

Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet?

Tone Sæther Kvamme

Aldersdemens og musikkterapi

Denne teksten om aldersdemens og musikkterapi plasserer feltet i en historisk, geografisk og faglig sammenheng. Demenssykdom beskrives i korte trekk og musikkens virkning på fysiske, kognitive og psykososiale områder omtales og det argumenteres for nødvendigheten av musikk i arbeidet med demensrammede.

Det er ikke noe nytt å bruke sang og musikk i eldreomsorgen. Allsangstunder, dansetilstelninger, besøk av kor eller musikanter har vært – og er – viktige kulturtiltak på sykehjem og andre institusjoner. Kunnskap om bruk og virkning av musikk i terapeutisk øyemed er imidlertid av nyere dato. Musikkterapi innen helsesektoren og i eldreomsorgen er foreløpig et svært lite fagfelt. Det har likevel vært en viss forskning og utvikling siden de første musikkterapeuter begynte å arbeide innen eldreomsorgen i 60-årene. Blant pionerene er Ruth Bright i Australia, Alicia Ann Clair og Concetta Tomaino i USA, Synnøve Friis i Danmark og Sten Bunne i Sverige. Disse har også gitt ut bøker om musikkterapi og eldre.

I USA ble det i august 1991 arrangert en høring i Senatets *Special Committee on Aging* kalt: "Forever young: music and aging". Her avga musikkterapeuter, pårørende, nevrologer, medisinerer og musikere vitneforklaringer om sin erfaring med musikk for og med eldre. Ved siden av økt oppmerksomhet for dette feltet, førte høringen også til at det ble satt av midler til videre forskning og dokumentasjon omkring musikkens muligheter i geriatrien. Fra 1990-årene er det derfor blitt utgitt en rekke publikasjoner i USA (Brotons 2000).

I 1998 arbeidet 697 musikkterapeuter med denne målgruppen i USA, 52 musikkterapeuter arbeidet med Alzheimer-pasienter i Canada i 1996, ca. 20 i Australia i 1992 og ca. 60 innen *alderspsykiatri* i Nederland i 2000 (Vink 2000). Vi vet ikke nøyaktig hvor mange som jobber musikkterapeutisk med eldre i Norge pr. 2007. Berit Bøysen (2007) har gjort en spørreundersøkelse blant musikkfaglige ansatte i institusjoner for eldre.¹ Dette inkluderer både musikkterapeuter, musikkpedagoger, musikere og andre som har musikk som sin viktigste arbeidsform. Hun har funnet fram til 23 personer.

¹ Tallene er basert på Berit Bøysens materiale og brukt med tillatelse.

Musikkfaglig ansatte i Norge

Blant de 20 som har svart, er 16 utdannet musikkterapeuter. Fire av informantene arbeider i små stillinger 20 % eller mindre, ti arbeider i ca. halv stilling (40-60%) og seks i 75-100 % stilling. Det er relativt store variasjoner i stillingenes innhold. Samtlige respondenter har musikk i åpne grupper og ca. halvparten oppgir dette som sin høyest prioriterte oppgave. Økt trivsel og velvære er også et hovedmål for mange av de musikkfaglige ansattes arbeid. Det kan tyde på at generell stimulering og et kulturtilbud til store grupper av institusjonens beboere, er et viktig fokus. Men ved siden av dette har nesten alle tilbud om individuelle tiltak, og over halvparten tilbyr musikkaktivitet i mindre, lukkede grupper. Mange av de musikkfaglig ansatte har målsettinger for beboerne som gjelder bedring av kognitive og fysiske funksjoner og reduksjon av problematferd. Men ingen har slike mål som høyeste prioritet. Da spørsmål om mål ikke er nærmere presisert, er det vanskelig å trekke bastante slutninger av dette. Mitt inntrykk er likevel at de fleste som arbeider med musikk i eldreomsorgen har en ressursorientert tilnærming. De arbeider ikke direkte mot symptomer eller problemer hos klienten, men ser etter tilgjengelige ressurser. Mer enn halvparten av informantene rangerer selvfølelse og mestring som første eller andreprioritet av sine mål. Samtlige har enten økt trivsel eller selvfølelse og mestring som sine hovedmål. Jeg har tidligere plassert norsk musikkterapi med demensrammede i Bruscias (1998) kategori ”psykoterapeutisk musikkterapi” (Kvamme 2004). Det er de psykososiale behov som primært står i fokus. Denne oppfatning blir bekreftet i Bøysens undersøkelse.

