



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Behandling av eldre pasient med posttraumatisk stresslidelse i et kognitivt perspektiv (Treating older patient with posttraumatic stressdisorder in a cognitive perspective)

Ellen L. S. Skorpen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 18.april 2012.



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

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.

Oppgaver 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: 18.04.2012

Antall ord: 8796.

Forord / Sammendrag

I Norge venter vi en "eldrebølge". Befolkningen blir stadig eldre, vi lever lengre og flere år av livet vårt som gamle, noe som gjør alderspsykiatri og geriatri til aktuelle og viktige fagfelt. God kunnskap om behandlingsmetoder som er nyttige for pasienter med PTSD vil være fordelaktig for alle som arbeider med eldre.

Mange pasienter ved alderspsykiatrisk avdeling sliter med tanker på traumatiske hendelser som har hendt tidligere i livet, noe helsepersonell ikke alltid er oppmerksom på. Eldre preges av store individuelle forskjeller og individuell tilnærming i behandling fremheves som viktig.

Jeg har forsøkt å finne ut hvordan jeg på en best mulig måte kan bruke kognitiv terapi (KT) i behandling av min primærpasient, en 85år gammel mann som sliter med posttraumatisk stress lidelse (PTSD) etter grusomme opplevelser under krigen.

For å hjelpe eldre pasient med PTSD er det en forutsetning å opparbeide en god allianse. Pasienten må bli trygg på terapeuten for å kunne åpne seg og fortelle om de traumatiske hendelsene. I behandlingen må psykiatrisk sykepleier være ekte, empatisk og aksepterende. Samtidig som en skal være kompetent til å hjelpe.

Alderdom medfører noe svekkelse av kognitive funksjoner noe som vil ha innvirkning på hvordan eldre responderer på psykoterapi. KT kan brukes i behandling av eldre, men noen tilpassninger anbefales.

Hjernekapasiteten vår er så stor at kun en liten del blir brukt, og individuelle forskjeller spiller liten rolle om en ser bort ifra sykdom eller hjerneskade. Det som er viktig er interesse, stimulerende læringsmiljø og trening, så om en er motivert vil en kunne lære nye ting gjennom hele livet. Eldre vil merke endring i fysisk styrke og smidighet, men det er store individuelle forskjeller, og det er mulighet både for forbedring og forverring avhengig av bl.a. livsstil og fysisk og mental aktivitet.

I behandling av eldre pasient med PTSD fremheves viktigheten av god informasjon om kognitive terapeutiske teknikker. Målet er å lære pasienten metoder som han kan fortsette å bruke selv, som kan bidra til at han kan oppleve mestring og glede i slutten av livet sitt.

Innhold

INTRODUKSJON	1
Eldre med posttraumatisk stresslidelse (PTSD).....	1
Koblingen mellom PTSD og kognitiv terapi (KT)	2
Koblingen mellom KT og eldre med PTSD.....	2
PROBLEMSTILLING	3
Hovedproblemstilling.....	3
Delproblemstillinger	4
TEORI.....	4
PTSD.....	4
Psykisk helse hos eldre	5
Traumer hos eldre	6
Kognitiv terapi	7
EMPIRI.....	12
Presentasjon av kasus	12
DISKUSJON.....	13
KONKLUSJON.....	23
REFERANSER.....	26

INTRODUKSJON

Eldre med posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Ifølge Statistisk sentralbyrå venter Norge en "eldrebølge". Befolkningen blir stadig eldre, vi lever lengre og flere år av livet vårt som gamle, noe som gjør alderspsykiatri og geriatri til aktuelle og viktige fagfelt (Glad 2003). Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) slår fast at det er behov for en opprusting av tilbudet til eldre, da det har vært lite fokus på eldres psykiske helse både innen forskning, tjenestetilbud og forvaltning (Langballe og Evensen 2011).

Creamer og Parslow (2007) mener det er grunn til å anta at stressfulle hendelser akkumuleres med økende alder. De fant i sin forskning at kulturelle faktorer spiller inn på antallet personer som får PTSD i et samfunn. De spekulerer i om traumatiserte eldre dør tidligere, dette med tanke på at PTSD er forbundet med komorbiditet.

Averill og Beck (2000) hevder at det er forsket lite på PTSD hos eldre. Schwebs (2002) mener at PTSD hos krigsveteraner kan forverres eller bryte ut etter mange års latenstid. PTSD kan utløses av et symbolsk traume, tap av kontroll, pensjonering, sviktende helse eller om en nærstående person dør. Medieoppslag kan gjenoppvekke traumer 50 år etter krigen. Halvparten av veteranene som har vært utsatt for store påkjenninger får PTSD og sliter fortsatt med symptom 45 år etter, kun 7% av disse har hatt et helt symptomfritt intervall.

Ifølge Berge et al. (2003) sliter mange pasienter ved alderpsykiatrisk avdeling med tanker om traumatiske hendelser som har skjedd tidligere i livet. Dette blir ofte ikke oppfanget fordi pasientene unngår å snakke om hendelsene. Helsepersonell er ikke alltid oppmerksom på at traumer kan være årsak til pasientens problem. Høy alder innebærer økt risiko for helse- og funksjonssvikt. Krav til kunnskap om utredning og diagnostisering vil være store fordi symptom på psykiske lidelser hos eldre ofte opptrer sammen med ulike fysiske sykdommer og plager. Eldre mennesker sees på som om de er preget av fysisk og mentalt forfall, tap og ensomhet. Dette opprettholder en stereotypisering som er lite forenelig med profesjonell behandling og med faktiske forhold.

Koblingen mellom PTSD og kognitiv terapi (KT)

Ifølge Corrigan et al.(2008) fant de over 50% remisjon av PTSD etter KT, også for pasienter som har opplevd traumatiske hendelser for flere tiår siden. De hevder at to kognitive adferdsteknikker er spesielt effektive i behandling av PTSD, nemlig eksponeringsterapi og kognitiv restrukturering. Også Mørch og Rosenberg(2005) hevder at KT har god effekt på PTSD.

Schwebs(2002) fremholder KT og adferdsterapi som effektive behandlingsmetoder, og mener at bearbeiding av fortrenge tanker og følelser kan gjøres i grupper. Gruppeterapi regnes som en form for eksponeringsterapi. Irgens(2000) hevder at eksponeringsbehandling er en naturlig del av et behandlingsforløp, særlig i kombinasjon med KT før, under og etter eksponering. Berge et al.(2003) fremholder at terapeuten må vektlegge mestring, det å arbeide med pasientens forståelse av traumesituasjonen og sette det inn i en større meningssammenheng. Å arbeide med negative automatiske tanker kan påvirke pasientens følelser etter hendelsen, og hans forståelse er viktig for hvordan han kan leve med traumet i ettertid. De fremholder også viktigheten av å bygge opp pasientens egen styring og kontroll(empowerment).

Ved PTSD må en forebygge utvikling av unngåelsesadferd, dette gjøres ved bruk av eksponeringstrening. Ifølge Snoek og Engedal(2000) har det vist seg effektivt å kombinere medisiner, KT og eksponeringsterapi.

Koblingen mellom KT og eldre med PTSD

Ifølge Wilkinson(1997) passer KT til behandling av angst og depresjon hos eldre personer. Han mener at en kan bruke samme terapi i behandling av eldre som yngre, men hevder at en tilpassning kan være nødvendig. Det kan være nyttig å gi skriftlig informasjon om KT som pasienten kan studere i ro og fred. Terapeuten må informere om normale kognitive aldersforandringer og vurdere om ektefelle eller andre omsorgspersoner skal trekkes inn i behandlingen. Også Fossan og Raaheim(2001) hevder at alder er mindre relevant, og er opptatt av hva som gjør terapi med eldre forskjellig fra terapi med yngre. En må trekke inn betydningen av at sansene svekkes, at hukommelsen forandres eller andre helsefaktorer som kan påvirke terapiforløpet med hensyn til intensitet, spredning av terapitimer og varighet av behandlingen. Da eldre er mindre fortrolig med psykologisk behandling enn yngre, er det viktig å grundig beskrive hva psykoterapi er, og klargjøre rollene som

terapeut og pasient har i arbeidet mot positiv endring. Dette beskrives som et behov for å ”sosialisere eldre til terapi” og blir sett på som en forutsetning for å etablere en god terapeutisk allianse.

PROBLEMSTILLING

Hovedproblemstilling

Hvordan kan psykiatrisk sykepleier ved alderspsykiatrisk avdeling bruke kognitiv terapi (KT) i behandling av eldre pasient med forsinket posttraumatisk stresslidelse?

