

Åpner opp gjengrodde stier

Per Olav Solberg
redaksjonssjef

Tomas Moss

Det er en myte at eldre personer responderer dårlig på psykoterapi.



Psykologene Marianne Skar (t.v.), Ingeborg Aarseth og Tine Høye mener behovet for flere eldrepsykologer er stort.

Da Knut Hamsun var 90 år gammel (1949), skrev han sin siste bok, *Paa gjengrodde stier*. Boken er en blanding av fiksjon og erindringer, men også et forsvar for hvorfor han valgte å stå på tyskernes side under krigen. Boktittelen gir flere assosiasjoner. Gjengrodde stier. Ikke én sti, men mange. Jeg ser for meg en skog i fugleperspektiv; i den et nettverk av årer som har ligget uberørt i årtier. Konturene vises, men stiene er overgrodd.

Kanskje forsøkte Hamsun å mane fram sine oppgatte spor på nytt, se dem litt klarere for seg gjennom skrift og tankekraft. Likevel er det noe resignert over tittelen. Det er de samme stiene, gjengrodde. Å finne nye er utenfor boktittelens rekkevidde. Var det sånn Hamsun følte seg mot slutten

av livet? Ensom, fanget av sin egen historie, mest opptatt av å forsvare sine valg, med liten vilje til eller tro på forandring?

Det er også mulig å tolke tittelen som et tidsbilde på den eldre generasjonens selvforståelse i tiårene etter krigen – og hvordan den ble sett og forstått utenfra. Dette var velferdsstatens epoke, hvor eldreomsorgen utviklet seg i rekordfart, med etablering av et stort antall sykehjem i kommunene. Å ta vare på de eldre ble i mindre grad et privat anliggende. Vårt bilde av eldretilværelsen endret seg tilsvarende. Når vi tenkte på den, så vi for oss store oppholdsrom på sykehjem, hvor de eldre satt i stolene sine, tause, i hver sine verdener, temmelig identiske, som en konform masse uten egen vilje, historie eller identitet. Fullstendig gjengrodde stier. Bare skogen igjen. Det er i hvert fall min egen fordom om hvordan mange eldre ble og kanskje fortsatt blir sett.

Fordommer er til for å sables ned. Kanskje den beste måten å gjøre det på er å dra til en institusjon som har et annet blikk på eldre og endring enn det vi muligens er vant med.

Et slikt sted er NKS Grefsenlia, som eies av Sanitetskvinnene i Oslo. Her er det en alderspsykiatrisk sengepost med 20 plasser og tre psykologer tilknyttet avdelingen. Pasientene som kommer hit, er henvist fra Diakonhjemmet Sykehus, Oslo Universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. De tilbringer 3–6 måneder på Grefsenlia. Psykologstillingene utgjør til sammen to årsverk, og selve driften av avdelingen finansieres av Helse Sør-Øst RHF. De tre psykologene er Marianne Skar (spesialist i klinisk voksenpsykologi), Tine Høye (psykolog, under utdanning til å bli spesialist i klinisk voksenpsykologi) og Ingeborg Aarseth (spesialisert i klinisk voksenpsykologi, spesialist i fordypning i psykoterapi og under utdanning til å bli spesialist i eldrepsykologi). De møter gjerne Psykologtidsskriftet for en samtale.

Et undervurdert felt

Psykologtidsskriftet:

– La oss gå rett på sak: Det er mange fordommer knyttet til det å ha eldre i terapi. Mantraet som går igjen: Endring er vanskelig å få til. Ligger det noe i dette?

Høye:

– Jeg har arbeidet her i halvannet år og kom hit med de mytene som ligger i spørsmålet ditt. Å være her har åpnet opp en ny verden. Det er et stort potensial for endring, og faktisk endring blant pasientene. For eksempel har jeg nylig hatt en 92 år gammel kvinne i terapi over ½ år som i 30–40 år har gått på angstdempende medikamenter. Hun responderte godt på terapi, og angstsymptomene ble redusert. Hun fikk et nytt perspektiv på seg selv og livet sitt gjennom disse samtalene. Slike terapierfaringer gjør også noe med meg som terapeut, jeg ser hvordan endring er mulig på tvers av livslinjen.

