

4. Zarowitz BJ, O'Shea T. Chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, characteristics, and pharmacologic treatment in nursing home residents with cognitive impairment. *J Man Care Pharm* 2012;18:598-606.
5. Allen S, Yeung P, Janczewski M et al. Predicting inadequate spirometry technique and the use of FEV1/FEV3 as an alternative to FEV1/FVC for patients with mild cognitive impairment. *Clin Respir J* 2008;2:208-13.
6. Fraser M, Patel M, Norkus EP et al. The role of cognitive impairment in the use of the Diskus inhaler. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13:390-3.
7. Stephenson A, Seitz DP, Fischer HD et al. Cholinesterase inhibitors and adverse pulmonary events in older people with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant dementia: a population-based, cohort study. *Drugs Aging* 2012;29:213-23.
8. Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S et al. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): study design and progress. *Alzheimers Dement* 2013;9:657-65.
9. Peng J, Lu F, Wang Z et al. Excessive lowering of blood pressure is not beneficial for progression of brain white matter hyperintensive and cognitive impairment in elderly hypertensive patients: 4-year follow-up study. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:904-10.
10. Chatterjee S, Krishnamoorthy P, Ranjan P et al. Statins and cognitive function: an updated review. *Curr Cardiol Rep* 2015;17:4.
11. Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2009.
12. Ostaszkiwicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD002802.
13. Wallace SA, Roe B, Williams K et al. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD001308.
14. Orme S, Morris V, Gibson W et al. Managing urinary incontinence in patients with dementia: pharmacological treatment options and considerations. *Drugs Aging* 2015;32:559-67.
15. Pagoria D, O'Connor RC, Guralnick ML. Antimuscarinic drugs: review of the cognitive impact when used to treat overactive bladder in elderly patients. *Curr Urol Rep* 2011;12:351-7.
16. Amboni M, Barone P, Hausdorff JM. Cognitive contributions to gait and falls: evidence and implications. *Mov Disord* 2013;28:1520-33.
17. Håndbog om faldpatienter i den kliniske hverdag. Sundhedsstyrelsen, 2006.
18. Chan WC, Yeung JW, Wong CS et al. Efficacy of physical exercise in preventing falls in older adults with cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Direct Assoc* 2015;16:149-54.
19. Jensen-Dahm C, Vogel A, Waldorff FB et al. Discrepancy between self- and proxy-rated pain in Alzheimer's disease: results from the Danish Alzheimer Intervention Study. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1274-8.
20. Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH et al. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging* 2013;8:1471-82.
21. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
22. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R et al. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:67-80.
23. Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A et al. Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: a study of the entire elderly population of Denmark. *Alzheimers Dement* 2015;11:691-9.
24. Zulman DM, Sussman JB, Chen X et al. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 2011;26:783-90.
25. Schubert CC, Boustani M, Callahan CM et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Soc* 2006;54:104-9.
26. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:2227-46.
27. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44:213-8.
28. Merel SE, DeMers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. *Clin Geriatr Med* 2014;30:469-92.
29. Fulton AT, Rhodes-Kropf J, Corcoran AM et al. Palliative care for patients with dementia in long-term care. *Clin Geriatr Med* 2011;27:153-70.
30. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK et al. The clinical course of advanced dementia. *New Eng J Med* 2009;361:1529-38.

# Reminiscensterapi kan øge velvære hos personer med demens

Marie Kirk & Dorte Berntsen

## STATUSARTIKEL

Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning (CON AMORE), Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger  
2017;179:V09160689

Demens er kendetegnet ved en række kognitive forstyrrelser, der typisk reducerer evnen til at genkalde selvoplevede, tids- og stedsbestemte situationer eller hændelser, dvs. selvbiografiske erindringer. Årtiers forskning har vist, hvordan den selvbiografiske hukommelse har flere væsentlige funktioner, der er afgørende for vores psykologiske trivsel [1-3], hvorfor selvbiografisk hukommelsessvækkelse også formodes at indvirke negativt på overordnet velvære. Foruden den kognitive svækkelse er demens forbundet med en væsentlig højere forekomst af depression og angst, end der ses hos raske, ældre personer [4-6], samt andre neuropsykia-

triske problemer såsom apati, agitation og motorisk uro [7, 8]. Ved reminiscensterapi, som er en populær psykosocial metode i demensplejen, forsøger man at vække erindringer med henblik på at øge velvære, herunder reducere depressive symptomer og stimulere social interaktion.

