2014), og herefter introducerer jeg til to psykodynamiske og analytisk orienterede musikterapiteorier, som er relevante for denne undersøgelse. Hhv. professor i musikterapi I.N. Pedersens (2000) artikel om terapeutisk nærvær, og musikterapeut M. Priestleys (1994) teori om empatisk modoverføring.

2.3.1 Musikterapi med mennesker med demens

Mennesker med demens kan have glæde af både gruppemusikterapi, individuel musikterapi samt miljøterapi. I det følgende fokuseres på individuel musikterapi, da det er denne terapiform, der har været anvendt i denne undersøgelse. Ifølge Ridder (2014) kan individuel musikterapi skabe forudsætninger for at mennesker med demens kan indgå i sociale fællesskaber med andre mennesker, og derved få dækket deres grundlæggende psykosociale behov. Evnen til at forholde sig til musik, er tilsyneladende en af de kognitive funktioner, der bevares længst, fordi musik indgår i mange komplekse neurale netværk i hjernen (Ridder 2014). Ridder har udviklet teorien bag ramme, regulering og relation (Ridder 2014), der er en tilgang til individuel musikterapi med mennesker med demens, der inddrager mange elementer fra personcentreret omsorg (Kitwood 1999). Ifølge Ridder kan musikken anvendes som en ramme, der skaber tryghed og genkendelse, ved at man hver gang gentager en klar og forudsigelig struktur i musikterapien. Dette indebærer fx, at der startes og slutes med de samme sange hver gang. Musikken kan desuden anvendes til at regulere arousal. Mennesker med demens har ofte en lav tærskel for hvornår de bliver overstimulerede, og de kommer derved let ind i en højarousaltilstand med aktivering af det sympatiske nervesystem. En person i lavarousaltilstand vil trække sig helt ind i sig selv, og således afskære sig fra at mærke omgivelserne eller egne behov. Arousalregulering kan fx gøres ved bevidst at bruge musikalske parametre som puls, toneleje, dynamik, melodi, harmonik, klangfarve og form. Man kan desuden anvende sin kropsholdning, stemme, bevægelser og vejtrækning til at regulere arousal op eller ned. Denne tilgang medfører nogle gunstige betingelser for at arbejde personcentreret og relationelt - og gennem positive interaktioner som validering, facilitering og holding kan de psykosociale behov blive dækket, hvilket jeg kommer nærmere ind på i kapitel 2.5.1 om personcentreret omsorg. En forudsætning for at arbejde relationelt er, at man kender mennesket med demens baggrund i forhold til livshistorien og det liv, de lever. Det er derfor nødvendigt at samarbejde med personale og pårørende. Herfra vil jeg gå videre til de mere analytisk orienterede musikterapi-teorier.

2.3.2 Terapeutisk nærvær

Det følgende er baseret på artiklen "Inde-fra eller ude-fra – orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær" af professor i musikterapi I.N. Pedersen (2000).

Et centralt begreb i forhold til terapeutisk nærvær er *disciplineret subjektivitet*, som er et begreb, der stammer fra nyere tysk psykoanalytisk litteratur. Disciplineret subjektivitet kan defineres som "det at være subjektivt tilstede og samtidig medsvingende i forhold til patientens univers" (Pedersen 2000, p. 88). Terapeuten er således ekstra sensitivt tilstede, og kan svinge ind og ud af det fælles felt med klienten. Det er væsentligt, at terapeuten kan sanse det felt, han eller hun er en del af, at terapeuten tager ansvar for ikke at blive overvældet af det sansede, at terapeuten tager ansvar for sin egen indflydelse på det fælles felt, samt at terapeuten forpligter sig på hele tiden at forsøge at forstå de processer, som han/hun er en del af i det fælles felt med klienten. Terapeuten er således aktiveret på mange opmærksomhedsfelter på en gang (Pedersen 2000, p. 88).

Empati er ifølge Pedersen (2000) en væsentlig faktor i terapeutisk nærvær, da empati er en forudsætning for at en integreret dynamisk viden, kan opnås. Empati er nødvendigt, men ikke tilstrækkeligt i forhold til at opnå en professionel empati. Det er væsentligt at terapeuten lærer at være ekstra sensitivt empatisk indefra, og samtidig kan mærke når noget er overvældende, eller ikke ankommer, udefra. Terapeuten skal også forsøge at bevidstgøre eventuelle sansemæssige empathiske fejltolkninger. De empathiske sansemæssige informationer udgør et af de vigtigste musikterapeutiske redskaber i forhold til at kunne være i, forstå, handle og evt. tolke processen, som den udfolder sig i den terapeutiske relation, og særligt i de musikalske aspekter af samværet med klienten (Pedersen 2000, p. 90).

Pedersen (2000) hævder, at forskellige lytteperspektiver kan bruges som redskab i forhold til at orientere sig og indhente information. Et lytteperspektiv kan være, at man lytter til en forgrund, som kan beskrives som klients her og nu tilstand og udtryk, og samtidig lytter man til en baggrund, som kan beskrives som klientens afspaltede realitet, ofte en realitet med meget stærke følelser. Terapeuten lytter således til feltet af spændinger og bevægelser (eller manglen på disse) i polariteten mellem forgrunden og baggrunden. Denne tilgang er udviklet i forhold til musikterapi med klienter, der lider af skizofreni. Pedersen (2000) nævner desuden tre forskellige lytteattituder: 1) En allocentrisk, hvor terapeutens opmærksomhed er rettet mod klientens fysiske fremtoning i rummet, og resonerer med denne, hvilket muliggør at små glimt fra klientens fraspaltede følelser kan komme tilstede i relationen. 2) En lytteattitude hvor terapeuten er i en næsten fysisk gennemtrængende indadrettet, mere primitiv lytteattitude, der både giver en større afstand til klienten, men samtidig giver en større forbundethed på et primitivt plan. 3) terapeuten kan være tilstede i en sansemæssig dobbeltbevægelse, hvor hun svinger mellem at være helt inde i sig selv, og delvist forbundet med klienten i den ene polaritet, og til at være helt åben og receptiv i forhold til klienten, og samtidig være empatisk forbundet med sit indre i den anden polaritet (Pedersen 2000, p. 96). Pedersen kommer desuden ind på de tre imaginære rum: det private rum, det sociale rum og solistrummet, som en metode til at optræne terapeutisk nærvær. Disse uddybes ikke yderligere her. Pedersen konkluderer, at for at både terapeut og klient kan være fuldt tilstede i relationen, "må begge opleve og opleves samt forstå og forstås såvel inde fra som et subjekt med subjektive oplevelser, hvor der lægges vægt på indre psykiske strukturer og oplevelser, selvet, og den indre psykiske dynamik, og - ude fra i interaktion med omgivelserne" (Pedersen 2000, p. 107). Terapeutisk nærvær og professionel empati er, ifølge Pedersen, baseret på sansninger med rødder i de dybeste lag i den indre psykodynamik, og kan fx opleves som en fysisk gennemstrømmende lytteattitude, eller som det inderste centrum i det private rum. Fra dette sted kan det interaktive flow mellem terapeut og klient udfoldes i en fælles dans. Terapeuten er således ikke blot 'sig selv', men er ekstra sensitivt autentisk og beredt på hurtige skift i jeg-tilstand, både i det interaktive følelsesfelt, i bevægelsen mellem forskellige lytteattituder, og i forhold til de tre imaginære rum (Pedersen 2000).

2.3.3 Modoverføring

Der findes mange forskellige definitioner af modoverføringer, og begrebet kan føres tilbage til Freud. Musikterapi-pioner og grundlægger af Analytisk Musikterapi M. Priestley (1994) beskriver foruden Freuds definition af overføringer/modoverføringer, komplimentære identifikationer og empatisk modoverføring. Priestleys eget bidrag i forhold til at beskrive fænomenet er således en definition af modoverføring i forhold til musikterapi, hvilket hun kalder empatisk modoverføring eller e-modoverføring. I det følgende gennemgås Freuds definition af overføringer og modoverføringer samt Priestleys definition af empatisk modoverføring.

Freud (2011/1920) beskriver overføringer som det, at klienten forbinder terapeuten med nogle følelser eller emotioner, der oprindeligt stammer fra tidligere relationer. Dette er et værdifuldt redskab i psykoanalysen, da terapeuten derved har mulighed for at vise klienten, hvorledes klienten kan handle på nye måder. Ifølge Priestley (1994) var Freud ikke ligeså optaget af modoverføringer, som han opfattede som noget negativt, hvilket tydeligt ses af dette citat fra 1910:

We have become aware of the 'counter-transference', which arises in him as a result of the patient's influence on his unconscious feelings, and we are almost inclined to insist that he shall recognize this counter-transference in himself and overcome it (Freud & Strachey 1957/1910, p. 143-144).

I Freuds definition er der altså tale om, at terapeuten reagerer følelsesmæssigt på klientens overføring. Ifølge Priestley (1994) repeterer terapeuten nogle følelser eller emotioner fra sin egen fortid i forholdet til klienten, og der er ofte tale om modoverføringer, hvis terapeuten føler sig emotionelt overvældet, ude af kontrol, eller ikke kan få den aktuelle case ud af hovedet.

Empatisk modoverføring kan, ifølge Priestley (1994), udtrykkes som terapeutens bevidstgørelse af hans fysiske oplevelse af resonans med de ubevidste eller før-bevidste følelser i klienten, fx fysisk eller emotionel smerte. Priestley beskriver denne proces som en ekko-effekt, og betoner, at det er et centralt fænomen i analytisk musikterapi, hvor terapeuten lytter til klientens skjulte følelser, og herefter giver dem tilbage til klienten igennem den improviserede musik, og hvis klienten skønnes klar til det, kan disse følelser evt. verbaliseres efter improvisationen. Empatisk modoverføring kan opleves psykosomatisk, som en fysisk sansning eller tilstand i kroppen, eller det kan opleves direkte gennem terapeutens egne følelser. Ifølge Priestley (1994) kræver det træning, at blive god til at skelne mellem overføringsfænomener og terapeutens egne følelser, men det er væsentligt, at klientens ubevidste følelser har en anden kvalitet end ens egne. Nogle gange står de skarpt, og andre gange er de mere tågede og vanskelige at få øje på. Empatisk modoverføring er et komplekst fænomen, der, ifølge Priestley (1994), både fordrer en stor følelsesmæssig sensitivitet og klarhed i tanken hos terapeuten, hvilket følgende citat illustrerer meget godt:

The therapist's e-countertransference depends on his sensitivity and his freedom to experience the incoming emotions. But his ability to formulate it consciously and use it to the benefit of his patient depends on his clarity of thinking. If he becomes flooded by his patient's repressed emotion and unable to think and interpret in the face of it, he will be in a very bad way indeed, extremely uncomfortable, and with the therapy in a total static state (Priestley 1994, p. 90).

2.4 Psykodynamisk teori

I dette afsnit vil jeg give en overordnet indføring i psykodynamisk teori, herunder teoretiske hovedelementer fra D.W. Winnicotts objektrelationsteori (Winnicott 2019/1965; 2003/1971; 1997/1987; Davis & Wallbridge 1988), og et kort udblik til C.G. Jung og betydningen af det ubevidste (Jung 1989/1933; Jung et al. 1991/1964; Jacobi 1987). Derefter vil jeg behandle begreberne empati og nærvær, som de kan forstås ud fra J. Bertelsens teori (Bertelsen 1984; 1999), der giver en spirituel forståelse af begreberne.

2.4.1 Winnicotts objektrelationsteori

Børnelæge og psykoanalytiker D. W. Winnicott betegnes som objektrelations-teoretiker, da han som en af de første psykoanalytikere efter Freud, beskrev udvikling, som noget der sker i samspil med omverdenen. Winnicott har aldrig formuleret en samlet eller sammenhængende teori, og hans forfatterskab består således af mange artikler, radioforedrag og bøger, hvor forskellige teorielementer er anvendt. Det er ikke tydeligt hvilke kilder Winnicott henter sin inspiration fra, og hans teorier

kritiseres for dette (Davis & Wallbridge 1988). Winnicott Publications Committee, der blev stiftet i 1975, har sidenhen udgivet en samlet introduktion til Winnicotts teorier, forfattet af Davis & Wallbridge (1988). I dette teorigennemgang anvendes Davis & Wallbridge (1988) til at give en helhedsforståelse af Winnicotts begreber, og denne kilde supplerer de anvendte hovedkilder af Winnicott (2019/1965; 2003/1971; 1997/1987). I det følgende beskrives centrale teoretiske elementer hos Winnicott, der skønnes at have relevans for dette speciale: Selvet og Jeg'et; mor-rolle: den gode nok mor, herunder holding, håndtering og objektpræsentation; spejling; det falske selv; samt terapeutisk anvendelse af Winnicotts teorier.

2.4.1.1 Selvet og Jeg'et

De grundlæggende hypoteser hos Winnicott omhandler selvet og jeg'et. Barnets emotionelle udvikling henviser hos Winnicott til selvets tilblivelse. Selvet er på den ene side uadskilleligt fra kroppen og biologien, og på den anden side beskriver det overordnet psykisk sundhed. Det er dog vanskeligt at give en klar definition, da Winnicotts begreb for selvet skifter afhængig af kontekst. Ifølge Winnicott er der således først et "centralt selv" hos det spæde barn, som betegner et potentiale for en identitet, og som senere udvikles til "selvets kerne", hvilket også omtales som "det potentielt sande selv". Ligesom Freuds det, er det centrale selv hos Winnicott kilden til energi og spontanitet. Winnicott anerkender det-drifterne hos Freud, herunder seksualitet og aggression, men de har ikke samme betydning; hos Winnicott tjener de modningsprocesserne. Winnicott har hovedsageligt beskæftiget sig med at udbygge Freuds jeg-psykologi (Davis & Wallbridge 1988, p. 40-41). Jeg'et hos Winnicott henviser til den organisation i barnet, der med tiden udvikler sig til et selv: "Gennem jeg'et samles komponenterne i den medfødte konstitution stykke for stykke til et begyndende selv. (...) Jeg'et er tæt knyttet til den neurofysiologiske udvikling, til perceptionen og udvikling af intellekt, erindring og erkendelse, som bliver det enkelte individs forbundsfæller, når det skal orientere sig i en verden uden for selvet" (Davis & Wallbridge 1988, p. 42).

2.4.1.2 Mor-rolle: Den gode nok mor

Et centralt begreb hos Winnicott er 'den gode nok mor', dvs. en mor der yder en tilstrækkelig jeg-støtte til at barnets jeg kan udvikle sig. Moderens jeg overføres således til barnets, og hun er kun i stand til at støtte det, hvis hun kan vende sig mod det i en omfattende optagethed af barnet. Imens barnet ligger i morens mave, har den gravide mor en voksende identifikation med barnet, hvor hun forestiller sig barnet som et indre objekt. Moderens indstilling til barnet er præget af velvilje samt en evne til at flytte interessen fra hende selv til barnet, hvilket Winnicott kalder 'den primære moderlige optagethed'. I denne fase er moderen meget sårbar. Den normale mor identificerer sig ikke med sit barn for længe, men i det tempo som barnet tillader det, genvinder hun sin selv-interesse, hvilket fungerer som en naturlig fravænningsproces. Der er således en forståelse af udvikling hos Winnicott, som går fra fuldkommen afhængighed, til relativ afhængighed, til begyndende uafhængighed i barnets første leveår. Når et mor-barn forhold fungerer godt, vil barnets jeg være meget stærkt, fordi det støttes på alle måder: "Barnets forstærkede og derfor stærke jeg er i stand til meget tidligt at organisere forsvar og udvikle mønstre, der er både personlige og stærkt farvede af medfødte tendenser" (Winnicott 2019/1965, p. 28). Barnets emotionelle udvikling indeholder overordnet tre dele: selvets integration, psykens forankring i kroppen og objektrelatering. Den gode nok mor varetager en omsorg for barnet, der overordnet består af tre dele, og som svarer til barnets tre emotionelle udviklingsområder: 1) Holding, 2) Håndtering, 3) Objektpræsentation.

- (1) Holding relateres til moderens evne til at identificere sig med barnet, og danner grundlag for det, der senere bliver et selv-oplevelende væsen. Holding starter og fortsætter med den fysiske

omsorg, der kendetegner fosterstadiet, og funktionen af holding er at give barnet jeg-støtte på den absolutte afhængigheds stadium. Integration og udvikling af Jeg-tilknytning er afhængig af en god-nok holding. I starten hvor fysiologi og psykologi ikke er adskilte, omfatter holding især at barnet fysisk bliver båret med kærlighed. Senere udvides det til at omfatte hele den omsorg fra omverdenen, der går forud for begrebet at leve sammen som adskilte personer (Davis & Wallbridge 1988, p. 105-106). En tilfredsstillende holding vil sige en tilpas mængde omsorg, oplevet gennem reaktionerne på manglende holding. Mangelfuld holding fremkalder en stor sorg hos barnet, og kan medføre en følelse af at falde fra hinanden, følelsen af at falde i det uendelige, følelsen af at den ydre virkelighed ikke kan berolige, samt angst der normalvis betegnes som psykotisk (Winnicott 2019/1965, p. 30).

- (2) Håndtering er et aspekt af holding, der henviser til den fysiske håndtering af barnet. Hvis barnet håndteres på en god måde, vil det opleve at acceptere kroppen som en del af selvet, og føle en sammenhæng mellem selv og krop, hvor selvet bebor kroppen fuldt ud (Davis & Wallbridge 1988, p. 108). Som Winnicott skriver: "håndtering medfører en oplevelse af virkelighed modsat uvirkelighed" (Winnicott 2019/1965, p. 30). Mangelfuld håndtering kan hindre udviklingen af en sund muskel-tonus, koordination, samt barnets evne til at nyde kropsfunktionen og fornemmelsen af at være til (Winnicott 2019/1965, p. 30).
- (3) Objektpræsentation omfatter både begyndelsen til et forhold mellem mennesker, og introduktionen til en fælles virkelighedsverden. Til en start henviser begrebet til moderens præsentation af sig selv overfor barnet. I den primitive begyndelse skaber barnet moderen og moderens omsorg, og dette muliggøres ved at moderen gør det rigtige på det rigtige tidspunkt (Davis & Wallbridge 1988, p. 111). Objektpræsentation eller virkeliggørelse henviser altså til at virkeliggøre barnets kreative impuls, og denne proces igangsætter barnets evne til at relatere til objekter (Winnicott 2019, p. 30). En mangelfuld objektpræsentation blokerer for barnets oplevelse af at føle sig virkelig i forhold til den ydre verden af objekter og fænomener (Winnicott 2019/1965, p. 30).

En god nok holding og håndtering skaber et psykisk grundlag for barnets videre emotionelle udvikling, og dårlig holding medfører gentagne afbrydelser i den emotionelle udvikling, fordi barnet reagerer på moderens mangelfulde tilpasning. Børn husker ikke oplevelsen af at være blevet holdt godt, de husker kun den traumatiske oplevelse af ikke at være blevet holdt godt nok, hvilket Winnicott betegner som en krænkelse af barnet (Winnicott 1997/1987). Det spædbarn i de tidlige afhængighedsstadier, reagerer med stor angst, hvis det lades alene. Winnicott beskriver denne tilstand som "at gå i stykker. At blive ved med at falde. At dø og dø og dø. At miste enhver antydning af håb om fornyet kontakt (Winnicott 1997/1987, p. 97)." Men med god omsorg og pleje forvandles disse følelser til gode oplevelser, og danner grundlag for barnets tillid til verden. At gå i stykker bliver til afslapning og hvile. At falde uendeligt bliver til glæde og spænding ved at blive båret. At dø og dø og dø bliver til en fornemmelse af at være i live. At miste håbet om kontakt bliver til en tillid til, at der altid er nogen, der bekymrer sig om barnet (Winnicott 1997/1987, p. 98).

2.4.1.3 Spejling.

I den individuelle emotionelle udvikling fungerer moderens ansigt som forløber for spejlet. Winnicotts påstand er, at i de tidlige stadier af barnets emotionelle udvikling spiller omgivelserne en betydelig rolle, da spædbarnet endnu ikke har udskilt omgivelserne fra sig selv: "Der sker en gradvis udskillelse af ikke-mig fra mig, og hastigheden varierer alt efter spædbarnet og dets omgivelser. De væsentligste

forandringer finder sted i forbindelse med udskillelsen af moderen som et objektivt perciperet træk ved omgivelserne. Hvis der ikke er nogen til at være mor, bliver barnets udviklingsopgave uendelig kompliceret" (Winnicott 2003/1971, p. 169). Når et spædbarn, der ligger ved brystet, ser sig omkring, vil det betragte moderens ansigt, og Winnicott hævder, at barnet samtidig ser sig selv. Sagt på en anden måde ser moderen på barnet, og den måde hun ser ud på er relateret til det, hun ser. Hvis moderens ansigt ikke afspejler barnet, men i stedet udtrykker sin egen sindsstemning eller rigiditeten i sit eget forsvar, så får barnet ikke det tilbage, som det giver, hvilket kan have vidtrækkende konsekvenser for barnets emotionelle udvikling (Winnicott 2003/1971, p. 170-171). Winnicott giver nogle billeder på betydningen af spejling: Når en normal pige ser sig i spejlet, forvisser hun sig om at moderbilledet er der, og at moderen ser hende. Og en mand som forelsker sig i skønheden ved en kvinde, er meget forskellig fra den mand som elsker en pige, og føler, at hun er smuk (Winnicott 2003/1971, p. 172). Winnicott giver desuden et eksempel på en kvinde han kendte, som fungerede fint udadtil, var gift og havde fire drenge. Men bag facaden var kvinden på nippet til en depression, og hver morgen vågnede hun i en fortvivlet tilstand, som opløste sig efter noget tid. Når hun stod op, vaskede sig og klædte sig på, kunne hun lægge ansigtet i de rette folder, og kunne møde verden og hendes forpligtelser overfor sin familie. Senere udviklede hun som reaktion på en ulykke en kronisk depression, der udviklede sig til en kronisk fysisk sygdom. Denne kvinde fungerede, ifølge Winnicott, som sin egen mor, der måtte bruge spejlet til at lægge mærke til og godkende sig selv. Det ville måske have været en lettelse for denne kvinde at have en datter, men en datter ville samtidig have haft meget stor betydning i forhold til at korrigere kvindens usikkerhed vedrørende hendes egen mors syn på hende (Winnicott 2003/1971, p. 172-173).

2.4.1.4 Det falske selv

Det falske selv er et begreb hentet fra psykoanalysen, som Winnicott har beskæftiget sig indgående med. Begrebet indebærer også det sande selv. Det falske selv fungerer som et forsvar af det sande selv, og ses ofte i forbindelse med psykisk sygdom. Udviklingen af det falske selv sker allerede i spædbarnstiden, hvis moderen ikke har været i stand til at være en god-nok mor i forhold til objektpræsentationen på det absolutte afhængigheds stadium:

Den gode-nok mor tager imod spædbarnets omnipotens og giver den til en vis grad mening. Dette gør hun igen og igen. Et sandt selv begynder at få liv gennem den styrke, det svage jeg får, når moren bestyrker spædbarnet i dets omnipotente tilkendegivelser. Hvis moren ikke er god-nok, kan hun ikke bekræfte barnets omnipotens, og ofte lykkes det hende ikke at opfange dets ytringer; i stedet sætter hun sine egne handlinger, og de får mening gennem barnets føjelighed. Denne føjelighed fra barnets side er første stadie af det falske selv, og den hænger sammen med morens manglende evne til at opfatte sit barns behov (Winnicott 2019/1965, p. 188-189).

