

PSYKOLOGISKE REAKTIONER EFTER EN HJERTEBEGIVENHED

HELLE SPINDLER, PHD



PROGRAM

1. Hjertepsykologi
2. Psykiske eftervirkninger/problemer
3. Individualiseret rehabilitering

HJERTEPSYKOLOGI

HJERTEPSYKOLOGI

(Fisher, 1993)

- Definition

”multidisciplinær indsats i forsøget på at forhindre eller minimere alvorlige medicinske og *psykologiske* komplikationer”

- Mål

”at optimere patientens medicinske og *psykosociale* udkomme”

FRA DØDELIGHED TIL LIVSKVALITET

- Forringet livskvalitet kan forudsige øget dødelighed hos hjertesvigtspatienter (eks.: Iqbal et al., 2010; Soto et al., 2004) og efter bypass (Rumsfeld, 1999).
- Øget fokus på psykiske følger virkninger
- Øget fokus på psykologisk udkomme



Patient-centred health outcome

(Krumholz et al., Circulation 2005;111:3158-66)

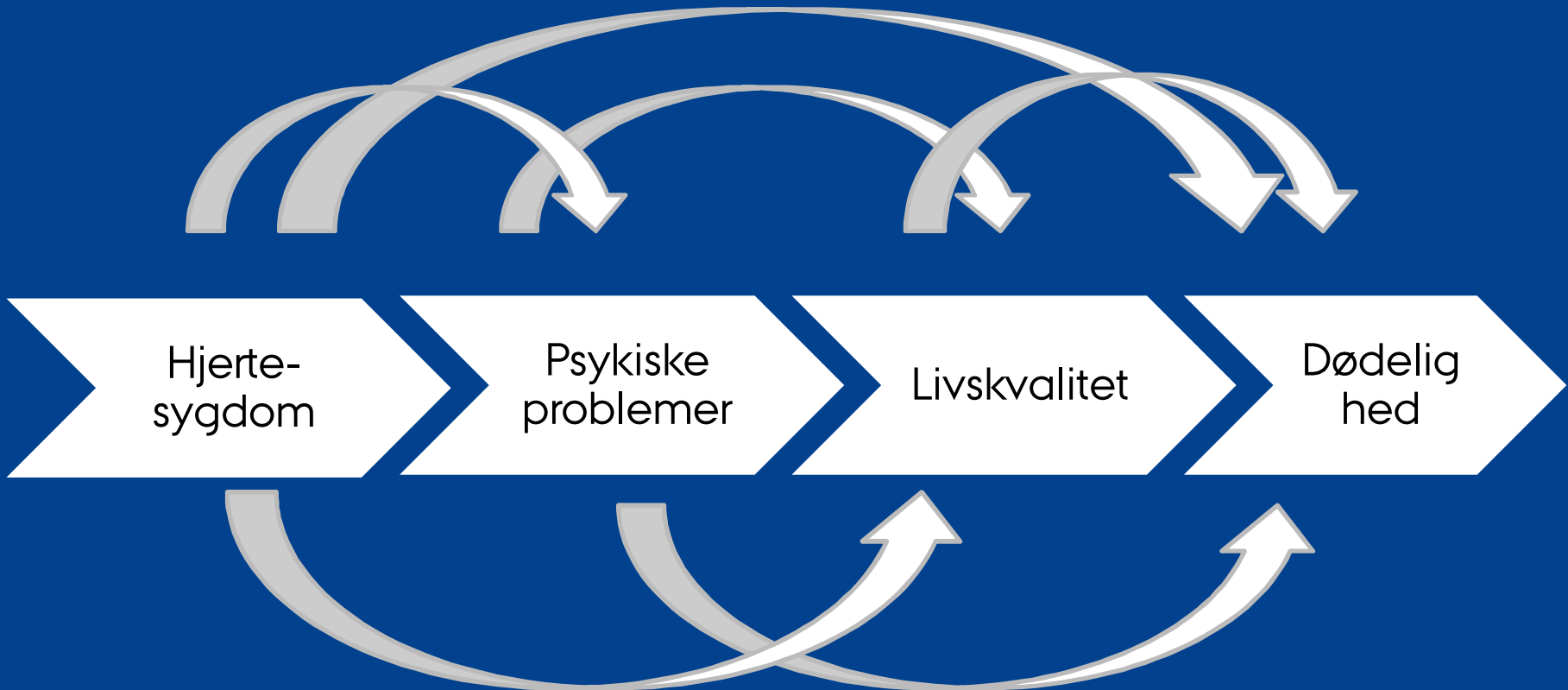
- Livskvalitet som et nyt effektmål/udkomme

