



# Fordypningsoppgave

**VPH705 Psykisk helsearbeid**

**Selvpsykologisk perspektiv på eldre og utfordrene  
atferd**

**Marit M Stokkeland**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 25**

**Molde, 130410**



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Selvpsykologisk perspektiv på eldre og utfordrende atferd**

**Tittel på engelsk:**

**Forfatter(e): Marit M Stokkeland**

**Fagkode:**

**Studiepoeng:**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Karl Yngvar Dale**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 130410**

**Antall ord: 8 053**

### **Forord / Sammendrag**

Å bli rammet av demens gjør hverdagen utrygg og uoversiktlig. Gjennom oppgaven har jeg forsøkt å vise hvordan man med et selvspsykologisk perspektiv kan forstå og forebygge utfordrende atferd blant eldre demente. Vi kan se på atferd som en form for kommunikasjon fra pasientens side. I utredning og forståelse må vi evne å ta inn ulike perspektiver. Dette innebærer også å se pasientens subjektive opplevelse og behov. Det kan være vanskelig å møte pasienter med problematferd på en likeverdig måte. Atferden vi ser kan gjøre at vi distanserer oss og blir mer opptatt av problemene enn av medmennesket bak atferden. Pasientens atferd kan være ett uttrykk for forsøk på å mestre sykdommen. Med aktiv lytting, empati, inntoning og forståelse kan vi høre en dypere mening av det pasienten sier og dermed høre hva slags følelser pasienten sliter med. Slik empati og følelsemessig forståelse kan oppmuntre til positiv atferd.

## Innhold

Introduksjon .....	1
Problemstilling .....	2
Teori .....	3
Demens.....	3
Selvpsykologi.....	4
Konkretisering av utfordrende atferd .....	6
Kommunikasjon og forståelse.....	8
Marte Meo.....	9
Empiri.....	11
Narrativ 1: .....	11
Narrativ 2: .....	13
Diskusjon .....	14
Inntoning .....	14
Lytting .....	16
Empati .....	17
Forståelse .....	18
Konklusjon .....	20
Fremsyn og refleksjon.....	20
Referanser .....	21

## ***Introduksjon***

Utfordrende atferd blant eldre medfører en lang rekke konsekvenser og reaksjoner, både hos personene som viser utfordrende atferd, bistandsyttere, familie, medpasienter og samfunnet på ulike måter. For den enkelte pasient kan utfordrende atferd representere et uttrykk for emosjonell nød eller ubalanse, kommunikativ nød, fortvilelse og offentlig fremvisning av nøden og fortvilelsen. For de flestes vedkommende utgjør utfordrende atferd en liten del av de uttrykkene vedkommende har, men får lett en stor og overdreven betydning.

Mellom 15 og 20 % av alle som får diagnosen demens, vil i tillegg få en atferd som omgivelsene karakteriserer som vanskelig, uønsket, uhensiktsmessig, problematisk og lignende. Det er i dag om lag 70 000 mennesker med demens i Norge, og i følge st.meld. nr 25(2005-2006) regner en med at omlag 250 000 personer, både syke og pårørende, er berørt av sykdommen. Om lag 10 000 personer rammes årlig av sykdommen vil etter alt å dømme øke fordi vi lever lengre og mange utvikler demens med økende alder. I institusjon blir samtidig ofte bemanningen redusert pga økonomiske årsaker og en opplever situasjoner som ikke er tilfredsstillende.

Wogn-Henriksen et al,( 1994) fremholder at hun har stor nytte av psykodynamiske og selvspsykologiske forståelsesformer i sitt arbeid med aldersdemente. I arbeidet med å behandle utagerende atferd er hovedregelen at det er lettere å forebygge problematferden enn å intervensere når den først er blitt et faktum. Mestring blir et sentralt element i det forebyggende arbeidet. Jo mer vi klarer å stimulere til mestring, mening og trivsel, desto mindre hyppig forekommer utagering. Aldersdemensen griper direkte inn i sentrale jefunksjoner, og forårsaker dermed en gradvis, men skjebnesvanger og systematisk undergraving av de mange ferdigheter og kapasiteter som kjennetegner det voksne mennesket. Hukommelsen er et kjerneelement i opprettholdelsen av en bevissthet om et eget jeg – en identitet. Uten hukommelsen går vårt liv i oppløsning, vi mister vår personlige bevissthet, og vi blir ” fanget i nået”. Fellesnevneren for de ulike egofunksjonene er en indre organisering som synest å ha til mål å skape harmoni i et ellers kaotisk samspill av impulser. Resultatet av en forsvarsprosess er at angsten i første omgang reduseres og en ny likevekt oppstår, imidlertid kan hensiktsmessigheten og effektiviteten variere, og undertiden kan individets tilpasning til omgivelsene te seg som et symptom. Det aldersdemente menneskets ”valg” av forsvarstrategier avhenger av den preetablerte personlighetsmessige utformingen og av demensens omfang. Jevnt over er det

en økende tendens til å ta i bruk mer primitive forsvarsmekanismer etter som demensen øker.

Gjennom denne oppgaven vil jeg på bakgrunn av to personer med demens innlagt ved døgnavdeling søke å demonstrere hvordan man gjennom et selvpsykologisk perspektiv kan forstå og forebygge deres utagerende atferd. Narrativene er basert på pasienter jeg har hatt i praksis.

### ***Problemstilling***

#### **Hvordan kan vi ved en døgnavdeling anvende et selvpsykologisk perspektiv til å forstå og forebygge utfordrene atferd hos eldre demente?**

I samhandling med demente vil det være fokus på å bruke kommunikasjon til å gi pasienten emosjonell erfaring, maksimere restfunksjoner som finnes, mestring og ikke minst fremme livskvalitet og verdighet. En søker å tilrettelegge slik at den demente mest mulig kan fullføre hver enkelt situasjon og derved oppleve mestring. I følge Kohut er det kun gjennom empati og introspeksjon at vi får tilgang til den andres indre verden, en vanlig samtale forutsetter **empati** om ikke partene skal snakke forbi hverandre. Kohut beskrev også overføringsbedring, analytikers empatiske og inntonende nærvær ses på som en funksjon som så også "forsyner" selvet med en manglende kapasitet og som fremmer en følelse av større helhet og selvsammenheng. Speilende overføring er hos Kohut en samlebetegnelse på en klasse av ønsket og forventet respons som har med å bli gjenkjent, akseptert, sett, verdsatt og lignende.

