



Angst og depresjon ved kols - implikasjoner for klinisk praksis

Minna Hynninen
Psykolog, PhD-stipendiat
Institutt for klinisk psykologi
Universitetet i Bergen

50 years of psychological research on patients with COPD

Kaptein et al. *Respiratory Medicine*, 2009:

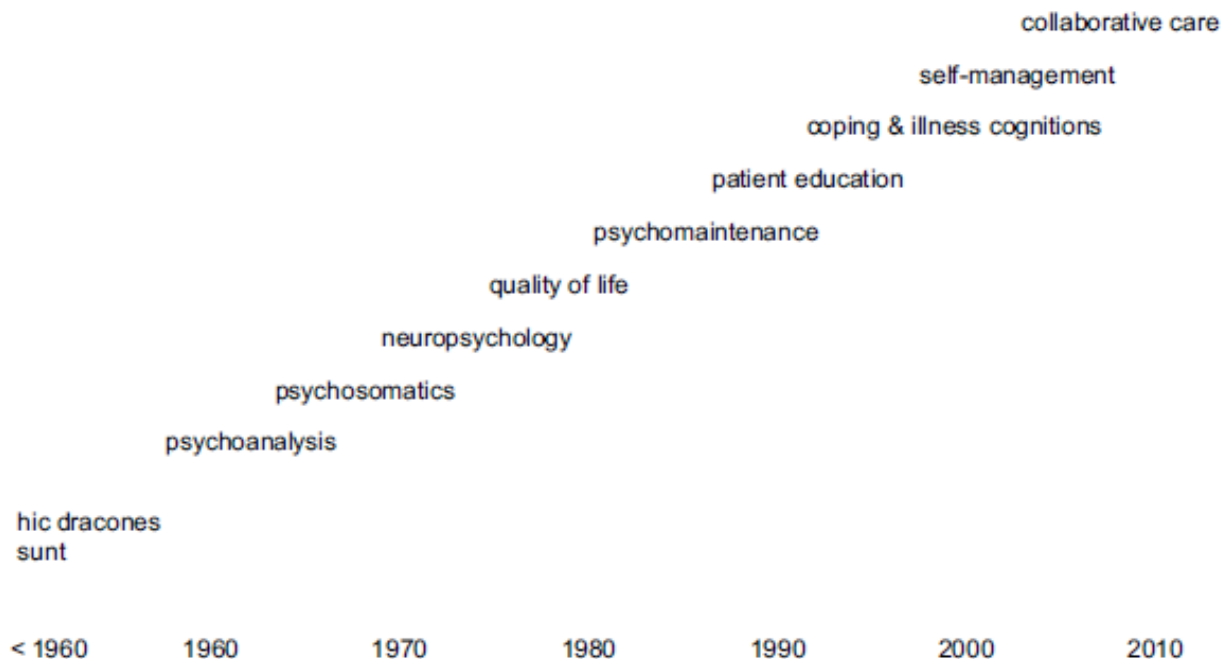


Figure 1 Theoretical approaches to behavioural research and clinical care for patients with COPD, 1960 – current.



KOLS og psykisk helse

- Overlappende symptomer - fysiologiske og psykiske symptomer forsterker hverandre gjensidig:
 - Pustevansker, dyspne, brystmerter (angst, panikk)
 - Trethet, mangel av energi (depresjon)
 - Søvnforstyrrelser (angst og depresjon)
- Angst og depresjon kan også bidra til utvikling og forverring av lungesykdommen, f eks via røyking

PhD-prosjekt:

Psykisk helse og søvn i kronisk, somatisk sykdom

- KOLS, angst, depresjon og søvnvansker
- Hensikt:
 - Å anvende klinisk psykologisk kunnskap om forholdet mellom somatisk sykdom og emosjonelt ubehag
 - For å få kunnskap om forekomst av psykiske lidelser
 - For å fange opp og behandle pasienter med komorbide psykiske lidelser
 - For å forstå mekanismer og prosesser
- Veiledere: Professor Inger Hilde Nordhus, Professor Ståle Pallesen
- Samarbeid med Lungeavdelingen, Haukeland Universitetssykehus

Økt forekomst av angst og depresjon i obstruktiv lungesykdom?