Winnicott klassificerer forskellige organiseringer af det falske selv på et spektrum fra yderlighed (1) til sundhed (5):

- 1) (Yderlighed) Det falske selv etableres som ægte, og iagttageren opfatter det som den virkelige person. I samlivsforhold, arbejdsforhold og venskaber begynder det falske selv dog at svigte, da det har nogle mangler i forhold til det hele menneske.
- 2) (Mindre radikalt) Det falske selv forsvaret det sande selv, men det sande selv er anerkendt og lever et hemmeligt liv. Her fungerer klinisk sygdom som en organisering med et positivt sigte, nemlig beskyttelsen af individet på trods af abnorme miljømæssige forhold.
- 3) (Nærmere sundhed) Det falske selv har til opgave at lede efter betingelser for at det sande selv kan udfolde sig. Hvis disse betingelser ikke viser sig, må der organiseres et nyt forsvar, og hvis

der er tvivl, er det kliniske resultat selvmord. Selvmord fungerer som en destruktion af det totale selv for at undgå tilintetgørelsen af det sande selv. Hvis selvmord er det eneste tilbageværende forsvar af det sande selv, må det falske selv organisere selvmordet. I denne proces bliver det falske selv tilintetgjort, men det har ikke længere en funktion, da dets opgave er at beskytte det sande selv.

- 4) (Endnu nærmere sundhed) Det falske selv bygger på identifikationer med andre.
- 5) (Ved sundhed) Det falske selv fremstilles som høfligt og velopdraget, og har til formål at skjule de ægte følelser, da individet har måttet undvære oplevelsen af omnipotens og primærprocessen (Winnicott 2019/1965, p. 185-186).

2.4.1.4 Terapeutisk anvendelse af Winnicotts teorier

Winnicott har den tese, at man i terapi forsøger at genskabe den naturlige proces, hvor mor og barn interagerer med hinanden. Terapeutens funktion er ligesom moderens, at være et spejl for klienten, der kan give klienten det tilbage, som denne kommer med (Winnicott 2003/1971). Som terapeut involverer man sig i klienten, og denne proces ligner den måde moderen involverer sig i sit barn. Først er man sårbar, ligesom moderen, man identificerer sig med klienten, der er midlertidigt afhængig af terapeuten. Man ser klientens falske selv, man ser begyndelsen til et nyt sandt selv – et ægte selv med et jeg, der er stærkt pga. den jeg-støtte, som man som terapeut tilbyder. Hvis det går godt, vil et nyt barn opstå, hvis jeg kan opretholde et forsvar mod angsten for det-impulser og erfaringer. Dette nye menneske er i stand til at leve et uafhængigt liv (Winnicott 2019/1965, p. 31).

2.4.2 Jung og det ubevidste

C.G. Jung (1875-1961) der var psykoanalytiker og elev af Freud har beskrevet en omfattende teori om menneskets ubevidste og individuationsprocessen, som alle mennesker gennemgår. Dette teoriafsnit er hovedsageligt baseret på "Jungs Psykologi" af Dr. Phil. J. Jacobi (1987), som har været medlem af C.G. Jung-instituttets bestyrelse siden dets begyndelse. I forordet til denne bog skriver Jung, at Jacobi i denne bog har skabt en kort gennemgang af alle væsentlige punkter i hans teori. Jeg har desuden anvendt "Mennesket og dets symboler" (Jung et al. 1991/1964), der er forfattet af Jung og hans nærmeste elever. Disse bøger giver et godt samlet overblik over Jungs omfattende teorier, og suppleres med citater fra "Jeg'et og det ubevidste" af Jung (1989/1933).

Individuationsprocessen er noget som alle mennesker gennemgår – bevidst eller ubevidst – og som bl.a. udspiller sig i mønsteret af drømme fra det ubevidste. Jung skelner mellem det personligt og kollektivt ubevidste, og selvet betegnes som personlighedens sjælelige centrum hvorfra drømmene udgår. Jeg'et er i Jungs teori blot en lille del af personligheden (Jung et al. 1991/1964). Gennem individuationsprocessen sker der en modning af personligheden, som er spontan, naturlig og autonom, og enhver har sin egen individuelle proces, der ligger som et potentiale i alle menneskers bevidsthed. Det er dog de færreste som er bevidste om dette potentiale. Individuation betyder "at blive til enkeltvæsen (individ) og, (...) at blive til ens eget selv. Man kunne derfor også oversætte 'individuation' ved 'selvvirkeliggørelse'" (Jung 1989/1933, p. 73). Man bliver ikke 'selvisk', men opfylder blot sin egenart. Igennem psykoterapeutisk praksis kan denne proces stimuleres, intensiveres og gøres bevidst, således at man med tiden opnår større fuldstændighed eller en afrunding af sit væsen. Til slut i individuationsprocessen når man ind til kernen, dvs. selvet, og der er visse lovmæssigheder i forløbet som indbefatter forskelligt arketyperiske symboler: Skyggen, Anima og Animus, det åndelige og materielle principps arketyper, samt selvet (Jacobi 1987, p. 128).

Personlighedens helhed er således opnået, når modsætningsparrene bevidsthed og ubevidsthed knyttes sammen, og står i et levende forhold til hinanden. Det ubevidste vil dog altid

indeholde den største mængde af energi, da det aldrig kan gøres fuldstændig bevidst (Jacobi 1987, p. 127).

Jung omtaler selv sine vanskeligheder ved at udforme en generaliserbar teori, da man kun kan beskrive den relativt typiske udformning (Jung et al. 1991/1964; Jung 1989/1933). I det følgende beskrives tre af de gennemgående arketyper hos Jung: Personaen, skyggen og selvet, da disse arketyper ses i analysen, kap 5.

2.4.2.1 Personaen

Persona er, ifølge Jung, et udsnit af jeg'et, dvs. den del der er vendt imod omverdenen (Jacobi 1987). Persona betyder 'maske' og består af den bevidste personlighed, som i virkeligheden er et mere eller mindre vilkårligt udsnit af kollektivpsyken. Personaen er altså ikke et virkeligt udtryk for individualitet: "I grunden er persona intet "virkeligt". Den er et kompromis mellem individ og samfund om, hvordan "man" bør være" (Jung 1989/1933, p. 52). En rigtigt fungerende persona må tage tre faktorer i brug: 1) Jeg-idealet, dvs. det ønskebillede som ethvert menneske bærer i sig, og gerne vil handle efter. 2) Omverden-idealet, dvs. det almindelige billede, som omverdenen danner sig af et menneske i forhold til dens ideal og smag. 3) de fysiske og psykiske vilkår, som begrænser virkeliggørelsen af jeg-idealet og omverden-idealet. Hvis en eller to af disse faktorer udelades eller ignoreres kan persona ikke løse sin opgave til fulde, og vil blive en hindring for personlighedens udvikling, frem for at fremme den. Der hører således ikke kun psykiske egenskaber til persona, men også omgangsformer og ydre fremtoning som fx holdning, gang, frisure, ansigtsrynker og grimasser, smil, suk og meget andet. Hvis et menneske er godt tilpasset til verden både den ydre og indre, så fungerer persona som en elastisk 'beskyttelsesmur', som sikrer en naturlig omgang med verden. Men det er også muligt at skjule sin sande natur bag en tilvant tilpasningsform, som så stivner og bliver mekanisk, dvs. en egentlig påtaget maske, bag hvilken individualiteten og det sande væsen langsomt degenererer og kvæles. Hvis denne proces intensiveres, kan det i yderste tilfælde medføre psykiske kriser og lidelse (Jacobi 1987, pp. 52-56).

2.4.2.2 Skyggen

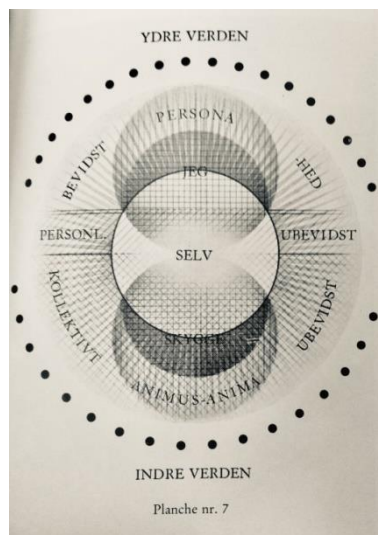
Jung omtaler bevidstgørelsen af skyggen som et centralt element i individuationsprocessen. Skyggen henviser til den ubevidste del af psyken, som ofte fremtræder i personificeret form i drømme. Skyggen er dog kun en del af det ubevidste, og den repræsenterer de ukendte kvaliteter eller egenskaber hos jeg'et, som ligeså godt kunne være bevidste. Der kan også indgå kollektive faktorer i skyggen, som dirigerer individets liv fra en ydre kraftkilde. I mødet med skyggen vil individet ofte opleve de egenskaber og drifter, som denne person plejer at nedvurdere hos andre, fx egoisme, griskhed, dovenskab, urealistiske fantasier, intrigespil mm. I drømme og myter kommer skyggen ofte til stede som en person af samme køn som drømmeren, og den tydeliggør vanskelige og subtile etiske problemer for drømmeren (Jung et al. 1991/1964, p. 168-169).

2.4.2.3 Selvet

Efter mødet med skyggen, integration af Anima og Animus og forholdet til ånd og natur er klarlagt, fremtræder individuationsprocessens ideelle mål: selvet eller selv-virkeliggørelsen. Individuationsprocessen forløber aldrig uden kriser, da det opleves som overvældende at åbne op til det ubevidstes indstrømmen i bevidstheden, og personaen går delvis i opløsning. Når det ubevidste integreres opstår en ny ligevægt, hvor selvet udgør det nye midtpunkt mellem bevidstheden og det ubevidste: "Fødslen af selvet betyder for den bevidste personlighed ikke kun en forskydning af dens

hidtidige psykiske tyngdepunkt, men som følge deraf også en totalt forandret livsindstilling og livsopfattelse, altså en 'forvandling' i ordets sandeste betydning" (Jacobi 1987, p. 147). Jacobi (1987) har tegnet en model over menneskets totale psykiske indhold, hvor selvet som ovenfor beskrevet, udgør centrum, og denne model vises herunder, da den giver et godt overblik over Jungs forståelse af den menneskelige psyke.

Figur 1: Planche nr. 7 af Jacobi (1987)



Ifølge Jung, medfører integration af selvet ikke et ophør af lidelse. Lidelse hører med til livet, og det er kun hvis mennesket forsøger at flygte fra lidelsen, at sygdom og komplekser opstår. Jung skelner i denne sammenhæng mellem undertrykkelse og fortrængning, hvor fortrængning medfører neuroser, og således er psykens forsøg på at undgå lidelse, hvor undertrykkelse mere har med tilpasning at gøre; den er en moralsk afgørelse, som Jung udtrykker det (Jacobi 1987, p. 148). Ifølge Jung (1989/1933) udgør selvet den yderste grænse, vi kan erkende med vores bevidsthed, og selvet kan ikke bevises videnskabeligt, da det kun er muligt for jeg'et at få en fornemmelse af selvet:

Med fornemmelsen af Selvet som noget irrationelt, udefinerbart værende, som Jeg'et ikke står i modsætning til og ikke er underkastet, men er knyttet til, og om hvilket det på en vis måde roterer, ligesom jorden om solen, er individuationens mål nået. Jeg bruger ordet "fornemmelse" for dermed at karakterisere den perceptoriske karakter af forholdet mellem Jeg og Selv. I dette forhold kan intet erkendes, thi vi evner intet som helst at udsige om Selvets indhold. Det eneste indhold af Selvet, vi kender, er Jeg'et (Jung 1989/1933, p. 155).

2.4.3 Empati og nærvær

Der findes mange teoretiske definitioner af empati, hvor det er væsentligt at nævne Carl Rogers (1902-1987), der har grundlagt klient-centreret terapi, der også udgør inspirationskilden til klient-centreret omsorg (Kitwood 1999). Rogers har bl.a. bidraget med forståelsen af empati som en vigtig komponent i klient-terapeut forholdet (Rogers 1957). Af nyere definitioner kan bl.a. nævnes den neuroaffektive forståelse af empati, som en neurologisk proces forårsaget af spejlneuroner (Hart 2019). Det er ikke hensigten med dette speciale at give en udførlig beskrivelse af disse definitioner, eller diskutere deres gyldighed. I det følgende beskrives den definition som Dr. Phil. i idehistorie J. Bertelsen (1984; 1999) giver.

Dr. Phil. i idehistorie Jes Bertelsen, der er forfatter og stifter af Vækstcenteret, beskriver empati som et aspekt af den personlige udvikling, der udfolder sig i relation med andre, og som er udstrømmende fra hjertet. De empatiske følelser anskues som et spektrum, der omfatter taknemmelighed, medfølelse, tillid, kærlighed, omsorg, nænsomhed, religiøs eller spirituel åbenhed, hengivelse og hengivenhed (Bertelsen 1999, p. 59). Forfinelsen og udfoldelsen af disse følelser finder sted i det enkelte menneskes konkrete liv i relation med andre mennesker, hovedsageligt i forhold til forældre, børn, samlevere og venskaber. De empatiske følelser udstrømmer fra hjertet, og igennem nuancering af de empatiske følelser, kan der ske en modning af hjertet, hvor jeg'ets grundlæggende behov for tilfredsstillelse, fx i forhold til bolig, arbejde, penge, seksualitet, lyst og emotionel udfoldelse, træder lidt til side (Bertelsen 1999).

Nærvær defineres af Bertelsen (1984; 1999) som bevidsthed, ånd eller lys. Målet for en udviklingsproces er, ifølge Bertelsen, at mennesket vågner op og kommer til stede: "Normalt sover vi; vi tager forbehold, reserverer os, vi er kun halvt eller kvart til stede. Vi drømmer, forbedrer i tankerne og fantasien situationen, vi ønsker os andre steder hen, ønsker det, der er anderledes (Bertelsen 1984, p. 137)." Bertelsen (1984) hævder, at man kun kan være nærværende, hvis jeg'et træder til side. Jeg'et er i Bertelsens forståelse blot et trin på vejen fra barnets ubevidsthed til et udfoldet menneskes vågne, jeg-løse bevidsthed. Jeg'et er således ikke centrum for den vågne bevidsthed (selvet), men det er et midlertidigt og nødvendigt centrum, så længe selvet sover (Bertelsen 1984).

Efterhånden i menneskets individuationsproces flyder nærvær og empati mere sammen, men til en start er de mere adskilte. For den duale almindelige bevidsthed er hjernen og hjertet klart og fysisk adskilt. Tænkningen har til huse i hovedet, mens kærlige følelser menes at høre til i hjertet. Opmærksomhed og vågenhed er ikke nødvendigvis kærlighedsfulde, og kærlige følelser er ikke nødvendigvis det mest tankemæssigt klare, vi kender til. Men som individuationsprocessen udfolder sig, begynder kærlighed og opmærksomhed at smelte sammen. I den nonduale tilstand, som Ifølge Bertelsen (1999), er individuationsprocessens mål, er opmærksomheden medfølelse, og det er ikke muligt at adskille de to (Bertelsen 1999). Det giver derfor mening at tale om empatisk nærvær som et begreb der beskriver en uspecifik blanding af begge fænomener – med reference til analysen, kap. 5.

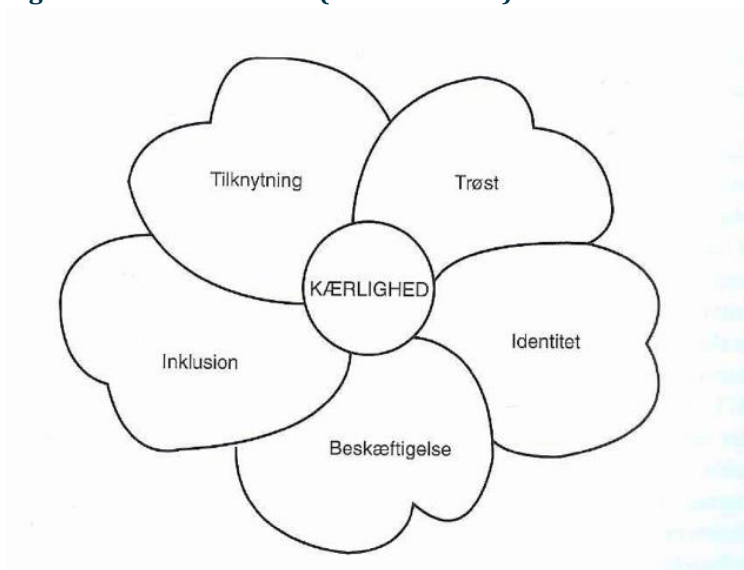
2.5 Psykodynamiske teorier vedrørende demens

I dette afsnit vil jeg lave en overordnet gennemgang af Personcentreret omsorg, der er udviklet af psykolog og forsker T. Kitwood (1999), samt en artikel af psykolog K. Wogn-Henriksen, der beskriver forskellige overordnede psykodynamiske perspektiver på demens, samt hvorledes de kan anvendes i praksis (Wogn-Henriksen 1995).

2.5.1 Personcentreret omsorg

Psykolog og forsker T. Kitwood (1999) har udviklet personcentreret omsorg, som er en udbredt omsorgsfilosofi i forhold til mennesker med demens. Personcentreret omsorg er inspireret af psykolog Carl Rogers (1902-1987), der har grundlagt den humanistiske tilgang til psykologi, der kaldes klientcentreret terapi. I personcentreret omsorg er personen i centrum, og der tages bl.a. højde for personlighed, livshistorie og patologi. Kitwood (1999) har udpeget fem psykosociale behov, der overlapper hinanden, og bindes sammen af behovet for kærlighed. Disse behov findes antageligvis hos alle mennesker, men de er ofte mere udtalte hos mennesker med demens, der er mere sårbare, og kan have vanskeligt ved at tage initiativ til at få disse behov dækket. Behovsmønsteret er individuelt og afhænger af livshistorie og personlighed, og ofte øges intensiteten i forhold til at få opfyldt disse behov, i takt med den kognitive svækkelse. Kitwood (1999) har lavet en model for disse behov:

Figur 2: Kitwoods blomst (Kitwood 1999)



Trøst: Kitwood definerer trøst som ømhed, nærvær, lindring af smerte og sorg, beroligelse for ængstelighed, samt den tryghedsfølelse der ligger i at være tæt på en anden. "At trøste et andet menneske er at sørge for den varme og styrke, som kan sætte vedkommende i stand til at holde sammen på helheden, når denne er i fare for at bryde sammen" (Kitwood 1999, p. 90)

Tilknytning: Med tilknytning henvises til Bowlbys teori (1979, her refereret fra Kitwood 1999) vedrørende spædbarnets behov for tilknytning, særligt i livets første år. Kitwood (1999) antager, at behovet for tilknytning hos den demente varer ved, og måske er ligeså stærkt som hos et lille barn.

Inklusion: Behovet for inklusion ligger indbygget i menneskets sociale natur. Kitwood hævder, at behovet for inklusion kommer akut op til overfladen hos mennesker med demens, og ofte viser sig i form af opmærksomhedssøgende adfærd, en tendens til klamren eller flagren omkring, eller som protest eller sammenbrud. Hvis dette behov ikke dækkes, vil personen med demens sandsynligvis gå i forfald og trække sig tilbage, indtil det er fuldkommen isoleret fra andre (Kitwood 1999, p. 91).

Beskæftigelse: At være beskæftiget vil sige at være involveret i livet på en meningsfuld måde, der trækker på den enkeltes evner og kræfter. Det modsatte er apati, kedsomhed og nytteløshed. Dette behov er stadig aktuelt for et menneske med demens.

Identitet: At have en identitet vil sige at vide hvem man er, både kognitivt og følelsesmæssigt. Der er en følelse af kontinuitet med fortiden, og et narrativ at berette for andre. Der kan gøres meget for at opretholde identiteten ved kognitiv svækkelse, bl.a. ved at have et detaljeret kendskab til livshistorien, og derved hjælpe personen med demens med at opretholde sin identitet. Det er også væsentligt som omsorgsperson at have empati (Kitwood 1999, p. 92).

2.5.1.1 Positive interaktioner

I personcentreret omsorg stiller man sig selv til rådighed i en relation gennem forskellige former for positive interaktioner. Kitwood har udarbejdet en foreløbig liste, som er bygget på observationsmetoden "Dementia care mapping" (Kitwood 1999, p. 99). Disse interaktioner oplystes herunder:

- ✚ **Anerkendelse:** At anerkende den demente som en person med navn og som et enestående væsen. Anerkendelse behøver ikke være verbal, men kan ske gennem at lytte eller have øjenkontakt.
- ✚ **Forhandling:** At konsultere den demente i forhold til at forstå dennes ønsker, præferencer og behov.
- ✚ **Samarbejde:** Vigtigt også i omsorgssammenhæng med den demente, og involverer den dementes eget initiativ og evner.
- ✚ **Leg:** Leg har ikke et bestemt formål ud over aktiviteten, men en øvelse i spontan selvudtrykkelse og en oplevelse, som har værdi i sig selv.
- ✚ **Timalering:** Refererer til sanselige former for interaktion, fx massage.
- ✚ **At feste:** Her refereres til hvert øjeblik, hvor livet er glædeligt, og udfoldes i interaktion med en anden. Mange mennesker med demens bevarer evnen til at feste, og i denne form for interaktion forsvinder skellet mellem omsorgsgiver og dement næsten, for alle er opfyldt af den samme stemning. Egoets grænser bliver diffuse, og selvet ekspanderer, hvilket beskrives som åndelighed i nogle mystiske traditioner.
- ✚ **Afslapning:** denne interaktion har det laveste tempo og intensitet. Mange mennesker med demens kan kun slappe af sammen med andre mennesker eller ved direkte kropskontakt.

Kitwood omtaler desuden tre interaktionsformer, der er psykoterapeutiske:

- ✚ **Validering:** Et psykoterapeutisk begreb med en lang forhistorie. Betyder at "gøre stærk eller robust", og refererer til at validere en andens oplevelse ved at acceptere virkeligheden og kraften, der ligger bag ved udsagnet, dvs. validere den "subjektive sandhedsværdi". I denne tilgang anerkender man personens følelser og emotioner, og responderer på et følelsesmæssigt plan, hvilket indbefatter en høj grad af empati. Man forsøger således at forstå mennesket med demens' referenceramme i sin helhed, selv om den kan være kaotisk eller paranoid.
- ✚ **Holding:** Holding refererer i psykologisk forstand til det at tilbyde et trygt psykologisk rum eller "beholder", hvor skjulte traumer, konflikter og sårbarhed kan afdækkes. En tryk oplevelse af holding kan medføre, at personen får en oplevelse af at ødelæggende negative emotioner kan overkommes uden at forårsage et psykisk sammenbrud. Holding kan også referere til fysisk omfavelse.
- ✚ **Facilitering:** Denne form for interaktion minder om samarbejde, men er psykoterapeutisk hvis personenes evne til at handle er næsten væk. Faciliteringsopgaven består i at få en interaktion i gang, forstærke den, og hjælpe personen med at fylde den med betydning (Kitwood 1999, p. 100).

