

---

# Psykiska copingstrategier hos äldre

ARI OLLINHEIMO, MARIAN RÄSÄNEN, RIIKKA KARVINEN, MARJAANA SAARIVUO OCH HANNU KOPONEN

---

Förekomsten av alla slags somatiska sjukdomar ökar vid hög ålder, och dessutom ökar också den psykiska morbiditeten betydligt. Detta leder till många naturliga stressfaktorer i ålderdomen, så som oro och ångest. Dessa problem bör inte klassificeras som onormala eller som psykiska störningar (1). Trots att funktionsförmågan hos äldre kan bibehållas överraskande länge är det typiskt att den gradvis avtar under ålderdomen, vilket kan oroa många äldre. De flesta äldre märker själva att deras funktionsförmåga avtar på naturlig väg, med avseende på både fysisk prestationsförmåga och kognitiva funktioner. På samma gång sker betydande förändringar i de äldres sociala miljö: släktingar och vänner insjuknar och avlider i större utsträckning än inom andra åldersgrupper. Alla dessa faktorer orsakar stress av varierande slag och svårighetsgrad, och den gamla måste försöka klara av situationen psykiskt.

De senaste åren har man allt mer undersökt metoder för att hantera psykisk stress (*coping*) i hög ålder och deras samband med det allmänna hälsotillståndet och på enskilda sjukdomar och psykiska störningar (1–4). Impulsen till detta har varit insikten om att det är lättare att planera och implementera äldrevård om man känner till psykiska copingstrategier. Större förståelse för copingstrategier kan också minska eventuella fördomar mot äldre patienter och fördjupa interaktionen mellan läkare och patient.

## Vad är coping? (3)

Ordet *coping* beskriver metoder för att hantera psykisk stress och det går tillbaka ända till 1400- och 1500-talen. Ordet *coup* avsåg ursprungligen en explosion eller en chock som kunde uppstå i stridssituationer, och psykologerna har senare börjat använda ordet för att beskriva strategier för att hantera motgångar, nederlag och stressfyllda livssituationer. Termen coping togs först i användning i *psykodynamisk* bemärkelse och den tolkades i första hand som en psykisk försvarsmekanism (defens). Sådana mekanismer var bland annat att förneka negativa händelser (*denial*), att behandla svåra känslor alltför rationellt (*intellektualisering*), att förtränga svåra saker (*repression*) eller att flytta över fientliga känslor utanför sig själv (*projektion*). Enligt traditionellt psykodynamiskt synsätt används

copingstrategier för att lindra ångest och skydda bilden av jaget. Detta sker automatiskt och omedvetet. Bland prominenta forskare på detta område märks Anna Freud, Matthew Erdelyi och Phebe Cramer (3).

Man förstod tidigt att copingstrategier inte bara innefattar psykiska skyddsmekanismer, utan att det ofta är ett medvetet handlings sätt för att klara av en svår livssituation. Coping är alltså ett mycket mer omfattande begrepp än defens. I dag ser man coping som ett tvådimensionellt begrepp: det är dels fråga om en psykisk struktur där man ser coping som ett personlighetsdrag, dels fråga om en psykologisk process där coping innebär psykologisk aktivitet som anpassas efter förhållandena. Enligt Lazarus och Lazarus definieras coping allt oftare som en människas flexibla strävan att hantera krävande stressituationer i livet. Coping ses då som en psykologisk process som kan gå ut på antingen *problemfokuserad bearbetning* eller *emotionsfokuserad bearbetning*, det vill säga bearbetning av de egna känslorna, eller till och med båda på samma gång (Figur 1).

Ett exempel på problemcentrerad bearbetning är en situation där äldre öppenvårdspatienter med minnesproblem och somatiska besvär oroar sig för hur de ska klara sig hemma. De kan till en början få ångest för att de tappar saker som behövs i det dagliga livet utan att förstå den verkliga orsaken till detta. Inledningsvis kan de förhålla sig defensiva till