- Systematisk litteraturgjennomgang av KOLS¹:
 - 8-80% depressive symptomer
 - 6-74% angstsymptomer
 - Opp til 37% major depression
 - Opp til 55% angstlidelser

- Mange studier gjort med små utvalg og kliniske utvalg, uten kontrollgrupper

- Mange ulike måleinstrumenter og ulike pasientgrupper

- Populasjonsbaserte studier med robuste måleinstrumenter kan gi et mer nøyaktig bilde av forekomst?

¹Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, et al. (2009) Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. International Journal of Geriatric Psychiatry.

Study 1:

Anxiety and depression in obstructive lung disease: The Hordaland Health Study (HUSK)

Hynninen MJ, Lehmann S, Klokk M, Eide GE, Nordhus IH, Mykletun A



■ Formål:

1. Sammenligne forekomst av angst og depresjon hos mennesker med og uten kols
2. Undersøke hvilke faktorer bidrar til en eventuell assosiasjon mellom angst, depresjon og obstruktiv lungesykdom

■ Materiale:

- Den store helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK), gjennomført i perioden 1997-99
- Spirometridata fra delprosjekt "Astma, spirometri og bruk av helsetjenester" i HUSK
- To kohorter: menn og kvinner f 1925-27 og 1950-51
- N = 3305

Forekomst av angst og depresjon

Table 3. Case-level anxiety and depression as defined by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) according to definition of OLD in a random sample of 3305 subjects of 10 random samples from 5 age cohorts of middle-aged and elderly in Bergen City, Norway, in 1998-99.

Response variable	Spirometric OLD ¹				Diagnosed COPD ³			
	Yes n=399	No n=2906	OR 95% CI	P-value ⁴	Yes n=102	No n=3203	OR 95% CI	P-value ⁴
Anxiety	64 (16.0)	468 (16.1)	1.00 (0.75, 1.32)	0.975	28 (27.5)	503 (15.7)	2.03 (1.30, 3.17)	0.001
Depression	50 (12.6)	253 (8.7)	1.51 (1.09, 2.08)	0.012	19 (19.0)	282 (8.8)	2.36 (1.41, 3.94)	<0.001
Both anxiety and depression	26 (6.4)	151 (5.2)	1.21 (0.78, 1.87)	0.390	13 (12.9)	163 (5.1)	2.71 (1.48, 4.94)	<0.001

Data are presented as n (%).

Notes:

¹ Forced expiratory volume in 1 s/Forced vital capacity (FEV₁/FVC) < 0.70 before bronchodilatation.

² Self-reported ever physician's diagnosis of asthma and anti-asthma medication during the past 12 months.

³ Self-reported physician's diagnosis and post-bronchodilatation FEV₁/FVC <0.70.

⁴ Pearson χ^2 test comparing respondents with and without OLD.

Abbreviations:

OLD: obstructive lung disease; COPD: chronic obstructive pulmonary disease; OR: odds ratio; CI: confidence interval

Study 1:

Anxiety and depression in obstructive lung disease: The Hordaland Health Study (HUSK)

Hynninen MJ, Lehmann S, Klokk M, Eide GE, Nordhus IH, Mykletun A



■ Resultater:

- Høy forekomst av angst (27,5%), depresjon (19%), og komorbid angst og depresjon (12,9%) hos mennesker med kols
- Kols er assosiert med angst og depresjon uavhengig av andre risikofaktorer
- Kvinner med kols – mer enn 4,5 ganger høyere risiko for angst
- Grad av irreversibel luftveisobstruksjon har sammenheng med depresjon
- Luftveissymptomer, særlig dyspne og nattlige symptomer, er assosiert med angst og depresjon

Study 1:

Anxiety and depression in obstructive lung disease: The Hordaland Health Study (HUSK)

Hynninen MJ, Klokk M, Lehmann S, Eide GE, Nordhus IH, Mykletun A



■ Implikasjoner:

- Identifisering, diagnostisering og behandling – høy andel av pasientene har både angst og depresjon
- Fokus på kvinner med kols – rapporterer flere luftveissymptomer og angstsymptomer
- Sammenhengen mellom depresjon og irreversibel luftveisobstruksjon
 - psykologisk stress pga sviktende funksjon?
 - neuropsykologiske effekter av kronisk sykdom?
- Luftveissymptomer ← → Angst, depresjon
- Behov for behandlingsstrategier rettet mot et vidt spektrum av psykiske og somatiske symptomer

Study 2:

A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD

Hynninen MJ, Bjerke N, Pallesen S, Nordhus IH, Bakke PS. *Respiratory Medicine*, 2010.