2.5.2 Psykodynamiske bidrag til forståelsen af demens

Psykolog K. Wogn-Henriksen (1995) har skrevet en artikel om "Psykodynamiske bidrag til forståelse af demens". Her gennemgås forskellige perspektiver fra ego-psykologien (Killingmo 1980; Sadvoy 1991; Fry 1989), selv-psykologien (Erikson 1983; Kohut 1977) og objektrelationsteorien (Winnicott 1968), som Wogn-Henriksen sætter i relation til mennesker med demens, baseret på hendes erfaringer fra klinisk praksis. I denne artikel diskuterer Wogn-Henriksen opfattelsen af mennesker med demens, som ofte ensidigt fokuserer på de somatiske og neurologiske aspekter ved sygdommen. Wogn-Henriksen betoner vigtigheden af at se mennesket med demens som et helt menneske, der omfatter det unikke, det menneskelige, mangfoldigheden og livet. Ifølge Wogn-Henriksen er den

subjektive oplevelse og de menneskelige implikationer af den mentale reduktion i forbindelse med demens ikke beskrevet tilstrækkeligt i den tilgængelige faglitteratur, og de psykodynamiske teorier bidrager med vigtig viden, som kan supplere den somatiske og neurologiske forståelse af demens (Wogn-Henriksen 1995).

2.5.2.1 Psykodynamiske bidrag fra ego-psykologien

Egopsykologerne videreudviklede forståelsen af jeg-funktionerne, særligt tilpasningsmekanismen. Demens griber direkte ind i centrale jeg-funktioner, som fx omfatter bevidst tænkning (sekundærprocesser), realitetstestning, motorisk kontrol, sensorisk opfattelse, hukommelse, vurdering, problemløsning, organisering, selviagttagelse, realitetstestning, tilknytning, tolerance overfor negativ affekt, udsættelse af behov, syntetisering af indsigt samt aftrapning af forsvaret (Killingmo 1980, her refereret fra Wogn-Henriksen 1995, p. 137). Hukommelsen er fx tæt knyttet til identiteten, da den er nødvendig for at opretholde bevidstheden om et jeg (Sadvoy 1991, her refereret fra Wogn-Henriksen 1995, p. 137). Som dement bliver man en 'fange i nu'et', hvor de demente, som sygdommen skrider frem, kun husker nøglepersoner og vigtige begivenheder. Til slut ender de med en bevidsthed, som tilsyneladende kun rummer erkendelsen af deres egen fysiske eksistens. Hukommelse er ikke blot en kognitiv funktion, men samtidig en aktiv proces, som er viljes-betonet, og som også omfatter motivation og følelsesmæssige faktorer. Som hovedregel husker mennesker generelt bedst det som opleves som meningsfuldt, vigtigt eller lystbetonet. Mennesker med demens vender ofte tilbage til barndomsminderne, men det behøver ikke kun at være udtryk for en svigtende korttidshukommelse, det kan også være udtryk for en selektiv hukommelse, hvor erindringer, farves, forenkles eller forandres for at opretholde et forsvar, hvilket gælder for alle mennesker (Wogn-Henriksen 1995, p. 139). Wogn-Henriksen beskriver, at som demens-sygdommen skrider frem, øges risikoen for at forsvaret bryder sammen, og der kan ske en regression fra et sekundærproces-niveau (det modne, rationelle) til et primærproces-niveau styret af driftsderivater. En oplevelse af mestring kan hjælpe til en fornemmelse af kontrol, men demens vil i stort omfang svække det gamle menneskes evne til mestring, der fx omfatter evnen til observation, analyse, indsigt, og handlen på et kognitivt niveau, samt accept, forsoning og bearbejdning på et følelsesmæssigt niveau (Wogn-Henriksen 1995, p. 143). For megen passivitet er ikke hensigtsmæssig i denne sammenhæng, da det kan føre til tab af reel og oplevet kontrol (Fry 1989, her refereret fra Wogn-Henriksen 1995).

2.5.2.2 Psykodynamiske bidrag fra selv-psykologien

Selvpsykologerne fremhæver menneskets oplevelse af sig selv som et styrende princip i menneskelig adfærd. Ændringer af selvet, i selvbevidstheden og selvbedømmelsen er vigtige aspekter i alle menneskers liv, også mennesker med demens (Wogn-Henriksen 1995, p. 146). Wogn-Henriksen skriver desuden, at forholdet mellem jeg og selv er komplekst, og har givet anledning til megen diskussion - med reference til Killingmo, der beskriver evnen til selviagttagelse som "evnen til at dele jeg'et i en observerende og en oplevende del (1980, her refereret fra Wogn-Henriksen 1995, p. 146); udviklingspsykologien, der hævder at barnet ikke er født med en selvopfattelse, og at grænsen mellem jeg og ikke-jeg længe er flydende (Erikson 1983, her refereret fra Wogn-Henriksen 1995, p. 146) og Kohut, der har formuleret en teori om selvet, hvor det, jeg og overjeg ses som del af en større helhed, nemlig selvet (Kohut 1977, her refereret fra Wogn-Henriksen 1995, p. 146). Kohut hævder desuden at al psykopatologi kan betragtes som selvforstyrrelse, og livet igennem er selvet under konstant påvirkning, udvikling og udfordring. I vanskelige tider opretholdes selvet ved to slags "selv-cement": 1) Et indre depot af selvstyrke, som er opbygget gennem internalisering af selvobjekternes, især forældrenes støttende funktion under opvæksten. 2) Vores selvopfattelse opretholdes af ydre kilder til

tilfredsstillelse, gennem det daglige samspil med andre, og de betydningsfulde mennesker vi omgiver os med (fx ægtefælle, børn, venner etc.). Hvis disse indre kilder til selvstøtte svigter, kan individet opleve det som at gå i stykker eller fragmenteres med en global disintegrationsangst til følge (Wogn-Henriksen 1995, p. 147). Modgang og nederlag, som ofte følger med demenssygdommen, sætter selvet på prøve, hvor man som dement ofte vil opleve et tab af status og beundring. Nogle demente gentager deres eget navn, hvilket er en markering af ens eksistens, hvis man har en skrøbelig selvopfattelse (Wogn-Henriksen 1995, p. 148). Wogn-Henriksen har erfaret at demente mennesker ofte råber på deres mor og far, hvilket ofte tolkes som en svigtende korttidshukommelse. I et selvpsykologisk perspektiv kan det dog også ses som en hensigtsmæssig tilbagevenden til de indre kilder til selvstøtte, der medvirker til at opretholde en positiv selvopfattelse (Wogn-Henriksen 1995, p. 149). Positive indre billeder gør tilsyneladende demenssygdommen lettere at bære, hvorimod negative indre billeder kan medføre agiteret adfærd (Wogn-Henriksen 1995, p. 150).

2.5.2.3 Psykodynamiske bidrag fra objektrelationsteorien

Objektrelations-teoretikerne er de psykodynamisk orienterede psykologer, der mest direkte har beskrevet de menneskelige relationer (p. 151). Samspillet med andre er vigtigt for oplevelsen af identitet (p. 151). Evnen til at opretholde samspil og dialog svækkes ved demens, men behovet for at forholde sig til andre mennesker er, ifølge objektrelations-teoretikerne, den mest basale drivkraft i mennesket (p. 152).

Kontaktbehovet øges ofte ved demens, pga. en mangel på objektkonstans, dvs. evnen til at opretholde indre billeder af omsorgspersonen, når denne er ude af syne, hvilket kan medføre primærprocesser som angst, fortvivelse og jalousi, og desuden medføre en klæbende og klynkende adfærd (p. 152). Winnicotts begreb om 'good enough mothering' (Winnicott 2019/1965) vil i denne sammenhæng betyde, at man som omsorgsperson har en tolerance overfor den dementes angst, at man har evnen til at tilrettelægge og strukturere miljøet, så miljøet er jeg-støttende, samt at man har evnen til at forholde sig empatisk og responsivt til den dementes behov (p. 153-154). Det er vigtigt at være opmærksom på modoverføringer i omsorgsarbejdet med mennesker i regressive tilstande, samt at man som fagperson modner og bevidstgør sig selv i omsorgsarbejdet:

Det er vigtigt, at vi erkender de kræfter, der ligger i vores modoverføringer, og udvikler behandlings- og omsorgsmiljøer, der også omfatter modning og bevidstgørelse af os selv som redskaber i omsorgsarbejdet. Måske er dette allervigtigst i mødet med personer der befinder sig i dybe, regressive tilstande, hvor sproget ikke længere er et pålideligt kommunikationsmiddel, og hvor kvaliteter i vores fysiske og sjælelige nærvær er afgørende for kontaktens kvalitet (Wogn-Henriksen 1995, p. 154).

2.5.2.4 En beskrivelse af demensprocessen

Wogn-Henriksen beskriver demensprocessen som en regression i jeg'et, hvor tidligere adfærdsformer tages i brug. Dette beskrives således:

Demensprocessen kan beskrives som en regression i jeg'et, hvor individet tager udviklingsmæssigt tidligere adfærdsformer i anvendelse. Det er denne lidelses underfundige ironi, at samtidig med at den udgør en gigantisk og vedvarende udfordring til menneskets tilpasningsevne, undergraves det selvsamme tilpasningsarbejde ved, at kognitive og følelsesmæssige redskaber bliver stadigt mindre effektive. Demensudviklingen medfører uvægerligt erfaringer af afmagt, manglende mestring og smertelige belastninger af selvoplevelsen, identitetsfølelsen og kontakten med andre mennesker (Wogn-Henriksen 1995, p. 154-155).

Denne tankegang kan supplere og uddybe forståelsen af årsagerne til demens. De organiske forhold udgør ikke i sig selv tilstrækkelig forklaring på intensiteten og mangfoldigheden i de forskellige symptomer og reaktioner. Wogn-Henriksen antager derfor, at menneskets personlighed påvirker og påvirkes af demenstilstandens udformning og udvikling (s. 155). Et psykodynamisk begrebsapparat om jeg-struktur, jeg-funktioner, karakterudformning, selvopfattelse og objektrelationer kan, ifølge Wogn-Henriksen, give en mere differentieret forståelse af mennesket med demens, og derfra kan man udvikle forskellige tiltag og interventioner. Der er mange værdifulde begreber at hente i den psykodynamiske teori, men der er behov for at udvikle metoder, der er særligt tilpasset til gruppen af mennesker med demens (Wogn-Henriksen 1995, p. 156). Følgende citat illustrerer denne pointe:

Psykodynamisk viden drejer sig om menneskets indre liv, ikke direkte om deres adfærd. Den psykodynamiske opfattelse giver ingen handlings-anvisninger, men den giver en differentieret forståelse af mennesket, som er nødvendig for at behandlingstiltag ikke bliver overfladiske, tilfældige eller præmature (Wogn-Henriksen 1995, p. 156).

3 Metodologi

For at besvare problemformuleringen, vil jeg lave en autoetnografisk analyse af data, som består af to videoklip fra session 11 af ca. 1 minuts varighed, hvori der ses nogle signifikante mødeøjeblikke, som har betydning for resten af forløbet, samt videooptagelser fra hele forløbet og mine noter til forløbet. Der lægges særligt vægt på psykodynamiske perspektiver, der har med nærvær og empati at gøre. Min tilgang til analysen er hermeneutisk, og kombineret induktiv og deduktiv, hvorved der fremkommer nogle temaer, som efterfølgende kategoriseres og syntetiseres vha. tematisk kodning. I dette kapitel gennemgås de metoder, jeg har anvendt i undersøgelsen: Det kvalitative paradigme, hermeneutik, adaptiv teori, autoetnografi samt tematisk kodning.

3.2 Kvalitativt forskningsparadigme

Den kvalitative undersøgelsesform har rødder til tidlige udlægninger af bibeltekster og juridiske tekster, men har senere udviklet sig i opposition til det kvantitative paradigme i forbindelse med 68'ers oprør, som et opgør med den positivistiske anskuelse, der var fremherskende indenfor forskning og videnskabsteori på det tidspunkt. I den kvalitative undersøgelse søges der at indfange det konkrete ved de undersøgte genstande og fænomener, herunder kontekst, unikhed og helhedskarakter. Den er intentionel i forhold til personer og i det sociale liv, i modsætning til det kvantitative paradigme, der undersøger kausale sammenhænge. I det kvalitative paradigme søges ikke objektivitet ligesom i det kvantitative paradigme, men der søges efter at inddrage og problematisere forskersubjektets subjektivitet. Desuden har forskeren en intersubjektiv relation til sine informanter. Svagheden ved det kvalitative paradigme er, at der ofte er en usystematisk udvælgelse, subjektiv observation, og svage muligheder for generalisering. Styrken ved det kvalitative paradigme er evnen til at informere, interessere og inspirere (Brinkmann & Tanggaard 2020, p. 579-580). Kvaliteten af kvalitativ forskning må vurderes ud fra kriterier, der også anerkender forskningens ambition og mål. Typisk vurderes kvaliteten ud fra studiets transparens, troværdighed og graden af metodologisk refleksion (Brinkmann & Tanggaard 2020, p. 657-670).

Undersøgelsen i dette speciale er kvalitativ, hvor forskningens genstand er mennesket som et kommunikerende, handlende tænkende subjekt. Undersøgelsen foregår i en kontekst af åbne systemer i "den virkelige verden", og variable er ikke fastlagt på forhånd. Informanten er et enkelt-individ og forskerrollen subjektiv (Ridder & Bonder 2014). Det epistemologiske udgangspunkt for dette speciale er hermeneutisk, og inddrager i brugen af litteratur adaptiv teori, og i analysen anvendes autoetnografi og tematisk kodning, hvilket gennemgås i de følgende kapitler.

3.3 Hermeneutik

Hermeneutik betyder fortolkning, og den beskæftiger sig med forståelse, udlægning og anvendelse. Der findes forskellige grene indenfor hermeneutikken, herunder traditionel hermeneutik, metodisk hermeneutik, filosofisk hermeneutik og kritisk hermeneutik. I dette speciale refereres til den filosofiske hermeneutik, som er grundlagt af G.G. Gadamer (1900-2002). I den filosofiske hermeneutik ses mennesket som et forstående og fortolkende væsen, altså en måde at være til på, og den filosofiske hermeneutik har således et ontologisk udgangspunkt frem for et epistemologisk udgangspunkt. Hermeneutiske undersøgelser drejer sig om forståelse, og hvilken rolle denne spiller i forhold til vores ageren i verden og viden om verden. Et centralt begreb er den hermeneutiske cirkel, hvor del og helhed forstås i sammenhæng, og der er en vekselvirkning mellem del og helhed og mellem fortolker og tekst. Den hermeneutiske cirkel beskrives ofte som en spiral, der er uendelig og en uafsluttet proces. Ifølge Gadamer gennemtrænger den hermeneutiske cirkel al menneskelig erkendelse.

Forståelse udgøres ifølge Gadamer, af forforståelse – dvs. at der altid går en forståelse forud for vores nuværende forståelse, samt fordomme, som er de domme eller den forståelse vi på forhånd har om verden, og som fx ligger i vores kulturelle arv, tradition og historie. Tilsammen udgør forforståelse og fordomme en forståelseshorisont, og forståelsen sker i mødet med genstanden gennem en horisontsammensmeltning (Fuglsang et al. 2013).

I dette speciale har jeg gjort rede for min forforståelse og mit menneskesyn, som tilsammen udgør min forståelseshorisont. I arbejdet med analysen er der en kontinuerlig vekslen mellem del og helhed, dvs. fragmenterne af teksten eller temaerne i sig selv, den samlede syntese af temaer, og sammenhængen med den præsenterede teori. I arbejdet med analysen har jeg ligeledes en fornemmelse af, at forståelsen af 'teksten' – altså de autoetnografiske narrativer - er uendelig, da der hele tiden tilføjes nye lag af forståelse.

3.4 Adaptiv teori

Adaptiv teori er udviklet af professor i sociologi D. Layder, og det er en nyere tilgang til forskning, der forsøger at gøre op med den dualistiske tankegang, som er fremherskende indenfor videnskabsteorien. Adaptiv teori foreslår i stedet en metodekombination og metodetriangulering, der bl.a. forsøger at bygge bro mellem det objektive og subjektive, realisme og konstruktivisme, samt induktion og deduktion. Induktion og deduktion betegner to videnskabsteoretiske tilgange, hvor den induktive tilgang til analysen tager udgangspunkt i observationer, som igennem empiriske generaliseringer leder hen til teori. Den deduktive tilgang tager omvendt udgangspunkt i teorier, som vha. hypotese-testning leder hen til empiriske observationer. Adaptiv teori tager højde for, at det i praksis kan være vanskeligt helt at adskille de to tilgange, og at det ofte bliver en mellemting, og dette ekspliciteres i adaptiv teori. Det ontologiske udgangspunkt omfatter både det subjektive og det objektive, og tager afsæt i kritisk realisme eller moderat objektivisme, hvor der findes en objektiv verden, som vi kan opnå 'objektiv' viden om. Det epistemologiske udgangspunkt er hverken positivistisk eller fortolkende, men favner ligeledes det subjektive og det objektive (Jacobsen 2007). Den adaptive teori er både proces og produkt, og den adaptive henviser dels til den anvendte teori, som modificeres, og dels til den færdige teori, som vokser frem af ens forskningsarbejde: "Den 'adaptive' del af begrebet henviser til, at teorien både tilpasser sig eller formes af indkomne empiriske fund, samtidig med at data selv filtreres gennem (og tilpasses) det eksisterende teoretiske stof, der forekommer relevant" (Layder 1998, p. 38). Adaptiv teori befinder sig således på et spektrum mellem grounded og grand theory, dvs. at den gerne trækker på general (grand) teori, men samtidig er empiri udgangspunkt for ny teori, ligesom i grounded theory. Den adskiller sig dog fra grounded theory, der har en striks ensretning fra data-materiale mod teori-generering, ved at være to-sporet i anvendelsen af teori og empiri med henblik på teori-udvikling. Denne tilgang er i overensstemmelse med den modificerede grounded theory-tilgang, der anerkender, at vi ikke kan undersøge eller erkende verden uden forudgående teori.

Den adaptive teori udgør dog ikke én samlet metodologi, men er mere en tilgang til forskning, der er eklektisk og pragmatisk i forhold til vidensproduktion: "Layder erkender, at samfundsforskning ofte er en metodologisk rodet affære, hvor der ikke findes én gyldig formel eller et sæt faste retningslinjer for praksis, hvorfor der som regel vil være tale om en zigzaggende metodisk manøvre" (Jacobsen 2007, p. 266). Det fastslås dog, at det er problemet som undersøges, der skal vejlede forskningsprocessen, og adaptiv teori koncentrerer sig fortrinsvis om 'sociale sammenhænge' og 'situerede aktiviteter', der både henviser til mere objektive og reproducerede forhold, som handlinger finder sted inden for (fx relationer, praksisser, ressourcer, ideologier mm.), og på den

anden side subjektive og handlingsmæssige udtryk (Jacobsen 2007, p. 266). Man kan i princippet starte både induktivt og deduktivt. Layder lader dog til at foretrække, at man tager udgangspunkt i teoretiske overvejelser, der er retningsanvisende for tematiseringen i dataindsamlingen.

Forskningsprocessen betegnes som 'fantasifuld afprøvning', når man lader sig inspirere af andres teorier, og blander dem med henblik på egen teorikonstruktion (Jacobsen 2007, p. 267). Layder sonderer mellem indledende, primitiv kodning, hvorefter der foretages en systematisk provisorisk kodning, og til slut skabelsen af kernekoder eller sættelilkoder, der relateres til hinanden. Tilgangen er såvel en åben kodning i hele processen, og samtidig sker kodningen parallelt med inddragelsen af eksisterende teori. Opsamlende kan man sige, at adaptiv teori er en tilgang til forskning der fremmer kreativitet og fleksibilitet i forskningsprocessen (Jacobsen 2007).

I dette speciale er adaptiv teori anvendt i tilgangen til teori, hvor analysen af de autoetnografiske narrativer samt videoklip 1 og 2 tager udgangspunkt i et på forhånd defineret psykodynamisk teoretisk udgangspunkt (Jf. kap. 2). Samtidig har jeg lavet en induktiv, åben tematisk kodning, der også tillader nye perspektiver at fremkomme. Analysen er derfor kombineret deduktiv og induktiv i tråd med adaptiv teori. Desuden er jeg på baggrund af de anvendte psykodynamiske teorier, blevet inspireret til en ny teoridannelse vedrørende empatisk nærvær, der er fremkommet med udgangspunkt i de empiriske data, jf. kap. 5.10.

3.5 Autoetnografi

Autoetnografi opstod i 1980'erne som en reaktion på tidligere tiders tilgange til forskning, hvor hovedidealet var den objektive forskerrolle. Autoetnografi er en tilgang til forskning, der forsøger at beskrive og systematisk analysere (grafi) personlig oplevelse (auto) i forhold til at forstå kulturel oplevelse (etno) (Ellis et al. 2011). 'Auto' kommer af latin og betyder 'selv' og repræsenterer en introspektiv proces, hvor forskeren gør sig selv til genstand for observation, refleksion og undersøgelse. 'Etno' betyder 'kultur' og henviser til forskerens ekstrospektion, hvor opmærksomheden rettes mod de studerede og disses kontekst, hvor både de og forskeren bliver formet. 'Graf' henviser til den videnskabelige proces, hvor den kvalitative undersøgelse og systematik transformerer personlige beretninger, observationer og erfaringer fra personlig indsigt til videnskabelig viden. Disse tre forhold kan afbalanceres forskelligt, og således kommer de forskellige former for autoetnografi til syne (Baarts 2020).

Da der i dette speciale spørges til psykodynamiske perspektiver med særligt fokus på nærvær og empati i en case med et menneske med demens, er der både et introspektivt og et ekstrospektivt perspektiv i undersøgelsen, med hovedvægt på de introspektive perspektiver, og undersøgelsen udformes som narrativer, inspireret af Andersen (2018).

Autoetnografi beskriver desuden en proces hvor data indsamles, analyseres og bruges til at illustrere personlige eller kulturelle oplevelser. Processen udformes samtidig som et skriftligt produkt, hvor der igennem en 'thick description' induktivt fremkommer nogle mønstre i forståelsen af den personlige eller kulturelle oplevelse (Ellis et al. 2011). I dette speciale er de induktivt fremkomne mønstre behandlet som tematisk kodning (Se kap. 3.6).

Autoetnografien anerkender, at fund er knyttet til forskerens anvendte paradigmer, at der er en relation mellem forfatter, modtager og tekst, at forskning nærmer sig historier frem for teoridannelse, samt at historier er komplekse, konstituerede, meningsfulde fænomener, som lærer etik og moral, introducerer unikke måder at tænke og føle, samt hjælper mennesker med at forstå sig selv og andre. I den autoetnografiske tilgang er forskeren selvbevidst værdicentreret frem for at foregive at være fri af værdier. Autoetnografi tager desuden højde for hvordan personlig oplevelse og forskerens

mange valg påvirker forskningsprocessen, og gør op med forestillingen om, at det er muligt at lave forskning fra et neutralt, objektivt standpunkt. Autoetnografi anerkender subjektivitet, emotionalitet og forskerens indflydelse frem for at lade som om disse fænomener ikke eksisterer (Ellis et al. 2011). Begreber som reliabilitet, validitet og generalisering kan ikke anvendes under samme forudsætninger i autoetnografi, da det fx er vanskeligt at validere noget, som er baseret på forskerens hukommelse om det (Ellis et al. 2011). Autoetnografi kritiseres for at fokusere ensidigt på selvet, men dette fokus udelukker ikke det sociale, fordi selvet er konstrueret socialt og man kan lære om det generelle gennem det partikulære (Baarts 2020).