## ERINDRINGENS FUNKTION

Selvbiografisk hukommelse henviser til vores evne til at huske selvoplevede, tids- og stedsbestemte situationer eller hændelser, som f.eks. når vi genkalder os den første dag på studiet eller middagen i går med vores fami-

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Ved reminiscensterapi forsøger man at stimulere personlige erindringer med henblik på at øge bl.a. velvære og social interaktion hos personer med demens.
- ▶ Reminiscensterapi synes at være en lovende psykosocial metode til øgning af velvære hos personer med demens.
- ▶ Der er dog et stort behov for, at reminiscensfeltet styrkes af mere forskning i effekten af intervention.



Reminiscensterapi for ældre med demens i Den Gamle By i Aarhus.  
Foto: Den Gamle By i Aarhus.

lie [9]. I flere grene inden for hukommelsesforskningen beskæftiger man sig specifikt med den selvbiografiske erindringsfunktioner [1-3], og man har fundet, at vores selvbiografiske erindringer for det første er handlingsanvisende, idet de udgør et væsentligt erfaringsgrundlag, hvorfra vi træffer beslutninger. For det andet er evnen til at kunne genkalde sig tidligere oplevede hændelser omdrejningspunktet for meget socialt samvær. I mødet med andre deler vi både trivielle og skæbnesvangre erindringer, der ikke blot fortæller om vores gøren og laden, men også er medvirkende til at afgrænse og definere, hvem vi er. Således er udvekslingen af erindringer med til at styrke intimiteten, gruppetilhørsforholdet og de sociale bånd til vores medmennesker, hvilket er faktorer, der spiller en væsentlig rolle for vores psykologiske trivsel [10]. For det tredje er vores erindringer med til at forme vores identitet [11, 12].

Nogle psykologer hævder [13-15], at man for at have forståelse og viden om, hvem man er, må have adgang til sine personlige erindringer. Vores erindringer anses for at være byggestenene i fortællingen om os selv nu og her samt over tid, hvilket skaber retning og kontinuitet i livet. Således konkretiseres vores forståelse af os selv, på godt og ondt, typisk gennem specifikke erindringer. Når vi mindes, kan vi genopleve fortiden samt trække tråde til nuet og hermed belyse og stadfæste, hvem vi er. Flere undersøgelser har da også vist, hvordan selvbiografisk hukommelsessvækkelse er forbundet med identitetstab [16, 17].

## REMINISCENSTERAPI

Reminiscensterapi bliver defineret som det at tænke på eller fortælle om tidligere selvoplevede hændelser med personlig betydning. Tesen er, at man ved at aktivere erindringer hos personer med demens kan forstærke følelsen af personlig identitet samt stimulere samtale og social interaktion [18]. Reminiscensterapi er en paraplyterm, der dækker over vidt forskellige tilgange, der groft sagt udelukkende har det til fælles, at de omhandler samtale om fortiden. Reminiscensterapi er en enkelt metode at iværksætte, hvilket også forklarer den brede

anvendelse inden for demensplejen, såvel internationalt som herhjemme. En undersøgelse gennemført af Servicestyrelsen i 2010 viste, at man i 77,5% af alle danske kommuner anvendte reminiscensarbejde i demensplejen [19].

Personer med demens kan qua den kognitive svækkelse, der rammer de funktioner, som ellers styrer erindringsgenkaldelse, have svært ved intentionelt at fremkalde hændelser fra deres personlige fortid. Erindringer kan dog også opstå spontant, som når en duft eller et fotografi pludselig transporterer os mentalt tilbage i tiden [9, 20]. Eftersom disse spontane erindringer omgår de højere kognitive funktioner, som er svækket ved demens og normalt styrer vores erindringsgenkaldelse, skaber man således ved reminiscensterapi en form for genvej til fortiden via konkrete ledetråde til erindringer [20]. Af samme årsag er inddragelsen af forskellige ledetråde, såsom fotografier, genstande samt musik, der knytter sig til personens unge år, og som forventes at kunne stimulere spontan erindringsgenkaldelse, også et vigtigt led i reminiscensterapien. Forskning har nemlig vist, at hukommelsessvækkelsen ved demens viser en temporal gradient med bedst bevarelse af tidlige minder og viden indlært i den første del af livet [21-24].