situationen genom att antingen förringa eller förneka sina observationer eller sin misstanke om att minnet har försämrats. Detta kan ibland ge paranoidea tankar om att någon har varit i hemmet och snokat eller stulit saker. Om personerna innan minnesproblemen utvecklats har fått information om vilka situationer äldre med minnesproblem vanligen råkar ut för i vardagslivet, kan de i förebyggande syfte utveckla metoder för att hantera sina minnesproblem (*problemfokuserad coping*): stödja minnet med minneslappar eller minneslistor eller be om råd av närstående eller av professionella hjälpare. Information från närstående eller professionella hjälpare kan då hjälpa dem att bättre förstå vad det troligen är fråga om när saker försvinner. Då kan personen med hjälp av problemfokuserad coping hantera sin livssituation bättre, och kan trots sin ångslan och sin ångest undvika defensiva lösningar. Problemfokuserad coping kan också göra det lättare för den gamla att adekvat bearbeta sina känslor (*emotionsfokuserad coping*): fastän det verkar som om en del föremål har försvunnit från hemmet och det framkallar ångslan, inställer sig mer sannolika orsaker till att föremål försvinner i stället för de paranoidea tankarna, orsaker som hänger ihop med åldrandet. I stället för, eller vid sidan av, denna ångslan kan det födas hopp och en känsla av att klara sig med hjälp av andra. Detta kan väsentligt minska en gammal patients skadliga funktionssätt i en krävande livssituation och också öka behandlingsföljsamheten.

Emotionell bearbetning av känslorna hjälper till att hantera svåra känslor, men människor har mycket olika förmåga att bearbeta negativa känslor. Nyttan eller skadan av att använda copingstrategier, till exempel *undvikande*, *förnekande* och *vaksamhet*, beror på situationen. Det kan exempelvis vara ödesdigert att *förneka* symtom på hjärtinfarkt, medan det är bättre för tillfriskningen att *förneka* besvären efter ett hjärtkirurgiskt ingrepp än att vara alltför försiktig och undvika motion. Hos en astmapatient är vaksamhet och snabb medicinering när symtomen förvärras nyttigare än att förneka eller förringa symtomen alltför länge.

Det går inte att entydigt indela människors sätt att klara sig i bra och dåliga, friska eller sjuka. Beroende på situationen påverkar copingstrategier också förmågan att hålla sig frisk och återhämta sig efter en sjukdom. Vid sidan av problemfokuserade och emotionsfokuserade sätt att hantera situationen kan coping också vara utnyttjande av socialt stöd, verksamhet

i religiösa samfund och religiösa ritualer och funderingar kring livsåskådning.

## Coping i ålderdomen

Bjørkløf, Engedal, Selbæk, Kouwenhoven och Helvik (2) har granskat 75 studier om sambandet mellan *copingstrategier* och depression. Översikten omfattar 38 kliniska och 37 samhällsbaserade försöksupplägg. Copingstrategierna bedöms i dessa fall med hjälp av 55 olika enkäter. Utgående från materialet kan copingstrategierna indelas i fyra huvudgrupper: a) sätt att bibehålla en enhetlig uppfattning av jaget i en förändrad situation (*sense of coherence*), b) metod att definiera hur man i olika skeden av livet upplever egen och utomstående kontroll av livets händelsekedja (*control orientation*), c) individuella strategier för att klara sig (egen stil och handlingsätt) och d) religiös coping.

De flesta undersökningarna visade att bland äldre som hade försökt begå självmord hade de som bättre hade bibehållit känslan av sammanhang (*sense of coherence*) mindre depressionssymtom under uppföljningen än kontrollerna. Också de deprimerade äldre som upplevde att deras tillfrisknande hade påverkats mera av deras egen aktivitet än av yttre omständigheter hade lindrigare symtom än kontrollgruppen. Symtomen var inte lika ihållande hos de äldre i den förra gruppen som i den senare. I de kvalitativt sett bästa studierna sågs ett samband mellan copingstrategier och depressionssymtom: att anpassa sig till svårigheter i livet och att bemöta dem (motsatsen till undvikande), att godta sin livssituation och att finna en betydelse i den samt

## FÖRFATTARNA

**PsM Ari Ollinheimo** är ledande psykolog vid Hucs Psykiatricentrum.

**PsM Marian Räsänen** är neuropsykolog vid Hucs Psykiatricentrum.

**PsM Riikka Karvinen** är psykolog vid Hucs Psykiatricentrum, avdelningen för äldrepsykiatri.

**PsM Marjaana Saarivuo** är psykolog vid Hucs Psykiatricentrum, avdelningen för äldrepsykiatri.

**MKD Hannu J. Koponen** är professor i äldrepsykiatri vid Helsingfors universitet och överläkare vid psykiatriska resultatenheten och Psykiatricentrum vid Hucs.