**Validering** er en metode som brukes i demensomsorgen, her er en opptatt av hva som er pasientens fokus og opplevelse. En skal bekrefte og anerkjenne pasientens meddelelser. Ved hjelp av utforskende spørsmål som hvem, hva, hvor, når og hvordan kan en bidra til å gyldiggjøre de følelsemessige aspektene ved pasientens kommunikasjon. Ideelt sett bør forholdet mellom personale og pasient betraktes som et dialogisk forhold, dvs to likeverdige parter i et subjekt-subjekt forhold. **Inntoning** handler om å innstille seg på vedkommendes opplevelse, oppmerksomhet og tanker skal være på pasienten. Vi bruker hele sanseregisteret vårt for å fange inn en stemning, en følelse eller et inntrykk. Et formål er å hjelpe pasienter med demens til å bruke resurser slik at de i størst mulig grad kan mestre sin hverdag. Mennesker i krise oppsøker helt naturlig andre for å utveksle erfaringer om det vanskelige, og for å hente bekreftelse, trøst og fellesskap. For å kunne

gjøre dette må personale være oppmerksom på **aktiv lytting** og være tilstede i samtalen. Ha rett inntoning og dermed skape gode og likeverdige relasjoner. Utfordrende atferd er reaksjoner på indre og ytre stimuli, og atferd som oppleves som problematisk for omgivelsene, kan være pasientens måte å kommunisere en lite tilfredsstillende livssituasjon på. For å forstå atferden må en kunne innta pasientens opplevelsesperspektiv gjennom empatisk tilnærming og vurdere den situasjonen pasienten befinner seg i og den relasjonen vedkommende har til menneskene rundt seg (Mork-Rokstad/Smedbye, 2008, Hafstad, 2002, Solem et al, 1994).

**Forståelse** og innlevelse innebærer at en lytter og hele tiden har fokus på pasienten. Oppmerksomheten er intenst innstilt, og man er aktivt tilstede. Enhver har behov for å bli bekreftet på den følelsen man har i en sårbar situasjon. Man må lytte og være observant i forhold til følelser som pasienten uttrykker verbalt eller nonverbalt ved stemmeleie, blikk, kroppsholdning og lignende.

## ***Teori***

### **Demens**

Demens (gal/avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd. (...) Den kognitive svikten er ledsaget av svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon. En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. (Engedal/Haugen, 06)

Demens ved Alzheimers sykdom (AD) er den vanligste form for demens. Store deler av hjernen skades når sykdommen progredierer. Språkproblemer er et av de første symptomene ved AD. Langtidshukommelsen svekkes generelt raskt, men korttidshukommelsen er relativt intakt i tidlig fase. Personlighetstrekk fra tidligere i livet kan bli forsterket og det observeres emosjonelle problemer i form av angst, depresjon og

tilbaketrekning. Personligheten er intakt, og vedkommende følger stort sett de normer og regler som han eller hun har levd etter. Normale omgivelser og normale reaksjoner fra andre er av stor betydning for å støtte selvrespekt og identitet.

Frontotemperallappsdemens (FTLD) er et overordnet begrep. Flere degenerative hjernesykdommer hører inn under begrepet og det er ikke mulig ved hjelp av kliniske undersøkelser å skille de ulike sykdommene fra hverandre. FTLD er kjennetegnet patologisk-anatomisk ved tap av hjerneceller, mest utbredt i pannelappene, men også i noen grad i tinninglappene. Den rammer både menn og kvinner og debuterer vanligvis før 65 årsalderen. FTLD er progressiv og varigheten er 5-10 år, noen ganger lenger.

Symptombildet kalles det frontale syndrom, initiativløshet, tilbaketrekning, bortfall av hemninger, svikt i evne til problemløsning og motorisk språkutfall. Det som først og fremst karakteriserer pasientene er endring av atferd. Skader i de nedre deler av frontallappene gir mer symptomer som rastløshet og bortfall av hemninger, mens skader på overflaten av pannelappene gir mer symptomer som interesseløshet, likegyldighet og motorisk treghet.

Personer som blir rammet av demens med Lewylegemer (DLL) er oftest eldre, over 70 år. Klinisk sett kan sykdommen gjenkjennes ved sitt vekslende forløp hvor man kan observere symptomer som har relasjoner til både kortikale og subkortikale skader, kognitiv svikt, fluktuerende bevissthet, synshallusinasjoner og parkinsonisme. Den mest typiske atferdsendringen er kortvarige synshallusinasjoner som opptrer hos nesten alle. Pasientene ser levende organismer, mennesker eller dyr. Depresjon og angst er relativt vanlig.

Vaskulær demens (VaD) er en fellesbetegnelse for demens der årsaken enten er betinget av ett eller flere hjerneinfarkt, en skade eller sykdom i hjernens blodkar, eller av manglende blodtilførsel og derav surstoffmangel til hjernen. Som oftest har pasientene god innsikt i sin situasjon og er klar over sine hukommelseproblemer, selv om de ikke alltid fullt ut forstår hvilke konsekvenser den mentale reduksjonen har. I de fleste tilfellene er tilbaketrekning fremtredende, pasienten blir fort trett og en ser hyppige depressive trekk.

## **Selvpsykologi**

I mitt arbeid med personer med demens mener jeg at jeg har et kroppsorientert og selvpsykologisk perspektiv. Det blir brukt sansestimulering som tilnæringsmåte. Mange demente har en følelse av kontaktløshet og nedsatt evne til nyansert sansing og opplevelse av egen kropp og andre mennesker. I samhandling med alvorlig demens er det viktig å



være empatisk og tilstedeværende, trygg verbal og nonverbal kommunikasjon i samhandling.

Objektrelasjoner betyr individets følelsemessige forhold til de betydningsfulle personene i livet, i utgangspunktet mor, far og søsken, slik de har avleiret seg i psyken og danner basis for hvordan individet forholder seg i nye situasjoner.

Grunnleggeren er Heinz Kohut(1913-81). Han vokste opp i mellomkrigstidens Wien, utdannet seg til lege og bestemte seg tidlig for å gå i fotsporene til Sigmund Freud. I 1939 flyktet han til Chicago pga jødeforfølgelse, jobbet resten av sitt liv som psykiater og psykoanalytiker.

Etter hvert tok Kohut farvel med de klassiske psykoanalytiske begrepene og dannet sine egne, med SELVETS utvikling som det sentrale. Kohut mente at individet ikke først og fremst er drevet av ønsker og behovstilfredsstillelse, men av en indre kraft som strever etter å skape mellommenneskelige erfaringer som kan vekke, vedlikeholde og utvikle individets opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Den viktigste drivkraften er ønske om å føle seg vel, vital, verdifull og grunnleggende forstått av betydningsfulle andre.

Kjerneselvet er opplevelsen av å henge sammen, å eie egne følelser og opplevelser, og å kunne styre egne handlinger. Selvet henger sammen hele livet, fra barndom til alderdom. Det er kontinuitet i selvet, følelser kan forandre seg, men selvet vedkjenner seg følelser det hat hatt selv om de ikke har de samme følelsene i dag.

Selvet utvikler seg i samspillet med selvobjektene. Selvobjektene er den funksjon og betydning for eksempel et annet menneske har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv. Kohut skiller mellom tre ulike typer selvobjekt: Speilende selvobjekt – som gir oss forståelse, bekreftelse og empatisk gjensvar.

Idealiserende selvobjekt: forbilders om lar seg idealisere av oss og dermed gir oss en følelse av styrke og ro.

Alterego selvobjekt: som gir oss opplevelsen av å være sammen med likesinnede.

Kohut mener at gjennom hele livet har vi behov for selvobjekter i våre omgivelser og at selvobjektene er viktigere for psykisk helse enn driftsobjektene. Han sier også at selvobjekter er som oksygen i den luften vi puster i. vi kan ikke klare oss uten, vi har ikke noen fornemmelse av oksygenets tilstedeværelse. Det bare er der, vi tar det for gitt.