Ingrid Sløgedal er en pioner når det gjelder musikkterapi og geriatri i Norge, og mange musikkterapeuter er inspirert av hennes undervisning og tilnæringsmåter (Mohn 1998). Interessen for systematisk bruk av musikk på institusjoner for eldre ser ut til å være økende. Ulike ”Kultur gir helse” – prosjekter i regi av Norsk kulturråd og Sosial- og helsedepartementet, GERIA, ressurs-senter for alderspsykiatri i Oslo kommune sin satsing på prosjektet ”individualisert musikk”, og legen Audun Myskja sine prosjekter og foredragsvirksomhet, har nok vært viktige bidragsytere her. Det er i senere år utgitt gode bøker på dansk og norsk om bruk av musikk for eldre. Hanne Mette Ridders bok *Musikk og demens* (2005) og Audun Myskja sine bøker *Metodebok* (2004) og *Den siste song* (2006) inneholder både metodikk og teori til bruk for ansatte med og uten musikkfaglig kompetanse.

Thorolfs hodepine

Da jeg som nyutdannet musikkterapeut begynte å arbeide med eldre på et sykehjem, opplevde jeg nesten umiddelbart at jeg trivdes. Å arbeide med mennesker med aldersdemens var spesielt givende. Musikk som de gjenkjente og var glade i, fungerte blant annet som døråpner til kontakt. Mange som satt og halvsov i korridoren da jeg kom for å få dem med, fikk etter hvert liv i øynene og deltok med sang, bevegelse, dans og med ord.

Nå opplever jeg det samme innen alderspsykiatrien.² Når den rette musikken kommer, skjer det ofte store, positive forandringer også hos demensrammede, som har omfattende hjerneorganisk svikt. Disse erfaringene samt studier av litteratur fra mange land, har ført til refleksjoner rundt nødvendigheten av systematisk bruk av musikk for eldre med demenssykdom. I det følgende vil jeg beskrive hvordan demenssykdommer kan ramme psykologisk og praktisk, presentere hvilke funksjoner hos en demensrammet person som kan påvirkes av musikk og si noe om hvordan dette kan forklares.

Først vil jeg bruke en opplevelse med Thorolf som et eksempel på hvor nær sammenheng det kan være mellom helse og musikalsk samhandling.

Thorolf er med i en ukentlig musikkgruppe med deltakere fra skjermet avdeling på sykehjemmet. Han er i moderat fase av sykdomsutviklingen. En morgen jeg kommer og sier at nå er det musikkgruppe igjen, sitter han framoverbøyd med hodet i hendene og orker ikke være med. «Jeg har vondt i hue», sier han. Jeg klarer til slutt å overtale han, men med litt dårlig samvittighet. Han ser blek ut, og personalet har sagt noe om dårlig nattesøvn. Har jeg presset ham for hardt? Hva om han faller sammen på veien bort? Vi setter i gang med musikkstunden og ikke lenge etter synger Thorolf med av full hals og varierer med annenstemmer som han pleier. «Hvordan går det med deg?» sier jeg etter en stund. «Bra», stråler han tilbake. Når musikkstunden er over og vi går tilbake, spør jeg om hvordan det går med hodet hans. Han svarer: «Det ække no gæli med hue mitt, vel. Hvem sier det? Jeg er frisk som en fisk, jeg».

Thorolf ble kvitt hodepinen. Musikktiltaket hadde faktisk en ganske umiddelbar helbredende effekt i dette tilfelle. Hva kan være årsakene til dette? En viktig faktor er nok at Thorolf er svært glad i sang og musikk. Da han hørte kjente og kjære sanger hadde han en naturlig motivasjon til å delta. Andre mulige forklaringer vil komme utover i kapitlet.

Hvor viktig er musikk for folk flest?

