

Aldringens Psykologi *Kommunal Gerontopsykologi*

Temanummer, Oktober, 2020



UDGIVET AF CENTER FOR LIVSKVALITET, AARHUS

Nr.1, Årgang 3

Aldringens Psykologi Kommunal Gerontopsykologi

Temanummer, Oktober, 2020

Indhold

Om dette nummer.....	2 - 3
Psykoterapi til ældre mennesker, der mistrives.....	4 - 44
Nanna Rossen Dahl, Stine Venø Hermansen, Nina Søgaard Knudsen, Lasse Koldkjær, Anna Aamand, Morten Christoffersen, Anna Vedel & Lars Larsen	
Døden i psykoterapien - et eksistentielt perspektiv.....	45 - 49
Nina Søgaard Knudsen	
En dag i en kommunal gerontopsykologs arbejdsliv.....	50 - 53
Stine Venø Hermansen	
En (relativt) ny kommunal gerontopsykologs erfaringer.....	54 - 57
Nanna Rossen Dahl	
En borgers oplevelse af forløb med kommunal gerontopsykolog.....	58 - 60
Anonym borger	

Om dette nummer

Velkommen til det tredje nummer af Aldringens Psykologi.

Formålet med serien er at udbrede kendskabet til, og formidle viden om, aldringens psykologi til fagfolk og interesserede lægmænd. De enkelte numre kan indeholde tekster af meget varierende karakter, som f.eks. analyser af gerontopsykologiske teorier, praksisrefleksioner, præliminære resultater fra forskningsprojekter, aktuelle forskningsresultater, kasuistikker, interviews, afrapportering fra konferencer og boganmeldelser. Alle tekster dog med gerontopsykologien som omdrejningspunkt og alle forfattet af danske gerontopsykologer.

Der er ingen krav til teksternes længde og form. Det eneste kriterie for optagelse af en tekst, er, at den, efter redaktørernes mening, siger noget vigtigt om de psykologiske aspekter ved det at blive ældre. Tekstforfatterne vil således få maksimalt spillerum til at udfolde deres pointer med mindst mulig redaktionel interferens.

Tidsskriftet kan hentes gratis i fuldtekstformat (pdf) på vores hjemmeside:

<https://www.aarhus.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/naar-du-har-det-svaert/psykologsamtaler-til-aeldre/>

Forfatterne og Center for Livskvalitet har rettighederne til alt indhold og ved anvendelse i anden sammenhæng bedes brugeren angive dette periodikum som kilde.

Henvendelser vedr. "Aldringens psykologi" kan rettes til: livskvalitet@mso.aarhus.dk

Formålet med dette temanummer af *Aldringens Psykologi* er at give danske psykologer, psykologistuderende og diverse interessenter i danske kommuner, et indblik i det gerontopsykologiske arbejde i Center for Livskvalitet ved Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune. Der eksisterer relativt lidt litteratur om kommunal gerontopsykologi, og os bekendt stort set intet om psykoterapi til kommunale omsorgsmottagere, og det er derfor vores intention, at dele de erfaringer vi har gjort os siden centerets oprettelse i 2016.

Hovedartiklen i dette temanummer omhandler psykoterapi til ældre mennesker, der mistrives.

Artiklen starter med en gennemgang af, hvorfor psykoterapi til ældre mennesker har været stærkt underprioriteret og en status på den aktuelle viden om psykoterapeutisk behandling af ældre mennesker med psykologiske problemer. Langt hovedparten af litteraturen omhandler patienter med psykiske lidelser, og få tekster beskæftiger sig med ikke-kliniske, og mere eksistentielle, problemstillinger.

Hovedartiklen adresserer herefter en række temaer, der især forekommer hos ældre mennesker og beskriver den fællesfaktor tilgang, der praktiseres på Center for Livskvalitet, og dennes virksomme elementer. De gerontopsykologiske temaer eksemplificeres efterfølgende i 7 forskellige kasuistiske beskrivelser fra praksis.

Udover hovedartiklen, har dette nummer en artikel om døden som tema i psykoterapien, set fra et eksistentielt perspektiv, en beretning om, hvordan en dag i en kommunal gerontopsykologs arbejdsliv kan se ud og en artikel, hvor én af centerets relativt nye psykologer deler sine oplevelser og erfaringer med arbejdet som kommunal gerontopsykolog. Vi afslutter temanummeret med en anonym beretning fra en af de ældre borgere, der har modtaget psykologhjælp fra Center for Livskvalitet.

God fornøjelse

Lars Larsen og Anna Aamand, redaktører



Psykoterapi med ældre mennesker, der mistrives

Af Nanna Rossen Dahl, Stine Venø Hermansen, Nina Søgaard Knudsen, Lasse Koldkjær, Anna Aamand, Morten Christoffersen, Anna Vedel & Lars Larsen

Formålet med denne er artikel at beskrive den kliniske praksis på Center for Livskvalitet (CfL), herunder terapeutiske virkemidler og temaer, og formidle vores erfaringer og resultater til andre, der ønsker viden om psykoterapi til ældre mennesker eller står foran at skulle opstarte et kommunalt psykologtilbud på ældreområdet. I den forbindelse vil vi også forsøge at redegøre for, hvordan vores tilgang indskrives i en fællesfaktor tilgang til psykoterapi og give en række tematiske eksempler, der illustrerer temaerne i konkrete psykoterapeutiske sammenhænge.

Baggrund

Historisk set har psykoterapeutisk behandling af ældre menneskers psykologiske problemer haft lav prioritet blandt kliniske psykologer (Larsen, Christoffersen & Vedel, 2020). Dette fremgår bl.a. af det meget begrænsede antal psykologer, der har specialiseret sig i gerontopsykologi (Moye et al., 2019) og den uforholdsmæssigt lave andel af ældre mennesker, der modtager psykoterapi (Jokela, Batty, & Kivimaki, 2013; Prina et al., 2014; Xiang, Danilovich, Tomasino, & Jordan, 2018). Der er flere mulige forklaringer herpå.

For det første er det sandsynligt, at alderistiske holdninger til ældre menneskers udviklingspotentiale, spiller en rolle (Bodner, Palgi, & Wyman, 2018; Hepple, 2001; North & Fiske, 2013).

Det antages fejlagtigt ofte, at ældre mennesker ikke har mental plasticitet og forandringskapacitet, og derfor heller ikke har et terapeutisk potentiale (Bodner et al., 2018; Katona, 2000).

Psykoterapiens fader, Sigmund Freud, var den første til eksplicit at formulere dette synspunkt, da han skrev at:



"NEAR OR ABOUT THE FIFTIES, THE ELASTICITY OF THE MENTAL PROCESSES, ON WHICH THE TREATMENT DEPENDS, IS AS A RULE LACKING. OLD PEOPLE ARE NO LONGER EDUCABLE."

FREUD, S., 1905/1998, SIDE 264.

Sådanne overvejelser har sandsynligvis forårsaget en varig terapeutisk nihilisme blandt klinikere. Det skal dog, retfærdigvis, nævnes, at Freud senere i sin karriere, da han var blevet ældre, ændrede holdning. I værket *Mourning and Melancholia* fra 1917 skitserer Freud således behandling af en ældre population (Gonzales, Garcia-Pitman, Tran & Dozier, 2020).

For det andet har der, i de senere år, været udpræget fokus på kognitivt forfald, demens og specielt depression hos ældre mennesker og der har fx bredt sig en forståelse af, at depression hos ældre mennesker er en mere eller mindre uundgåelig følge af høj alder. Denne fejlagtige antagelse kendes også under betegnelsen "the understandability phenomenon" (Law, Laidlaw, & Peck, 2010). Det menes således at være fuldt forståeligt, at man som gammel bliver træt af livet og trist. Dette kan forårsage såvel en overvurdering af normale ældre menneskers skrøbelighed (North & Fiske, 2013) og manglende reaktion på lav trivsel fra sundhedspersonale, pårørende og de ældre mennesker selv (Law et al., 2010).

For det tredje er mange af nutidens ældre mennesker vokset op i en historisk periode, hvor der ikke var tradition for at søge hjælp hos en psykolog, når man oplevede psykologiske problemer, medmindre man led af en psykiatrisk sygdom. Det er derfor heller ikke overraskende, at ældre mennesker er mindre positivt indstillet til psykoterapi end yngre mennesker (Van Der Auwera, Schomerus, Baumeister, Matschinger, & Angermeyer, 2017).

For det fjerde har det vist sig, at ældre mennesker ofte har vanskeligt ved at identificere deres eget behov for professionel hjælp og mangler information om, hvad psykoterapi

til ældre mennesker egentlig er og at det er en effektiv behandling (Pepin, Segal & Coolidge, 2009).

Tilsammen kan ovenstående forhold medvirke til at forklare, hvorfor psykoterapi til ældre mennesker med psykologiske problemer indtil nu har haft så lav prioritet blandt kliniske psykologer og hvorfor der har været et så negativt syn på ældre menneskers psykoterapeutiske behandlingspotentiale.

Dette dystre billede er heldigvis under forandring og vi har på nuværende tidspunkt en række oversigtsartikler og meta-analyser, der dokumenterer effekten af psykoterapeutisk behandling af ældre mennesker, der lider af forskellige former for psykiske lidelser. Meta-analyser har konsistent vist, at psykoterapi er en effektiv behandling af depression og angst hos ældre mennesker (e.g., Cuijpers, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2018; Gonçalves & Byrne, 2012; Huang, Delucchi, Dunn, & Nelson, 2015) og behandlingseffekten i denne aldersgruppe er på niveau med effekten hos unge og midaldrende personer (Cuijpers et al., 2018). Der er derfor heller ingen grund til at antage, at ældre mennesker med eksistentielle og psykologiske problemer ikke også skulle have effekt af psykoterapeutisk behandling.

Denne forandring er et væsentligt skridt fremad for den kliniske ældrepsykologi. De fleste af disse studier er imidlertid foretaget i populationer, der lider af forskellige former for psykopatologi hovedsageligt angst og depression (Cuijpers, 2017). Det er naturligvis vigtigt at behandle angst og depression hos ældre mennesker, men det er også vigtigt at være opmærksom på, at der kan være mange andre grunde til at ældre mennesker søger, og givetvis vil kunne profitere af, psykologisk behandling. Som det er tilfældet for yngre personer, kan også ældre have behov for professional hjælp, når de møder overvældende psykologiske udfordringer eller hvis de simpelthen føler behov for positiv psykologisk forandring. Den Europæiske Føderation af Psykologforeninger (The European Federation of Psychologists' Associations), EFPA, beskriver formålet med psykoterapi på følgende vis; "*assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable*" (EFPA, 2017, Norcross, 1990, p. 218-220). Som citatet viser, er behandlingsperspektivet for psykoterapi meget bredere end blot at adressere forskellige former for psykopatologi. Det gælder naturligvis alle aldersgrupper, også den ældre.

Indtil for ganske nyligt var forskningen om psykologisk behandling af ældre mennesker, der lider af subkliniske og ikke-psykiatriske problemer, aldrig blevet gennemgået i et

systematisk review. Den første oversigtsartikel af slagsen blev foretaget af Vedel, Larsen, and Aamand (2020). De foretog en systematisk litteraturgennemgang, der, ud af i alt 5.086 studier, blot identificerede 9 egnede med en samlet population på 983 personer. Otte af disse studier rapporterede en signifikant positiv effekt af psykoterapi i form af forbedring af trivsel og reduktion af symptomer på depression og forpintthed. Resultaterne bekræfter, at ældre mennesker, der lider under ikke-psykiatriske problemer profiterer af psykoterapi på samme måde som kliniske populationer af ældre mennesker. Vedel og hendes kolleger (2020) estimerede, at den generelle terapeutiske effekt er medium stor svarende til den effektstørrelse, der findes i studier af deprimerede ældre personer (Cuijpers, 2017). I lyset af de overraskende få studier, der blev identificeret i oversigtsartikel af Vedel og hendes kolleger, er det åbenlyst, at vi har behov for flere undersøgelser af effekten af ældrepsykologisk psykoterapi. En måde, hvorpå vi kan komme hurtigt fra land, er ved at dele kliniske erfaringer, hvilket vi vil gøre i det følgende afsnit om vores erfaringer med at tilbyde gratis psykoterapi til ældre omsorgsmottagere med nedsat trivsel.

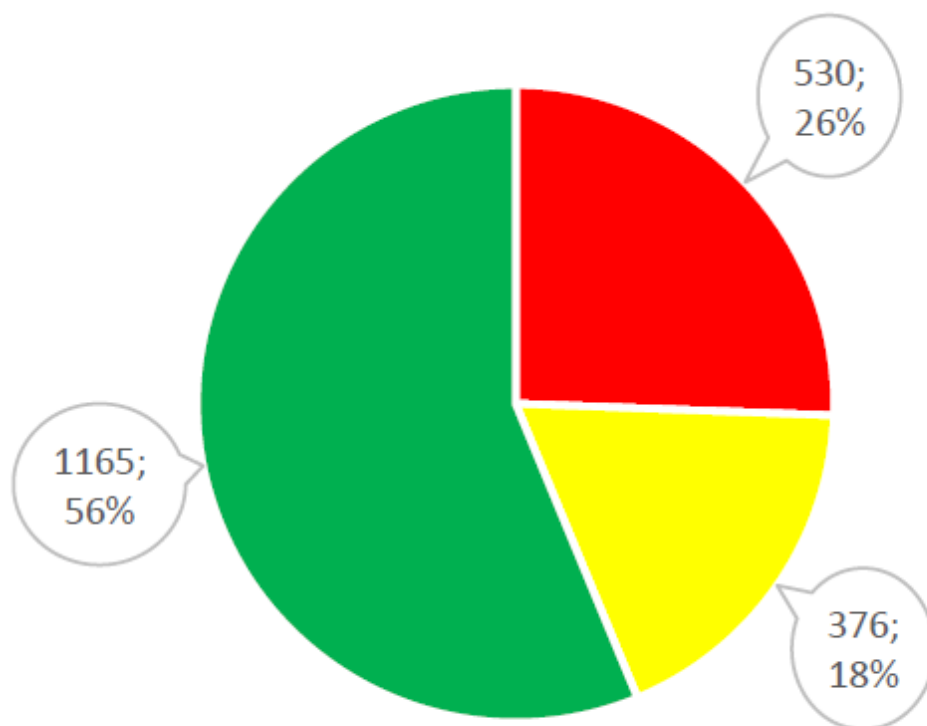
Center for Livskvalitet

Center for Livskvalitet (CfL) tilbyder gratis psykoterapi til ældre omsorgsmottagere i magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune (hjemmehjælpsmottagere, plejehjemsbeboere og mottagere af andre omsorgstyper), der oplever alvorlig mistrivsel. De fleste ældre mennesker, der kontakter CfL er plaget af en kombineret effekt af en række forskellige livsstressorer. Det er i den forbindelse vigtigt at nævne, at ældre mennesker generelt set trives godt, og at deres trivsel er lige så høj som, eller højere end, midt i livet. (se fx. Stone, Schneider, & Broderick, 2017; Thomas et al., 2016). Alder forårsager ikke i sig selv dårlig trivsel. De omsorgsmottagere, der mottager psykoterapi i CfL lider almindeligvis af dårligt selvoplevet helbred og alvorlige funktionsnedsættelser, da disse kriterier er forudsætningen for at de overhovedet kan få tildelt kommunale omsorgsydelser. Derfor er deres situation ofte præget af nedsat kontrol over egen livssituation og reduceret autonomi. Dette er i sig selv stressende og når det kombineres med andre alvorlige stressorer som fx. livstruende sygdom eller tab af ægtefælle, er der overhængende risiko for, at det ramte menneskes coping-system bryder sammen og at professionel hjælp kan blive nødvendig.

Siden CfLs oprettelse i 2016, har Sundhed og Omsorg I Aarhus Kommune målt trivslen blandt hjemmehjælpsmodtagerne i forbindelse med den årlige Tilfredshedsundersøgelse. I 2018 deltog 2.071 personer. Mere end én ud fire oplevede meget lav trivsel indikerende alvorlig stress og forhøjet risiko for at udvikle klinisk depression (Larsen, Povlsen, Mortensen, & Christoffersen, 2019) (se figur 1). Ved almindelig observation viser trivselsniveauerne blandt hjemmepleje-modtagerne sig af være rimeligt stabile (Larsen, 2018).

Det er helt åbenlyst, at en så høj andel af personer med meget lav trivsel bør give anledning til overvejelser om, hvorledes trivslen kan forbedres i denne gruppe.

Figur 1. Andele af hjemmehjælpsmodtagere, der har henholdsvis meget lav (rød), lav (gul) og normal trivsel (grøn) målt med WHO-5 Trivselsindekset.