Behovet for oksygenet blir klart for oss når det blir for lite av det. Den biologiske organismen forventer at det er oksygen tilstede i et menneskelig miljø.

I selvspsykologien er affektiv inntoning og empati som terapeutisk hovedfokus. Empati blir definert som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg så konsekvent som mulig i den andre sine sko.

Manglende inntoning – minus respons: Feilintoning: aldri møtt hjemme, vanskelig å komme i kontakt med, blir ikke hørt.

Selektiv inntoning: velge oss ut hva som er hva.

Overintoning: noen vet alltid bedre, ditt følelsesliv blir ikke bekreftet.

I selvspsykologien blir det ikke stilt vanskelige spørsmål, vi skal forstå pasienten. Man trenger ikke være opptatt av diagnose ved bruk av selvspsykologi, ved å snakke med noen, ha en følelse av å bli forstått og ved gode opplevelser vokser selvet.

Møte pasienten hjemme, inntoning: Vi må vise interesse for henne, hvem hun er. Hennes opplevelse av vitalitet og selvsammenheng. Ikke fokusere på sykdommen hennes, men observere og følelsemessig forstå pasienten fra

innsiden.(Haugsgjerd/Jensen/Karlsson/Løkke, 2006) Stern la vekt på affektinntoning, det vil si at en omsorgsperson stiller seg inn på den andres følelser (medfølelse), og svarer på de følelser som den andre uttrykker, verbalt og nonverbalt. Affektinntoning medfører at den andre personen opplever seg sett og forstått, noe som er av betydning for god selvutvikling. Affektinntoning er vesentlig for å motvirke utvikling av en miljøbetenget sårbarhet. (Vatne, 2009)

En rekke atferdstrekk er felles for oss som mennesker. I vår kultur er et smil et signal på en god følelse eller opplevelse. Gråt er uttrykk for tristhet eller sorg. Fellesmenneskelig atferd som gir uttrykk for indre opplevelser og kjennskap til den enkelte pasients liv og forhistorie gir mulighet til kommunikasjon med aldersdemente pasienter som mangler evne til å kommunisere gjennom ord og bevisst handling. Dypt demente pasienter har ikke intakte, kognitive funksjoner til å smile for å tekkes omverdenen. Det uttrykket de viser, er en direkte speiling av deres indre følelse og opplevelsesverden.(Mork-Rokstad, 2005)

### **Konkretisering av utfordrende atferd**

Det skiller ofte mellom verbal og fysisk atferd. Fysisk atferd kan igjen inndeles i fysisk utagering og generell fysisk uro. Under begrepet verbal atferd kommer roping, skriking, vedvarende klaging, høy tale, repeterende tale, verbale trusler, vedvarende uartikulert lyd som summing, stønning og ynking og bruk av obskøne uttrykk. Under fysisk utagering regnes slag, spark, spyting, kloring, dytting, lugging, klamring og biting.

**Generell fysisk uro:** Til denne kategorien regnes vandring, generell rastløshet, stadig av og på kledning, stereotype bevegelser som rugging, plukking, banking og klapping. Videre flytting av og samling på gjenstander og ukritisk atferd eksempelvis i form av urinering i upassende omgivelser og pågående seksuell atferd.(Mork-Rokstad, 2005)

Om å møte situasjonen: Forsøk å unngå situasjoner som erfaringsmessig skaper uro. Hvis dette er situasjoner som ikke kan unngås, for eksempel stell og undersøkelser, er det viktig at en planlegger godt. Målet for planleggingen må være at personen med demens forstår hva som skal skje. (Engedal/ Haugen, 2006)

Vanskelige situasjoner: I vanskelige situasjoner hvor en person er aggressiv og truende overfor medpasient eller personale, kan det være nyttig å minske stimuli fra omgivelsene. Støykilder som radio og tv må skrues av. Led vekk andre pasienter og avslutt aktiviteter i nærheten av pasienten. Skjer aggresjonen i samhandling med pasienten, avbryt samhandlingen. Nærme deg pasienten på en trygg og rolig måte. Forsøk å beholde roen, ikke gå inn i situasjoner du ikke er sikker på å håndtere uten å ha hjelp tilgjengelig. Ved å være trygg og fast vil pasienten ofte føle større trygghet. Vær spesielt oppmerksom på å ikke stille krav til pasienten i en slik situasjon. Krav til pasienten i form av spørsmål vil virke provoserende. Det appellerer til det kognitive, noe som er vanskelig for personer med demens å håndtere. Forsøk å avlede pasienten hvis situasjonen ikke er for ekstrem. Avledning er å ta pasienten ut av situasjonen. Er det mulig å få kontakt, spør for eksempel: ”kom her...” ”vil du ha kaffe..”

Motgang i et selvspsykologisk perspektiv: All slags motgang og nederlag setter selvet på prøve og dets kapasiteter til å nyttiggjøre seg tidligere eller nåværende kilder for oppmuntring. Svikter disse, kan individet oppleve det som å gå i stykker, fragmenteres, og en global desintegrasjonsangst kan være følgen. Disse synspunktene kan representere en forståelse av deler av hva demens består i. Umiddelbart synest det i hvert fall nærliggende å anta at det aldersdemente menneskets tilgang på ytre og nåtidige kilder må være redusert i forhold til tidligere i livsløpet.

Av de tapene vi assosierer med aldersdemensen bør kanskje også tap av andres beundring inngå. Med den reduksjon i kontakthyppighet som de fleste aldersdemente mennesker opplever, synest tilgangen til nåtidig positiv ”selv-ement” fra andre også å være redusert.

Med en nåtid som også kan bli komplisert, fremmed og fattig på støtte og beundring blir de internaliserte kilder for selvstøtte desto viktigere. Når aldersdemente mennesker går rundt og roper på mor eller far, trenger det ikke bare være uttrykk for sviktende korttidshukommelse som gjør at de gamle henfaller til fjernhukommelsen. I et selvpsykologisk perspektiv kan det ses som en hensiktsmessig tilbakevenden til de indre kilder til selvstøtte som er innenfor rekkevidde. Å trekke seg tilbake fra en forvirrende her og nå situasjon og hente næring fra pålitelige og imøtekommende personer i ens liv kan være et vesentlig forsøk på å opprettholde et rimelig positivt bilde av seg selv. Atskillig uro og vandring synes å ha sammenheng med at den demente fastholder eller leter etter bekræftende selvreferanser(Solem et al, 1994)

### **Kommunikasjon og forståelse**

Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, sier Kari Martinsen, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaringer fra, vi kan forstå. På den måten kan jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til situasjon. Hun snakker også om sanselig forståelse. Her er grunnlaget for kunnskapen de sanseinntrykk vi mottar gjennom sansene og kroppen. Denne kunnskapen kan uttrykkes kroppslig – sanselig med andre ord. Kunnskap som er vunnet gjennom sanselig forståelse, har flere navn som ferdighetskunnskap og praktisk kunnskap. Når denne kunnskapen uttrykkes, involverer den hele personen.(Kristoffersen(red), 2000).