---

att evaluera och på ett positivt sätt reevaluera dessa situationer korrelerade med ringa depressionssymtom under uppföljningen.

De deprimerade äldre som i mindre utsträckning använde undvikande av problem som copingstrategi led allmänt taget mindre av depressionssymtom. De depressionspatienter som använde problemlösning, uppgiftsorientering, aktivitet och kognition, som var aktiva och inte brydde sig om smärta hade mindre depressionssymtom än kontrollerna eller var helt symtomfria. Bland dem som använde religiös coping klarade sig de som hade flera positiva och färre negativa religiösa sinnebilder bättre under uppföljningen än kontrollerna. Också de depressionspatienter som använde färre passiva och emotionella copingstrategier och mindre förnekelse, som hade mindre självförebåelser eller som hängav sig mindre åt katastrofiering och mystiska föreställningar klarade bättre av depressionssymtomen än kontrollgruppen.

Undersökningen av Bjørkløf och medarbetare visar hur psykogeriatriska patienters copingstrategier inverkar på uppkomsten av psykiatriska symtom, i detta fall depressionssymtom. Allmänt taget kan det konstateras att coping anpassad till den nya livssituationen har samband med lindrigare depressionssymtom såväl under som efter behandlingen. Till följsam coping hör upplevelse av sammanhang, tro på den egna påverkningsförmågan, aktiva handlingsstrategier, positivt förhållningssätt och religiositet med positiva sinnebilder. Forskarna anser också att en upplevelse av det egna livet som fullvärdigt och meningsfullt (*sense of coherence*) är någonting som främjar all hälsa (*health-promoting factor*), som gör det möjligt att hantera stress och som gör det lättare att använda andra effektiva copingstrategier.

Äldre med en svårt traumatiserad bakgrund kan använda dissociativa copingstrategier, som kan upprätthålla eventuella posttraumatiska stresssymtom. Till exempel fann Fridman, Bakermans-Kranenburg, Sagi-Schwartz och Ijzendoorn (6) att förintelseoffer i hög ålder använde fler dissociativa copingstrategier än kontroller (till exempel upplevde de inte olika livssituationer som en sammanhängande räcka utan som lösryckta händelser). Dessa äldre var också mindre nöjda med livet än kontrollerna och led fortfarande i högre grad av posttraumatiska symtom.

Hur äldre patienter klarar av ensamhet har diskuterats livligt i offentligheten. Detta ämne har undersökts av forskarna Rokach, Orzeck och Neto (5). De observerade att de copingstrategier som psykogeriatriska patienter använde