Kilde: Larsen, Povlsen, Mortensen, & Christoffersen, 2019

Proceduren i Center for Livskvalitet

Ældre omsorgsmottagere, der oplever mistrivsel kan kontakte CfL i løbet af de 4 ugentlige træffetider. I mange tilfælde ringer det ældre menneske selv eller beder alternativt lokalt omsorgspersonale eller pårørende om at gøre det. Ved opringning i træffetiden, er man altid sikker på at træffe en psykolog, der, på baggrund af telefonsamtalen, foretager den indledende beslutning om, hvorvidt det præsenterede problem giver anledning til en nærmere psykologisk vurdering og potentielt et psykoterapeutisk behandlingsforløb. I nogle tilfælde er psykoterapi ikke relevant. Det kan fx være, hvis klienten samtidigt er i psykiatrisk behandling. I så tilfælde kan der naturligvis ikke køre to parallelle behandlingsspor. Ligeledes er psykoterapi ikke en mulighed, hvis der er en aktuell misbrugsproblematik. I så fald rådes klienten til at gå i behandling for misbruget og kontakte os igen efter endt misbrugsbehandling. Ikke sjældent giver dette faktisk motivation til at søge den nødvendige hjælp til misbrugsproblematikken og vi kan efterfølgende opstarte et psykoterapeutisk forløb, hvis det fortsat er relevant. I CfL foretages psykoterapi udelukkende af universitetsuddannede psykologer (cand.psych.) under supervision af en erfaren psykolog med specialistuddannelse i gerontopsykologi godkendt af Dansk Psykologforening. Psykoterapiens primære mål er at fremme trivsel mest muligt og helst til et niveau, der ligger inden for normalområdet. Det sekundære mål er at reducere symptomer på tristhed, angst, depression og ensomhed. Klienten får en indledende vurderingssamtale af 1½ times varighed efterfulgt af op til 7 sessioner mere, hvis det skønnes relevant. Gennemsnitligt modtager de klienter, der findes egnede til psykoterapi, 8 sessioner (vurderingssamtale inklusive). Samtalerne foregår som oftest i klientens eget hjem, da mange fra vores klientgruppe ikke selv kan transportere sig centeret. Faktisk kan netop det være årsagen til, at klienten ikke har kunnet søge hjælp hos en privat-praktiserende psykolog.

Som en del af den rutinemæssige procedure måles trivsel og symptomer på angst og depression, samt ensomhed, i begyndelsen af den først session og igen ved terapiforløbets afslutning. Opfølgingsdata indsamles ca. 3 måneder efter afsluttet behandling for at undersøge om der er varig effekt.

Måling af effekt

For at sikre, at vores psykoterapeutiske indsats har den ønskede effekt, har vi udvalgt nogle få, og korte, psykometriske redskaber til at opfange forandring i den psykiske tilstand hos den ældre person, der modtager terapien. Når der er tale om sårbare ældre mennesker, er det vigtigt, at man ikke anvender for mange eller for lange psykologiske måleredskaber, da de kan forstyrre mulighederne for at skabe en god terapeutisk alliance og øge risikoen for, at målingerne ikke fuldføres.

Da vores klienter ikke er en klinisk population med diagnosticerede psykiske lidelser, men almindelige ældre omsorgsmottagere, har vi besluttet at anvende et såkaldt positiv psykologisk hovedeffekt mål, nemlig trivsel. Trivslen måles med det såkaldte WHO-5 trivselsindeks, fordi det har gode psykometriske egenskaber og er kort. Der er tale om et fem-item selvrapporteringsmål (Johansen, 1998; Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015).

De følgende fem spørgsmål vurderes på en 6-punkts Likert-skala, hvor 0 indikerer "På intet tidspunkt" og 5 "hele tiden":

1. "har jeg været glad og i godt humør."
2. "har jeg følt mig rolig og afslappet."
3. "har jeg følt mig aktiv og energisk."
4. "er jeg vågnet frisk og veludhvilet."
5. "har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig."

Respondenterne bedes for hver af de fem spørgsmål svare på, hvilket er tættest på, hvordan de har haft det de seneste 14 dage. WHO-5 rå-scoren udregnes ved at addere tallene for de 5 spørgsmål, hvilket resulterer i en score mellem 0 og 25, hvor 0 repræsenterer det værst tænkelige trivselsniveau og 25 det bedst mulige. For at opnå en procentvis trivselsscore fra 0 til 100, multipliceres rå-scoren med 4. På den måde går de overordnede skalerede scores fra 0 til 100, hvor 0 repræsenterer det værst tænkelige trivselsniveau og 100 det bedst mulige. Scores på 50 eller derover indikerer normal trivsel. Scores på 35 eller mindre indikerer alvorlig stress og stor risiko for depression (Danish National Board of Health, 2017). Vi har valgt at supplere WHO-5 trivselsindekset med Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ; Christensen et al., 2005) for også at have et kort måleredskab for psykopatologiske symptomer.

CMDQ er et 33-item screenings-spørgeskema udviklet til anvendelse i almen medicinsk praksis (Christensen et al., 2005). Alle spørgsmål besvares på en 5-punkts Likert-skala gående fra "Slet ikke" (0) til "I meget høj grad" (4). CMDQ har spørgsmål, der dækker somatoforme lidelser, mentale lidelser og alkoholafhængighed. Det er ikke udviklet med diagnosticering for øje, men snarere til at opfange forhøjede symptomer på psykopatologi (Christensen et al., 2005). I daglig praksis anvender vi kun de CMDQ-spørgsmål, der måler angst og depression.

De følgende fire spørgsmål dækker angst:

1. "At du pludselig bliver bange uden grund?"
2. "Nervøsitet eller indre uro?"
3. " Anfald af rædsel eller panik?"
4. "At bekymre dig for meget?"

De følgende 6 spørgsmål dækker depression:

1. " At føle dig nedtrykt?"
2. "En følelse af ingenting at være værd?"
3. "Tanker om at gøre en ende på dit liv?"
4. "En følelse af at være fanget i en fælde?"
5. "At føle dig ensom?"
6. "Selvbebrejdelser?"

Dansk Selskab for Almen Medicin (2013) kategoriserer CMDQ scores på 5 eller derover på både Angst og depression, som forhøjede.

I Tabel 1. ses behandlingsdata fra CfL. Som det fremgår af tabellen, har klienter ved behandlingsstart en gennemsnitlig trivselsscore, der indikerer meget lav trivsel. Ved afslutning er trivselsscoren mere end 20 procentpoint højere og nu inden for normalområdet, hvilket fortsat er tilfældet 3 måneder efter endt behandling.

I figur 2 ses effekten af den psykoterapeutiske indsats i Center for Livskvalitet illustreret ved den procentvise forbedring på trivsel, angst og depression ved begyndelsen, slutningen og 3 måneder efter endt psykoterapiforløb (Larsen et al. 2020). Som det tydeligt fremgår, er der tale om markante forbedringer.

Tabel 1.

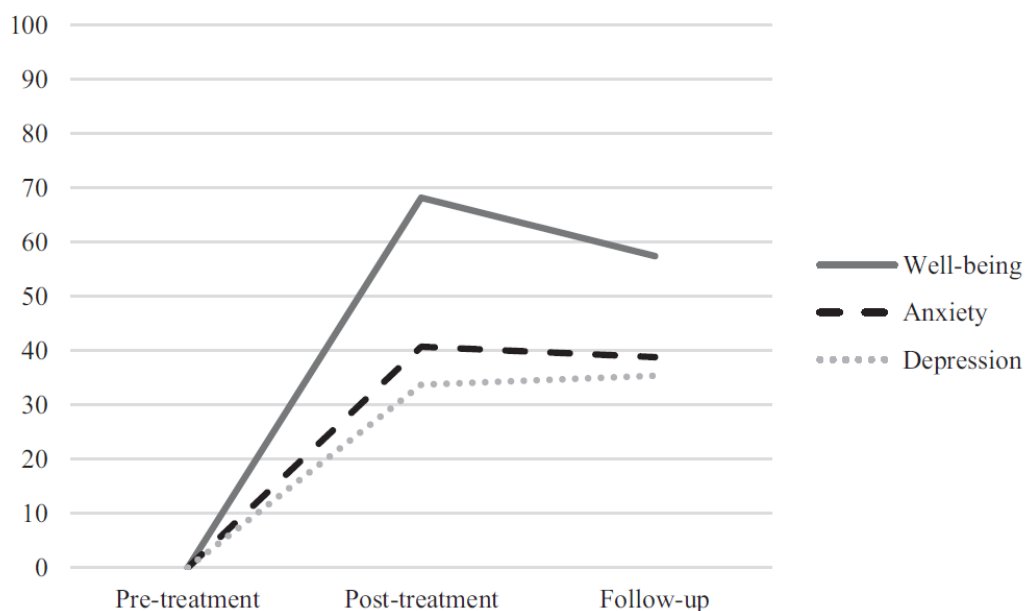
Table 2. Treatment data

	Included participants				Drop-outs			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Number of sessions	8	1.67	3	12	2.97	1.69	2	11
WHO-5 pretreatment	33.89	17.83	0	80	34.44	23.81	0	88
WHO-5 posttreatment	57	18.6	8	100	-	-	-	-
WHO-5 follow-up	53.34	21.11	5	100	-	-	-	-
CMDQ-Depression pretreatment	10.26	5.16	1	24	9.85	5.81	0	24
CMDQ-Depression posttreatment	6.8	4.36	0	19	-	-	-	-
CMDQ-Depression follow-up	6.63	4.92	0	22	-	-	-	-
CMDQ-Anxiety pretreatment	7.37	3.52	0	16	6.09	3.86	0	16
CMDQ-Anxiety posttreatment	4.37	2.88	0	16	-	-	-	-
CMDQ-Anxiety follow-up	4.51	3.01	0	12	-	-	-	-

Note. CMDQ = Common Mental Disorder Questionnaire, WHO-5 = World Health Organization Well-Being Index (5 items).

Kilde: Larsen, Christoffersen & Vedel, 2020, s.5


Figur 2. Den procentvise forbedring på trivsel, angst og depression



Kilde: Larsen, Christoffersen & Vedel, 2020

Den psykoterapeutiske tilgang og de virksomme elementer

En mere detaljeret indføring i forskningen om psykoterapi og en gennemgang af forskellige former for psykoterapi, og deres specifikke virkemidler, ligger uden for rækkevidden af denne artikel. Den nysgerrige læser, der ønsker en grundig indføring i, hvad vi på nuværende tidspunkt ved om psykoterapi, henvises til Esben Hougaards fortrinlige, og opdaterede, bog *Psykoterapi - Teori og Forskning* (2019). Det skal dog bemærkes, at bogen ikke specifikt behandler spørgsmål om psykoterapi til ældre mennesker. Det gør til gengæld den helt nye bog *Psychotherapy in later life* (Tampi, Yarns, Zdanys & Tampi, 2020), der er forskningsmæssigt opdateret og netop beskæftiger sig med emnet ud fra forskellige terapeutiske retninger. I forordet til bogen skriver den californiske psykiater Daniel D. Sewell følgende:

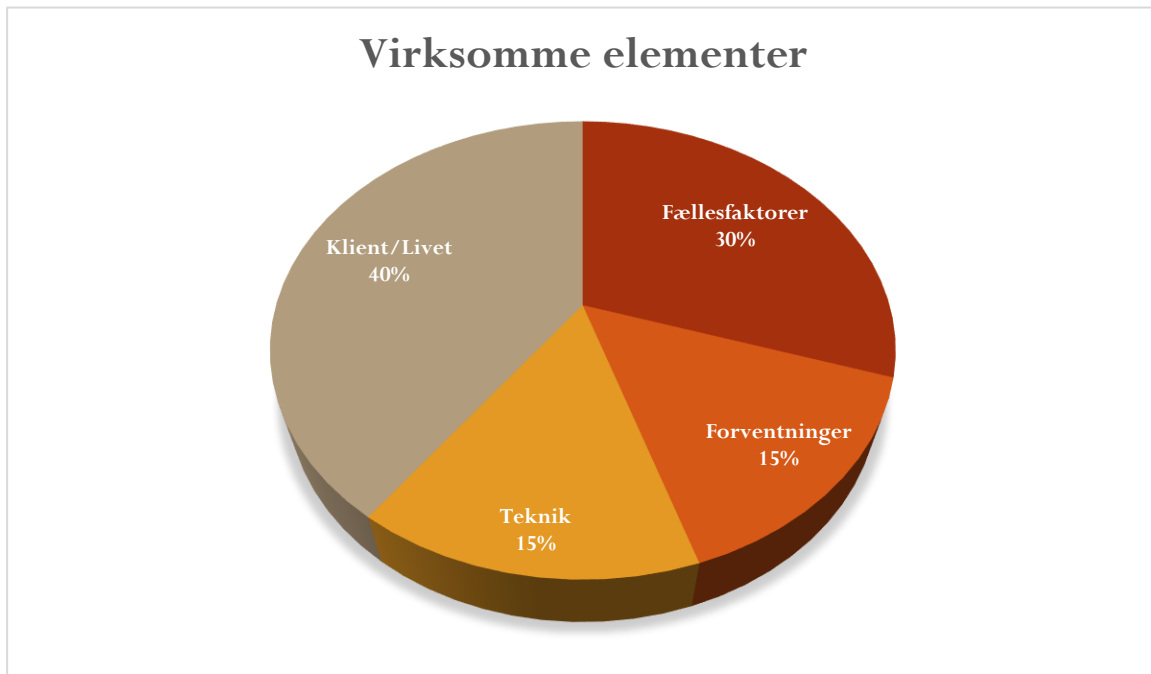


"Given the clinical complexity encountered when working with many older adults, using all of our tools in our toolbox is essential".

Sewell, 2020

Hvis man kort skal forsøge at beskrive den psykoterapeutiske tilgang, der praktiseres af psykologerne på Center for Livskvalitet, er en såkaldt fællesfaktor metode nok den mest rammende betegnelse. Psykoterapeutiske faktorer, som målkonsensus, empati og terapeutisk alliance har vist sig at være effektive på tværs af mange forskellige former for psykoterapi (Wampold, 2015) (se figur 3.) og de udgør de bærende elementer i den psykoterapeutiske indsats for at forbedre trivslen hos vores klienter.

Figur 3. De virksomme elementers indbyrdes styrkeforhold



Tilpasset efter Lambert, 2013.

En af de mest markante fortalere for en fælles-faktor tilgang er Bruce E. Wampold. Han påpeger, at alle strukturerede psykoterapiformer, der gives af en empatisk og omsorgsfuld terapeut, og som faciliterer sundhedsfremmende adfærd hos klienten, vil have nogenlunde samme effekt. Dette fænomen, at alle psykoterapiformer virker nogenlunde lige godt, kaldes også *"The Dodo Bird Verdict"*.

De specifikke ingredienser vil generelt set ikke være af kritisk betydning (Wampold, 2015), men kan dog have betydning for om den ene specifikke terapiform virker lidt bedre end andre i specifikke behandlingssammenhænge.

Ifølge Wampold er der 3 veje, hvorigennem psykoterapi udøver sin effekt:

1. Forholdet mellem terapeut og klient
2. Forventninger
3. Specifikke ingredienser

Om hvad der ligger bag de 3 veje skriver Wampold følgende:

*"THE MECHANISMS UNDERLYING THE THREE PATHWAYS
ENTAIL EVOLVED CHARACTERISTICS OF HUMANS AS THE
ULTIMATE SOCIAL SPECIES; AS SUCH, PSYCHOTHERAPY IS A
SPECIAL CASE OF A SOCIAL HEALING PRACTICE"*

Wampold, 2015

Illustration 1. Dodo-fuglen fra Alice i Eventyrland.



*"Everybody has
won, and all must
have prizes"*

På billedet, der stammer fra Alice i Eventyrland, ses Alice og Dodo-fuglen. Dodo-fuglen (på dansk. Dronte) er en uddød fuglear. I Alice i Eventyrland arrangerer Dodo-fuglen et væddeløb, hvor deltagerne løber rundt i ring, kan starte når de vil og hvor der ikke er en målstreg. Da Dodo-fuglen siger, at løbet er slut, er den naturligvis ikke i stand til kåre en vinder, og erklærer i stedet, at alle er vindere og at alle skal have præmier. I forhold til forskellige former for psykoterapi refererer *The Dodo Bird Verdict* således til, at de alle er vindere, da de alle er effektive og i nogenlunde samme grad.

Original illustration fra *Alice in Wonderland* af John Tenniel, 1865.

Ad 1.

Alliancen består af 3 komponenter i forholdet mellem terapeut og klient, nemlig det emotionelle bånd, enighed om terapiens mål og enighed om de terapeutiske opgaver. Alliancen er den mest udforskede fælles-faktor. Typisk måles alliancen tidligt i et terapiforløb (session 3-4) og korreleres med et udvalgt effektmål ved terapiens afslutning (fx en depressions-skala eller et trivselsmål). Horvath og medarbejdere (2011) har foretaget en meta-analyse, der inkluderede næsten 200 studier med mere end 14.000 klienter. De fandt, at den aggregerede korrelation mellem alliance og effektmål ved terapiens afslutning var omkring .27 svarende til et Cohen's d på .57, hvilket er en middelstor effekt.

Ad 2.

Den typiske måde at vurdere forventningernes betydning i psykoterapi på, er ved at korrelere klientens egen vurdering med resultatet af psykoterapien.

I en omfattende meta-analyse udført af Constantino og medarbejdere (2011) med 8.016 klienter på tværs af 46 uafhængige samples, omhandlende sammenhængen mellem præterapeutiske forventninger, eller forventninger tidligt i terapiforløbet, og det postterapeutiske resultat af psykoterapien, fandt de en overordnet vægtet effektstørrelse på $d = .24$, hvilket er en betydningsfuld, omend lille effektstørrelse.

Ad 3. Nogle specifikke former for psykoterapi har vist sig mere effektive end andre, når det drejer sig om afgrænsede former for psykopatologi (for en oversigt med specifikke anbefalinger om valg af terapiform i tilfælde af bestemte diagnoser henvises til Hougaard (2019, s.118-119).