Evnen til å kommunisere er hovedinnholdet i en persons sosiale ferdigheter. Selve kommunikasjonsprosessen er komplisert fordi den består av to parter som nesten alltid har ulike referanserammer – dvs forskjellig virkelighetsforståelse. Den interaktive kommunikasjonsmodellen forutsetter at budskapet som sendes, er komplekst fordi det nesten alltid vil omfatte både tilsiktet og utilsiktet budskap(verbalt og nonverbalt). Kommunikasjonsprosessen mellom to parter er derfor alltid påvirket av begge parters signaler og feedback prosesser som påvirker hverandre og som kompliserer selve dialogen og utvekslingen mellom partene. Det som skjer mellom mennesker, kan styrkes og svekkes på den måten vi velger å kommunisere med hverandre på.(Fyrand, 2005)

**Aktiv lytting:** Vis personen at du lytter, stopp de aktiviteter du holder på med. Ha øyekontakt, vis at du er opptatt av vedkommende ved å nikke og si ”hm” eller ”åh”. Lytt til hva personen sier både verbalt og nonverbalt. Aksepter følelsene som kommer frem.

Unngå å korrigere vedkommendes meninger. Bekreft det vedkommende sier med ord eller handlinger. Mens du lytter gjentar du det viktigste som kommer frem i samtalen. Tilkjennegi følelsene personen har uttrykt. Vektlegg grunnene personen mener ligger til grunn for disse følelsene. Gi forslag, råd, forsikre og bekrefte personen på det som blir sagt. Oppsummere pasientens fortelling, spør ut og forfølg uklare utsagn til klarhet. Weber-Long hevder at aktiv lytting skal brukes ofte (2005). Det kan være nyttig for pasienter som er forvirret, deprimert eller irritable. Bak de spesifikke ordene brukt av en sint og stresset pasient er følelser og tanker reelle. Noen ganger kan sykdom, personlighet, stress eller bare mangel på erfaring gjøre det vanskelig å bære disse sterke følelsene og å uttale dem. Aktiv lytting lar oss høre den dypere mening av det pasientene sier. Med erfaring kan aktiv lytting gjøre oss bedre til å høre hva slags følelser pasienten sliter med. Slik empati og følelsemessig forståelse kan oppmuntre til positiv atferd. Å lytte til et menneske er ikke en instrumentell handling, og kan ikke gjøres ved hjelp av teknikker alene. Den som lytter må være genuint interessert i å lære av det som sies, må innta en åpen og nysgjerrig holdning.

### **Marte Meo**

Marte Meo metoden er utviklet av Maria Aarts fra Nederland. Hun har utviklet detaljert kunnskap om sentrale elementer i utviklingsstøttende kommunikasjon og ikke minst utarbeide metoder for å formidle dette til barnets omsorgspersoner. Denne veiledningsmetoden er etter hvert blitt benyttet i andre relasjoner enn foreldre og barn, for eksempel mellom lærer og elev, institusjonspersonell og klienter osv.

Kunnskap om understøttende dialoger er relevant for alle som har omsorgsoppgaver. Det å være i en omsorgsrolle, enten den er profesjonell eller ikke-profesjonell vil alltid innebære at en har et eget ansvar for at dialogen fungerer. Informasjon om naturlige funksjonelle dialoger har særlig aktualitet når vi skal kommunisere med personer som av ulike årsaker er mentalt svekket eller forvirret og derfor har svake eller vanskelig tolkbare signaler. Dette innebærer ikke at de naturlige funksjonelle dialogene er ”perfekte”, det vil alltid oppstå sekvenser der partene mister hverandre, men en del av den vanlige, naturlige kompetansen er også evnen til reparasjon og mestring av dialogbrudd. Det er når denne ”selvreparasjonen” blir vanskelig og negative sirkler blir fastlåst, at det er viktig å bruke elementene bevisst for den som har omsorgsansvar. Mental reduksjon, forvirring, angst, sterk motivering og lignende, vil begrense slik naturlig reparasjon. Da kan hjelperen

bevisst bruke informasjon om dialogens oppbygging for å bedre kommunikasjon. Ved å bruke videoopptak av daglige dialogsituasjoner mellom pasient og omsorgspersoner, kan vi i detalj studere de enkelte øyeblikkene av dialogen for å se hva virker støttende og hva som skjer når der oppstår problemer og partene ”mister” hverandre og opplever negative følelser. Marte Meo metoden baserer seg på detaljert kommunikasjonsanalyse av utviklingsstøttende samspill kan hjelpe omsorgspersonell på en praktisk og konkret måte å opprettholde det beste av pasientens kompetanse og til ikke selv å bli negativt påvirket av pasientens repertoar. Det vil være mest fokus på å bruke kommunikasjon til å gi pasienten ny emosjonell erfaring, maksimere restfunksjoner som finnes og ikke minst fremme livskvalitet og verdighet.(Hafstad, 2002)

Historien bak: Kunnskap om pasientens bakgrunn og livshistorie er hovednøkkelen til forståelse av atferden.(...) Vi trenger tid til å bli kjent med pasientene slik de er i dag og tid til å få inntrykk av hvordan den syke oppfatter situasjonen sin.

(Lillesveen/Berg/Skjerven, 1998)En del av pasientens atferd og uttrykk kan ha forklaring i tidligere livsopplevelser, personlighet, sosial atferd, humør og mestringsstrategier. I den aldersdemente møter vi et menneske som har et langt liv bak seg. En kan ikke se på alderdommen som en fase i livet uten å sette den i forhold til den naturlige sammenheng som livet i sin helhet er. Å forholde seg til en aldersdement med problematferd uten å trekke inn kunnskap om hans liv, vil være et altfor snevert utgangspunkt for en nødvendig forståelse av de forhold som kan virke inn på atferden. En må snakke med pasienten selv og pårørende. Den aldersdementes tidligere rolle i yrkes og samfunnsnivå ser en ofte avspeilet direkte i atferden. (Mork-Rokstad, 2005)

Forsvarsmekanismer: Vi vil i ulike faser og situasjoner i livet være i situasjoner der det er nødvendig å bruke forsvarsmekanismer for å opprettholde en rimelig indre psykisk balanse. Dette er oftest en prosess som foregår ubevisst. I noen tilfeller kan det imidlertid være en valgt psykisk reaksjon. Bruk av forsvarsmekanismer er altså normalt, og helt nødvendig for å opprettholde vår psykiske sunnhet. Det er ”jegets” måte å skape en psykologisk balanse på – slik at vi kan leve videre med et selvilde som vi kan akseptere, og med et tap eller trussel om tap uten å miste fotfeste i tilværelsen vår.