I dette speciale er anvendt videooptagelser som udgangspunkt for de udarbejdede narrativer. Det er desuden tydeliggjort hvilke refleksioner der er lavet hvornår, og dette er med til at sikre transparens og højne validiteten af undersøgelsen.

I næste afsnit behandles metoden tematisk analyse, og herunder tematisk kodning, som er anvendt på de autoetnografiske narrativer.

3.6 Tematisk analyse

Tematisk analyse er en samle-betegnelse for en eksplorativ, fleksibel analysemetode, der anvendes bredt inden for mange kvalitative metodologier. Da der findes mange forskellige tilgange, er der ikke én systematisk metode, men overordnet kan man sige, at forskeren koder dele af teksten i forhold til hvordan den bidrager til et fremkommet tema. Den epistemologiske tilgang til tematisk analyse er konstruktivistisk, dvs. at virkeligheden er mangefacetteret og farvet af fortolkeren (Jf. hermeneutikken kap 3.3). Fortolkning er subjektiv og ideografisk, og kvaliteten af analysen sikres gennem transparens, klarhed i de analytiske trin, systematiske vurderinger, åbenhed i forhold til inkonsistens, og tydelighed i forhold til valg. Betydningen af de fremkomne temaer og fund relateres til styrken i forhold til at kunne besvare undersøgelsens spørgsmål (Hoskyns 2016). I dette speciale anvendes tematisk kodning, der er en underkategori af tematisk analyse. Tematisk kodning gennemgås i det følgende afsnit.

3.6.1 Tematisk kodning

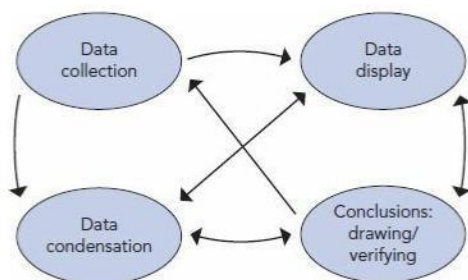
Tematisk kodning er en metode, der anvendes til komparative studier, hvor de grupper som studeres er udledt på baggrund af undersøgelsesspørgsmålet, og dermed defineret på forhånd (Flick 2006; Strauss 1987, her refereret fra Flick 2006). Tematisk kodning anvendes som en flertrins-procedure til at analysere datamaterialet. Første trin er at producere en kort case-beskrivelse, som du kontinuerligt modificerer og tjekker op på undervejs i fortolkningsprocessen. I denne beskrivelse laves en overskrift, samt en kort beskrivelse af deltageren i undersøgelsen, og de centrale emner opsummeres. Case-profilen former en del af resultatet efter analysen er færdiggjort. Til en start laves en analyse af den enkelte case, hvor forskellige kategorier udledes. Først udføres en åben kodning og dernæst en selektiv kodning. Den selektive kodning anvendes i første omgang ikke på hele materialet, men kun på den enkelte case til at udlede tematiske kategorier eller domæner. Efter den første case-analyse krydstjekkes de udviklede kategorier og tematiske domæner, og en tematisk struktur fremkommer, som anvendes på hele materialet, hvorved de forskellige grupper kan sammenlignes. Hvis nye og modsætningsfulde aspekter fremkommer i den videre analyse af materialet, kan temaerne modificeres. Denne metode er sensitiv og åben overfor det specifikke indhold i hver individuel case set i forhold til undersøgelsens spørgsmål, og den er udviklet på baggrund af en konstruktivistisk tilgang til forskning (Flick 2006, p. 311).

I dette speciale er der ikke et komparativt element i undersøgelsen, da der kun indgår en enkelt case. Men analysen er ligeledes lavet i flere trin, der først anvender en åben kodning og dernæst en selektiv kodning (Se kap. 4.5).

3.7 Komponenter i kvalitativ analyse

Miles et al. (1994) har udviklet en model for de forskellige komponenter i kvalitativ analyse, og hvordan de formes gennem en cyklisk proces, hvor de interagerer med hinanden. De forskellige komponenter består af 1) dataindsamling, 2) data kondensering, 3) data fremstilling og 4) konklusioner. Modellen ses herunder:

Figur 3: Komponenter i kvalitativ analyse (Miles et al. 1994, p. 14).



Forskeren bevæger sig hele tiden mellem disse fire faser i analysen. På samme vis har processen været i dette speciale. Igennem arbejdet med at indsamle, kondensere, fremstille og konkludere, blev jeg hele tiden opmærksom på nuancer i datamaterialet, som kunne beskrives anderledes eller kunne uddybes, hvilket igen påvirkede datafremstillingen og konklusionen i en cyklisk proces. Denne tilgang til analyse går fint i tråd med processen i den hermeneutiske cirkel, hvor der er en vekselvirkning mellem del og helhed, og hvor forståelses-processen er uendelig, fordi der hele tiden tilføjes nye lag.

3.8 Etiske overvejelser

Jeg har i forbindelse med mit praktikophold og min indsamling af empiri arbejdet under retningslinjerne for etik udstedt af musikterapeutforeningen (2016). Dette indebærer bl.a. at jeg har deltaget i praktikforberedelse og arbejdet under supervision. Jeg har desuden arbejdet under den gældende forordning for databeskyttelse (datatilsynet 2021), dvs. at jeg har ændret alle personhenførbare data såsom navn og alder. Jeg har sløret data, og jeg har lagt størstedelen af datamaterialet, dvs. de tre narrativer, i bilag, så de ikke er offentligt tilgængelige, da de indeholder personligt materiale. Jeg har indhentet samtykkeerklæring fra de pårørende (se bilag), og jeg har indhentet tilladelse fra lederen af Plejecenter Solhøj til at offentliggøre praktikstedets navn.

4 Dataindsamling

4.1 Indsamling og udvælgelse af data

Data er indsamlet i løbet af min fire måneders praktik på demensafsnittet på Plejecenter Solhøj, og består af behandlingsoplæg, videooptagelser samt noter fra i alt tre individuelle musikterapiforløb. Desuden har jeg lavet mange timers miljøterapi på afdelingen, hvor det ikke var muligt at optage video. I dette speciale har jeg således udvalgt et af de tre individuelle forløb, fordi jeg skønnede, at der i denne case var nogle interessante psykodynamiske perspektiver, og desuden var der nogle rigtig fine videooptagelser. Det var også en afgørende faktor i udvælgelsen, at klienten i denne case var diagnosticeret med en demens-sygdom, da en af de øvrige individuelle klienter ikke havde demens. Data består af:

- ✚ Videooptagelser af de sessioner som foregik i klientens egen bolig.
- ✚ Noter fra forløbet
- ✚ Noter fra supervision
- ✚ Behandlingsoplæg
- ✚ Logbogsnotater

De fleste sessioner er optaget på video, men der er enkelte, som foregik i opholdsstuen, og derfor ikke kunne optages (Se oversigt over forløb, kap. 4.2.2). Efter praktikforløbets afslutning var der en formidlingseksamen, hvor jeg brugte den samme case. I den forbindelse gennemgik jeg video-materialet, og fandt mange spændende ting, som jeg ikke havde tænkt på før, og dette påvirkede min tilgang til terapien i sidste session, der faldt efterfølgende. Der har været god tid til at reflektere over forløbet fra dets afslutning i december til påbegyndelse af specialeskrivning i januar. Min forståelse af terapi-forløbet er således ret omfattende, da specialeskrivningen begynder.

Jeg har udvalgt to videoklip fra session 11 ud af i alt 15 sessioner til analysen. I denne session ses der nogle særligt gode mødeøjeblikke, som har betydning for resten af forløbet. Jeg har nedskrevet noter til hver session, men disse skal uddybes med fokus på at få de psykodynamiske perspektiver, der har været i forløbet bedre frem, samt i forhold til at få et indblik i terapeutens overvejelser og egen psykodynamiske andel. Til dette formål anvendes en autoetnografisk metode, og efterfølgende laves en tematisk kodning af de fremkomne temaer.

4.2 Præsentation af empiri til analyse

4.2.1 CASE – Grethe

Klientbeskrivelse: Grethe er 89 år, bruger rollator, og skal have hjælp til det meste. Hun har svært ved at udtrykke sig verbalt, og taler meget, men usammenhængende og ofte emotionelt ladet. Hun kan kun huske sit eget og sin søns navn. Grethe sidder det meste af dagen, og taler med sig selv i spejlet ude på hendes badeværelse. Hun nævner ofte mor og far, og nogle gange skælder hun sig selv ud. Grethe er tidligere bondekone, der har passet et landbrug med sin mand og søn. Igennem sit liv har hun haft gentagne indlæggelser på psykiatrisk hospital, men er ikke diagnosticeret.

Interventioner: Spejling af mimik og gestik, fysisk kontakt, fx holde i hånden, samtale. Synge eller nynne "Jeg ved en lærkerede" samt andre børnesange eller årstidssange, som Grethe formentlig har kendt. Evt. afslutte med et par vers af "Du som har tændt millioner af stjerner" og "Sig månen langsomt hæver".

Målet med terapien: At opnå kontakt, gode mødeøjeblikke og berolige Grethe.

4.2.2 Oversigt over forløb:

I det følgende præsenteres en kort oversigt over forløbet.

Tabel 1: Oversigt over forløb

Session 1-2: Etablering af tryk relation og ramme.
Samtale med søn
Session 3: Opholdsstuen, G er i høj arousal, regulering lykkes ikke, svært at få kontakt.
Session 4-5: Arbejde med spejling giver god kontakt.
Session 6: G er i højt humør, og synger lidt med på "Jeg ved en lærkerede".
Samtale med søn
Session 7: G er i høj arousal, regulering lykkes ikke.
Session 8: Sang-intervention. G falder i søvn.
Session 9: Regulering lykkes ikke. Jeg er ved at opgive forløbet.
Session 10: Opholdsstuen. Vi sidder stille sammen på Gs initiativ, holder i hånden, G falder i søvn.
Session 11: G er mere tilstede, i optimal arousal. G synger med, tager initiativ. Videoklip 1 og 2.
Session 12-14: Opholdsstuen. Svært at fastholde ramme. G er ofte træt og falder i søvn.
Efter session 12 – samtale med søn.
Session 15: Vha. regulering får jeg skabt en tæt kontakt, der indebærer at G lytter til mine sange. Gentager ramme samt interventioner fra session 11, dog med et par nye sange. G falder lidt i søvn. Det er vemodigt for mig at sige farvel.

4.3 Transskription af videoer

Jeg har lavet en transskription af samtalen, og samtidig har jeg beskrevet nogle karakteristiske stemmekvaliteter, herunder klang, toneleje, volumen og tempo. Jeg har desuden fokuseret på at beskrive mimik, gestik, kropsholdning og øjenkontakt, og disse har jeg givet forskellige farvekoder, og indsat i Nvivo. Jeg har desuden udarbejdet to visuelle transskriptioner af videoerne, der ligeledes viser kropssprog, mimik, gestik, øjenkontakt, synkronitet, volumen, samt en graf der viser graden af terapeutens nærvær og empati. Øverst har jeg angivet hvornår i videoen, der er samtale, sang eller stilhed. Jeg har lavet en læsevejledning under hver transskription, som indeholder beskrivelser og tolkninger. Læsevejledningen gennemgås i detaljer herunder.

4.3.1 Læsevejledning:

På den vandrette akse er angivet tid i sekunder. På den lodrette akse, er angivet følgende, nedefra og op:

Kropssprog: De orange krydser og bokse angiver hvornår der sker noget i forhold til kropssprog. Hvad der sker, er angivet med tekst.

Mimik: Der ses en angivelse af T (terapeut) og K (klient). Pilene angiver samspillet, i forhold til hvem der matcher eller spejler hvem. **Grøn:** smil. **Blå:** latter. **Blå bølget streg:** Skiftende mundbevægelser (fra smil til trutmund). Når der ikke er angivet noget, er ansigtet i neutral.

Gestik: Der skelnes mellem T og K. Pilene angiver samspillet. **Rød pil:** pege. **Rød bølget streg:** Vink. **Rødt felt:** Andet (angivet på skrift).

Øjenkontakt: Der skelnes mellem T og K. Pilene angiver samspillet. **Lilla:** Ser væk/ufokuseret.

Lyserød: Ser på den anden. **Blå:** Ser i spejlet. **Gul:** Øjenkontakt.

Synkronisitet: Her er angivet, hvor der er synkroniserede smil (grøn), latter (blå), vink (rød). Desuden er der angivet hvordan samspillet er synkroniseret/afstemt i et behageligt lavt arousal-niveau (turkis) eller behageligt højt arousal-niveau (lyserød).

Volumen: Her skelnes mellem lav og høj. Volumen er angivet med en graf, og det er ligeledes angivet hvordan T matcher Ks toneleje/volumen.

Nærvær: Her skønnes det, hvorledes terapeutens nærvær i forhold til klienten ville tage sig ud på en graf. Der skelnes mellem lav og høj.

Empati: Her skønnes det hvorledes terapeutens grad af empati i forhold til klienten ville tage sig ud på en graf. Der skelnes mellem lav og høj.

4.4 Udarbejdelse af autoetnografiske narrativer

Jeg har udarbejdet tre autoetnografiske narrativer på baggrund af videooptagelserne fra session 2, Session 11 og session 15. Opsætningen af de autoetnografiske narrativer er inspireret af N.L. Andersens kandidatspeciale (2018), som anvender samme metode, og som har udviklet et overskueligt skema, der inddrager 1) observationer (etno), 2) overvejelser (auto), 3) forforståelse, 4) efterfølgende refleksion. Andersens skema er udviklet til at beskrive musikterapeutiske umiddelbare møder. Da jeg anvender metoden til at beskrive og uddybe psykodynamiske perspektiver, har det været nødvendigt at tilføje to kolonner mere. Hhv. 5) Efterfølgende refleksioner 2 og 6) temaer. I arbejdet med den autoetnografiske analysemetode, viste det sig, at jo flere gange jeg gennemgår videoerne, jo flere perspektiver kom der frem. Der dukkede mange ting op, som jeg havde glemt: Fx kropssansninger, følelser og fornemmelser, samt konkrete hændelser. For at sikre validitet og gennemsigtighed i denne proces, og for at afgrænse datamaterialet, har jeg således gentaget processen med at se videoen og nedskrive mine efterfølgende refleksioner to gange (1 og 2). Til slut har jeg inddelt de fremkomne psykodynamiske perspektiver i temaer.

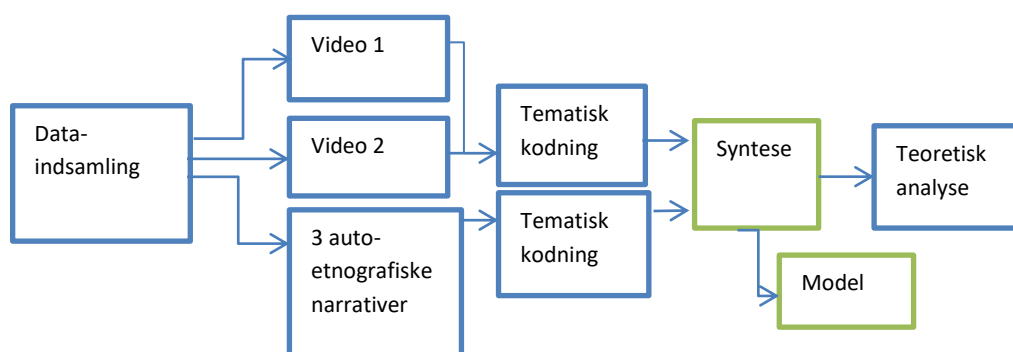
4.5 Tematisk kodning

I de to videoklip har jeg lavet en tematisk kodning af følgende: Gestik. Mimik. Kropsholdning. Øjenkontakt. Stemmekvaliteter (klang, toneleje, tempo, volumen). Disse koder har forskellige farver, og der er efterfølgende lavet et diagram, der viser den procentvise fordeling af koderne, se kap. 5.5.

I analysen af de fremkomne temaer i de autoetnografiske narrativer har jeg ligeledes anvendt tematisk kodning. Jeg har desuden udarbejdet temaer på baggrund af transskriptionerne af de to videoklip, og disse temaer indgår også i analysen. Temaerne for hvert narrativ eller videooptagelse er inddelt i kategorier og underkategorier. Hvis et tema er blevet gentaget flere gange i analysen, har jeg talt op hvor mange gange det fremkom i alt. De temaer der er gentaget flest gange inden for hver kategori står øverst. Herefter står temaerne i vilkårlig rækkefølge. Alle temaerne er samlet i en syntese, og jeg har desuden udarbejdet en model for min forståelse af empatisk nærvær og psykodynamisk ladede interventioner. Herefter har jeg lavet en teoretisk analyse på baggrund af de præsenterede teorier.

For at overskueliggøre de forskellige trin i analysen, vises herunder en model over forløbet i analysen, samt udskillelsen og fremstillingen af data.

Figur 4. Oversigt over dataindsamling samt trin i analysen:



5 Analyse

I dette kapitel præsenterer jeg min analyse af de to videoklip samt min analyse af de tre autoetnografiske narrativer. Den tematiske kodning udmunder i en syntese samt en model over empatisk nærvær. Til slut laver jeg en teoretisk analyse af syntesen og modellen ud fra den præsenterede teori.

5.1 Transskription og tematisk kodning af videoklip 1

K = Klient. T = Terapeut.

Koder: **Gestik**. **Mimik**. **Kropsholdning**. **Øjenkontakt**. **Stemme kvaliteter** (fx klang, toneleje, tempo, volumen)

(00.09.28 - 00.10.36)

Grethe (K) og terapeuten (T) sidder på Grethes badeværelse med front mod spejlet. T og K kan desuden se sig selv på iPad'en, som optager videoen. T sidder lidt tilbagelænet i stolen og ser på K med hovedet på skrå. T og K taler sammen i et roligt tempo med mange små pauser, i et afdæmpet mellemtoneleje med en smule luft på stemmen.

00.00.00 T: Så var din mor kommet? (K aer sig selv flygtigt på kinden. K skifter hurtigt mellem et bredt, stift smil og en grimasse, hvor hun viser tænder. T smiler).

K: Ja.

T: Ja.

K: Det er mor, der sidder der (K peger på sig selv i spejlet). Ja, det ved hun da.

T: Ja, det er mor (T ser i spejlet).

00.00.15 K: Ja. - Og så det der, det tror jeg, det er dig! (K peger på T i spejlet, og vender sig og ser T i øjnene, K smiler).

T: Det tror jeg også! (T smiler til K. T vinker til spejlet. K vinker også kort, T fortsætter med at vinke til spejlet i flere sekunder, K vinker en smule igen, T fortsætter med at vinke. T og K har øjenkontakt i spejlet)

K: hehehe (K smiler stort, og ler med let åben mund).

T: Det er nok mig (T smiler).

K: Jah.

T: Hejhej (T smiler, ser i spejlet og stopper med at vinke).

Pause i samtalen 00.00.27-00.00.40: T ser i spejlet, slapper lidt af i ansigtet. K ser væk. K piller lidt i næsen, og tørrer fingeren i forklædet. K ser i spejlet. T sidder stille, og ser i spejlet. T laver en lille bevægelse med munden, hvor T skifter mellem en trutmund og et lille smil. K smiler bredt, og viser tænderne. K drejer hovedet og ser på T, som fortsætter med den lille bevægelse med munden.

00.41 K: (synger hviskende) lærkerede...? (K ser spørgende på T, og ser T i øjnene. T bøjer sig frem, lægger hånden på Ks arm, og ser på K, imens T smiler stort og inviterende. T synger "Jeg ved en lærkerede" og matcher Ks hviskende toneleje, luft på stemmen, samt langsomt tempo. T rokker med overkroppen i takt til sangen. Tempo og volumen stiger lidt i løbet af sangen. K synger svagt og prøvende med på 1. og 2. strofe. Det er kun sidste ord i hver strofe som kan høres. K nikker med i takt til sangen, og ser koncentreret på T).

T og K: Jeg ved en lærkerede. Jeg siger ikke mer.

K: Det regnede jeg med (K vender hovedet bort, og ser først i spejlet, og ser så ned).

T: den findes på en hede (T sidder fortsat lænet over med K. K piller lidt ved næsen).

K: Mor hun sidder der, og venter på dig! (K tager øjenkontakt, og smiler med åben mund) T (samtidig): et sted som ingen ser.

T: sidder hun og venter på mig?

K: Ja! (K tager øjenkontakt, K smiler med åben mund, K drejer hovedet til spejlet og tilbage til T)

T: ja! - Så kom jeg! (T lægger hånden på brystbenet, T smiler)

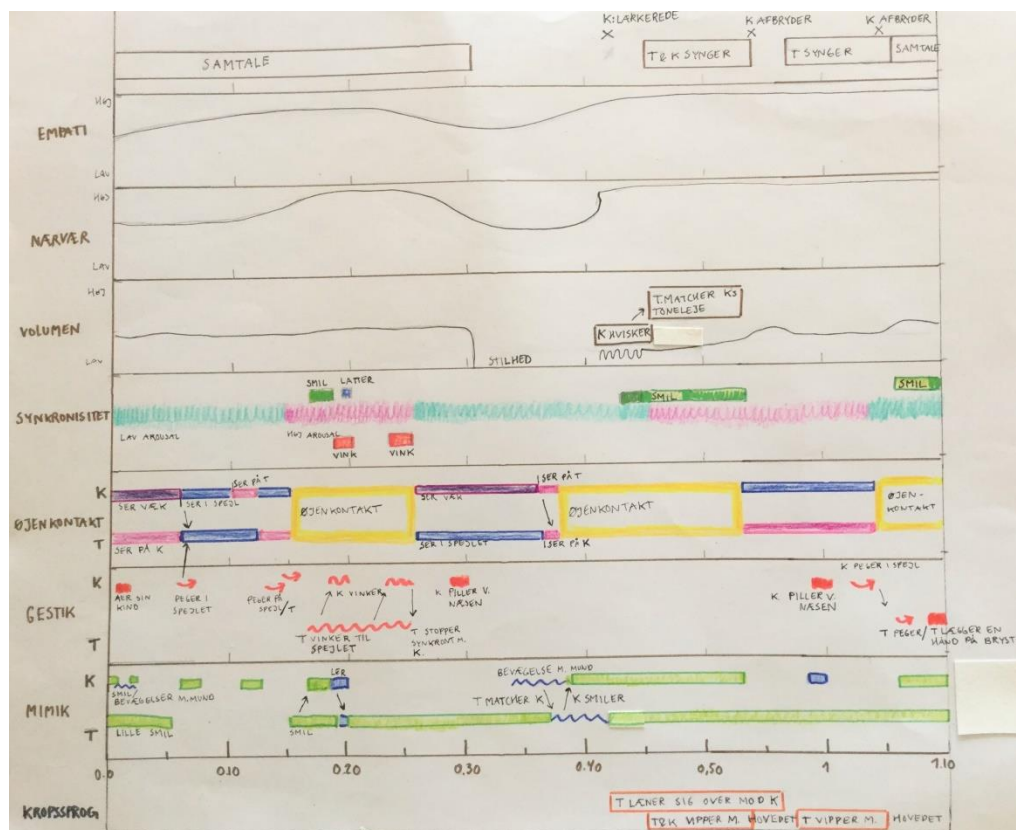
K: Det er min, det er min datter. Far! (K smiler med åben mund, K ser T i øjnene, K drejer hovedet fra spejlet tilbage til T)

00.01.13 T: Så kom jeg lige (T ser på K, T smiler).

5.2 Visuel transskription af videoklip 1

Herunder præsenteres den visuelle transskription af videoklip 1, samt en læsevejledning og tolkninger.