I den udstrækning vores klienter passer til disse kategorier, kunne vi måske øge effekten af vores behandling ved at vælge en bestemt terapi. Vores klienter præsenterer sig imidlertid med komplekse kombinationer af forskellige aldersrelaterede stressorer (og andre ikke-aldersrelaterede stressorer), der gør det vanskeligt at afgrænse problemstillingen i henhold til en relativt snæver form for psykopatologisk kategori.

På Center for Livskvalitet er der stor individuel variation i de problemstillinger vi møder. I nogle tilfælde vil den terapeutiske tilgang være mere kognitivt orienteret og i andre tilfælde mere psykodynamisk orienteret afhængigt af de konkrete problemer klienten

præsenterer og dennes kognitive og emotionelle ressourcer. Elementer fra narrativ terapi og eksistentiel terapi er også almindeligt forekommende. De tidligere nævnte fælles-faktorer indgår altid i psykoterapien.

Den psykoterapeutiske praksis på Center for Livskvalitet udvikles løbende. Positive og negative erfaringer fra daglig praksis deles på ugentlige fællesmøder, og i systematisk supervisionssammenhæng, så psykologgruppen sammen kan udforske hvilke terapeutiske elementer, der har vist sig specielt nyttige og i forhold til hvilke klienter.

Temaer og praksisopgaver i psykoterapi med ældre mennesker

Udover at have de samme behov som alle andre voksne mennesker, er der nogle terapeutiske temaer, der er mere påtrængende hos ældre mennesker end i andre aldersgrupper. Tabshåndtering, aldring, sygdom, afhængighed og døden er ofte forekommende temaer (Atiq, 2006). De nævnte temaer kan medføre social isolation og ensomhed. Et nyt studie af Fakoya og medarbejdere (2020), viser, at halvdelen af individer over 60 er i risiko for at leve i social isolation og at en tredjedel oplever at være ensomme. Livsfortrydelser er også hyppigt forekommende og nært forbundet med trivsel hos ældre mennesker (Wrosch, Bauer, & Scheier, 2005). Eksistentielle temaer i det ældre menneskes liv er ofte gået upåagtet hen (Suri, 2010) og vanskelige spørgsmål om tab, nedsat autonomi, fastholdelse af identitet, mening med livet og angsten for at dø, er alle eksistentielle temaer, der i højere grad gør sig gældende blandt ældre mennesker og nemt vil kunne give anledning til behov for psykoterapi (Osborne, 2017; Yang, Wilhelmi, & McGlynn, 2018). Studier viser heldigvis, at ældre klienter profiterer af psykoterapi, selv når de ikke har høje niveauer af depression eller angst, men alene kæmper med store eksistentielle spørgsmål (Hall, Goddard, Opio, Speck, & Higginson, 2012; Scogin et al., 2007; Tatchell, Jordan, Waite, & Tatchell, 2004). Et sidste tema, som ofte glemmes i forbindelse med ældre mennesker, er udvikling. Også i denne aldersgruppe er der naturligvis et personligt vækst-potentiale. Det drejer sig ikke blot om at minimere de negative konsekvenser af aldring, men også om personlig udvikling.

Atiq (2006) nævner 5 praksispunkter, der typisk indgår i psykoterapi med ældre mennesker, nemlig: 1. Genoprettelse af et positivt selvbillede og selvtilid, 2. Tabshåndtering, 3. Håndtering af høj alder, sygdom og risikoen for afhængighed, 4. Håndtering af tanker og følelser om døden, og 5. Overføring/ modoverføring.

I de følgende afsnit illustreres centrale temaer med udvalgte kasuistiske eksempler. Kasuistikkerne er skrevet af psykologerne på centeret og formuleret med deres egne ord, hvorfor stil og opbygning kan variere. Bortset fra i et enkelt tilfælde (angivet med fodnote) er navnene fiktive af hensyn til klienternes anonymitet.

Første tematiske eksempel: Genoprettelse af et positivt selvbillede og selvtillid hos en ældre klient

Aksel henvises til Center for Livskvalitet af en sygeplejerske på plejehjemmet, hvor han bor. Sygeplejersken fortæller at Aksel er flyttet på aflastningsplads for 1 uge siden efter at have boet i egen lejlighed før. Efter en prostatakræftdiagnose udvikler Aksel angst, og sygeplejersken fortæller at dette er blevet meget hæmmende for Aksel. Sygeplejersken fortæller, at Aksel fik et chok da lægerne sagde "kræft", men at han ikke dengang forstod, at det ikke var livstruende. Aksel er sidenhen blevet forklaret, at prostatakræft ikke er livstruende og kan behandles medicinsk, men angsten hænger fast. Egen læge har derfor valgt at hjælpe Aksel medicinsk med et angstdæmpende præparat p.n.¹ x 4 dagligt, men at dette er øget til 6 x dagligt nu. Sygeplejersken fortæller, at der er igangsat massiv socialt støttende kontakt fra personalet, og at der er noteret i journalen, at Aksel skal tilbydes samtaler min. 2 gange i hver vagt. Sygeplejersken fortæller afslutningsvis, at Aksel fremstår fysisk ressourcestærk, men kriseramt og at han mangler ressourcer til at håndtere angsten. Sygeplejersken fortæller, at borgerkonsulenten vurderer, at Aksel ikke kan komme tilbage til eget hjem, men skal flytte ind på plejehjemmet. Sygeplejersken er stærkt uenig med dette, og vurderer ikke Aksel dårlig nok.

Aksel har et synshandicap, men lægger kabale med forstørrelsesglas, da jeg ankommer. Døren står åben og overfor lejligheden ligger personalets kontor. Jeg spørger om jeg må lukke døren og præsenterer mig selv. Jeg finder hurtigt ud af, at screeninger ikke er mulige at gennemføre, da hans angstniveau kun få sekunder inde i samtalen stiger voldsomt.

¹ pro necessitate, hvilket på latin betyder; efter behov.



Anamnese

Aksel er en 83-årig mand. Han kommer fra en tryk opvækst med hjemmegående mor, far som arbejdsmand og en lillesøster. Aksel gifter sig med Bente og parret får en søn. Parret bor samme sted som Aksel er opvokset. Han arbejder som arbejdsmand og spiller håndbold i fritiden. For ca. 10 år siden dør Bente. Aksel bor i lejlighed tæt ved lokalcenteret og kommer fortsat i håndboldklubben og har et stort socialt netværk. Han har ikke tidligere haft psykiske problemer, og angiver aldrig at have haft angst.



Aksel siger: "Puha, nu er angsten høj" eller "jeg er meget, meget angst". Flere gange sker det at han rejser sig, tror at han skal kaste op eller åbner havedøren, fordi han ikke kan få luft. Han italesætter angsten adskillige gange, men kan ikke uddybe yderligere. Konkret adspurgt siger Aksel, at han er urolig indeni. Den "sædvanlige" angstregulering, hvor vi undersøger de fysiske tegn på angst, hvor vi psykoedukerer om angst og om at det ikke er farligt, synes bare at gøre Aksel mere ængstelig. Jeg lægger mærke til, at det er som om han har fået at vide, at han har angst, og at han derfor hænger fast i netop dette ord gennem samtalen. Samtidig lægger jeg mærke til, at han fremstår noget konkret tænkende, har svært ved at komme ud af sit tankemønster og at hans kognitive ressourcer ikke rækker til at kunne nuancere eller reflektere over situationen.

Først da jeg får Aksel til at tale om noget helt andet, sænkes angstniveauet. Han reagerer positivt på tydelig struktur og retning i samtalen, og jeg spørger konkret ind til hans håndboldkarriere. Her kan han fortælle i et par minutter, hvorefter han ryger tilbage i angsten. Jeg fortæller ham, at jeg mangler at få hans CPR-nummer, hvorefter han ganske påfaldende stopper op og roligt fortæller sit CPR-nummer. Han er rolig med øjeblikks varsel. Samtalen varer godt en halv time, og en stor del af tiden har Aksel og jeg talt om håndbold. Da samtalen slutter, følger han mig ud til personalet med henblik på at aftale en opfølgende samtale, og da vi siger farvel, slipper Aksel min arm

for i samme øjeblik at søge og gribe fat i SOSU-assistentens arm. Én kontakt afløses øjeblikkeligt af en ny kontakt.

Efterfølgende taler jeg med sygeplejersken der henviste Aksel. Jeg understreger, at opmærksomhed og fokus på angsten kun gør den værre, og at personalets velmenende sociale støtte måske endda er med til at fastholde ham i angsten. Vi taler om, at afledning for Aksel er den bedste løsning, da hans kognitive ressourcer ikke gør det muligt at internalisere angstreguleringen, da han ikke er i stand til at forstå eller nuancere angstsymptomerne. Sygeplejersken har samme indtryk af Aksel og vi aftaler, at sygeplejersken inddrager personalet i dette. Sygeplejersken fortæller i øvrigt, at der er igangsat opstart i 50 mg Sertralin².

Da jeg kommer 14 dage senere, er det en helt anden Aksel, der møder mig. Adspurgt om han vil med ud at gå en lille tur, skifter han straks til skjorte og bukser, "for ikke at gå rundt i joggingtøj". Han fremstår smilende og i godt humør, og vi har mulighed for glimtvis at tale om angsten og hvordan han selv kan forsøge at gøre noget andet for at aflede sig selv, fx tænde for TV'et eller høre musik. Aksel fortæller, at han om 2 dage skal flytte hjem til sig selv igen og at han er lidt nervøs for dette. Vi taler om, at han aldrig tidligere har haft brug for hjælp og at han bor i en dejlig lejlighed lige ved siden af lokalcenteret, hvor han kender alle og tidligere havde sin daglige gang. Dette synes at berolige ham.

Efterfølgende fortæller sygeplejersken, at opstart med ny medicin, det nu fraværende fokus på angsten og øgede fokus på afledning har haft god effekt hos Aksel. Sygeplejersken fortæller, at der ses en tendens til at han nemt kommer til at hænge fast i andre ting, fx synshandicap, afføring eller madlede, men at personalet med samme tilgang ikke går ind i hans bekymringer, men bruger afledning.

14 dage senere besøger jeg Aksel i hans eget hjem. Han er stort set vendt tilbage til tidligere livsstil, men har fået tilknyttet hjemmepleje de første par uger for at lette overgangen. Han fortæller, at de 6 x angstdæmpende medicin p.n. ikke længere er nødvendige, og at han kun har taget to stk. i alt i løbet de sidste uger, da angsten blev for slem. Aksel fortæller, at han tænder for fjernsynet, når han mærker angsten, og at han på den måde kan få tankerne flyttet hen på noget andet. Forløbet afsluttes herefter.

² Antidepressiva af SSRI-typen

Det der virkede i forløbet med Aksel var samarbejdet mellem omsorgsparterne rundt om ham. Psykologen, sygeplejersken, egen læge og personalet fik samme vision. Det var ikke muligt at internalisere angstreguleringen hos Aksel, da han ikke havde ressourcerne til at rumme dette. I stedet blev angstreguleringen i starten forvaltet af personalet og menneskerne omkring ham, som lærte ham, at han kunne få kontrol over angsten ved at vælge at flytte fokus og ikke give angsten unødigt opmærksomhed. For Aksel blev det helt konkret at gå hen og tænde for tv'et, når uroen meldte sig. Derudover gik plejepersonalet fra at dele hans bekymring, opmærksomhed og oplevelse af angsten, til at understøtte hans evne til at klare det selv og tale ham væk fra angsten, samt, at huske ham på, at han altid har klaret sig selv. Heri genfandt Aksel kontrollen og troen på, at han godt kunne klare det, selv.

Andet tematiske eksempel: Demens og Ensomhed

Agnes kontakter selv Center for Livskvalitet, og fortæller i telefonen, at hun er kendt med bipolar lidelse, men, at hun, for få år siden, også fik konstateret demens og at hun har svært ved at håndtere dette.



Anamnese

Agnes er en 64-årig kvinde. Hendes opvækst har været præget af moderens tilbagevendende depressioner, og hun fortæller, at det særligt var de store søskende, der tog sig af opdragelsen. Agnes bliver udlært kontorassistent, møder Ole og parret får 2 drenge. For 20 år siden oplever hun en "nedtur", må sygemeldes på arbejdet og indlægges på psykiatrisk hospital. Her diagnosticeres hun med bipolar lidelse. Agnes arbejder sidenhen som fleksjobber. For 3 år siden oplever hun igen en "nedtur", må stoppe med at arbejde og bliver igen indlagt på psykiatrisk hospital. Her diagnosticeres hun med en fronto-temporal demens med depressive symptomer. Samtidig vurderes den bipolare lidelse at være i remission. Agnes bor i dag i rækkehus med ægtefællen Ole, hun løber flere gange om ugen og kommer i et dagscenter én gang om ugen.



Agnes siger: "Det er ikke nemt at forklare, hvordan det føles. På vej i depressiv periode. Når jeg har det sådan, det dement der, det er meget sværere. Det der dement er rigtig træls". Ved vurderingssamtalen fortæller hun, at det ikke går godt, at hun føler sig trist og ensom, og at hun går alene med det. Hun har fået sværere ved at udtrykke sig og forstå andre, og i takt med sprogvanskelighederne lukker hun sig mere og mere inde. Agnes fortæller, at Ole skælder hende ud, når hun glemmer ting eller ikke forstår, hvad han siger. Samtalen er præget af ro og god tid til at Agnes kan formulere sig, af forståelse og empati for hende, og en legalisering og en anerkendelse af de følelser hun sidder med, så hun ikke længere skal føle sig alene med det. Tårene triller ned ad kinderne på hende, og hun fremstår sorgfuld og forpint af sin situation. Men i modsætning til hvad hun fortalte i telefonen, så ligner dette ikke en depression og hun fremstår ikke depressiv i det kliniske indtryk. Ej heller selvom hun scorer højt på depressionsskalaen.

I de efterfølgende samtaler fokuserer vi på egenomsorg; på muligheden for at kunne trække sig, tage pauser og fravælge aktiviteter, som bliver for overvældende for hende. Vi arbejder også på, at hun skal tage sig selv, sin sygdom og sine følelser alvorligt. En stor del af samtalerne bliver også bearbejdelsen af sorgen, og at det hun gennemgår, er et tab af funktion, kontrol og identitet, og at sorgen er naturlig og forståelig. Alliancen er tryk og Agnes fortæller åbent om de følelser og tanker, der opstår i hende. Spejlingen i kontakten får to helt grundlæggende funktioner, dels at blive forsikret om at blive sprogligt forstået, dels mere overordnet at blive eksistentielt hørt og set.

I takt med samtalerne fortæller Agnes om øget inddragelse af børn, svigerbørn og veninder, hvor hun fortæller dem, hvordan hun har det og hvad hun har svært ved. En dag fortæller Agnes, at hun har "åbnet sig op" overfor egen læge og ikke forsøgt at skjule sine vanskeligheder, og at lægen efterfølgende har kaldt Ole ind til en samtale for at fortælle om sygdommen. Agnes fortæller, at Ole er blevet mere forstående, mindre udskældende og at deres forhold er blevet nemmere.

Agnes bliver i samtalerne støttet og opmuntret til at stå ved sig selv og de ting hun oplever som vanskelige, i modsætning til at isolere sig og gemme det der er svært væk. Da hun midtvejs opstarter i et forløb hos en fysioterapeut, fortæller Agnes, at hun fortalte fysioterapeuten om sin demens, da fysioterapeuten kun opsummerede øvelserne mundtligt med en forventning om at hun kunne huske dette, når hun kom hjem. Agnes fortæller, at fysioterapeuten reagerede meget positivt, skrev øvelserne ned og at hun følte sig forstået i situationen. Ligeledes fortæller Agnes, at hun, til en

sammenkomst med gamle klassekammerater, fortalte om sin demens, og dermed følte sig lettet over ikke at skulle forsøge at skjule sine vanskeligheder i løbet af aftenen. Hun fortæller desuden, at nogle af de andre klassekammerater fortalte om deres kamp med Sklerose, Parkinsons sygdom og kræft.

Ved en af de sidste samtaler fortæller Agnes, at hun har lagt mærke til, at hun er begyndt at glemme, hvor hun er. Hun fortæller, at hun kan sidde i sin sofa og pludselig blive i tvivl om, hvor hun er. Hun bliver forskrækket og ked af det over dette skridt i sygdommen. Vi lader sorgen være der, og taler om at "tilbageskridtet" skubber til den afklaring og accept, som hun skrøbeligt var ved at finde, hvorfor sorgen dukker op igen. Vi taler også om gode strategier, når Agnes ikke kan genkende sine omgivelser. Hun fortæller, at hun kan tale med Ole om det, og er glad for, at han har accepteret hendes sygdom nu. Denne åbenhed er noget nyt for Agnes, og vil antageligt på længere sigt gøre det nemmere for både hende og Ole at håndtere situationen, når sygdommen udvikler sig.

Ved afsluttende samtale fortæller Agnes, at hun er godt sted: "... også selvom vi ikke kan gøre noget ved demensen". Hun beretter om større accept af livsvilkår, både mht. demens og som pensionist uden for arbejdsmarkedet. Hun siger, at Ole er god ved hende, og at han ikke bliver irriteret på hende mere, men i stedet hjælper hende med at lægge tingene på de faste pladser i huset, så hun ikke skal lede længe efter noget. Hun siger, at angsten kan dukke op, når hun ikke kan finde ud af, hvor hun er eller ikke kan finde sine ting, men siger også, at hun i vid udstrækning kan angstregulere sig selv ved at bruge de strategier vi har talt om, og dermed ikke lade sig overrumple af angsten. Dette gør hun ved at trække vejret dybt, stoppe op og kigge på sine omgivelser og spørge sig selv: "Kender jeg noget af det jeg kan se på væggen?". Hvis hun har mistet noget, er hun begyndt at spørge Ole om hjælp, i stedet for at lede alene og blive mere forvirret og angst. Hun siger, at angsten dermed plejer at gå væk efter lidt tid.

