

Ångest, sorg och depression sent i livet

Emmy Gut

Författaren publicerade 1989 sin uppmärksammade bok "Den sunda depressionen" på svenska. Det engelska originalets titel är "Productive and Unproductive Depression. Success or Failure of a Vital Process". I sin artikel här återger och vidareutvecklar hon tankar från tidigare författarskap. Hon beskriver våra affekters adaptiva funktion och förklarar vad hon menar med begreppet depressionsarbete. Hon uppehåller sig vid komplikationer i de äldres sorgebearbetning, vilken med nödvändighet är annorlunda än de yngres. Med djupt inkännande där man anar den personliga erfarenheten av åldrandets mödor klargör hon varför det är så.

Emmy Gut är född i Österrike men har fått sin skoling som psykolog och psykoanalytiker i USA under åren 1942 till 1963. I Sverige har hon varit verksam som handledare och lärare i psykodynamisk psykoterapi, bl a vid Ericastiftelsen och som privatpraktiserande psykoterapeut. Hon är bosatt i Danderyd.

Inledning

Under nittonhundratalet har vi lärt oss att se tonåren som ett delvis påfrestande utvecklingsstadium, då den unga människan konfronteras med oväntade och förbryllande förändringar såväl i sin organism som i omvärldens hållning. Vi accepterar numera att perioder av depression såväl som ilska under dessa kriser inte är förvånansvärda utan oftast helt normala steg i utvecklingen från barn till vuxen.

Tyvärr finns det inte samma förståelse för de äldres episoder av depression, sorg och ångest eller återkommande retlighet och aggressivitet sent i livet. Man vill inte se att äldre människor någonsin kan befinna sig i en svår anpassnings- och utvecklingskris eller att ovan nämnda affektiva tillstånd är den psykofysiska utrustning som vi fått av naturen för att finna oss tillrätta med svåra, smärtsamma förändringar. Dessvärre är vi dåligt förberedda på många av de förändringar och påfrestningar åldrandet konfronterar oss med. Sådana

döljer man gärna i vår västerländska kultur.

Under århundraden och särskilt under den industriella revolutionen har ett människoideal utvecklats som tar för givet att vi nästan ständigt bör kunna vara friska, nöjda och arbetsföra. Samtidigt gör allt snabbare förändringar i våra samhällen det nödvändigt för oss att ägna allt mer av vår uppmärksamhet och våra krafter åt att anpassa oss till dessa förändringar. För att underlätta vår egen anpassning och kunna stödja andra i denna ansträngning är det dock nödvändigt att vi ändrar vår syn på vad människan behöver för att - åtminstone periodvis - kunna vara glad, nöjd och kapabel att ge av sig själv. Detta förutsätter en ny tolerans mot våra egna och andras affekter och ett bättre grepp på deras oumbärliga funktion i vår utveckling.

Det jag hoppas förmedla om vår utveckling sent i livet kan bli mest meningsfullt för den läsare som är insatt i en sådan syn. Det gör det oundvikligt att upprepa - så kort som möjligt - de tankegångar om affekter som jag utvecklat utförligt i "Den sunda depressionen".*

I denna uppsats försöker jag att peka på de många problem som personliga och sociala förändringar kan vålla under åldrandet, dvs när man är äldre än 70 år. Jag börjar med att skissera den roll våra affekter spelar i ett sunt bemötande av frustreringar och förluster. Sedan nämner jag människans grundläggande psykiska behov vilkas frustrering kan, beroende på personens tidigare öden och utveckling, framkalla antingen sund ilska, ångest, sorg och depression eller patologiska varianter. Jag tar upp hur åldrandets ofrånkomliga problem utlöser den ena eller andra affekten och hur gängse missuppfattningar om åldrandet kan komplicera dessa påfrestningar ytterligare. Tillstånd av ångest och depression som blir ofructbara kan djupna och kräva medicinsk behandling. En sådan kan vara förutsättning för att anpassningsarbetet skall kunna fortsätta. Å andra

* De upprepas nästan lika kort som här även i mitt kapitel "Depression och suicid" i en skrift om suicid som nyligen publicerats av Forskningsrådsnämnden med J Beskow som redaktör (2).

Affekten är ett automatiskt gensvar på vår tro att händelsen är önskvärd eller skadlig för våra syften

sidan kan den traditionella föreställningen att depression och ångest framför allt är patologiska beteendemönster störa den adaptiva funktion dessa affekter tjänar i en framgångsrik anpassningsprocess. Till slut ett exempel på ett konstruktivt sätt att bemöta sorgsna, deprimerade, ångestfyllda eller ilska äldre människor.

Våra affekters adaptiva funktion

Min syn på våra affekter har en del gemensamt med Izards (3) och R Lazarus (4) teorier, men grundas framför allt på delar av Freuds och flera andra psykoanalytikers människosyn samt på Bowlbys bindningsteori (5) som i sin tur stöder sig dels på Freud, dels på Darwin.

Orsak och funktion

Jag anser att alla våra affekter, de angenäma och de plågsamma, är delar av den fylogenetiska utrustning som underlättar inte enbart vår utveckling och vår anpassning till betydelsefulla förändringar inom oss själva och i vår omgivning, utan även vår överlevnad.

Jag anser att varje affekt, i stället för att utlösas av en händelse som andra kan observera, utlöses av vår egen *medvetna eller omedvetna bedömning* av vad denna händelse *betyder* eller kommer att betyda för vårt välmående eller vår framgång. Det kallar jag för affektens *orsak*. Affekten är ett automatiskt gensvar på vår tro att händelsen är önskvärd eller skadlig för våra syften.

Varje affekt består normalt av ett specifikt stämningsläge som ledsagas av en rad fysiologiska symptom. Kombinationen av stämning och symptom är funktionell såtillvida att den framkallar ett visst beteende som kan vara lämpligt för hanteringen av den utlösande upplevelsen. I så fall har affekten tjänat sin *adaptiva funktion*.