Reminiscensterapi kan foregå på individuel basis, hvor plejepersonale eller en pårørende sammen med personen med demens f.eks. udarbejder en kronologisk livshistorie ved at lave en bog med fotografier og udklip samt beskrivelser af beskæftigelse, hobbyer, oplevelser og betydningsfulde andre personer, som haft betydning gennem livet. Reminiscensterapi kan også foregå i grupper, hvor man forsøger at stimulere en samtale om fortiden ved at vække erindringer fra en bestemt tidsperiode, f.eks. barndom og skoletid, ved hjælp af diverse hjælpemidler, der er relateret til et bestemt tema, bl.a. legetøj eller skoleremedier. Foruden at stimulere samtale og social interaktion rodfæster de små tilbageblik mennesket med demens i en større sammenhæng, der rækker ud over nuet, hvilket qua den selvbiografiske hukommelsesfunktioner, formodes at indvirke positivt på velvære og identitetsfølelse.

TABEL 1

Oversigt over inkluderede undersøgelser i review [18, 25, 26], hvor man har undersøgt effekten af reminiscensterapi hos personer med demens.

Reference <sup>a</sup>	Intervention	Gruppe/individuel	Kontrolgruppe	Deltagere, n (i alt) Boligforhold
Baines et al, 1987	RT: samtale om fortiden ved hjælp af slides, fotos, musik, udklip fra aviser, blade, husholdningsgenstande	Gruppe	Sædvanlig pleje RO	RT/RO/kontrol: 5/5/5 (15) Plejebolig
Thorgrimsen et al, 2002	RT: samtale om fortiden ved hjælp af slides, fotos, musik og bestemte temaer Pårørende deltog i RT efter at have modtaget træning	Gruppe	Sædvanlig pleje	RT/kontrol: 7/4 (11) Hjemmeboende
Lai et al, 2004	RT: samtale om de tidlige år mhp. at stimulere erindringer: »små tilbageblik«	Individuel	Socialgruppe: samtale om diæt og pleje Sædvanlig pleje	RT/socialgruppe/kontrol: 36/35/30 (101) Plejebolig
Morgan, 2000/2010 <sup>b</sup>	RT: livshistoriebog Udarbejdede en livshistoriebog med fotos Pårørende deltog i RT	Individuel	Sædvanlig pleje	RT/kontrol: 8/9 (17) Plejebolig
Goldwasser et al, 1987	RT: generel samtale om forskellige temaer såsom mad, familie, tidligere erindringer, sorg, job, musik	Gruppe	Socialgruppe: samtale om begivenheder nu og i fremtiden Sædvanlig pleje	RT/socialgruppe/kontrol: 9/9/9 (27) Plejebolig
Baillon et al, 2004	RT: metode beskrives ikke	Individuel	Snoezelen <sup>c</sup> , sansestimulering	RT/snoezelen: 10/10 (20) Plejebolig
Akanuma et al, 2011	RT: samtale om fortiden om temaer som barndoms minder, legetøj, særlige begivenheder, arbejde, ægteskab	Gruppe	Støttende pleje, ikke uddybet	RT/kontrol: 12/12 (24) Plejebolig
Politis et al, 2004	Intervention: anvendte standardiseret aktivitetsmanual med temaer som geografi, bondegårdsdyr, grøntsager og musikinstrumenter som udgangspunkt for samtale og spørgsmål	Individuel	1:1-samvær med terapeut i form af f.eks. samtale om emne, der interesserer beboer, puslespil eller læsning	RT/kontrol: 18/18 (36) Plejebolig
Haight et al, 2006	RT: livshistoriebog Deltagere udarbejdede en bog med deres livshistorie med fotos og beskrivelser af barndom og voksenliv	Individuel	Sædvanlig pleje	RT/kontrol: 15/15 (30) Plejebolig
Haslam et al, 2010	RT, individuel eller gruppebaseret: gennemgik temaer relateret til de unge år, barndom, legetøj, skoledage, arbejde, ægteskab osv. Anvendte genstande fra deres unge år til at stimulere hukommelse	Individuel + gruppe	Socialgruppe: keglespil i grupper	Individuel RT/gruppebaseret RT/kontrol: 24/29/20 (73) Plejebolig