Det virksomme element i forløbet med Agnes har været at være i en relation, hvor hun har følt sig set, hørt og forstået. I en situation, hvor hun er ramt på sin kommunikation, har det været vigtigt med ro og tid, så hun har kunnet udtrykke sig på sin helt egen måde, uden afbrydelser eller utålmodighed, som hun fortæller ellers har præget kontakten til andre. Agnes har i relationen udviklet en tro på sig selv og en tillid til sin omverden, så hun kan fortælle om sine vanskeligheder til andre og ikke længere står alene med det, der er svært. Hun fortæller, at dette resulterer i en lettelse over ikke at

skulle skjule sig selv, samt en accept i omgivelserne, når hun trækker sig eller siger fra over for ting hun tidligere har kunne klare.

Et vigtigt element i samtaleforløbet med Agnes har derudover været tydeliggørelsen af hendes autonomi. Fra ensomt og passivt at lade sig overrumple af demens-symptomer og angst, har hun nu handlemuligheder og kan, ved at spille med åbne kort og fortælle om sin sygdom, påvirke sine omgivelser og dermed også kravene til sig selv. Agnes erkender, at vi ikke kan gøre noget ved demenssygdommen, men giver udtryk for, at hun i større grad oplever at kunne påvirke, hvordan hendes hverdag med demenssygdommen skal være. Herunder at holde sig fysisk aktiv, at spørge om hjælp og at være åben om egne følelser, vanskeligheder og behov.

Ved 3 måneders-opfølgning fortæller Agnes om flere gode tiltag i hjemmet, herunder om større balance mellem krav og ressourcer og en følelse af øget selvværd. Agnes fortæller også, at Ole er startet i en pårørendegruppe, hvilket, ifølge Agnes, har medført en større forståelse for hendes sygdom. Men Ole har også, siden sidst, haft alvorlige helbredsmæssige problemer, hvilket påvirker Agnes i form af flere bekymringer og øget angst, men også helt basalt på hendes trivselsniveau i hverdagen.

Tredje tematiske eksempel: Tabshåndtering.

Denne kasuistik tager udgangspunkt i temaet omhandlende håndtering af tab. Som beskrevet i Atiq (2006) er tab et af de temaer, som fylder meget i det terapeutiske arbejde med ældre mennesker. I den følgende kasuistik illustreres det, hvordan der findes forskellige former for tab. I dette tilfælde drejer det sig både om tabet af en nærtstående person, men også tab i form af at opleve fysisk funktionsnedsættelse.

I det følgende illustreres det, hvorfor en stærk alliance er vigtig for det terapeutiske arbejde. Den terapeutiske alliance dannes med udgangspunkt i det reelle forhold mellem klient og terapeut (Gelso og Carter, 1985). Ifølge psykologer som Yalom (2008) er det det reelle forhold mellem klient og terapeut, som i sig selv kan være helende for klienten. Det er dette forhold mellem terapeut og klient, som muliggør henholdsvis skabelsen af forventninger om at kunne få det bedre og brugen af specifikke ingredienser eller virksomme elementer, som virker på tværs af de specifikke terapiformer (Wampold, 2015). Et af de virksomme elementer som Wampold (2015) beskriver er empati. Empati bliver beskrevet, som et virksomt element i forhold til at skabe en stærk alliance, og dette vil blive forsøgt illustreret i nedenstående kasuistik.

Otto henvises til Center for Livskvalitet efter at have været igennem et kritisk sygdomsforløb med kræft i tyktarmen og i den ene lunge. For Otto var det, især forløbet efter operationen, som var kompliceret, da han bl.a. efter operationen fik en skade på den nerve (nervus peroneus), som bruges til at kunne løfte foden opad (en såkaldt "dropfod"). Sygdomsforløbet resulterede i, at han efterfølgende var afhængig af hjælp fra hjemmeplejen i det daglige, hvilket han havde svært ved at vænne sig til. Otto kom ofte i konflikt med personalet, når han var frustreret over fx manglende hjælpemidler til sin dårlige fod. Desuden oplyses det i henvisningen, at han, mens han var indlagt, mistede sin kæreste gennem de seneste fire år, Irene, og at han først fik besked om dette efter operationen.



Anamnese

Otto er en 80-årig mand, som kommer fra en tryk opvækst i Nordjylland. Han er uddannet maskiningeniør og har i forbindelse med sit arbejde rejst i mange forskellige lande. Otto slog sig til sidst ned i Aarhus med sin hustru Jytte, som han mødte som 15-årig. Sammen har de to døtre. Otto mistede Jytte for ca. 10 år siden. Han bor i egen lejlighed, har et stort socialt netværk og har en stor interesse for golf og fotografi.



Ved den indledende samtale fremstår Otto skeptisk overfor psykologhjælpen og især psykologens unge alder. Dette påvirker relationen mellem Otto og psykologen, og dermed også den terapeutiske alliance. Fokus var derfor fra psykologens side på at udvise en empatisk forståelse for hans problemer, samt at være åben og bekræftende over for ham. Dette fører til en gradvis mere åben og tillidsfuld relation mellem Otto og psykologen, hvilket styrker alliancen.

Efter, at det er lykkedes at få opbygget en stærk terapeutisk alliance med udgangspunkt i en empatisk tilgang kunne vi begynde at se nærmere på den sorg, som Otto var beskrevet med fra henvisningen. Otto fortæller, at han føler, at han er fanget i en fælde, da problemerne med hans fod er med til at sætte begrænsninger for hans fysiske udfoldelser og især hans daglige gåture. Han giver udtryk for, at han er bange for at miste sin frie bevægelighed. Indledningsvist er det altså sorgen over det fysiske funktionstab og den manglende bevægelsesfrihed, som er fokus i samtalen. Han giver udtryk for at føle sig frustreret over ikke at kunne det samme længere pga. sin fod. Desuden udtrykker han en utilfredshed med den hjælp, som han modtager.

Man får her fornemmelsen af, at der også er tale om en frygt for tab af kontrol i forbindelse med oplevelsen af at blive afhængig af andres hjælp. Med udgangspunkt i den opnåede terapeutiske alliance, var der, fra psykologens side, fokus på at skabe et rum, hvor Otto kunne sætte ord på de tanker og følelser, som han oplevede. Empati blev her et virksomt element i form af rumlighed og anerkendelse overfor disse følelser. Samtidig blev der arbejdet med at hjælpe ham til at rette fokus mod sine ressourcer og de ting, som han stadig kunne på trods af sit funktionstab. På den måde blev der skabt et faciliterende forhold mellem terapeut og klient. I slutningen af forløbet beskriver Otto, hvordan han gradvist føler, at han har fået det bedre i takt med, at han har lært at bevæge sig rundt med sin fod. Otto fortæller, at han fx har fundet ud af, at han kan gå lange ture som han plejer, så længe han har sine krykker med. Han fortæller, at han nu kan se, at han har lært af sit sygdomsforløb. Otto giver udtryk for, at han i forløbet har genfundet sit motto: "never give up". På den måde har terapien været med til at facilitere en fornyet mestringsfølelse hos Otto og en følelse af selvtillid og kompetence. I takt med, at Ottos fysiske tilstand bedres i form af gradvis større bevægelsesfrihed, blev det tydeligt, at der ikke havde været nær så meget plads til sorgen over tabet af hans kæreste, Irene. Her bliver det tydeligt, at Otto tidligere har benyttet sig af en coping-mekanisme, hvor han har lukket ned for de svære følelser og forsøgt at håndtere dem på egen hånd. Som et eksempel nævner Otto, at han ved sin kones død tilbage i 2011, frasagde sig hjælp fra både præst og psykolog. Otto siger: "normalt vil jeg selv opfordre folk, der har mistet til at komme videre". Han fortæller dog, at det har været svært for ham at miste Irene og at det især har været svært for ham, at han ikke kunne være der og sige farvel pga. sin egen indlæggelse. Desuden fortæller han, at han kan mærke, at han savner en partner. Otto siger: "jeg savner den der tosomhed".

I arbejdet med Ottos sorg over tabet af Irene, forsøger psykologen at hjælpe ham med at blive mere bevidst om sin egen sorg og sorgproces. Til dette formål anvendes den såkaldte to-spors-model (The Dual Process Model of Bereavement, Stroebe & Schut, 1999). I denne model tages der udgangspunkt i henholdsvis et tabsspor og et fremtidsorienteret spor. I samtalerne med Otto var der især fokus på at skabe en større bevidsthed om, hvornår han befandt sig hhv. i tabssporet og hvornår han foretog sig noget, som bragte ham i det fremtidsorienterede spor. I arbejdet med denne model fortæller Otto, at han er blevet bevidst om, at det også kan være godt for ham at være i tabssporet, da han her kan mindes alle de gode oplevelser, som han og Irene har haft sammen. Med udgangspunkt i denne model, og den terapeutiske alliance, blev der altså skabt et rum, hvor Otto åbent kunne tale om sorgen over tabet af Irene og de følelser, der er forbundet hermed. Her forsøger psykologen igen ved hjælp af varme og empati at validere hans følelser og hjælpe ham til at få en større forståelse af disse. Ved afslutningen af forløbet giver Otto udtryk for, at det har hjulpet ham, at psykologen har fået ham til at anskue sorgen fra forskellige vinkler og at han har haft gavn af introduktionen til to-spors-modellen. Han giver udtryk for, at det har været hjælpsomt for ham at kunne tale åbent med psykologen og siger: "man kan nemt gøre en flue til en elefant inde i sit hoved, men man kan undgå dette ved at tale om det".

Derudover sætter Otto ord på, at det har været rart at kunne tale om intime og personlige ting, som bl.a. savnet af det nære forhold til en kvinde. Otto giver i den forbindelse udtryk for, at han slet ikke har kunne mærke, at det har været en ung kvindelig psykolog, som han har talt med. Dette er altså et udtryk for, hvordan en empatisk og åben tilgang kan være med til at bryde fx en aldersbarriere og skabe en terapeutisk alliance.

Overordnet er denne case altså et eksempel på, hvordan empati fungerer som et virksomt element i terapien i forhold til at skabe en stærk terapeutisk alliance, som hos klienten danner grobund for forventninger om bedring. Kasuistikken illustrerer, hvordan en indledende skepsis overfor for både terapien og terapeuten kan forvandles til en tillidsfuld og åben relation ved at psykologen udviser empati, åbenhed og anerkendelse overfor klienten.

Fjerde tematiske eksempel: Håndtering af aldring, sygdom og afhængighed

“For elderly patients facing the many changes and narcissistic losses of aging, including increased dependency and anticipation and fear of dependency and physical illnesses, the process of psychotherapy can offer a safe and trusting relationship in which to examine those most frightening feelings... The experience of therapy offers the elderly person a chance to respond to these frightening feelings in a manner that is life enhancing rather than stagnating” (Atiq, 2006, s. 55).

Center for Livskvalitet får en henvendelse fra 69-årige Karen, der har været indlagt i maj 2018 pga. vejrtrækningsbesvær. Hun fik i den forbindelse tildelt en iltmaske. Derefter blev hun indlagt på kommunens rehabiliteringscenter i 6 uger i et genoptræningsforløb. Hun kom hjem fra dette ophold 3 dage inden mit besøg. Karen oplyser, at hun har været vant til at klare sig selv, men nu er afhængig af hjemmehjælp mindst fire gange dagligt. Hun oplyser desuden, at hun er bange og urolig, når hun er alene. Hun er god til at beskrive, hvordan angsten føles i kroppen fx: ”Jeg får en knugen i maven og åndedrætsbesvær, når angsten kommer”.



Anamnese

69-årig kvinde, der lider af KOL. Der beskrives en tryk og kærlig opvækst i en forstad til København. Far var håndværker og havde forskellige former for ufaglært arbejde. Blev separeret efter ca. 20 års ægteskab. Har 2 børn og 4 børnebørn. Hun har efter folkeskolen uddannet sig som teknisk tegner. Har gennem livet primært arbejdet som kontorassistent. Har 1 storesøster, som der beskrives et nært og varmt forhold til. Har aktuelt kæreste samt en del nære venner, som hun ofte er i kontakt med. Beskriver sig gennem livet social, udadvendt og aktiv. Hun fortæller, at hun ikke tidligere har haft større problemer med humøret eller med angst.



Karen har fjernsynet kørende i døgndrift og ringer ofte efter familien eller venner, når uroen kommer. Hun fortæller, at hun generelt har svært ved at komme i gang og føler sig lidt handlingslammet.

Ved vurderingssamtalen beskriver hun, at hun føler sig meget afhængig af hjemmeplejen, bl.a. til hjælp til måltider og gåture. Hun fortæller desuden, at hun sover dårligt og meget uroligt. Karen føler sig ikke tryk ved at gå ud på egen hånd og benytter sig derfor heller ikke af den bevilgede handikapkørsel. Hun spørger desuden, om jeg kan finde nogen, der kan tage med hende, når hun skal til tandlægen og efterfølgende sidde og vente på flextrafik. Hun oplyser, at hun godt selv kan gå i bad, hvis bare personalet sidder i stuen imens. Hun beskriver sig ved vurderingssamtalen meget afhængig af andre personer for at klare sig i hverdagen, herunder særligt plejepersonalet og familien. Dette som noget nyt siden indlæggelsen med vejtrækningsbesvær.

Der bemærkes en del ambivalens og tendens til hjælpeløshed, når snakken falder på den aktuelle oplevelse af autonomi og selvstændighed i hverdagen - og særligt det at være alene. Ambivalensen ses bl.a. ved, at hun giver udtryk for at ønske hjælp til at blive mere uafhængig, men samtidigt stiller forskellige barrierer og begrænsninger op. Det kunne fx være et udsagn som "Jeg vil gerne klare mig selv, men jeg er bange for ikke at kunne undvære personalet".

Der var under vurderingssamtalen fremtrædende temaer om hjælpeløshed og af at være afhængig af andres hjælp og vilje.

Til vurderingssamtalen fortæller Karen om en tryk og varm opvækst. Hun har let adgang til både følelsesmæssigt lette og svære oplevelser. Blandt andet fortæller hun, at hun valgte at blive separeret i 1996, fordi ægteskabet af forskellige årsager var for hårdt for hende. Har siden boet alene. Der beskrives et varmt og gensidigt hjælpsomt forhold til hendes børn. Karen fortæller, at hun gennem livet har været aktiv i flere forskellige foreninger og altid har kunnet klare sig selv.

Jeg sidder derfor tilsyneladende og taler med en, gennem livet, kompetent og selvstændig kvinde, der har kunnet stole på egne evner.

Hun giver udtryk for, at hun gerne vil kunne klare tingene selv igen. Vi bemærker sammen en ambivalens i forhold til at kigge nærmere på en situation, hvor hun har oplevet uroen. Jeg spørger, om hun ønsker at undersøge ambivalensen nærmere, og vi bemærker de forsvar, der kommer frem. Jeg orienterer omsorgsfuldt om, at jeg ikke har nogen ret til at ville tale om noget i hendes liv, som hun ikke ønsker at tale med

mig om. Vi taler om, at jeg gerne vil hjælpe hende, hvis hun ønsker min hjælp, men at jeg ikke kan hjælpe med praktiske foranstaltninger, visitation til yderligere pleje eller have funktion som besøgsven. Vi taler videre om ambivalensen og prisen for at forblive passiv og om det er det, hun ønsker. Hendes angstniveau blev løbende monitoreret, og det blev vurderet, at relationen og hendes system kunne bære denne intervention. Karen giver herefter udtryk for, at hun er motiveret for vores samtaler og gerne vil have min hjælp til at kigge nærmere på den angst, der udløses, når hun er alene, og hvordan hun bedre kan klare sig selv i hverdagen.

På baggrund af en klinisk, in situ, vurdering af relationen, baggrund og problemstilling beslutter jeg mig, (lidt usædvanligt, for jeg undgår helst en ekspertrolle i terapien), for at tilbyde hende viden om autonomi og hvorfor det bl.a. er vigtigt for vores trivsel. Jeg forsøger at fortælle levende, tilpas energisk og motiverende om de klassiske studier, der illustrerer vigtigheden af, at vi har en følelse af autonomi.

Denne intellektuelle formidling virkede som en angstregulerende komponent, der tilsyneladende øgede hendes kapacitet og motivation.

For at imødekomme kvindens ønsker bedst muligt gav jeg i slutningen af vurderingssamtalen kontaktoplysningerne til Genlyd (kommunens fællesskabsformidler, der har til formål at skabe kontakt mellem mennesker) og besøgsvenner. På den måde fik hun en mulighed for at træffe et valg, om det var noget, hun ønskede. Dette kunne jo måske også skubbe lidt til ambivalensen. At der i et vist omfang kan skabes mulighed for aktive valg mellem afhængigheden og autonomien (det hun måske godt kan selv, vil der måske ligge en glæde i at gøre selv).

Jeg opfordrede hende i afslutningen af vurderingssamtalen til at finde én opgave, hun selv ville tage kontrol over og så prøve det af inden vores næste samtale. Blot en lille overskuelig ting. Vi aftalte, at Karen til næste gang ville forsøge at smøre sin egen rugbrødsrod til middag. Jeg nævner desuden muligheden for selv at bestille dagligvarer via den lpad, hun har liggende.