- Kan deltagelse i kognitiv atferdsterapeutiske grupper redusere angst og depresjon hos kols-pasienter?



”Å leve med KOLS”

- Gruppebehandling basert på en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming, utviklet av Stanley, Veazey et al. (2005)
 - To hovedkomponenter:
 1. Kognitivatferdsterapi for generalisert angst
 2. Økt aktivitet
- Grupper: 4-6 deltagere, 1 gruppeleder
- 7 ukentlige møter, ca. 2 timer
- Hjemmeoppgaver
- Kognitiv atferdsterapi ble sammenlignet med ”avgrenset kontakt” (telefon) med en prosjektmedarbeider

“Å øke aktivitetsnivået” – nøkkelkomponent i kognitiv atferdsterapi for behandling av depresjon.

+ *Eksposering* for angstprovoserende situasjoner

Table 3 Outcome data at all assessment points and effect sizes with 95% confidence intervals.

Measure	Time	Cognitive behavioral therapy (<i>n</i> = 25)		Control group (<i>n</i> = 26)		Between-group ES, Cohen's <i>d</i> (95% CI)
		Mean (SD)	ES; Cohen's <i>d</i> (95% CI)	Mean (SD)	ES; Cohen's <i>d</i> (95% CI)	
Anxiety (BAI)	Pretreatment	17.5 (7.3)		17.5 (9.5)		
	Post-treatment	12.7 (6.8) ^{***}	0.7 (0.1–1.2)	18.7 (10.0)	–0.1 (–0.7 to 0.4)	1.1 (0.5–1.7)
	Six-month follow-up	11.0 (6.1) [*]	1.0 (0.4–1.5)	18.7 (10.1)	–0.1 (–0.7 to 0.4)	1.4 (0.7–2.0)
Depression(BDI-II)	Pretreatment	20.7 (8.6)		20.5 (9.7)		
	Post-treatment	14.8 (7.8) ^{***}	0.7 (0.1–1.3)	19.5 (9.4)	0.1 (–0.4 to 0.6)	0.9 (0.3–1.5)
	Six-month follow-up	13.4 (5.9)	1.0 (0.4–1.6)	19.7 (8.9)	0.1 (–0.5 to 0.6)	0.9 (0.3–1.5)
Health status (SGRQ)	Pretreatment	54.8 (13.1)		59.2 (12.8)		
	Post-treatment	50.9 (11.5)	0.3 (–0.2 to 0.9)	58.6 (13.6)	0 (–0.5 to 0.6)	0.3 (–0.2 to 0.9)
	Six-month follow-up	51.6 (11.3)	0.3 (–0.3 to 0.8)	60.6 (13.2)	–0.1 (–0.7 to 0.4)	0.4 (–0.2 to 0.9)
Sleep efficiency % (actigraphy)	Pretreatment	86.0 (9.5)		89.0 (7.8)		
	Post-treatment	86.4 (7.4)	0 (–0.5 to 0.6)	89.9 (8.2)	0.1 (–0.4 to 0.7)	0.1 (–0.5 to 0.6)
	Six-month follow-up	89.3 (6.7) [*]	0.4 (–0.2 to 1.0)	88.0 (7.2)	–0.1 (–0.7 to 0.4)	0.5 (–0.1 to 1.0)
Sleep quality (PSQI)	Pretreatment	9.8 (4.4)		8.4 (4.2)		
	Post-treatment	9.5 (3.5)	0.1 (–0.5 to 0.6)	9.0 (4.5)	–0.1 (–0.7 to 0.4)	0.3 (–0.3 to 0.8)
	Six-month follow-up	8.8 (3.6)	0.2 (–0.3 to 0.8)	8.6 (3.9)	0 (–0.6 to 0.5)	0.3 (–0.3 to 0.8)

ES, Effect size; SD, standard deviation; BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI-II, Beck Depression Inventory-II; SGRQ, St George's Respiratory Questionnaire; PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index.