HELBREDSRELATERET LIVSKVALITET (HRQL)

- “... the functional effect of an illness and its consequent therapy upon a patient, as perceived by the patient”
 - (Schipper et al., 1996)
- ”... HRQL measures the *illness experience* as opposed to the *disease*. The illness experience encompasses the perception of symptoms, the way they are labeled by the patient and communicated to others, the experience of not being able to function normally, and efforts made to cope and gain control over the disorder”

(Swenson & Clinch, 2000)

HJERTEPSYKOLOGI



HJERTEPSYKOLOGI

- Psykologiske aspekter relateret til hjertesygdom
- Psykosomatik
- Psykiske eftervirkninger kan forværre hjertesygdom
- Fra normal tilpasning til psykisk problem!
- Psykiske eftervirkninger/reaktioner vs. problemer

PSYKOLOGIENS FOKUS

- Hjertesygdommens psykiske indvirkning
 - Individ-niveau
 - Psykisk mestring/coping ift. hjertesygdommen
 - Socialt
- Hvordan påvirkes pt. og de sociale relationer af hjertesygdommen ?
- Hvordan påvirker pt.'s psykiske respons livskvaliteten og prognosen ?
- Hvordan kan en negativ psykisk respons lindres ?

PSYKISKE EFTERVIRKNINGER PSYKISKE PROBLEMER

NÅR MAN FÅR EN HJERTESYGDOM...

- Det fysiske
- Kroppen skal komme sig, man skal vænne sig til den fysiske del

- Det psykiske
- Forholde sig til og acceptere at man nu er hjertepatient, dvs. at man har en kronisk sygdom

AT BLIVE HJERTESYG...

- medfører nye livsomstændigheder
- medfører en "ny" identitet/rolle
- der kan opstå komplikationer
- herunder også psykiske problemer

NYE LIVSOMSTÆNDIGHEDER

- De praktiske udfordringer
- Nye tanker og følelser
- Død
- Skam, skyld og vrede
- Fremtiden
- Familien
- ...

- Døden
- Hvordan forholder man sig til døden?
- Hvordan lever man med at døden er en del af livet?

- Skyldfølelsen
- Når den er konstruktiv
- Når den tager overhånd og bliver livsbegrænsende

- Skamfølelsen
- Er svær at tale med andre om
- Kan betyde at man trækker sig fra sit sociale netværk

- Vreden
- Det er ikke retfærdigt at jeg er blevet syg

- Fremtiden
- Er der en fremtid for mig ?
- Der er plads til håb, drømme og ønsker for livet og fremtiden, også for en hjertepatient

NY IDENTITET / NY ROLLE

- Jeg har mistet den jeg var !
- Kan føles som et tab
- Fortabt, ked af det, usikker

- Nye roller
- i familien
- på arbejde
- i sociale sammenhænge

PSYKISKE PROBLEMTYPER

- Angst (sygdoms-)
- PTSD
- Depression/Selv mord
- Type D personlighed
- Beskyttende faktorer

PSYKOSOMATIK

- Psykiske eftervirkninger som en komplikation
- Psykiske problemer kan:
 - Medføre arytmi → stød
 - Forringe livskvaliteten → død
 - Medføre en negativ prognose

ANGST

- Den oversete risiko faktor ?
- Estimeret prævalens på 50% hos patienter med acute coronary syndrome
- 3 x så høj dødelighed efter AMI
- Tæt på en fordobling af risikoen for nyt infarkt over 5 år
- 6 gange så høj risiko for pludselig hjertedød
(Januzzi, Arch Intern Med, 2000)
- Associeret med forringet livskvalitet
(Lane et al., Psychosom Med, 2001, Mayou et al., Psychosom Med, 2000; Sullivan, Am J Cardiol, 2000)
- Nyere forskning viser at angst øger risikoen for at udvikle hjertesygdom ,
(Roest et al, 2010a)
- samt at angst øger risikoen for nye infarkter og dødelighed
(Roest et al., 2010b; Watkins et al., 2010)

ANGST (SYGDOMS-)

- Positiv angst
- Formål: opmærksomhed på kroppens signaler

- Negativ/Hæmmende angst
- Tør ikke, har ikke lyst til at gøre ting
- Angsten tager styringen
- Fokuserer for meget på kroppens signaler
- Fokus kun på det negative, på at reducere angsten
- Kan ikke slappe af, engagere sig i livet

PTSD

- Antagelse:
- Hjertesygdom kan være traumatogen

(APA, 1994)

→ Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed hvor begge af flg. var tilstede:

(1) personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en eller flere begivenheder, der involverede aktuel eller trussel om død eller kvæstelse eller anden trussel mod egen eller andres fysiske integritet

(2) under begivenheden oplever personen intens frygt eller hjælpeløshed

PTSD

- 10-15 % af MI patienter udvikler PTSD

(Spinder & Pedersen, 2005; Gander & von Känel, 2006)

- Associeret med negativt helbredsudkomme hos patienter med hjertesygdom

(Falger et al., Psychother Psychosom, 1992; Gander & von Känel, Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2006)

- Forskning peger på øget sympatisk aktivitet og reduceret parasympatisk aktivitet som en mulig patofysiologisk mekanisme, der kan kæde PTSD og CVD prognose sammen

(Gander & von Känel, 2006)

DEPRESSION

- Anerkendt som risiko faktor, men.....
- Prævalensen varierer fra 2% til 51!
(Nicholson et al., Eur Heart J, 2006)
- Evidensen er stærkest for depression som en ætiologisk faktor i forhold til depression som en prognostisk faktor
(Nicholson et al., Eur Heart J, 2006)
- Associeret med sekundært udkomme som compliance og HRQL
(Hofer et al., Psychosomatics, 2005; Katon et al., Gen Hosp Psychiatry, 2007)
- Store interventionsstudier har ikke fundet nogen direkte effekt af psykoterapeutisk behandling på MACE og dødeligheden
(ie., Berkman et al., Jama, 2003)

DEPRESSION

- Ked af det eller tom indvendig, græder, trækker sig fra aktiviteter, mangler energi og overskud
- Ændret søvnmønster, ændret appetit, svært ved at tænke, huske, koncentrere sig, ændret aktivitetsniveau.
- Negative tanker
- Ikke god nok, dårlig selvtillid, død/selv mord

SELMORD

(Larsen et al., 2010)

- I den første måned efter konstateret MI er risikoen for selvmord øget for patienter uden psykiatrisk historie, og særligt øget for patienter med psykiatrisk historie.
- Om end risikoen faldt med tiden forblev den forhøjet over en periode på 5 år

TYPE D PERSONLIGHED

- Negativ affektivitet (NA)
- Tendens til at opleve negative følelser som bekymringer, tristhed, vrede,...

(Watson & Pennebaker, 1989)

- Social inhibition/hæmning (SI)
- Tendens til at hæmme følelsesudtryk og adfærd i sociale interaktioner

(Asendorpf, 1993)

DEPRESSION *VERSUS* TYPE D PERSONLIGHED

Konstrukt	Negative følelser	Social inhibition	Varighed
Depression	Depressiv affekt i særdeleshed	Ikke specificeret	Episodisk (<2 år)
Type D	Negativ affekt generelt (inkl. Irritabilitet mfl.)	Forhøjet niveau (mgl. udtryk)	Kronisk (≥2 år)

(Pedersen and Denollet, Current Cardiology Reviews, 2006, 2, 205-213)

The burden of increased negative emotions and inhibition

No!!
I do not want to
share my emotions
with others...



Type D ?

TYPE D PERSONLIGHED

- 18 - 62% prævalens (CVD grupper/lande)

(Pedersen et al., Europace, 2007; Denollet J Heart Lung Transplant, 2007; Pedersen et al., J Psychosom Res, Pedersen et al., Am Heart J, 2006; Schiffer et al., Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2005; Pedersen & Denollet, J Psychosom Res, 2004; Grande et al., Psychother Psychosom, 2004)

- Ineffektive “copere”

(Doering et al., J Card Fail, 2004)

- Associeret med forringet livskvalitet, angst, depression, PTSD, forringet prognose og dødelighed

(Pedersen & Denollet, Curr Cardiol Rev, 2006; Kupper & Denollet, J Pers Assess, 2007)

- Aktuel forskning leder efter mulige forklaringsmodeller og mekanismer

BESKYTTENDE FAKTORER

- Modvirker risikofaktorer gennem
 - Direkte påvirkning af risiko-faktorer
 - Interaktion med risikofaktorer
 - Modererer effekten af risiko-faktorerne på helbredsudkomme
-
- Mulige beskyttende faktorer/buffere
 - Social støtte
 - Positive emotioner
 - Kan fungere som en buffer mod dårligt helbred
(Pressman & Cohen, Psychol Bull, 2005)
 - Associeret med prognosen ved hjertesygdom
(Denollet et al., 2008)



