

Samtale med en person med depresjon

Eivind Aakhus

Avdelingsoverlege, ph.d

Sykehuset Innlandet

Du jobber i helsetjenesten

- Opp mot 15 % av gamle har depresjonsfølelse, 4-5 % har en depresjon som skal behandles
- Ubehandlet depresjonsfølelse kan utvikle seg til depresjon
- «Subklinisk» depresjon påvirker i seg selv livskvalitet og funksjon
- Du vil komme til å møte gamle mennesker med depresjon
- Det er ikke sikkert du kommer til å gjenkjenne depresjon, selv om den er tilstede
- Hva skal du se etter – og hva skal du gjøre?

Hvem er utsatt for å få depresjon?

Helsedirektoratet (2009) sier at disse skal kartlegges:

- personer som tidligere har hatt behandlingstrengende depresjon
- personer med rusmiddelproblemer
- personer med somatiske lidelser som forårsaker funksjonstap
- personer med kroniske smerter
- personer med tapsopplevelser
- personer som har opplevd traumer, for eksempel seksuelle overgrep i barndommen eller i voksen alder
- personer med andre psykiske lidelser

Hva betyr dette for eldre?

- Rusmiddelproblemer – spesielt alkohol og beroligende legemidler, men også smertestillende (opiater)
- Somatiske lidelser med funksjonstap – slag, artritt, artrose, KOLS, hjertesvikt, kreft, syns- og hørselstap
- Kroniske smerter
- Tapsopplevelser – spesielt nye, egen helse, status, sykdom og død i nære relasjoner

Hvordan ser en depresjon hos en eldre person ut?

- Bevisstheten om depresjon hos eldre er god hos mange i helsetjenesten.
- Likevel er det mange eldre som ikke blir behandlet for sin depresjon
- Det kan skyldes:
 - Manglende symptomer
 - Bagatellisering av symptomer
 - «Skyldes alderen», manglende trening i å kjenne igjen eget følelsesliv
 - Skam
 - Andre symptomer eller kompleksitet «overdøver»
 - Smerte, multimorbiditet, rusmisbruk, konflikt
 - Depresjon oppfattes som annen psykisk lidelse
 - Personlighetsforstyrrelse
 - Angst

Hva skal du gjøre?

- Vi er enige om: Mange eldre som mottar tjenester er i risikogruppen
- Det betyr: Vi skal alltid ha med «depresjonsmuligheten» når vi møter en pasient
- Vi skal se etter:
 - Tydelige tegn på depresjon
 - Tristhet, skyldfølelse, nyoppstått vekttap, søvnevansker, uro, konsentrasjonsvansker, initiativ, glede
 - Endring i væremåte, kontaktkvalitet, aktivitet, interesse
 - Endring i livssituasjon – tap av helse eller nære
 - Ensomhet
 - Endring i vår forventning til møtet med pasienten
- Vi skal snakke med pasienten om det vi har sett

Dialog er samarbeid

- En pasient med depresjon møter omverdenen på en annen måte enn om hun ikke hadde hatt depresjon
- Disse forventningene vil også kunne påvirke møtet med helsepersonell
- Forventninger til andre kan være
 - Utilstrekkelighet: "Jeg klarer ikke å gjennomføre møtet"
 - Lav selvfølelse: "Han er ikke interessert i det jeg forteller"
 - Forventning om kritikk: "Han er sikkert oppgitt over meg"
 - Håpløshet: "Det hjelper ikke allikevel"
 - Lav energi: "Jeg orker ikke gjennomføre det"

Hvordan påvirker det oss?

- Noen ganger er dette noe som karakteriserer pasienten gjennom livet (karaktertrekk) eller det er nyoppstått (annerledes enn tidligere). Noen ganger er det kanskje en forsterkning av tidligere trekk
- Å snakke med personer som er negative, uten energi eller innsatsvilje er utfordrende, som å jobbe i en motbakke
- Når pårørende er involvert, kan det oppstå uheldige allianser mellom behandler og pårørende (felles forståelse av pasienten), noe som bidrar til ytterligere isolasjon av pasienten
- Vår profesjonalitet utfordres derfor, og våre egne karaktertrekk kan mobiliseres
 - Blir vi irritert på pasienten? Oppgitt? Sinte?
 - Overtar vi pasientens følelse av at det ikke nytter?

