



Psykoterapi med eldre

Minna Hynninen

Psykologspesialist, PhD

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus/ Universitetet i Bergen

For mestring og verdighet

Anna, 74 år



Bilde: Mikael Kristenson/Unsplash

For mestring og verdighet

Hvorfor psykoterapi?

- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon:
 - Alle typer psykologiske intervensjoner bør være tilgjengelige også for eldre med depresjon
- Psykoterapi kan ha god effekt:
 - Klar nytte der pasienten ikke ønsker/responderer på medikamentell behandling
 - Mer langvarig effekt sammenlignet med medikamentell behandling

Psykoterapi

- Bruken av psykologiske metoder i behandling av psykiske lidelser og problemer
- Målet er en endring i retning av økt livskvalitet, eller bedret psykisk helse
- Et grunnleggende skille mellom ren samtaleterapi og ren atferdsterapi



Det nytter!

- Effekt av psykoterapi er moderat til høy (SMD 0.73; 95% CI 0.51-0.95) (Huang et al., 2015)
- Kognitivatferdsterapi og problemløsningsterapi har best effekt, interpersonlig terapi og life-review kan også være nyttige tilnærminger (Cuijpers et al., 2014; Jönsson et al., 2016)
- Psykoterapi/psykologisk behandling effektiv også for angst hos eldre (e.g. Pincus & Duberstein, 2007; Thorp et al, 2009)

Psykoterapi med eldre

- Behandling som for andre eldre med psykiske lidelser, men med særegen livssituasjon tatt i betraktning
 - Tapsopplevelser, tap av funksjon, mobilitet
 - Lite sosialt nettverk, ensomhet
 - Somatiske lidelser/smerter og medisinsk behandling av disse
- Ikke nødvendig å tilpasse behandling pga. høy alder, men ofte nødvendig å vise hensyn til kompleksiteten i tilstanden/livssituasjonen (biopsykososial forståelse)

Er det behov for å tilpasse psykoterapi for eldre?

- Endringer i kognitive funksjoner (som følge av normal aldring eller demensutvikling)
 - **Eksekutive funksjoner** – Trenger mer støtte til planlegging, organisering, strukturering, gjennomføring
 - **Hukommelse** – Flere gjentakelser, mer tid, støttetiltak
 - **Redusert tempo** – Saktere tempo, mer tid
 - **Redusert oppmerksomhet** (vedvarende/delt) – Kortere økter, fred og ro, fokus på en ting om gangen
- Somatisk sykdom
 - Svekket funksjon/reduert mobilitet
 - Sykdomsrelaterte tanker, katastrofetanker
 - Endringer i roller, tapsopplevelser