INDIVIDUALISERET REHABILITERING

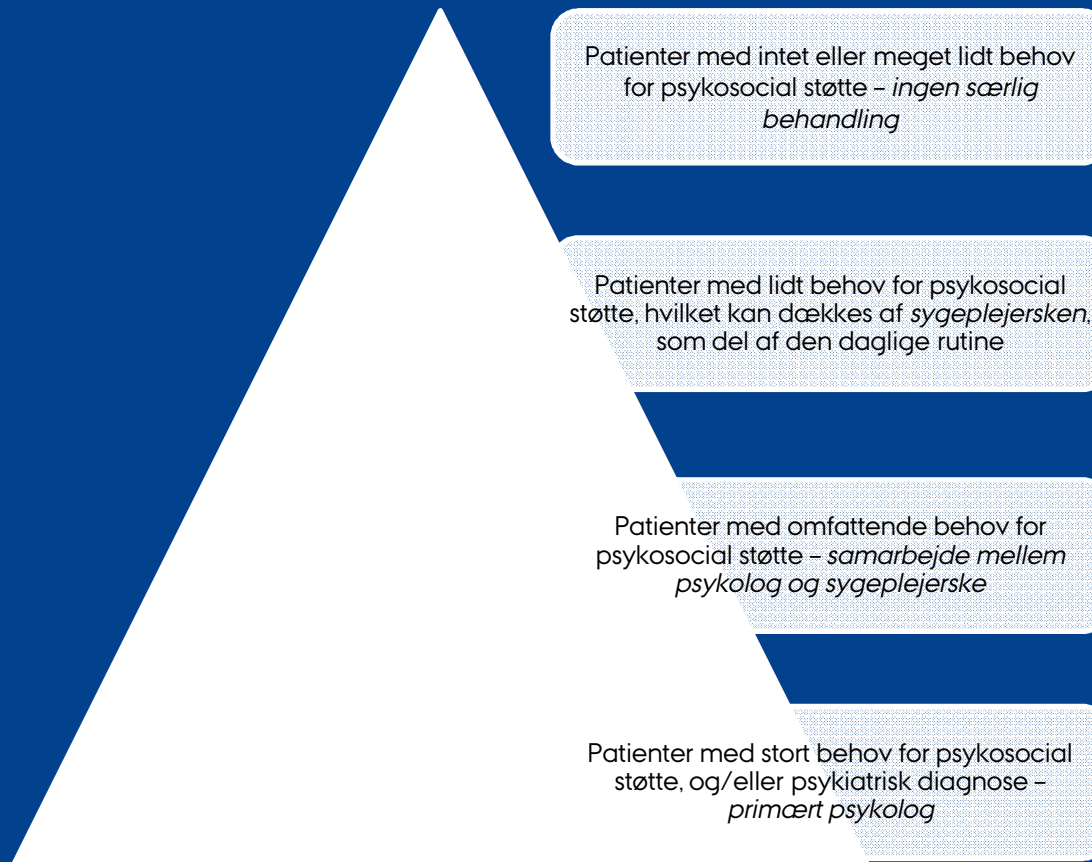
(de Backer et al., 2003)

- I de europæiske retningslinjer anbefales det at:
- Udvikle en terapeutisk alliance ifht. hjertepatienten
- Sikre at patienten/partneren forstår forholdet mellem adfærd, helbred og sygdom
- Hjælpe hjertepatienten/partneren til at forstå hvilke barrierer der kan være ifht. adfærdsændringer
- Engagér hjertepatienten/partneren i at ændre adfærd
- Lad hjertepatienten/partneren deltage i at identificere og udvælge egne mål
- Kombiner strategier, inkl. forstærk egen evne til at nå målet.
- Design en plan for livsstilsændringer
- Monitorér fremgangen gennem stadig opfølgning
- Involver andre faggrupper når muligt

BAGGRUND

- En rapport fra 2004 understreger det væsentlige i at tilbyde struktureret rehabilitering samt inkorporere psykosocial støtte som en del af hjerterehabilitering
- Hjerterehabiliteringen herhjemme lever endnu ikke op til dette mål
- Grundene hertil kan være mange, en mulighed er at struktureret rehabilitering og psykosocial støtte opfattes som en intervention med store omkostninger, hvilket også ville være sandt hvis alle havde lige stort behov for støtte.
- Da der kun er begrænsede ressourcer til rådighed, er det vigtigt at blive bedre til at identificere behovet hos den enkelte modtager/partner, således at man kan tilbyde differentieret rehabilitering mhp. at undgå spild af ressourcer.
- Det er lige væsentligt at identificere de der klarer sig godt, som de der klarer sig skidt, da vi gerne skulle undgå at sygeliggøre og stigmatisere