Här en kort överblick över och jämförelse av orsak och funktion av några affekter som är mycket betydelsefulla i vår anpassning till svåra, smärtsamma förändringar. Depressionsreaktionen och sorgereaktionen behandlas mest utförligt därför att de så ofta förväxlas, särskilt hos de äldre. Jag börjar med depressionen som enligt min hypotes är reaktionen på sådant som upplevs, för det mesta omedvetet, som en störning av någon egen funktion.

Hypotesen om sund (dvs normal och adaptiv) depression

Min syn på depression är tills vidare en hypotes som behöver bekräftas av både omfattande forskning och många andra terapeuters erfarenheter. Inte desto mindre kan den hjälpa oss att förstå vissa sunda och vissa patologiska beteendemönster på ett nytt sätt.

Jag hänvisar till depressionsaffekten - alltså stämningen samt typiska fysiologiska symptom - som den *grundläggande depressionsreaktionen* eller kort sagt som depressionsreaktion. Det gör jag för att undvika förväxling med de olika syndrom som i psykiatrisk diagnostik fått beteckningen *depression* fastän de bredvid tecken på depressionsreaktionen även består av andra affekter - såsom ångest, sorg, skuld känslor, mindervärdes känslor, dold eller öppen vrede -, av olika personlighetsstörningar m m.

Alla *symptom* som enligt min mening tillhör den normala depressionsreaktionen uppträder, fast mera intensivt och långvarigt även i patologiska depressionstillstånd. Det är framförallt en sänkt grundstämning, nedsett initiativförmåga och reaktionshastighet, minskad emotionell och kognitiv mottaglighet för stimuli som vi brukar reagera på utan svårighet. Ofta ökad sårbarhet och irritabilitet, men framförallt en stark känsla av villrådighet över vår oförmåga att handla på ett visst sätt eller uppnå något speciellt, dvs en villrådighet som kan men inte behöver få ett drag av hjälplöshet och hopplöshet. Ofta känslor av trötthet och brist på energi utan någon fysiologisk störning som kunnat vålla dem. Viss förändring i sömn-, mat- och dryckesvanor, viss förändring i sexuellt beteende. Sällan uppträder alla symptom, men vanligen minst ett par eller tre.

Depressionsreaktionen specifika *orsak*: den utlöses varje gång vi uppfattar, ofta till stor del omedvetet, att en viktig fysisk eller psykisk ansträngning från vår sida förfelar sitt syfte eller stoppas upp och vi inte kan komma underfund med vad som är fel. Normalt har en episod av att vara deprimerad ett karakteristiskt förlopp, *depressionsprocessen*, i vilken *depressionsarbetet* ingår. Detta leder till ett *fruktbart* resultat om den inre lösningen blir förstådd, nya lösningar av det akuta problemet upptäcks eller en orealistisk strävan släpps. Depressionen lyfter då och dess *funktion* har tjänats. Personen har fått en ny orientering, förstår sig själv bättre, har återvunnit sin slagkraft. Om inre omständigheter, såsom orealistiska ambitioner och förväntningar, svåra tabun, hämningar och primitiva försvarsmekanismer, förhindrar en lösning av den dolda

Att vara deprimerad är inte i och för sig patologiskt, men oförmågan att med depressionens hjälp ändra inställning eller få insikt så att symptomen försvinner är oftast tecken på patologi av en annan sort.

låsningen, förblir depressionen med sitt arbete *ofruktbar*. Den fortsätter eller upprepas och blir därmed patologisk. Men om *yttre omständigheter* i miljön förbjuder eller försvårar att personen får klarhet i sitt problem, kan detta likväl förhindra eller fördröja en upplösning av depressionen utan att fördröjningen behöver vara patologisk. Att vara deprimerad är inte i och för sig patologiskt, men oförmågan att med depressionens hjälp ändra inställning eller få insikt så att symptomen försvinner är oftast *tecken* på patologi av en annan sort.

Men hur kan ett så obehagligt och hindrande tillstånd leda till nya tankar och problemlösningar? I detta tillstånd betraktas vi ju av andra, och ofta av oss själva, som veka, inkompetenta eller sjuka. I motsats till dessa bedömningar har dock många och noggranna observationer fått mig att uppfatta en fruktbar depressions förlopp på följande sätt.

Förutsättningen för att kunna bli deprimerad är att vi har engagerat oss i en strävan, en ansträngning att nå ett för oss betydelsefullt mål med hjälp av våra personliga resurser: vår kropp, våra tankar och känslor, våra erfarenheter, vår förmåga till mänskligt samspel. Impuls och mål kan nå medvetandet eller förbli omedvetna. Men ansträngningen leder ingen vart, vi fastnar på något sätt utan att få grepp om anledningen. Det vi mest sannolikt blir omedvetna om på detta stadium är en känsla av förvirrande och diffus rådvillhet. Då vidtar en ökande, i stor utsträckning omedveten verksamhet för att komma ur den inre låsningen. Den tar så mycket energi från vårt vanliga beteende att den visar sig på ytan genom tilltagande depressionssymptom: sömn- och aptitstörningar, en oförklarlig utmattning, minskande yttre aktivitet, brist på engagemang i sysselsättningar som inte har med den inre krisen att göra.

Ser man närmare på hur dessa symptom påverkar oss, kan man allt tydligare se följande. Förutsatt att vi varken förnekar symptomen genom avledande manövrer eller undertrycker dem fullständigt genom för mycket medicinering, så underlättar den yttre håglösheten och inaktiviteten en intensifierad medveten och omedveten *inre databehandling* som Bowlby (1963, del I, 1980,

kap 4) och Petefreund (6), (1971, delarna II och III) beskriver som "information processing". Den innebär en ständig omprövning, jämförelse och integrering mellan nya perceptioner och sådana som tidigare lagrats i minnet; mellan nya slutsatser och sedan länge grundmurade övertygelser; mellan nya mål och gamla värderingar; mellan förväntningar och erfarenheter som talar emot dessa etc.

Allt detta kallar jag för *depressionsarbetet*. Att kunna uppnå dess fruktbara slutresultat är den *personliga aspekten* av depressionsreaktionens *funktion*. Den *sociala aspekten* ser jag i det faktum att vår nedstämdhet, vår akuta svårighet, vår hjälplöshet mobiliserar andra att vilja ge stöd och hjälp.