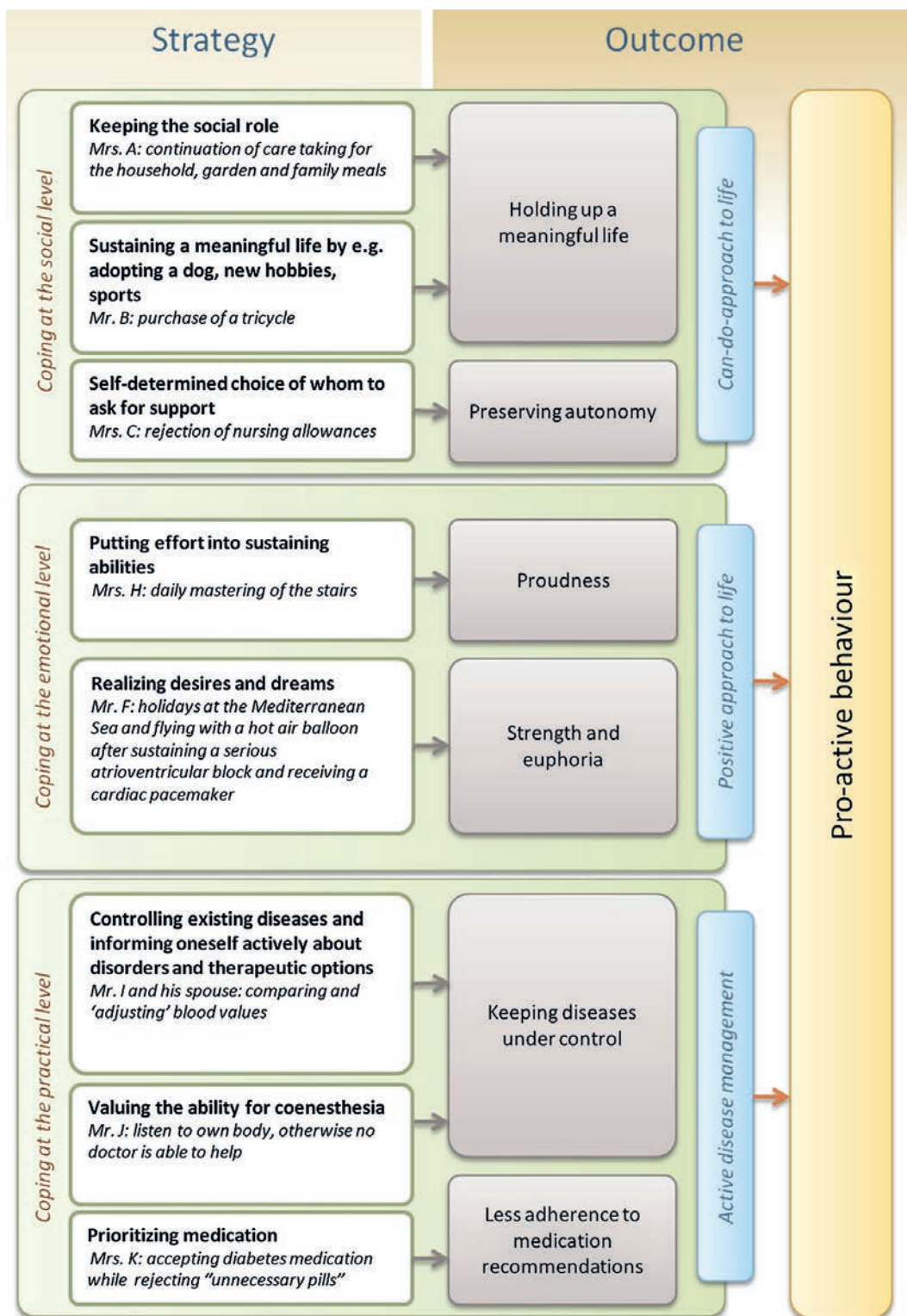
för att hantera ensamhet var bland annat att acceptera situationen och reflektera över den, att utveckla sig själv och att sträva efter att förstå sin livssituation eller att aktivera det sociala nätverket. Dessutom användes religion och tillit, så kallad distansering eller förnekande samt ökad aktivitet. Användningen av dessa copingstrategier varierade, delvis beroende på kulturell bakgrund, vilket bör beaktas inom hälso- och sjukvården när man vill stödja äldre patienters hälsobefrämjande, positiva copingstrategier.

Verhaeghen, Geraerts och Marcoen (7) har granskat sambandet mellan minnesproblem, copingstrategier och välbefinnande i en geriatrisk befolkning. Studien kunde fastslå att copingstrategier har en betydande helhetsinverkan på välbefinnandet hos äldre med minnesproblem. Speciellt viktigt visade det sig vara hur de gamla ser sina egna kontrollmöjligheter med avseende på minnesproblem. De individer som upplevde den största känslan av inre styrning inför minnesproblem använde copingstrategier mest aktivt, vilket på samma gång ökade känslan av välbefinnande. Enligt författarna hade till exempel redan Amrhein, Bond och Hamilton (8) samt Hertzog, McGuire och Lineweaver (9) konstaterat att en upplevelse av att man själv kan hantera situationer (*internal locus of control*), i motsats till att man upplever att situationer styrs utifrån, gör att man klarar sig bättre i minnestest.

När Löffler och medarbetare (4) undersökte multisjuka psykogeriatriska patienter fann de att det inte stämmer att multisjuka äldre patienter är allmänt passiva när de får vård. De flesta av dessa patienter kunde bibehålla en positiv livsinställning, trots att sinnesstämningen fluktuerade mellan ångest och upplevelser av ålderdom. På det sociala planet försökte patienterna också upprätthålla sin autonomi så bra som möjligt och själva kontrollera sin sjukdom. Enligt forskarna tyder resultaten på att man i vården av geriatriska patienter i större utsträckning bör beakta deras *proaktiva* och *kooperativa* potential.

