



– Bland yngre finns en tendens att klumpa ihop gruppen äldre och underskatta deras möjligheter till ett normalt liv, säger Birgitta Ingridsson.



# Få äldre i kris får psykologiskt stöd

Kunskapen om det naturliga åldrandet är minimal i både samhället i stort och inom hälso- och sjukvården. Många äldre får därför inte rätt psykologiskt stöd när de drabbas av en livskris.

– Sverige är fortfarande ett u-land inom geropsykologin, säger psykolog Birgitta Ingridsson, ordförande i Sveriges geropsykologers förening.

TEXT PETER ÖRN FOTO ULRIKA ZWENGER

**D**et är de äldre i samhället, 65 år och uppåt, som kommer att svara för den i särklass största ökningen av antalet invånare i Sverige de närmaste 50 åren (se faktaruta). Men samhällets beredskap för att tillgodose dessa människors behov av psykologisk hjälp – behov sprungna ur det naturliga åldrandets villkor och ofta åldersrelaterade livskriser – är skral. Förvisso pågår det viss forskning inom det geropsykologiska området, *Psykologtidningens* serie om geropsykologisk forskning som avslutades i nr 1 2011 vittnar om det. Men serien visar också att forskningen till stor del är koncentrerad till Göteborgsregio-

nen, där landets enda professur i psykologi med inriktning på äldre finns (fem av sex forskningsartiklar var författade av forskare vid Psykologiska institutet i Göteborg eller vid Sahlgrenska akademien). Sedan några år är även den enda universitetskursen i geropsykologi nerlagd (se separat artikel).

Psykologförbundets egen yrkesförening för geropsykologer, Sveriges geropsykologers förening, kan i viss mån också tjäna som ett exempel på hur området ännu befinner sig i sin linda.

– Vi har i dag närmare 50 medlemmar i föreningen. Vid sidan av exempelvis Sveriges neuropsykologers förening med sina omkring 800 medlemmar

är vi mycket små. Men vi har en stark styrelse och satsar hårt på att arbeta utåtriktat och sprida kunskap, säger Birgitta Ingridsson.

Geropsykologernas arbete är till stor del inriktat på det naturliga åldrandet för att hjälpa människor att bibehålla ett välbefinnande och hantera kriser som kan vara förknippade med ökad ålder. Många geropsykologer arbetar dessutom med neuropsykologiska utredningar, liksom med handledning inom äldreomsorgen. De ger även samtalsbehandling, enskilt eller i grupp, vid psykisk ohälsa. Det kan då handla om depression, ångest eller tidiga faser av demenssjukdom.

De flesta geropsykologer arbetar på





– Det finns en mängd fördomar om äldre, som att man när man blir gammal blir gaggig och glömsk. Men det blir man inte alls om man inte drabbas av en sjukdom, säger Birgitta Ingridsson, ordförande i Sveriges geropsykologers förening.

➤ sjukhus med utredningar och stödsamtal, berättar Birgitta Ingridsson, som själv i egenskap av utbildningskonsult främst arbetar med utbildning av personal och anhöriga, men även med handledning och anhörigstöd. Geropsykologi är en del av utvecklingspsykologin och bygger på att människan fortsätter att utvecklas under hela livet. Men det finns en rad fördomar kring åldrandet, liksom exempel på samhällets åldersdiskriminering. Och det är frågor som föreningen har en viktig uppgift att arbeta med, säger Birgitta Ingridsson.

– Hela samhället, inklusive hälso- och sjukvården, är fixerad vid en kronologisk ålder och de värderingar man kopplar till åldern. Man erbjuds garantipension vid en viss ålder, efter 65 år har man inte rätt till LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), äldre erbjuds inte psykologiskt stöd inom primärvården som man gör till yngre och så vidare.

– Det finns också en mängd fördomar, som att man när man blir gammal blir gaggig och glömsk, men det blir man inte alls om man inte drabbas av en sjukdom. Möjligtvis blir man lite långsammare jämfört med yngre, säger Birgitta Ingridsson.

**EN STUDIE SOM** Sveriges geropsykologers förening genomförde 2010 visade att psykologer på vårdcentraler ofta inte

erbjöd äldre personer behandling. Av 50 tillfrågade primärvårdpsykologer uppgav 40 att omkring fem procent av deras patienter var över 65 år, 10 svarade att de över huvud taget inte fick erbjuda patienter över 65 år behandling.

– Vi skulle vilja att även samtal med geropsykologer hamnade under försäkringskassans tak, så att en person som är 70-75 år och fysiskt frisk inte tvingas lägga ut en dryg tusenlapp för

## »Man är i dag allt för fixerad vid demensutredningar, inte minst på vårdcentralerna«

att få träffa en psykolog eller måste välja att söka läkare för att undvika en stor utgift.