Kreativitet og fleksibilitet

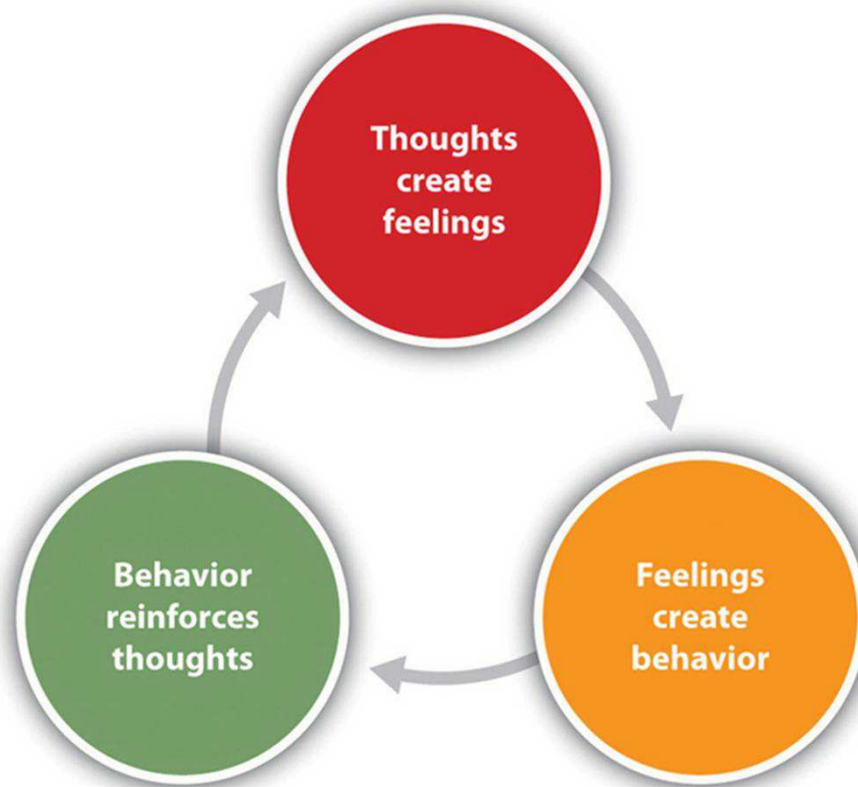


- Terapi der pasienten er
- Hjelpemidler, støttestrategier
- Pårørende som støttespillere
- Eksponeringstrening sammen med pasienten
- Varigheten og hyppigheten av behandlingstimene

For mestring og verdighet

Kognitiv atferdsterapi

- Psykoedukasjon
- Kognitiv terapi
- Problemløsning
- Atferdsaktivering
- Eksponering
- Avspenning
- Ferdighetstrening



Bilde: Medikoe health expert

For mestring og verdighet

«Anna», 74 år

- *Anna går med på å prøve samtaleterapi, selv om hun ikke har tro på at hun kan hjelpes. Hun vil ingenting. Hun orker ingenting. «Dette er ikke noe liv. Hadde jeg bare fått dø»*

«Anna»

Symptomopprettholdende faktorer:

- **Tankemønstre/Antagelser:** Tanker preget av håpløshet, at hun ikke har noe å bidra med, mestrer ingenting, livet er ikke verdt å leve
- **Atferdsmønstre:** Passiv, isolerer seg, blir sengeliggende. Går ikke ut pga. angst for å falle
- **Sosiale forhold:** Svært begrenset kontaktnettverk. Ingen faste aktiviteter. Konflikt i familien
- **Somatisk:** Smerter og dårlig balanse

Hva Anna vil?

- Anna ønsker å bli mer selvstendig
- Hun ønsker å begynne med fysisk aktivitet og ha flere «overskuddsaktiviteter»
- Hun ønsker å komme frem til sine egne strategier og løsninger
- Hun vil ha en hverdag med meningsfulle aktiviteter og sosial kontakt

«Anna» - behandlingsplan

- Skape relasjon, behandlingsallianse
- Kognitiv atferdsterapi
 - Atferdsaktivering
 - Problemløsning
 - Sosial ferdighetstrening
 - Kognitiv restrukturering
- Planlegging og forberedelser for avslutning
 - Aktiviteter og sosialt nettverk som kan støtte henne
 - Plan for tilbakefall

Atferdsaktivering

- Mål:
 1. Øke engasjement i adaptive aktiviteter
 - «Hyggelige» aktiviteter, gir positive følelser
 - Viktige, betydningsfulle aktiviteter, gir mestringsfølelse
 2. Redusere engasjement i aktiviteter som opprettholder eller øker depressive symptomer
- Registrering/monitorering av aktiviteter
- Planlegging av aktiviteter
- Å begynne å gjøre aktiviteter

Oppsummering -Behandlingsfaser

1. Skape relasjon/arbeidsallianse, få tak i ressursene, gi håp, øke motivasjon
 - Pasientens perspektiv – hva er viktig for pasienten?
 - Psykoedukasjon: Hva er depresjon/angst? Behandlingsrasjonale
2. Behandling, øving på teknikker og ferdigheter, erfaringsbasert læring med utgangspunkt i kasusformulering
 - Samarbeidsprosjekt
 - Ikke bare snakke, men eksperimentere og gjøre seg nye erfaringer, oppleve mestring
3. Planlegging fremover, forebygging av tilbakefall

For mestring og verdighet

Referanser:

Cuijpers et al. (2014). Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas*, 79, 160-9.

Huang et al. (2015). A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 23, 261-73.

Jönsson et al. (2016). Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: A systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS One*, 11.

Karel & Hinrichsen (2000). Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions. *Clin Psychol Rev*, 20, 707-729.

Pinquart & Duberstein (2007). Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioral and pharmacological interventions. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15, 639-51.

Thorp et al. (2009). Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17, 105-15.