Dette vil belyses via en 85år gammel mann som sliter med PTSD etter grusomme opplevelser under krigen. Han har fungert godt hittil, men nå i sluttfasen av livet sliter han med flashbacks, søvnproblem, angst og depresjon. Pasienten fremstår som klar og orientert og burde således være en god kandidat for KT, men det som også er viktig for behandlingen er å opparbeide en terapeutisk allianse. Er relasjonen god nok, eller er dette noe jeg må arbeide mer med før pasienten føler seg trygg nok til å åpne seg og fortelle, slik at han kan få bearbeidet den traumatiske hendelsen?

Forskning (Corrigan et. al 2008, Nielsen og von der Lippe 1993, Wilkinson 1997) viser gode resultat ved bruk av KT og jeg lurer på hvordan jeg på en best mulig måte kan bruke KT i behandlingen av min primærpasient? Hva er de største utfordringene ved bruk av KT? Hvor nyttig er KT i behandling av eldre pasient med sent innsettende PTSD? Hva er de største problemene for de som lider av PTSD? Jeg lurer på hvordan psykiatrisk sykepleier kan hjelpe pasient med PTSD på best mulig måte til å oppnå bedring. Er det slik at høy alder medfører noe kognitiv svekkelse og rigide tankemønster, eller kan eldre lære nye mestringsstrategier? Også andre funksjoner svekkes som syn, hørsel, balanse og jeg lurer på hvordan dette spiller inn ved behandling? Eldre kan ha akkumulert negative livshendelser som kan påvirke tanker, følelser og handlinger (Creamer og Parslow 2007). Pasienten kan synes han har lite å se frem til, hvordan klarer psykiatrisk sykepleier å motivere han til å bearbeide traumet og gjøre de endringer som må til for at han skal bli bedre? Hva skal til? Vil det hjelpe om han øker aktivitetsnivået og er mer sosial? Jeg vil undersøke eventuelle problemer som aldersrelaterte svekkelser kan føre til og vil forsøke å svare på om eldre har nytte av psykologisk behandling.

Delproblemstillinger

Hvordan kan man forstå en eldre person med PTSD i lys av det kognitive terapeutiske perspektivet?

Hvilke utfordringer innebærer det å arbeide med eldre mennesker og hvilke innvirkning har pasientens høye alder på utfallet av behandlingen?

TEORI

PTSD

Ifølge Snoek og Engedal(2000) kan PTSD utløses av ekstraordinære livshendelser som alvorlige ulykker, naturkatastrofer, krigshandlinger, fysiske eller seksuelle overgrep, eller andre katastrofer som rammer enkeltpersoner. Personens reaksjon må være sterk, med intens frykt, hjelpeløshet eller skrekk. 1-1,5% av befolkningen vil gjennomgå en traumatisk opplevelse med seinfølger i løpet av livet. Hele 50% av de som opplever bombeangrep reagerer med PTSD. Angst og depresjon forekommer ofte hos pasientgruppen. Ifølge Frueh et al.(2004) så er PTSD assosiert med økt medisinsk komorbiditet og økt bruk av helsetjenester.

I en krisesituasjon kan sterke inntrykk, det en så, hørte, luktet eller følte feste seg i bevisstheten. Kroppen kan være ute av balanse i lang tid, en kan skvette, være anspent eller ha smerter. Verden er blitt uforutsigbar. Mange blir engstelige for at noe skal skje med familie og venner. En føler seg ikke lenger usårbar, blir ofte irritabel og kan slite med depresjon og humørsvingninger. Både kroppen og følelseslivet kan komme i ubalanse, og om pasienten kommer i en situasjon som minner om traumesituasjonen kan han rammes av sterk angst (Berge og Repål 1997).

Problemene kan komme etter hendelser en opplever som truende eller grusomme. Pasienten kan tro han er ferdig med hendelsen, men en endring i levemåte, en skremmende opplevelse eller andre livsbelastninger kan føre til at minnene trenger seg på. Om en har vært utsatt for en forferdelig opplevelse, er det naturlig å unngå alt som kan minne om den. En ønsker ikke å tenke, snakke eller utsette seg for situasjoner som kan minne en om hendelsen. Ofte nevner ikke pasienten erfaringen, om han gjør det så er det vanlig å bagatellisere den(Corrigan et al.2008). Mennesker som har vært igjennom dette hevder at det som regel er nødvendig å møte ubehaget for å få bearbeidet opplevelsene. Hvis ikke

kan minnene komme tilbake eller en kan utvikle andre psykiske og fysiske plager. I tillegg opplever pasienten ofte en følelsesmessig avflatning eller distansering fra andre, og en følelse av at alt er håpløst(Snoek og Engedal 2000).

Det er mange som lider av PTSD som ikke får hjelp. I dag er det ofte korte innleggelser og rask behandling som kan medføre at de som søker hjelp ikke får hjelp til å snakke om og få bearbeidet den traumatiske hendelsen. Ifølge Mørch og Rosenberg(2005) er det i pasientgruppen spesielt mange som velger å avslutte behandlingen. For å forebygge frafall må en forberede pasienten på at symptomene kan forverres i begynnelsen, men at det er kortvarig. Flere studier av PTSD konkluderer med at symptomene minker med tiden (Averill og Beck 2000).

Psykisk helse hos eldre

Ifølge Engedal og Wyller(2003) så er det i evnen til å løse problemer på en ny måte (flytende intelligens) at vi finner tilbakegang fra 60års alder, når det gjelder evne til problemløsning som krever lærte ferdigheter og kunnskaper (krystallisert intelligens) ser det ut til at det er lite eller ingen reduksjon i vår intellektuelle evner til langt opp mot 80-års alder. Ifølge Berge et al.(2010) så kan eldre lære nye mestringsteknikker noe som vil ha positiv innvirkning på hvordan de responderer på psykoterapi.

Ifølge Fossan og Raaheim(2001) er hjernekapasiteten vår så stor at bare en liten del blir brukt, og individuelle forskjeller spiller liten rolle om en ser bort ifra sykdom eller hjerneskade. Det som er viktig er interesse, stimulerende læringsmiljø og trening, om en er motivert kan en lære nye ting gjennom hele livet. Eldre vil merke endring i fysisk styrke og smidighet, men det er store individuelle forskjeller, og det er mulighet både for forbedring og forverring avhengig av bl.a. livsstil, fysisk og mental aktivitet.

Bondevik og Nygaard(1999) hevder at en fortsetter å bruke mestringsstrategier en har brukt tidligere i alderdommen. Om en ser bort fra demenssykdommer så er ikke eldre mer plaget av psykiske lidelser enn yngre. Det er stor variasjon i materielle vilkår, trivsel, funksjonsevne og helse, og en subjektiv tilnærming er viktig for å forstå stress, mestring og følelser hos eldre.

Ifølge Bondevik og Nygaard(1999) fører alderdom til en rekke tap. Tap av fysikk, utseende, selvkontroll, identitet og mulighet til å gi omsorg på samme måte som tidligere. Tap av samvær med dem en føler seg knyttet til, og tap av mulighet til å fullføre planer.

Det å oppleve tap av ektefelle, søsken og venner vil medføre tap av psykisk velvære. I eldre år kan døden sees på som en naturlig slutt på livet, men gamle føler som regel fortsatt at livet er verdifullt og det er tungt å tenke på at døden nærmer seg. Eldre kan bekymre seg for det ukjente, for hvordan det skal gå med de nærmeste, hvilke forandringer kroppen utsettes for, engstelse for smerter m.m. Tap av fysisk funksjonsevne medfører at en ikke kommer seg rundt som før. Det begrenser det sosiale livet, som igjen kan redusere fysisk- og psykisk funksjonsevne.

Ifølge Snoek og Engedal(2000) viser en undersøkelse at 20-30% av alle over 65år har en subjektiv opplevelse av kronisk søvnproblem og at dette øker med alderen. Søvnkvalitet og sammensetning endres etter 60-65års alder. Symptomer som søvnforstyrrelser og hukommelsessvekkelse er generelt mer vanlig hos eldre og trenger ikke henge sammen med at de har vært utsatt for traumer(Averill og Beck 2000).

Kungsholmenprosjektet viste at for eldre er komorbiditet vanlig. De undersøkte mennesker over 77år og fant at 55% hadde flere kroniske lidelser samtidig(Langballe og Evensen 2011).