Men er det slik at musikk bare kan ha en terapeutisk funksjon for personer som har et sterkt forhold til den? Hvor viktig er musikk for folk flest? Jeg har ikke kommet over noen statistikk når det gjelder dette. Min erfaring er at det er ganske forskjellig. Den tyske, omdiskuterte filosofen Nietzsche, sa på et tidspunkt at "Uten musikk ville livet vært en misforståelse" (Skår 2003). For noen kan det oppleves slik. Mange synes musikk er hyggelig som atspredelse eller underholdning. For andre igjen, spiller det (i hvert fall tilsynelatende) liten rolle.

Den engelske sosiologen Tia DeNora har i sin bok *Music in everyday life* intervjuet en rekke kvinner fra ulike miljø og samfunnslag om deres forhold til og bruk av musikk (2000). Noen forteller blant annet om musikkens betydning i forhold til fysisk trening, hvordan musikken gir økt motivasjon og

² Alderspsykiatri er et relativt nytt fagområde innen psykiatrien. I Norge omfatter denne spesialisthelsetjenesten diagnosegruppene demens, depresjon, angst, psykoser og alkohol- og legemiddelmisbruk og gjelder personer over 65 år. Målet er å forebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidelser som oppstår i høy alder. Demensrammede hører inn under alderspsykiatrien hvis det foreligger atferdsproblemer eller psykiatrisk symptomatologi eller hvis demensdiagnosen er uavklart og psykiatrisk symptomatologi er fremtredende (Engedal 2007).

utholdenhet, andre bruker musikk til å understreke eller forsterke en følelse de allerede har, eller til å komme i en annen stemning. Andre igjen forteller om musikk som gir fellesskapsfølelse og opplevelse av tilhørighet.

Even Ruud beskriver i sin bok *Musikk og identitet* hvordan musikk kan gi tilgang til viktige minner fra livet (1997). Han kaller musikk "identitetens lydspor" og mener at våre minner knyttet til musikk kan gi et bilde av hvem vi er. Ruud deler musikkopplevelsene inn i ulike kategorier eller rom, det personlige, det sosiale, tidens - og stedets og det transpersonlige rom. I de ulike rommene plasseres eksempelvis voggesang som gir assosiasjon til mor, en poplåt som minner om gjengen en tilhørte som ung, folketonen som gir minner om hjembygda osv. Musikk har altså for de fleste mennesker flere funksjoner, selv om viktigheten av musikk som sagt, nok vurderes forskjellig. Min mening er likevel at alle demensrammede bør få tilbud om tilrettelagt musikk og jeg argumenterer for dette i denne teksten.

Beskrivelse av aldersdemens

Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal 2000).

Man regner med at ca. 7000 nye personer får demenssykdom i Norge hvert år. En undersøkelse fra 2004/5 viste at så mange som 80 % av alle sykehjemsbeboere var demensrammet (Selbæk 2007). De fleste demenssykdommer er irreversible og progredierende. Alzheimer er den største kategorien med ca. 55-60%. Ca 25 % har en vasculær demensform. Andre demensformer kan være demens utviklet ved alkoholskader, og ved sykdommene Parkinson, Huntington, Picks sykdom, m.fl. Demenssykdom vil arte seg ulikt fra person til person ut ifra den spesifikke demenstilstanden, stadiet i sykdomsutviklingen, den enkeltes selvoppfatning, livserfaring etc. Dessuten har demensrammede som alle andre, ulik personlighet, bakgrunn, interesser og smak. Likevel gir det mening å snakke om demensrammede som gruppe i en del sammenhenger, fordi de har mange felles utfordringer og behov. De største (degenerative) demenstypene har i tillegg en del felles trekk og felles utvikling. Forløpet er altså ganske likt, men hvor lang tid det tar varierer.

Alle som rammes, har hukommelsesproblemer og får vansker med å klare sin egenomsorg. Det er vanlig å dele utviklingen i tre faser. I den første, kompenseringsfasen, ser man de første tegn på hukommessvikt. Personen glemmer avtaler, glemmer kanskje å spise og å handle. Tidsorienteringsevnen svikter, det er vanskelig å holde rede på dagene og plassere hendelser riktig i tid. Steds- og romorientering kan også være vanskelig. Hos personer med Alzheimer ser man ofte språkvansker i form av ordfinningsproblem og manglende taleflyt.