I dag vänder sig många äldre i stället till en läkare, säger Birgitta Ingridsson. De kanske får antidepressiva läkemedel när det ofta skulle räcka med några stödsamtal för att hantera en oro till följd av exempelvis en väntad flytt.

– Alla kan ju känna oro för den omställning en flytt innebär, även yngre människor. Det kan vara en oro för att

inte få träffa sina barnbarn till följd av att det egna barnet ligger i skilsmässa eller något annat som hänt i familjen. Men läkare tänker ofta i termer av sjukdom och läkemedel, och glömmer att det kan vara händelser i livet som ligger bakom. Det ställs sällan frågor om hur en äldre har det i sitt liv.

**ATT TALA OM ÄLDRE** är att tala om en mycket heterogen grupp människor, med stora skillnader i välbefinnande och funktion. Bland yngre finns dock en tendens att både klumpa ihop gruppen äldre och dessutom underskatta gruppens möjligheter att leva ett normalt liv.

Birgitta Ingridsson tar som ett exempel synen på äldres sexualliv. När hon ställt frågan till psykologstuderande, hur många personer i åldern 85 år de tror har samlag minst en gång per månad, brukar svaret bli omkring 10-15 procent. Bland allmänheten i stort tror endast någon enstaka procent att 85-åringar har samlag minst en gång per månad. Det korrekta svaret är 25 procent, säger Birgitta Ingridsson.

– Äldres sexualitet är en dold fråga, till stor del på grund av att vi lever i ett sexualfientligt samhälle. Men för många äldre som geropsykologer kommer i kontakt med är det en viktig fråga som kan skapa oro. Hur gör man exempelvis som anhörig om man lever i en parrelation där partnern är på väg att utveckla demens?

– Jag brukar svara att man kan fortsätta att ha ett sexualliv med varandra så länge det ger glädje; har man levt länge tillsammans så känner man igen mönster och vanor hos varandra, det sitter i kroppen och man vet om den andre reagerar så som han eller hon alltid har gjort. Då kan man utgå från att det är bra för partnern, säger Birgitta Ingridsson.

Att drabbas av förlust av någon närstående, kanske en partner, är alltid förknippat med sorg. Men för en äldre person kan konsekvenserna bli allvarigare, bland annat för att det sociala stödet ofta inte är lika omfattande som för en yngre. Det är händelser som för många leder till psykisk ohälsa, kanske depression. Samtidigt är det den yngre som oftast erbjuds psykologiskt stöd, inte den äldre.

– Efter det att man har gått i pension



finns dessutom en risk att problem som funnits med i livet, men som ett arbetsliv förmått hålla undan, hinner i fatt och blir till en ackumulerad hög av problem som ska hanteras. Samtidigt blir man med åldern mer skör, man blir tröttare och ömtåligare och har egentligen ett större behov av psykologiskt stöd än en yngre person.

**ETT AV GEROPSYKOLOGERNAS MÅL** är att få till stånd speciella hälsocentraler för äldre personer, där det finns personal kompetent på normalt åldrande och som erbjuder tid för samtal innan det exempelvis blir aktuellt att göra en demensutredning. Det finns många symtom som kan påminna om en begynnande demens, men som handlar om kognitiva effekter till följd av någon sorts kris i familjesituationen, av att man hamnar i sin inre värld, säger Birgitta Ingridsson. Det kan vara symtom som glömska, desorientering, svårighet att hitta rätt ord, tankspriddhet etc, det vill säga samma symtom som kan tyda på demens.

– Kunskapen om det naturliga åldrandet är minimal, inte minst bland läkare. Gerontologi har låg status. Däremot finns det högre kompetens vad gäller demenssjukdomar. Vid speciella hälsocentraler för äldre skulle man avsätta åtminstone ett par timmar för en ordentlig anamnes innan det

eventuellt blev aktuellt att gå vidare med en demensutredning, säger Birgitta Ingridsson.

Många äldre remitteras till demensutredningar på grund av fördomar och okunskap om naturligt åldrande, hävdar Birgitta Ingridsson.

– Man är i dag allt för fixerad vid demensutredningar, inte minst på vårdcentralerna, där verktyget Mini mental state examination, MMSE, blivit som en bibel. Men en äldre person i kris, kanske någon som har ett barn som ligger i skilsmässa, får inte full poäng i MMSE och då kan det felaktigt tolkas som begynnande demens.