Selv om bruk av forsvarsmekanismen er nødvendig, kan de også brukes på måter som virker uhensiktsmessig i samhandling med andre. De kan hindre fri utfoldelse av en persons evner og gjøre samvær med andre vanskelig. Overdreven bruk av forsvar kan være lik hemmende som mangel på forsvar. Fungerer ikke forsvaret konstruktivt i en gitt situasjon, kan dette føre til angst, noe som vil prege det vi gjør.(...) Personer som bruker

denne typen nevrotisk forsvar, er oftest mennesker som er svært sårbare og tåler liten belastning på de områdene de forsvarer seg på.(Fyrand, 2005)

Personlighetsendring: På grunn av både sviktende intellektuelle evner og sviktende mestring vil en person med demens i økende grad ty til mer primitive handlingsmønstre. Denne endringen kan forklares ut fra strukturelle skader i pannelappene ved Alzheimers sykdom og ved degenerativ frontotemporal demens. En annen forklaring er av psykologisk natur. Ved økende grad av demens med intellektuell svikt mister pasienten både dømmekraften og evnen til å forstå sammenhenger. Noen endrer sin personlighet i bare liten grad, og klarer å holde på det vi kaller normale sosiale konvensjoner.(Engedal/Haugen, 2006)

Angst og katastrofereaksjon: Angst er hyppig forekommende ved demens. Med manglende evne til å overskue sin egen situasjon, sviktende evne til å sørge for seg selv og å forstå sin fremtid er det ikke underlig at angst blir en fremtredende følelse. Å være alene fremkaller angst, i allefall dersom demensutviklingen er såpass fremskredet at man ikke husker fra det ene øyeblikket til det andre.(...) Noen opplever en panikkliknende angst som kalles katastrofereaksjon. Dette opptrer i situasjoner hvor personen med demens ikke forstår, blir redd og aggressiv, setter seg til motverge eller flykter unna.(Engedal/Haugen, 2006)

## *Empiri*

### **Narrativ 1:**

Björg Dal er i midten av 70 årene, hun har Alzheimer demens og bor i dag ved skjermet enhet på et sykehjem. Hennes demensutvikling har pågått over flere år, det er ca 2 år siden hun fikk plass ved sykehjemmet grunnet ektemannens sviktende helse og hennes økende behov for pleie.

Björg er gift med Ove og har 3 døtre og 6 barnebarn, alle bor i nabolaget. Hun vokste opp i en bygd lenger nord med 4 søsken og sine foreldre. Hennes bror forteller at deres mor fikk demensdiagnose og var utagerende i samhandling med andre. Björg blir beskrevet som en selvstendig kvinne med sterke meninger, hun tok tidlig utdanning og arbeidet hele livet i forskjellige bedrifter som kontordame.

Den første tiden ved sykehjemmet hadde Björg problemer med å finne seg til rette, hun vandret mye rundt og virket deprimert og redd. Personalet tolket det dit hen som en overgang fra hjemmet som de hadde sett hos mange pasienter før henne. Etter hvert

begynte problematferden å akselerere, det var vansker med å hjelpe henne med tannpuss og toalettbesøk. Bjørg nektet å ta i mot hjelp og personale trakk seg unna.

Ettersom månedene gikk ble samhandling ett stadig vanskeligere tema. Bjørg ønsket helst å ligge i sengen hele tiden og reagerte med stor verbal og fysisk aggresjon når hun skulle hjelpes opp og få stelt seg. Det måtte være 3 personale i stell og både pasienten og personale var utslitt. Siste tiden var hun også utagerende i miljøet, hun kunne dytte / klype både personale og medpasienter tilsynelatende uten noen grunn.

Gjennom flere behandlingsmøter ble hennes atferd diskutert i et tverrfaglig team. En skulle gjennom miljøtiltak, medisinendringer og Marte Meo metoden forsøke å gjøre samhandling til en enklere situasjon for henne.

Utifra observasjoner opplevde personalet Bjørg som redd og sint i stell, en hadde forsøkt med flere moment som for eksempel relasjonell oppvarming. Det ville si å skape tillit, allianse og nærhet; ”jeg kjenner deg..”, ”slik bruker vi å gjøre det..”, ”skulle hilse fra Bente, minstejenta di..” Det er viktig med blikkontakt og et blidt ansikt, som også er angstdempende. Det at personale gav uttrykk for å kjenne Bjørg, responderte hun godt på. Hun slappet mer av i kroppen og fikk et roligere ansiktsuttrykk. Men selve stellesituasjonen var utfordrende, både for pasienten og personale, med slag, spark, kloring og verbal utagering. Etter at morgenstellet var unnagjort roet Bjørg seg. Det hele gled på et vis over.

Bjørg hadde gått en del ned i vekt siste året, hun spiste lite og ble fort mett. Kunne ofte være avvisende og sint i måltidsituasjon. Hun var veldig opptatt av medpasienter og personale, forsøkte å ta andres mat eller hadde paranoide tanker om forgiftet mat.

For å gjøre måltidet mer oversiktlig for Bjørg fikk hun spise alene sammen med en miljøkontakt. Hun fikk tilrettelagt måltider med få valgmuligheter og dermed lite stimuli og færre krav til henne. Enkelte ganger trakk også personale seg helt ut, denne halvskjermingen og forenklingen gjorde at Bjørg fikk mindre stimuli. Når personale var tilstede guidet de henne forsiktig og bekreftet henne gjennom å si at det var hennes mat og at alt var slik det skulle være, de spiste også sin egen mat – dette gjorde at Bjørg speilet seg i deres atferd og dermed fikk bekreftelse på hvordan hun skulle spise.

Det er viktig å finne vanskelighetsgraden på gjøremål som passer til en pasients funksjon og mestringsnivå. En skal være forsiktig så det ikke blir verken for mye slik at pasienten får prestasjonsangst og følelse av nederlag. Eller for lavt slik at pasienten føler seg barnliggjort og nedverdiget.



Det er en grunnleggende verdi for alle mennesker å oppleve mestring. Opplevelsen av tilværelsen blir utvilsomt sjeldnere ettersom demenssykdommen skrider frem. Det er viktig for pasienten å få mulighet til påvirkning og delaktighet, samt at personale tilpasser sine forventninger så lydhørt som mulig til den enkeltes kompetansenivå.

For Bjørg var det ganske få aktiviteter hun evnet, gre håret sitt, spise tilrettelagte måltider, kikke i bøker og brette vaskekluter. Dette var også aktiviteter der hun observerte hva hjelper gjorde og dette trygget henne.

Etter en episode der hun falt og skadet hoften sin fikk hun sitte i stol med brett for å hindre fall. Da ble hun innrammet og mange med demens har god nytte av innramming da det skaper trygghet. Personale som satt ved siden av henne satt og noterte, da bad Bjørg om at hun også kunne få en blyant og papir – deretter begynte hun å skrive på papiret mens hun deklamerte dikt. Tidligere i livet hadde hun i følge komparent opplysninger satt stor pris på dikt av Jakob Sande. Etter en liten stund la hun bort skriveriene sine, hun fikk da tilbud om ett sanseteippe med forskjellige enkle aktiviteter på. Her kunne hun knytte fargerike snorer, kjenne på en bit av mykt saueskinn, poser med perler i og tøysnorer til å flette med. Dette satt hun lenge med og aktiviserte seg selv, mens hun kommenterte så smått det hun gjorde til personale som satt ved siden av henne.

## **Narrativ 2:**

Ola er i 80 årene, han bor i en skjermet enhet ved ett sykehjem. Der har han tilsynelatende vanskelig for å finne seg tilrette og slå seg ned. Han ble enkemann kort tid tilbake og har daglige perioder med gråt og fortvilelse. Siste tiden er gråten erstattet med stadig økende irritasjon og sinne/frustrasjon. Han er verbalt truende både mot personale og medpasienter og har skubbet medpasienter over ende ved flere anledninger. Det er mange som er redd han og han utgjør en utrygghetsfaktor i avdelingen.

