

Geðrænar afleiðingar heilabilunar

Eins og lýst hefur verið í fyrri pistlum er heilabilun ástand þar sem vitræn geta svo sem minni, mál, skipulag og framkvæmd verkefna hefur versnað. Engin áhrifarík meðferð er til í dag og ekki er heldur hægt að beita áhrifaríkum forvörnum þótt vissulega sé hægt að gera margt sem bætir ástandið og seinkar framvindu þess. Öðru máli gegnir um ýmsar geðrænar afleiðingar heilabilunar en við þeim er oft á tíðum til áhrifarík meðferð. Þetta er mjög mikilvægt að hafa í huga því allt að níu af hverjum tíu fá einkenni af þessum toga og þau valda vanlíðan og streitu, bæði hjá einstaklingnum sjálfum og hjá ástvinum. Það eru þessi einkenni sem oftast leiða til innlagnar á sjúkrahús eða flutning á hjúkrunarheimili og vegna þessa alls er mikilvægt að geta brugðist tímanlega við þeim.

Fyrir um 40 árum var farið að greina þetta og flokka og búið var til sérstakt yfirhugtak sem á ensku kallast “Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia” (BPSD).¹⁾ Þetta er vel þekkt yfirhugtak meðal fagfólks en íslensk þýðing; “Atferlistruflanir og geðræn einkenni í heilabilun” er ekki eins mikið notuð. Innan þessa kerfis flokkast einkenni sem sum eru einkum áberandi á fyrri stigum heilabilunar svo sem kvíði, depurð og ranghugmyndir og svo önnur sem meira ber á þegar heilabilun er lengra komin svo sem óróleiki, ráf og ýmiskonar atferli sem getur verið truflandi. Í upphafi voru búin til ýmis mælitæki, einkum spurningarlistar til aðstandenda og starfsfólks, til að meta hver einkennin eru hjá hverjum og einum og hversu alvarleg þau eru. Fá mælitæki urðu til sem beindust að sjúklingunum sjálfum. Lyfjameðferð tók framförum og ný lyf voru þróuð á grundvelli þessarar flokkunar. Undir aldamót fór að bera á öðrum hugmyndum sem snerust um að skilja hvern einstakling og að finna aðferðir (aðrar en lyf) sem gætu dregið úr einkennum.²⁾ Á þeim byggir t.d. hugmyndafræði Eden og Lev og bo sem einkum eru notuð á hjúkrunarheimilum. Það má því tala um mismunandi skóla og báðir hafa mikið til síns máls en einnig sínar takmarkanir.

Það er því ekki allskostar rétt að tala um sjúkdómseinkenni eða geðtruflun því oftast nær er um að ræða eðlileg viðbrögð við aðstæðum sem einstaklingurinn er kominn í vegna heilabilunar. Svo dæmi sé tekið þá fá flestir minnisröskun sem verður oft alvarleg og leiðir til verulegrar truflunar á tímaskyni. Það sem gerðist í

gær blandast inn í minningar frá fjarlægari fortíð. Afleiðingarnar geta verið áhyggjur sem leiða til kvíða, depurðar eða ranghugmynda. Nánasti aðstandandi sem þekkir einstaklinginn vel hefur forsendur til að skilja hvað liggur að baki og getur því brugðist við á þann hátt sem best nær til hans og róar og huggar. Starfsfólk á hjúkrunardeild eða dagþjálfun sem ekki þekkti einstaklinginn áður hefur oft ekki önnur ráð en að gefa lyf. Það hefur því verið lögð áhersla á að starfsfólk viðhafi öruggt viðmót og að notaðar séu aðrar aðferðir en lyf. Ýmsar aðferðir án lyfja geta verið áhrifríkar og um þær verður fjallað í næstu pistlum.

Þetta pistill birtist í upphafi nýs árs. Þetta verður væntanlega viðburðaríkt ár hjá Alzheimer samtökunum og þeim sem að þeim standa því nú fer í hönd mikil uppbygging í nýjum húsakynnum í Hafnarfirði. Ég óska öllum sem að koma og þeim sem sækja munu þjónustu þangað velfarnaðar og er þess fullviss að í hönd fari bjartari tímar hjá öllum sem glíma við heilabilun af hvaða völdum sem er.

1. Nancy Cloak og Yasir Al Khalili. Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. NCBI 2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/>
2. Rosvik J, Brooker D, Mjorud M og Kirkevold O. (2013) What is person-centred care in dementia? Clinical review into practice: the development of the VIPS practice model. Reviews in Clinical Gerontology, 23: 155–163.