ABMI = Agitation Behaviour Mapping Instrument; ACE-R = Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised; ADL = Activities of Daily Living; ADQL = Alzheimer Related Quality of Life, Social Interaction, Awareness of Self, Feelings and Mood, Enjoyment of Activities, Response to Surroundings; AMI = The Autobiographical Memory Interview; AMS = Alzheimer's Mood Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BRSE = Activities of the Behavior Rating Scale for the Elderly, 5 subskalaer: ADL/Physical Activity, Activity, Dementia Syndromes, Social/Communication, Activities, Socially Irritating Behavior (11 items); CAPE-CAS = Clifton Assessment Procedures for the Elderly - Cognitive Assessment Scale; CAPE-BEH = CAPE-CAS-subskala for adfærd; CDR = Clinical Dementia Rating; COS = Communication Observation Scale; CSDD = The Cornell Scale for Depression in Dementia; GDS = Geriatric Depression Scale; HCS = Holden Communication Scale; IS = Interact Scale; LSI = Life Satisfaction Indices; MDS-ADL = Minimal Data Set - Activities of Daily Living Assessment; MMSE = Mini-Mental State Examination; NPI = Neuropsychiatric Inventory; QoL-AD: The Quality of Life in Alzheimer's Disease; RO = realitetsorientering: orientering i tid og sted samt sansestimulering; RT = reminiscensterapi; SES = Social Engagement Scale; WIB = Wellbeing/III-being Scale.

a) Kontakt forfatterne for fuldstændige oplysninger.

b) 2000-udgaven er en ph.d.-afhandling, mens 2010-udgaven er samme undersøgelse publiceret.

c) Betyder at snuse og dase.

FORTSÆTTES >>

## EFFEKTEN AF REMINISCENSTERAPI HOS PERSONER MED DEMENS

Til trods for den brede anvendelse af reminiscensterapi har det i forskningsøjemed været vanskeligt at konkludere noget endeligt om en potentiel effekt. Følgende opsummering af forskningsresultater på reminiscensfeltet er baseret på tre review [18, 25, 26], der er foretaget mellem 1987 og 2010, og hvor man på basis af ti

forskellige undersøgelser med i alt 354 deltagere med demens undersøgte effekten af reminiscensterapi (**Tabel 1**) (der foreligger også et review fra 2015 [27], som ikke er medtaget her, idet de inkluderede undersøgelser primært er foretaget med ikkevestlige populationer). Alle inkluderede undersøgelser efterlevede kravene om randomisering og anvendelse af kontrolgrupper.

 **TABEL 1, FORTSAT**

Oversigt over inkluderede undersøgelser i review [18, 25, 26], hvor man har undersøgt effekten af reminiscensterapi hos personer med demens.