Traumer hos eldre

Ifølge Averill og Beck(2000) viser en studie av veteraner fra andre verdenskrig at påtrengende minner reduseres med tiden, men unngåelses symptomer, det å isolere seg fra andre økte ettersom mennene ble eldre. De vanligste symptomene var insomnia(80%), mareritt(75%), irritabilitet(65%), sosial isolasjon(50%) og flashbacks(45%). En studie på veteraner fra Perl Harbor viste at 45år etter hendelsen opplevde 65% fortsatt påtrengende minner og 42% rapporterte skyldfølelse for at de overlevde.

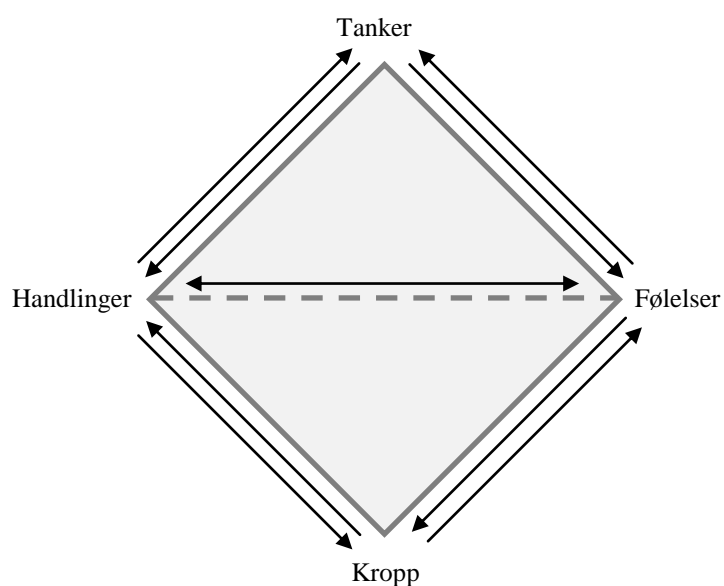
Frueh et al.(2004) fant i sin forskning at PTSD ofte kan være kronisk og mange veteraner sliter med alvorlige symptom fra krigserfaringer for 30-50år tilbake. De studerte forskjellen mellom eldre og yngre og fant at de eldre var mer åpen og ærlig, mens de yngre hadde en tendens til å overdrive eller overrapportere de psykiske lidelsene sine. Eldre skåret lavere på skala for psykopati, sinne, paranoiditet, forstyrret tenkning, nedsatt realitetstesting og sosial fremmedgjøring enn yngre. De fant at PTSD symptomene til eldre var mindre alvorlig enn hos yngre. Eldre søkte oftere medisinsk hjelp og hadde andre og større behov for medisinsk og psykologisk hjelp enn yngre.

Ifølge Schwebs(2002) vil et tidligere ubearbeidet traume nedsette evnen til å håndtere stress i eldre år, mens bearbeidet traume vil beskytte mot PTSD. Beskyttende faktorer som personlighet, god selvtillit, en livsledsager, psykososial støtte, god helse og stabil økonomi er ofte til stede, og eldre mennesker bruker oftere religion i sin mestring. Utløsende faktorer er arvelighet, kaotisk barndom, tidligere traume og traumets intensitet og varighet. Alder har ingen innvirkning på PTSD prevalensen. Eldre kan faktisk vise færre symptom enn yngre, da tidligere traumeerfaring kan øke mestringsevnen.

Kognitiv terapi

KT kalles også kognitiv adferdsterapi. Det finnes forskjellige former for KT, her er det vesentlig Aron T. Beck sin modell som er lagt til grunn. Terapeuten skal være ekspert på metoden og det er en konkret plan på hvordan en skal hjelpe. Pasienten er ekspert på sitt liv og vet best hvilke problem han sliter med, og terapien er et samarbeidsprosjekt mellom dem(Wilhelmsen 2009). KT er basert på kognisjon, det vil si våre tanker og vår tankevirksomhet, og vektlegger hvordan vi tolker, forstår eller oppfatter ulike hendelser. Terapeuten skal være ekte, empatisk og aksepterende(Nielsen og von der Lippe 1993).

Grunnideen er at tanker, følelser, kroppslige symptomer og handlinger påvirker hverandre gjensidig, noe som illustreres ved hjelp av den kognitive diamant.



Figur 1. Den kognitive diamant (Berge og Repål 2010,34).

Grunnleggende i Becks modell er skjema som fungerer som et filter som vi opplever verden gjennom. Når vi opplever noe bruker vi skjema som har relevans til å fortolke og analysere hendelsen. Skjema har innvirkning på oppfattelse, hukommelse, tenkning og vil påvirke følelser og handling (Nielsen og von der Lippe 1993). Beck mente at en kan dele tankene opp i følgende tre skjema, tolkningsskjema eller levereregler:

Automatiske levereregler er spontane, ureflekterte tanker som kan være både positive og negative. I KT fokuserer en på å identifisere og endre de negative automatiske tankene (NAT) som kan være ødeleggende for pasienten, for eksempel ”Jeg er ubrukelig”.

Automatiske tanker er lettest å definere, det er tanker som bare dukker opp, de er ofte utløst av noe vi ser, hører, lukter, føler eller kjenner. De er raske og de påvirker følelsene våre (Wilhelmsen 2009).

Situasjonsavhengige/sekundære levereregler. Aktiveres i spesielle situasjoner for eksempel skulle-, burde-, måtte-tenkning. De kan formuleres i et ”hvis så” format. Dette er refleksjoner, vurderinger, meninger, tolkninger, overtro og fordommer (Wilhelmsen 2009).

Globale/primære levereregler, er overordnede skjema og våre grunnholdninger til oss selv. Disse er konkrete holdninger som fungerer som et filter for vår opplevelse og tolking av verden. De er ofte dannet i barndommen og er altomfattende om oss selv (Wilhelmsen 2009).

Alle de kognitive elementene henger sammen slik at automatiske tanker er logisk avledet fra våre skjema og grunnholdninger. Ofte får pasienten i hjemmeoppgave å identifisere disse tre (Wilhelmsen 2009).

Hvordan en kan endre tanker, følelser eller handling her og nå er i fokus. Derfor er det ikke alltid nødvendig å vite bakgrunn for at pasienten tenker eller handler på en bestemt måte. Terapeuten bruker Sokratiske spørreteknikk, ved å stille spørsmål som åpner for refleksjon. Han må være nysgjerrig, sette søkelys på hva pasienten faktisk tenker og huske at det er pasientens endringsprosjekt. I terapien forsøker en å hjelpe pasienten til å se at det alltid finnes alternative måter å tenke på (Berge og Repål 1997).

Angst for angsten kan bidra til å opprettholde og forsterke angstproblemer. God informasjon er viktig da det er grunnlag for selvhjelp og aktiv deltakelse i terapi. Panikksirkelen kan brukes til å forklare hvordan en hendelse, kroppsreaksjoner, tanker og følelser påvirker hverandre og kan bidra til økt angst og panikkreaksjon. Pasienten kan minne seg selv på at han har en normal reaksjon i feil situasjon. At han skal tenke på hva som faktisk skjer i kroppen nå eller rundt han nå, og ikke hva han frykter kan skje og la redselen gli over uten å kjempe i mot (Berge og Repål 2010).



Figur 2. Panikksirkelen (Berge og Repål 2010, 102).

I KT spør en om de holdningene og tankene jeg har hjelper meg til å nå målene mine. Om de er hjelpsomme i sosiale relasjoner? Hva er alternativene? Hvordan kan jeg endre meg? Poenget er å være seg selv på en lur måte (Wilhelmsen 2009).

Terapiforløpet i KT kan deles inn i følgende faser:

Etablering av terapeutisk allianse. Å opparbeide en god relasjon er en forutsetning for å kunne hjelpe pasienten til å bedre sin situasjon. Pasienten må stole på terapeuten, han vil da lettere kunne være åpen og ærlig, noe som vil lette samarbeidet (Berge og Repål 2010).

Ressurs- og problemutredning. Terapeuten kartlegger ressurser og problemer. Terapeut og pasient finner en problemstilling eller et tema som de kan begynne å arbeide med. Pasienten kan få i hjemmelektur å skrive ned for eksempel ressursene, løsningsstrategiene og problemene sine. Det er et mål for terapeuten å forenkle problemstillinger, slik at

pasienten lettere finner løsning på problemene selv. Terapeuten undersøker også pasientens mulighet til å få støtte fra pårørende og venner, da det å ha personer en har tillit til er svært viktig (Berge og Repål 2010).

Kasusformulering. Hypoteser om hva som har bidratt til og hva som opprettholder pasientens psykiske problem. Hva er årsaken til problemet? Hva opprettholder problemet? Hva påvirker problemet? Mål for samarbeidet mellom pasient og terapeut: 1. få kontroll over problemet. 2. forstå hva som har bidratt til å opprettholde problemet. 3. finne metoder som kan forebygge problem (Berge og Repål 2010).

