

Evidens bag behandling af lette hjerneskader

Behandlingsperspektiver set gennem et litteraturstudie.

CARLA CAETANO, PH.D.,
SPECIALIST OG SUPERVISOR I
NEUROPSYKOLOGI (VOKSNE),
FORSKNINGSLEDER, CENTER FOR
HJERNESKADE OG DAVID ESTEVES
(MASTER I PSYKOLOGI, UDVEKSLINGSSTUDENT FRA LISSABONS
UNIVERSITET, PORTUGAL
UNDER LEONARDO DA VINCI
EXCHANGE PROGRAM).

1 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.

Et litteraturstudie med henblik på at kortlægge den aktuelle litteratur vedrørende lette hovedtraumer og mere specifikt Post Commotionelt Syndrom (PCS) er foretaget ved en online databasesøgning i perioden fra 1990 til 2009 (Medline, Psycinfo, Psycbite, The Cochrane Library). Overordnet skal det bemærkes, at den evidensbaserede behandlingsforskning lider under metodologiske mangler, og at der er behov for yderligere forskning inden for effekten af genoptræning.

Definition af Post Commotionelt Syndrom

Et gennemgående kendetegn for meget af litteraturen er, at der ikke benyttes en universelt accepteret definition af diagnosen. PCS defineres således både i ICD-10¹ (WHO, 2007) og i DSM-IV² (APA; 1994, 2000), uden at der anvendes enslydende kriterier. Desuden anbefaler en dansk rapport om PCS en alternativ diagnostisk tilgang (Pinner et al 2002). I litteraturen defineres PCS normalt ved en varighed på mere end tre måneder. McCrea (2008) betragter derimod PCS som en neuropsykologisk forstyrrelse, der i sin oprindelse er biopsykosocial, altså en kombination af de akutte, neurologiske konsekvenser af milde traumatiske hjerneskader og en række forskellige psykosociale faktorer.

Forskningsresultater

Forskningen viser blandede resultater i forhold til sammensatte behandlingsprogrammer. Cicerone (1996) fandt et positivt resultat for kun halvdelen af deltagerne (hvor succeskriteriet var evnen til at vende tilbage til et produktivt funktionsniveau) ved et tværfagligt, helhedsorienteret program. Dette kan delvist forklares med den store variation, der er i forhold til bedring og modtagelighed for behandling efter lette hovedskader.

Når effekten vurderedes af et lignende program ud fra tilbagevenden til samfundet (Goranson, et al. 2003), så det ud til, at tværfaglig rehabilitering fremmer personlig uafhængighed, produktivitet og social integration.

Vedrørende randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) konstaterer Tiersky et al. (2005), at et sam-

mensat program (inklusive psykoterapi og kognitiv træning) resulterede i et lavere angst- og depressionsniveau, og samtidig i bedre præstationer på en delt opmærksomhedsopgave. Ghaffar et al. (2006), sammenlignede standard rehabilitering med et multidisciplinært, individuelt skræddersyet rehabiliteringsprogram og fandt, at de to grupper i studiet ikke afveg fra hinanden. Dog havde personer med psykiatriske vanskeligheder før skaden færre depressive symptomer end kontrolgruppen seks måneder efter interventionen. Elgmark et al., (2007) fandt, at der ikke var forskel på deres sammenligning af standardbehandlingen med en individualiseret målrettet behandling, dog kan pålideligheden af deres resultater kritiseres i forhold til de anvendte behandlingsformer/intensitet.

Forskellige behandlingsformer, der beskrives i relation til forskellige tidspunkter efter skadestidspunktet, kan i princippet inddrages i et tværfagligt/sammensat behandlingsprogram, eller vil muligvis være til gavn som individuel målrettet behandling. I et systematisk review af diverse behandlingsmetoder fandt Comper et al. (2005) kun evidens for behandling, der inkluderer undervisning. I de næste afsnit diskuteres kort de forskellige behandlingsmetoder, der forekommer i litteraturen.

(i) Akut-fasen:

Denne fase er grundigere beskrevet end de senere behandlingsfaser. Behandlingsformerne omfatter typisk observation, evaluering, indlæggelse på hospitalsafsnit, hvile, undervisning, neurokognitiv genoptræning og antidepressiv behandling (McAllister og Arciniegas 2002; Fazio et al, 2007).