Ola har hatt en demensutvikling gjennom mange år og har tilsynelatende liten innsikt i egen situasjon. Det som gjør samhandling utfordrende for Ola er hans svikt i kommunikasjonsevne. Demensprosessen svekker gradvis kognitive, kommunikative og språklige kapasiteter. Hos Ola har dette gjort utslag i motorisk afasi, han vet tilsynelatende hva som skal sies, men det er utføringen som svikter. Innholdet i det som sies er preget av gjentakelser av ord og setninger og uttalen blir uklar og utydelig. Hans kommunikasjon er og preget av parafasier.

I samtale med pårørende kommer det frem at Ola alltid har vært en utålmodig mann. Han kunne være en svært streng far og kunne bli sint på både barna og ektefellen. Periodevis var han borte fra hjemmet i ukevis grunnet jobb og det var ikke like lett når han kom tilbake. Det var viktig for han å ha hus og hjem i god stand, båt og verktøy ble godt vedlikeholdt og han stolte kun på seg selv.

Ifølge Wogn-Henriksen (1998) hevder at mennesker med demens ofte har ønske om informasjon samt behov for å formidle, selv om nærhukommelse og orienteringsevne har sviktet. For eksempel hadde Ola mye han forsøkte å formidle og når personale og medpasienter ikke forsto hva han ønsket og ville dag etter dag, ble han irritert og frustrert. Enkelte ganger eksalterte dette i fysisk utagering og en måtte skjerme pasienten. Når Ola ble skjermet for seg selv kunne han bli lei seg og gråtende, men skjermingen kunne resultere i økende sinne og utagering, fysisk og verbalt. Andre ganger var det denne metoden som hjalp han tilsynelatende til å roe ned og få overblikk over situasjonen. Periodevis fikk Ola grunnet sine fysiske utageringer medisiner for å roe han ned og gjøre situasjonen tryggere for han selv og personale. I disse periodene fikk han et dårligere språk, mest babling, og han fikk økt falltendens. Litt etter litt fikk en lettet noe på medisinene. En fikk satt inn miljøtiltak som sansestimulering, samtale, høytlesing fra avis/bok og turer ut. disse måtte hele tiden vurderes og evalueres etter hvordan Ola fungerte. Med registreringer og observasjon så personale at det å trekke Ola ut av situasjoner, skjerme han fra stimuli og etter hvert sette seg ned og samtale med han hadde en tilsynelatende roende effekt på han. Han fikk hjelp til å veve sammen kaotiske følelser og tanker til en følelsemessig helhet, ga hjelp til å forstå og forsone seg med situasjonen og fokusere på konfliktfrie tema. Studier av mennesker i krise viser også at behovet for å snakke øker med usikkerheten og uforutsigbarheten i den situasjonen man er oppe i.

## ***Diskusjon***

### **Inntoning**

I starten av oppholdet var det vanskelig for personale å forholde seg til Bjørg i forskjellige settinger. Hun var uforutsigbar og kunne uten foranledning klype eller slå, dette gjorde at hun ble vandrende rundt rastløs og urolig. Når personale tok kontakt med henne og for eksempel spurte om hun hadde lyst på noe kunne hun utagere. I selvsykologien blir det ikke stilt vanskelige spørsmål, og for Bjørg med hennes kognitive svikt ble de fleste

spørsmål vanskelige. Vi skal forstå pasienten og vise interesse for henne og hvem hun er. Dypt demente pasienter har ikke intakte, kognitive funksjoner til å kommunisere gjennom ord og handling. Det uttrykket de viser, er en direkte speiling av deres indre følelser og opplevelsesverden.

Bjørg spurte ofte om personale kjente henne og når de bekreftet henne reagerte hun med smil og ro. Pleieren fungerte som en viktig og selvfølgelig støtte, nærmest som en eksternalisert egofunksjon for å opprettholde et aktivt forhold til verden. Ved å bruke Marte Meo metoden kunne en i detalj studere de enkelte øyeblikkene av dialogen for å se hva som virker støttende og hva som skjedde når det oppstod problemer. Under filmsekvensen er observatøren helt rolig og tilbaketrasket, dermed får Bjørg muligheten til å ha fokus på sin samtalepartner og blir ikke forstyrret. Gjennom bruk av validering fikk en bekrefte og anerkjenne pasientens meddelelser. Dermed stiller en seg inn på vedkommendes opplevelse, oppmerksomhet og tanker.

Det som synes å være viktig i forhold til å få Ola til å føle seg møtt, var å sette seg ned å snakke med han om ting han var opptatt av. Fiske og båtliv var interessene hans, og når personale leste fra lokalavisa kommenterte han innholdet på sitt vis. På denne måten forsøkte personale å tone seg inn på Ola sitt liv og opplevelser. Han fikk tilsynelatende en følelse av å bli forstått og ved gode opplevelser vokser selvet i følge selvpsykologien. Ved å spørre om å få sette seg ned i lag med han vil en skape ett fysisk nærvær og et felles rom. Ved å gjøre ting sammen synes å skape gjensidighet. Men å kommunisere med Ola på denne måten var en stor utfordring for personale da han hadde et svært dårlig språk, til tider bare mumling. I følge Wogn-Henriksen(1997) kan det å være ærlig på at en ikke forstår det som bli sagt bidra til nye og forbedrete forsøk på oppklaring. Men en må og ta hensyn til hvor frustrert vedkommende kan bli og hvilken innvirkning det kan ha på samspillet og relasjonen når han stadig får høre at personale ikke forstår det som blir sagt. Rent psykologisk er det forvansket kommunikasjon som utgjør den største trusselen ved demens. Grunnleggende gjelder det å vise respekt og en positiv holdning til den personen vi skal kommunisere med. Respekt innebærer å ta pasienten på alvor, godta den andre slik han nå engang er, og ikke sette betingelser for vår interesse. Når vi lytter til den andres opplevelse med vennlighet, åpenhet og undring er vi med på å bekrefte og gi kraft til den andres opplevelse.

## **Lytting**

Bjørge kom ofte bort til personale og spurte om de kjente henne. Dette var hennes strategi for å bekrefte seg selv. I følge Wogn-Henriksen (1997) kan i verste fall identiteten trues om vi opplever alvorlige begrensninger i muligheten til å relatere oss til andre som den vi er. Å sette fokus på dementes egne meddelser om seg selv er viktig fordi de befinner seg i en vanskelig situasjon. Weber-Long(2005) hevder at en skal bruke aktiv lytting ofte. Dette lar oss høre den dypere mening av det pasienten sier, høre hva slags følelser pasientene sliter med. Slik empati og følelsemessig forståelse kunne da oppmuntre til en positiv atferd.