**DET FINNS DOCK** ett ökat tryck från olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården att få lära sig mer om det naturliga åldrandet, säger Birgitta Ingridsson. Sveriges geropsykologers förening arrangerar bland annat speciella kompetensdagar för att sprida kunskap. Hösten 2011 planerar föreningen kompetensdagar riktade till dels allmänheten, dels vårdteam inom primärvården samt specifikt till psykologer.

– Många vet över huvud taget inte vad geropsykologi är för något, att vi arbetar med både friskt och sjukt åldrande, att vi vänder oss till både enskilda individer och deras anhöriga. I Sverige är geropsykologi ett litet område, ett

### Antalet personer 80+ ökar med 100 procent

Enligt rapporten **Sveriges framtida befolkning 2010–2060 (Statistiska centralbyrån, 2010)** beräknas antalet personer, som är 80 år eller äldre, att redan de närmaste 20 åren öka med nästan 100 procent till omkring 800 000 personer. Redan inom tio år har antalet personer som är 65 år eller äldre ökat med drygt 360 000 individer (ökningen bland dem i åldern 20–64 år, personer i arbetsför ålder, blir under motsvarande period endast drygt 150 000). Medellivslängden år 2060 beräknas enligt SCB vara 86,9 år för kvinnor (mot 83,4 år i dag), och 84,7 år för män (mot 79,5 år i dag).

u-land, jämfört med våra grannländer Norge och Danmark, liksom med USA och Storbritannien.

För att ytterligare stärka geropsykologins ställning vill Sveriges geropsykologers förening få med geropsykologi i specialistordningen.

– Vi vill få in det under klinisk psykologi. Det skulle leda till krav på fler kurser och utbildningar, och andra lärosäten än Göteborg skulle intressera sig för att erbjuda det. Vi arbetar med att ta fram ett förslag på hur det skulle kunna se ut, säger Birgitta Ingridsson. ✨

## Enda universitetskursen i geropsykologi nerlagd

**Trots åldersstrukturen i samhället, och den väntade kraftiga ökningen av andelen äldre, är underlaget för egna universitetskursen i geropsykologi för psykologer för litet.**

✨ Vid Psykologiska institutionen på Göteborgs universitet fanns fram till 2004 en kurs motsvarande 5 poäng i geropsykologi, den då enda kursen i sitt slag i landet. Boo Johansson, professor i psykologi med inriktning på äldre, hade tagit med sig kursen från Jönköping, där han gett den sedan 1982 och då omfattande hela 10 poäng. Men 2004 ansåg institutionen att det inte längre

fanns ekonomiska förutsättningar för att erbjuda kursen eftersom alla platser inte kunde fyllas.

– Den hade bantats efterhand och lades slutligen i malpåse. Nu har vi försökt få in mer geropsykologi redan i grundutbildningen till psykolog och i vissa andra vidareutbildningskurser, men det blir ju inte alls med samma höga ambitioner som då vi kunde erbjuda en speciell kurs, säger Boo Johansson.

Det finns förvisso en stor efterfrågan på geropsykologisk kompetens bland psykologer inom geriatriken, psykiatri och på senare tid allt mer även inom primärvården, uppger Boo Johansson.

Men Sverige är ett litet land och underlaget blir därför ändå för litet för att kunna erbjuda specifika universitetskursen. Det är ett problem som gäller inom många områden, säger han:

– Det är svårigheter för hela specialistutbildningen; universiteten borde vara den naturliga kompetensgivaren inom olika specialiteter, men i stället får tyvärr andra aktörer ansvara för detta då de har andra möjligheter att kräva betalning för kurserna.



Boo Johansson

PETER ÖRN



Sällan frågades efter vad som försiggår i människans inre, i själen, när hon drabbas av demenssjukdom, säger Marie Sjöberg Altemani, neuropsykolog, fil dr och leg psykoterapeut.

– Vid demenssjukdom drabbas inte bara tänkandet, det kognitiva, utan även det inre, själsliga. Det som uppfattas som mitt jag, min självbild, min person vittrar sönder och blir allt mer fragmenterat, berättar Marie Sjöberg Altemani.

# Demenssjukdom

**M**arie Sjöberg Altemani är neuropsykolog, fil dr och psykoterapeut på en specialistklinik för demenssjukdomar i Lund. I hennes arbete på kliniken handlar det psykologiska arbetet ofta om utredning och diagnos för eventuell medicinsk behandling.

– Det kändes otillräckligt att bara testa, därför började jag också ha samtal med mina patienter. Men sällan frågar man efter vad som försiggår i människans inre, i själen, när hon drabbas av demenssjukdom. Det finns fortfarande få psykologer i Sverige som arbetar med denna patientgrupp, och det finns endast lite forskning om terapi med dementa, berättar hon.