Huruvida depressionen leder till ett fruktbart resultat beror i hög grad men inte enbart på den deprimerade personens personlighet - känslomässig trygghet, självtillit, gynnsam livserfarenhet och mognad. Det beror också på sådana omständigheter som trygga relationer, tillgång till förståelse och stöd från någon vi kan anförtra oss till, och även på hälsotillstånd. Om depressionssarbetet misslyckas kan det bero på ogynnsamma livserfarenheter som stort personlighetsutvecklingen och på en svår aktuell livssituation.

Sammanfattningsvis: depressionsreaktionen med sina symptom bör alltså *inte ses som en funktionsstörning i sig själv*. Men den är ett tecken på att *någon annan funktionsstörning föreligger* som utlöst depressionsreaktionen och att omedvetna ansträngningar att komma till rätta med den störningen kan antas vara på gång.

Jämförelse av några affekter

Med *sorgereaktion*, förlustens smärta eller sorg menar jag den skärande psykiska smärta vi kan uppleva vid separation och när ett betydelsefullt band bryts eller en viktig förhoppning går om intet. Smärtsam saknad och längtan ingår i sorgereaktionen. Med *sörjande* eller *sorgeprocessen* menar jag däremot hela den anpassningsprocess som följer förlusten av något vi upplevt som väsentligt för att kunna trivas: en viss viktig person, en tro, en idé, en roll, en sysselsättning, ett hem, vårt hemland, en kroppsdel, vår hälsa, vår ungdom m m. Det vi kallar för *sorgearbete* är en viktig del av en fruktbar *sorgeprocess*. I denna process ingår vanligen inte enbart sorgereaktionen utan periodvis även depressionsreaktionen, samt ofta skuld-känslor, vrede och ångest.

Vissa av sorgereaktionens *symptom* liknar depressionsreaktionens, nämligen sömnsvårigheter, aptit-

I stället för den normala sorgereaktionens bestämda övertygelse om vad vi mist, är det ju karakteristiskt att vi känner oss förbryllade när vi är deprimerade

löshet eller tvångsmässigt ätande, irritation, överkänslighet, benägenhet att gråta, oro över hur man kommer att klara sig, minskat intresse för sexuell aktivitet m m. Men det finns en väsentlig skillnad i den subjektiva upplevelsen av respektive reaktion: i en normal sorg är vi upptagna med klara minnen av det vi förlorat. Vi vet varför vi saknar det. Ofta är det lyckliga minnen, men det kan också vara intensiva, smärtsamma hågkomster av den avlidnes sista sjukdomstid eller de förhoppningar som den relation man mist inte lyckades uppfylla. Vid depressionsreaktionen är det tvärtom så att vi inte vet vad det handlar om och känner oss villrädiga. I stället för den normala sorgereaktionens bestämda övertygelse om vad vi mist, är det ju karakteristiskt att vi känner oss förbryllade när vi är deprimerade.

Sorgereaktionens orsak är den ovanstående subjektiva bedömningen av vilken betydelse en förlust eller förändring kommer att få för vårt välbefinnande. Reaktionens funktion är att underlätta en upplösning av vår anpassning till den levnadsform som gått förlorad och hjälpa oss ersätta den med nya strävanden, nya intressen vilka långsamt kan åstadkomma ny tillfredsställelse och nya förhoppningar. Den personliga aspekten av den funktionen är att saknaden och lidandet skärper vår blick för vilken typ av samspel med någon eller vilken typ av aktivitet vi egentligen söker uppnå, behålla, återvinna eller åtminstone ersätta. Efterhand orienterar oss detta utåt igen och får oss att söka tillgång till nya yttre resurser. Den personliga aspekten av depressionsreaktionen är därmed att upptäcka vilka viktiga strävanden inom oss själva som har blivit blockerade och hur vi kan undanröja blockeringen eller inse att vi måste släppa vår ansträngning som orealistisk. Med andra ord: depressionens funktion är att förbättra vår tillgång till våra känslor och korrigera vårt omdöme. Sedan kan vi bättre utnyttja våra inre resurser.

Den sociala aspekten av sorgereaktionen är därmed densamma som vid depressionsprocessen.

Fastän såväl ångest som vrede kan utlösas av åldrandets påfrestningar, blir dess affekter inte så ofta missuppfattade eller fördömda som sorg och depression. Därför behandlas de här mycket mera summariskt.

Ångesten är en oro som uppträder i många sammanhang och väcks av mycket olika situationer. Man kan säga att dess orsak alltid är vår bedömning att någon risk håller på att öka (Bowlby, 1973): att någon sjuk som fortfarande är vid liv kommer att dö - att en förhoppning inte kommer att infrias - att något vi försöker prestera kommer att misslyckas - att vi kommer att skadas osv. Faran vi då oroar oss för kan uppstå såväl inom oss som i världen utanför.

Utöver sådana speciella symptom som hjärtklappning, frossa, svimning eller kräkningar har ångesten även många symptom gemensamma med såväl sorgereaktionen som depressionsreaktionen. För att skilja dessa tre affekter åt diagnostiskt är det därför nödvändigt att söka få klarhet om orsaken till och funktionen hos en persons beteende, dvs vad hon söker åstadkomma eller undvika och varför.

Den personliga aspekten av ångestens funktion är att sätta oss i beredskap till självförsvar eller ökad insats genom att skärpa vår uppmärksamhet på faror vi vill undvika. Den sociala aspekten av funktionen liknar både den hos sorgereaktionen och depressionsreaktionen. Vår hållning och vårt beteende när vi känner stark oro tenderar att påverka andra människor på ett sådant sätt att de blir uppmärksamma på vårt behov av skydd, stöd eller tröst.

Vrede är mindre plågsam än de tre affekter jag har nämnt, men den uppträder ofta i sammanhang då också sorgereaktionen, depressionsreaktionen, ångest eller även skuld och skam utlöses.