Intervensjonsfase. Her har en fokus på ressurser og mestringskapasitet. Intervensjonene gjøres ikke på det emosjonelle men på det kognitive plan.

ABC-modellen er sentral i KT:

Activating event	:	den aktiverende hendelsen
Belief about	:	tanker, oppfatninger og tolkning knyttet til hendelsen
Consequences of belief	:	følelser og handlinger som tankene medfører

Dette gir utgangspunkt for Dispute/diskusjon som er alternative måter å tolke situasjonen på. Terapeuten bruker Sokratiske, åpne og ikke vitende, spørsmål og reflekterer rundt ABC-modellen. Tanken er at alternative tanker kan føre til endring. En skal starte med og ha hovedfokus på C opplevelsesaspektet/følelsen handlinga gir. Følelser kan gi oss informasjon og lede oppmerksomheten vår mot fenomen vi kanskje ellers ville ha oversett. Ved å ta tak i følelsen i situasjonen kan vi få tak i tankene vi gjør oss (Wilhelmsen 2009). På bakgrunn av diagnose, kasusformulering og målsetting foreslår terapeuten en behandlingsplan (Berge og Repål 2010).

Mestringsstrategier/endringsstrategier

Ifølge Berge og Repål (2010) kan en begynne å arbeide med mestringsstrategier når pasienten har fortalt om livshindringer og problemer, da det er et mål at pasienten skal lære alternative mestringsstrategier. Terapeuten bør finne ut hvilke mestringsstrategier pasienten har brukt tidligere, hva som har vært til hjelp og så hjelpe han å bruke disse mer bevisst.

Adferdsmessige mestringsstrategier/adferdsstrategier kan være å øke aktivitetsnivå, øke sosialt aktivitetsnivå, redusere sosialt aktivitetsnivå og praktisk realitetstesting. I KT forsøker en eksponeringsterapi eller atferdseksperiment. Pasienten får prøve ut om det han forestiller seg faktisk skjer. Terapeut og pasient samarbeider om å:

1. Sette opp en hypotese.
2. Finne ut hvordan pasienten kan sjekke ut og observere hypotesen.
3. Hva skjedde?
4. Hva kan jeg lære av dette?

Kognitive mestringsstrategier som for eksempel er oppmerksomhetsskifte, oppmerksomhetsinnsnevring, normalisering, motargumentering eller at terapeuten hjelper pasienten til å gjenkjenne, så tvil om og ta avstand fra sine negative tanker.

Sensoriske mestringsstrategier. Dette kan gå på hørsel, smak, for eksempel å knipe seg i armen eller søke avledning ved å høre på musikk.

Fysiologiske mestringsstrategier. Pusteteknikker, teknikker for muskelkontroll for eksempel muskelspenning.

Corrigan et al.(2008) hevder at to KT teknikker er spesielt effektiv i behandling av PTSD, og disse kan brukes enkeltvis eller kombineres:

Eksponeringsterapi innebærer at pasienten systematisk blir konfrontert med fryktede men trygge traumatiske stimuli, dette kan være tanker og forestillinger som minner han om den traumatiske hendelsen. Når pasienten snakker om dette blir han i stand til å håndtere situasjoner som minner han om den traumatiske erfaringen. Han lærer at minnet og situasjonen ikke kan skade han og angsten vil gradvis avta. En slik tilvenning til angst vil redusere symptomene.

Kognitiv restrukturering. Terapeuten hjelper pasienten til å identifisere underliggende tanker som er relatert til negative følelser som angst, depresjon, sinne eller skam. Så undersøkes bevisene slik at pasienten kan endre og forkaste tanker som ikke er støttet av bevis. Kognitiv restrukturering for PTSD fokuserer på å hjelpe pasienten til å forandre

upresise tanker om den traumatiske hendelsen og erstatte dem med tanker som kan være til hjelp og som fører til at pasienten føler seg bedre.

EMPIRI

Empiri er hentet fra egne observasjoner og erfaringer fra mitt arbeid som sykepleier ved en alderspsykiatrisk sengepost i spesialisthelsetjenesten. Pasienten er anonymisert og personlige data er endret.

Presentasjon av kasus

Pasienten er en 85år gammel mann, som jeg velger å kalle Gunnar. Han ble frivillig innlagt etter §2.1. i PHL. Han har i det siste hatt flere innleggelseser i psykiatrisk avdeling med depresjon, angst og panikkanfall. Symptomene er forenlig med PTSD ifølge ICD-10 F43.1. utløst av traumatiske opplevelser under krigen.

Gunnar har hatt traumatiske opplevelser i ungdommen. Mor hans tok selvmord og han fant henne. Under krigen var han med i motstandsbevegelsen. Det var ofte bombeangrep, og en gang ble de bombet før de rakk å søke dekning. Han ble vitne til at flere av hans nære venner ble sprengt, det var kaotisk med mye blod, flere skadede og døde. Disse i tillegg til flere hendelser har gjort uutslettelig inntrykk på han. Han har likevel klart å leve videre med opplevelsene, men nå i en alder av 85år, pensjonert, med god tid til å tenke, fysisk svekket, mindre aktiv, nedstemt, begynte han å få mareritt, flashbacks og søvnproblem. Gunnar er gift og har barn, barnebarn og oldebarn. Han er pensjonert murermeister og drev tidligere eget firma. Kona er på samme alder og kronisk syk. Hun sier at hun er svært sliten og trenger avlastning. I dårlige perioder sliter Gunnar med tankekjør og angst. Han kan da være irritabel og utålmodig. Han har problem med å være alene og vil at kona skal være hos ham hele tiden. Når angsten dominerer klarer han ikke å gå ut. Han sier at han er redd for å komme ut av kontroll, men nekter for at han vil skade seg. Somatisk sett er han frisk og det finnes ingen patologiske symptom ved undersøkelse. Han er klar og orientert og det fremkommer ingen psykotiske symptom.

Hendelsene 22.juli, bombing av regjeringskvartalet og massakrene på Utøya, gikk hardt inn på Gunnar som i ettertid har slitt med økt grubling, flashbacks og dårlig nattesøvn.

DISKUSJON

Siden jeg ikke er kommet så langt i terapiforløpet med Gunnar vil jeg i diskusjonen trekke inn hypotetiske spørsmål og vurderinger jeg eventuelt kan bruke i fremtidig behandling.

Hvordan kan psykiatrisk sykepleier ved alderspsykiatrisk avdeling bruke KT i behandling av eldre pasient med forsinket posttraumatisk stresslidelse?

- 1) Hvordan kan man forså en eldre person med PTSD i lys av det kognitive terapeutiske perspektivet?

For å forstå Gunnar i lys av det kognitive terapeutiske perspektivet blir det viktig å identifisere hans skjema, da disse fungerer som filter han ser verden gjennom. ABC-modellen vektlegger at det er vår tolkning av en hendelse som avgjør hvordan vi reagerer og føler oss. Gunnar har gjennom erfaringer tilegnet seg kognitive skjema som påvirker måten han tolker situasjonene på. Skjemaene hans har sannsynligvis vært hensiktsmessige, men er ikke nødvendigvis det lenger. Gunnar blir engstelig på grunn av det han tenker i situasjonen og ikke på grunn av situasjonen i seg selv. Psykiatrisk sykepleier må i samarbeid med Gunnar sette opp en ABC-modell for å finne leveregler, NAT og alternative tanker som kan vær til hjelp og nytte (Berge og Repål 2010).

Jeg forhører meg om ressursene han har og problemene han sliter med. Han forteller om positive sider som familie og gode naboer, og at et problem er at han ikke går ut for å unngå å få angstanfall med tanker som ”jeg besvimer”, ”jeg dør”. Dette er NAT, skjema eller leveregler som er uhensiktsmessige og har bidratt til utvikling av en mestringsstrategi som går ut på å unngå situasjonen. I KT kan dette også forklares ved hjelp av en modell kalt den kognitive diamant(se fig.1.). Gunnar unngår å gå ut da han er redd for å få en angstreaksjon, tankene begrenser aktiviteten hans, noe som fører til at han føler seg nedstemt og deprimert. Ifølge Wilhelmsen(2009) kan en situasjon utløse betingede reflekser, dvs. utløse en følelse uten først å aktivere en kognitiv prosess. Gunnar blir kaldsvett, får hjertebank, brystmerter, kvalningsfølelse, svimmelhet og blir redd for å miste kontrollen eller dø. Den fysiske responsen blir ytterligere aktivert når han begynner å tenke på den. Når han tenker ”nå dør jeg” aktiviseres en rekke prosesser i kroppen og bidrar til at han blir fysisk dårlig. Panikksirkelen er en modell som illustrerer at en kommer inn i en vond sirkel, der tankene forverrer kroppslig aktivering og omvendt. Om sirkelen

ikke brytes kan det kulminere i et angstanfall. Jeg forklarer mekanismen ved å tegne og forklare modellen for Gunnar(se fig.2).