Demensætiologi	Varighed og intensitet, min	Effekt mål	Resultat
Demenstype ikke specificeret	5 × ugl. a 30 i 4 uger = 600 min	Kognition: CAPE-CAS Adfærd: CAPE-BEH Livsstilfredshed: LSI Kommunikation: HCS	RT havde ingen signifikant effekt på kognition, livsstilfredshed, kommunikation eller adfærd
Demenstype ikke specificeret MMSE: 12,9	1 × ugl. i 18 uger	Kognition: MMSE Kommunikation: HCS Livskvalitet: QoL-AD	RT havde ingen signifikant effekt på kognition, kommunikation eller livskvalitet
Demenstype ikke specificeret MMSE: 9,3	1 × ugl. a 30 i 6 uger = 180	Velvære: WIB Kognition: MMSE Funktionsevne: MDS-ADL Social interaktion: SES	RT gruppe forbedrede velvære Ingen signifikante gruppeforskelle ift. kognition, funktionsevne og social interaktion
Demenstype ikke specificeret Mild til moderat (CDR)	1 × ugl. a 30-60 i 8-12 uger = 240-360	Depression: GDS Selvbiografisk + semantisk hukommelse: AMI	RT reducerede depression og forbedrede selvbiografisk hukommelse sammenlignet med sædvanlig pleje
Demenstype ikke specificeret MMSE: 10,1 (spændvidde: 1-20)	2 × ugl. a 30 i 5 uger = 300	Kognition: MMSE Depression: BDI Daglig funktionsevne: ADL	RT gruppe reducerede depression sammenlignet med kontrolgrupper Ingen signifikant forbedring af kognition og daglig funktionsevne
Alzheimers + vaskulær demens + demenstype ikke specificeret	3 × 40 over 2 uger = 120	Agitation: ABMI Social interaktion: IS	RT reducerede ikke agitation eller øgede social interaktion Ingen signifikante gruppeforskelle mellem <i>snoezelen</i> og RT
Vaskulær demens MMSE: 13,8	1 × ugl. a 60 i 12 uger = 720	Kognition: MMSE Depression: GDS Kommunikation/social interaktion: BRSE	RT gruppe forbedrede signifikant kommunikation/social interaktion sammenlignet med kontrolgruppe Ingen gruppeforskelle ift. kognition og depression
Demenstype ikke specificeret, inkl. bl.a. Alzheimers demens MMSE: 9,5	3 × ugl. a 30 i 4 uger = 360	Adfærdsforstyrrelse: NPI total Apati: NPI subskala Livskvalitet: ADQRL	Begge grupper viste reduktion adfærdsforstyrrelse og mere specifikt apati Kontrolgruppen øgede livskvalitet sammenlignet med interventionsgruppe
Demenstype ikke specificeret MMSE: 17,84	1 × ugl. a 60 i 8 uger = 420	Kognition: MMSE Depression: CSDD Humør: AMS Kommunikation: COS	RT-gruppen forbedrede signifikant kognition, humør, kommunikation og reducerede depression sammenlignet med kontrolgruppe
Demenstype ikke specificeret + ældre uden demensdiagnose MMSE: 16,61	1 × ugl. a 30 i 6 uger = 180	Kognition: ACE-R Velvære: sammensat skala med items fra f.eks. depression, livskvalitet	Gruppebaseret RT forbedrede kognition sammenlignet med individuel RT og social kontrolgruppe Velvære steg signifikant i den sociale kontrolgruppe sammenlignet med individuel RT og gruppebaseret RT

I det første review fra 2005 [18], der er baseret på de fem øverste studier i Tabel 1, konkluderede man, at reminiscensterapi forbedrede kognition, humør og praktisk funktionsevne i hverdagen hos personer med demens. I et andet review fra 2012 [25], der er baseret på de syv øverste studier i Tabel 1, fandt man også, at reminiscensterapi potentielt havde positiv indvirkning på kognitivt funktionsniveau, bl.a. selvbiografisk hukommelse, og psykologisk trivsel f.eks. påvist ved reduktion af depressive symptomer. Som det fremgår af Tabel 1 anvendte man i de forskellige undersøgelser både individuelt tilrettelagte og gruppebaseret interventioner, hvorfor man i et review fra 2012 [26], der er baseret på studierne *Lai et al*, *Morgan*, *Politis et al*, *Haight et al* og *Haslam et al* i Tabel 1, specifikt undersøgte effekten af individuelle reminiscensforløb. Her fandt man, at anvendelse af individuelt tilrettelagte og

personaliserede reminiscensforløb syntes at have positiv virkning på humør, set bl.a. ved reduktion af depressive symptomer samt øget velvære og kognition.

Til trods for at man i størstedelen af reviewene indikerede en positiv effekt på kognition og overordnet velvære, fremgår det tydeligt i Tabel 1, at der i de enkelte undersøgelser rapporteredes om meget forskellige resultater. Således rapporterede man i tre af de ti undersøgelser om, at reminiscensterapi indvirkede positivt på kognition (*Morgan*, *Haight et al* og *Haslam et al*), mens man i fem ud af ti undersøgelser fandt, at reminiscensterapi forbedrede velvære, målt enten ved reduktion af depressive symptomer og apatisorer eller stigning i livskvalitet og humør (*Lai et al*, *Morgan*, *Goldwasser et al*, *Politis et al*, og *Haight et al*). I en undersøgelse fandt man desuden, at reminiscensarbejde øgede den sociale interaktion (*Akanuma et al*). De

modsatrettede resultater kan tilskrives flere væsentlige metodemæssige svagheder.