Bedömningen som förorsakar vrede: någon handlar, eller omständigheterna sammansvärjer sig mot mig, på ett sätt som inte bara hindrar mig, gör mig besviken eller skadar mig, utan också är onödigt och borde ha undvikits.

På det personliga planet kan vrede få oss att tänka och handla snabbare och övertyga oss om vem och vad som ska angripas och stoppas. Detta ökar våra chanser att försvara oss själva eller andra effektivt, att uttrycka våra krav och klagomål klart och tydligt eller att klara en krissituation. Men det är bara under förutsättning

Den personliga aspekten av ångestens funktion är att sätta oss i beredskap till självförsvar eller ökad insats genom att skärpa vår uppmärksamhet på faror vi vill undvika

att vreden varken är överväldigande eller oproportionerlig i förhållande till den yttre orsaken eller störs av andra känslor. På det *sociala* planet fyller vreden sin funktion genom de synliga tecken på vår affekt som kan förmedla till en motståndare att det kanske är säkrast att ta till flykten, ge upp, gå med på att förhandla eller åtminstone gå försiktigt fram.

Grundläggande psykiska behov

Människan är från födseln utrustad att utveckla ett behov av ömsesidig ömhet, intimitet och personligt erkännande (för vilka reaktioner sexualiteten kan men inte behöver vara ett uttryck). Vi utvecklar starka band till vissa personer som tillgodoser dessa behov eller från vilka vi önskar få dem tillfredsställda. Dessutom börjar vi något senare att utveckla även ett behov av en meningsfull roll i olika grupsammanhang som vi upplever som betydelsefulla. Tillfredsställelse på det ena området ersätter inte tillfredsställelse på det andra. Normalt har vi en benägenhet att i alla åldrar njuta av och söka tillfällen att utvecklas. Vi har svårt att vara tillfreds om vi inte kan uppleva att vi fungerar väl i kropp och själ. Dvs vi önskar känna att vi är friska och i god form, att vi är kompetenta i våra personliga relationer och grupprelationer, att vi tar väl hand om andra och presterar tillfredsställande som elever, i arbetet, i fritidsverksamhet. I vår kultur blir kanske prestationsbehovet särskilt utpräglat.

Vi fungerar bäst när vi kan se meningsfulla orsakssammanhang i det som sker i vår omvärld, särskilt hos de personer som står os nära, samt när vi kan se våra egna reaktioner som meningsfulla, begripliga, förklarliga och konsekventa. Vi vill kunna förutse konsekvenserna av vårt beteende, särskilt vår planering. Det ger oss trygghet. Vi vill inte störas i vår uppfattning av orsakssammanhang och strävar att integrera våra upplevelser och minnen med vår uppfattning av tid, rum, form, kvalitet och mening. Senare i livet utvecklar många ett behov att se någon övergripande mening i världsskeendet och i sin egen existens (jämför Tornstam (7), 1989). För övrigt mår vi bra av en lagom balans mellan kontinuitet och omväxling i vårt liv, samt av en lagom balans mellan trygghet och utmaning.

Om sådana behov blir allvarligt frustrerade, utlöses ångest, sorg, depression, vrede eller en kombination av dessa affekter.

Inre och yttre trygghet gör det lättare att genomgå en häftig sorg, ångest eller förvirrande depression och komma ur den med förnyad balans

Affekternas funktion i vår utveckling sent i livet

Försöker man beskriva den roll affekterna spelar i utvecklingen av en ny balans under kanske hastiga och/eller drastiska förändringar inom den egna organismen eller den yttre situationen sent i livet, får man vara försiktig med generaliseringar om hur de äldre har det. Det finns faktiskt enorma skillnader i deras hälsa, deras fysiologiska åldrande, deras yttre situation, deras upplevelse av den situationen, deras förväntningar och krav på livet, deras kapacitet att komma till rätta med svåra kriser och kompensera för olika förluster.

Det finns äldre människor som åldras under särskilt betryggande och stödjande omständigheter av olika slag. Även i sjuttio- och åttio- eller t o m nittioårsåldern lever de fortfarande i en tillfredsställande relation med en livskamrat av motsatt kön eller med ett syskon eller en nära vän. Dessutom har de kanske ett tryggt nätverk av mindre intima men pålitliga vänner, särskilt om de kunnat bo hela livet eller åtminstone mycket länge i samma område, samma kulturella miljö, så att de delar väsentliga gemensamma minnen med flera människor. Det fysiologiska åldrandet av deras organ och sinnen försiggår kanske långsamt och i stadig takt. De är i relativt god hälsa och kanske ekonomiskt trygga. De kan fortfarande ägna sig åt för dem meningsfulla sysselsättningar. De får en trygghet av en stark religiös tro eller filosofiska övertygelser.

Sådana omständigheter gör svår sjukdom eller dödsfall bland närstående, plötsliga förändringar i den egna hälsan eller växande egna handikapp mindre omskakande, mindre hotfulla än de blir för mindre privilegierade personer. Inre och yttre trygghet gör det lättare att genomgå en häftig sorg, ångest eller förvirrande depression och komma ur den igen med förnyad balans. Här finns dock undantag. Ett så gynnat liv kan nämligen innebära att man är helt otränad i att anpassa sig till plötsliga svårigheter.

Å andra sidan finns det åldrande människor som inte har någon närstående tillgänglig fastän svåra påfrestander skulle kräva en förtrogen lyssnare att dela tankar och känslor med för att få grepp om dem och inte

grera svåra upplevelser på ett konstruktivt sätt. De har kanske aldrig haft en förstående, stödjande vän och vet inte att man kan lyckas skaffa sig en sådan även sent i livet. Eller de har aldrig fått utveckla förmågan att tala om sina känslor eller skriva ner dem för att få klarhet. En del tvivlar både på sitt eget värde och på andras genina intresse för dem. De har kanske dålig hälsa eller kämpar ensamma med ett eller fler tilltagande handikapp. Eller deras ekonomi är dålig, de är ekonomiskt beroende. De har varken tro, övertygelser, intressen eller meningsfull sysselsättning att finna stöd i. De är främlingar i sin nuvarande miljö eller tillhör en föraktad minoritet. Om bara ett fåtal sådana omständigheter råder i en åldrande persons liv utlöses ångest, sorg, vrede eller depression mycket snabbare, varar mycket längre och det finns mindre chans att utgången blir fruktbar. Eller affekterna blir undertryckta med hjälp av psykologiska försvar som är skadliga för hälsan eller sinnesstillståndet.