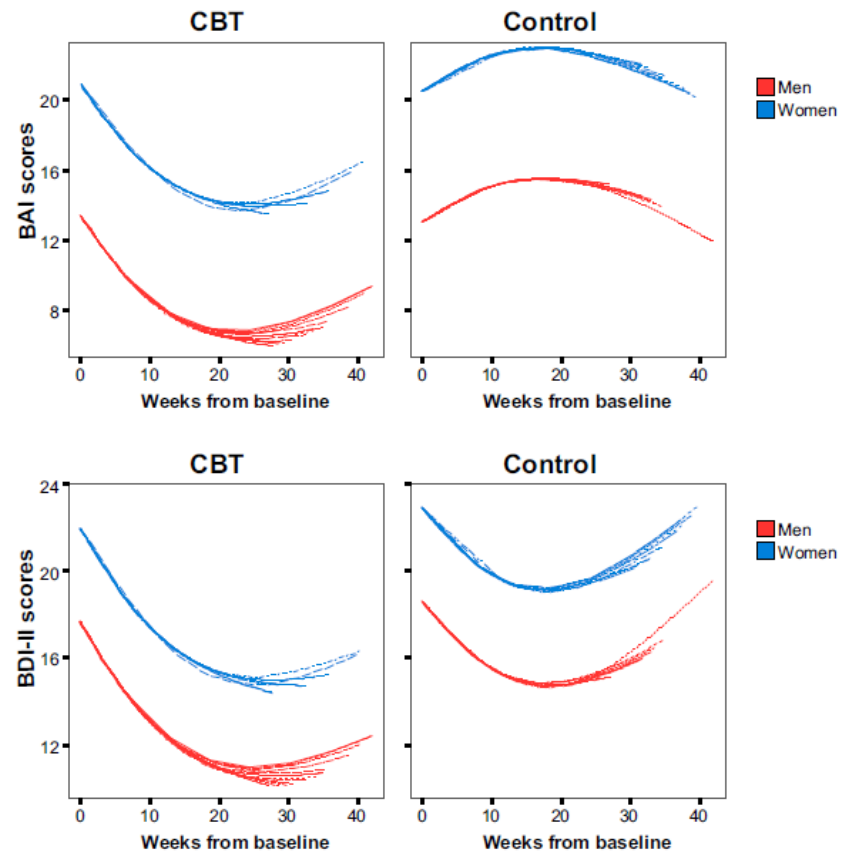
^{*}*P* < 0.05, ^{***}*P* ≤ 0.001; *P* value is based on paired-samples *t* tests to examine time effects within each treatment condition; from pretreatment to post-treatment and post-treatment to 6-month follow-up.

Study 2:

A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD

Hynninen MJ, Bjerke N, Pallesen S, Nordhus IH, Bakke PS. *Respiratory Medicine*, 2010.

- **Kvinner** hadde høyere symptomnivå gjennom hele intervensjonen
- **Yngre pasienter** hadde mer angst og depresjon
- Yngre og eldre pasienter hadde like god respons til behandling
- Yngre pasienter i kontrollgruppen viste mer forverring sammenlignet med eldre pasienter



Tilbakemelding fra deltagere

- Høy grad av tilfredshet med intervensjonen (CSQ)
- Avspenning og aktivitetsplanlegging/eksponering nyttige komponenter
- Gruppe som forum for deling av erfaringer og læring fra hverandre
 - Sosial støtte
 - Praktiske råd
 - Universalitet
 - Viktige tema: sorg, tap, skyldfølelse, aksept, relasjoner til pårørende

Konklusjoner

- Kognitiv atferdsterapeutisk gruppeintervensjon kan redusere angst og depresjon hos kols-pasienter, uavhengig av:
 - Kjønn
 - Alder
 - Sykdommens alvorlighetsgrad
- Kvinner kan ha behov for mer behandling eller lengre oppfølgingstid
- Reduksjon i angst og depresjon fører ikke til bedre helse status (SGRQ) eller til bedre søvn (selvrapport, PSQI)

Søvn og psykisk helse

- 60-70% av kols-pasienter rapporterer dårlig søvn (Klink&Quan, 1987; Nunes et al., 2009)
- Dårlig søvn assosiert med angst og depresjon (Bellia et al., 2003; Hynninen, Pallesen & Nordhus; 2007)
- Persepsjon av dårlig søvn kan også være en konsekvens av tretthet/fatigue på dagtid
 - Angst/depresjon kan påvirke følelse av fatigue/tretthet
 - Sykdommens alvorlighetsgrad?
 - Dårlig søvnkvalitet, nattlige respirasjonsforstyrrelser?