Tap av nærhukommelse og språk gir problemer med å gjøre seg forstått, og å forstå andre. Selvbildet, følelselivet og kontakten med nære relasjoner berøres også. I neste fase, dekompaneringsfasen, forverres hukommelses, orienterings- og språkfunksjoner. I denne fasen er det også mange som får psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, synshallusinasjoner og uforståelig

atferd. I siste fase, pleiefasen, er de fleste totalt avhengig av fysisk pleie. De får motoriske problemer, balanseproblem og inkontinens. Det finnes medisin som kan bremse forløpet, men ikke stanse eller kurere sykdommen (Engedal 2000).

Et problem med å beskrive generelle symptomer og sykdomsforløp som jeg her har gjort, er at de som regel utelukkende sier noe om svikt og svakheter. Hvilke ressurser den enkelte fortsatt har, hva han fortsatt mestrer og liker blir individuelt og det er nok en medvirkende årsak til at ressurser etter min mening blir viet alt for lite oppmerksomhet både hos familie og helsepersonell i demensomsorgen. Ressurser kan for eksempel være av psykologisk art som humoristisk sans, selvtillit, kontaktevne, sosiale ressurser som venner og familie, det kan være materielle ressurser som hjelpemidler og økonomi og fysiske ressurser som helse, bevegelsesevne og i det hele tatt alle funksjoner som fortsatt er helt eller delvis intakte (Wogn-Henriksen 1997).

Demens blir også kalt en nettverkslidelse. I vårt samfunn hvor det å tenke klart, handle raskt og effektivt er viktige verdier, blir det å utvikle en mental svikt, svært belastende. Mange trekker seg bort fra tidligere venner og aktiviteter og blir isolert. Det er ulike meninger blant fagfolk om progresjon av sykdommen går sin ubønnhørlige gang styrt av biologiske prosesser eller om miljøfaktorer kan spille inn. Den engelske psykologen Tom Kitwood (1997) hevdet at miljøbetingelser, hvordan den demensrammede blir møtt, har stor innvirkning på forløpet. Han mener en personorientert omsorg der en møter den enkeltes psykologiske behov er nødvendig, og at man ved det kan bremse sykdomsutviklingen. Den viktigste oppgave i demensomsorgen i følge Kitwood, er å opprettholde den demensrammedes identitet. Dette handler blant annet om å finne fram til og møte personen "bak" sykdommen.

Musikk og fysiske funksjoner

På hvilke områder kan så musikk virke inn hos en demensrammet person. Hvis vi går til eksemplet med Thorolf, kan vi tenke oss at rent fysiske forhold har spilt inn for å fjerne hodepinen. Thorolf reiste seg opp, gikk til grupperommet og vi gjorde noen enkle fysiske øvelser til kjente melodier. Han fikk blodsirkulasjonen i gang, han brukte stemmen, fikk stimulert åndedrett og fikk oksygentilførsel. Rytme i sang og musikk stimulerte hjerne og sentralnervesystem til bevegelse. Han våknet skikkelig, sang med. Både sang og bevegelse kan ha vært utslagsgivende.

Fra undersøkelser som er gjort, vet vi at også andre fysiske funksjoner kan påvirkes av musikk. For eksempel har bruk av metoden rytmisk auditiv stimulering vist seg å være til hjelp for en del mennesker med Parkinsonisme. Rytimestimuli har gitt flyt i bevegelse, hurtigere gange og økt skrittlengde. Musikk blir også brukt i annet arbeid med rehabilitering, blant annet for mennesker som fått bevegelsehemninger etter hjerneslag (Myskja 2006; Clair 1996). Musikk er også brukt i forbindelse med arbeid med smertereduksjon, støymaskering, til avspenning/aktivering (Myskja 1999).