De flesta människor befinner sig någonstans mellan dessa ytterligheter. Ju närmare deras läge är den gynnade ytterligheten, desto bättre kan de tänkas klara sig, medan det förhåller sig tvärtom ju fler negativa faktorer det finns.

I det som följer betraktas skäl för ångest, vrede, sorg och depression var för sig, men för det mesta samverkar omständigheterna och våra tolkningar så att två eller fler affekter utlöses samtidigt eller i snabb följd så att de överlappar.

Exempel på ångest hos äldre

Ångest om hur det ska bli i framtiden kan uppträda redan i medelåldern, till exempel om den människa dör, kanske livskamraten eller en förälder, som står en närmast. Då väcks mitt i sorgens förtvivlan även skrällen: du hade mig vid din sida, men vem ska dela min sista sjukdom och mitt avsked från livet med mig? Blandningen av denna oro med avund gör det särskilt svårt att anförtro sig. Till detta kommer att yttringar av sorgens smärta inte är särskilt välkomna i vår kultur. Med andra åldrande människor får man kanske tala om skrällen för att hamna i långvårdens ensamhet, för den

Den besvärliga ångesten att behöva dö i ensamhet kan vara långvarig eller återkommande men fyller en viktig funktion, om vi är lyhörda för den: vi varnas!

delar ju de flesta. Men avunden man kan känna gent emot den älskade som fick dö först, den delas ju inte av alla - inte av dem som ännu har den gemenskapen och inte heller av dem som aldrig hade en så trygg relation. De vill inte oroas. Den besvärliga ångesten att behöva dö i ensamhet kan vara långvarig eller återkommande men fyller en viktig funktion, om vi är lyhörda för den: vi varnas! Det är riskabelt att inte vara uppmärksam på risken att isoleras, att få handikapp, att bli kroniskt sjuk längre fram. Detta kan tvinga oss att i god tid planera för ålderdomen, sköta vår hälsa, vår ekonomi, vårt beroende, vårt sociala nätverk m m - att koppla om från en tidigare behaglig trygghet till en förtrogenhet med ofrånkomlig otrygghet.

Givetvis kommer ångesten inför en okänd, okontrollerbar framtid förr eller senare även utan ett sådant dödsfall och i så fall utan plågsam avund - till exempel när man ser en god vän tyna bort i en kronisk sjukdom eller i en tilltagande demens. Men ångesten kommer då kanske mera episodisk.

Den som har privilegiet att leva ihop med en annan i en god relation blir oftast ansatt av rädslan att förlora den älskade och bli ensam. Den ångesten hjälper oss att föreställa oss vad som kan hända före och efter den förlusten och förbereda oss för den såväl känslomässigt som praktiskt med hänsyn till ekonomi, eventuell sysselsättning, boende och nätverk. Om man har en partner som har förmåga att hjälpa till med den förberedelsen, som kan prata om den eventuella separationen och bidrar till den praktiska planeringen, är det en ovärderlig fördel för den som överlever.

Om man sent i livet lever ensam behöver man inte längre oro sig inför den största förlusten, om man inte har en sjuk son eller dotter. Men ju längre man lever, ju tätare kommer dödsfallen av nära släktingar och vänner till vilka man kan anförtro sig, med vilka man delat utvecklingsstadier, till vilka man kan säga: minns du...? Med var och en försvinner inte enbart ett speciellt mänskligt gensvar man njutit utav, utan en del av en själv, ett stycke av det egna livet som ingen mer än den bortgångna känner. Det gör en mer och mer ängslig inför vad som kan hända de få nära vänner som finns kvar. Men även denna ångest fyller en funktion när vi - för att bli av med ångesten - anstränger oss att sköta det mänskliga nätverk som står till buds eller fylla tomrummet med annorlunda engagemang som kan ge ny mening åt tillvaron.

Detsamma är fallet med den ångest som väcks av våra sinnesfunktioners oundvikliga eller redan pågående

Ångest handlar om det som kan komma, sorg om svårigheten att klara sig utan det som varit

nedgång - särskilt synen och hörseln - nedgången i vår rörlighet, våra inre organ, våra minnesfunktioner, uppmärksamhet och koncentrationsförmåga. Det som ökar oron i dessa sammanhang är att vi inte kan veta i förväg vad som kommer att försämrats, när och hur snabbt. Vi vet inte ens huruvida vi kan slutföra de projekt vi engagerar oss i för att ersätta mycket som gått förlorat. Vi måste använda oss av oron för att lära oss leva med upprepade förändringar, finna nya metoder att göra det bästa av det oundvikliga så att kraft blir kvar till det vi bedömer som väsentligt för livets mening.

Det som hittills sagts om ångest illustrerar även det jag ovan framhållit: ofta utlöses i den aktuella situationen mer än en av de affekter som är väsentliga för att klara en utvecklingskris. Ångest inför framtiden står ofta i samband med förluster av någon som hittills givit oss trygghet. Ångest handlar om det som kan komma, sorg om svårigheten att klara sig utan det som varit.

Komplikationer i de äldres sorgearbete

En omfattande litteratur om sorg har växt fram sedan Bowlby (1961) (5) vände sig mot övertygelsen hos psykoanalytiker att barn inte har förmågan att sörja och sedan Parkes (8) litet senare började studera sorgereaktioner hos änkor och änklings. Bowlby betonade bland annat att upprepade separationer från de personer barnet var mest fäst vid (bindningsgestalten, -gestalter) kan få svåra konsekvenser för barnets utveckling, särskilt för förmågan att lika tryggt fästa sig vid någon annan i framtiden. Ju fler förluster eller separationer som är långvariga för ett barn, ju mer kan barnet bli sårbart för nya separationer, ibland för hela livet. Det kan försvåra anpassningen sent i livet.