Figur 5: visuel transskription af videoklip 1



Læsevejledning:

Øverst på den visuelle transskription af videoklip 1 har jeg angivet samtale, pause i samtalen, hvornår K tager initiativ til at synge, hvornår T og K synger sammen, og hvornår K afbryder sangen.

Empati og nærvær: Graden af Ts empati og Ts nærvær i forhold til klienten er angivet med en graf. De to kurver følges ad i to bølgede bevægelser på et mellem til højt niveau. Kurven for Ts nærvær har dog større udsving end kurven for Ts grad af empati. Da K begynder at synge, stiger kurven for nærvær brat, og kurven for empati stiger også til et højt niveau. **Tolkning:** Jeg tolker det som, at empati og nærvær er forbundet, men nærvær svinger mere mellem et indadrettet perspektiv og et udadrettet perspektiv i forhold til K. Når grafen daler, er det fordi T er mere nærværende indad.

Volumen: Der ses et under middel til lavt niveau i volumen.

Synkronisitet: Der ses øjeblikke med synkronisitet i forhold til smil, vink og latter. Der ses desuden en afstemthed i arousalniveau i helle klippet, og den skifter mellem lav arousal (turkis) og høj arousal (lilla). **Øjenkontakt:** Der ses tre perioder med øjenkontakt i videoklippet (gul), T ser overvejende på K, på nær få sekunder hvor T ser i spejlet. Første gang fordi K peger på spejlet. Anden gang fordi der er en pause i samtalen og K ser væk.

Gestik: Gestik er angivet med røde pile (når T og K peger), bølgede streger (når T og K vinker), samt røde felter (andet, angivet med tekst). Pilene angiver, at der er et samspil, hvor T og K reagerer på hinandens initiativer. Her ses det, at K peger 4 gange, og T reponderer ved at pege 1 gang. T vinker, og K responderer ved også at lave 2 mindre vink. T stopper med at vinke synkront med K. Desuden ses det, at K aer sin kind, piller ved næsen to gange, samt at T lægger en hånd på brystet. **Tolkning:** K har mange små ubevidste bevægelser, som virker selvregulerende og beroligende. T bruger gestik i et kommunikativt samspil med K, og til at understrege verbale udsagn.

Mimik: Mimik er angivet med grønne felter, der angiver smil, samt blå bølgede streger, der angiver mundbevægelser og blå felter, der angiver latter. Når der ikke er angivet noget, er ansigtet i neutral. Det er tydeligt at T smiler i næsten hele klippet med få afbrydelser. K smiler 7 gange, og ler 2 gange, hvilket T matcher 1. gang. K har 2 gange små mundbevægelser, som T matcher 2. gang. **Tolkning:** Ts smilende mimik er muligvis udtryk for, at T ikke er helt autentisk hele tiden. T vil gerne vække tillid og tryghed hos K, som også smiler meget. T anvender mimik til at spejle eller matche K.

Kropssprog: Kropssprog er angivet med tekst i orange felter, som angiver tid. Her ses det, at T læner sig over mod K, og viser pulsen med kroppen, imens de synger, og at T og K spejler hinanden.

Tolkning: T har et tydeligt, inviterende kropssprog.

5.3 Transskription og tematisk kodning af videoklip 2:

K = Klient. T = Terapeut.

Koder: **Gestik.** **Mimik.** **Kropsholdning.** **Øjenkontakt.** **Stemmekvaliteter** (fx klang, toneleje, tempo, volumen)

(00.18.24 – 00.19.29)

T og K taler sammen i et roligt tempo med mange små pauser, med lav volumen, og med meget luft på stemmen. Indimellem er det næsten hviskende.

K: Det er min datter (Ser på T og smiler. T sidder med højre arm på håndvasken, og hviler hovedet i hånden, T smiler også, der er øjenkontakt. T læner sig over mod K, og puffer til K med venstre arm).

T: Er det din datter?

K: ja? (K ser på T)

Er det mig? (T smiler, klapper sig selv på brystbenet 2 gange, imens hun ser på K. Der er øjenkontakt).

K: Ja (K smiler, først med lukket mund og så med åben mund. K ser i spejlet).

T: ja

K: (Hviskende) Kan du se, at det er dig? (K peger på spejlet. T nikker, drejer hovedet og ser også ind i spejlet. K smiler, drejer hovedet, og ser på sig selv i spejlet. 00.00.09 T læner sig frem, ser Grethe i øjnene, og lægger den ene hånd på Grethes skulder og med den anden hånd aer hun Grethes hånd, der ligger i skødet).

T: ja (lille grin), Nårh. Du er sød Grethe.

K: Ja. (K ser på T, og smiler).

T: Du er så sød (T holder fortsat om K, og aer hendes hånd).

K: ja. (K ser i spejlet, hun smiler med let åben mund).

T: ja. Mm. (T sidder stadig tæt på K og holder om hende. K ser bort et øjeblik. 00.00.21 T trækker sig tilbage i stolen, og fjerner hænderne fra K. Både T og K smiler stadig).

00.00.24 K: (Hviskende) Kan du se, at det er far, og det er dig? (K peger først på sig selv i spejlet, og gør en håndbevægelse over mod T, K drejer samtidig hovedet og ser på T. T drejer hovedet og ser i spejlet, og drejer hovedet tilbage, ser på K. T smiler).

T: Ja, det er det også (T smiler og nikker, K smiler også med lukket mund, og ser i spejlet).

K: Hva? (K drejer hovedet og ser på T).

T: Jeg er der også, og Grethe er der (T ser på K).

K: (hviskende) Ja.

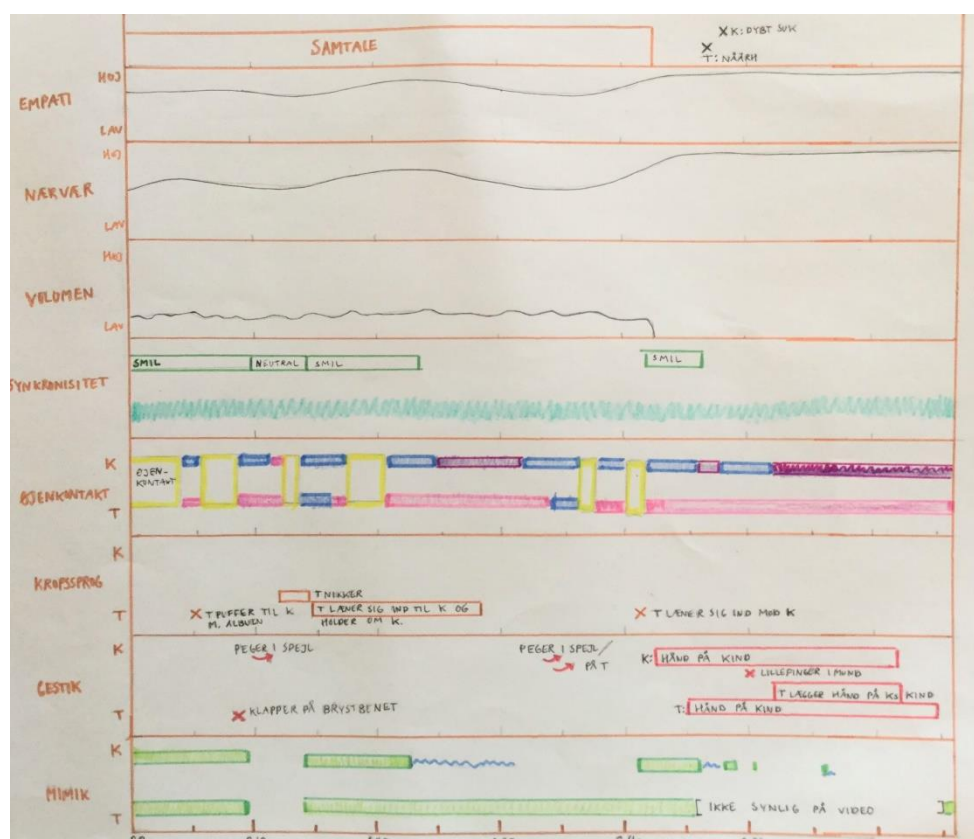
T: Ja. (T rækker kort ud efter K. 00.00.36 K tager sin venstre hånd op på kinden, hvorpå T tager sin højre hånd op på sin kind)

T: Nårh. suk... mm.... (K laver en lille bevægelse med lillefingeren. 00.00.44 T tager venstre hånd op og aer Ks venstre kind, så K har sin egen hånd på den ene kind, og Ts hånd på den anden kind. T ser fokuseret på K. K ser indadvendt frem for sig. 00.00.50 K laver en lille trækning med munden, men slapper ellers af i øjne, kind og mund. 00.00.54 Da K fjerner sin egen hånd fra den venstre kind, fjerner T sin hånd fra den højre kind. K ser nedad, og er fortsat afslappet i ansigtet. 00.00.58 T fjerner sin hånd fra sin egen kind).

5.4 Visuel transskription af videoklip 2

Herunder præsenteres den visuelle transskription af videoklip 2, samt en læsevejledning og tolkninger.

Figur 6: Visuel transskription af videoklip 2



Læsevejledning:

Øverst har jeg angivet hvornår der er samtale, og hvornår der er pause i samtalen.

Empati og nærvær: Ts grad af empati og nærvær i forhold til K er angivet med en graf, som viser at de to grafer følges ad. **Tolkning:** Empati og nærvær kan altså ikke skilles ad her.

Volumen: Samtalen foregår i lav volumen, hvorpå der ses stilhed.

Synkronisitet: Der ses synkronisitet i forhold til smil og et neutralt ansigtsudtryk. Der er et synkroniseret lavt arousal niveau i dette videoklip.

Øjenkontakt: Der er seks kortvarige perioder med øjenkontakt, og T ser på K næsten hele tiden. K ser enten i spejlet eller ser væk/ser ufokuseret. **Tolkning:** Dette tolker jeg som udtryk for, at T er meget nærværende, og K er meget indadvendt.

Kropssprog: Kropssprog er angivet med tekst, og de orange bokse angiver tid. Det ses her, at T læner sig ind imod K flere gange, at T puffer til K og holder om K, og at T nikker med hovedet. **Tolkning:** T har et tydeligt, inviterende kropssprog.

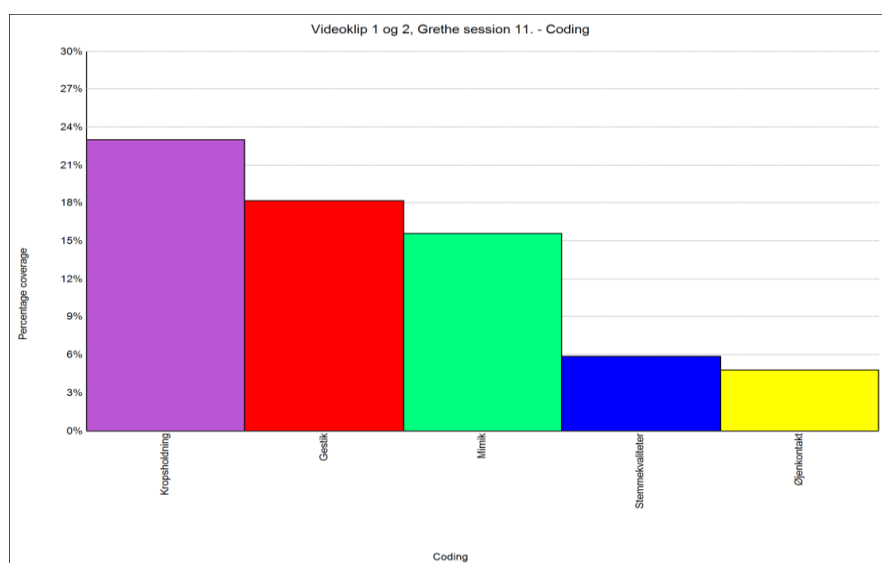
Gestik: Gestik er angivet med røde pile, når K peger, samt med tekst og røde felter, der angiver tid. Det ses her, at K peger 3 gange, og tager hånden op på kinden i længere tid. T klapper sig på brystbenet, spejler Ks bevægelse ved at tage hånden op på sin egen kind, og derefter tage hånden op på Ks anden kind. **Tolkning:** Denne intervention tolker jeg som holding og validering af Ks følelser.

Mimik: T smiler næsten hele tiden (grøn streg), og K smiler seks gange og synkroniseret med T. Når der ikke er angivet noget, er ansigterne neutrale. **Tolkning:** Ts meget smilende ansigtsudtryk tolker jeg som udtryk for, at T ikke er helt autentisk hele tiden. I slutningen af klippet, da samtalen er stoppet, er smilet formentlig autentisk, det er dog ikke synligt på videoen.

5.5 Tematisk kodning af videoklip

På baggrund af den tematiske kodning i transskriptionen af videoklip 1 og 2 har jeg lavet et diagram i dataanalyse programmet Nvivo, der viser den procentvise fordeling af hhv. kropsholdning, gestik, mimik, stemmekvaliteter og øjenkontakt.

Figur 7: Diagram over tematisk kodning af videoklip



5.6 Autoetnografiske narrativer

De tre autoetnografiske narrativer er lagt i bilag. Herunder ses et eksempel:

Tabel 2: Eksempel på autoetnografisk narrativ

Observationer (etno)	Overvejelser (auto)	forforståelse	Efterfølgende refleksion 1	Refleksion 2	Tema
(Videoklip 2) G peger på mig, og siger det er min datter. "Er det din datter, er det mig?" "Ja". "Nåårh, du er så sød Grethe", siger jeg, og aer hendes hånd og hendes ryg. Ja, siger hun glad. Hun ser væk et øjeblik. "Kan du ikke se, at det er dig?" "Ja jeg er der også og G er der". Hun tager hånden op på kinden, og sukker dybt. Jeg tager også hånden op på min kind. Vi sidder stille sammen lidt. Så tager jeg min anden hånd op på Gs anden kind, og vi sidder stille sammen lidt. Hun slapper af i ansigtet et kort øjeblik. Da hun tager sin egen hånd ned, fjerner jeg først hånden fra hendes kind, og lidt efter fra min egen. Jeg siger ofte "mm" og "nårh".	Jeg oplever, at G associerer mig med noget positivt og trygt = den gode datter. G har behov for at bekræfte sin identitet. Vi er der begge to, og det er behageligt. Jeg er meget nærværende og tager en lille chance, da jeg tager hånden op på Gs kind. Mon det er for intimt? Men G nyder det, og jeg kan mærke, at G slapper helt af i kroppen. Jeg føler mig som en kærlig mor. Jeg er glad og lettet, og meget opmærksom på ikke at være grænseoverskridende eller intimiderende. Mine bevægelser er omhyggeligt afstemte efter Gs bevægelser og udtryk for behag/ubehag.		Jeg føler mig en lille smule klemt i rollen som den gode datter. Ubevidst spejler jeg den søde pige (repræsenteret ved det kunstige smil hos G), når jeg siger "du er sød". Det lille suk udtrykker glæden ved at få sine følelsesmæssige behov opfyldt. Jeg tror, at G er lidt rørt.	Denne intervention opfatter jeg som holding. Her er der et stærkt forhøjet nærvær i alle mine sanser og høj intensitet. Jeg kan mærke varme følelser strømme fra mit eget hjerte, igennem hånden på kinden, og omfatter G. Når jeg ser videoen, slår det mig, at Grethes ansigt i et kort sekund	Bekræftelse af identitet /spejlet. Empatisk modoverføring. Ts føler sig klemt. T spejler ubevidst klientens maske: den søde pige. Bekræftelse af identitet/spejlet. Selvberoligende bevægelse + suk. T spejler Ks bevægelse. Holding. T forstærker Ks bevægelse ved at æ den anden kind. T er meget nærværende. Modoverføring (mor/barn). T afstemmer sig i forhold til klientens bevægelser og tegn på behag/ubehag. T mærker varme følelser strømme fra hjertet.

				er helt autentisk og afslappet. Måske kan dette tolkes som et glimt af selvet?	Glimt af selvet.
--	--	--	--	--	------------------

5.7 Tematisk kodning af autoetnografiske narrativer

Tabel 3: Tematisk kodning af de tre autoetnografiske narrativer

Temaer i session 2	Temaer i session 11	Temaer i sidste session
1. Interventioner 1.1 Ramme (3). 1.2 Validering (2). 1.3 Spejling. 1.4 Regulering. 1.5 Jeg-støtte. 2. Psykodynamiske refleksioner over klienten 2.1 Ks udsagn - udtryk for fortrængte følelser? (3) 2.2 Ks livshistorie (2) 2.3 Klientens forsvar. 2.4 Masken/det falske selv. 2.5 Skyggesiden. 2.6 Selvberoligende gestus. 2.7 Identitet/tro. 2.8 Negativt selvbillede? 3. Selvrefleksioner 3.1 Terapeutens ubevidste følelser (2). 3.2 Empatisk modoverføring 3.3 Aktivisering af Ts eget tema. Selvbeskyttelse. 3.4 Terapeutens rolige temperament i relation til skabelsen af tryghed.	1. Interventioner 1.1 Bekræftelse af identitet – vha. spejlet (9). 1.1.2 Identitet bekræftes (7). 1.2 Matching (5). 1.3 Spejling (5). 1.4 Validering (4). 1.5 Ramme (4). 1.6 T er nærværende indad: Mærker empati og varme for K (2). 1.6.1 T er nærværende med K (2). 1.7 Fysisk berøring. 1.7.1 Kropslig impuls/fysisk berøring med symbolsk betydning (pande mod pande). 1.8 T følger kropslig impuls (leg). 1.9 Vinke til spejlet = leg/ritual. 1.10 Holding. 1.10.1 T forstærker Ks bevægelse ved at æ den anden kind. 1.10.2 T afstemmer sig i forhold til klientens bevægelser og tegn på behag/ubehag. 1.11 Sang-interventioner (2) 1.11.1 sang-intervention uden reaktion fra K. 1.11.2 Sang-intervention, hvor sangen relaterer til Ks livsforløb, også de svære ting. 1.11.3 Vuggeviser. 1.12 Vinke-ritual som afsked. 2. Psykodynamiske refleksioner over klienten	1. Interventioner: 1.1 Ramme (8). 1.2 Fysisk berøring (7). 1.3 Spejling (5). 1.3.1 T spejler Ks mundbevægelser, der skifter mellem smil og arrig tandgrinasse (2). 1.3.2 Nærvær gennem spejling af bevægelser. 1.4 Vinkeritual (5). 1.5 T synger en årstidssang (4). 1.5.1 T synger en stille sang. 1.6 Validering (3). 1.7 Affektiv afstemning (3). 1.8 Mødeøjeblik. 1.9 Regulering (2). 1.9.1 Regulering vha. synkronisering af vejtrækning (2). 1.9.2 Regulering fører til øjenkontakt/kontakt gennem spejlet og Vinkeritual. 1.10 Holding (2). 1.11 Validering. 1.12 Bekræftelse af identitet (2) 1.13 T ær Ks kind. K slapper af i ansigtet. 1.14 T matcher Ks arousalniveau i forhold til tempo. 1.15 T afstemmer sig i forhold til nærhed/afstand. 1.16 Selvberoligende bevægelse/ forstærket af T. 1.16.1 Selvberoligende bevægelse, T spejler den.

	2.1 Selvberoligende bevægelse (7) 2.1.1 Selvberoligende bevægelse + suk. 2.1.2 Selvberoligende bevægelse = udtryk for at G har en mor- overføring på T? 2.2 Tandgrimasse: arrig/aggressiv (3). 2.2.1 Tand-grimasse: At være fræk og sød. 2.3 Halskæde – symbol på tryghed? (3) 2.4 Badeværelset som symbol på hule/livmoder. 2.5 Far er forbundet med noget positivt (kager) = Indre tryghedsskabende objekt. 2.6 Glimt af selvet. 2.7 Ks kontrolbehov. 3. Observationer af klienten 3.1 K synger med (5). 3.2 K tager initiativ til sang (2). 3.3 Lavmælt og rolig stemmeføring hos K. 3.4 K tager initiativ til kontakt. 3.5 K tænker på kage (noget rart/omsorg). 3.6 K berører Ts kind. 3.7 K har en meget lavmælt/lidt ru stemmeføring = tegn på positive følelser? 3.8 K bliver overstimuleret. 3.9 K bliver lidt agiteret. 3.10 K udtrykker behag. 4. Selvrefleksioner 4.1 Empatisk modoverføring (2) 4.1.1 T er ikke helt autentisk: den søde pige, den gode datter. 4.1.2 modoverføring (mor/barn). 4.2 Ts emotioner (2). 4.3 Behagelige kropssansninger hos T. 4.3.1 T er lettet – opleves fysisk. 4.3.2 T mærker varme følelser strømme fra hjertet. 4.3.3 Fysisk kontakt er forbundet med empati fra hjertet og nærvær i hænderne. 4.4 T trækker sig lidt. 4.4.1 T føler sig klemmt.	1.17 T aer Ks kind, og siger farvel. 1.18 T forstærker sit udsagn ved at klappe sig selv på brystbenet. 1.19 Afslutning. 2. Psykodynamiske refleksioner over klienten 2.1 Narrativ med symbolsk indhold/drømmeagtigt (7). 2.2 Halskæden som symbol (3). 2.3 Tand-grimasse (3). 2.4 Selvberoligende bevægelse (2). 2.5 K siger, at hun græder. 2.6 Badeværelset som symbol på hule/tryghed/varme/livmoder? 2.6.1 Vaskemaskinen virker beroligende (2). 3. Observationer af klienten 3.1 K falder i søvn/sover (5). 3.2 Øjenkontakt (3). 3.3 K er i lav arousal (2). 3.4 K er agiteret og lidt aggressiv i sin udtale. 3.4.1 K er agiteret i opholdsstuen. 3.4.2 K taler højlydt med en lidt overfladisk vejtrækning. 3.5 K genkender ikke T. 3.6 Svært at få øjenkontakt. 3.7 K siger, at hun græder. 3.8 K falder til ro, og får mere bund i stemmen. 3.9 K taler langsommere. 3.10 K sukker dybt. 3.11 K smiler og er stille. 3.12 K nynner med og er rolig. 3.13 K tager begge hænder op på kinden = symbolsk handling/kommunikation til T. 3.14 K er træt. 3.15 K er stille og lytter. 3.16 smil. 3.17 K bliver urolig. 3.18 K læner sig ind imod T. 3.19 K hvisker 3.20 K ler. 3.21 K vil gerne ud. 4. Selvrefleksioner 4.1 Modoverføring. Mor/barn
--	--	---

	4.5 T spejler ubevidst klientens maske: den søde pige. 4.6 Ts rolige temperament/udstråling. 4.7 T mærker tristhed ved at gå. 5. kommunikative redskaber 5.1 Pauser (4).	(3). 4.1.1 Empatisk modoverføring. 4.1.2 Bevidstgørelse af modoverføringer medvirkende årsag til at regulering virker. 4.2 T er rørt (2). 4.3 T er neutral i ansigtsmimikken (dvs. mere autentisk) (2). 4.4 T føler sig afvist og afmægtig. 4.5 T bruger et højt suk til at berolige sig selv. 4.6 Selvberoligende bevægelse. 4.7 T synger til sig selv (er opmærksom på eget indre barn), 4.7.1 T nynner til sig selv og til K. 4.8 Tand-grimasse (T er bevidst om denne, den føles ikke så truende). 4.9 Positive emotioner 4.10 Fysisk kontakt er forbundet med empati fra hjertet og nærvær i hænderne. 4.11 Tæt, tryk, lidt intim kontakt. 4.12 afsked er forbundet med mange følelser (2). 5. Kommunikative redskaber 5.1 Pauser (2) 5.2 Sidder tæt sammen. 5.3 Bekræftende kropssprog hos T. 5.4 Hviskende samtale.
--	--	---

5.8 Tematisk kodning af videoklip 1 og 2

Tabel 4: Tematisk kodning af videoklip 1 og 2

Temaer – videoklip 1	Temaer – videoklip 2
1. Interventioner 1.1 Bekræftelse af identitet (3) 1.2 Vinkeritual (2) 1.3 T validerer Ks udsagn. 1.4 T spejler Ks mundbevægelser 1.5 T matcher Ks toneleje, klang, volumen, og tempo. 2. Kommunikative redskaber 2.1 Øjenkontakt (7) 2.2 Smil (12) 2.3 Skiftevis lav og høj arousal. 2.4 Ts rolige temperament/stemmeføring 2.5 Pause 2.6 Roligt tempo i samtalen, afdæmpet mellemtoneleje med en smule luft på stemmen. 2.7 T har et tydeligt/inviterende kropssprog. 2.8 T viser puls med kroppen. 2.9 Der ses synkronisitet i forhold til smil og vink og afstemthed i forhold til arousalniveau. 3. Observationer af klienten 3.1 K aer sin kind. 3.2 Tandgrinasse/kunstigt, bredt smil. 3.3 K tager initiativ til at synge 3.4 K synger med. 3.5 K og T ler 3.6 K synger hviskende. 3.7 K afbryder. 4. Observationer af terapeuten 4.1 T smiler meget. 4.2 Høj grad af empati. 4.3 T er meget nærværende, med et dyk i pausen.	1. Interventioner 1.1 Bekræftelse af identitet (4) 1.2 Bekræftelse af udsagn. 1.3 Holding. 1.4 Validering. 1.5 Fysisk berøring. 1.6 Spejling. 2. Kommunikative redskaber 2.1 Smil (10) 2.2 Øjenkontakt (7) 2.3 Lav volumen/luft på stemmen/hvisken/langsomt tempo. 2.4 Synkronisitet i forhold til smil, neutral ansigtsmimik. 2.5 Afstemthed i forhold til lavt arousalniveau. 2.6 T fjerner hånden synkront med K. 2.7 Pause 3. Observationer af klienten 3.1 Selvberoligende bevægelse. 3.2 K er indadvendt. 3.3 K slapper af i øjne, kind, mund. 3.4 Lav arousal. 4. Observationer af terapeuten 4.1 T smiler meget. 4.2 Kurven for Ts grad af empati og nærvær følges ad i en bølgebevægelse, der stiger mod slutningen af klippet.