Jeg spurgte, om hun ønskede en ny tid til en samtale mere. Det gjorde hun. Hun ville gerne have, at der gik en måned, før jeg kom igen, så hun havde tid til at overskue tingene. Jeg imødekom dette ønske og oplyste om, at hun var meget velkommen til at ringe, hvis hun fik behov for at tale med mig inden da.

Jeg var efter samtalen i tvivl om, hvorvidt ambivalensen var afklaret og om forsøget på en motiverende samtale havde haft effekt. Jeg bemærkede dog, at hun var mere rolig og afslappet i slutningen af samtalen.

Da jeg møder Karen en måneds tid senere, tager hun smilende imod i døren og siger spontant "...det går simpelthen bare super godt". Hun fortæller, at hun havde tænkt meget over vores første samtale og særligt snakken om autonomi: "...jeg er begyndt selv at lave morgenmad og middagsmad". Hun fortæller, at hun har genfundet en lyst til at turde selv og ville selv. "Jeg er også begyndt at bestille dagligvarer online. Nogle gange bestiller jeg også varer til min datter for at glæde hende". Hun fortæller, at hun desuden har været til Cirkusrevyen i Aalborg med en god ven og at dette var et stort skridt, men hun føler, at det fungerede godt og trygt med den mobile ilt.

Hun fremstår til denne samtale frisk og med et flot overskud og gåpåmod. Hun opleves mere udadvendt og spontan, og vi har god øjenkontakt. Afhængigheden opleves aftagende, og jeg oplever en autentisk autonomi.

Vi aftaler at mødes til en 3 måneders opfølgning. Jeg orienterer igen om, at hun meget gerne må kontakte mig inden da ved behov.

Da vi mødes 3 måneder senere, fortæller hun igen, at det går rigtigt godt. Hun er glad for, at lægen har vurderet hende så god, at hun har fået kørekortet igen - dette giver fornyet frihed og endnu flere muligheder. "Jeg er desuden begyndt at strikke igen og har købt nye møbler til min stue".

Aftalen med hjemmeplejen er nu, at de dagligt ringer og hører om hun har behov for hjælp. Det har hun sjældent. Hun regner med, at hun snart siger nej tak til dette daglige opkald. Hun fortæller, at hun generelt nyder tilværelsen, laver varm mad til sig selv til middag, så hun kan slappe af om aftenen. Får i stedet rugbrød til aften.

Hun oplyser spontant, at hun ikke har behov for flere psykologsamtaler, men har været glad for forløbet. Det bemærkes, da vi afslutningsvist smalltalker, at hun er særdeles velorienteret om aktuelle begivenheder. Hun fremstår frisk, smilende og handlekraftig. Der ses en flot udvikling i forhold til genvunden selvstændighed.

Vi aftaler, at hun er meget velkommen til at kontakte mig fremover ved behov.

Femte tematiske eksempel: Håndtering af døden i det terapeutiske rum

Severin blev henvist en sommerdag til Center for Livskvalitet af en visitator fra Aarhus Kommune. Han var netop blevet terminalerklæret pga. uhelbredelig kræft. Henviser fortalte, at Severin var stærkt plaget af angst og følte sig deprimeret og derfor gerne ville tale med en psykolog – gerne i sit eget hjem, da han var fysisk svækket.

Til vores første samtale fortalte Severin, at han synes det var svært at bære, at hans fremtid var usikker. Han forsøgte at tage én dag ad gangen, men oplevede det var udfordrende, da hans tilstand var svingende. Uddybende fortalte Severin, at han den ene dag kunne have energi til besøg og andre aktiviteter og den næste dag være fuldstændig energiforladt. Dette bevirkede, at hans børn havde svært ved at forstå alvoren af hans tilstand. De mente han bare skulle tage sig sammen og fx tage med ud at rejse. Det måtte handle om vilje! Derudover døjede Severin med mange tanker og bekymringer omkring afslutningen på sit liv.

Normalt ville jeg have gennemgået en række spørgeskemaer ved mit første møde med en ny klient. Disse spørgeskemaer er en del af vores procedure og har til formål og give psykologen et indblik i klientens aktuelle psykiske tilstand, samt at kunne undersøge, hvorvidt terapien har en positiv effekt på klientens velbefindende over tid. Da Severin var terminalerklæret og tydeligt afkræftet, vurderede jeg, at spørgeskemaerne ville kræve for mange af hans kræfter og måske være ødelæggende for vores terapeutiske alliance. I stedet spurgte jeg ind til hans nuværende situation, samt livshistorie. Selvom Severin brugte mange kræfter på at tale, var det tydeligt at mærke, at han meget gerne ville fortælle sin historie. Der var ro omkring os og han fik al den tid han havde brug for til at fortælle.

Som tiden gik og Severin havde overvægt af dage uden energi, begyndte hans børn at forstå alvoren. De stoppede derfor med at stille krav og begyndte derimod at være til stede med ham. Dette var til stor lettelse. Vores samtaler bevægede sig fra at fokusere på hans relation til sine børn til at rette fokus mod døden, samt det Severin gerne ville nå, inden han skulle herfra. I den forbindelse havde han et brændende ønske. Han ville gerne have formuleret nogle ting til sine efterladte - i form af et brev. Desværre havde han ikke længere overskuddet til at skrive det. Vi aftalte derfor, at jeg skulle hjælpe ham hermed.

Severin dikterede og jeg skrev. Det gik langsomt. Han sad med lukkede øjne og ansigtet dirrede for at holde tårerne tilbage. Han var fysisk svag og emotionelt forpint, mens han frembragte de sidste, nøje udvalgte, ord til sine børn. Denne session var fuld af sorg. Jeg sagde ikke meget, men lyttede og forsøgte at være med ham og vise, at jeg kunne holde ud at stå sammen med ham, i den smerte og sorg han mærkede. Jeg forsøgte ikke at fikse situationen, komme med opmuntrende bemærkninger eller skifte emne.

Sessionen herefter var markant anderledes. Severin indledte samtalen med at fortælle, at han havde alle symptomerne på, at han snart skulle dø. På trods heraf var han stoisk rolig. Han virkede pludselig afklaret med, at han skulle dø. Han havde nået det, han gerne ville. I hvert fald for nu. Vi gennemgik brevene en sidste gang og lagde dem frem. Herefter spurgte jeg, om han havde gjort sig tanker om, hvordan han gerne ville herfra? I første omgang svarede han, at det måtte hans børn finde ud af - de var vel voksne mennesker! Men efter lidt stilhed sammen, begyndte han at fortælle. "Jeg vil gerne brændes og bisættes på kirkegården heroppe - og hvis de vil synge en sang, måtte de da gerne synge *Du kom med alt det der var dig*". I forlængelse heraf begyndte han at græde. Han fortalte, at han blev ramt af minder og spurgte om vi kunne sætte os udenfor og ryge en smøg. Efteråret var kommet. De fleste blade på træerne var stadig grønne, men nogle var begyndt at blive gyldne og falde af. Der sad vi så. Bevidste om vores dødelighed, omgivet af naturen i forfald. Pludselig begyndte Severin at fortælle om sit levede liv. Jeg havde allerede hørt hans livshistorie til vores første samtale, men jeg lod ham fortælle den igen. Det var som om, han havde brug for at fortælle sin historie til ende, nu hvor han vidste den snart ville være slut.

Vores livshistorie kan spille en væsentlig rolle, når døden nærmer sig. Det er de færreste af os der kan bære tanken om, at vi forsvinder fuldstændigt. Den amerikanske psykiater, Irvin D. Yalom, anvender metaforen "Ringe i vandet" (Yalom, 2008). Altså, at vi kan have brug for at se hvilke ringe i vandet, vi har været med til at sætte i gang. Døden kan somme tider virke mindre skræmmende, hvis vi får øje på de aftryk, vi har sat os, eller bevægelser vi har sat i gang. Dette kommer fx til udtryk, idet Severin får behov for at fortælle sin livshistorie igen. Han bliver igennem sin livshistorie bevidst om de aftryk, han har sat sig i denne verden - i hans tilfælde i form af sine børn og sit arbejde. Derudover er det ofte også nemmere at acceptere døden, hvis vi er tilfredse med vores levede liv (ibid.). At fortælle sin livshistorie kan være en måde at gøre status på sit levede liv og så vidt muligt forlige sig med, at det gik som det gjorde. Severin synes, han havde haft et godt og farverigt liv på trods af modgang. Han mærkede dog den sorg, som de fleste mærker, når vi skal dø "før tid". Han var relativ ung, kun i starten af 70'erne. Han havde ikke regnet med, han skulle dø nu, og oplevede derfor en sorg over ikke at have fået det hele med af livet. På den anden side fandt Severin ro i døden, i det han erkendte sin skæbne og blev bevidst om, hvad der var vigtigst for ham at nå i sin sidste tid.

Sjette tematiske eksempel: Overføring og modoverføring

Overføring

Overføring beskriver de følelser, som klienten har i psykoterapien overfor psykologen, som om psykologen er den person, hun har haft eller har en særlig følelsesmæssig relation til og hvor forholdet har været kendetegnet af blandede følelser (læs: følelser over for meget nære personer er altid blandede). Som eksempler kan nævnes forældre, søskende, børn, arbejdsgiver eller ens ægtefælle. Det kan være stærke følelser af vrede overfor en ægtefælle, der er meget dominerende og hvor vreden i det daglige bliver undertrykt i forholdet. I det øjeblik et sådant tema med vrede og undertrykkelse tages op i psykoterapien, med henblik på at få en større indsigt i, hvad der foregår mellem ham og ægtefællen, er der en stor sandsynlighed for, at følelserne overfor ægtefællen "overføres" til psykologen. Klienten kommer derfor til at opfatte psykologen, som den undertrykkende, som han bliver vred på. Inden for psykodynamisk tradition er det en forudsætning for forløsning af et indre psykisk problem, at alliancen afføder en overføring. Først og fremmest med henblik på, at følelsen overfor ægtefællen gennemlevs i et mere neutralt miljø, hvor den kan undersøges nærmere, forstås i et større perspektiv og forløses.

Som eksempel på overføring vil jeg nævne, Ingrid, der er en 81-årig kvinde. Hun har livet igennem været ængstelig og nervøs anlagt, og har været behandlet for angst og depression af flere omgange. Ingrid er tvilling og har sammen med sin søster gennemlevet sine barneår med en mor, der både fysisk og psykisk afstraffede begge piger og i opvæksten lod dem forstå, at de skulle finde en mand af bedre kår. Hun har været stærkt knyttet til tvillingesøsteren, som hun mistede for 8 år siden. Med hende var der et særligt bånd og hun kunne føle sig tryk sammen med hende. Ingrid blev uddannet pædagog og blev, da hun var i 20'erne, gift med en læge, som nedgjorde hende og som efter 30 års ægteskab fandt en anden. Ingrid flyttede på et værelse indtil hun fik sig en lejlighed, som hun har boet i indtil for et år siden, hvor hun flyttede i ældrebolig. Ingrid har været i psykiatrisk behandling mange gange, men er afsluttet. Hun er desuden svært allergisk og hørehæmmet.

Ingrid er meget ked af at være flyttet, føler sig ensom og isoleret og ønsker at få lindring for sine ængstelige og depressive tanker.

I kontakten med hende "overføres" en rolle til mig, som den, der "ved bedst", den der har magten over hende og som hun på en måde beskytter sig imod ved at være ambivalent, hjælpeløs og afmægtig. Hun er tidligere blevet mødt med meget nedgørende bemærkninger fra sin ægtefælle. I løbet af psykoterapien, hvor vi får en god alliance, sætter jeg min "magt og alvidenhed" til refleksion, så magten over hendes liv gives tilbage til hende, så hendes selvværd styrkes igennem anerkendelsen af, hvilke faktiske valg hun har truffet og gode beslutninger hun har taget gennem sit liv. I løbet af hver samtale reduceres ambivalensen og hjælpeløsheden, men den vender også nemt tilbage til næste samtale. Dog er det mit indtryk, at vi har fået skabt en sådan alliance, at det nu er en mere positiv overføring der finder sted, nemlig de varme og trygge følelser, som hun nærrede til sin tvillingsøster. Med de mere varme og trygge følelser i kontakten kommer også trygheden, men også klientens sorg over at have mistet sin søster - en sorg, der ryster hendes krop og sind og hvor hun siger: "Havde jeg dog bare haft mulighed for at få psykoterapi noget før, nu er mit liv næsten brugt".

Modoverføring

Overordnet set er modoverføring terapeutens følelsesmæssige reaktion på klienten. Det kan være alle typer af følelser fra stor sympati over hele spektret af følelser til væmmelse og foragt. Modoverføring rummer som fænomen psykologens egne blandede følelser og er en uvurderlig kilde til at forstå klienten, idet de følelser, som klienten måtte aktivere hos psykologen, meget vel kan være de samme følelser, klienten aktiverer i sine andre relationer.

I modoverføringen kan man som psykolog begynde at kede sig eller blive voldsomt træt midt i en psykoterapi – man kan føle sig utilstrækkelig, afvisende eller utålmodig. Eller man kan få sympati for klienten og måske få lyst til at blive ven eller besøgsven.

Man kan skelne mellem 3 typer af modoverføring. Der er den modoverføring, der altid sker og som helt generelt er psykologens følelsesmæssige reaktion på klienten, og hvor psykologen anvender denne "følelsesmæssige reaktion" til indsamling af viden og til den videre kontakt. Det er den mest "neutrale" form for modoverføring som samtidig er påbegyndelsen af et følelsesmæssigt nærvær og en alliance med klienten. En anden modoverføring, vil jeg kalde den universelle form for modoverføring, hvor ex samtlige psykologer om et supervisionsbord kan nikke genkendende til ex følelsen af modløshed, hvis klientens situation som 88-årig virkelig er fastlåst, hun har svær sygdom og de nærmeste relationer alle er døde, eller irritation over for en 82-årig klient,

som trods mange ihærdige hjælpeforsøg fra 2 døtre og en nabo også fralægger sig ansvaret i psykoterapien, når psykologen forsøger at motivere en mindre fastlåst position og arbejde med flere perspektiver på klientens livssituation. Den følelsesmæssige reaktion på klienten er universelt genkendelig.

Som eksempel på den universelle modoverføring vælger jeg Kamma, der er en 71-årig kvinde, som for et år siden fik diagnosticeret ALS (Amyotrofisk Lateral Sklerose) og nu et år efter kun vanskeligt går, ofte falder, sidder mest i sin kørestol, har mistet det meste kraft i begge hænder og må have al hjælp af ægtefælle og hjemmepleje. Situationen er kompliceret af Kammas tristhed over, at ægtefælle gennem mange år har haft et stort overforbrug af alkohol og hun oplever ham mere indadvendt og sårbar end sig selv. I starten af deres forhold, da de begge var i 20'erne, var deres første to børn, to tvillingepiger, dødfødte - og de fik dengang ingen hjælp. Siden har de fået to døtre, som de har et godt forhold til og 5 børnebørn. Kamma er uddannet pædagog og har gennem livet ellers været robust med en tryk opvækst bag sig, hvor hendes lillebror dog døde som 8-årig i trafikulykke. Mens hun har haft ALS, er hun kommet i gruppe med andre ALS ramte, men synes det er meget hårdt. Ved sidste samtale fortalte hun, at en af de andre ikke kommer mere, fordi han er kommet i respirator. "Så er det jo, jeg kommer til at tænke på, hvornår det bliver mig, der dør, hvordan det kommer til at foregå og hvordan det skal gå min mand?"

Den overvældende følelsesreaktion som psykolog er i dette tilfælde fastlåsthed, modløshed, opgiveness og angst for døden - men mest af alt en sorg over så hurtigt at miste kontrol og autonomi. Jeg føler mig på samme tid trist og fastlåst. Det afføder nedenstående dialog:

Psykologen: "Ja, så kommer tankerne om døden og vender op og ned på det liv, du har, hvordan det skal gå med det hele ...".

Kamma: "Ja, det var næsten lettere, hvis jeg bare gav op".

Psykologen: "Hvis du gav op, hvordan mon det ville se ud?"

Kamma: "Jamen, det kan jeg ikke, jeg føler mig bare så alene om det og trist."

Psykologen: Ja, trist og alene - hvordan mærker du det lige nu i din krop?

Kamma: Det tynger mig nedad og jeg får trang til at græde (græder, men tørrer hurtigt tårerne væk) - men det nytter jo ikke noget.

I Kammas tilfælde screenede jeg hende kun ved starten af vores samtaler. Da hendes sygdom skred så hurtigt frem, fandt jeg det, af etiske årsager, ikke passende at screene hende ved afslutning og opfølgning.

Den tredje form for modoverføring, den personlige, er den stærkere følelsesmæssige reaktion, der trigges af klienten, og som rammer ned i psykologens egen ubevidste sårbarhed i forhold til ex et tidligere tab, et kompliceret forhold til en forælder, ægtefælle eller børn - fx en pludselig vrede, væmmelse eller sorg. Det kan også være stærk sympati og meget kærlige følelser, der giver lyst til at yde mere over for klienten end det mål, man sammen har sat. Klienten kommer til at repræsentere nogen fra psykologens egen historie, som man har blandede og komplicerede følelser over for og man trigges af klienten, så man går i stå, bliver tom i hovedet og mister overblikket. Selv om det er vigtigt altid at lade sin psykoterapi være genstand for supervision, er det særligt vigtigt at få supervision eller psykoterapi, når de følelsesmæssige reaktioner er udtryk for den personlige modoverføring. I psykoterapi med ældre kan især yngre psykologer til tider trigges af utilstrækkelighedsfølelse eller at føle sig afvist, hvilket nemt kan forstyrre den i forvejen spæde start på psykologiske kompetencer og ny psykologidentitet. Ældre psykologer, som nærmer sig samme alder som klienten, kan til gengæld komme til at mærke de eksistentielle grundfølelser, som intethed, døden og tab af autonomi som værende følelser, der til tider kommer lige lovlig tæt på, som en temmelig privat forstyrrelse.