Skar:

– Det Tine snakker om her, berører også måten vi tenker og jobber på ved Grefsenlia. Vi skiller oss ut fra mange andre alderspsykiatriske avdelinger. Det psykologfaglige står svært sterkt hos oss, og vi er i flertall blant de ulike behandlingsgruppene. På sykehus generelt er det sterkt fokus på symptomer og demping av symptomer, hvor medisiner eller skjerming brukes som lindring. Her jobber vi mer med det underliggende. Vi ser på hva symptomene kan kommunisere om pasientens liv og behov.

Aarseth:

– Tilknytningsperspektivet står også sentralt hos oss. Vi ønsker å se på pasientens tilknytningshistorier og hvordan den spiller seg ut her og nå, i relasjon til oss som terapeuter. Det er selvsagt ulikt hvor mye dette aspektet vektet i møte med ulike pasienter, men det er likevel en grunnforståelse vi har med oss. Å arbeide i relasjon aktualiserer følelser som for eksempel sinne, sorg eller frykt. Som terapeuter møter vi disse følelsene på andre måter enn det pasientene kanskje er vant med. Gjennom slike erfaringer i terapi kan pasientene få tilgang til seg selv og sin historie og begynne å erfare mellommenneskelige relasjoner på en annen måte.



– Der lidelsestrykket er stort og motivasjonen høy erfarer jeg at endring hos pasienten skjer, sier Ingeborg Aarseth.

Psykologtidsskriftet:

– *Det dere sier her, tenker jeg kunne vært sagt om mye terapi som har en psykodynamisk tenkning som utgangspunkt. Er dette noe av poenget deres, at å jobbe med eldre ikke er noe forskjellig fra å jobbe med andre voksne?*

Høye:

– Det trenger ikke være forskjellig. Jeg er opptatt av at endring kan skje – og ikke skje – uavhengig av hvor man er i livsløpet. Alderdommen er gjerne kjennetegnet av noen eksistensielle overgangsfaser, selv om disse også kan inntre tidligere i livet. Som for eksempel tap av ektefelle eller andre typer tap knyttet til egen helse. Det kan bidra til endring, på godt og vondt. Hvorvidt innsikt og eventuell endring skjer, har ikke nødvendigvis med alder i seg selv å gjøre. Hva man bringer med seg inn i terapien av ballast og bakgrunn, spiller selvsagt også inn, uansett alder. Hos noen pasienter tenker jeg at evnen til endring øker med alderen fordi de har blitt mer modne.

Aarseth:

– Det som likevel er spesielt med alderspsykologien, er kompleksiteten. Du må vite mye både om somatiske og psykiske lidelser, nevropsykologi og medisiner, samt grenseoppgangene mellom dem. Det krever klinisk erfaring og bred kompetanse å skille mellom ulike tilstander. Et godt eksempel er om en pasient lider av tidlig demens/kognitiv svikt eller depresjon. Dette kan arte seg temmelig likt før man utreder med tanke på komorbiditet.

En kvinne som ble henvist til oss, hadde fast sykehjemsplass på grunn av angivelig demenstilstand. Under terapien kom det fram at hun var dypt deprimert. Nå har hun fått behandling og flyttet hjem til mannen sin igjen. Tilfellet er neppe unikt. Jeg tror man kan finne flere med pseudodemens ved norske sykehjem som ikke har fått god nok utredning og dermed ikke adekvat behandling.

Som behandlere er vi derfor ydmyke og åpne i møtet med pasientene. De som kommer hit, har ofte sammensatte tilstander som krever bred kartlegging og utredning. Eldrepsykologien er etter min mening undervurdert, og det er i seg selv paradoksalt. Feltet har, slik jeg oppfatter det, lav status og blir stemoderlig behandlet, til tross for hvor komplekst og sammensatt det er. Som psykolog og behandler må du ha omfattende kunnskaper på mange områder for å gjøre en god jobb. Dét taler i seg selv for å opprettholde skillet mellom eldrepsykologi og voksenpsykologi. Kompetansen blir mer samlet og spisset dersom man opprettholder dette som en egen spesialitet.

– Jeg har arbeidet her i halvannet år og kom hit med de mytene som mange har om eldrepsykologi. Å være her har åpnet opp en ny verden

Tine Høye

Skar:

– Å jobbe med eldre blir av mange ansett som en lite stimulerende og usexy jobb. Å jobbe med unge eller i akutt helsevern forbindes gjerne med mer spenning: det er kjapt, pulsen er høy, og man ser raske resultater. Eldre forbindes gjerne med stagnasjon, resignasjon og tap. Men det kan være sterke følelser og interessante indre konflikter i eldre menneskers sinn og kropp også. Jeg har hatt en 70 år gammel kvinne i terapi hvor det var slutt med elskeren, og hvor vi jobbet med smerten knyttet til dette. Det var mye temperatur og vitalitet i samtalene.

