

Joanna Białkowska, Bożena Idźkowska

Ocena częstości występowania zespołów depresyjnych u chorych po udarze mózgu hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji

Oddział Rehabilitacji Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie
Ordynator: dr n. med. Joanna Białkowska

Słowa kluczowe: udar mózgu, depresja poudarowa

Key words: cerebral stroke, post-stroke depression

Choroby naczyniowe mózgu stanowią coraz poważniejszy problem zdrowotny zarówno ze względu na ich rozpowszechnienie, jak i na poważne następstwa (wysoka umieralność, ciężkie inwalidztwo, rosnące koszty społeczne). W ciągu roku stwierdza się w Polsce ponad 70 000 nowych przypadków udarów mózgowych [1].

Aktualnie wiadomo, że udar mózgu jest jedną z najczęstszych chorób somatycznych wywołujących depresję. Ocenia się, że zapada na nią ok. 25–60% pacjentów z ostrym udarem mózgu. Można stwierdzić, że depresja obok upośledzenia sprawności ruchowej i zaburzeń poznawczych jest jednym z najczęstszych i najpoważniejszych powikłań występujących u chorych po udarze mózgu. Może istotnie wpływać na rehabilitację chorych, opóźniając ich powrót do zdrowia, upośledzając procesy motywacyjne i napęd psychoruchowy, podstawowe czynniki wpływające na przebieg rehabilitacji i zdrowienia. Pojawia się zarówno po udarze krwotocznym, jak i po udarze niedokrwiennym. Istotą dolegliwości jest uszkodzenie obszarów mózgu odpowiadających za przeżywanie emocji [1, 2, 5].

Początek dolegliwości depresyjnych może mieć miejsce w każdym okresie udaru, a jej rozpowszechnienie w okresie ostrym i przewlekłym udaru jest różne. Pierwsze jej objawy mogą być rozpoznawane już w 7–10 dni po wystąpieniu pierwszych objawów neurologicznych. Częstość występowania depresji po udarze istotnie wzrasta w ciągu pierwszych sześciu miesięcy do około dwóch lat, choć nie wszystkie dane statystyczne jednoznacznie potwierdzają ten pogląd.

Wyróżniamy:

- 1) depresję wczesną, lepiej się leczącą i szybciej ustępującą, która pojawia się w okresie 3–6 miesięcy po udarze;
- 2) depresję późną, występującą po roku, z objawami trudniej ustępującymi i trwającą zazwyczaj dłużej.

Czynnikami ryzyka, zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia depresji poudarowej, są:

- 1) duża rozległość uszkodzenia mózgu;
- 2) lokalizacja udaru w biegunie czołowym mózgu;
- 3) wcześniejsze udary;
- 4) wcześniej występujące zaburzenia depresyjne;
- 5) występowanie depresji w rodzinie pacjenta;
- 6) narażenie na skutki przewlekłego stresu;
- 7) zaawansowany wiek;
- 8) płeć żeńska [1, 2, 7].

Podstawowymi objawami depresji poudarowej w ICD-10 są: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań i zadowolenia, zmniejszona energia lub zmniejszona tolerancja wysiłku. Objawy dodatkowe to: lęk o znacznym nasileniu, poczucie winy i wyrzuty sumienia, spadek zaufania i szacunku do siebie, zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji uwagi, pobudzenie lub zahamowanie ruchowe, myśli i zachowania samobójcze, zaburzenia snu (głównie wczesne budzenie się z zaburzeniem ciągłości snu, a także nadmierna senność w ciągu dnia), spadek lub wzrost łaknienia. Pacjent skarży się też na złe samopoczucie, stałe uczucie zmęczenia, osłabienie uwagi, utratę zainteresowań, apatię, niepokój, pesymizm, brak nadziei na przyszłość, jest niestały emocjonalnie, drażliwy.

U chorych po udarze mózgu może występować labilność emocjonalna i płaczliwość, które niekoniecznie wskazują na zaburzenia depresyjne [1, 4].

Rozpoznanie dużej depresji opiera się na stwierdzeniu co najmniej pięciu z dziewięciu wymienionych objawów, występujących przez okres co najmniej dwóch tygodni. Konieczne jest stwierdzenie objawu 1 i 2. Rozpoznanie małej depresji wymaga stwierdzenia 2–4 wymienionych objawów, muszą one występować co najmniej przez dwa tygodnie [4, 8].

Do objawów psychicznych dołączają się też neurologiczne objawy uszkodzenia mózgu oraz objawy otępienia.

W badaniach nie wykazano różnic dotyczących odsetka depresji u chorych z uszkodzeniami lewostronnymi i prawostronnymi oraz związku między depresją a miejscem i wielkością uszkodzenia [4, 5, 9].

Depresja jest chorobą o wieloczynnikowej etiologii i u każdego pacjenta można odnaleźć zarówno uwarunkowania psychologiczne i społeczne, jak i czysto biologiczne. Zwykle na podatność danej osoby nakładają się niekorzystne czynniki zewnętrzne (traumatyczne wydarzenie, przewlekły stres) [1]. Przypuszcza się także, że czynnikiem łączącym depresję z chorobami somatycznymi może być stres i aktywacja osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej [6].