Som eksempel på den personlige modoverføring vil jeg nævne min terapeutiske kontakt med Kirsten, en 82-årig kvinde, der mistede sin ægtefælle for et år siden, men som i barndom og ungdom var udsat for en meget dominerende og krænkende far. Han krænkede hende seksuelt som mindreårig og sørgede for, at hun blev indlagt på psykiatrisk hospital, da hun kom hjem og var gravid udenfor ægteskab som 20-årig. Han ville gennemtvinge bortadoption af barnet efter fødslen, men det blev forpurret. Kirsten blev opfattet som psykisk syg, blev tvangsindlagt, fik regelmæssigt chokbehandling og har gennem livet fået store doser af psykofarmaka. Hun får i dag kun en ganske lille dosis angstdæmpende medicin. Efter hun mødte sin nu afdøde ægtefælle, blev hun gravid igen og det lykkedes igen faderen at overtale myndighederne til at foretage en sen abort, under tvang. Kirsten blev gang på gang knækket af denne far, som nød anseelse som menighedsrådsformand mm. Inden hun blev gravid, havde hun nået at tage uddannelse som barneplejerske og hun havde en drøm om at blive jordemoder. Hendes drømme brast med de psykiske nedture, hun blev tidligt

førtidspensionist og levede sammen med ægtefællen, med hvem hun delte interesse for klassisk musik og naturen. Han har gennem hendes liv været det menneske, der har givet hende den største anerkendelse og tryghed. I mit arbejde med denne psykisk skrøbelige klient, der blev tilbudt et dobbelt forløb, 16 gange, har min modoverføring vist sig ved, at jeg til tider har boblet af had og raseri mod hendes far, hvilket to gange i sessionerne kom til udtryk ved, at jeg opmuntrede hende til at føle det had i større grad end hendes psykiske kapacitet tillod, hvilket efterlod hende med en stor angst, der efterfølgende måtte reguleres i situationen. Jeg er ikke i tvivl om, at mine egne vrede følelser overfor andre, der har villet dominere mig, kom i spil. Gennem supervision fik jeg arbejdet med det, så jeg igen kunne møde denne kvinde inden for rammen af hendes psykiske kapacitet. Og vi kunne efterfølgende arbejde med hendes sorg over ægtefælles død sammen med den dybe sorg over ikke at være mødt med omsorg og kærlighed fra især faderen. Vi fandt også frem til mennesker i hendes liv, der havde haft betydning for hende - og hvis omsorg og kærlighed, trods megen ondskab, havde givet hende den styrke, som hun også bestod af, sammen med sårbarheden.

Syvende tematiske eksempel: Livsfortrydelser og personlig udvikling

Else Jensen var den allerførste klient, vi havde i Center for Livskvalitet. Derfor besøgte Danmarks Radio (DR) hende efter endt terapiforløb. I interviewet med DR fortalte Else, at hun var deprimeret, vred og græd meget, inden hun fik hjælp fra en psykolog. Med reference til sit levede liv fortalte Else, at hendes mand læste til lærer og blev talehøre-pædagog. Han kørte ude hele dagen og havde et vidunderligt liv med kollegaer. Imens gik hun selv derhjemme og lavede mad og vaskede underbukser for 6 mennesker. Else fortalte, at det var det, hun var bitter over - at hendes mand havde haft det skønt, mens hun havde slidt som hjemmegående husmor. På daværende tidspunkt fortalte Else til DR, at det havde været en lettelse og befrielse for hende at tale med en psykolog og det havde fået hendes skuldre til at sænke sig. Plejehjemmets forstander deltog også i interviewet med DR. Hun fortalte, at Else havde fået smil på læberne og en lyst til livet. Dette var tilbage i 2016. Jeg fik derfor lyst til kontakte Else for at høre, hvordan hun havde det og om hun mon havde fået noget ud af vores samtaler på længere sigt.

Da jeg ankommer, sidder Else i solen på sin altan ud mod parken og ryger en smøg. I stuen er det fine stel fundet frem og står klar med friskbrygget kaffe og lune rundstykker. Der er en summen af fuglefløjt og børn, der leger på parkens legeplads nedenfor. Fra altanen bliver der råbt: "Velkommen min skat. Kom herud!". Sammen sidder vi og sludrer om løst og fast. Efter en smøgs-tid rykker vi ind og tænker tilbage på, da vi mødte hinanden for første gang for mere end 3 år siden.

Else griner og fortæller, at hun tydeligt husker, at hun ved sit første syn af mig tænkte: "Hvad kan et så ungt menneske lære mig?!". Der opstår en kort pause, hvorefter Else fortsætter: "Men du lærte mig om min Urskovs-hjerne". Uddybende fortæller Else, at det hjalp hende til at kunne rumme følelsen af skyld overfor sine børn. I forlængelse heraf påpeger Else, at hun nok altid vil føle en vis form for skyld, men at det hjælper hende at tænke: "Jeg vidste ikke bedre dengang og jeg gjorde det bedste jeg kunne, ud fra de forudsætninger jeg havde". Else fortæller, at hun lige siden vores terapiforløb siger den sætning til sig selv, så snart hun mærker skyldfølelse eller bliver selvbekrejtende. Derudover fortæller Else, at hun efter forløbet begyndte at sige fra overfor sine medmennesker. Hertil siger Else: "For, jeg vil selv bestemme. Jeg gider ikke, at andre skal fortælle mig, hvad der er godt for mig. Denne nye stil har min omverden skulle vænne sig til. En dag var der en der spurgte: Hvor er vores søde, blide, Else blevet af? – Ja, hun er sgu afgang ved døden!".

Selvom Else aldrig fik sig en uddannelse eller kom ud på arbejdsmarkedet, er hun en belæst kvinde. Hun er et begavet menneske, der har gjort sig mange kloge tanker om livet. Det har muligvis bidraget til, at Else med alderen har fået flere nuancer på sin tilværelse og opdaget, at hun kunne have handlet anderledes i sit levede liv. Når vi vurderer, at vi har haft flere muligheder at vælge i mellem, kan det give anledning til fortrydelse. Undersøgelser tyder på, at vi oftere fortryder det vi *ikke* valgte at gøre, frem for det vi valgte at gøre (Roese & Summerville, 2005). Tænker vi, at vores nuværende situation kunne have været bedre, hvis bare vi havde valgt anderledes, kan det således bidrage til fortrydelse. Desværre kan de fleste af os være tilbøjelige til at overse, hvorfor vi gjorde, som vi gjorde, da vi stod i situationen. Med det i mente blev det væsentligt at rejse tilbage i tiden sammen med Else og undersøge, hvordan hendes tilværelse og dermed muligheder så ud, dengang hun gik og sled hjemme, mens hendes mand kørte ude og havde det "vidunderligt". Herved opdagede Else, at hun faktisk gjorde det bedste hun kunne, ud fra de forudsætninger hun havde på daværende tidspunkt. Ligeledes blev hendes skyldfølelse overfor sine børn mindre, fordi hun blev mindet om,

hvorfor hun havde gjort, som hun gjorde. I den forbindelse fortæller Else, som nævnt ovenfor, at det var gavnligt for hende at lære om sin Urskovs-hjerne. Dette er et element fra den terapeutiske retning, Compassion Focused Therapy (CFT). I CFT anvendes viden om vores hjerne til at forstå dele af vores adfærd og psykiske tilstand. Fx skelner hjernens fysiologiske processer ikke mellem begivenheder der rent faktisk sker og begivenheder vi forestiller os. Det vil sige, at hvis vi fx forestiller os, at en af vores kære kører galt, så begynder vores hjerne at reagere som om det skete. Adrenalin bliver frigivet, kroppen bliver anspændt og hjertet begynder at banke hurtigere. Og omvendt, hvis vi fx forestiller os, at vi er et trygt og behageligt sted, så begynder hjernen at opføre sig derefter. Vi bliver rolige og afslappede. Sagt med andre ord opstår vores følelser både idet vi forestiller os noget, tænker tilbage på noget eller når vi reelt oplever noget. I forhold til Else, fik hun herved en forståelse af, at det havde betydning for hendes velbefindende, når hun sad i sin lænestol og tænkte tilbage på alt det hun ville have gjort anderledes. Else opdagede således, at det ikke var uden omkostninger at bebrejde sig selv for fortidens valg og gerninger. Else er i dag 94 år og hun har, som illustreret ovenfor, gennemgået en personlig udvikling. Hun har forsonet sig med sit levede liv og gjort op med sig selv, hvordan hun vil leve resten af det.

Afsluttende bemærkninger

Afrundende er det vigtigt at bemærke, at denne eksemplificerede beskrivelse af den kliniske praksis i Center for Livskvalitet er udtryk for "work in progress", der løbende udvikles i en konstant vekselvirkning mellem klinisk erfaring og forskning. Psykoterapi til ældre mennesker virker, også når det gælder ikke-kliniske populationer. Det er muligt at hjælpe i tilfælde af svær mistrivsel. I denne artikel har vi givet en række tematisk relaterede praksiseksempler på hvordan.

Der er stadig meget vi endnu ikke ved. Især spørgsmålet om individuelle forskelle i effekt trænger sig på; hvorfor har nogle stor gavn af psykoterapi, mens andre har det i mindre grad? Hvordan kan vi alternativt hjælpe sidstnævnte gruppe? Et spændende udviklingsområde er at forsøge at påvirke klientens kontekst, så den understøtter den psykoterapeutiske behandlingsindsats. Som det fremgår af figur 3. synes der at være et stort uudnyttet interventionspotentiale netop her, da 40% af det der virker, når en klient får det bedre, skyldes samspillet mellem klient og dennes livskontekst. I den

forbindelse er praksisnær rådgivning og supervision til det omsorgspersonale, der varetager plejen af de mest sårbare ældre personer i vores samfund, og dermed udgør en central del af deres livskontekst, en oplagt kandidat. Netop dette er et aktuelt udviklings- og forskningsområde, som vi venter os meget af i Center for Livskvalitet.

Referencer

- Atiq, R. (2006). Common themes and issues in geriatric psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(6), 53–56.
- Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 241–262). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Christensen, K. S., Fink, P., Toft, T., Frostholt, L., Ørnbøl, E., & Olesen, F. (2005). A brief case finding questionnaire for common mental disorders: The CMDQ. *Family Practice*, 22, 448–457.
- Constantino M.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R. et al. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-92.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, 58, 7–19.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2018). Who benefits from psychotherapies for adult depression? A metanalytic update of the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 91–106.
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2013). Common Mental Disorder Questionnaire (CMDQ). *Klinisk vejledning for almenpraksis. Funktionelle lidelser* (p. 64). Appendix 3. Retrieved from <https://vejledninger.dsam.dk/media/files/10/funkt-lidelser-ark1-blaat.pdf>
- EFPA. (2017). *EFPA statement on psychologists practicing psychotherapy as approved by EFPA GA Amsterdam 2017*. Retrieved from [http://www.efpa.eu/professional-development/2017-efpa-statement-on-psychologists-practicing-psychotherapy-\(july-2017\)](http://www.efpa.eu/professional-development/2017-efpa-statement-on-psychologists-practicing-psychotherapy-(july-2017))
- Fakoya, O.A., McCorry, N.K. & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* 20, 129.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London, UK: Sage.
- Freud, S. (1905/1998). On psychotherapy. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 257–268). London, UK: Hogarth.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155–243.

Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 1–11.

Gonzales, V., Garcia-Pitman, E., Tran, A-T. & Dozier, C. (2020). Introduction to Psychotherapy with Adults in Later Life. In: Tampi, R.R., Yarns, B.C., Zdanys, K.F. & Tampi, D.J. (Eds). *Psychotherapy in later life*. Cambridge University Press.

Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P., & Higginson, I. (2012). Feasibility, acceptability and potential effectiveness of dignity therapy for older people in care homes: A phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Palliative Medicine*, 26, 703–712.

Hepple, J. (2001). Ageism and psychotherapy. *CPD Bulletin Old Age Psychiatry*, 3(2), 35–37.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckiger, C. et al. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.

Hougaard, E. (2019). Huang, A. X., Delucchi, K., Dunn, L. B., & Nelson, J. C. (2015). A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for laterlife depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 261–273.

Jokela, M., Batty, G. D., & Kivimaki, M. (2013). Ageing and the prevalence and treatment of mental health problems. *Psychological Medicine*, 43, 2037–2045.

Katona, C. (2000). Managing depression and anxiety in the elderly patient. *European Neuropsychopharmacology*, 10(SUPPL. 4), 427–432.

Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42–51.

Larsen, L. (2018, August). A one-year longitudinal study of subjective well-being in elderly home care recipients. *Poster presented at the International Federation on Ageing. 14th Global Conference on Ageing. Toward a Decade of Healthy Ageing – From Evidence to Action, Toronto, Canada*. Abstract retrieved from <https://www.ifa-abstracts.com/a-one-year-longitudinal-study-of-subjectivewell-being-in-elderly-home-care-recipients/>

Larsen, L., Povlsen, T. K., Mortensen, S. L., & Christoffersen, M. (2019). *Trivsel i MSOs hjemmepleje 2017-2018* [Well-being in recipients of home care provided by the department of Health and Care 2017-2018]. Retrieved from <https://www.aarhus.dk/media/23517/trivselsrapport-2017-2018.pdf>

Law, J., Laidlaw, K., & Peck, D. (2010). Is depression viewed as an inevitable consequence of age? The “understandability phenomenon” in older people. *Clinical Gerontologist*, 33, 194–209.

Moye, J., Karel, M. J., Stamm, K. E., Qualls, S. H., Segal, D. L., Tazeau, Y. N., & DiGilio, D. A. (2019). Workforce analysis of psychological practice with older adults: Growing crisis requires urgent action. *Training and Education in Professional Psychology*, 13, 46–55.

Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218–220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>

North, M. S., & Fiske, S. T. (2013). Subtyping ageism: Policy issues in succession and consumption. *Social Issues and Policy Review*, 7, 36–57.

Osborne, J. W. (2017). An existential perspective on death anxiety, retirement, and related research problems. *Canadian Journal on Aging - Revue Canadienne Du Vieillissement*, 36, 246–255.

Pepin, R., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2009). Intrinsic and extrinsic barriers to mental healthcare among community dwelling younger and older adults. *Aging & Mental Health*, 13, 769–777.

Prina, A. M., Marioni, R. E., Hammond, G. C., Jones, P. B., Brayne, C., & Denning, T. (2014). Improving access to psychological therapies and older people: Findings from the Eastern Region. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 75–81.

Roese, N.J. & Summerville, A. (2005). What we regret most...and why. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31 (9), 1273-1285.

Scogin, F., Morthland, M., Kaufman, A., Burgio, L., Chaplin, W., & Kong, G. (2007). Improving quality of life in diverse rural older adults: A randomized trial of a psychological treatment. *Psychology and Aging*, 22, 657–665.

Stone, A. A., Schneider, S., & Broderick, J. E. (2017). Psychological stress declines rapidly from age 50 in the United States: Yet another well-being paradox. *Journal of Psychosomatic Research*, 103, 22–28.

Sundhedsstyrelsen (2017). *Guide til trivselsindekset: WHO-5*. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/media/874c7a337c5f4450b55476ca535461e3.ashx>

Suri, R. (2010). Working with the elderly: An existential-humanistic approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 50, 175–186.

Tampi, R.R., Yarns, B.C., Zdanys, K.F. & Tampi, D.J. (2020). *Psychotherapy in later life*. Cambridge University Press.

Tatchell, T., Jordan, T. R., Waite, P. J., & Tatchell, R. H. (2004). Transmissive reminiscence therapy with college students and institutionalized senior adults. *Journal of Intergenerational Relationships*, 1(4), 35–52.

Thomas, M. L., Kaufmann, C. N., Palmer, B. W., Depp, C. A., Martin, A. S., Glorioso, D. K., . . . Jeste, D. V. (2016). Paradoxical trend for improvement in mental health with aging: A community-based study of 1, 546 adults aged 21–100 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77, e1019–e1025.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*, 167–176.

Van Der Auwera, S., Schomerus, G., Baumeister, S. E., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2017). Approval of psychotherapy and medication for the treatment of mental disorders over the lifespan: An age period cohort analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *26*, 61–69.

Vedel, A., Larsen, L., & Aamand, A. (2020). The efficacy of individual psychological interventions with non-clinical older adults: A systematic review. *European Psychologist*, *25*, 200-210.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*, 270–277.

Wrosch, C., Bauer, I., & Scheier, M. F. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: The influence of disengagement and available future goals. *Psychology and Aging*, *20*, 657–670.

Xiang, X., Danilovich, M. K., Tomasino, K. N., & Jordan, N. (2018). Depression prevalence and treatment among older home health services users in the United States. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *75*, 151–157.

Yalom, I. (2008). *Som at se på solen – at leve med døden*. København: Hans Reitzel.