Tine nevnte i stad at eldre kan være mer modne for terapi enn andre aldersgrupper. Men det motsatte kan også være tilfellet: At eldre er skuffende lite modne. Følelser som sjenanse og usikkerhet kan være like hemmende for en 75 år gammel enke som skal på eldrementret for første gang, som for en usikker tenåring på fest. Alderen løser ikke problemer i seg selv. Evnen til modning og endring handler først og fremst om hvorvidt man tar ansvar for eget liv eller ikke. Er jeg aktør eller offer?

Noe av det interessante med å ha eldre i terapi er at perspektivet er så mye lengre enn for andre pasientgrupper, de har mer å by på av fortellinger og opplevelser i kraft av at de har levd så lenge. Det gir også rikelig anledning til å finne og gjenkjenne negative mønstre som har vedvart over mange år. Man får en bedre psykologisk forståelse av seg selv som man kan forsøke å forsone seg med eller jobbe med å prøve å endre.

Sykere pasienter

Psykologtidsskriftet:

– Pasientene som kommer hit, er henvist fra ulike sykehus. Hvor syke er de, og hvilke psykiske lidelser er mest vanlige?

Aarseth:

– Jeg opplever at mange av pasientene er svært syke og har alvorlige og sammensatte tilstander. Dette har nok også å gjøre med hvordan psykisk helsevern er organisert. Utviklingen går mot færre sengeplasser, mer skal håndteres poliklinisk. Institusjoner som vår får de pasientene som er ferdigbehandlet i akuttfasen, men som er altfor dårlige til å skrives ut til hjemmet, sykehjem eller annet omsorgstilbud. Jeg ser helt klart behovet for flere psykologer som spisser utdannelsen mot denne pasientgruppen. Behovet vil være økende med tanke på den voksende populasjonen av eldre mennesker i framtiden.

Høye:

– De som kommer hit, sliter blant annet mye med angst, depresjon og medfølgende suicidalproblematikk. Særlig eldre menn som nylig har fått alzheimer-diagnosen, er høyrisikopasienter. Det diagnostiske bildet er ofte sammensatt. Blant våre pasienter finner man hele spekteret fra stemningslidelser til ulike typer demens, og til de mer alvorlige psykiske lidelsene. Mange har hatt et langt løp i psykisk helsevern gjennom hele livet, mens andre debuterer i psykisk helsevern når de blir gamle. Utløsende årsaker kan være tap av ektefelle eller at man har sluttet å jobbe. Da kan behovet for hjelp være akutt. Fellesnevneren her er gjerne at pasientene føler seg hjelpeløse på en eller annen måte.



Psykologene er i flertall blant behandlingsteamene på Grefsenlia.

Skar:

– Mange av pasientene er interessante fordi de er historiebærere og produkter av sin tid. For eksempel har jeg hatt pasienter som tok ulovlig abort på 60-tallet, før selvbestemt abort ble tillatt. Eller kvinner som har født barn utenfor ekteskapet. Kulturen og samfunnet så helt annerledes på slike fenomener den gang, med de konsekvensene det fikk. Derfor er det mye fortielse, skyld og skam hos disse pasientene. Å jobbe med forsoning blir viktig for dem. Jeg forsøker å få pasientene til å se at deres liv og historier kan ha ulike versjoner. Det er lov å lene seg tilbake og bære sin historie med stolthet og ikke bare kjenne på ambivalens og anger.

Aarseth:

– Forsoning kan være et viktig terapeutisk arbeid. Dagens eldregenerasjon er i liten grad vant til å snakke om følelser, og åpenhet om psykisk lidelse er ofte forbundet med skam. Somatisering og smerteproblematikk er tilbakevendende tematikk hos oss. Symptomet blir en måte å kommunisere om en indre tilstand som ikke er gjort om til språk eller delt med en annen.

En del pasienter kan snakke om at de har dårlige nerver som noe konstant og uforanderlig, som en tilstand de har opplevd å bare måtte leve med. Eller som er blitt medisinerert bort med benzodiazepiner de siste 20 årene. Mønstrene for mestring og håndtering av egen psykisk smerte kan være godt sementert i personligheten. Det krever naturlig nok mye tid å få tak på. Der lidelsestrykket er stort og motivasjonen høy, erfarer jeg at endring hos pasienten skjer.