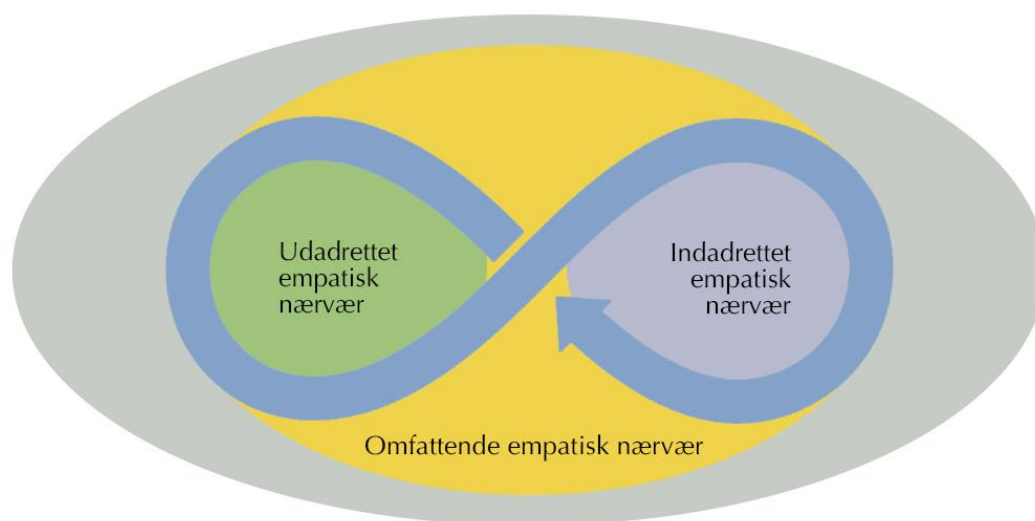
5.9 Syntese

Herunder præsenteres en syntese af temaerne.

Tabel 5: Syntese

Psykodynamiske refleksioner over klienten	Psykodynamiske selvrefleksioner	Psykodynamisk ladede interventioner med forstærket nærvær og empati	Kommunikative redskaber
1. Psykodynamiske fortolkninger 1.1 Livshistorie. 1.2 Identitet/tro. 1.3 Forsvar. 1.3.1 Masken/det falske selv. 1.4 Glimt af selvet. 1.5 Negativt selv billede? 1.6 Ks udsagn - udtryk for fortrængte følelser? 1.7 Overføring på T. 2. Symboler 2.1 Narrativ med symbolsk indhold/drømmeagtigt. 2.2 Objekter 2.3 Fysiske omgivelser 2.4 Indre tryghedsskabende objekter. 3. Kropslige udtryk 3.1 Gestik som udtryk for det ubevidste. 3.2 Mimik som udtryk for det ubevidste.	1. Ubevidste processer 1.1 Empatisk modoverføring. 1.1.1 Diffust ubehag. 1.1.2 T spejler ubevidst klientens maske. 1.1.3 T er ikke helt autentisk. 1.2 Selvbeskyttelse. 1.3 Ubevidste følelser/emotioner. 2. Bevidste processer 2.1 Modoverføring (mor/barn). 2.2 Aktivering af eget tema. 2.3 Positive og negative følelser/emotioner. 4. Kropslige udtryk 4.1 Autentisk ansigtsmimik 4.2 Selvberoligende bevægelse. 4.3 Fysisk kontakt er forbundet med empati og nærvær. 5. Ts karaktertræk 5.1 Temperament. 6. Indre interventioner 6.1 Synge til eget indre barn. 6.2 Rumme egne følelser/emotioner. 6.3 Bevidstgøre ubevidste processer.	1. Overordnede 1.1 Jeg-støtte. 2. Følelsesmæssige 2.2 Validering. 3. Kropslige 3.1 Holding. 3.2 Fysisk berøring. 3.3 Afstemning. 3.4 Spejling. 3.5 Matching. 4. Musikalske 4.1 Ramme. 4.2 Regulering. 4.3 Sang. 5. Verbale 5.1. Bekræftelse af udsagn. 6. Leg 6.1 Ritual.	1.1 Stemmekvalitet. 1.1.1 Volumen. 1.1.2 Tempo. 1.1.3 Klang. 1.1.4 Toneleje. 1.2 Tydeligt, inviterende kropssprog. 1.3 Gestik. 1.4 Mimik. 1.4.1 Smil. 1.5 Øjenkontakt. 1.6 Pauser. 1.7 Synkronisitet.

5.10 Model af empatisk nærvær:



Figur 8: model af empatisk nærvær

Beskrivelse af figur: Figuren viser lemniskat-bevægelser mellem et indadrettet empatisk nærvær på terapeuten selv og et udadrettet empatisk nærvær på klienten. Figuren forsøger at illustrere denne uendelige pendulbevægelse mellem de to sammenhængende, og dog adskilte domæner i det terapeutiske nærvær, hvor den blå streg illustrerer nærværets bevægelser. Nærværet kan varieres i intensitet, og flytter sig hele tiden mellem det ene og det andet perspektiv. Nogle gange er det hovedsageligt centreret i det udadrettede empathiske nærvær på klienten, og andre gange er det hovedsageligt centreret i det indadrettede empathiske nærvær. Når nærværet omfatter hele figuren på en gang, både som et indadrettet empatisk nærvær hos terapeuten og et udadrettet empatisk nærvær på klienten, er der mulighed for en forøget intensitet i det empathiske nærvær. Dette domæne har jeg kaldt omfattende empatisk nærvær. I denne figur er empati og nærvær samlet i begrebet 'empatisk nærvær', da det har vist sig i arbejdet med analysen, at det er vanskeligt at adskille begreberne.

5.11 Psykodynamisk ladede interventioner

Med udgangspunkt i ovenstående model kan de i syntesen nævnte psykodynamisk ladede interventioner inddeles i de forskellige domæner for empatisk nærvær, afhængigt af hvilken form for empatisk nærvær interventionen hovedsageligt er blevet udført.

- 1) Udadrettet empatisk nærvær:** Omfatter det udadrettede empathiske nærvær, som rettes imod klienten.
- 2) Indadrettet empatisk nærvær:** Omfatter det indadrettede empathiske nærvær, som rettes imod en selv.
- 3) Omfattende empatisk nærvær:** Omfatter både det udadrettede empathiske nærvær og det indadrettede empathiske nærvær på en gang. På dette niveau *kan* en særlig intensitet i det empathiske nærvær opstå.

1) Psykodynamisk ladede interventioner udført som udadrettet empatisk nærvær:

- Afstemning
- Spejling
- Matching
- Ramme
- Regulering
- Sang
- Bekræftelse af udsagn
- Ritual/leg

2) Psykodynamisk ladede interventioner udført som indadrettet empatisk nærvær:

- Synge til eget indre barn
- Rumme egne følelser/emotioner
- Bevidstgøre ubevidste processer

3) Psykodynamisk ladede interventioner udført som omfattende empatisk nærvær:

- Validering
- Holding
- Fysisk berøring

5.12 Teoretisk analyse

I dette afsnit analyseres udvalgte temaer fra syntesen, tabel 5, samt min forståelse af empatisk nærvær, figur 8, på baggrund af den præsenterede teori.

5.12.1 Teoretisk analyse af psykodynamiske refleksioner over klienten

I syntesen, tabel 5, har jeg inddelt de psykodynamiske refleksioner over klienten i tre kategorier: 1) psykodynamiske fortolkninger, 2) symboler samt 3) kropslige udtryk.

I syntesen ses forskellige undertemaer, som kan henføres til hhv. Jungs teorier eller Winnicotts teorier. Temaet "Masken/det falske selv" henføres dog til begge teorier, da der ses visse lighedstræk mellem Winnicotts begreb om det falske selv, der udvikles pga. et svigt i moderens objektpræsentation på det absolutte afhængigheds stadium, og medfører varierende grader af tilpasning (Winnicott 2019/1965), og Jungs begreb om masken eller personaen, der ligeledes tjener som en tilpasning til omverdenen (Jacobi 1987). Begge begreber findes på et spektrum fra radikalt til sundhed. Jung og Winnicott har dog forskellige definitioner af jeg'et og selvet, hvor selvet i Winnicotts definition tilsyneladende indeholdes i Jungs definition af jeg'et, som også omfatter personaen. Men dette er lidt uklart, da Winnicott ikke giver en klar definition af begreberne, og definitionen skifter i løbet af hans forfatterskab (Davis & Wallbridge 1988). Ifølge Jung kan personaen vise sig i fysiske ansigtstræk fx ansigtsrynker og grimasser, smil og suk, og det er muligt at skjule sin sande natur bag en tilvant tilpasningsform, som stivner og bliver mekanisk, dvs. en egentlig påtaget maske, bag hvilken individualiteten og det sande væsen langsomt degenererer og kvæles. Hvis denne proces intensiveres, kan det i yderste tilfælde medføre psykiske kriser og lidelse (Jacobi 1987, pp. 52-56). Den psykodynamiske fortolkning af "Masken/det falske selv" hænger sammen med temaet "Kropslige udtryk" og undertemaet "Mimik som udtryk for det ubevidste". Dette tema henviser til klientens tandgrimasse, som jeg tolker som en skyggeside, der viser sig i et kropsligt udtryk, og klientens kunstige smil, som jeg tolker som et udtryk for hendes maske. 'Skyggesiden' er et begreb hentet fra Jungs teori om individuationsprocessen, hvor skyggen henviser til den ubevidste del af psyken, som ligeså godt kunne være bevidst (Jung et al. 1991/1964). Skyggen repræsenterer ukendte egenskaber

eller kvaliteter hos jeg'et, som det typisk ikke synes om hos andre, hvilket i case-eksemplet tolkes som undertrykt eller fortrængt aggression og vrede, der nu kommer til udtryk i en kropslig grimasse, hvor klienten viser tænder. Klientens kunstige, lidt stive smil tolkes således som den maske, hun har vist til verden. Denne fortolkning bakkes op af sønnens beskrivelser af klienten, som en person der arbejdede hårdt, og som aldrig talte om følelser, men havde gentagne indlæggelser på psykiatrisk afdeling. Disse informationer underbygger den antagelse, at klienten har udviklet en maske eller et falsk selv. Demenssygdommen kan velsagtens også anskues som en proces, der langsomt kvæler individualiteten og 'det sande væsen', jf. Jacobi (1987). I den tematiske analyse bruges begreberne 'undertrykt' og 'fortrængt' lidt skødesløst, da det er uvist i hvilken grad klientens følelser er hhv. undertrykte eller fortrængte. Ifølge Jung medfører fortrængning neuroser, hvilket er psykens forsøg på at undgå lidelse, og undertrykkelse har mere med tilpasning at gøre; den er en moralsk afgørelse (Jacobi 1987, p. 148). På baggrund af sønnens beskrivelser af klienten, er det ikke utænkeligt, at der generelt er tale om fortrængning.

I analysen ses desuden temaet "Glimt af selvet", som henviser til Jungs definition af selvet, som betegner målet for individuationsprocessen, hvor der ses en totalt forandret livsindstilling og livsopfattelse (Jacobi 1987). Ifølge Jung (1989/1933) udgør selvet den yderste grænse, vi kan erkende med vores bevidsthed, og selvet kan ikke bevises videnskabeligt, da det er noget irrationelt og udefinerbart, som kun er muligt for jeg'et at få en fornemmelse af: "I dette forhold kan intet erkendes, thi vi evner intet som helst at udsige om Selvets indhold. Det eneste indhold af Selvet, vi kender, er Jeg'et" (Jung 1989/1933, p. 155). Det er selvfølgelig spekulativt at inddrage Jungs forståelse af selvet i forbindelse med denne case. Men på videoklipet ses et skift i klientens ansigtsudtryk i forbindelse med en holding-intervention, hvor hun slapper fuldstændig af i ansigtsmusklerne i et kort sekund. På baggrund af Jungs teori, kan der således argumenteres for, at dette korte sekund kan tolkes som et glimt, hvor masken falder, jeg'et træder til side, og klientens selv træder frem.

Under temaet "Kropslige udtryk" findes desuden undertemaet "Gestik som udtryk for det ubevidste", som henviser til, at klienten ofte tager den ene hånd op på kinden. Dette tolker jeg som at klienten ubevidst beroliger sig selv, jf. Kitwoods psykosociale behov 'trøst'. Det ses desuden i de tre narrativer, at klienten ofte gentager sit eget navn, eller taler om mor og far. Dette kan ifølge Wogn-Henriksen (1995) tolkes ud fra et selv-psykologisk perspektiv, hvor klienten således opretholder de indre kilder til selv-støtte samt markerer sin egen eksistens, fordi hun har en skrøbelig selv-opfattelse. Disse udtryk kan derfor anskues som nogle indre ressourcer, klienten fortsat trækker på, på trods af den fremskridende demens-sygdom. Under temaet "Symboler" ses undertemaet "Indre tryghedsskabende objekter", som henviser til, at klienten på et tidspunkt nævner sin far og kager, hvilket jeg tolker som noget positivt. Dette udsagn kan ligeledes tolkes fra et selvpsykologisk perspektiv, hvor klienten opretholder de indre kilder til selvstøtte, jf. Wogn-Henriksen (1995). Fra et objektrelationsteoretisk synspunkt kan det tolkes som, at klienten fortsat har nogle indre tryghedsskabende objekter eller objektkonstans, dvs. at hun fortsat har evnen til at opretholde indre billeder af omsorgspersonen, når denne er ude af syne, jf. Winnicott.

Under temaet "Symboler" ses undertemaet "Narrativ med symbolsk indhold/drømmeagtigt". Dette tema henfører til Jungs teori om det ubevidste, som afspejles i vores drømme (Jung et al. 1991/1964). Mange af klientens udsagn virker drømme-agtige, da de er meget usammenhængende og emotionelt ladede. Det er dog umuligt at sige om disse udsagn indeholder fragmenter fra klientens hukommelse, og hvor meget som kan siges at være indhold fra det ubevidste, som strømmer ind i klientens dagsbevidsthed, pga. hendes svækkede jeg-funktioner (Jf. Wogn-Henriksens udlægning af Ego-psykologien relateret til demens). Der ses desuden undertemaerne

"Objekter" og "Fysiske omgivelser", som henviser til min subjektive fortolkning af symbolværdien af klientens forhold til sin halskæde og sit badeværelse. Klientens jævnlige tilbagetrækning til badeværelset kan muligvis relateres til hendes indre kilder til selv-støtte eller indre ressourcer, jf. Wogn-Henriksen (1995). Klientens forhold til halskæden kan relateres til Kitwoods psykosociale behov for "identitet" (Kitwood 1999), da hun formentlig har haft den i mange år.

5.12.2 Teoretisk analyse af psykodynamiske selvrefleksioner

Under psykodynamiske selvrefleksioner ses temaet "Ubevidste processer" herunder temaet "Empatisk modoverføring" som henviser til Priestleys (1994) definition af empatisk modoverføring: Empatisk modoverføring kan udtrykkes som terapeutens bevidstgørelse af hans fysiske oplevelse af resonans med de ubevidste eller før-bevidste følelser i klienten, fx fysisk eller emotionel smerte. Empatisk modoverføring kan opleves psykosomatisk, som en fysisk sansning eller tilstand i kroppen, eller det kan opleves direkte gennem terapeutens egne følelser (Priestley 1994). I analysen ses det, at terapeuten ubevidst spejler klientens maske, dvs. det lidt kunstige smil, som klienten vedvarende gentager, og samtidig har terapeuten et diffust ubehag og en fornemmelse af ikke at være autentisk. Dette fænomen kan tolkes som empatisk modoverføring, hvor terapeuten resonerer med de ubevidste følelser hos klienten.

Under "Bevidste processer" ses undertemaet "Modoverføring – mor/barn" som henviser til de gange, hvor terapeuten føler sig som en mor for klienten. Det er uvist, om der i virkeligheden er tale om klientens overføring på terapeuten, som terapeuten resonerer med, eller om der er tale om en modoverføring her. Ifølge Freud defineres modoverføringer som terapeutens følelsesmæssige reaktion på klientens overføring. I denne definition af modoverføring repeterer terapeuten nogle følelser eller emotioner fra sin egen fortid i forholdet til klienten (Freud & Strachey 1957/1910; Priestley 1994), og da terapeuten selv er mor, kan der godt argumenteres for, at hun således repeterer sine egne følelser relateret til mor-rollen i relationen med klienten. Ifølge Priestley (1994) er der ofte tale om modoverføringer, hvis terapeuten føler sig emotionelt overvældet, ude af kontrol, eller ikke kan få den aktuelle case ud af hovedet, men dette er ikke tilfældet her. Ifølge Priestley (1994) er modoverføringer et komplekst fænomen, som kræver terapeutisk indsigt og skelneevne at indfange.

5.12.3 Teoretisk analyse af psykodynamisk ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati

I syntesen, tabel 5, ses kategorien "Psykodynamisk ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati". Nærvær og empati tolkes som noget overordnet, hvormed alle de øvrige interventioner kan udføres, jf. figur 8. Udvalgte undertemaer analyseres i det følgende.

Som et overordnet tema ses "Jeg-støtte", og dette henviser til, at alle de øvrige interventioner i princippet kan ses som jeg-støtte i forhold til musikterapi med mennesker med svær demens, som har et skrøbeligt eller fragmenteret jeg. Ifølge Wogn-Henriksen (1995) kan Winnicotts begreb om 'den gode nok mor' (Winnicott 2019/1965) i denne sammenhæng bl.a. betyde, at man har evnen til at tilrettelægge og strukturere miljøet, så miljøet er jeg-støttende. Ifølge Winnicott (2019/1965) henviser begrebet jeg-støtte til moderens tilpasning til spædbarnet i den tidlige absolutte afhængigheds fase, hvilket jeg vender tilbage til.

Et andet tema er "Validering", som henviser til Kitwoods (1999) psykoterapeutiske positive interaktion validering. Denne intervention handler om at validere en andens oplevelse ved at acceptere virkeligheden og kraften, der ligger bag ved udsagnet, dvs. validere den subjektive sandhedsværdi. Personens følelser og emotioner anerkendes, og terapeuten responderer på et følelsesmæssigt plan, hvilket indbefatter en høj grad af empati. I analysen ses mange eksempler hvor

terapeuten validerer klienten, og dette kan både være en verbal, følelsesmæssig eller kropslig validering.