Yang, J. A., Wilhelmi, B. L., & McGlynn, K. (2018). Enhancing meaning when facing later life losses. *Clinical Gerontologist*, *41*, 498–507.



Døden i psykoterapien – et eksistentielt perspektiv

Af Nina Søgaard Knudsen

Er døden vores sidste udviklingsopgave?

Vi skal alle dø. Det ved vi. De fleste af os kan dog ikke holde ud at tænke eller snakke om døden ret længe ad gange. Døden kan måske siges at være et emne de færreste bruger så mange tanke-kræfter på at blive klogere på, men snarere på at holde på afstand. Men der vil være tidspunkter i livet, hvor vi kan blive mere eller mindre nødt til at forholde os til den. Som psykolog for ældre mennesker, betragter jeg døden, som en af vores sidste psykologiske udviklingsopgaver. Dette lyder måske en smule paradoksalt - for hvilken udvikling kan der ligge i at dø? Måske ingen. Eller måske er der en udviklingstanke i at forsone sig med at døden minder os om, at der er en grænse for liv - at menneskeligt liv er forgængeligt, som alt andet liv på jorden. Der opstår somme tider en interessant udvikling i *vejen* dertil, hvilket i særlig grad kan komme til udtryk i det terapeutiske rum. Lige så forfærdelig døden kan være, hvis den indtræder på det forkerte tidspunkt eller på den forkerte måde - som for eksempel hvis et barn eller ungt menneske dør, eller hvis døden er langsom og pinefuld. Lige så smuk kan den være, hvis vi opnår forsoning med det levede liv og accept af dets afslutning. Jeg får ofte lyst til at sige "Tillykke", når jeg hører et ældre menneske sige; "Jeg er mæt af dage" uden nogen form for indre forpinthed i stemmen.

Vi lever i en tid, hvor vi med lægevidenskaben, høj hygiejne, høj fødevarerikkerhed og penge til medicin og behandlinger kan holde døden hen. Det betyder, at vi i dag lever længere end nogensinde før. Bliver vi syge, går vi til lægen og i de fleste tilfælde, får vi en behandling og bliver raske. Måske har denne luksus samtidigt gjort det svært for os at acceptere, at vi skal dø - for man må da kunne gøre noget? Når døden indtræffer hos en nærtstående, kan de efterladte få behov for vished om, at døden ikke skyldes en lægelig fejl eller omsorgssvigt. Det gør noget ved det sundhedsfaglige personale. Forleden dag blev jeg kontaktet af en sygeplejerske fra et plejehjem. Hun havde en beboer, som hun var meget bekymret for. Vedkommende ønskede ikke at leve

længere og sygeplejersken var nervøs for, om han led af en alvorlig depression. Manden indvilligede i at tale med en psykolog. Til vores første samtale fortalte han mig om sit levede liv, som havde budt på op og nedture, men overordnet beskrev han det som "et pragtfuld liv". I dag er han 83 år og mæt af dage. Han led ikke. Han havde ingen tegn på depression. Han var bare klar til at dø. Tillykke. Så hvorfor skabte det bekymring? På den ene side, fordi vi som sundhedsfagligt personale skal kunne dokumentere, at vi reagerede i tilfælde af, at der var tale om en alvorlig depression eller anden form for patologi. For det andet, måske fordi det kan vække vores egen dødsangst, når vi står foran et menneske, der har døden tæt på sig. Vi kan let blive mindet om vores egen dødelighed, når nogen omkring os dør. Og det kan være angstprovokerende. I den forbindelse vover jeg at påstå, at det kræver en form for modenhed at blive klar til at dø - og her kan vi lære noget af det ældre menneske! Med udgangspunkt i mit terapeutiske arbejde med ældre, vil jeg derfor forsøge at beskrive, hvorledes vi kan blive klar til at dø.

Med inspiration fra den amerikanske psykiater, Irvin D. Yalom, tegner jeg ofte nedenstående linje for mine klienter og spørger: "Hvor befinder du dig lige nu?"

Din fødsel----- Din død

Herfra kan det være oplagt at spørge ind til, hvad vedkommende gerne vil nå i sin sidste tid af livet. Derudover kan det også være væsentligt at tale om hvad livet har budt på indtil nu. Yalom (2006) mener, at det ofte er nemmere at acceptere døden, hvis vi føler, vi har fået det hele med. Hvis vi fx rammes af alvorlig sygdom med dødsdom til følge i en ung alder, kan der ligge en stor sorg i at dø "før tid" og dermed ikke føle man har fået det hele med. Ligeliges møder jeg også ældre mennesker, som sidder med en følelse af, at de har spildt deres liv på fx et dårligt ægteskab og dermed heller ikke synes de har fået det hele med. Desuden kan det have stor betydning for, hvorvidt vi er klar til at dø, om vi er tilfredse med vores levede liv og vurderer, at vi har oplevet og/el. opnået det vi gerne ville. Det betyder ikke, at vi skal stræbe efter et "perfekt" liv uden fejltagelser. Tværtimod. Jeg har efterhånden mødt en del klienter, der har haft et broget liv, med voldsomme nedture og modgang, men som alligevel synes de har haft et godt liv. Dertil kan man sige, at det væsentlige måske er at være realistisk i sine forventninger til livet og sine egne muligheder.

Se dine aftryk i verden

Ifølge Yalom kan det være særligt oplagt at se på hvilke bevægelser, vi har sat i gang eller aftryk vi har sat os i denne verden (Yalom, 2008). Yalom beskriver det som "Ringe i Vandet". Det kan være i form af børn, værdier, tanker eller holdninger man har delt med andre, igangsættelse af projekter som andre overtager eller har glæde af, eller noget helt andet. Vi sætter alle et aftryk på denne jord. Somme tider kan det være svært at se hvilke ringe i vandet man har bidraget til. Især hvis selvværdet og selvtilliden er i bund og man føler livet er spildt på fejltagelser. Her oplever jeg, at klientens livshistorie kan være værdifuld at give opmærksomhed. Får vi lov til at fortælle vores livshistorie, kan vi lettere blive bevidste om hvilke ringe i vandet, vi har bidraget til. Som pårørende kan det være belastende at høre de samme historier igen og igen, men for det ældre, eller døende, menneske kan det være betydningsfuldt at få lov at fortælle. Det er der plads til i det terapeutiske rum. Idet vi fortæller vores livshistorie, kan vi desuden få en større forståelse af os selv og vores valg og derigennem opnå en form for forsoning med det levede liv.

Er der noget du ikke kan dø med?

Lidt filosofisk kan man sige: "Vi kan dø af alt, men det er ikke alt, vi kan dø med". Der kan ligge et behov for at få sagt undskyld, opnå forsoning, tilgivelse eller retfærdighed. Bærer du på en tung hemmelighed? Er der noget du må have rådet bod på? Sagt undskyld for? Eller er der andet, der tynger dig? For nogle år tilbage havde jeg en ældre mand i terapi. Han havde i årevis holdt på en stor hemmelighed. Hans far havde begået en meget alvorlig kriminel handling. Tidligere i livet havde han ikke haft problemer med at holde på denne hemmelighed. I første omgang søgte han psykologhjælp, fordi han havde svært ved at lade være med at spise, hvilket gav ham en række sundhedsmæssige udfordringer. Sammen fandt vi frem til, at han måske puttede mad i munden, fordi der var noget han ikke måtte sige. I den forbindelse fortalte han mig om sin hemmelighed og oplevede derefter et mindre behov for at overspise, samt øget trivsel.

Omfavn kroppens forfald

Kroppens forfald er væsentlig for at blive klar til at dø. Det er langt lettere at dø, når kroppen ikke kan mere, end at dø, mens kroppen stadig er frisk. Jeg har hørt kræftpatienter sige, at de ikke kan ikke mærke, at de er syge og spørger forundret: "Hvordan kan jeg være dødelig syg, uden at mærke det?". Det kan være svært at begribe. Derudover kan det også være svært at forstå, at man ikke længere er dødelig syg, hvis man en dag bliver kureret. Så kroppens forfald kan være en hjælpende hånd til at forstå dødens tilnærmelse, samt alvor. Forfaldet indtræder normalt gradvist og ganske langsomt, når kroppen har toppet i 25-års-alderen. Tømmermændene rammer pludseligt hårdere. Muskelmassen bygges langsommere op. De første grå hår. De første rynker. Misfarvede tænder. Brillen. Høreapparat. Ny hofte. Nyt knæ. I en verden, hvor ungdommen hyldes og mulighederne er mange, kan det være tillokkende at holde de grå hår hen med hårfarve, få afbleget tænderne, fikset rynkerne med botox, eller få foretaget plastikkirurgi. Men kampen mod kroppens naturlige forfald kan ikke vindes. Den må accepteres. I kampens hede risikerer vi at snyde os selv for en ro og modenhed, der kan opleves, når vi accepterer, at tingene er som de er, og at det er godt nok.

Planlæg din egen begravelse

For nogen kan det virke beroligende at vide, hvad der sker med en, når man ikke længere er her. Derfor kan det være hensigtsmæssigt at tage stilling til sin afsked med denne verden. I den forbindelse kan du spørge dig selv om følgende:

- Vil jeg brændes, begraves eller donere min krop til lægevidenskaben? Vil jeg donere mine organer?
- Hvor vil jeg ligge? Vil jeg spredes ud over havet? Eller måske både bisættes og spredes? Skal der holdes en ceremoni og hvor, i så fald? Hvilke sange skal synges? Vil jeg sige noget til de efterladte?
- Hvordan hjælper jeg bedst muligt mine efterladte? Skal jeg begynde at rydde op og dele ud? Er det relevant at få skrevet et testamente?

Det er store spørgsmål og de kan være svære at sidde med selv. Det kan derfor være en del af det terapeutiske arbejde at hjælpe klienten med at få taget stilling, samt skrevet det ned.

Skal man være gammel for at blive klar til at dø?

Døden er individuel. Personlig. Kroppen har en udløbsdato og for de fleste er den langtidsholdbar. Undersøgelser har vist, at ældre mennesker ofte er mindre bange for at dø end yngre, men derimod mere bange for at blive ramt af sygdom og smerter (Atiq, 2006). Der kan således ligge en fordel i at være ældre, når det handler om at blive klar til at dø. Men jeg har også mødt yngre personer, som opnår en form for accept af en nærliggende død. Uden for det terapeutiske rum har jeg endda mødt yngre mennesker, som er raske og rørige, men som har haft en nærdødsoplevelse og derfor vurderer, at resten af deres liv er en form for bonus. De kan være af den opfattelse, at de "burde" være døde og derfor har et anderledes forhold til døden. Til sidst vil jeg slutte af med et udsagn fra en af de gamle stoikere:



"THAT MAN LIVES BADLY WHO DOES NOT KNOW HOW TO DIE WELL"

Seneca, On the tranquility of mind

Kilder

Atiq, R. (2006). Common themes and issues in geriatric psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(6), 53–56.

Yalom, I. (2008). *Som at se på solen – at leve med døden*. (udg.1). København: Hans Reitzel.

Yalom, I. (2006). *Eksistentiel Psykoterapi*. (udg.1). København: Hans Reitzel.

.....

En dag i en kommunal gerontopsykologs arbejdsliv

Stine Venø Hermansen

Dagen starter foran skærmen

Dagen som kommunal gerontopsykolog starter ofte ved skrivebordet med computeren og telefonen tændt. Selvom jeg er oppe og i gang, så ønsker mine borgere sjældent at tale med mig så tidligt om morgenen. Når man ikke længere er på arbejdsmarkedet, og måske endda er afhængig af andres hjælp til at komme i gang med dagen, så har morgenerne for nogle fået et andet tempo. Morgenstunden er heldigvis ikke tabt. Vi har en bred vifte af vigtige og engagerede samarbejdspartnere, både i og udenfor Sundhed og Omsorg, og der er derfor en del koordinering og overlevering via mail og telefon.

Denne morgen skal jeg have fat i en sygeplejerske på et af plejehjemmene for at følge op på Ole, jeg har i forløb. Vi taler om Oles reaktion på de planlagte pauser personalet har arbejdet på at indføre siden sidste samtale, og sygeplejersken fortællert, at de oplever Ole lidt mindre udkørt sidst på eftermiddagen, men at det er svært at fastholde ham i pauserne. Vi taler om, hvordan personalet kan gå videre herfra.

Jeg kigger ned over min kalender, og kan konstatere at dagen byder på et par kendte navne og et nyt bekendtskab. Jeg fyldes kortvarigt af vemod, håb og fortrøstning, når jeg ser deres ansigter for mig, og forsøger efterfølgende mentalt at danne mig et billede ud fra henvisningen af det menneske jeg skal møde for første gang. Tunet ind på dagens arbejde kører jeg ud i det kommunale landskab.

At se på det levede liv

Mit første borgerbesøg i dag er Karen på 97 år. Karen har kræft og fik en terminalerklæring for 3 måneder siden. Karen bor fortsat i egen lejlighed med en skøn udsigt ud over byen, men kommer ikke ud mere. Det er femte samtale i dag, og jeg er spændt på hvad der møder mig. Karen har de sidste 7 uger, jeg har kendt hende, mistet terræn. Ved vurderingssamtalen mødte jeg en kvinde, der så stilbevidst ud og

var smart i tøjet. Men som ugerne gik blev den stilbevidste garderobe til nattøj og badekåbe, og sidste gang var Karen tydeligvis lige stået ud af sengen og havde glemt vores aftale.

Vi har brugt samtalerne på at se tilbage på det liv Karen har levet, tydeliggjort det fundament hun står på og boostet den kvinde hun har været. Hvilken betydning har hun haft for de mennesker hun har mødt? Tanker om døden har sneget sig ind i samtalerne, men Karen giver udtryk for, at hun er afklaret med at skulle herfra. Karen liver op i løbet af samtalerne og giver udtryk for at være glad for vores kontakt. Ved samtalen i dag ønsker Karen at tale om sine tidligere venskaber og de mønstre og knubs, hun kan se, er gået igen. Vi taler om prisen for at have søgt den type veninder, der var interessante, men også intrigante, og Karen siger afslutningsvis, at hun ville gøre det igen: "Det ville have været for kedeligt ellers. Også selvom det medførte knubs."

At passe på sig selv

Min næste samtale er hjemme hos 72-årige Tove, der ligeledes bor i egen lejlighed. Toves mand fik en blodprop i hjernen for 4 år siden og fik pludselig udtalt plejebehov, men ægteparret har siden klaret hverdagen med minimal hjælp fra kommunen. Hovedsageligt fordi Tove har sat en ære i at klare hjemmet og nu også ægtefælles udfordringer selv. Tove henvises til Center for Livskvalitet af forebyggelseskonsulenten med en angstproblematik.

Det er sjette gang jeg besøger Tove, og der er sket mange ting i hendes liv siden vurderingssamtalen. Tove har været meget imod tanken om en plejehjemsplads til ægtefællen, til trods for anbefalinger fra både børn og visitatorer. I løbet af vores samtaler går det op for Tove, at hendes angstproblematik bunder i en hverdag med alt for mange krav, og at hun ikke kan holde til det mere. Tove beslutter derfor at søge en plejehjemsplads til manden, og da jeg besøger hende i dag, er det 3 uger siden han er flyttet.

Det er på mange måder en anden Tove, der sidder foran mig i dag. Tove forklarer, at der qua flytningen er en masse praktiske gøremål, men hun fortæller også, at hun kan klare det. Tove fortæller, at ægteskabet nu er præget af mere nærvær og kvalitetstid, fordi hun har kunnet lægge plejeansvaret fra sig, når hun besøger manden. Vi taler om en øget balance mellem krav og ressourcer, og bemærker, at Tove i screeningerne

bl.a. nu vurderer sit helbred bedre end første gang vi mødtes. Tove siger, at hun ikke har oplevet uro i kroppen siden flytningen, hun sover bedre og har ikke haft behov for at tage beroligende medicin om aftenen for at stoppe tankemylderet: "Når jeg lægger mit hoved på hovedpuden nu, tænker jeg: "ah, hvor dejligt". Tove og jeg afslutter vores forløb, og aftaler en tid om 3 måneder, hvor vi følger op på forløbet og screeningerne. Efter mine to første borgerbesøg indtager jeg frokosten i bilen, inden jeg kører videre. Det er også her jeg prøver at fange en af mine kollegaer telefonisk, så vi kan få vendt eventuelle spørgsmål, og jeg får plejet mit mentale arbejdsmiljø.

Ambivalensen i forhold til at ønske hjælp

Over middag ligger der en vurderingssamtale med 75-årige Kurt, der bor i et rækkehus med sine to katte. Det er sygeplejersken, der oprindeligt har taget kontakt til Center for Livskvalitet. Her har hun beskrevet Kurt som depressiv, men også afvisende overfor plejepersonalets forslag om fx medicinsk antidepressiv behandling, flytning til ældrebolig, sociale tiltag m.m. Plejepersonalet oplever, at det er svært at hjælpe Kurt. Da jeg kommer ud til Kurt, møder jeg en mand, der på mange måder sender modstridende signaler. Kurt er humoristisk i kontakten, lunefuld og klar med en hurtig, sjov bemærkning, og fremstår umiddelbart hverken depressiv eller forpint. Men i løbet af vurderingssamtalen fortæller Kurt, hvordan han mistede sin hustru i en ung alder, og kort tid efter selv endte i en ulykke, der medførte invaliderende kroniske smerter og en førtidspension. Kurt fortæller, at han aldrig har accepteret eller fået bearbejdet sorgen.