Ressourcekrav - tværfaglighed



MULIGE ELEMENTER I

- **Motion/fysisk træning**
- Tilpasset ifht. fysisk formåen, men også med fokus på at undgå stillesiddende adfærd pga. angst eller lign.
- **Stress reduktion/afslapning (mindfulnessbaseret)**
- Afslapningsøvelser med fokus på accept af aktuel situation. Både afslapning, men også fokus på at reducere angst, rumination, stress mv.
- **Psykoedukation**
- Patientundervisning med fokus på psykosociale problemstillinger
- **Individuelt tilpasset intervention (kognitivt baseret)**
- Vha. spørgeskemaer /screening udformes en case-formulering, hvori man hjælper pt. med at identificere de fokus-områder, hvor vedkommende har størst behov for hjælp. Dernæst tilrettelægges et behandlingsforløb, primært baseret på selvstændigt hjemmearbejde, hvor pt. får redskaber til at arbejde med disse problemstillinger (dette kan være både individuelt og gruppe-baseret)

MULIGE ELEMENTER II

- **Støttegrupper**

- Opleve at andre har haft de samme tanker og følelser ifbm. deres sygdom
- Mulighed for at udveksle erfaringer med andre,
- Social støtte (uformel)
- Se "nye" muligheder igennem andre patienters erfaringer (rollemodeller)
- Faciliteres af sundhedspersonale
- Uden en overordnet styring er risikoen meget stor for at gruppen ikke får den ønskede støttende funktion.

- **Pårørende**

- Opfattes oftest som ressource for patienten
- Kilde til social støtte
- Inddrages ofte i tilrettelægningen af behandlingen
- Pårørende har også psykiske reaktioner!
- Ringe eller ingen tilbud til pårørende
- Bør så vidt muligt tænkes ind i et rehabiliteringstilbud, om end i mindre omfang end patienten.

MULIGE ELEMENTER III

- Screening af alle patienter med fokus på psykiske problemer (eks. IT-baseret)
- Snak om angst og depression som ”almindelige” følgesymptomer → undgå stigmatisering
- Hjælpe med at sætte ord på svære følelser
- Afsæt tid, rum og RO til snak!
- Lære at spørge ind
- Udvikle færdigheder i ”svære samtaler” – nye typer af samtaleteknik

SPØRGE IND TIL DET VÆSENTLIGE...

Vi er ikke altid bevidste om patienters mulige psykiske problemer

Mulige barrierer

Patient:

Behandleren skal spørge om det

Ikke relevant for behandleren

Det er tidsrøvende

Jeg vil ikke være en byrde

Svært at tale om

Behandler:

Patienten skal begynde

Jeg kan ikke hjælpe patienten

Det er tidsrøvende

Det kommer ikke mig ved

Svært at tale om

UDBYTTE AF NYE ELEMENTER

- Individualiseret rehabilitering fokuserer ressourcerne på de patienter, der har størst behov
- Pt. opnår bedre viden om psykiske reaktioner, og disse "normaliseres" for pt.
- Social støtte optimeres ved at fokusere på både patienten og den pårørende
- Personalet får større opmærksomhed omkring de psykiske reaktioner
- Personalet rustes bedre til at håndtere psykiske reaktioner i en travl hverdag

OVERGANG MELLEM SEKTORER

- Psykiske problemer følger ikke en fast tidsramme
- Sikre vedvarende opfølgning af psykiske problemstillinger
- Vigtigt at tænke i helhedsløsninger, der faciliterer overgangen mellem sektorer, og sikrer at psykiske problemstillinger bliver adresseret på tværs af sektorer.
- Vigtigt at højne informationsniveauet, dog uden at patienten føler sig udleveret.
- F.eks. ved brug af IT-baseret screening, der vil kunne advisere den aktuelle sektor, samt assistere med at tilrettelægge en individualiseret indsats.

OPSUMMERING

- At være hjertepatient handler i lige så høj grad om det psykiske som det fysiske. Forholdet mellem det psykiske og fysiske er komplekst. Vigtigt også at være opmærksom på det psykiske så det samlede udkomme kan optimeres
- Individualiseret rehabilitering kan optimere brugen af de aktuelle ressourcer, og skabe mere optimale forløb for den enkelte patient.
- Forudsætter innovation ift. struktureringen og indholdet af rehabilitering, øget inddragelse af sociale netværk, samt opkvalificering af personale ift. psykiske problemstillinger