## Avslutning

Att använda psykologiska strategier för att klara sig (coping) är ett vanligt mänskligt beteende vid sjukdomar och andra utmaningar i livet. Nu för tiden räknas såväl omedvetna försvarsmekanismer (förnekelse, förträngning, projektion, distansering, intellektualisering o.s.v.) som medvetna handlingsätt (ståvan efter sammanhang, omorganisering av egna känslor, aktivitet,



**Figure 1.** Coping categories, strategies, and outcomes among multimorbid old aged patients derived from 19 narrative in-depth interviews (4).

---

tillbakadragande, problemlösning, definition av inre och yttre kontroll, religiöst grubbleri och religionsutövning o.s.v.) som coping. Under ålderdomen aktualiseras coping mest när man ställs inför tilltagande sjukdomar, förluster och ensamhet. Coping är ett normalt fenomen, som beroende på situationen antingen kan öka eller minska geriatriska patienters psykiska och somatiska symtom. Därför är det till stor nytta att känna till copingstrategier när man behandlar både psykiskt och somatiskt sjuka äldre patienter. Insikter i coping kan hjälpa yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården att möta gamla människors individuella och unika livssituation och att erbjuda dem metoder att möta den egna livssituationen. På så sätt kan kännedom om coping på ett effektivt sätt stödja vården och rehabiliteringen av äldre.

**Ari Ollinheimo**  
ari.ollinheimo@hus.fi

**Marian Räsänen**  
marian.rasanen@hus.fi

**Riikka Karvinen**  
riikka.karvinen@hus.fi

**Marjaana Saarivuo**  
Marjaana.saarivuo@hus.fi

**Hannu J. Koponen**  
hannu.j.koponen@hus.fi

*Ari Ollinheimo & co.: Inga bindningar.*

## **Summary**

### ***Psychological coping methods of the elderly***

*In old age, somatic morbidity increases. This correspondingly elevates risk for mental illness. Older people have a wide range of natural stress factors, such as worry and anxiety about their own physical health, mental well-being, and different kinds of losses involving human relations. All of these produce multiple forms of stress in the elderly, which elderly people must strive to manage. Knowledge of the psychological coping methods of the elderly can help the health care system to deal with the elderly on an individual basis in their unique life situations and to provide psychological means for them to face their own situation.*

## **Referenser**

1. Koponen, H. och Leinonen, E. Vanhuspsykiatria. I boken Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, Partonen, T. Psykiatria. 2011;595–609.
2. Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., Kouwenhoven, S. E. and Helvik, A.-S. Coping and Depression in Old Age: A Literature review. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2013;35:121–154.
3. Lazarus, R. S. and Lazarus, B. N. (2006) Coping with Aging. Oxford University Press.
4. Löffler, C., Kaduszkiewicz, H. Stoltenbach, C.-O., Streich, W., Fuchs, A., van den Bussche, H., Stolper, F. and Altiner, A. Coping with multimorbidity in old age – qualitative study. BMC Family Practice. 2012;13:45.
5. Rokach, A., Orzeck, T. and Neto, F. (2004) Coping with Loneliness in Old Age: A Cross-Cultural Comparison. Current Psychology. 2004;23:124–137.
6. Fridman, A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Sagi-Schwartz, A. and IJzendoorn, M. H. V. Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging Holocaust survivors and their offspring facing new challenges. Aging & Mental Health. 2011;15:232 – 242.
7. Verhaeghen, P., Geraerts, N. and Marcoen, A. Memory Complaints, Coping, and Well-Being in Old Age: A Systemic Approach. The Gerontologist. 2000;40:540–548.
8. Amrhein, P.C., Bond, J.K. and Hamilton, D.A. Locus of control and the age difference in free recall from episodic memory. Journal of General Psychology. 1999;126: 149–164.
9. Hertzog, C., McGuire, C. L. and Lineweaver, T.T. Aging, attributions, perceived control and strategy use in a free recall task. Aging, Neuropsychology, and Cognition. 1998;5:85–106.