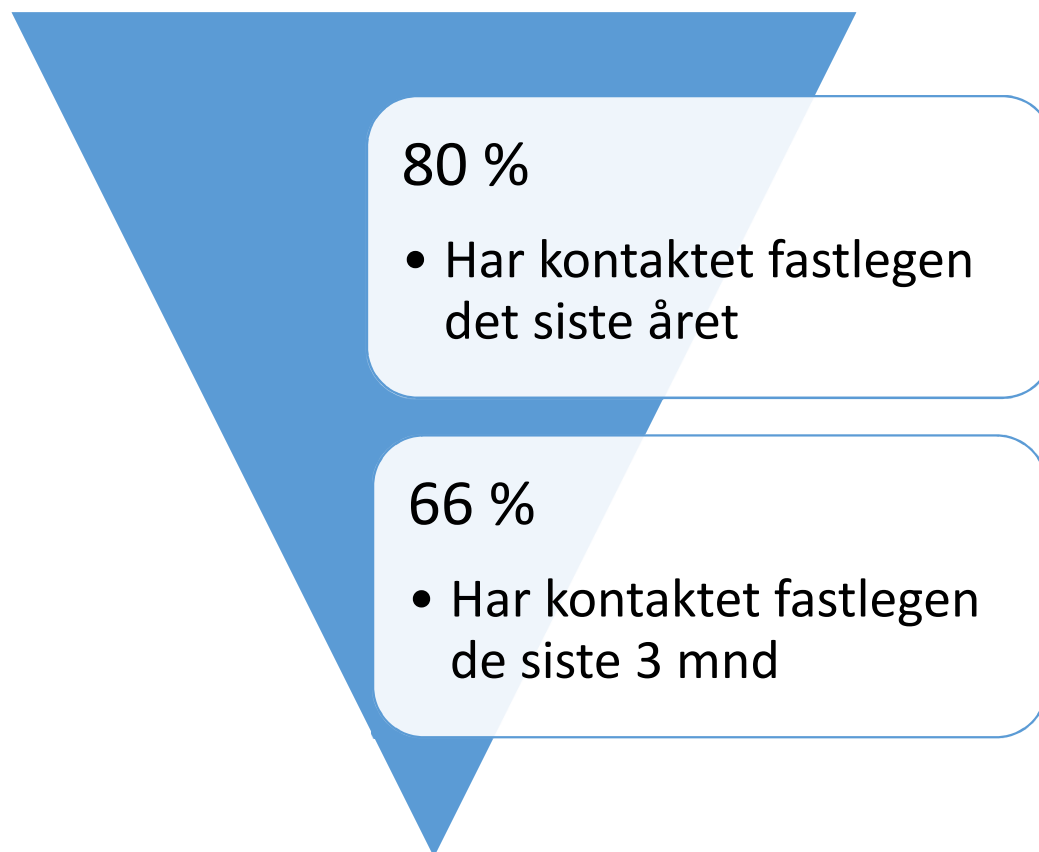
- Et samarbeid er basert på noen nødvendige forutsetninger:
 - Respekt og likevekt mellom to likeverdige parter
 - Interesse for den andre og dennes synspunkter
 - En avklart følelse av hvilken forventning du selv har til samarbeidet
 - Fravær av skjulte agendaer
 - Tydeliggjøring av vår rolle som rådgiver, og ikke «diktator»
- I depresjonsbehandlingen vil dette komme fram på følgende måte:
 - «Jeg er interessert i å vite hvordan du har det»
 - «Jeg er interessert i å vite hva du tenker om det»
 - «Jeg vil vite om du har tenkt på hvordan dette kan løses»
 - «Jeg er opptatt av hva du tenker om mine løsningsforslag»
 - «Kan vi lage en plan sammen for hvordan vi skal løse dette?»

