

Ektefeller til pasienter med hjerteinfarkt

TEKST

Kjersti Arefjord

PUBLISERT 1. mai 2004

Mestring av sykdom er ikke bare et individuelt anliggende, men en prosess som påvirker den psykiske og fysiske helsen til andre medlemmer av familien. Særlig ektefellen vil møte krevende utfordringer. Samtidig som en skal bidra til pasientens fremgang skal en også ivareta egen velferd og selvstendighet. På bakgrunn av en studie over ti år av tilpasning til alvorlig sykdom hos ektefeller (kvinner) til hjerteinfarktpasienter, skal jeg trekke frem noen sentrale funn som belyser ektefellens perspektiv (Arefjord, 2002). Undersøkelsen var et delprosjekt innenfor en større prospektiv studie av rehabilitering av hjerteinfarktpasienter (Mæland & Havik, 1988).

Konsekvenser for ektefellen

Et hjerteinfarkt er prototypen på en akutt og livstruende sykdom som krever øyeblikkelig sykehusinnleggelse og overvåkning. Omstillingen etter et infarkt vedvarer ofte over flere år. Det har vært økende oppmerksomhet på effekten av hjerteinfarkt – følelsesmessig, fysisk og sosialt – for ektefellen. Det er lav forekomst av hjerteinfarkt blant kvinner. Derfor har forskningen i stor grad vært rettet mot ektefeller til mannlige pasienter (McGee, Graham, Newton & Horgan, 1994).

I akuttfasen innebærer hjerteinfarkt en trussel om tap av livsledsager. Dette er en livshendelse som kan endre personens opplevelse av tilværelsen som trygg og forutsigbar (Davis, Wortman, Lehman & Silver, 2000). Det oppstår bekymringer knyttet til overlevelse, fysisk fungering og konsekvenser for yrkesmessig og sosial fungering. I tillegg kommer usikkerheten omkring hva som har forårsaket infarkt og hvordan unngå et nytt anfall.

Erfaringene fra mine intervjuer var at ektefellene hadde et stort behov for i detalj å gjennomgå hendelsene rundt sykdomsdebut og innleggelse. En betydelig del rapporterte om sterk grad av angst og ulike psykosomatiske symptomer. Depresjon var mindre fremtredende. Imidlertid var det blant ektefellene store forskjeller i emosjonelle reaksjoner, noe som bekrefter variasjonen i individuelle reaksjoner både innen og på tvers av ulike livskriser (Wortmann, Sheedy, Gluhoski & Kessler, 1992).

Et viktig spørsmål i vår undersøkelse var om effekten av hjerteinfarkt var begrenset til akutt- og rehabiliteringsfasen. Etter ti år rapporterte en stor del av ektefellene at

infarkt gjennom disse årene hadde hatt negativ innvirkning på egen psykisk helse, pasientens psykiske helse og parets seksualliv. For majoriteten av ektefellene var hjerteinfarkt ikke en avsluttet episode. Både hendelsen og frykten for nytt infarkt er noe som «ligger i bakhodet».

Sykdomsforståelse

All alvorlig sykdom utløser søking etter årsaksforklaringer. På spørsmål om hva ektefellene trodde var årsaken til at deres mann fikk hjerteinfarkt, ble stress knyttet til arbeid og personlige relasjoner hyppig nevnt. Kjente livsstilsfaktorer som røyking, overvekt eller mangel på trening ble i liten grad nevnt. Stress er et flertydig begrep, og som forklaring er det mulig å innlemme sammensatte temaer i forståelsen av sykdomsepisoden (Mullhall, 1996). Ut fra ektefellenes forståelse kunne infarkt sees som en kulminering av et vedvarende mønster av psykologisk belastning som deres menn hadde vært eksponert for i arbeid eller personlige relasjoner. Noe av populariteten til begrepet kan ligge i dets doble natur. Det inneholder både ukontrollerbare ytre elementer og kontrollerbare indre elementer (French, Senior, Weinman & Marteau, 2001). En annen måte å forstå våre funn på, er at for å skape mening i en vanskelig situasjon, utvikler ektefellene en personlig forståelse av årsakene til infarkt. Denne forståelsen kom i tillegg til de mer upersonlige medisinske forklaringene. Det kan forklare at en stor del av ektefellene forklarte infarkt med urealistiske og «magiske» årsaksforhold som nabokrangel, at mannen falt i sjøen flere måneder forut for infarkt, eller Guds vilje. Hva ektefellene forklarte hjerteinfarkt med i akutfasen hadde ingen sammenheng med deres tilpasning ti år etter. Ektefeller med stort innslag av magiske forklaringer var imidlertid mer engstelige etter tre måneder. Det kan tyde på at feilaktige sykdomsforklaringer kan bidra til dårligere tilpasning, i hvert fall på kort sikt.