Gunnar sliter med PTSD, som gir flashbacks og mareritt, som igjen har ført til at han sliter med søvnproblem. Søvnproblemene bidrar til at han føler seg utslitt og mangler energi på dagtid, noe som gir nedsatt initiativ og tiltakslyst. Han er slik kommet inn i en vond sirkel der han blir sittende inne og blir gradvis mer deprimert. Dette kan gi nye NAT og leveregler om at han ikke klarer noe selv, at han er en belastning, at ingen ønsker å være sammen med han.

Ifølge Cullberg(2010) kan tidligere angstbetonte opplevelser aktualiseres av en ny traumatisk opplevelse. Ved hjelp av livshistorien kan det bli lettere å se og forstå Gunnar i en større sammenheng. Psykiatrisk sykepleier forsøker å hjelpe han til å få bearbeidet traumet ved å la han prate om hendelsen. Det ser ut som om han har brukt forsvarsmekanismer som fornektning og muligens regresjon, dvs. at han har gått tilbake til tidligere utviklingstrinn. Tegn på det er at Gunnar nå er mer avhengig av andre for å komme seg ut, han er redd for å være alene og at han ikke bidrar hjemme. Under regresjon kan tankesensur bli mildere og for lengst glemte situasjoner kan dukke opp igjen. Fornektede følelser kan komme til uttrykk i form av andre symptom som angstreaksjoner (Berge et al.2003). Symptomene hans kan også skyldes depresjon eller en sorgreaksjon. Ifølge Berge et al.(2003) så kan sorg vare i flere tiår, og en antar at sorg kan vare livet ut. Gunnar har hatt flere traumatiske hendelse som påvirker livet hans nå, blant annet ved at det har endret hans syn på verden. Å innse hvor skjørt livet er kan gjøre Gunnar mer engstelig og han kan kjenne på en økt sårbarhet.

- 2) Hvilke utfordringer innebærer det å arbeide med eldre mennesker med PTSD og hvilke innvirkning har pasientens høye alder på utfallet av behandlingen?

Del A) Hvordan kan man legge opp terapien

Wilkinson(1997) hevder at en i KT kan bruke samme tilnærming til eldre som til yngre, men at terapien bør tilpasses. I behandling av Gunnar legger jeg i starten vekt på alliansebygging(se del C), videre informerer jeg om grunnleggende ideer i KT. Jeg starter med en forklaring basert på den kognitive diamant. At tanker, følelser, handlinger og kroppslige fenomen påvirker hverandre gjensidig, og om en skal bli bedre må en forsøke å

endre en av disse, f.eks. om en går tur så kan det gi gode tanker, som igjen kan gi gode følelser, eller omvendt. Jeg forklarer at terapien er et samarbeidsprosjekt mellom oss som krever at han deltar aktivt for å bli bedre. Jeg gir ham en informasjonsbrosjyre om KT som han kan lese i ro og mak (Berge og Repål 1997). Nielsen og von der Lippe (2002) mener at en bør starte å arbeide med et problem en kan løse, og ikke med pasientens kjerneproblem. Jeg forhører meg om hva som er et problem for Gunnar og spør om vi kan arbeide videre med dette ved hjelp av ABC-modellen. Gunnar forteller at han alltid har likt å gå tur, men at han nå ikke kommer seg ut. I samarbeid satt vi opp følgende:

- A/Situasjon: Sist jeg gikk tur alene ble jeg så dårlig at jeg måtte sette meg på en stein i grøftekannten. Jeg var helt satt ut.
- B/Tanker: Jeg kommer til å besvime, noen kommer og ser meg helt hjelpeløs og skjelvende. Jeg er svak, ubrukelig, håpløs, et menneskelig vrak som ikke en gang klarer å gå ut alene.
- C/Følelser: Jeg ble kaldsvett, fikk hjertebank, det prikket i hele kroppen, jeg skalv og det følte som gele i bena. Jeg følte meg elendig, oppgitt, lei og engstelig.

Gunnar må lære seg å kjenne igjen NAT, slik at han kan mobilisere støttetanker, som kan ufarliggjør de NAT. Tanker som ”Jeg er svak og ubrukelig” må han trene på å erstatte med ”Jeg kan kanskje ikke kontrollere angsten direkte, men jeg kan kontrollere min reaksjon på den.” ”Har jeg urimelige forventninger til meg selv?” ”Finnes det alternativ til disse tankene?”

D/alternative tanker: Jeg kan tenke at jeg har et angstanfall, at det er ikke farlig. Angsten går alltid over av seg selv. Ingen dør av angstanfall.

Jeg kan tenke at jeg er en gammel mann og at det er ikke uvanlig å bli sliten, andpusten og få hjertebank når en går tur.

Jeg kan tenke at om andre hadde opplevd alt jeg har opplevd ville de nok ha hatt det på samme måte.

Jeg kan tenke at ingen bryr seg om at jeg sitter der, alle har nok med seg og sitt, noe som er greit i den situasjonen.

Skalering: ”Hvor stor sannsynlighet på en skala fra 0-100 er det for at dette skal skje?” ”På en skala fra 0-100 hvor stor sannsynlighet tror du det er for at noen skal se deg kl.9.00. om morgenen?”

”Motargumentering: ”Er det slik at du får angstanfall hver gang du er ute alene?” ”Hva er det verste som kan skje?” ”Tror du at noe vil skje, bare for det kan skje?” ”Hva ville du si til en venn som var i samme situasjon?” ”Hva er det verste med at noen ser deg?” ”Hva hadde du tenkt om du så en gammel mann som satt på en stein?”

Turgåing vil gi Gunnar mestrings- og flytfølelse og han får mindre tid til å gruble. For å hjelpe Gunnar bruker psykiatrisk sykepleier eksponeringsterapi. Gunnar får i oppgave å planlegge tur på kvelden. Gå tur om morgenen, identifisere og registrere NAT som dukker opp både før, under og etter turen. I samarbeid setter vi opp en plan med konkret mål: gå 15 minutt etter frokost hver dag den første uka. Psykiatrisk sykepleier minner han på at ting tar tid, at det ofte er nødvendig å ta små skritt for å få til endring og om han starter med 15 minutt nå så kan vi øke dette gradvis. Det er en fordel å starte treningen når han er innlagt, da psykiatrisk sykepleier kan gå sammen med han de første gangene, eventuelt følge han en vei, slik at han gradvis får trent seg opp til å gjøre dette på egenhånd. Målet er Gunnar klarer å gå tur alene uten å få angstanfall.

I samarbeid setter vi opp en kasesformulering:

Psykiatrisk sykepleier: Hva tror du årsaken til problemene dine er?

Gunnar: Det er alt jeg har opplevd i livet mitt. Det har vært mange tragiske hendelser. At jeg har blitt så gammel og ubrukelig.

Psykiatrisk sykepleier: Hva tror du opprettholder problemet?

Gunnar: Nei, jeg vet ikke. Av og til får jeg bare en forferdelig angst. Ofte ser jeg bilder, eller våkner av ett mareritt og klarer ikke å bli kvitt bildene, det kan gå flere dager. Jeg tror jeg grubler for mye.

Psykiatrisk sykepleier: Hva tror du påvirker problemet?

Gunnar: Jeg ble dårligere etter at jeg så på TV de unge som var skutt og skadet etter hendelsen på Utøya. Jeg identifiserte meg nok med dem og begynte å få mareritt og flashbaks, og med flashbaks kom angsten, det henger sammen.

Psykiatrisk sykepleier: Hva ville hjelpe tror du?

I KT kan en gi pasienten råd, men det er viktigere å være lydhør og stille åpne spørsmål om hva han mener, og slik hjelpe han til å komme frem til løsningen selv. Psykiatrisk sykepleier spør: "Hva har du gjort i forhold til dette?" "Hva tror du en annen hadde tenkt om han var i din situasjon?" Jeg spør videre om mestringsstrategier han har brukt, om han synes det hjelper, og om han tror noe annet kan hjelpe. "Hva gjør du i vanskelige situasjoner?" "Har du lagt merke til om du har en mestringsstrategi?" "Hva er tidlige tegn på at du får angst eller flashbacks?" "Finnes det noen forvarsel?" "Er det noe som hjelper når du får angst?" "Hva kan du gjøre for å få det bedre?" Det er et detektivarbeid å finne hva som utløser angstanfall og hva som er årsaken til angstproblemet.