Trots tillgången till en stor litteratur om sorg hos barn och vuxna, särskilt yngre vuxna, har vi mindre kunskap om sorg hos de äldre och det kan vara värt att här ta upp några drag som är karaktäristiska i det stadiet.

De omständigheter som ofta skiljer en äldre människas belägenhet när hon får anledning till sorg från en yngre sörjandes är framför allt följande: Den äldre är oftast utsatt för en *större mångfald* av skäl till sorg: förlust av människor som är eller länge varit väsentliga för hennes trygghet och trivsel - förlust av grupp-tillhörighet och roller som varit meningsfulla för henne

- förlust eller minskning av kroppsfunktioner som tidigare hjälpt henne med ny inläring och anpassning till nya omständigheter. Dessutom kan det ofta bli en mycket högre *frekvens* av förlust av nära relationer genom dödsfall, sjukdom eller förflyttning än yngre människor vanligtvis upplever. Den yngre skiljer sig ofta frivilligt från många personer och miljöer, men gör det aktivt, på eget initiativ och i tron - för det mesta - att separationen är reversibel. Den äldre är passivt utsatt, vanligen utan återvändo.

Här bör man tillägga att en ny djup sorg efter en viktig människa även väcker minnen av och längtan efter tidigare förlorade personer. Det gör en efterhand allt mera sårbar för förluster. Dessutom behöver de äldre kämpa för en anpassning till förändringars frekvens och mångfald vid en tid i livet då, fast man är *kapabel till ny inläring och utveckling*, inläringen och anpassningen går *mycket långsammare* än förr. Trots ökande erfarenhet och mognad skapar förändringen i minnesfunktionerna, koncentrationsförmågan och uppmärksamheten tidigare okända problem som man måste vänja sig vid och som man måste lära sig kompensera för med nya metoder. Ett annat problem är för många att man med ökande ålder, på grund av minskad koncentrationsförmåga, lätt blir *omtumlad och förvirrad av för många krav på en gång*. Ju äldre man blir, desto svårare blir det att koncentrera sig på mer än en eller ett par tankar eller sysselsättningar samtidigt. Innan man har förstått och accepterat detta, blir man lätt både förvirrad, irriterad och retlig, när för mycket krävs på en gång som man inte förutsett och planerat för. Detta är mycket svårt för yngre personer att förstå och ha tålamod med, därför att de inte ännu upplevt det. Den äldre måste då lära sig att ha tålamod och inte bara med sig själv, utan även med de andra som inte vet vad det handlar om och därför försöker ta över det den äldre försöker lära sig sköta själv på ett nytt sätt.

Ett annat problem som det är viktigt för äldre människor att försöka förstå hos sig själva är att vissa ofrånkomliga *åldersförändringar tillfälligt förvärras* när man är sjuk eller konvalescent, när man sörjer, är ångestfylld, deprimerad eller arg. Jag tänker på den mins-

Den yngre skiljer sig ofta frivilligt från många personer och miljöer, men gör det aktivt... Den äldre är passivt utsatt, vanligen utan återvändo

Är man i 70- eller 80-årsåldern vid en stor förlust eller anhopning av förluster, vet man inte om man har två, fem eller femton år kvar att lyckas vinna balans

kade förmåga att lagra minnen, framkalla nya eller gamla lagrade minnen i samma takt som förr, den minskade koncentrations- och orienteringsförmågan, och den ökande svårigheten i mekanisk inläring där associationer till erfarenheter inte kan tillämpas. Ångesten under sådana episoder för att man är på väg att bli senil dement eller att man nu har blivit mycket mera handikappad av åldern än det senare visar sig att man är ökar lätt den belastning på hjärnans funktioner som en realistisk men tillfällig sorg eller svårighet redan åstadkommit.

När en yngre människa förlorar en relation upplevs framtiden i vilken ersättning kan hittas fortfarande som nästan oändlig. Fast förlusten även i unga år kan visa sig vara oersättlig, ger hopp om ersättning stöd under den svåraste tiden av sorg tills den sörjande börjar ändra sig och engagerar sig i annorlunda, åtkomliga mål. Är man däremot i 70- eller 80-årsåldern vid en stor förlust eller en anhopning av förluster, vet man inte om man har två, fem eller femton år kvar för att lyckas vinna en ny balans. Till det kommer alla praktiska, sociala och kulturella hinder som står i vägen för "ett nytt liv". Undan för undan tvingar oss detta att ändra våra förväntningar och anspråk.

Det är då inte förvånande att gerontologen Tornstam (7) hos en del äldre människor ser en ny orientering till livet där man verkar mindre beroende av det som varit. Han kallar den nya orienteringen för *gerotranscendens*.

Detta begrepp innebär en förändring av meta-perspektivet vilken är en universell potential som kan hindras eller stimuleras i sin utveckling. Den består av en ökad känsla av samhörighet med allt och mänskligheten - en omdefiniering av vår uppfattning av tid, rum och objekt - en ny syn på liv och död med en minskning av rädslan för döden - ökad känsla av samhörighet med tidigare och kommande generationer - minskat intresse för ytliga sociala kontakter - minskat intresse för det materiella - minskad självcentrering - mer tid för stilla, meditativa stunder. Jag tror att förändringsarnas mängd och intensitet vid ökande ålder både i den egna kroppens funktioner och den yttre livssituationen skulle kunna förklara hans forskningsresultat. Enligt

en personlig kommentar (juni 1992) förmodar Tornstam att utvecklingen till gerotranscendens kan underlättas av upprepat fruktbart sorgearbete. Jag misstänker att även upprepat depressionsarbete ingår i vägen dit. Men det jag beskriver här är primärt ett resultat av min egen erfarenhet och av informell jämförelse med ett begränsat antal äldre personers upplevelse. Detta väntar på bekräftelse från gerontologiska och psykologiska undersökningar av den väg på vilken äldre når utvecklingsstadiet gerotranscendens.