Noen viktige ting å huske på

- En deprimert person vil ofte
 - tenke negative tanker
 - la negative opplevelser eller tanker få større plass enn vanlig
 - generalisere negative tanker slik at de får større plass
 - oppleve at tenkningen er «sort-hvitt» preget med lite plass for nyanser
- Gjennom samtale kan pasienten lære å nyansere sitt virkelighetsbilde
- Ditt bidrag kan gjøre at pasienten får større tro på at endring er mulig

Hva med selvmordstanker?
Tør vi snakke om dem?

Suicidale tar kontakt med helsepersonell!



Kilde: FHI, 2013

Hvorfor spørre om suicidalitet?

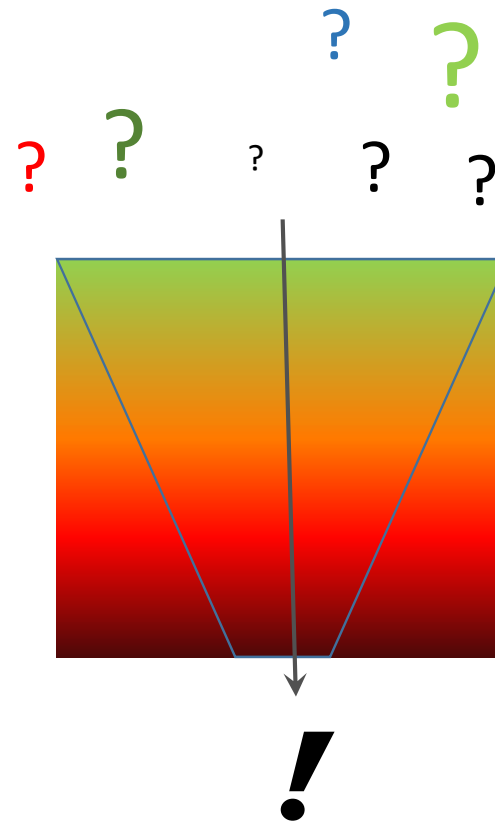
- Kan fange opp høyrisiko-individer
- Ufarliggjør/ "Av-tabuifiserer"
- Viser pasienten at du ser dennes problemer
- Kan sette i gang tanker om at noen kan hjelpe
 - Reduserer isolasjon, øker følelse av fellesskap

Å finne dem hjelper!

- PROSPECT-studien (1999-2003)
 - Collaborative care modellen bedret suicidalitet og depresjon
- Depresjon kan behandles
- Ensomhet kan brytes
- Inaktivitet kan snus til aktivitet
- Gode programmer krever tverrfaglig samarbeid, samarbeid mellom helsetjenestenivåene

Hvordan kan du spørre?

- Fra det generelle til det konkrete
- Fra det alminnelige til det personlige
- Fra det fjerne til det nære



Fra tanke til handling

- Trives du med livet?
- Synes du livet er godt?
- Har du noen gang tenkt at en naturlig død ville være velkommen?
- Skulle du ønske du var død?
- Har du noen gang tenkt på å ta livet av deg?
- Har du tenkt på hvordan du ville gjøre det?
- Har du noen planer om dette nå?



Tanke

Handling



Bilde: Michael Weidner, Unsplash.com

Hvordan kan du hjelpe en som er deprimert?

- Du kan tørre å bry deg
- Du kan redusere isolasjon ved å vise interesse
- Du kan *både* vise forståelse *og* bringe inn positive tanker – noen ganger samtidig!
- Du kan avklare om pasienten bør
 - få tettere kontakt med deg en periode
 - kartlegges med spørreskjema for å vurdere depresjonsdybde
 - konsulteres med fastlegen eller psykiatrisk sykepleier
- Du kan lære deg mer om samtaleteknikker overfor deprimerte ved å lære mer om kognitiv atferdsterapi eller problemløsningsterapi som presenteres i dette kurset