Psykiatrisk sykepleier råder Gunnar til å skjerme seg for inntrykk, ikke se nyheter på TV når han vet han blir urolig av det. At han utsetter grubling til etter kl.18.00. og begrenser grublingen til en halv time per dag. Psykiatrisk sykepleier forsøker å hjelpe han å finne aktiviteter som gir han "flytfølelse"/glede, og spør: "Hva gir deg glede?" "Hva likte du å gjøre tidligere?" "Er det noe du vil holde på med nå?" Gunnar fortalte han at han har ei hytte som han liker å være på, at han likte å gå tur og å ta robåten ut og fiske. Dette var tidligere en kjær hobby, men nå er han redd for hjerteinfarkt og angstanfall. Han sier at han ikke har energi og lyst lengre. Ifølge Berge og Repål(2010) så vil aktivitet svekke depresjon, det gir mer energi, tar oppmerksomheten bort fra smertefulle følelser, grubling og tristhet. Jeg anbefaler Gunnar å føre en dagbok/planbok over hva han gjør og planlegger å gjøre. Dette kan bidra til å øke aktiviteten. Om han i tillegg noterer bak aktiviteten hvordan han føler seg, kan han lettere se hva som er bra for han. Om han øker aktiviteter som gir han en følelse av tilfredsstillelse og mestring så vil det bidra til bedring. I samarbeid setter vi også opp en ukeplan med ukens aktiviteter, som daglige turer, måltid i

spisestue sammen med medpasienter, å ta kontakt og besøke venner/familie og eventuelt andre gjøremål.

Berge et al.(2003) hevder at traumatiske opplevelser kan føre til at pasienten utvikler en historie om seg selv som et offer, uten kontroll og bestemmelsesrett. For at Gunnar skal se seg selv i et annet perspektiv må en tydeliggjøre styrke og ressurser. Psykiatrisk sykepleier spør om livet hans og oppmuntrer han til å fortelle om positive sider, det han har mestret, bedriften, hus og hytte som han har bygd, om et godt ekteskap, om oppfølging av barn og barnebarn. Psykiatrisk sykepleier oppmuntrer han til å snakke om det en ønsker mer av. Det bringer gode opplevelser og følelser frem i minnet, noe som er bra når han er nedstemt og grubler på problemer. Det å framheve ressurser, muligheter, at han kan stole på seg selv er bra og hjelper han til å være mindre redd for plutselige og ukontrollerbare reaksjoner. Det hjelper han også til å skifte fokus, til å se løsninger og kan styrke mestrings- og selvfølelse(Bakke 2009).

Del B) Hvilken innvirkning har relasjonen/alliansen mellom terapeut og pasient for KT og utfall av behandlingen?

Terapeuten skal være ekte, empatisk, aksepterende, tålmodig, ærlig, samtidig som en formidler at en er kompetent til å hjelpe(Nielsen og von der Lippe 1993). Om en tilstreber en slik holdning vil det kunne fremme en god allianse. Jeg tilbyr Gunnar en samtale per vakt, at vi prater på rommet hans, slik at han kan være trygg på at ingen overhører samtalen og at vi ikke blir forstyrret. Jeg forsøker å være forutsigbar ved å avtale klokkeslett og lengde for samtalen.

Frueh et al.(2004) fant i sitt forskningsprosjekt på amerikanske veteraner at eldre har en annen holdning enn yngre. Eldre var mer åpne og ærlig, men pasienter med PTSD er generelt motvillig til å fortelle om den traumatiske opplevelsen. Jeg har erfart at det er vanskelig å få Gunnar til å fortelle om hendelsen. Det er mulig at han unngår å prate om det for å beskytte en for han ”ung og uerfaren sykepleier”. Jeg har ingen erfaring for å forstå opplevelsene hans. Kanskje vil han unngå å sette seg selv i et dårlig lys, eller å skape dårlig stemning? Han har fortrent hendelsen så lenge og mener kanskje fortsatt at det er den beste mestringsstrategien. Om Gunnar ikke ønsker å snakke om de traumatiske hendelsene så må en vente med det til han eventuelt ønsker det, og heller forsøke å arbeide med de problem han tar opp. Det er en fordel om dette er problem som ”er lett å løse” da

Gunnar kan få tro på at KT virker(Wilhelmsen 2009). Å forsøke å komme inn på tema som pasienten unngår vil kunne ødelegge alliansen. Gunnar kan trekke seg bort, velge å ikke ha samtaler med psykiatrisk sykepleier eller å skrive seg ut.

Ifølge Berge et al.(2003) kreves en respektfull holdning fra terapeuten og det kan være viktig å markere en solidarisk holdning i forhold til krenkelse av menneskers rettigheter. Psykiatrisk sykepleier støtter Gunnar på opplevelsen og følelsene han sliter med. Gunnar var med i motstandsbevegelsen og kjempet for at Norge skulle forbli ett fritt land, så det er lett å vise en solidarisk holdning og å forstå handlingene hans. Ifølge Dyregrov et al.(2009) er det i en slik situasjon vanlig å bebreide seg selv. Gunnar kan gruble på hva han kunne ha gjort for å hjelpe kameratene og om han kunne forholdt seg annerledes i situasjonen. Dyregrov(2002) hevder at PTSD problemene økte med økende nærhet til de som ble skadet og døde, og med observasjon av skadede og grusom død. Psykiatrisk sykepleier bruker Sokratiske spørsmål for å hjelpe han å se at han i situasjonen ivaretok seg selv og andre ut ifra det som var mulig, og til å se at handlingene var meningsfulle i en håpløs situasjon. ”Hvordan tror du en annen ville reagert om han var i din situasjon under krigen?””Hvordan tror du en annen ville vurdere innsatsen din?””Hadde du noe valg?” slike spørsmål kan belyse hendelsene og bidra til å lette skyldfølelse.

Ved angst og flashbacks kan Gunnar forsøke oppmerksomhetsskifte som går ut på å flytte fokus. Han kan forsøke å fokusere på andre, i stedet for på seg selv, kanskje han kan ta opp igjen en hobby? Komme seg ut på tur? Han kan trene på ikke å gruble over fortid eller fremtid, men fokusere på nåtid. Normalisering er en mestringsstrategi der en gjør angsten til noe normalt, om psykiatrisk sykepleier sier:”Når du opplever det som en alvorlig trussel så er det normalt å føle angst”. Psykiatrisk sykepleier kan forsøke motargumentering: ”Kjenner du noen som ikke tenker slik i en slik situasjon, hva tenke dem?””Finnes det en alternativ måte å forstå situasjonen på?” Psykiatrisk sykepleier lærer Gunnar å stille seg selv motspørsmål (Berge og Repål 2010).

Ifølge Berge og Repål(2010) kjennetegnes den terapeutiske alliansen ved at terapeut og pasient er enig om målene og om metoder som skal brukes. Psykiatrisk sykepleier benytter Sokratiske spørreteknikk for å hjelpe Gunnar til å innse at han er ansvarlig for sitt liv. Bare han kan endre det. Hun forklarer om attribusjonsmåter, at enkelte mennesker legger skylden på seg selv, mens andre alltid legger skylden på andre og på utenforliggende faktorer. Gunnar tar all skylden selv, noe som kan disponere for angst og depresjon.

Attribusjonsteknikken han bruker kan identifiseres ved at en setter opp en ABC-modell, ser på hans tanker og leter etter alternative tanker. ”Var dette ditt ansvar?” ”Kunne du forhindre dette på noen måte?”

Psykiatrisk sykepleier setter i samarbeid med Gunnar opp en fordel- og ulempeanalyse som klargjør fordeler og ulemper ved å gruble på dette, noe som kan motivere for endring. For å endre uhensiktsmessige mestringsstrategier må Gunnar bli bevisst egne tanker og handlingsmønster(Wilhelmsen 2009). Psykiatrisk sykepleier spør:”Blir du bedre om du grubler på dette?””Hjelper det å gruble?””Når du har det bra hvordan tenker du da?” Om en kan bevisstgjøre Gunnar på hva han gjør når det går bra, så blir det lettere for han å fortsette med det. Han må trene på å se når han gjør noe bra og gi seg selv positiv forsterkning på dette(Berge og Repål 2010).