For det første kan der sættes spørgsmålstegn ved, om de forskellige *interventioner* overhovedet er sammenlignelige (Tabel 1). Hvor man i nogle undersøgelser anvendte individbaseret reminiscensterapi med fokus på den enkeltes borgers livshistorie, var andre interventioner gruppebaserede. Sidstnævnte består som oftest i at styrke samtalen i gruppen på baggrund af erindringer, der stimuleres enten ved hjælp af ledetråde eller mere konkrete spørgsmål. Nogle interventioner inddrager de pårørende, mens andre interventioner er faciliteret af plejepersonalet eller forskersteamet, hvilket betyder, at der stor variation i udøernes faglige profession, kendskab til borgerne og viden om kognitive færdigheder. Alle er det faktorer, som må formodes at indvirke på kvaliteten af en intervention. Desuden er selve interventionen ofte dårligt beskrevet med begrænset information om forsøgsprotokollen, hvilket gør metoden vanskelig at replicere.

For det andet varierer de forskellige interventionsformer i hyppighed (1-5 gange om ugen), *varighed* (2-8 uger) og *intensitet* (120-720 minutter i alt), hvilket gør resultaterne svært sammenlignelige (Tabel 1). For det tredje inddrager man i flere undersøgelser ikke *kontrolgrupper* (Tabel 1), der får sædvanlig pleje, hvilket også er kritisabelt, da et *baseline*-mål derved er fraværende. Som et fjerde kritikpunkt er det problematisk, at der i størstedelen af undersøgelserne er inkluderet ganske få deltagere med forskellige *demensætiologier* og grader af kognitiv svækkelse (Tabel 1), hvilket gør det svært at generalisere eventuelle fund og betyder, at eventuelle fund er baseret på få data.

Til sidst anvendes der vidt forskellige *effektmaal* i diverse undersøgelser, som det fremgår af Tabel 1. Således måles og sammenfattes begrebet velvære eksempelvis ofte ved hjælp af forskelligartede skalaer, der måler på depressive symptomer, humør, livskvalitet og apati. Selvom disse hver især må formodes at indvirke på overordnet velvære, er rationalet for valg af effektmaal ofte uklart. Forskningsfeltet synes desuden, og måske helt unødvendigt, at have underlagt sig de stramme kodeks, der dikterer effektforskning, hvor virkningen af en intervention måles ved sammenligningen af før- og eftereffekter. Reminiscensarbejde er netop en intervention, hvor man tager udgangspunkt i nuet. Det vil sige, at det er i det øjeblik, hvor erindringerne opstår, at der sker noget essentielt i forhold til at styrke samtalen og kontakten, identitetsfølelsen og den overordnede følelse af velvære og trivsel. I størstedelen af undersøgelserne har man anvendt effektmaal, der ikke forholder sig til personens adfærd og humør under selve interventionen, det vil sige selve øjeblikkene, hvor den pågældende person for en kort stund er i stand til at erindre og genopleve. Feltet synes således at være præget af et

misforhold mellem effektmaal og de variable, man ønsker at undersøge. I samtlige review konkluderes det da også, at fundene må tages med forbehold, eftersom de er baseret på kun få undersøgelser, hvoraf kvalitet og design af interventionen i mange kan kritiseres. Der er desuden bred enighed om, at forskningsfeltet må styrkes af mere forskning, hvor man forholder sig til de netop gennemgåede kritikpunkter.

## PERSPEKTIVER OG OVERVEJELSER

For dem, som til daglig beskæftiger sig med reminiscensarbejde og på nært ophold måtte opleve den gavnlige og umiddelbare virkning, som det kan have, er det måske ikke så overraskende, at det i forskningsøjemed kan være svært at indfange den formodede effekt. Fremfor udelukkende at fokusere på post intervention-effekter er det vigtigt ikke at underkende betydningen af reminiscensterapi som middel til at øge velvære, trivsel og funktionsniveau nu og her. Der er brug for mere forskning, hvor man hos personen med demens undersøger den umiddelbare effekt, dvs. engagement, humør og velvære under selve interventionen.

At leve med en demenssygdom har store og negative konsekvenser, hvorfor der er et stort behov for at undersøge effekten af nye interventionsformer som eksempelvis reminiscensterapi, som kan supplere medicinsk behandling og hermed styrke livskvalitet hos de mange, som er berørt af sygdommen i det daglige.

## KONKLUSION

Trods væsentlige metodemæssige svagheder på forskningsfeltet indikerer flere review, at reminiscensterapi hos personer med demens synes at indvirke positivt på overordnet velvære.