Det nödvändiga depressionsarbetet sent i livet

Från det som skisserats här, först om depressionens orsak och sedan om de många förändringar som kan uppstå sent i livet, kan det inte vara svårt att förstå varför det är nästan ofrånkomligt att sent i livet uppleva perioder av depression, fastän de inte behöver bli så svåra att de uppmärksammas av andra. Depressioner hos äldre ter sig ibland annorlunda än hos yngre och medelålders personer. Känslorna blir förr eller senare mindre intensiva, däremot kan de vara så mycket längre. Ibland är det svårt för åldringen att inse att hon är deprimerad. Tillståndet kan uppfattas som t ex trötthet, kraftlöshet, aptitlöshet, eller något annat kroppsligt symptom. Men även dessa depressioner kan djupna så att psykoterapeutisk eller medicinsk behandling blir nödvändig. Å andra sidan kan en trötthet vållad av kroppslig sjukdom uppfattas som depression. Vidare kan depressioner lätt bli svåra för äldre vilkas aktuella situation är särskilt besvärlig eller hos äldre som alltid haft svårt att utan professionell hjälp komma till rätta med sina depressioner. I de flesta här nämnda avseenden kan vissa privilegierade äldre vara undantaget.

Åldrandet kan ofta innebära många mindre och större anpassningskriser. Våra vanor, våra förväntningar på oss själva och andra kan frustreras vid oväntade tillfällen. Vårt sätt att planera våra förehavanden är inte ännu anpassat till dessa förändringar. Vi har kanske inte räknat med minskningen i energi och arbetstempo, ökningen av sömnbehov och den ansträngning det numera kostar att behålla överblick över något vi försöker samordna. Vi glömmer att vi nuförtiden måste anteckna detaljer som vi tidigare skulle kommit ihåg utan be-

Åldrandet kan ofta innebära många mindre och större anpassningskriser

Vi inser nödvändigheten att planera vårt liv utan att veta vad som väntar i en allt närmare framtid och om vi kan slutföra det vi engagerat oss i

kymmer och att det kan ta tid att hitta dessa anteckningar. Vi kan inte bedöma om den förvirring som då uppstår, den temporära förlamning och inkompetens som vi då känner är del av en tillfällig depression som kommer att lösa sig, eller om allt detta är en oåterkallelig del av vårt åldrande.

Denna förlamande trötthet och förbryllande känsla av otillräcklighet inför uppgifter vi tidigare skötte snabbt och samtidigt kan återkomma flera gånger i följd innan vi, till exempel, plötsligen fattar att vi vid yngre år ju endast en gång försökt sköta dylika ärenden mitt i en anpassningskris, nämligen när vi sörjde vårt barn, vår förälder, eller vår livskamrat. Den gången fungerade vi ju inte heller. Vi inser kanske plötsligt att vi är mitt i en livskris igen: kanske en rad smärtsamma dödsfall eller svår oro över en nära väns sjukdom. Samtidigt bereder oss våra allt mindre pålitliga kropps- och hjärnfunktioner besvärliga överraskningar. Vi känner nödvändigheten att vänja oss vid den känsla av växande isolering, vid omvärldens bristande förståelse för åldrandets äventyr med sina risker och chanser och behovet att lära oss fungera med en så föränderlig och allt mindre pålitlig kropp och hjärna. Vi inser nödvändigheten att numera planera vårt liv utan att veta vad som väntar i en allt närmare framtid och om vi kan slutföra det vi har engagerat oss i. Och vi är, inte minst, samtidigt rätt så upptagna med att söka en växande förståelse av det som varit för att fördjupa vår syn på liv och död.

Har vi kommit så långt, inser vi även att vi helt enkelt försökt sköta för mycket - kanske för våra barn och barnbarn, för våra vänner, för ett samfund, eller i ett konstnärligt arbete eller som lärare. Mera i alla fall än vad som är riktigt och möjligt för oss. Vi beslutar att drastiskt skära ner våra aktiviteter och koncentrera oss på väsentligheter. Inte långt därefter kan det märkas att energin, minnet, koncentrationen, överblicken fungerar bättre igen. Vi känner oss inte precis som förr, men kompetenta på ett nyt sätt. Vi får kanske en ny trygghet från känslan att vi fortfarande kan mogna. Detta hjälper oss att acceptera de nya gränserna och nöja oss med en mindre kvantitet prestationer för att bevara kvaliteten.

Ungefär så kan en vanlig adaptiv - dvs sund - depression i en av åldrandets utvecklingskriser förlöpa om den orsakats av allt för lite beaktade förändringar i vår förmåga att fungera. Även tidigare i livet försämrar sorg, ångest, överansträngning eller somatisk sjukdom tillfälligt just de funktioner vilkas prestationsförmåga nu har minskat på grund av normalt åldrande: minnesfunktioner, koncentrationsförmåga och uppmärksamhet. Innan depressionssymptomen, som ju bland annat består av just förändrade minnesfunktioner samt förändrad fokus för koncentration och uppmärksamhet, har underlättat våra försök att söka och finna orsaken till den inre låsningen, *accentuerar* depressionen alltså just de brister som vårt normala åldrande fört med sig och som bidragit till att utlösa den aktuella depressionsepisoden. Det är väsentligt för diagnostiker och vårdare att uppmärksamma denna tillfälliga onda cirkel.

En svårare depression där hjälp behövs

Som redan sagts kan mycket allvarliga kriser uppstå som inte upplöses så lätt. Blau (9) ger oss några värdefulla exempel på svåra depressioner hos äldre. Hans diskussion av risken att inte diagnostiskt uppmärksamma en del av dessa depressioner är mycket läsvärd. När en patient är gammal dras enligt Blau ofta utan grundlig klinisk utredning slutsatsen direkt från ytliga symptom, att de orsakas av åldersdemens eller annan organisk störning fastän det kan handla om depression. Här har vi utrymme för bara ett av hans fall exempel, som jag förkortat.

Fru M, en 76 årig gift kvinna togs till dr Blau av sin dotter. De senaste månaderna hade hon inte kunnat tala och ofta vägrat att äta. Man antog att hon inte kunde svälja. Diagnosen som hennes allmänläkare och invärtesmedicinska konsult ställt var cerebral arterioskelros. Hos dr B var kvinnan tyst och dottern berättade.