Musikk og kognitive funksjoner

Kanskje var det flere sider ved musikkaktiviteten som hjalp på Thorolfs hodepine og følelse av velvære. Kognitive (tankemessige) funksjoner ble aktivert. Kjent sang og musikk vekket oppmerksomhet og da han likte musikken, holdt konsentrasjonen seg over tid. Thorolfs hukommelse ble aktivert. Selv om korttidshukommelsen var svært redusert, var mange deler av langtidshukommelsen intakt. Thorolf gjenkjente melodi og tekst og sang med. Vanligvis hadde han store ordfinningsproblemer. Afasi (språkvansker) og hukommelsesvansker gjorde det vanskelig å uttrykke seg. Tidligere utenat lært tekst var imidlertid mye lettere å uttrykke. Dette er typisk ved demens. Prosedyrehukommelse (hukommelse for innlærte ferdigheter) er ofte bevart lenge. Utenat lært tekst som salmer, sanger, dikt og regler har også vært repetert mange ganger og er derfor godt lagret. Etter en musikkseksjon virket det dessuten som det var lettere for Thorolf å finne ord for noe han ønsket å si. Dette har jeg også observert i andre tilfelle. Enkelte demensrammede som jeg har snakket med før en musikkstund, har både hatt problem med å finne ord, og ordene som har kommet kan være umulig å få mening i. Etter musikkstunden har jeg flere ganger blitt forbauset av at det som sies er adekvat (se også Myskja 2006).

Den amerikanske musikkterapeuten Concetta Tomaino skriver i sin doktoravhandling om fire demensrammede kvinner (1998). Kjente, gamle sanger og melodier hjelper dem til å huske viktige minner fra livet. Utover i musikkterapiforløpet kommer de også på stadig flere ord til å beskrive minnene. Tomaino (2000) sier at musikk ser ut til å ha sterkere påvirkning enn andre stimuli når det gjelder evne til reminisens (minneaktivitet) hos demensrammede. Når minner kommer og oppmerksomhet og følelser er vekket, ser det ut til at også ordfinning kan bli lettere.

Det finnes også eksempler på at demensrammede som ikke har snakket på lang tid, snakker etter å ha hørt en sang som betyr spesielt mye for dem.

Klara har langt fremskreden demens og sitter i rullestol. Ifølge personalet på avdelingen har hun sluttet å snakke. En dag har vi en liten gruppesamling der Klara deltar. Når jeg spør om noen ønsker seg en sang, svarer Klara: «Ja – Fola, fola blakken». Vi synger første og andre vers, og Klara synger med. Jeg husker ikke flere vers, men Klara fortsetter å synge fire vers til alene. Etter hvert strømmer tårene nedover kinnene. Så forteller hun om hesten «Svartfot» som hun som barn hadde fått av faren sin – nå savner hun både ham og hesten.

Det er som regel vanskelig å få til meningsfylt kommunikasjon med demensrammede i en langtkommen fase av sykdommen. Da er ofte talespråket helt borte. Den danske musikkterapeuten Hanne Mette O. Ridder beskriver i sin doktoravhandling *Singing dialogue* sitt arbeid med seks personer med alvorlig grad av demens (2003). Hun synger for og med den enkelte, enkle, kjente skolesanger og folkemelodier. Hun kommer i dialog med samtlige, enten verbalt eller non-verbalt i form av smil, tegn på gjenkjennelse, bevegelse og nynning eller sang. I ett tilfelle mente pårørende at personen aldri hadde vært særlig opptatt av musikk, men det viste seg at han tydelig satte pris på og hadde utbytte av musikkterapien.

Musikk og psykososiale betingelser

Det kan også ha vært psykososiale forhold ved musikkaktiviteten som virket inn på Thorolfs hodepine og humør. Han var på et sted han kjente seg igjen og var trygg. Han hadde oversikt og kontroll, da han hadde vært med på slike musikkgrupper mange ganger. Han mestret oppgavene og fikk anerkjennelse for sin flotte sang. Han var sammen med mennesker han kjente.

Det var god stemning i gruppa. Ikke minst var Thorolf sitt smittende humør med på å skape trivsel. Viktige psykologiske behov som trygghet, tilhørighet, mestring, identitetsfølelse og fellesskapsopplevelser var ivaretatt. At musikk har innvirkning på deltakelse og velvære finnes det mange eksempler på i litteraturen. I tillegg er det mange undersøkelser som viser at ulike former for problematferd (agitasjon) er blitt redusert ved musikktiltak.