Både system og individ

Psykologtidsskriftet:

– *Vi har snakket mye om individuell terapi. Hva med systemet rundt pasienten, hvor sentralt står dette?*

Skar:

– På lik linje med i barne- og ungdomsfeltet er dette viktig også i eldrepsykologien. Vi må jobbe mye med systemet rundt pasienten og få dette til å fungere best mulig. Det gjelder forholdet til de nærmeste pårørende, miljøpersonalet her på Grefsenlia og spesialisthelsetjenesten som pasientene kanskje blir overført til etter å ha vært her. Pasientene er i en fase i livet hvor de blir mer hjelptrengende, og familiene kommer gjerne tettere på dem enn før. Det er mange familiepsykologiske utfordringer her. Jeg har for eksempel hatt et ektepar i terapi hvor mannen ble oppfattet som både dement og psykotisk. Her viste det seg at det var samspeillet mellom ektefellene som var dysfunksjonelt og som bidro til å opprettholde og forverre tilstanden hans. Vi arbeidet med å snu dette, og ekteskapet bedret seg for begge. Dette er systemjobbing på mikronivå.

– En kvinne som ble henvist til oss hadde fast sykehjemsplass på grunn av angivelig demenstilstand. Under terapien kom det fram at hun var dypt deprimert

Ingeborg Aarseth

Psykologtidsskriftet:

– Grefsenlia framstår som et godt eksempel på hvordan man jobber med eldre som trenger psykologisk hjelp. Hva tenker dere om hvordan eldre mennesker som sliter med angst eller depresjon, generelt blir møtt av helsevesenet?

Aarseth:

– Da jeg jobbet på DPS, hadde jeg svært få eldre i behandling. De som ble søkt inn, ble gjerne viderehenvist til alderspsykiatrien. For en del av de eldre handler det om spesifikke, alderspsykiatriske problemstillinger, og disse har behov for et alderspsykiatrisk tilbud. Mange tenker jeg også vil ha utbytte av behandlingstilbud på et lokalt DPS, på lik linje med voksenpsykiatriske pasienter. Det er en helhetlig vurdering av den aldrende pasientens psykiske tilstand og behandlingsbehov som bør være retningsgivende for om man kommer i kontakt med lokalt DPS eller alderspsykiatri. Ikke alder alene.

Skar:

– Jeg er opptatt av hvordan de eldre kan skape bedre møteplasser, slik at behovet for å oppsøke hjelp reduseres. Svært mange sliter med ensomhet og isolasjon og har i likhet med alle andre et behov for å tilhøre et sosialt fellesskap. Når du mister jobb og ektefelle, så sitter du gjerne der alene, adskilt fra dine vante fellesskap. Her er det mange triste historier, og veien til depresjon kan være kort. Møteplassene som finnes for ensomme eldre i dag, er i stor grad svært organiserte, bydeler og kommuner lager opplegg og aktiviteter for dem. Dette er sikkert vel og bra. Men det er noe med hele tenkningen her, at dette må organiseres, at ikke initiativene kommer mer av seg selv. Det ligger liksom ikke innebygd i kulturen vår. Kanskje skjer det mer enn det vi får øye på fra vårt ståsted. Men jeg kan ofte undre meg over dette – hvorfor de eldre ikke mer naturlig blir inkludert i ulike fellesskap.

*

Er det noen konklusjon å trekke her, spør jeg meg selv mens jeg går fra Grefsenlia med nydelig utsikt over Oslo, en stille, kald dag i mars. Jeg vet ikke. Det jeg vet, er at også jeg skal bli gammel, hvis ikke noe uforutsett skjer. Bestemor ble dement da hun var rundt 70 år, vil det samme skje med meg?

Jeg tenker på gjengrodde stier. At man er nødt til å rydde opp i dem før man kan oppdage nye, for om mulig å oppleve en slags frihet man ikke visste fantes. Kanskje kommer noen av pasientene på Grefsenlia dit gjennom behandlingen de får, kanskje gjør de det ikke. Evnen til endring er ulikt fordelt, sykdomsbildene er så forskjellige. Det er heller ikke det viktigste. Det som sitter igjen etter møtet på Grefsenlia, er måten de tre psykologene snakket om de eldre på. Verdigheten de møtes med, uansett hva de kommer dit for. Det holder, tenker jeg. Det holder i massevis.