For Bjørge var det viktig at den av personale hun forsøkte å ha en samtale med hadde fullt fokus på henne. Ble det flere med i samtalen kunne hun utagere fysisk og verbalt mot personale. Dermed fikk hun fokuset tilbake på seg selv. Når Bjørge har en følelse av mestring av situasjonen er dette et element i å forebygge utagering. Jo mer vi klarer å stimulere til mestring, mening og trivsel, desto mindre hyppig forekommer utageringer. Men dersom personale kun skulle respondere på henne når hun utagerte ville hun da lære dette som en måte til å få kontakt på. Det vil derfor være viktig at personale setter seg ned med Bjørge og prater med henne uten at hun selv tar kontakt.

På grunn av Ola sine store språkproblemer kunne det være vanskelig for personale å forstå hva han ønsket. Ofte måtte en la være å fokusere på innholdet, mer på Ola selv. Følge hans nonverbale kommunikasjon og forsøke å følge opp på de få ordene en forsto. De gangene da forvirringen og hallusinasjonene laget et kaos for Ola måtte en være seg bevisst hvordan en tilnærmet seg han. En må tilpasse med utgangspunkt i hva som er pasientens hovedfokus og hvilke behov dette uttrykker. Ved å forsiktig reagere på pasientens handling eller fokus kan han få en opplevelse av å bli sett og reagert på. Dermed kan han ved dette få hjelp til å oppfatte innholdet i det som blir sagt og til å samle seg om sitt fokus, sine handlinger eller opplevelse. Men samtidig må en være varsom med for mange spørsmål, for personer som er forvirret og som har problemer med å orientere seg kan spørsmål lett vekke uro, forvirring og prestasjonsangst. Det krever sensitivitet å tolke pasientens signaler slik at de kan oppleves som bekreftende heller enn objektgjørende. Men selv om Ola hadde en langtkommen demens og dårlig språk kunne han komme og be om en samtale; ”snakk med meg...”. Om da personale satte seg ned og hørte hva han hadde å si, kunne Ola få en god opplevelse av at noen lyttet til han med respekt og verdighet.

## **Empati**

I følge Kohut er det kun gjennom empati og introspeksjon at vi får tilgang til den andres indre verden. Demensprosessen undergraver kvaliteter og funksjoner som er essensielle for vårt jeg, for vår selvopplevelse. Den påfører oss dype og på lang vei ureparerbare narcissitiske sår. Menneskelig støtte er en viktig hjelp når sorgen og krisen er et faktum. Det å ikke kjenne seg forlatt, men at noen bryr seg om deg er viktig for alle mennesker og særlig demente som føler mange tap i hverdagen.

For Bjørg var det viktig at noen kjente henne og visste hvordan hun ville ha ting gjort. For å kunne gjøre dette på en god måte er det viktig å kjenne pasientens historie. For selv om Bjørg nok hadde forandret seg mye gjennom demensutviklingen vil det alltid være noe igjen av hennes personlighet. Gjennom empatisk væremåte skal en tilstrebe å sette seg inn i pasientens opplevelse og følelser. For Bjørg kunne det å bare være sammen med henne virke som en trygghet og dermed følte hun seg sett. Kohut (Wogn-Henriksen, 1997) peker på at selvet må stimuleres, bringes til liv, om så var ved å gå til krig. Det er et spørsmål om å føle seg levende, det levende øyeblikket visker ut all fragmentering, den fraværende fortiden og den meningsløse fremtiden. Bjørg sin utagering kan dermed forstås som et forsøk på å overkomme følelser av fragmentering, tomhet og en bønn om empati og bekreftelse fra omgivelser hun ellers kunne oppleve som kalde, uoversiktelige og fjerne. Og når da personale møter henne med en intuitiv og empatisk væremåte kan dette fjerne eller lindre den overveldende angsten.

Å samhandle med Ola kunne være utfordrende da han var tilsynelatende uforutsigbar. Det å se Ola, være mottakelig for hans budskap, ikke bare betrakte han som en problemskaper, men som et menneske, er et uttrykk for å være levende er en viktig egenskap. En må kunne se helheten og empati er en forutsetning for solidaritet og omsorg. Ola ble enkemann for noen få år siden og sørget mye første året, etter hvert gikk gråten over i sinne og verbal og fysisk utagering. Da Ola har et så svekket ordforråd er det vanskelig å forstå hva han prøver å formidle til personale. Men når en evner å forstå noen ord kan en forsøke å nærme seg Ola ved hjelp av disse. Noen ganger kunne en høre Ola rope og brøle inne på skjermingen, en kan forklare dette med manglende selvkontroll og dårlig hukommelse. En annen måte å forklare ropingen hans på er at en kan oppfatte dette fenomenet som et aktivt mottiltak mot en opplevelse av ensomhet, avmakt, angst for intethet og oppløsning av selvet. Å rope er en kraftig markering av ens eksistens og den rommer i tillegg en sterk sosial signaleffekt. I følge Fyrand (2005) er evnen til å kommunisere hovedinnholdet i en persons ferdigheter. Når Ola da ikke evner å få frem det han vil og ikke forstår hvorfor han

ikke blir forstått og reagerer med slik roping er det utfordrende for personale å forsøke å nærme seg han. Men ved å være trygg og fast og bruke affektinntoning, kan en forsøke å avlede Ola ut av hans fortvilelse. Ved avledning mener jeg her å ta pasienten ut av situasjonen på en slik måte at han føler seg ivaretatt og sett. Det uttrykket Ola her viser kan være en direkte speiling av hans indre følelse og opplevelsesverden. Målet må være å integrere empatien i en helhetlig og profesjonell holdning der vi har etablert tilstrekkelig nærvær og forståelse for den enkeltes livsverden til at vi kan være nærværende og handle ut fra denne innsikten.

### **Forståelse**

I følge Kari Martinsen (Kristoffersen, 2000) har omsorg med forståelse for andre å gjøre. Ved å gjøre ting sammen med andre og utvikle felles erfaringer, gjennom slike situasjoner kan vi forstå den andre gjennom måten han forholder seg til situasjonen på. Wogn-Henriksen(1997) hevder at en nøkkel til å forstå dementes psykologi ligger i selvpsykologien. Men selvpsykologiens mål om å opprettholde kontinuitet, integritet og identitet gjøres vanskelig gjennom de demensrelaterte prosessene og de sosiale erfaringene som vil svekke selvaktelsen og etter hvert følelsen av å være en person. Det er grunnleggende i vårt vesen at vi har et ønske om både selv å forstå og å bli forstått. Det å leve med en demenssykdom setter et menneske overfor krevende, kontinuerlige og stadig skiftende tilpassningsoppgaver. Sykdommen gjør hverdagen utrygg og uoversiktlig med sviktende holdepunkter og mestringsbesvær. Engedal & Haugen (2006) fremholder at noen demente opplever en panikkliknende angst som kalles katastrofereaksjon. Dette opptrer i situasjoner hvor pasienten med demens ikke forstår, blir redd og aggressiv og setter seg til motverge eller flykter unna.

Hos Bjørg vil de hjerneorganiske skadene som forårsaker demens sette begrensninger for hva som kan forventes av fungeringsevne i det daglige. Når hun deltok i situasjoner som for henne nå er for kompliserte og uoversiktelige, reagerte hun med katastrofereaksjoner som klyp, spark og verbal utagering. Demensutviklingen hennes bidrar til å øke tilpassningsvanskene samtidig som egokapasiteten til å ta hånd om frustrasjon, angst og konflikter reduseres.