Podobnie jak w przypadku innych chorób zaburzających w sposób istotny społeczne, zawodowe i rodzinne funkcjonowanie pacjenta oraz w sposób bezpośredni obniżających jego sprawność fizyczną, również w przebiegu poudarowym istotnym elementem rozwoju depresji może być reakcja na utratę ważnych życiowych wartości takich jak: pozycja zawodowa i społeczna, dobra materialne, dotychczasowa pozycja

w rodzinie, a także na bezczynność, samotność w chorobie, izolację spowodowaną brakiem samodzielności, utratę niezależności, trudności z przystosowaniem się do nowej, trudnej sytuacji, upośledzenie funkcji poznawczych. Istotne jest również odczuwanie lęku związanego z realnym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjenta [2].

Narzędzia wykorzystywane w badaniach przesiewowych obejmują zarówno ocenę kliniczną, krótkie wywiady, jak i skale samooceny. Do oceny osób w podeszłym wieku z chorobami somatycznymi stosuje się wiele skal samooceny. Niektóre z nich to skala Depresji Becka, Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GSD), skala HADS. Trafność GSD, skali składającej się z 30 pytań z odpowiedziami typu „tak/nie” oceniano w licznych międzynarodowych badaniach, dotyczących zarówno grup chorych psychicznie, jak i populacji ogólnej. Jej trafność jest szeroko udokumentowana. Skalę wypełnia się szybko i jest ona akceptowana przez chorych [1, 4, 8, 10].

W zależności od nasilenia depresji chorych podzielono na trzy grupy: I grupa 0–10 pkt: brak depresji, II grupa 11–20 pkt: lekka depresja, III grupa >21 pkt: głęboka depresja.

Omówienie

W Oddziale Rehabilitacji ZOZ MSWIA z WMCO w Olsztynie od 1 I 2007 r. do 14 IX 2007 r. objęto obserwacją łącznie 67 chorych: 26 kobiet (38,8%), 42 mężczyzn (61,2%) po udarze mózgu z niedowładem połowicznym prawostronnym i niedowładem połowicznym lewostronnym. Średnia wieku kobiet wynosiła 59,6 lat, mężczyzn 59,7 lat. Prowadziliśmy ocenę chorych za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji i badania psychologicznego.

U dziesięciu pacjentów rozpoznano zespół depresyjny i włączono leczenie farmakologiczne (u sześciu kobiet i u czterech mężczyzn), co stanowiło 15% chorych po udarze mózgu. W procesie rehabilitacji włączenie leczenia przeciwdepresyjnego znacznie przyspieszało poprawę czynnościową i powrót ruchów czynnych.

Ocena jakości życia i stanu funkcjonalnego pacjentów z depresją po udarze była również przedmiotem badań innych autorów. Bez względu na rodzaj stosowanych metod oceny, depresja pojawiająca się po udarze mózgu powodowała opóźnienie powrotu do zdrowia i znamienne pogarszała jakość życia chorego. Wszyscy podkreślali konieczność wczesnego rozpoznania i leczenia depresji, gdyż tylko takie postępowanie może wyraźnie poprawić rokowanie [2, 3, 5, 7].

Wnioski

1. Pacjenci po udarze mózgu wymagają diagnostyki w kierunku zespołów depresyjnych.
2. Wczesne włączenie leczenia przeciwdepresyjnego znacznie przyspiesza proces rehabilitacji chorych.
3. Skale depresji są przydatne w ocenie depresji u chorych po udarach mózgowych.

4. Ocena niektórych chorych, z zespołem otępiennym i afazją, nie jest możliwa za pomocą skal depresji, ze względu na brak współpracy.

Streszczenie

Badanie przedstawia grupę 67 chorych, leczonych w oddziale rehabilitacji, po udarze mózgu. W grupie tej u 15% stwierdzono zespół depresyjny, włączone leczenie farmakologiczne przyspieszyło poprawę stanu czynnościowego chorych.

Summary

Research presents the group of 67 unwell people who were treated in ward of rehabilitation after stroke of brain. Depression was diagnosed in 15% of patients, included pharmacological treatment accelerated their functional state.

PIŚMIENNICTWO: 1. Dudek D., Zięba A., i wsp.: Depresja – wiedzieć aby pomóc. Wyd. Medyczne, Kraków 2002. — 2. Katon C., Livingston G.: Depresja u osób w wieku podeszłym. Via Medica, Gdańsk 2003. — 3. Krychowiak G.: Depresje poudarowe. Post. Psychiatr. Neurol., 1998, 7, supl. 1. — 4. Medycyna po Dyplomie 2005, 14, 5. — 5. Medycyna po Dyplomie 2005, 14, 9. — 6. Parnowski T.: Rozpoznanie i leczenie depresji w wieku podeszłym. Terapia 1997. — 7. Postępy Rehabilitacji 1999, 12, 2. — 8. Preskorn S.H.: Depresja – postępowanie w lecznictwie otwartym. Triangulum M.B.P., Wrocław 2004. — 9. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1999. — 10. Pużyński S. i wsp.: Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.