Det finnes i det hele tatt en god del undersøkelser som viser hvordan musikk kan virke inn på både språk, kommunikasjon og hukommelse, agitasjon, velvære, deltakelse med mer. Hanne Mette O. Ridder har laget en kvalitativ litteraturoversikt hvor 92 studier og 1090 demensrammede er inkludert. Hun konkluderer med at musikkterapi har positiv innvirkning på kommunikative, fysiologiske, kognitive og sosiale aspekter hos personer med demens (Ridder 2005a). Men en annen oversikt konkluderer derimot med at vi foreløpig ikke kan si noe sikkert om musikkterapi har gunstig effekt for demensrammede eller ikke (Vink, Birks, Bruinsma & Scholten 2003). Den sistnevnte inkluderer imidlertid bare kvantitative, kontrollerte og randomiserte undersøkelser (RCT). Samtlige av de 26 undersøkelsene forkastes i tur og orden overveiende på grunn av feil eller mangler ved den vitenskapelige dokumentasjonsmetoden som er brukt. Min mening er at RCT ikke er noen særlig egnet metode for å dokumentere musikkterapi med demensrammede eller andre former for miljøbehandling (jfr. Krüger 2007). Jeg støtter derfor Ridders konklusjon basert både på litteraturen hun viser til, og mine egne erfaringer.

Hvorfor virker musikken?

Men hvordan kan man så forklare musikkens virkning? For å svare på det, trenger en kunnskap om hvordan hjernen mottar, bearbeider og lagrer musikkinntrykk. Dette må videre sees i sammenheng med ulike hukommelsesfunksjoner og hjerneskader ved demenssykdom. Blant annet er det slik at musikk er lett oppfattbart. Det trengs ikke avansert avkoding (som ved språk). Mennesket oppfatter musikklyd helt fra fosterstadiet og denne evnen er sannsynligvis også for de fleste noe av det siste som er bevart, inntil vi dør.

Musikklyd er oppmerksomhetsfangende. Hvis musikken også vekker gjenkjennelse og følelser, holdes oppmerksomheten over tid. Vi bruker mange deler av hjernen når vi lytter oppmerksomt til musikk. Hvis musikken vekker følelser og minner, aktiveres hjernen ytterligere. Hvis man i tillegg selv er aktiv med sang, spill eller bevegelse til musikken, er dermed mange deler av hjernen i bruk.

Mennesket har mange ulike hukommelsesfunksjoner. Både innlæring, lagring og gjenhenting av informasjon kan inkluderes i hukommelsesbegrepet (Helstrup & Kaufman 2000). Vi bruker hukommelsen hele tiden i våken tilstand. Både bevisst og ubevisst sammenligner vi det vi opplever i øyeblikket med tidligere erfaringer. Ikke alle hukommelsesfunksjoner rammes like hardt ved demenssykdom. Spesielt prosedyrehukommelse (hukommelse for innlærte ferdigheter) og deler av den selvbiografiske langtidshukommelsen (dvs. viktige minner som er knyttet til en selv) er ofte bevart lenge. Barndomsminner er som regel bedre bevart enn minner fra voksenlivet. Dessuten er gjenkjennelse alltid lettere enn gjenkallelse (Engedal 2000). Når du hører en melodi er det lettere å gjenkjenne melodien enn å komme på hva sangen heter.

Dette betyr at en demensrammet som har spilt et instrument, gjerne bevarer ferdigheten lenge. Musikken sitter på en måte i fingrene. Det samme gjelder ved dans. Men de spiller og danser kanskje ikke like godt som før, derfor må oppfordring til spill og dans gjøres med sensitivitet.