Bakke(2009) hevder 30% av endringen i terapi ble tilskrevet kvaliteten på terapirelasjonen. Videre var gjensidig respekt, fokus på pasientens ressurser og god informasjon viktig for endring. En samtale basert på at Gunnar får fortelle om det han har mestret hittil, der han får fortelle om at han har vært en ressurs for andre vil også kunne styrke alliansen. Om den indre samtalen består av gjentatte negative tanker, kan det å få uttrykke dette skape ny mening. Wormnes og Manger(2005) hevder at i møte er det mulig å få ny innsikt og forståelse. Psykiatrisk sykepleier forsøker å hjelpe Gunnar til å akseptere egne følelser og til å glede seg over å bli forstått, respektert og bekreftet i samtalen, da dette er viktig for relasjonen.

Både Corrigan et al.(2008) og Schwebs(2002) hevder at mange pasienter unngår å snakke om den traumatiske erfaringen, da de assosierer minnet av erfaringen med angst. Ofte velger de å bagatellisere hendelsen. Pasienten kan vegre seg for å fortelle, da han kan være bekymret for hvordan psykiatrisk sykepleier vil reagere. Det å fortelle om personlige hemmeligheter kan være fordelaktig, men det kan også medføre ulemper som avvisning. Det er viktig at psykiatrisk sykepleier er støttende, trygg og formidler at hun er der for å hjelpe.

Del C) Hvilke utfordringer innebærer det å arbeide med eldre mennesker og hvilke innvirkning har pasientens høye alder på utfallet av behandlingen?

Det ser ut som om Gunnar har en komorbiditet og sliter med PTSD, angst og depresjon. Ifølge Langballe og Evensen(2011) er det vanlig at eldre sliter med flere lidelser samtidig. Symptomene kan være tidlige tegn på en demensutvikling, noe som ville vanskeliggjøre behandling med KT. MMSE-NR (Mini mental status test, norsk revisjon) ble tatt for å vurdere Gunnars kognitive evner, og demensutvikling ble utelukket. Ved innleggelse forsøker vi også å utelukke eventuell somatisk sykdom, ved å ta rutinekontroller som EKG, blodtrykk, puls, røntgen av lunger, urinprøve og diverse blodprøver for å utelukke infeksjoner, jernmangel eller annen forstyrrelse som kan påvirke psykisk helse (Cullberg 2010). Dette er viktig da PTSD ifølge Glaesmer et al.(2011) er knyttet til høyere prevalens av hjerte-, lunge-, fordøyelses- og nervøse lidelser, og i tillegg flere andre fysiske lidelser.

Ifølge Cullberg(2010) kan det medføre psykisk sykdom når flere store trykksområder blir rystet samtidig. Gunnar har blitt pensjonist, kona sliter mer med sin kroniske lidelse, i tillegg vil flashbacks og søvnproblemene virke negativt inn på hans helse. Familien er flink til å stille opp, men selv om intensjonene er gode så kan dette føre til at Gunnar får for få mestringsopplevelser og mister troen på egne krefter. Hver gang han ikke makter noe stiller de nærmeste opp og stadig flere av dagliglivets gjøremål blir underlagt andre. Gunnar får et bilde av seg selv som ”en som må passes på” og som ”ubrukelig”. Det ser ut som det er lettere å komme inn i en avhengighetssituasjon for eldre mennesker. Samfunnet har ikke samme krav og forventninger til en mann på 85 som en på 30. Pasientens kone kan føle seg tvunget inn i en pleierrolle og bli bitter, noe som kan føre til gnisninger mellom dem. Lidelsen hans får stor innvirkning på samspillet i familien. Måten de takler dette på kan binde dem sammen på en positiv måte, men det kan også bli en belastning (Berge og Repål 1997). Ifølge Schwebs(2002) er familieterapi effektiv behandling. Psykiatrisk sykepleier spør Gunnar om det er greit å innkalle familien og hjelpeapparatet til et samarbeidsmøte for å diskutere hvordan vi best mulig kan hjelpe han. Psykiatrisk sykepleier informerer familien slik at de forstår at de muliggjør at Gunnar kan opprettholde den passive rollen, noe som ikke hjelper han på sikt. Borg(2009) fant at det å føle seg nyttig, å sørge for hus og hjem, å opprettholde sin rolle som familiemedlem er viktig i en bedringsprosess. Kanskje det nå er Gunnars tur til å hjelpe kona? Tidligere kjønnsrollemønster, der hun ordnet med hus og hjem og han arbeidet ute, kan ha bidratt til at han nå føler seg overflødig? Ifølge Engedal og Wyller(2003) er det i evnen til å løse problemer på en ny måte at vi finner tilbakegang fra 60års alder. Fossan og Raaheim(2001)

hevder at vi kan lære nye ting gjennom hele livet. Om rollene byttes på grunn av konas helse kan det bli en utfordring for Gunnar, men om han er motivert så klarer han det.

Gunnar fortalte han at han har få gamle venner, men at han har et par naboer som stikker innom av og til. Det å ha venner som en kan gjøre ting sammen med, ville påvirke selvfølelse og livsglede. Det ville avlaste kona og gi dem nye impulser. Psykiatrisk sykepleier oppmuntrer Gunnar til å holde kontakt med naboene og til å ta opp igjen kontakt med gamle venner. I samarbeid planlegger vi et atferdseksperiment/eksponeringsterapi som går ut på at han skal ta initiativ ved å ringe til en venn, spørre og eventuelt avtale at de skal treffes. Psykiatrisk sykepleier avtaler at en i neste samtale diskuterer hvordan det gikk. Om han ikke ringer så må en snakke om hvorfor og hvordan han skal legge opp neste forsøk for å få det til.

Ifølge Dyregrov(2002) er det mulig å se et fast mønster i menneskers mestringsstrategier gjennom livet. Gunnar kan ha høye krav til seg selv og føle at han ikke klarer å gjøre det han selv mener han bør klare. Ifølge Wilhelmsen(2009) kan tidlige livshendelser gi grobunn for holdninger som kan disponere for depresjon. Dette kan være kritiske og perfektjonistiske foreldre, som kan gi grunnleggende holdninger og leveregler som ”om jeg gjør alt rett, er jeg OK”. I og med han mistet moren tidlig kan far ha stilt større krav til han. Dette er tema psykiatrisk sykepleier drøfter med Gunnar. Jeg forklarer uhensiktsmessige måter å tolke verden på, at det kan være lett å fokusere på negative ting og å se bort ifra positive ting m.m.(Wilhelmsen 2009). Psykiatrisk sykepleier hjelper han til ny innsikt ved å stille spørsmål som:”Hvordan ville du forholdt deg til en som har opplevd dette?””Ville du fordømme eller tenke negativt om han?””Hvordan ville noen som har vært glad i deg og respektert deg beskrevet deg?””Hva ville du ha sagt til en venn som tenker slik?” Gunnar får i oppgave å utarbeide en liste over positive egenskaper og hendelser, som brukes som motbevis til hans negative leveregler og NAT (Berge og Repål 2010).

I behandling av eldre må tiltakene tilpasses individuelle behov, samtidig som en tar hensyn til utfordringer som aldringsprosessen utsetter den enkelte for. Psykiatrisk sykepleier informerer om tilbud som finnes og lar Gunnar bestemme om han ønsker å ta imot eller ikke. ”Hva tror du kan hjelpe deg i hverdagen?””Kommunen har følgende tilbud....tror du noe av dette kunne være nyttig for deg?””Er....noe som kan hjelpe deg i hverdagen din?”

Gunnar trenger mer å fylle dagene med og det vil være positivt om han har noen aktiviteter gjennom uka. Borg(2009) fant i sin forskning at slike tiltak kan bidra i bedringsprosessen. Jeg informerer om at han har rett på individuell plan. Jeg anbefaler han å forsøke dagsenter en gang per uke, noe som er sosialt og kan bidra til å øke hans omgangskrets. Videre en støttekontakt/"treningskontakt" som kan motivere og gå turer sammen med han, og at han tar imot tilbud om ukentlige støttesamtaler med psykiatrisk sykepleier fra kommunen. Støtteapparatet viderefører behandlingen fra sengeposten, forebygger tilbakefall og avlaster familien, noe som kan bedre forholdet mellom familiemedlemmene.