När Marie Sjöberg Altemani började med sina samtal med demenssjuka var det få eller inga i organisationen som tyckte att det var viktigt. Diagnos var viktigt. Många ifrågasatte om man över huvud taget kunde ha terapi med demenssjuka. Minnesträning, ja, men terapi?

– Men jag ser psykoterapeutiska samtal som lika viktigt som annan medicinsk behandling!

Som fördjupningsarbete på psykoterapeututbildningen valde hon därför att göra en utvärdering av de enskilda terapeutiska samtal som hon haft under en period av drygt sex år på kliniken. 39 patienter, i åldrarna 19-81 år, ingick i studien, varav 12 demenssjuka, 9 personer med lindrig kognitiv störning samt 18 anhöriga. Av patienterna var 13 kvinnor och 8 män. Bland de anhöriga var 15 kvinnor och 3 män.

**DEMENS ÄR** en beteckning på en rad symtom som beror på att hjärnans funktion är skadad. Vanliga symtom är minnesstörning, svårighet att orientera sig i tid och rum, svårigheter att uttrycka sig och att förstå vad andra säger (afasi), problem med praktiska göromål (apraxi). Personligheten och omdömesförmågan påverkas. Inlärning och

minne är också beroende av kognitiva funktioner som uppmärksamhet, strukturerings- och planeringsförmåga likväl som av känslomässiga processer.

– Demens är en sjukdom med gradvis förändring, och patienten kan ibland vara sjuk i upp till 20 år. Under tiden som sjukdomen fortskrider kan vi fånga upp vändan, och stödja den sjukes behov av att samtala om sina erfarenheter och upplevelser av intellektuell och emotionell förändring, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Varje år insjuknar cirka 25 000 personer i demens i Sverige, och i Sverige beräknas knappt 150 000 ha en demenssjukdom. Ibland är det svårt att skilja lindrig demens från normalt åldrande. Demensliknande tillstånd kan uppstå vid depression eller annan affektiv sjukdom, kroniskt trötthetstillstånd och vid somatiska sjukdomar. Både depression och demenssjukdomar ökar med stigande ålder. En del av dem som söker för demenssymtom får den mildare diagnosen "lindrig kognitiv störning", som kan vara förstadiet till demens, men inte behöver vara det.

– Ju längre demenssjukdomen fortskrider desto svårare att utträna den sjukes inre. Men de teoretiska psykoanalytiska resonemangen om demens som en omvänd utvecklingspsykologi, innebär att man kan betrakta demensen som en psykisk regress, det vill säga en återgång till ett funktionssätt som ligger tidigare i utvecklingen, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Vid demenssjukdomar tappar människan successivt sin egen förmåga att både kunna tänka kring och känna av sitt inre, och förmedla det till sin omgivning. Många reagerar med rädsla, ångest – de psykologiska försvaren mobiliseras.

– Vem ska föra patientens talan vid beskrivning av personlighet, önskningsar och behov? Ofta är det en nära anhörig som gör detta. Men terapeuten kan också fungera som en uttolkare av den dementes inre värld. Terapeuten kan ➤

# – vad händer i själen?

➤ också hjälpa patienten att tolka och benämna verkligheten.

– De terapeutiska ramarna måste anpassa sig efter patientens förmåga. Ibland kan det vara bättre att ha kortare sessioner, ibland att man väljer att gå en promenad eller ha samtal över en kopp kaffe i stället för att bara sitta och prata. En annan värdefull metod är att spela in sessionerna, så att patienten kan lyssna på samtalet vid flera tillfällen, berättar hon.

Utländska studier har visat att många anhöriga till demenssjuka mår psykiskt dåligt. De drabbas av ångest, depression, trötthet, ilska, bitterhet och sorg. Många anhöriga upplever en djup känsla av personlig och psykologisk förlust, och många känner sig ensamma och övergivna. Ju mer sjukdomen fortskrider desto större behov av terapi hos de anhöriga. Studier har också visat att anhöriga som fått gå i yoga eller zenmeditation mår mycket bättre.

Marie Sjöberg Altemani har använt den kvalitativa analysmetoden Grounded Theory, och undersökt de 598 terapisesionerna hon haft med demenssjuka, anhöriga samt personer med lindrig kognitiv störning.

– Även om man kan se återkommande teman är terapi med demenssjuka personer som terapi med icke demenssjuka personer – det ser olika ut för varje individ. Det är ett möte mellan terapeuten och den enskilde. Var och en har sin livshistoria, även den demenssjuke. Varje individ har unika upplevelser av världen. Och var och en av oss är huvudperson i vårt eget liv, även den demenssjuke, säger Marie Sjöberg Altemani.