Study 3: Sleep complaints, daytime sleepiness and polysomnographic variables in COPD outpatients

Hynninen MJ, Pallesen S, Hardie JA, Fondenes O, Eagan T, Bjorvatn B, Bakke PS & Nordhus IH

■ N=73



BODE – Index:

- B – Body-mass –index
- O – Obstruction
(spirometry)
- D – Dyspnoea scale
- E – Exercise tolerance

Look at the chart and say the COLOUR not the word

YELLOW BLUE ORANGE
BLACK RED GREEN
PURPLE YELLOW RED
ORANGE GREEN BLACK
BLUE RED PURPLE
GREEN BLUE ORANGE

Left – Right Conflict

Your right brain tries to say the colour but your left brain insists on reading the word.

Study 3: Sleep complaints, daytime sleepiness and polysomnographic variables in COPD outpatients

Hynninen MJ, Pallesen S, Hardie JA, Fondenes O, Eagan T, Bjorvatn B, Bakke PS & Nordhus IH

- Polysomnografiske registreringer viste bedre søvnkvalitet enn selvrapportert data
- Selvrapportert dårlig søvn er assosiert med dyspne, angst, depresjon, smerter og periodiske beinbevegelser
- Selvrapportert dårlig søvn er IKKE assosiert med sykdommens alvorlighetsgrad eller søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser
- Søvnighet på dagtid er assosiert med depresjon og søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser

Implikasjoner

- Kartlegging av psykisk helse, smerter og kols-symptomer hos pasienter som rapporterer insomni/dårlig søvn
- Søvnregistrering/polygrafi undersøkelse når søvnighet på dagtid er hovedproblemet
 - ...depresjon?

Oppsummering – implikasjoner for klinisk praksis

■ Angst og depresjon: identifisering og diagnostikk

- Ulike typer/subgrupper av angst og depresjon?
 - Angst ved dyspne vs generell angst/negativ affekt (Carrieri-Kohlman et al, 2010)
 - Depresjon som en konsekvens av psykologisk stress vs nevropsykologiske effekter av kols (Couillard et al, 2010)
- Relativt høy andel av pasientene har både angst og depresjon – ”blandet” tilstand?
- Kjønnforskjeller i rapportering – men er det forskjeller i lidelsestrykk?
 - Mer rusmisbruk blant menn med kols (Patten & Williams, 2007; Laurin et al, 2007)
- ”Overrapportering” eller høyt nivå av luftveissymptomer og/eller dårlig søvn er en indikasjon for kartlegging av psykisk helse

Oppsummering – implikasjoner for klinisk praksis

■ Behandling

- Behov for en bred tilnærming: psykiske og somatiske symptomer
 - Integrere fokus på psykisk helse i eksisterende behandlingstilbud

- Fokus på psykisk helse i lungerehabilitering
 - Bratås et al, 2010: høy forekomst av angst hos pasienter som velger "inpatient" rehabilitering
 - Alle pasienter kan ha nytte av psykoedukasjon om sammenhengen mellom kols og følelsesmessige reaksjoner
 - Pusteteknikker kan brukes også for avspenning og mestring av angst
 - Trening og aktivisering kan også brukes til å bedre psykisk helse og redusere angstrelatert unngåelse og depressive mønstre

Oppsummering – implikasjoner for klinisk praksis

■ utfordringer

- **Pasienter med kroniske psykiske lidelser, mer alvorlig angst/depresjon**
 - Behov for mer fokuserte tiltak eller individuell behandling – lite tilgjengelig
 - Rutiner for viderehenvisninger?
- **Pasienter med fysiske, psykiske eller praktiske hindringer**
 - Hjelp til problemløsning
 - "Care manager"

Oppsummering – implikasjoner for klinisk praksis

■ Veien videre

- Kognitiv atferdsterapi for mennesker med alvorlig somatisk sykdom
 - I hvilken grad er det nødvendig å tilpasse behandlingen? E.g. angsteksponering, "safety behavior"
- Undersøke effektivitet av selvhjelpsprogram?
- Flere studier av effektiviteten av lungerehabilitering i kombinasjon med kognitiv atferdsterapeutiske tiltak for bedre psykisk helse
- I hvilken grad kan kognitiv atferdsterapi bidra til å redusere innleggelseser, konsultasjoner, eller til å bedre "self-management" av sykdommen?