En forklaring på hvorfor musikk kan fungere så godt i kommunikasjon og kontakt med demensrammede er altså at musikk kan aktivere store deler av hjernen og nå inn til områder som ikke er skadet. Dermed kan musikken gi tilgang til hukommelse og ferdigheter som fortsatt finnes, men som til vanlig er utilgjengelig.³

Musikkpreferanser

Ingen orker å høre musikk hele dagen. Noen ganger kan det å skru av musikken være viktig. Enkelte demensrammede kan være spesielt følsomme for overstimulering og bør ikke utsettes for radio eller TV-lyd som går i timevis. Hvor mye og ofte man skal få høre musikk eller delta i musikkaktivitet, må derfor tilpasses den enkelte. Flere undersøkelser som har som utgangspunkt at de demensrammede får tilbud om musikk to ganger pr. uke, viser gode resultater. En av dem utført av sykepleier Linda Gerdner, viste at en halv times lytting til favorittmusikk to ganger pr. uke ga stor effekt når det gjaldt reduksjon av agitasjon (Gerdner 2000). Hyppighet av musikktilbud vil vel først og fremst være et ressurs spørsmål ved den enkelte institusjon. Min oppfatning er at de demensrammede som har store kommunikasjonsproblemer og vanskelig kan nyttiggjøre seg andre stimuli, bør få tilbud om musikalsk aktivitet og samvær hver dag.

Det er heller ikke uten videre all musikk som gir positive virkninger. Vi mennesker har forskjellige erfaringer og forskjellig musikksmak også når vi blir gamle. Jeg har stadig blitt overrasket over annen musikksmak enn jeg forventet. Før jeg begynte å arbeide på alderspsykiatrisk avdeling, øvde jeg en del på "Måneskinnsvalsen" og tilsvarende melodier. Den første pasienten jeg skulle arbeid individuelt med, likte best rock med Tina Turner. Det var tvil om vi skulle prøve med musikk i et annet tilfelle med en mann som var svært

³ Mer utførlige beskrivelser av musikk, hjerne og hukommelse finnes hos Lipscomb og Hodges 1996. Relatert til aldersdemens finnes mer i Kvamme 2004, samt hos Ridder 2002 og Myskja 2006.

deprimert. Han forlot fellesrommet hver gang det var allsang med gamle skolesanger og gamle slagere. Det viste seg at han elsket orgelmusikk og nyere poplåter, og da han fikk anledning til å lytte til dette hver dag, fortalte han at det holdt motet oppe.

Er tilbud om musikk en livsnødvendighet for demensrammede? Jeg mener ja, fordi demenssykdom sperrer så mange kanaler for kommunikasjon, kontakt og meningsfull tilværelse. Musikk når ofte frem via kanaler som ikke er skadet og kan gi tilgang til følelser, være en hjelp til å uttrykke seg, vekke hukommelse om viktige minner og styrke identitet. Dessuten kan musikk gi opplevelser av mestring og tilhørighet.

Musikk er faktisk i en del tilfelle det eneste som fortsatt skaper kontakt. Amerikanske Mrs. Johnson forteller om sin mann med langt fremskreden demens (US Senate hearing 1991). Hun hadde helt mistet kontakten med ham og gikk motstrebende med på at musikkterapeuten gjorde et forsøk, selv om hun selv mente det var nytteløst. Senere sa hun:

Music therapy gave me one last key to reaching that past-term memory that I so badly needed at this time. Music opened a window to his soul." (Musikkterapi ga meg en siste nøkkel til å nå fram til den langtidshukommelsen som jeg trengte så sårt på dette tidspunktet. Musikken åpnet et vindu til sjelen hans." (Min oversettelse).

Denne teksten har gitt eksempler på hvordan musikk kan virke positivt inn på fysiske, kognitive og psykososiale områder hos demensrammede eldre. Blant annet er det gitt beskrivelser av musikk som motivasjon og fasilitering av fysisk aktivitet, stimulering av språk og hukommelse og som redskap for å møte psykososiale behov som for eksempel identitetsbekreftelse og trygghet. Feltet musikkterapi og aldersdemens er videre plassert i en historisk, geografisk og faglig sammenheng. Feltet er mest utbredt i USA. I Norge er antall musikkfaglige praksiser fortsatt få, men økende. Tekstforfatteren betegner feltet som psykoterapeutisk praksis. Videre er mulige årsaker til musikkens gunstige virkninger beskrevet.

Spesielt fremheves betydningen av at musikk ikke krever avansert kognisjon for å oppfattes og at den kan nå inn til områder av hjernen som ikke er skadet, men som vanligvis er utilgjengelig på grunn av språk- og hukommelsesproblemer. Musikk er også i noen tilfeller den eneste form for kommunikasjon som fortsatt når fram til demensrammede i alvorlig fase. Det konkluderes derfor med at musikkterapi ikke bare er viktig for demensrammede, men at den er en livsnødvendighet.