**SAMMANLAGT 137 TEMAN** har utkristalliserats i materialet, av dessa är 24 teman speciellt återkommande hos mer än hälften i varje grupp. Två teman var gemensamma för de tre grupperna, nämligen ”nära anhöriga” och ”arbete”.

– När det gäller de demenssjuka handlar det om att samtala om det känslomässiga - frustration och sorg över förlorade kapaciteter. Som terapeut får man ofta hjälpa till att sätta ord på känslorna, när individen inte längre själv klarar av det. Demens är en sjukdom som bryter ner på många sätt, för många patienter är det kränkande att

## »Vi skulle inte tala om ett barn såsom varande utan själ bara för att det inte har ett språk, eller ett utvecklat tänkande. Ska vi inte tänka lika om de demenssjuka?»

självet krackelerar. Men med psykoterapeutiska samtal klarar vi oss väldigt långt, berättar Marie Sjöberg Altemani

För de demenssjuka utkristalliserades tio huvudteman: Nära relationer, andra sjukdomar, sjukdomsmedvetenhet, arbete, förklaringar/information, sorg, moderskap/faderskap, göra upp med sitt förflutna, utsatthet/stigma/otrygghet, samt kritisk självbild.

**EN AV PATIENTERNA** svänger mellan känslan att inte kunna utföra saker, och sorgen däröver och att försöka bagatellisera smärta, inte tillåta sig att känna den riktigt. En annan talar om sitt arbete och att det betyder oerhört mycket att kunna få fortsätta med det. Ytterligare en annan patient talar om sin upplevelse att känna sig dum och ointelligent.

– Trots känslan av utsatthet, otrygghet och stigmatisering, finns det acceptans för diagnosen, som innebär en möjlighet att börja sörja och bearbeta sitt förflutna. Det finns en önskan att skiljas från närstående med försoning i sinnet. Den egna kompetensen ses i både kritiska och bekräftande termer, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Patienterna med lindrig kognitiv störning har inte lika stora problem som demenspatienterna, och terapierna kom ofta att handla om kampen att fungera som förut.

– Dessa personer kämpar för ett fortsatt friskt liv. Döden ska betvingas. Det finns frustration och uttalad ilska. Personerna vill ta för sig av det goda i livet, bli genom långa resor. Ibland kostar det i form av stress och tvivel på kompetens, men ilskan utåt innebär att de inte är uppgivna utan verkligen strider för sin sak. Den sociala kompetensen gentemot omgivningen betonas, berättar Marie Sjöberg Altemani.

För de demenssjukas anhöriga framkom nio huvudteman: depression/ångest/trötthet, nära relationer, ta hand

om/ansvara för, ensamhet i relationen, arbete, kamp för egen livsglädje, självständigt liv/eget liv, skuld/svek/dåligt samvete, egen tid/ta plats.

– De anhöriga frågar sig om det är tillåtet med ett eget, självständigt liv, egen tid, utan dåligt samvete. Måste man ansvara ända in i döden? Många tror det och kämpar med det. Egentligen skulle personerna behöva bli ”arga” på den demenssjuke, som har ”övergivit” dem, men av olika skäl kan de inte det och vänder i stället ilskan inåt och blir deprimerade, ångestfyllda och trötta. De vågar inte ta itu med livets villkor som har drabbat dem och de demenssjuka, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Samtalskontakterna hade mycket varierande längd:

– Vissa patienter hade bara behov av ett fåtal samtal, för att få bekräftelse. Andra behövde psykoterapi för att arbeta bland annat med skam och skuld, i samband med eget eller en anhörigs insjuknande. Min bild är dock att alla patienter upplevt samtalen som värdefulla.

Marie Sjöberg Altemani tycker också att inställningen i organisationen förändrats mycket de senaste tio åren, sedan hon påbörjade studien. Vården är nu mer behandlingsinriktad och icke-medicinsk personal värdesätts mer. Själv tycker hon det är viktigt med ett holistiskt synsätt på människan, från vaggan till graven, och att man som personal alltid måste bevara den humanistiska sidan i sig, även om man specialiserar sig. Hon menar att de demenssjuka självklart har rätt till respekt, vård och stöd:

– Skulle vi tala om ett barn såsom varande utan själ bara för att det inte har ett språk, eller ett utvecklat tänkande? Nej. Ska vi inte tänka på samma sätt vad gäller demenssjuka? Jo! avslutar hon. ✨

**MALENA ÅSARD,**

PSYKOLOG, JOURNALIST