Wilhelmsen(2009) mener at det er viktig at pasienten får hjelp til å finne eget håp. I den prosessen er menneskene rundt han viktig. Ved at de viser at de setter pris på han og at han er viktig for dem, kan han lettere finne mening med livet sitt. Psykiatrisk sykepleier forsøker å formidle håp. Mange innlegges uten håp, men om de ikke blir 100% frisk, så blir de alltid bedre. Også Engedal og Wyller(2003) hevder at det ikke er grunn for pessimisme, da spesialisthelsetjenesten hjelper 70-75% av de som blir henvist og de aller fleste med angst får hjelp til å dempe plagene slik at de mestrer hverdagen.

KONKLUSJON

Det er utvilsomt at KT har god effekt på PTSD(Corrigan et al.2008) og til behandling av eldre pasienter(Wilkinson 1997). Mørch og Rosenberg(2005) fremholder at en oppnår best resultat i behandling av PTSD om en kombinerer KT og eksponering. Snoek og Engedal(2000), Schwebs(2002), Averill og Beck(2000) fremholder også en kombinasjonsbehandling og mener at i tillegg til KT kan en inkludere metoder som eksponeringsterapi, medisiner og familie- og gruppeterapi.

I hjelperelasjonen er en god allianse en forutsetning og Bakke(2009) hevder at kvaliteten på terapirelasjonen står for 30% av endring. I behandlingen må psykiatrisk sykepleier være ekte, empatisk og aksepterende, ta seg tid og være tilgjengelig. Eldre preges av store individuelle forskjeller og individuell tilnærming i behandling fremheves som viktig(Engedal og Wyller 2003).

Ifølge Engedal og Wyller(2003) kan alderdom medføre noe svekkelse av kognitive funksjoner noe som vil ha innvirkning på hvordan eldre responderer på psykoterapi. Derfor legges terapien opp på en litt annen måte til eldre. De gis grundigere informasjon om

psykoterapi og om normale kognitive aldersforandringer. Videre forklares rollene som terapeut og pasient har, en foretar oppsummeringer underveis, vurderer om en skal trekke inn pårørende eller omsorgspersoner og tar hensyn til pasientens eventuelle aldersforandringer(Fossan og Raaheim 2001).

I behandlingen hjelper en pasienten å tilegne seg prinsippene i KT, slik at han lærer seg teknikker som han selv kan bruke videre. Ved hjelp av ABC-modellen lærer pasienten nye måter å tenke på, at det alltid finnes alternative tolkningsmåter, at hans følelse eller tanker, kun er følelser og tanker og ikke nødvendigvis sannheten. Dette er kunnskap som vil bidra til at han får det bedre med seg selv. I bedringsprosessen må psykiatrisk sykepleier legge vekt på å ansvarliggjøre pasienten for sitt liv. Da det ifølge en kognitiv terapeutisk tankegang er pasienten selv som må endre seg(Wilhelmsen 2009). Også ifølge tanken om empowerment/brukermedvirkning er det viktig å bygge opp pasientens styring og kontroll(Berge et al.2003). Eksponeringstrening fremholdes som nyttig i behandlingen. Det kan bidra til at pasienten gjenvinner tapte funksjonsområder, og kan gi mestringsopplevelse og glede. Videre er det viktig å føle at en bidrar og gjør noe nyttig(Borg 2009). Gunnar vil gjennom terapiprosessen få større bevissthet om egen tenkning, følelser og handlinger. Fossan og Raaheim(2001) hevder at eldre har store potensielle kognitive og fysiske ressurser. Ved bruk av KT kan en hjelpe Gunnar til å utnytte disse på en best mulig måte. KT kan bidra til at Gunnar forstår seg selv og andre bedre, at han slik kan få vekst og utvikling, som videre vil gi økt livskvalitet og ringvirkninger til familie og venner. Ved å trekke inn familie kan en påvirke uheldige samspillmønstre og bidra til å bedre den siste delen av livene deres.

Ifølge Creamer og Parslow(2008) vil god kunnskap om behandlingsmetoder som er nyttige for pasienter med PTSD være fordelaktig for alle som arbeider med eldre. Ved alderspsykiatrisk avdeling er sykepleierne den faggruppen som bruker mest tid sammen med pasienten. Ofte får vi en god allianse og det ville være en fordel om vi brukte tiden til mest mulig nytte for pasienten. Kunnskap vil gi oss metoder som kan hjelpe oss til å bli bedre i behandling av pasienter med PTSD.

Ifølge Bondevik og Nygaard(1999) så er eldre psykisk syke en pasientgruppe det har vært lite fokusert på i samfunnet vårt og som har hatt lav ”prestisje” innen helsevesenet. Sykdommer som angriper hjernen er svært alvorlige og forebygging og behandling burde

vært prioritert. Dette er et fagområde det burde satses på fremover. Vi som helsepersonell må arbeide for en holdningsendring til eldre og til psykisk syke mennesker.

Det finnes ingen "fasitløsning" på hvordan en skal hjelpe. Ikke alle nye behandlingsmetoder er forskningsmessig dokumentert, og det blir viktig å fortsette utvikling og forskning for å finne enda bedre behandlingsmetoder for eldre med PTSD.

REFERANSER

- Averill, Patricia M., J. Gayle Beck. 2000. *Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults: A Conceptual review*. Journal of Anxiety Disorders. USA.
- Bakke, Toril. 2009. *Virksomme faktorer i terapi*.
<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning/Oppsumme+rt+forskning/Virksomme+faktorer+i+terapi.34469.cms> (Lest 10.02.2012).
- Berge, Torkil, Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, Torkil, Arne Repål. 1997. *Trange rom og åpne plasser*. Oslo: Forfatterne og Tano Ashehoug.
- Berge, Torkil, Eva Dalsgaard Axelsen, Geir Høstmark Nielsen, Inger Hilde Nordhus, Reidar Ommundsen. 2003. *Samtaler som forandrer. Psykologisk teori i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bondevik, Margareth, Harald A. Nygaard. 1999. *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Borg, Marit. 2009. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening* nr.46,2009.
- Corrigan, Patrick W., Kim T. Mueser, Gary R. Bond, Robert E. Drake, Phyllis Solomon. 2008. *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York: The Guilford Press.
- Creamer, Mark og Ruth Parslow. 2008. *Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in the Elderly: A Community Prevalence Study*. USA: *American Association for Geriatric Psychiatry*.
- Cullberg, Johan. 2010. *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dyregrov, Atle. 2002. *Katastrofe Psykologi*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, Kari, Einar Plyhn og Gudrun Dieserud. 2009. *Etter selvmordet - veien videre*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Engedal, Knut. 2008. *Lærebok Alderspsykiatri i praksis*. 2. utgave. Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, Knut og Torgeir Bruun Wyller. 2003. *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe Forlag.
- Fossan, Gudbrand og Kjell Raaheim. 2001. *Eldreårenes psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Frueh, B. Christopher, Jon D. Elhai, Mark B. Hamner, Kathryn M. Magruder, Julie A. Sauvageot, Jacobo Mintzer. 2004. Elderly Veterans with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder in Specialty Care. USA: *The Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Glaesmer, Heide, Elmar Brähler, Harald Gündel, Steffi G. Riedel-Heller. 2011. The Association of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder With Physical Morbidity in Old Age: A German Population-Based Study. The American Psychosomatic Society: *Psychosomatic Medicine*.
- Glad, Kristin. Statistisk Sentralbyrå. 2003. *Eldrebølgen slår lengre inn over Europa enn Norge*. http://www.ssb.no/vis/magasinet/norge_verden/art-2003-04-07-01.html (lest 17.12.2011)
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson, Jon A. Løkke. 2002. *Perspektiver på Psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Irgens, A. 2000. *Eksponeeringsbehandling for angstlidelser i en psykiatrisk avdeling*. <http://tidsskriftet.no/article/136195> (Lest 8.12.2011)
- Langballe, Ellen Melbye og Miriam Evensen. 2011. *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Oslo: Norsk folkehelseinstitutt. www.fhi.no
- Martinsen, E.W. 2000. Fysisk aktivitet for sinnets helse. <http://tidsskriftet.no/article/198276> (lest 17.03.12).
- Mørch, Merete M. og Nicole K. Rosenberg. 2005. *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, Geir Høstmark og Anna Louise von der Lippe. 1993. *Psykoterapi med voksne Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Forfatterne og TANO AS.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2000. *Psykiatri. Kunnskap – forståelse – utfordringer*. Oslo: Akribe Forlag.
- Schwebs, Reidar. 2002. Posttraumatisk stresslidelse hos eldre. Tidsskrift: Aldring og livsløp.
- Wilhelmsen, Ingvard. 2009. *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Wilkinson, Philip. 1997. Cognitive therapy with elderly people. UK: *Age and Ageing*.
- Wormnes, Bjørn og Terje Manger. 2005. *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.