Litteratur

- Brotons, M. (2000). An Overview of the Music Therapy Literature Relating to Elderly People. I: Aldridge, D. (red): *Music Therapy in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2nd edition.

- Bøysen, B. (2007). *Spillerom for samspill. Etablering og integrering av musikkterapi i eldreinstitusjoner*. Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole.
- Clair, A. A. (1996). *Therapeutic uses of Music with older adults*. Health Professions Press.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Engedal K. (2000): *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Info-banken.
- Engedal, K. (2007). Alderspsykiatri- et helsepolitisk stebarn. *Demens og Alderspsykiatri II* (1).
- Gerdner, L. A. (2000). Effects of Individualized Versus Classical 'Relaxation' Music on the Frequency of Agitation in Elderly Persons With Alzheimer's Disease and Related Disorders. *International Psychogeriatrics*, 12 (1).
- Helstrup, T. & Kaufman, G. (2000): *Kognitiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hodges, D. (1996). Neuromusical research: A review of the literature. I: Hodges, D. (red) *Handbook of Music Psychology*. MMB Music, Inc.
- Kitwood, T. (1999/1997). *En revurdering av demens - personen kommer i første rekke*. Dafolo Forlag.
- Krüger, R. & Eidem, M. (red.) (2007). *Det går an. Muligheter i miljøterapi*. Forlaget Aldring og helse.
- Kvamme, T. S. (2004): *Gjenklang. Om aldersdemens, musikkterapi og forskning*. Hovedoppgave i musikkterapi. Norges Musikkhøgskole.
- Lipscomb, S. D. (1996). The cognitive organization of musical sound. I: Hodges, D. (red.): *Handbook of music psychology*. St. Louis. Miss.: MMB Music. Inc.
- Lyngroth, S., Kvamme, T. & Skogen, B. (2006): *Når musikk skaper kontakt*. Prosjektrapport nr.1. Geria. Ressurssenter for demens/alderspsykiatri i Oslo kommune.
- Mohn, I. (1998). Musikkterapi mot år 2000. *Musikkterapi 2*.
- Myskja, A. (1999), *Den musiske medisin*. Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Myskja, A. (2006). *Den siste song*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A. (2005): *Metodebok. Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens Bymisjon.
- Ridder, H. M. O. (2005). An Overview of Therapeutic Initiatives when Working with Persons Suffering from Dementia. I: Aldridge, D. (red): *Music Therapy in Neurologic rehabilitation*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ridder, H. M. O. (2005). *Musik og Demens. Musikaktiviteter og musikkterapi med demensramte*. Århus: KLIM Forlag. Formidlingscenter Nord.
- Ridder, H. M. O. (2003): *Singing Dialogue. Music Therapy with persons in advanced stages of dementia*. Upublisert Ph.D. Institute for Music and Music Therapy, Aalborg University.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Selbæk, G. (2007). Store utfordringer krever økte ressurser. *Demens og Alderspsykiatri II* (1).
- Skår, A. (2003). *Den store norske sitatboka*. Oslo: Kagge Forlag.

- Tomaino C.M. (1998). *Music on their minds. A qualitative study of the effect of using familiar music to stimulate preserved memory function in persons with dementia*. Doctoral Dissertation. Department of Music and Performing Arts. New York University.
- Tomaino C.M. (2000). Working with images and recollection with elderly patients. I: Aldridge, D.(red.): *Music therapy in dementia care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- U.S. Senate Aging Committee Hearing (1991). Forever young: Music and aging. August 1, Video og bok gitt ut av National Association for Music Therapy (NAMT).
- Vink, A. (2000): A Survey of Music Therapy Practice with Elderly People in the Netherlands. I: Aldridge, D. (red.) 2000: *Music Therapy in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Vink, A.C., Birks J.S., Bruinsma, M.S. & Scholten, R. J. (2003/2006). *Music Therapy for people with dementia*. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, 4. Siste endring 2006. published by John Wiley & Sons, LTD
- Wogn-Henriksen (1997). "*Siden blir det vel verre...?*". *Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Info-banken.