Kategorien "Kropslige interventioner" er ret omfattende i forhold til de øvrige, hvilket henviser til, at en kropslig tilgang til kommunikation med klienten viste sig at være frugtbar. Dette bakkes op af analyseresultatet for den tematiske kodning af videoklip 1 og 2 (kap. 5.5), hvor det ses at kommunikative redskaber som kropsholdning, gestik og mimik er righoldigt beskrevet i den terapeutiske tilgang til musikterapien. I denne kategori vil jeg fremhæve interventionen "Holding", som dels henviser til Kitwood (1999), der har beskrevet denne intervention i forhold til mennesker med demens, og dels henviser begrebet til Winnicott (2019/1965), som først har anvendt begrebet, dog i forbindelse med spædbørn og mødre. Ifølge Kitwood (1999) refererer holding i psykologisk forstand til det at tilbyde et trygt psykologisk rum eller 'beholder', hvor skjulte traumer, konflikter og sårbarhed kan afdækkes. En tryk oplevelse af holding kan medføre, at personen får en oplevelse af, at ødelæggende negative emotioner kan overkommes uden at forårsage et psykisk sammenbrud. Holding kan også referere til fysisk omfavnelser, hvilket det ofte gør i analysen af de tre narrativer. Kitwood er tydeligt inspireret af Winnicott, der hævder, at funktionen af holding er at give barnet jeg-støtte på den absolutte afhængigheds stadium. Integration og udvikling af jeg-tilknytning er afhængig af en god nok holding. I starten hvor fysiologi og psykologi ikke er adskilte, omfatter holding især at barnet fysisk bliver båret med kærlighed. Senere udvides det til at omfatte hele den omsorg fra omverdenen, der går forud for begrebet, "at leve sammen som adskilte personer" (Davis & Wallbridge 1988, p. 105-106). Ifølge Winnicott hænger holding til en start sammen med fysisk berøring, hvilket han benævner som "håndtering". Håndtering er et aspekt af holding, der henviser til den fysiske håndtering af spædbarnet. Selvom holding anvendes i forhold til spædbørn og mødre hos Winnicott, er det et anerkendt psykoterapeutisk redskab. Den terapeutiske relation minder på flere måder også om mor-spædbarn relationen, og Winnicott præsenterer desuden den tese, at man i terapi forsøger at genskabe den naturlige proces, hvor mor og barn interagerer med hinanden. Terapeutens funktion er ligesom moderens, at være et spejl for klienten, der kan give klienten det tilbage, som denne kommer med (Winnicott 2019/1965). En anden væsentlig intervention med et kropsligt element er netop "Spejling", som også henviser til Winnicotts begreb om spejling: I den individuelle emotionelle udvikling fungerer moderens ansigt som forløber for spejlet. Winnicotts påstand er, at i de tidlige stadier af barnets emotionelle udvikling spiller omgivelserne en betydelig rolle, da spædbarnet identificerer sig med omgivelserne. Når et spædbarn, der ligger ved brystet, ser sig omkring, vil det betragte moderens ansigt, og barnet ser samtidig sig selv. Sagt på en anden måde ser moderen på barnet, og den måde hun ser ud på, er relateret til det, hun ser. Hvis moderens ansigt ikke afspejler barnet, men i stedet udtrykker sin egen sindsstemning eller rigiditeten i sit eget forsvar, så får barnet ikke det tilbage, som det giver, hvilket kan have vidtrækkende konsekvenser for barnets emotionelle udvikling (Winnicott 2003/1971, p. 170-171). Spejling er således et betydningsfuldt element i den tidlige emotionelle udvikling, og mennesker i regressive tilstande med et fragmenteret jeg, kan formentlig have lignende behov som spædbarnet, der er afhængig af omgivelserne. Dette kan knyttes til Kitwoods (1999) beskrivelse af det psykosociale behov "identitet", som er centralt hos mennesker med demens.

Foruden de her nævnte temaer og interventioner er der i analysen nævnt musikalske og verbale interventioner, samt interventioner der inddrager leg, jf. Kitwoods (1999) beskrivelse af den positive interaktion "Leg". Disse temaer vender jeg tilbage til i diskussionen.

5.12.4 Teoretisk analyse af empatisk nærvær

Forståelsen af empatisk nærvær som noget der skifter mellem en indre opmærksomhed og en ydre opmærksomhed på klienten, er bl.a. inspireret af Pedersen (2000), der beskriver terapeutisk nærvær som *disciplineret subjektivitet*. Disciplineret subjektivitet defineres som "det at være subjektivt tilstede og samtidig medsvingende i forhold til patientens univers" (Pedersen 2000, p. 88). I Pedersens forståelse af terapeutisk nærvær beskrives således et 'fælles felt' mellem terapeut og klient, hvor terapeuten bestræber sig på at forstå de processer, han/hun er en del af. Empati er desuden sammenvævet med terapeutisk nærvær, da det er en forudsætning for, at en integreret dynamisk viden, kan opnås. I Pedersens forståelse af empati er der også et indre og et ydre aspekt: Det er væsentligt at terapeuten lærer at være ekstra sensitivt empatisk indefra, og samtidig kan mærke når noget er overvældende, eller ikke ankommer, udefra. Terapeuten skal også forsøge at bevidstgøre eventuelle sansemæssige empathiske fejltolkninger (Pedersen 2000). Figur 8 (Kap. 5.10) ligner desuden Pedersens beskrivelse af de tre lytteattituder, hvor terapeutens opmærksomhed er rettet mod klienten i den første, er rettet indad i den anden, og den tredje lytteattitude, hvor terapeuten er tilstede i en sansemæssig dobbeltbevægelse, hvor hun svinger mellem at være helt inde i sig selv, og delvist forbundet med klienten i den ene polaritet, til at være helt åben og receptiv i forhold til klienten, og samtidig være empatisk forbundet med sit indre i den anden polaritet (Pedersen 2000). Hvordan Pedersen præcist skelner mellem terapeutisk nærvær og professionel empati er ikke helt klart, men der ses en tydelig sammenhæng, hvor det ene er en forudsætning for det andet. Denne forståelse af begreberne underbygger derfor ideen med at samle begreberne under betegnelsen empatisk nærvær. I de visuelle transskriptioner af videoklip 1 og 2 er angivet to kurver for hhv. terapeutens grad af empati og nærvær i de to videoklip. Disse kurver er baseret på et subjektivt skøn på baggrund af min forforståelse af begreberne, som den er præsenteret i indledningen. I afbildningen af disse fænomener er de således adskilte, da det var udgangspunktet for undersøgelsen, men i videoklip 2 ses det, at de følges ad. Her kunne de således godt samles under betegnelsen empatisk nærvær. I videoklip 1 ses der større udsving i nærvær i forhold til empati, og dette skyldes, at nærværet skifter mellem et indadrettet nærvær og et udadrettet nærvær, jf. figur 8, kap. 5.10. I min nuværende forståelse af begrebet kunne disse kurver lige såvel følges ad. Empati er aftegnet som en blød bølgebevægelse, og dette skyldes, at jeg ikke opfatter empati som noget lineært, men mere som noget følelsesmæssigt, der hele tiden skifter i intensitet. Denne opfattelse støttes af Bertelsen (1984; 1999), som anskuer empati og nærvær ud fra en spirituel forståelse af begreberne, hvor empathiske følelser, såsom hengivenhed og kærlighed, udstrømmer fra hjertet, og nærvær betegnes som bevidsthed, ånd eller lys, og udvikling betegnes som 'at vågne op', da vi ellers kun er halvt eller kvart til stede. Ifølge Bertelsen smelter empati og nærvær sammen undervejs i individuationsprocessen: Som individuationsprocessen udfolder sig, begynder kærlighed og opmærksomhed at smelte sammen. I den nonduale tilstand, som Ifølge Bertelsen, er individuationsprocessens mål, er opmærksomheden medfølende, og det er ikke muligt at adskille de to (Bertelsen 1999). I forhold til Bertelsens forståelse, giver det derfor mening at tale om empatisk nærvær som et begreb, der beskriver en uspecifik blanding af begge fænomener.

6 Diskussion og konklusion

6.1 Diskussion af en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens

Da det er en forudsætning for denne undersøgelse, at man kan arbejde psykodynamisk med mennesker med demens, vil jeg starte med at diskutere relevansen af en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens.

De psykodynamiske teorier, som præsenteres i dette speciale er udviklet på baggrund af psykoanalysen, som oprindeligt blev udført på den måde, at analytikeren og analysanden sad adskilt af et forhæng, og terapien bestod udelukkende af samtale. Psykoanalysen er en problematisk størrelse i videnskabsteoretisk sammenhæng, men mange teori-elementer har vist sig at være levedygtige i praksis (Kvale & Brinkmann 2015, p. 65-68), herunder i musikterapi. I analysen af den præsenterede case i dette speciale ses det, at samtalen er mindre væsentlig, men der lægges meget vægt på kropslige udtryk. Dette udgangspunkt er meget forskelligt fra psykoanalysen, og de psykoanalytiske samtale-metoder kan derfor ikke overføres direkte til mennesker med demens. Det er således centralt at diskutere, om det overhovedet er muligt at arbejde psykoterapeutisk eller psykodynamisk med et menneske med demens, da de kognitive funktioner er svækkede, og det derfor er vanskeligt at opnå terapeutisk selvindsigt for et menneske med demens, hvilket ellers normalt er hovedformålet med terapi (Hougaard 2004). Så måske er det for spekulativt? Kitwood (1999) mener, at man godt kan arbejde psykodynamisk med et menneske med demens, selvom det er delvist spekulativt, da det afhænger af hvordan man definerer terapeutisk udvikling. Kitwood henviser til terapeutiske tilgange, der lægger mindre vægt på kognition, og mere vægt på den terapeutiske relation. Ifølge Kitwood kan man opstille den hypotese, at der sker en indre følelsesmæssig reorganisering hos klienten, når man vedvarende validerer klientens udsagn, og møder klienten empatisk med holding. Kitwood hævder, at det muligvis er en spekulativ, idealiseret og overfortolkende hypotese, men det er vel alligevel værd at stræbe efter:

Under terapiforløbet opstår der en særlig slags forhold, som er langt mere tolerant, accepterende og stabilt, end hvad der er almindeligt til hverdag; for nogle mennesker er det første gang, de nogensinde er blevet oprigtigt anerkendt som værende en person. Det gode forhold internaliseres langsomt i den emotionelle hukommelse og hjælper med til at kompensere for mangler i den tidlige opvækst. Gennem "omfavelse" kan en person måske være i stand til at bearbejde uløste konflikter og smertelige emotioner (Kitwood 1999, s. 106).

Denne forståelse af udvikling støttes af nyere psykodynamisk forskning indenfor neuroaffektiv udviklingspsykologi, der bl.a. hævder at mødeøjeblikke, hvor der sker en høj grad af afstemning, stimulerer nervesystemet til reorganisering og udvikling (Hart 2019). I figur 5 og 6, kap. 5.2 og 5.4, ses det, at klienten og terapeuten har synkroniserede niveauer af arousal, hvilket underbygger, at der her er tale om to mødeøjeblikke. Ifølge Hart (2019) kan udvikling ske på et autonomt-sansende niveau eller et limbisk-følelses niveau, og behandling med musikterapi kan på sigt forbedre evnen til selvregulering.

Wogn-Henriksen (1995) hævder, at som demens-sygdommen skrider frem, øges risikoen for at forsvaret bryder sammen, og der kan ske en regression fra et sekundærproces-niveau (det modne, rationelle) til et primærproces-niveau styret af driftsderivater: "Demensprocessen kan beskrives som en regression i jeg'et, hvor individet tager udviklingsmæssigt tidligere adfærdsformer i anvendelse" (Wogn-Henriksen 1995, p. 154-155). Denne antagelse bakker op om, at det giver mening at anvende

de psykodynamiske teorier af eksempelvis Winnicott i forhold til mennesker med demens, da mennesker i dybe, regressive tilstande formentlig har visse lighedstræk med spædbørn eller mindre børn i forhold til deres emotionelle behov og udvikling. Wogn-Henriksen (1995) argumenterer for, at der er mange værdifulde begreber at hente i den psykodynamiske teori, bl.a. vedrørende jeg-struktur, jeg-funktioner, karakterudformning, selvopfattelse og objektrelationer, men der er behov for at udvikle metoder, der er tilpasset gruppen af mennesker med demens:

Psykodynamisk viden drejer sig om menneskets indre liv, ikke direkte om deres adfærd. Den psykodynamiske opfattelse giver ingen handlings-anvisninger, men den giver en differentieret forståelse af mennesket, som er nødvendig for at behandlingstiltag ikke bliver overfladiske, tilfældige eller præmature (Wogn-Henriksen 1995, p. 156).

Kitwood (1999) giver dog et væsentligt bud på hvordan en psykodynamisk tilgang til mennesker med demens tager sig ud i praksis med sin liste over positive interaktioner, hvoraf de tre er psykoterapeutiske, og mange af de i syntesen nævnte interventioner er inspireret af Kitwood (1999). Kitwood siger dog selv, at han har lavet en *foreløbig* liste over positive interaktioner, og dette speciale peger bl.a. på, at det måske kunne være relevant at tilføje spejling til listen, samt udfolde betydningen af eksempelvis fysisk berøring.

6.2 Diskussion af fund

I denne undersøgelse peges der på, at en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens indebærer, at man reflekterer over klienten og sig selv som terapeut. Jeg har desuden forfattet en liste over psykodynamisk ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati, som giver et bud på, hvordan denne tilgang kan anvendes i klinisk praksis. Til slut har jeg udarbejdet en model over min forståelse af terapeutisk, empatisk nærvær, og hvordan de nævnte interventioner kan udføres indenfor forskellige domæner af empatisk nærvær. Disse fund diskuteres i det følgende.

6.2.1 Diskussion af psykodynamiske refleksioner over klienten og selvrefleksioner

Som det ses i syntesen, tabel 5, omfatter en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens, at man er i stand til at reflektere over klienten, og at reflektere over sin egen psykodynamiske andel i samspillet. Dette indbefatter et godt kendskab til psykodynamiske teori og erfaring med egen-terapi. Der kan derfor argumenteres for, at udførelsen af en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens indbefatter, at man har en terapeut-uddannelse. Analysen af "selvrefleksioner" peger bl.a. på, at arbejde med modoverføringer er centralt i en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens. Wogn-Henriksen (1995) fremhæver også modoverføringer som vigtige redskaber i omsorgsarbejdet med mennesker med svær demens:

Det er vigtigt, at vi erkender de kræfter, der ligger i vores modoverføringer, og udvikler behandlings- og omsorgsmiljøer, der også omfatter modning og bevidstgørelse af os selv som redskaber i omsorgsarbejdet. Måske er dette allervigtigst i mødet med personer der befinder sig i dybe, regressive tilstande, hvor sproget ikke længere er et pålideligt kommunikationsmiddel, og hvor kvaliteter i vores fysiske og sjælelige nærvær er afgørende for kontaktens kvalitet (Wogn-Henriksen 1995, s. 154).

Wogn-Henriksen støtter således den antagelse, at man må bruge sig selv som redskab i den terapeutiske proces i forhold til mennesker med demens, og det er vigtigt at modne og bevidstgøre sig selv. Dette underbygger samtidig forståelsen af figur 8, kap. 5.10, der også omfatter et indadrettet

empatisk nærvær. Ifølge syntesen, tabel 5, er interventioner indenfor dette domæne: "Synge til eget indre barn", "Rumme egne følelser/emotioner" samt "Bevidstgøre ubevidste processer". Der kan formentlig også tænkes andre former for interventioner indenfor dette domæne, og listen skal derfor ikke forstås som en manual. Coomans (2016) har i sin ph.d. undersøgt "moments of resonance" i forhold til musikterapi med mennesker med demens, og hun har også beskrevet vigtigheden af at komme i 'resonans' med sig selv, inden man kan komme i resonans med klienten, når man arbejder musikterapeutisk med svært demente mennesker. Denne tilgang har visse lighedstræk med temaet "Synge til eget indre barn", som også er en måde at komme i resonans med sig selv på.

6.2.2 Diskussion af psykodynamisk ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati

I syntesen, tabel 5, ses kategorien "Psykodynamisk ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati". Nærvær og empati tolkes som noget overordnet, hvormed alle de øvrige interventioner kan udføres, jf. figur 8, kap. 5.10. Det er min påstand, at der er en sammenhæng mellem nærvær og empati og psykodynamisk ladede interventioner, da man formentlig ikke kan udføre eksempelvis holding uden nærvær og empati. Det ligger således implicit i interventionen holding, at man som mor eller som terapeut er nærværende og empatisk, for ellers var man næppe en 'god nok mor', jf. Winnicott (1997/1987; 2019/1965; 2003/1971). Intensiteten i det empatiske nærvær hvormed interventionen udføres, siger noget om dybden og kvaliteten af eksempelvis holding, jf. figur 8.

I tabel 5 ses desuden kategorien "Kommunikative redskaber", som henviser til de redskaber hvormed terapeuten udfører interventionerne. Det ses her, at kropslige udtryk har en central plads i en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med svær demens. Feil (1993), der har udviklet metoden "validering", støtter ideen om en kropslig tilgang til terapi med mennesker med demens. Kropsbevægelser kan fx fremkalde erindringer fra fortiden: "En meget gammel kvinde rokker frem og tilbage, fordi det fremkalder erindringen om dengang, hun blev vugget af sin mor. Den sygeplejerske som venligt rører ved den gamle kvinde, bliver et symbol på moderen. Berøringen bliver til moderens berøring, den lindrer angsten og skaber tryghed. Med en enkelt berøring kan den gamle rejse 80 år tilbage i tiden" (Feil 1993, p. 84-85). Denne form for intervention, som Feil taler om her, indeholder formentlig både elementer af fysisk berøring, holding og validering, og minder meget om interventionen i videoklip 2.

Man kan desuden diskutere betydningen af musik i en psykodynamisk tilgang til musikterapi. Ridder (2014) hævder, at musikken er vigtig som tryghedsskabende ramme og i forhold til regulering, hvilket er nødvendige forudsætninger for, at man kan arbejde relationelt eller psykodynamisk. Man kan måske også argumentere for, at terapeutens kropssprog og stemmebrug i sig selv kan have en regulerende og tryghedsskabende effekt, og det ses da også i syntesen under "Selvrefleksioner", at terapeuten tilsyneladende har et meget roligt temperament, som formentlig har virket beroligende på klientens arousalniveau. Som det ses i analysen af de to videoklip, kap. 5.1 og 5.3, taler terapeuten ofte i et afdæmpet mellemtoneleje, med luft på stemmen, og i videoklip 2 hvisker terapeuten og klienten til hinanden. I figur 5 og 6, kap. 5.2 og 5.4, ses desuden en stor afstemning i forhold til synkronisering af arousal. Disse faktorer har formentlig spillet ind i forhold til regulering af klienten, og man kan derfor argumentere for, at musik i musikterapi med mennesker med demens kan forstås i bred forstand som kommunikativ musikalitet (Malloch & Trevarthen 2009), jf. listen over kommunikative redskaber i tabel 5.

Der ses desuden interventionen "Ritual" under kategorien "Leg", som henviser til det lille vinkeritual der ofte gentages i de tre autoetnografiske narrativer. Denne form for intervention minder om det som Holck (2002) omtaler som interaktions-temaer. Det giver god mening at udvikle

interaktions-temaer med mennesker med svær demens, hvis det er muligt, da mange gentagelser fordrer en oplevelse af kontinuitet og tryghed hos mennesker med svær demens, ligesom det er tilfældet med interventionen ramme, der kan henføres til Ridders teori om ramme, regulering og relation (Ridder 2014).

6.2.3 Diskussion af empatisk nærvær

Til en start i undersøgelsen har jeg adskilt begreberne nærvær og empati, da jeg mente, at det var to forskellige fænomener, som indbyrdes relaterede til hinanden, jf. Pedersen (2000). Som det ses i den teoretiske analyse giver Bertelsen (1984; 1999) belæg for at samle begreberne under betegnelsen empatisk nærvær, da det undervejs i individuationsprocessen bliver vanskeligt at adskille fænomenerne. Bertelsens teorier bygger dog ikke på empirisk forskning, så hans teorier er ligeledes en subjektiv fortolkning af fænomenerne, men de bidrager til en ny forståelse, hvor begreberne sættes ind i et spirituelt perspektiv. I den visuelle fremstilling af videoklip 2 er der meget stor lighed mellem niveauet af empati og nærvær, hvilket kan tolkes som, at de er tæt forbundet. Det var desuden min oplevelse, at når jeg i den autoetnografiske analyse reflekterede over empati eller nærvær, så hang de altid sammen. På denne baggrund resonerede jeg mig frem til, at det gav mening at samle begreberne under betegnelsen empatisk nærvær, og min forståelse af fænomenet illustrerede jeg i figur 8, kap. 5.10, som bl.a. er inspireret af Pedersen (2000). Man kan dog kritisere figur 8 for at være noget forenklet i forhold til de komplekse udlægninger af begreberne, som Pedersen (2000) anvender. Dette kan dog også ses som en styrke i forhold til at formidle noget meget komplekst til eksempelvis musikterapi-studerende eller omsorgsarbejdere, der arbejder indenfor demensområdet.

Ifølge Bertelsen (1984; 1999) kan nærvær sammenlignes med vågenhed. I terapeutisk arbejde med mennesker med svær demens er der en vis fare for at falde i søvn, pga. ensformigheden, gentagelserne og det langsomme tempo. Det er dette speciales påstand, at de psykodynamiske processer åbner muligheden for at intensivere empatisk nærvær. Som musikterapeut er der muligvis også en vis fare for, at terapeutisk nærvær og empati bliver udfoldet som noget tillært; en såkaldt professions-maske, som man tager på og af, men som ikke er helt autentisk. Dette kunne være interessant at undersøge nærmere.

I forbindelse med modellen af empatisk nærvær, har jeg udformet en teori vedrørende psykodynamiske interventioner, der kan laves på forskellige domæner af empatisk nærvær. De i syntesen nævnte psykodynamiske ladede interventioner med forhøjet nærvær og empati er således rangeret i forhold til hvilket domæne, jeg mener, at jeg oftest har udført dem på. Dette tegner et øjebliksbillede, da alle interventioner formentlig i princippet kan udføres med høj intensitet som et omfattende empatisk nærvær. Indimellem har jeg også lavet validering eller fysisk berøring som et udadrettet empatisk nærvær. Og indimellem har jeg lavet regulering, spejling og sang med et omfattende empatisk nærvær. Det er således vanskeligt at kategorisere interventionerne. Det er min påstand, at interventionen har en anden kvalitet, når den laves med et omfattende empatisk nærvær, frem for et udadrettet empatisk nærvær, hvilket formentlig også smitter af på klientens oplevelse af interventionen, og muligheden for at få dækket de grundlæggende psykosociale behov. Det er en forudsætning for at kunne lave interventioner med et omfattende empatisk nærvær, at man har et indgående kendskab til det indadrettede empatiske nærvær. Dette domæne er generelt lidt overset, da det er mere vanskeligt at integrere end det udadrettede empatiske nærvær, og det forudsætter terapeutisk træning og erfaring med egenterapi, jf. Pedersen (2000).

Figur 8 og teorien vedrørende psykodynamiske interventioner på forskellige niveauer kan formentlig anvendes som et redskab i undervisningssammenhæng til at formidle sammenhængen mellem

psykodynamiske perspektiver og empatisk nærvær. Jeg forestiller mig, at redskabet kan anvendes både i forhold til musikterapistuderende og i forhold til andre professioner, der arbejder med mennesker med demens. De tilhørende interventioner skal i så fald tilpasses til disse professioner, og de psykodynamiske perspektiver skal muligvis nedtones eller tilpasses til den aktuelle gruppe, hvilket jeg uddyber i det følgende afsnit.