I den akutte fasen mente mange ektefeller at de kunne gjort mer for å hindre at mannen fikk infarkt. De kunne for eksempel sørget for et sunnere kosthold eller fått mannen tidligere til legeundersøkelse. Å attribuere årsakene til faktorer under ens egen kontroll kan gi en bedre opplevelse av mestring av trusselen om nytt infarkt. Dette fordi opplevd kontroll øker muligheten for å hindre nytt infarkt.

Selvbebreidelse var ikke et sentralt tema blant ektefellene. Det kan tyde på at opplevelsen av å kunne ha gjort mer for å hindre infarkt ikke var basert på selvbebreidelse eller skyld. Imidlertid fant vi at mange både i akutfasen og over tid bebreidet pasienten for ikke å ha gjort mer for å hindre infarkt.

Konsekvenser for samlivet

I et korttidsperspektiv opplevde ektefellene at de var mindre åpne enn før infarkt om egne problemer overfor partner. I samsvar med dette rapporterte ektefellene om økt bruk av mer passive mestringsstrategier som å gi etter, overse problemene eller ikke uttrykke sinne ved konflikt. En forklaring på mindre åpenhet er at mange var redde for at sinne og opphisselse hos pasienten ville føre til et nytt infarkt. Stress var hyppigst

nevnt av ektefellene som forklaring på hjerteinfarkt. Ektefellenes reaksjoner kan sees som en tilpasning til deres sykdomsforståelse, der det å unngå problemer og holde tilbake sterke følelser antas å kunne forebygge nye infarkt.

Psykologens bidrag

Samtaler med ektefellene gjennom intervjuene i undersøkelsen, og samtaler i gruppe og individuell behandling, viser et stort behov for å uttrykke og bearbeide opplevelser knyttet til sykdomsdebut og innleggelse. Det er viktig å legitimere og normalisere følelsemessige reaksjoner som kan komme på ulike tidspunkter, men som er felles for de aller fleste i samme situasjon. For noen er skyldfølelse og selvbebreidelse et vanskelig tema. Ektefellen bør forberedes på mulige konsekvenser for samliv og seksualliv. Samtidig er det viktig å støtte ektefellen i å søke mest mulig informasjon om det en er usikker på. Slik kan en sikre at unødig engstelse eller feiloppfatninger om sykdomsforhold og konsekvenser ikke blir en ytterlig belastning.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 5, 2004, side 357-358

TEKST

Kjersti Arefjord, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

+ Vis referanser

Referanser

Arefjord, K. (2002). After the myocardial infarction - the wives' view. Short- and long-term adjustment in wives of myocardial infarction patients. Doktoravhandling, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.

Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R., & Silver, R. C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497-540.

French, D. P., Senior, V., Weinman, J., & Marteau, T. M. (2001). Causal attributions for heart disease: A systematic review. *Psychology and Health*, 16, 77-98.

Mæland, J. G., & Havik, O. E. (1988). After the myocardial infarction. A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness. Doktor-avhandling, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.

McGee, H. M., Graham, T., Newton, H., & Horgan, J. H. (1994). The involvement of the spouse in cardiac rehabilitation. *The Irish Journal of Psychology*, 15, 203-218.

Mullah, A. (1996). Cultural discourse and the myth of stress in nursing and medicine. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 455-468.

Wortman, C. B., Sheedy, C., Gluhoski, V., & Kessler, R. (1992). Stress, coping, and health: Conceptual issues and directions for future research. I H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping and health* (ss. 227-256). Washington, DC: American Psychological Association.