Rækkehuset og Kurt selv fremstår miseriestræget; som en hule og dens beboer der har været gemt væk i mange år. Der er udtalt ambivalens at spore hos Kurt. På den ene side giver han udtryk for at have givet op og at "det alligevel ikke nytter noget"; på den anden side opstår der kortvarigt et vindue i samtalen, hvor Kurt bliver ked af det og giver udtryk for, at han gerne vil have det bedre. Jeg får på en omsorgsfuld måde italesat for Kurt, at det er som hans humor dækker over noget smertefuldt, og at vi på den måde ikke kan se på det, der er svært. Dette nikker Kurt genkendende til og vi får talt om prisen for denne mekanisme. Vi bruger ligeledes tid på at se på ambivalensen og hvordan den fastholder og begrænser Kurt i at søge hjælp. På den måde får vi med det samme startet på at etablere en vilje hos Kurt til at arbejde med det der er svært i stedet for at dække det til med vittigheder. Vi afslutter vurderingssamtalen med en

forsigtig alliance, men ambivalensen vil sandsynligvis blive en faktor vi skal vende tilbage til igen og igen.

Tid til henvisninger

Fire dage om ugen i en time skiftes psykologerne i Center for Livskvalitet om at tage imod henvisninger og spørgsmål i vores telefoniske "hotline". I dag ringer der en sygeplejerske fra et plejehjem, der ønsker at henvise Else til et samtaleforløb. Sygeplejersken fortæller, at Else flyttede ind på plejehjemmet for 5 måneder siden, men har haft svært ved at falde til og isolerer sig meget. Samtidig fortæller sygeplejersken, at Else mistede sin mand for 4 år siden, og at hun ikke har fået sorgen bearbejdet. Else har givet samtykke, og udtrykker ifølge sygeplejersken et behov for at tale med en psykolog. Jeg noterer de relevante oplysninger om Else, og vi aftaler at psykologen i området vender tilbage for at aftale tid for en vurderingssamtale.

Dagen rundes af på samme måde som den startede; foran computerskærmen, hvor dagens samtaler skal journaliseres, screeninger skal registreres og nye henvisninger skal videresendes. Jeg får i samme ombæring rundet dagens indtryk af, og sendt en afsluttende tanke til Karen, Tove og Kurt, der med hver deres fortælling på en eller anden måde også har sat et lille fodaftryk i min fortælling. I morgen venter en ny dag med flere borgere og unikke livshistorier, og jeg glæder mig.

En (relativt) ny kommunal gerontopsykologs erfaringer

Nanna Rossen Dahl

Min store interesse for ældreområdet er i høj grad udsprunget af mit arbejde som afløser på et demensplejehjem, hvor jeg arbejdede i fem år ved siden af psykologstudiet. Her erfarede jeg, hvor fantastisk lærerigt det er at arbejde med ældre mennesker. I tiden på plejehjemmet blev jeg især opmærksom på vigtigheden af se den enkelte borger som et individ med sin helt egen unikke livshistorie.

Ud over at få erfaring med at arbejde på en kommunal arbejdsplads og få indblik i hvordan plejesektoren fungerer i Danmark, så fik jeg også erfaring med at træde ind ad døren hos mange forskellige borgere. Hver gang med det formål at tilbyde min hjælp og omsorg til det menneske, som mødte mig på den anden side af døren. Og netop dette møde med borgeren på den anden side af døren optog mig meget i min tid på plejehjemmet. Jeg erfarede, at jeg på den anden side af døren kunne møde borgere uden sprog, borgere med vrangforestillinger og hallucinationer, borgere som var frustrerede, borgere som var angst eller kede af det, men også borgere som var glade og smilende og som roligt sad og lyttede til musik fra radioen og kiggede ud ad vinduet. Her fandt jeg hurtigt ud af, hvor vigtigt det er at møde hver enkel af disse borgere i nuet. Men vigtigst af alt at møde den enkelte borger på en måde som er med til at facilitere den bedst mulige relation til vedkommende. Jeg erfarede hurtigt, at dette kræver øvelse og at der skulle mange af disse møder med borgeren bag døren til for at få en følelse af erfaring.

Så på mange måder var disse fem år som afløser på et plejehjem i høj grad med til at kickstarte min interesse for det gerontopsykologiske arbejdsfelt. Derfor var det også med stor glæde, at jeg i sommeren 2018 fik lov at starte i jobbet som psykolog hos Center for Livskvalitet i Aarhus Kommune. Som kommunal ansat gerontopsykolog får jeg netop mulighed for at arbejde med den ældre del af befolkningen og jeg får lov til at arbejde med noget af det, som jeg finder allermest interessant – nemlig mødet med

det ældre menneske og muligheden for at hjælpe med at øge vedkommendes livskvalitet.

Et spændt og forventningsfuldt møde med det nye job

Jeg tog mine erfaringer med at møde forskellige borgere på plejehjemmet med ind i mit arbejde som gerontopsykolog ved Center for Livskvalitet. Men på trods af disse erfaringer var jeg stadig spændt på nu at skulle møde borgerne på en anden måde. Næmlig i rollen som psykolog. I starten fløj der mange tanker igennem hovedet på mig: "kan jeg overhovedet finde ud af arbejdet som gerontopsykolog?" og "hvad kan jeg overhovedet?". Derfor var min start hos Center for Livskvalitet fyldt med en masse spænding og nervøsitet. Men på den gode måde. For jeg glædede mig til at begive mig ud i rollen som psykolog og møde borgerne med denne kasket på. Og netop det at blive kastet ud i det lidt ukendte farvand viste sig at være den bedste læring. For på den måde erfarede jeg, ligesom jeg havde gjort det på plejehjemmet, at hvert et nyt møde med en borger var med til at udbygge min erfaring. Hos Center for Livskvalitet var de gode til at sørge for, at jeg i starten ikke havde for mange borgere i forløb på en gang. Dette gav en mulighed for, at jeg i starten af min ansættelse havde tid til at forberede og fordybe mig i den enkelte borgersag. Dette har været medvirkende til, at jeg gradvist har fået udbygget min viden. På den måde lærte jeg at se mønstre og danne erfaringer på tværs af mine forløb. Jeg fik gradvist en gryende mønstergenkendelse, som min supervisor ofte har kaldt det.

Den stejle læringskurve

I løbet af den første tid hos Center for Livskvalitet har jeg haft en følelse af, at jeg hver dag har lært noget nyt. Både om arbejdet som gerontopsykolog men også om mig selv rent personligt. Når jeg kigger tilbage, bliver det tydeligt, hvordan min læringskurve i starten har været enorm stejl. Hvordan man er gået fra i starten at være i tvivl om, hvorvidt man overhovedet dur til at være psykolog til gradvist at have en følelse af at befinde sig bedre og mere komfortabelt i rollen som psykolog.

I dag er jeg fortsat på vej op ad læringskurven og jeg mærker, hvordan jeg konstant er i gang med at udbygge min praksiserfaring som psykolog. I den forbindelse fornemmer jeg, hvordan jeg lærer noget af hvert enkel borgerforløb i forhold til mit terapeutiske arbejde. Her er det især den konstante svingning mellem teori og praksis, som bidrager

til den fortsatte rejse op af læringskurven. En svingning som for mit vedkommende opstår, når jeg går tilbage og læser om noget teori fx fra studietiden med udgangspunkt i et eksempel fra min terapeutiske praksis. Dette er med til at facilitere min kun lige påbegyndte rejse op af læringskurven.

Så hvor står jeg i dag – både fagligt og personligt?

Jeg er stille og roligt påbegyndt en rejse hen i mod at finde min egen personlige stil i det terapeutiske arbejde. Udgangspunktet har i starten af min ansættelse været en meget eklektisk tilgang, så min hidtidige rejse har indtil videre budt på en del afstikkere ned ad sideveje for at afsøge forskellige terapeutiske retninger. Men hovedvejen bærer mere og mere præg af at være en blanding af et grundlæggende eksistentielt fokus blandet med et fokus på kognitiv adfærds terapi, samt den mere neuropsykologiske vinkel på aldringens psykologi.

Hvad jeg desuden er blevet beriget med, og som har været en stor gave indtil videre i arbejdet som kommunal gerontopsykolog, er den unikke mulighed for at få indblik i livshistorien hos mennesker, som har levet et langt liv. Det at få lov at sidde overfor et menneske med så meget livserfaring og viden. Det er noget, som jeg er meget ydmyg over at få lov at opleve. At man så samtidig kan være med til at hjælpe dette menneske i en fase af livet, som kan give forskellige udfordringer, som kan være svære at håndtere på egen hånd. Ja det er det, der gør arbejdet som gerontopsykolog så fantastisk meningsfuldt og berigende. Når jeg kigger tilbage på mine samtaleforløb i dag, så er der én ting som er blevet ganske tydelig for mig. Nemlig vigtigheden af at skabe en god relation til den enkelte borger som kan danne udgangspunkt for den terapeutiske alliance. Desuden har jeg fået en større forståelse for vigtigheden af det tværfaglige samarbejde med andre faggrupper i kommunen samt pårørende ift. at kunne hjælpe borger bedst muligt.

Og så er der erfaringerne på det mere personlige plan

Min tid som kommunal ansat gerontopsykolog har indtil videre rent personligt sat gang i en masse tanker om det at blive ældre. Nogle tanker som tidligere ikke har fyldt særlig meget. Gennem mine samtaler med de ældre borgere har jeg fået et unikt indblik i, hvad det vil sige at blive ældre og hvilke tanker og processer, der sættes i gang i denne del af vores livsudvikling. For et relativt ungt menneske som mig, er der noget specielt

og lærerigt i at sidde og tale med et menneske, som er afklaret med at livet nærmer sig sin afslutning. Det at vide, at man kan nå dertil i sin livsrejse, hvor man med ro i sindet er klar til at sige farvel til livet. Disse samtaler har gjort et stort indtryk på mig personligt. Generelt har samtalerne omhandlende døden og det at skulle forlade livet vist sig at være de samtaler, som jeg i starten fandt allermest udfordrende, men som jeg i løbet af min tid ved Center for Livskvalitet har lært så utroligt meget af. Det at sidde med et andet menneske og indbyde til at tale om det uundgåelige vilkår for os alle – nemlig døden. Dét har været med til at skabe en udvikling både fagligt og på det mere personlige plan.

Så hvad er mine råd til kommende kommunale gerontopsykologer?

Først og fremmest er mit råd til kommende psykologer inden for ældreområde, at man skal se det som en gave at få lov til at arbejde med denne målgruppe. Som nævnt ovenfor så føler jeg mig meget privilegeret over at få lov til at sidde overfor et menneske, som har levet et langt liv og samtidig få lov til forhåbentlig at være med til at øge livskvaliteten hos vedkommende.

I den forbindelse må mit næste gode råd være vigtigheden af at have fokus på, at det terapeutiske arbejde med denne målgruppe kræver en høj grad af tilpasning af terapien til hver enkel borger. Hver enkel borger kommer med en unik livshistorie, men samtidig også med en individuel aldringsproces både fysisk og psykisk, som der skal tages højde for. Men i min optik er det netop dét, der gør arbejdet som gerontopsykolog så utrolig spændende og udfordrende.

.....

En borgers oplevelse af forløb med kommunal gerontopsykolog

Anonym borger

Når ens verden vælter, og jeg mener bogstaveligt talt vælter! Så har man akut behov for hjælp - og hvad gør man så?

Der går dog flere dage i min elendighed. Men så husker jeg, at Sundhed og Omsorg ved en tidligere opringning havde sagt: "Du lyder som om du har behov for en psykolog?" Hvilket jeg afslog på daværende tidspunkt.

Men så blev jeg, til min egen overraskelse, handlekraftig i et kort øjeblik. Rejste mig fra min liggende stilling på sofaen. Erkendte, at når nøden er størst er hjælpen nær – hvis man altså spørger om hjælp. Det gjorde jeg i februar 2019 og igennem mere end et år (pga. Corona) blev jeg hjulpet indtil jeg igen kunne stå på egne ben.

Jeg har bedt om hjælp, psykologen Lasse kommer. Hvordan hjælper han mig igennem min uoverskuelighed? Får mig op af sofaen i mit livs KRISE?

Lasse kommer ind ad døren, vi hilser, han sætter sig i min sofa, med blok og papir. Han præsenterer sig og giver udtryk for håbet om, at han kan hjælpe mig. Han siger, at han har al den tid der er nødvendig til at høre på mig denne første gang.

Jeg har med det samme tillid, ingen skrupler, jeg snakker, jeg har brug for hjælp. Lige nu orker jeg ikke livet. Jeg er en ældre dame, men kan ikke bruge min livserfaring til noget. Jeg er blot en lille pige, der har brug for mor og far. Dem erstatter Lasse.

Han får min historie, igennem tårer. Han lytter og lytter og lytter. - Håber han kan stenografere - for historien bliver lang - associationer kommer og går i tilknytning til al min snak. Ind i mellem spørges der uddybende til det sagte. Jeg runder af (prøver at runde af). Nu bliver jeg stillet konstruktive spørgsmål til det sagte.

Lasse har været hos mig længe. Tårerne er holdt op. Han vil komme igen næste uge samme tid. Slutteligt får jeg en diskette med 6 øvelser til mindfulness. Om jeg vil bruge den er frit valg. Jeg kender mindfulness og beslutter mig til kun at bruge én øvelse og den gør mig godt. Jeg får også nogle brugbare ord: Forkæl dig selv, tænk på dig selv.

Hvilket jeg prøver. Prøver at sætte mig selv i centrum i min væltede verden. Lasse foreslår også, at jeg spiser en banan hver dag. Det kan lyde underligt, men nej, kig på Google og bliv glædeligt overrasket over hvad den kan bidrage med.

Lasse siger farvel med tilbud om, at jeg er mere end velkommen til at skrive eller ringe. Han vil altid svare mig på så kort tid som muligt. De gange jeg har haft brug for at give en bemærkning, har han reageret hurtigt. Det er vigtigt i situationen. Så tak.

Lasse kommer igen og han har lyttet, vil jeg skynde mig at sige.

Det er et plus at blive forstået objektivt (i forhold til sine omgivelser, der uundgåeligt vil have en subjektivt vinkel).

Imellem møderne har jeg noteret spørgsmål ned, som er dukket op i ugens løb. F.eks. nævner jeg, hvad der har gjort mig ked af det. Fået mig til at græde. Hvordan skal jeg håndtere denne "oplevelse". Fortæller også, at det er lykkedes mig at forkæle mig et øjeblik mm.

Jeg har næsten grædt færdigt. Men jeg bliver meget berørt over visse emner. Men Lasse lærer mig, at jeg ikke kan have eller udøve omsorg for alle andre, når jeg selv "ligger ned". Når man er mig, er det svært. Men han forstår at forklare mig, hvor vigtigt det er.

Denne gang lærer han mig også en nem og god vejrtrækning til at falde i søvn på. Sågar sender han mig en tegning efterfølgende, så jeg vejledes på papir. Den blev lagt ved siden af min seng og gjorde mig godt i en lang, lang periode.

Lasse kommer igen og igen. Og for hver gang har jeg bygget mig op, en lille smule. Nogle gange er jeg stolt af mig selv. Han roser også min vilje. Ros er en motiverende ting.

Jeg får endda lyst til at give ham et knus af taknemmelighed. Jeg mærker livet vende tilbage, lidt efter lidt, og kan blive euforisk over følelsen. Jeg får også overskud til at spørge ind til hvad Lasse selv er for en fyr.

Lasse er min tryghed i disse måneder, mit holdepunkt. Jeg kan stole på ham. Han lytter til mig. Han følger mig på denne rejse fra under jorden til over jorden.

Midt i forløbet skal jeg flytte fra hus til lejlighed. Faktisk er jeg "glad" og jeg glæder mig til at fortælle Lasse, hvor godt jeg har klaret flytningen, og hvordan jeg på mit nye sted er mødt med hjælp fra borgerkonsulent, ergoterapeut, fysioterapeut og søde naboer.

Lasse bygger mig op og vi aftaler længere tid mellem hans besøg. Igen bliver jeg informeret om, at jeg kan ringe og få aftalen rykket frem, hvis jeg falder i et hul. Mere tryghed, som jeg har så hårdt brug for.

Vi er nået dertil, hvor vi skal have en afsluttende samtale og konklusion. Aftalen ligger i det nye år, 2020. Coronaen stopper al nærvær. Men hvad gør Lasse så; han ringer for at spørge, hvordan jeg har det. I skrivende stund får jeg gåsehud ved tanken om den omsorg.

Vi har et afsluttende møde i juni måned. Jeg er blevet hjulpet igennem, tilbage til livet. Jeg fungerer som menneske igen, jeg er blevet social, har endda meldt mig til et kursus i "Historie, kunst og kultur", som gør mig godt. Jeg smiler. Mit liv er blevet velfungerende både i glæde og "sorg".

Lasses håb om at kunne hjælpe mig er lykkedes med bravur.

Og til sidst sidder din redning der over for dig, ham der har hjulpet dig til, at I nu kan sidde og grine sammen og tale om fremtiden med fortrøstning.

Jeg er blevet handlekraftig og kan tage vare på mig selv. Vel vidende, at Sundhed og Omsorg altid kan blive min backup, hvis uheldet skulle være ude. Det gør mig tryk.

Tak fordi I sendte mig Lasse, der udstrålede en ro, der omgående fik mig til at tro på, han ville blive min hjælp. TAK til Lasse. Du kom ind i mit liv, du er også gået ud af mit liv. Men i min sjæl vil du forblive.