Både Bjørg og Ola hadde behov for mindre stimuli, de er sårbare i miljøet, de fleste samhandlinger har et potensiale for å bli en kaotisk situasjon for dem. Bjørg reagerte med å falle til ro når hun kom inn på skjermingsstuen sin om ettermiddagene. Hun kommenterte

selv hvor stille og fredelig det var der inne. Der hadde hun en fra personalgruppen hos seg og denne en til en kontakten virket betryggende på henne. Mengden på samvær og fellesskap styrer vi normalt etter egne behov og interesser, men for Bjørg blir dette for vanskelig. I sin søken på bekreftelse oppsøkte hun personale og medpasienter på en måte som kunne være konfronterende. Hun satte seg tett inntil andre og ønsket fullt fokus og kunne reagere med å klype vedkommende i siden om hennes behov ikke ble oppfylt. Dette var et forsøk på å gjøre seg selv trygg og akseptert og at hun oppfattet seg selv rett. For å forstå Ola sin atferd kan det være nyttig å se på historien hans, hans personlighet og tidligere væremåte. Det vi ofte ser er at tidligere karaktertrekk blir forsterket ved en demensutvikling. Kanskje faller tidligere grenser bort og pasienten blir mer ukritisk i sin atferd. Dersom en ser på atferd som bakgrunn for en persons personlige opplevelse av sanseintrykk, behov og tanker innebærer det at problematferd er et uttrykk for personens opplevelser. I følge Mork-Rokstad (2005) kan atferd være en måte å kommunisere på. Ola var vant med å ha kontroll, både på jobb og hjemme. Han hadde vært en meget streng far og gjennom hans atferd kan vi se hvordan han forsøker å gjenvinne kontrollen. Vanligvis styrer mennesket mot en streben etter kontroll og mestring. Men aldersdemensen svekker denne kapasiteten til kontroll og mestring, hallusinasjoner, forvirring og kognitiv svikt gjør hverdagen kaotisk. En kan med dette søke å forstå Ola sin atferd. Det var viktig å møte Ola sitt reelle hjelpebehov og økende avhengighet uten å forstørre hans opplevelse av å komme til kort. Selvspsykologene vektlegger menneskets opplevelse av seg selv som det styrende og sentrale prinsippet i menneskelig atferd. Endringer i selvet, i selvvurderingen og selvbevisstheten er helt essensielle aspekter i ethvert menneskes liv (Solem et al, 1994, Wong-Henriksen, 1997, Bråten, 2004). Når Ola fikk snakke om jobben sin var dette noe han mestret. Han hadde mye kunnskap om alt med fiske og båter og dette kunne han på sitt vis dele med personale. I disse situasjonene opplevde han mestring og en følelse av kontroll igjen. Ved at personale tok seg tid til å sette seg ned med han så de pasientens subjektive opplevelse og behov.

### ***Konklusjon***

Wogn-Henriksen(1998) sier at kommunikasjon danner en menneskelig sett enda dypere og eksistensielt sett enda viktigere dimensjon som dreier seg om å være til i verden, å bli sett, bli berørt og fanget opp av andre levende individer. Det å kommunisere handler dypest sett om å kjenne seg som menneske.

Gjennom disse narrative har jeg forsøkt å vise hvordan man kan bruke et selvspsykologisk perspektiv i samhandling med demente. Fokuset var å forstå og forebygge utfordrende atferd hos eldre demente i institusjon. Ola og Bjørg hadde behov for å bli sett og hørt i hverdagen, når en person får en demensdiagnose blir hverdagen litt etter litt endret. Ensomhetsfølelsen vokser når hukommelseproblemene gradvis forverrer seg, mange utvikler paranoide tanker. Angst og utrygghet preger hverdagen for mange. Ved at personale bruker inntoning, empati, lytter og forsøker å forstå mener jeg mulighetene er større enn problemene.

### ***Fremsyn og refleksjon.***

Nærmere 70 000 nordmenn har demens, og minst 250 000 pårørende er berørt av sykdommene. Dersom vi ikke finner en kur, vil det om 30 år være dobbelt så mange som er rammet av demens, i følge Nasjonalforeningen for folkehelse. Det er viktig med forskning på hva som øker livskvaliteten til personer med demens, hvordan vi kan stimulere og aktivere og hva som best kan lindre.

Demensplan 2015 er en av delplanene innenfor Omsorgsplan 2015 og er en direkte oppfølging av St.mld nr 25(2005-2006). Her legger en vekt på kunnskap, kompetanse, dagtilbud og et nytt sykehjemskonsept. Utfordringene er mange og behovet for kunnskap er stort både hos pårørende og helsepersonell.



## **Referanser**

- Bråten, S. 2004; *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Engedal, K, Haugen. 2006; *Lærebok demens, fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg.
- Fyrand, L. 2005; *Sosialt nettverk, teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Fyrand, O. 1996; *Det gåtefulle språket, om hudens kommunikasjon*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Hafstad, R. 2002; *Funksjonsstøttende kommunikasjon med eldre som har svake og vanskelig tolkbare signaler*. Institutt for familie og relasjonutvikling, Os.
- Haugen, P.K. 2009; *Skulder ved skulder. Demens og utfordrende atferd*. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg.
- Haugsgjerd, S, Jensen, Karlsson, Løkke. 2006; *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Kristoffersen, N (red). 2000; *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Krüger, R (red). 2006; *Evide utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg.
- Krüger, R (red). 2007; *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg
- Lillesveev, B, Berg, Skjerven. 1998; *Fra huggu til næva'n. Demens – kompetanseoppbygging i primær og spesialisthelsetjenesten*. Info-banken, Sem.
- Long, S. W. (2005). *Caring for people with challenging behaviors*. Health Professions Press, Baltimore
- Nielsen, G, von der Lippe(red). 2002; *Psykoterapi med voksne, fem perspektiver på teori og praksis*. Tano, Oslo.
- Rokstad, A. M (red). 1993; *Hjelp, han slår! Utredning og behandling av vanskelig atferd hos aldersdemente*. Sosialdepartementets utviklingsprogram om aldersdemens. Rapport nr 9. Info-banken, Sem.
- Rokstad, A.M(red). 1996; *Aldersdemens, kommunikasjon på kollisjonskurs*. Info-banken, Sem.
- Rokstad, A.M. 2005; *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Forlaget Aldring og helse, Tønsberg.

Selnes, K. 2003; *Toleranse og ferdighet*. Nasjonal kompetansesenter for aldersdemens, Sem

Solem, P.E, Ingebretsen, Lyng, Nygård(red).1994;*Psykologiske perspektiver på aldersdemens*. Universitetsforlaget, Oslo.

Tveiten, S.2003; *Veiledning, mer enn ord*. Fagbokforlaget, Bergen.

Vatne, S. 2009; *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Wogn-Henriksen, K.1997; "*Siden blir det vel verre...?*" *Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Info-banken, Sem

Wogn-Henriksen, K.1998; *Går det an å kommunisere med mennesker med aldersdemens?* Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, 35, Oslo.