Der er dog stort behov for yderligere forskning for at forstå effekten af reminiscensterapi og dens underliggende mekanismer. Yderligere forskning er også nødvendig for at udvikle konkrete retningslinjer for valg af de mest virksomme interventionsformer, herunder individbaseret versus gruppebaseret reminiscensterapi, i forhold til sygdommens stadie og det generelle sygdomsbillede.

**KORRESPONDANCE:** Marie Kirk. E-mail: mkirk@psy.au.dk

**ANTAGET:** 24. januar 2017

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**TAKSIGELSE:** Forfatterne takker Danmarks Grundforskningsfond (DNRF89) for støtte.

## LITTERATUR

- Harris CB, Rasmussen AS, Berntsen D. The functions of autobiographical memory: an integrative approach. *Memory* 2014;22:559-81.
- Bluck S, Alea N, Habermas T et al. A tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition* 2005; 23:97-117.
- Pillemer DB. Directive functions of autobiographical memory: the guiding power of the specific episode. *Memory* 2003;11:193-202.
- Ballard C, Neill D, O'Brien J et al. Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *J Affect Dis* 2000;59: 97-106.



5. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psych* 2011;24:461-72.
6. Weiner MF, Doody RS, Sairam R et al. Prevalence and incidence of major depressive disorder in Alzheimer's disease: findings from two databases. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002;13:8-12.
7. Rayner AV, O'Brien JG, Shoenbachler B. Behavior disorders of dementia: recognition and treatment. *Am Fam Physician* 2006;73:647-52.
8. Lolk A, Gulmann NC. Psykofarmakologisk behandling af psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser ved demens. *Ugeskr Læger* 2006;168:3429-32.
9. Berntsen D. Involuntary autobiographical memories. An introduction to the unbidden past. Cambridge University Press, 2009.
10. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of inter-group behavior. I: Worchel S, Austin LW, red. *Psychology of intergroup relations*. Nelson-Hall, 1986.
11. Conway MA, Pleydell-Pearce C. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev* 2000;107:261-88.
12. Prebble S, Addis DR, Tippett LJ. Autobiographical memory and sense of self. *Psychol Bull* 2013;39:815-40.
13. Haslam C, Jetten J, Haslam SA et al. "I remember therefore I am, and I am therefore I remember": exploring the contributions of episodic and semantic self-knowledge to strength of identity. *Br J Psychol* 2011;102:184-203.
14. Bluck S, Alea N. Remembering being me: the self continuity function of autobiographical memory in younger and older adults. I: Sani F, red. *Self continuity: individual and collective perspectives*. Psychology Press, 2008.
15. Addis DR, Tippett L. Memory of myself: autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory* 2004;12:56-74.
16. Fargeau MN, Jaafari N, Ragot S et al. Alzheimer's disease and impairment of the self. *Conscious Cogn* 2010;19:969-76.
17. Jetten J, Haslam C, Pugliese C et al. Declining autobiographical memory and the loss of identity: effects on well-being. *J Clin Experiment Neuropsychol* 2009;32:408-16.
18. Woods B, Spector AE, Jones CA et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:1-38.
19. Kortlægning af demensområdet i Danmark, kap. 7. Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010.
20. Kirk M, Berntsen D. Nu husker jeg! Associativ erindringsgenkaldelse - genvej til fortiden hos demente. *Månedsskr Alm Prak* 2015;93:1045-53.
21. Rubin DC, Wetzler SE, Nebes RD. Autobiographical memory across the adult lifespan. I: Rubin DC, red. *Autobiographical memory*. Cambridge University Press, 1986:202-21.
22. Fromholt P, Mortensen D, Torpdahl P et al. Life-narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: comparisons with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory* 2003;11:81-8.
23. Fromholt P, Larsen SF. Autobiographical memory in normal aging and primary degenerative dementia (dementia of Alzheimer type). *J Gerontol* 1991;46:85-91.
24. Kopelman MD. The "new" and the "old": components of the anterograde and the retrograde memory loss in Korsakoff and Alzheimer patients. I: Squire LR, Butters N. *Neuropsychology of memory*. Guildford Press, 1992:130-43.
25. Cotelli M, Manenti R, Zanetti O. Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas* 2012;72:203-5.
26. Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Rev Neurotherap* 2012;12:545-55.
27. Huang HC, Chen YT, Chen PY et al. Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Med Direct Assoc* 2015;16:1087-94.