6.3 Diskussion af musikterapi med mennesker med demens i et makro-perspektiv

I de senere år er forholdene for mennesker med demens på danske plejehjem blevet forbedret mange steder, men der er fortsat behov for yderligere forbedringer. Kommunerne har vanskeligheder med at rekruttere fagligt uddannet personale, ligesom de mange midler, der er blevet anvendt til kompetenceudvikling på demensområdet, kan synes spildt pga. at personale mange steder udskiftes med stor hast, så viden hurtigt går tabt (Rostgaard et al. 2012; KL 2020). Den aktuelle corona-situation har bl.a. vist, at mennesker med demens mister færdigheder, når de mister kontakten med deres kære (Alzheimerforeningen 2020). Samtidig forskes der i hvordan personale kan efteruddannes i personafstemte musikalske interaktioner (PAMI), i omsorgsarbejdet med mennesker med demens (PAMI 2021). Resultatet af denne undersøgelse peger på, at det kunne være fagligt relevant at implementere viden om psykodynamiske perspektiver og empatisk nærvær på de danske plejehjem. Nogle af de i analysen behandlede interventioner er psykodynamiske, og kræver en fagperson med en musikterapeutisk eller anden terapeutisk baggrund at udføre. Det kræver fx en høj grad af selvindsigt, samt viden om psykodynamiske teorier, og erfaring med psykodynamisk praksis, at anvende modoverføringer som psykodynamisk arbejdsredskab i forhold til klienter med demens. Men den del af analyseresultatet som omhandler empatisk nærvær er formodentlig generaliserbar i forhold til andre faggrupper. I forhold til at forbedre forholdene for mennesker med demens på de danske plejehjem, kunne det formentlig være relevant at uddanne og/eller efteruddanne sosu-assistenter og sosu-hjælpere, samt andre faggrupper der har med mennesker med demens at gøre, i forhold til viden om og træning i empatisk nærvær. Et øget empatisk nærvær hos de ansatte på plejehjemmene ville formodentlig betyde, at mennesker med demens i højere grad fik opfyldt deres psykosociale behov, og dermed mindske agiteret adfærd, da det sandsynligvis ville skabe et bedre følelsesmæssigt og fysisk miljø med færre stimuli. Samtidig er der et udviklingsperspektiv i det, da en af forudsætningerne for at kunne være empatisk nærværende er, at man også er empatisk nærværende i forhold til sig selv, samt at man i mødet med mennesket med demens opnår selvindsigt. På baggrund af dette speciale kan der således argumenteres for, at evnen til at være empatisk nærværende er en forudsætning for at kunne arbejde med mennesker med svær demens.

6.4 Kritik

I dette speciale har jeg hovedsageligt anvendt ældre litteratur, herunder nogle af de psykodynamiske hovedkilder, da jeg synes det var interessant at undersøge om de psykodynamiske teorier kan anvendes i forhold til musikterapi med mennesker med demens. Som det ses i diskussionen af en psykodynamisk tilgang til musikterapi med mennesker med demens, så er disse hovedkilder udviklet på baggrund af psykoanalysen, der anvender samtale som terapeutisk redskab, og desuden er psykoanalysen en vanskelig størrelse i videnskabsteoretisk sammenhæng, der kan kritiseres for at være subjektiv og spekulativ, selvom mange af dens samtale-metoder stadig anvendes i praksis (Kvale & Brinkmann 2015). Disse teorier har dog bidraget med nogle interessante psykodynamiske perspektiver på musikterapi med mennesker med demens i nærværende speciale, men disse

perspektiver er selvfølgelig baseret på subjektive tolkninger. Wogn-Henriksen (1995) argumenterer for, at der er mange værdifulde begreber at hente i den psykodynamiske teori, vedrørende eksempelvis jeg-struktur, jeg-funktioner, karakterudformning, selvopfattelse og objektrelationer. Disse punkter har inspireret til de i syntesen nævnte psykodynamiske refleksioner over klienten, men der må tages forbehold for, at sandhedsværdien af alle de nævnte temaer vedr. psykodynamiske refleksioner over klienten ikke rækker ud over det subjektive, da de udelukkende bygger på mine subjektive fortolkninger, samt 2. hånds beretninger fra sønnen vedr. klientens livsverden, og disse er antageligvis farvet ud fra sønnens opfattelser, oplevelser og fortolkninger.

6.5 Diskussion af metode

Undersøgelsen i dette speciale er overordnet kvalitativ, hvor forskningens genstand er mennesket som et kommunikerende, handlende, tænkende subjekt. Undersøgelsen foregår i en kontekst af åbne systemer i "den virkelige verden", og variable er ikke fastlagt på forhånd. Informanten er et enkelt-individ og forskerrollen subjektiv (Ridder & Bonder 2014). Det epistemologiske udgangspunkt er hermeneutisk, jf. den hermeneutiske cirkel, hvor del og helhed forstås i sammenhæng, og der er en vekselvirkning mellem del og helhed og mellem fortolker og tekst. Den hermeneutiske cirkel beskrives ofte som en spiral, der i princippet er en uendelig, uafsluttet proces. I dette speciale har jeg gjort rede for min for forståelse og mit menneskesyn, samt præsenteret en række teorier, som tilsammen udgør min forståelseshorisont. I arbejdet med analysen er der en kontinuerlig vekslen mellem del og helhed, dvs. fragmenterne af teksten eller temaerne i sig selv, den samlede syntese af temaer, og sammenhængen med den præsenterede teori. I arbejdet med analysen har jeg ligeledes en fornemmelse af, at forståelsen af 'teksten' – altså de autoetnografiske narrativer – er uendelig, da der hele tiden tilføjes nye lag af forståelse. Denne undersøgelse præsenterer derfor min foreløbige forståelse, som den ser ud efter tre måneders udforskning af data.

6.5.1 Adaptiv teori

I denne undersøgelse er anvendt adaptiv teori i tilgangen til teori. I adaptiv teori undersøges fx sociale sammenhænge og relationer, hvilket er fint i tråd med denne undersøgelse. Adaptiv teori sammentænker induktiv og deduktiv metode, da adaptiv teori tager højde for, at det i praksis kan være vanskeligt helt at adskille de to tilgange, og at det ofte bliver en mellemting. Det anbefales at man ved undersøgelsens start tager udgangspunkt i teoretiske overvejelser, og herefter laver en åben kodning, samt inddrager eksisterende teori. Denne tilgang til teori og analyse er i overensstemmelse med den tilgang, jeg har anvendt i dette speciale. Jeg havde på forhånd valgt nogle psykodynamiske teorier, som jeg syntes var relevante for mit datamateriale, og herefter lavede jeg en mere åben kodning, der tillod nye perspektiver at komme frem. Herefter vendte jeg tilbage til de på forhånd definerede teorier, og lavede på baggrund af dem en teoretisk analyse af fund. I adaptiv teori er der således en cirkelbevægelse mellem empiri og teori, hvor teorien både tilpasser sig og formes af indkomne empiriske fund, samtidig med at data filtreres gennem (og tilpasses) det eksisterende teoretiske stof, der forekommer relevant (Layder 1998, p. 38). Adaptiv teori bygger bro mellem grand theory og grounded theory. Dvs. at den gerne trækker på general (grand) teori, men samtidig er empiri udgangspunkt for ny teori, ligesom i grounded theory. I dette speciale tilpasses eksisterende teori til empiriske data, og udformes til en ny teoridannelse om empatisk nærvær, jf. figur 8, kap. 5.10.

Det ontologiske udgangspunkt for adaptiv teori omfatter både det subjektive og det objektive, og tager afsæt i kritisk realisme eller moderat objektivisme, hvor der findes en objektiv verden, som vi kan opnå 'objektiv' viden om (Jacobsen 2007). I dette speciale er det ontologiske

udgangspunkt konstruktivistisk og subjektivt, og man kan således ikke udsige noget objektivt om verden på baggrund af denne undersøgelse.

6.5.2 Autoetnografi

Den autoetnografiske metode som er anvendt i dette speciale er ligeledes subjektiv. De tre narrativer er baseret på transskription af videoer, hvilket har medført, at det var let at huske sessionernes forløb, og i processen med at gennemse videoerne, kom der mange væsentlige detaljer frem i hukommelsen, som ellers formentlig ville være gået tabt. Ved at tydeliggøre rækkefølgen i forhold til spontane refleksioner, forforståelse, efterfølgende refleksioner 1 og 2, samt fremkomne temaer, har jeg sikret en høj grad af transparens, refleksivitet og indsigt i de autoetnografiske narrativer, som højner validiteten af undersøgelsen, selvom forskerrollen er subjektiv og de fremkomne indsigter ideografiske (Ridder & Bonde 2014). Eftersom det ikke er muligt at spørge klienten med demens, om en tolkning er rigtig eller forkert, så er det meget vanskeligt at validere gyldigheden af de mange temaer, som er fremkommet i de autoetnografiske narrativer i analysen vedrørende refleksioner over klienten. Det er desuden uundgåeligt, at jeg som terapeut og forsker har farvet de fremkomne temaer ud fra mit eget psykodynamiske indhold, mit menneskesyn og min fortolkningshorisont. Disse tolkninger har derfor kun en subjektiv sandhedsværdi.

I dette speciale undersøges hvordan musikterapeutisk arbejde med mennesker med demens kan forstås igennem et fokus på psykodynamiske perspektiver, som tilsyneladende tidligere er tyndt beskrevet i forskningsmæssig sammenhæng. Mennesker med demens er en klientgruppe, som har vanskeligt ved selv at udtale sig om deres følelser og oplevelser. Netop dette at lade nogle mennesker komme til orde, som ellers ikke bliver hørt, er et af kerneidealene indenfor autoetnografisk forskning (Ellis et al. 2011), og i denne undersøgelse kan der argumenteres for, at klienten indirekte kommer til orde gennem terapeutens observationer.

6.5.4 Tematisk kodning

Man kan kritisere den tematiske kodning i forhold til, at der er noget viden, som går tabt i processen med at syntetisere indholdet af de tre narrativer. De ideografiske og subjektive detaljer knyttet til den præsenterede case mistes i processen. Til gengæld bliver det tydeliggjort, hvad der er allermest væsentligt i forhold til at besvare problemformuleringen, hvordan kan musikterapi *forstås* ud fra psykodynamiske perspektiver med særligt fokus på nærvær og empati, og hvordan kan det *anvendes i praksis*. Sidstnævnte spørgsmål indeholder en praksis-dimension, som giver anledning til at diskutere muligheden for at generalisere resultatet af undersøgelsen, hvilket jeg vender tilbage til. Kategoriseringen af interventioner i tabel 5 viste sig at være vanskelig. Man kan kritisere kategoriseringen for at være meget overordnet, og flere interventioner kan passes ind i mere end en kategori, fx interventionen holding, der både kan kategoriseres som "kropslige" og "følelsesmæssige". Dette er en svaghed ved analysen.

6.5.5 Diskussion af validitet og generalisering

Styrken ved det kvalitative paradigme er evnen til at informere, interessere og inspirere. Svagheden ved det kvalitative paradigme er, at der ofte er en usystematisk udvælgelse, subjektiv observation, og svage muligheder for generalisering. Typisk vurderes kvaliteten ud fra studiets transparens, troværdighed og graden af metodologisk refleksion (Brinkmann & Tanggaard 2020). I denne undersøgelse har jeg sikret transparens ved at tydeliggøre alle trin i analysen, og jeg har igennem hele undersøgelsen reflekteret over mine metodiske valg. Dette er med til at sikre troværdigheden og højne validiteten og kvaliteten af undersøgelsen. Det lange praktikophold og de udførlige noter, jeg har taget

undervejs i dataindsamlingen er også med til at forhøje troværdigheden i undersøgelsen. Der må dog tages forbehold for, at det er umuligt at tage noter af ens eget ubevidste, så det var et vigtigt trin i analysen, at uddybe de kliniske noter i de autoetnografiske narrativer med min nuværende forståelse af forløbet. Et deltager-check ville ligeledes have højnet troværdigheden og validiteten, men det er i sagens natur ikke muligt. I stedet kunne man have inddraget en forsker-kollega ud over vejleder til at give feedback og sikre, at der ikke er blinde punkter i analysen.

Man kan desuden diskutere muligheden for generalisering: På den ene side er undersøgelsen subjektiv og ideografisk, og på den anden side trækker den på væsentlige psykodynamiske hovedteorielementer, som har været med til at definere og udvikle den psykodynamiske tradition. Selvom undersøgelsen er subjektiv og bygger på data-materiale fra en enkelt case, giver den en detaljeret og mangesidig analyse af relevansen af at arbejde psykodynamisk med mennesker med demens. Denne viden kan formentlig komme andre til gode, og der fremhæves således teoretiske elementer på baggrund af den præsenterede case, som er mere generelle, og som peger på muligheden for at generalisere. Undersøgelsen bør dog gentages i et større format med flere deltagere, for at kunne sige dette med sikkerhed.

6.6 Konklusion

På baggrund af analysen og diskussionen præsenteres følgende konklusion med udgangspunkt i problemformuleringen:

PF: 1) Hvordan kan musikterapi forstås ud fra psykodynamiske perspektiver - med særligt fokus på empati og nærvær - i et forløb med et menneske med demens?

Musikterapi med mennesker med demens kan forstås på den måde, at en tilgang der inddrager psykodynamiske perspektiver med fokus på nærvær og empati bidrager til 1) at terapeutens grad af empatisk nærvær i forhold til klienten fordybes, 2) at terapeuten bedre kan være tilstede i relationen med klienten, 3) at terapeuten opnår større selvindsigt.

Hos klienten medfører dette 1) bedre mulighed for at få opfyldt sine psykosociale behov, 2) at der på sigt evt. kan ske en følelsesmæssig reorganisering.

PF: 2) Hvordan kan psykodynamiske perspektiver - med særligt fokus på empati og nærvær - anvendes i musikterapeutisk klinisk praksis i forhold til mennesker med demens?

Dette speciale peger på en række psykodynamisk ladede interventioner, som kan udføres indenfor forskellige domæner af empatisk nærvær, jf. figur 8, kap. 5.10. Hhv. et udadrettet empatisk nærvær på klienten, et indadrettet empatisk nærvær på terapeuten selv, og et omfattende empatisk nærvær, der omfatter både det udadrettede og indadrettede domæne på en gang. Inddelingen af de forskellige interventioner herunder tegner et øjebliksbillede, da alle interventioner formentlig i princippet kan udføres med et udadrettet empatisk nærvær eller et omfattende empatisk nærvær.

Psykodynamisk ladede interventioner med udadrettet empatisk nærvær:

- Afstemning
- Spejling
- Matching
- Ramme
- Regulering
- Sang

- Bekræftelse af udsagn
- Ritual/leg

Psykodynamisk ladede interventioner med indadrettet empatisk nærvær:

- Synge til eget indre barn
- Rumme egne følelser/emotioner
- Bevidstgøre ubevidste processer

Psykodynamisk ladede interventioner med omfattende empatisk nærvær:

- Validering
- Holding
- Fysisk berøring

Denne tilgang til musikterapeutisk klinisk praksis bør undersøges yderligere, da der ikke kan generaliseres på baggrund af dette speciale.

6.7 Perspektivering

Det kunne være interessant at kigge nærmere på de musikalske parametre i analysen, og gå mere i dybden med betydningen af fx toneleje, rytme, stemmekvalitet, synkronisitet mm. i forhold til at forstå psykodynamiske processer med særligt fokus på empatisk nærvær i musikterapi med mennesker med demens.

Ved afslutningen af specialeskrivningen har jeg fået tilbud om ansættelse som underviser på Social- og sundhedsskolen i Horsens som ekstern underviser i musikterapi. Jeg tænker på baggrund af diskussionen af musikterapi med mennesker med demens i et makro-perspektiv, at det er relevant at undervise social- og sundhedsassistenter i empatisk nærvær og grundlæggende musikterapeutiske redskaber som fx regulering. Ud over en generel introduktion til musikterapifaget, tænker jeg, at der bør være en indføring i relevante teorier tilpasset til denne målgruppe, og derudover en praktisk afprøvning af teorierne. Et vigtigt element i undervisningen kunne være at videregive viden om og træning i det indadrettede empathiske nærvær, hvilket fx kunne laves som indre øvelser i et receptivt format. Det kunne også være relevant at inddrage øvelser i kropsbevidsthed og bevidsthed om stemmeføring i relation til regulering og afstemning.

Det ideelle job ville for mit vedkommende være på et plejehjem, hvor jeg kunne tilbyde en målrettet indsats i forhold til empatisk nærvær og en psykodynamisk tilgang til musikterapi - i form af individuel musikterapi, miljøterapi samt undervisning af personale. Jeg oplever, at musikterapifaget har rigtig meget at byde ind med i forhold til at løfte indsatsen for mennesker med demens på danske plejehjem.

Litteraturliste

- Alzheimerforeningen (2020, maj 17). Livet under covid-19 – coronakrisens betydning og konsekvenser for pårørende til personer med demenssygdom. Tilgængelig online.
<https://www.alzheimer.dk/media/f4fjzr4p/livet-under-covid-19-final.pdf>
- Andersen, N.L. (2018). *Musikterapeutiske umiddelbare møder – en autoetnografisk undersøgelse af en miljøterapeutisk tilgang til demensplejen*. Kandidatspeciale. Aalborg Universitet.
- Baarts, C. (2020). Autoetnografi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Ed.), *Kvalitative metoder – en grundbog* (3rd ed.) (pp. 141-219). Hans Reitzels Forlag.
- Bertelsen, J. (1999). *Bevidsthedens inderste. Dzogchen*. Rosinante.
- Bertelsen, J. (1984). *Energi og bevidsthed*. Borgen.
- Bonde, L.O. (Ed.) (2014). *Musikterapi – teori, uddannelse, praksis, forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark*. Klim.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Ed.) (2020). *Kvalitative metoder – en grundbog* (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Coomans, A. (2016). *Moments of resonance in musical improvisation with persons with severe dementia. An interpretative phenomenological study*. Ph.D. afhandling. Aalborg Universitet.
- Datatilsynet (2021, 19. maj). Databeskyttelsesforordningen. Tilgængelig online.
<https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber>
- Davis, M. & Wallbridge, D. (1988). *Frihed og grænser. En introduktion til D.W. Winnicotts arbejde* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Ellis, C., Adams, T.E. & Bochner, A.P. (2011). Autoethnography: An Overview. *Historical Social Research*, 36(4), pp. 273-290.
- Feil, N. (1993). *Validering*. Hans Reitzels Forlag.
- Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research* (3rd ed.). Sage Publications.
- Freud, S. & Strachey, J. (Ed.) (1957/1910). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Volume XI (1910): Five Lectures on Psycho-Analysis, Leonardo da Vinci and Other Works*. The Hogarth Press & Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. Horace Liveright, Inc.
- Fuglsang, L., Olsen, P.B., Rasborg, K. (Ed.) (2013). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer* (3rd ed.). Samfundslitteratur.
- Hart, S. (2019). Introduktion til neuroaffektive processer i musikterapi. In C. Lindvang & B.D. Beck (Ed.), *Musik, krop og følelser. Neuroaffektive processer i musikterapi* (2nd ed.), pp. 53-79. Frydenlund Academic.
- Holck, U. (2002). *'Kommunikalsk' samspil i musikterapi. –Kvalitative videoanalyser af musikalske og gestiske interaktioner med børn med betydelige funktionsnedsættelser*. Ph.D. afhandling. Aalborg Universitet.
- Hoskyns, S. (2016) Thematic analysis. In B. Wheeler & K. Murphy (Ed.), *Music Therapy Research* (3rd ed.). Barcelona Publishers.
- Hougaard, E. (2004). *Psykotterapi - Teori og Forskning*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Jacobsen, M.H. (2007). Adaptiv teori – den tredje vej til viden: en stående invitation til syntesesociologi. In R. Antoft, M.H. Jacobsen, A. Jørgensen & S. Kristiansen (Ed.), *Håndværk & horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Syddansk Universitetsforlag.
- Jacobi, J. (1987). *C. G. Jungs psykologi* (3rd ed.). Paperback Gyldendal.
- Jung, C. G. (1989/1933). *Jeg'et og det ubevidste* (4th ed.). Gyldendals bogklub.
- Jung, C.G., von Franz, M.-L., Henderson, J.L., Jacobi, J. & Jaffé, A. (1991/1964). *Mennesket og dets symboler* (2nd ed.). Lindhart og Ringhof.
- Kallehauge, A.G. (2018). Ørnen & Ormen – Et kvalitativt singe case-studie om modenhed hos en dreng i 1. klasse i musikterapi. Bachelor-projekt. Aalborg Universitet.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens - Personen kommer i første række*. Dafolo Forlag.

- KL (2020). *Sådan gør vi en god ældrepleje endnu bedre – 7 forslag fra KL*. Kommuneforlaget A/S. Tilgængelig online. <https://www.kl.dk/media/25222/saadan-goer-vi-en-god-aeldrepleje-endnu-bedre-syv-forslag-fra-kl.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Layder, D. (1998). *Sociological practice: linking theory and social research*. Sage.
- Lyons, S., Karkou, V., Roe, B., Meekums, B. & Richards, M. (2018). What research evidence is there that dance movement therapy improves the health and wellbeing of older adults with dementia? A systematic review and descriptive narrative summary. *Arts in Psychotherapy*, 60, pp. 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.03.006>
- Malloch, S. & Trevarthen, C. (Ed.) (2009). *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*. Oxford University Press.
- Miles, B.M., Huberman, A.M. & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook* (3rd ed.). Sage.
- Musikterapeutforeningen (2016). Etiske principper. Tilgængelig online. <https://www.danskmusikterapi.dk/wp-content/uploads/2017/01/web-etiske-principper-2016.pdf>
- PAMI (2021). Person attuned musical interaction in dementia care. Tilgængelig online. <https://www.pami.aau.dk>
- Pedersen, I. N. (2000). Inde-fra eller ude-fra – orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. *Musikterapi i psykiatrien* 2(1), pp. 87-109.
- Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Barcelona publishers.
- Ridder, H.M.O. (2007). En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske og psykodynamiske teorier. *Psyke & Logos*, 28(1), pp. 427-446.
- Ridder, H.M.O. (2014). Musikterapi med personer med demens. In L.O. Bonde, (Ed.), *Musikterapi. Teori, uddannelse, praksis, forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark* (pp. 314-330). Klim.
- Ridder, H.M.O. & Bonde, L.O. (2014). Musikterapeutisk forskning og evidensbaseret praksis. In L.O. Bonde (Ed.), *Musikterapi – teori, uddannelse, praksis, forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark*, pp. 407-456. Klim.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 95-103
- Rostgaard, T., Brünner, R.N., Fridberg, T. (2012). Omsorg og livskvalitet i plejeboligen. SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. Tilgængelig online. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/omsorg-og-livskvalitet-i-plejeboligen-4688/>
- Sundhedsstyrelsen (2019). NKR: Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens. Tilgængelig online. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/nkr-forebyggelse-og-behandling-af-adfaerdsmaessige-og-psykiske-symptomer-hos-personer-med-demens>
- Videnscenter for demens (2020). Forekomst af demens i Danmark. Tilgængelig online. <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark>
- Videnscenter for demens (2020). Alzheimers sygdom. Tilgængelig online. <https://videnscenterfordemens.dk/da/alzheimers-sygdom>
- Videnscenter for demens (2020). Vaskulær demens. Tilgængelig online. <https://videnscenterfordemens.dk/da/vaskulaer-demens>
- Watt, J.A., Goodarzi, Z., Veoroniki, A.A., Nincie, V., Khan, P.A., Ghassemi, M., Thompson, Y. & Tricco, A.C. (2019). Comparative Efficacy of Interventions for Aggressive and Agitated Behaviors in Dementia. A systematic Review and Network Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine* 171(9), pp. 633-642. <https://doi.org/10.7326/M19-0993>
- Winnicott, D.W. (1997/1987). *Spædbørn og deres mødre* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Winnicott, D.W. (2019/1965). *Familien og den individuelle udvikling. Det sande og det falske selv* (2nd ed.). Det lille forlag.

Winnicott, D.W. (2003/1971). *Leg og virkelighed* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.
Wogn-Henriksen, K. (1995). Psykodynamiske bidrag til forståelse af demens. In P. E. Solem, R. Ingebrechtsen, K. Lyng & A.-M. Nygård (Ed.), *Demens i psykologisk belysning*. Hans Reitzels Forlag.

Bilag

Narrativ 1

Narrativ 2

Narrativ 3

Videoptagelser

Samtykkeerklæring