

Depresja po udarze mózgu

Częstość występowania pojedynczych objawów depresyjnych po udarze mózgu jest niezwykle duża i według niektórych badań sięga nawet 60% pacjentów. Pełne kryteria depresji spełnia średnio około 20% z nich. Depresja poudarowa bardzo często pozostaje nierozpoznana, co może mieć niekorzystny wpływ na rehabilitację pacjenta i tempo oraz stopień jego powrotu do zdrowia.

Depresja poudarowa – charakterystyka

W porównaniu z depresjami pierwotnymi, niezwiązanymi z udarem, depresje poudarowe charakteryzują się częstszym występowaniem apatii, labilności emocjonalnej, zmienności nastroju w ciągu dnia, obecnością nadmiernych reakcji emocjonalnych w postaci: wybuchów gniewu i agresji, lęku, napadów płaczu, odmowy współpracy i myśli rezygnacyjnych. Objawy depresyjne rozwijające się po udarze mózgu, jeśli są nieleczone, mają tendencję do przewlekania się. U 30% pacjentów nie objętych leczeniem objawy depresyjne obecne są po upływie roku od udaru, a u 20–25% utrzymują się jeszcze 2–3 lata. Obecność depresji w okresie poudarowym przyczynia się do pogorszenia jakości życia, utrudnienia rehabilitacji ruchowej pacjentów oraz wiąże się z bardziej nasilonymi zaburzeniami poznawczymi.

Wśród najważniejszych czynników ryzyka depresji poudarowej wymienia się:

- **zaawansowanie zawału mózgu i jego lokalizacja (zwłaszcza lewostronna),**
- **starszy wiek,**
- **płeć żeńską,**
- **wcześniejsze udary,**
- **przebycie depresji w przeszłości,**
- **współwystępowanie choroby niedokrwiennej serca,**
- **poudarowe zaburzenia mowy,**
- **złe warunki psychospołeczne (m.in. samotność, brak oparcia społecznego, gorsze funkcjonowanie przedchorobowe).**

Obecnie uważa się, że każdy przypadek depresji poudarowej wymaga podjęcia jak najszybszego leczenia, a w momencie rozpoznania pierwszych objawów nie należy zwlekać z wdrożeniem leków przeciwdepresyjnych. Jest to ważne zwłaszcza ze względu na to, że omawiany rodzaj depresji (w porównaniu z pacjentami depresyjnymi, którzy nie przeszli udaru mózgu) wiąże się z dużym prawdopodobieństwem opóźnionej reakcji na leczenie. Postępowanie powinno obejmować farmakoterapię połączoną z treningami funkcji poznawczych, psychoedukacją i konsultacją rodzinną, zajęciami rehabilitacyjnymi oraz psychoterapią poznawczo-behawioralną.

Opracował dr hab. n. med. Marcin Siwek, na podstawie: „Zaburzenia psychiczne w neurologii” (Dominika Dudek, Marcin Siwek, Bartosz Grabski; Termedia, Poznań 2009) .