Innan hon plötsligt blev tyst några månader tidigare hade fru M gråtit mycket, varit orolig och talat om att hon ville dö. Hon hade klagat på sin man och trodde att han var otrogen. Dottern talade om sin mors svåra liv. När hon var 14 år dog hennes mor, en sträng och hård kvinna, av en förlamning i truppen. Patienten hade inte tyckt om modern och kände därför först lättnad trots att hon fick sköta hushållet

När en patient är gammal dras ofta utan grundlig klinisk utredning slutsatsen direkt från ytliga symptom, att de orsakas av åldersdemens eller annan organisk störning fastän det kan handla om depression

och flera yngre syskon. Men när hennes far gifte om sig hade hon svårt att samsas med styvmmodern. Hon lämnade hemmet och fick arbeta i en större stad på långt avstånd. Där gifte hon sig. Sent i trettioårsåldern fick hon "ett nervsammanbrott" efter yngsta barnets födelse och lades in på mentalsjukhus. Hon fick elchockbehandling och hämtade sig bra. Därefter hade hon inga problem förrän de aktuella svårigheterna började. Hon var en arbetsam, ansvarsfull och kompetent kvinna och sträng katolik.

Under det senaste året hade den äldsta ogifta dottern blivit gravid utom äktenskap och fött tvillingar. Fastän dottern sedan gift sig med barnens fader, fortsatte patienten att vara mycket upprörd. Under samma tid dog en nära vän och granne som var katolsk präst.

När dr B märkte att fru M lyssnade uppmärksamt till samtalet mellan honom och dottern, vände han sig till henne med kommentaren att hon upplevt svåra förluster och besvikelser den senaste tiden som måste varit mycket smärtsamma. Till hans överraskning började hon gråta och tala om sin sorg, fast med en barnlig röst. Hon rättade några av dotterns uttalanden om hennes tidigare liv. Tydligt var hennes minnesfunktioner normala. Hon blev nöjd när dr B sade att hon kunde få hjälp och tycktes ha goda chanser att bli återställd. När han rekommenderade psykoterapi tog hon plötsligt av sin blus och visade på ett sår på ryggen som oroat henne. Även dr B blev oroad, misstänkte en cancer och remitterade henne till en dermatolog som bekräftade misstanken och tog bort ulcerationen. Fru M kom ur sin depression efter en längre tids psykoterapi.

Vi vet inte varför fru M identifierat sig med sin mors sjukdom och död (halssymptomen). Dessutom hade hon tydligt av sina svåra tidigare upplevelser blivit mycket sårbar för förluster och besvikelser. Men hon hade förmågan att svara med tillit på Dr Blas, en ny auktoritets- eller föräldragestalts, intresse, förståelse och respekt. När hon fått hjälp med såret som oroat henne, kunde hon svara på en terapeuts stöd och förståelse med en långsamt ökande kapacitet att gå igenom ett depressionsarbete som blev fruktbart.

Och slutligen vreden

Ser man på sammanfattningen av grundläggande mänskliga behov, är det uppenbart att själva åldrandet samt de västerländska attityderna gentemot den åldrande ger stor anledning till frustreringsvrede. En sund förmåga att känna och visa vrede kan då ge betydande lättnad. Vreden för också med sig energi, så att man orkar ta itu med nödvändiga inre och yttre förändringar. Men om man under livets lopp inte lärt sig att även undersöka hur man själv kan ha bidragit till att man

Vredens funktion i dessa sammanhang är den mera sociala att påverka andra

blev frustrerad utan söker anledning enbart hos omvärlden, kan det leda till en ofruktbar retlighet. Trots att det finns många skäl till vrede, tycks den inte i samma utsträckning ha en personlig anpassningsfunktion som depression, ångest och sorg har i åldrandets kriser. Vredens funktion i dessa sammanhang är mera den sociala att påverka andra.

Doc Lars Andersson, doc Jan Beskow, psykolog Stina Hesselman och doc Lars Tornstam har läst en tidigare utskrift av denna uppsats och bidragit till dess sista utformning med värdefulla synpunkter. Till dem riktar jag ett varmt tack.

REFERENSER

1. *Gut E* (1989): Productive and Unproductive Depression/Success or Failure of a Vital Process. London, Routledge. Översättning: Den sunda depressionen/Möjligheter och svårigheter i dess förlopp. Stockholm, Wahlström & Widstrand, 1990.
2. *Beskow J red* (1992): Självmord som existentiellt problem. Stockholm, FRN Publikationer.
3. *Lazarus R S* (1977): Cognitive and coping processes in emotions in A Monat and R S Lazarus (eds): Stress and Coping. New York, Columbia University Press.
4. *Izard C E* (1972): Patterns of Emotion. New York, Academic Press.
5. *Bowlby J* (1961): Processes of mourning. International Journal of Psycho-Analysis 42 (4-5):317-40.
Bowlby J (1969): Attachment and Loss, vol 1, Attachment, London, Hogarth Press; 2 nd revised edition, 1982.
Bowlby J (1973): Attachment and Loss, vol 2, Separation: Anxiety and Anger. London, Hogarth Press.
Bowlby J (1980): Attachment and Loss, vol 3, Sadness and Anger. London, Hogarth Press.
6. *Peterfreund E* (1971). Information, Systems and Psychoanalysis / an Evolutionary Biological Approach to Psychoanalysis, Psychological Issues Monograph 25-26. New York, International Universities Press.
7. *Tornstam L* (1989): Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory. Aging 1:55-63.
Tornstam L (1992): Åldrandets Socialpsykologi (4:e omarbetade upplaga). Stockholm, Rabén & Sjögren.
8. *Parkes C M* (1972): Bereavement/Studies of Grief in Adult Life. London, Tavistock Publications. Svensk översättning: När den närmaste dör/Studier i vuxnas sorg, Stockholm, Wahlström & Widstrand (1974).
9. *Blau D* (1983): Depression and the elderly: A psychoanalytic perspective. In L D Breslau and M R Haug (eds). Depression