(ii) Farmakologisk behandling:

Specifikke symptomer såsom søvnforstyrrelser og depression (Mittenberg & Burton, 1994; Comper et al. 2005) eller PCS hovedpine (Anderson et al, 2006) er de primære fokusområder for behandlingen. Der er dog begrænset evidens for effekten af den farmakologiske behandling (Borg et al, 2004; Comper et al, 2005), og meget tyder på, at bivirkningerne påvirker



Foto: Scan Stock Photo

patienter med lette hovedtraumer i højere grad end andre (McAllister & Arciniegas 2002; Hall et al. 2005).

(iii) Bedømmelse af sværhedsgrad samt undervisning:

Der er relativ enighed om, at indsatsen kan omfatte³: a) oplysning om symptomer og disses sædvanlige forløb; b) beroligelse med at symptomerne er normale og sandsynligvis aftager, c) reduktion af den stress, som forværrer symptomernes sværhedsgrad; d) undervisning i håndtering af resterende følger samt tilvejebringelse af strategier til håndtering af deraf følgende reaktioner; e) fremme af gradvis tilbagevenden til sædvanlige aktiviteter. Forskningsresultaterne, tegner imidlertid et billede af varierende effekt af undervisning (Wade et al, 1997; Wade et al, 1998; Comper et al. 2005; Ponsford 2005). Et relativt stort RCT⁴ af Bell et al. (2008), der vurderede effekten af en telefonisk intervention seks måneder efter skaden med fokus på blandt andet undervisning, viste, at interventionsgruppen havde betydeligt bedre resultater end kontrolgruppen med hensyn til symptomer.

(iv) Psykoterapi:

Denne betragtes som gavnlige. Den tjener mange nyttige formål, herunder at (a) undervise og at udvikle strategier til håndtering af problemer, (b) reducere stressniveauet, (c) øge oplevelsen af selvkontrol, (d) reducere virkningen af selvsuggestion. Psykoterapi bør være en intensiv behandling, når skadesforløbet har været en traumatisk oplevelse. Ponsford (2005) bemærker dog, at der kun findes begrænset empiri, hvad angår effekten på funktionsniveau af enhver form for psykoterapeutisk intervention. Ikke desto mindre er den foretrukne terapiform kognitiv adfærdsterapi (Gualtieri, 1999; Bryant et al. 2003; Wood, 2004; Mateer et al. 2005; Ruff 2005). Sædvanligvis skelnes der i beskrivelsen af psykoterapeutiske interventioner ikke mellem individuel terapi og gruppeterapi. Familierapi betragtes som en nødvendighed for personer med dårligt fungerende familier (Sander et al 2002). Der argumenteres også for nødvendigheden af støttegrupper for familier, da de lider lige så meget af stress som patienterne (Folzer 2001).

(v) Fysioterapi:

Den traditionelle form for PCS-behandling omfatter langvarig hvile. Andre påstår dog, at manglen på aktivitet risikerer at reducere den enkeltes potentiale for at komme sig efter symptomer, og at langvarig hvile kan medføre sekundære symptomer såsom træthed og reaktiv depression (Leddy Kozlowski et al. 2007; Berlin, Kop et al. 2006). Der er fundet en gavnlige effekt af udendørs aktiviteter/oplevelser for denne målgruppe (Lemmon et al, 1996; Comper et al, 2005), men den metodologiske kvalitet af studierne begrænser overførbareheden.

(vi) Alternative terapiformer:

Der kan kun findes minimalt materiale om alternative terapiformer såsom kraniosakralterapi, kiropraktik osv. (Comper, Bisschop et al. 2005). Forskning inden for disse områder bør derfor overvejes.

Anbefalinger

Det kan konkluderes, at forskningen inden for behandling af PCS afslører en betragtelig variation med hensyn til bedring og reaktion på behandlingen. Den afslører derfor sparsom evidens for håndteringen af lette hovedtraumer. De anbefalinger, der gælder, omfatter, at der skal ske en tidlig, individualiseret behandling, der tager udgangspunkt i symptomerne og inkluderer undervisning (Wade et al, 1998; Ponsford et al, 2002; Hall et al. 2005; Elgmark et al, 2007; McCrea, 2008; Comper, 2005) samt forbedret organisering og koordinering for patienter med PCS (Engberg & Teasdale, 2007). ■

Se netudgaven af denne artikel for referencer på: www.vfhj.dk/default.asp?PageID=2147

3 Både hos National Academy of Neuropsychology (NAN), det Internationale Neuropsykologiske selskab (INS) og Verdenssundhedsorganisationens (WHO) Task force for let traumatisk hjerneskade), Cullum and Thompson 1997; Borg, Holm et al. 2004; Landre, Poppe et al. 2006)

4 RCT: Randomized controlled Trial: Studier med kontrolgruppe.