

APŽVALGINIS STRAIPSNIS

Poinsultinė depresija ir jos įtaka gyvenimo kokybei

Daiva Rastenytė^{1, 2}, Daina Krančiukaitė¹

Kauno medicinos universiteto ¹Kardiologijos institutas, ²Neurologijos klinika

Raktažodžiai: galvos smegenų insultas, poinsultinė depresija, gyvenimo kokybė.

Santrauka. Depresija yra viena dažniausių būklių, pasireiškiančių po insulto. Depresija ne tik dažna galvos smegenų insulto pasekmė, bet insultas yra aiškus depresijos rizikos veiksnys. Poinsultinė depresija gali pasireikšti nepriklausomai nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo, socialinės padėties ar galvos smegenų insulto sunkumo. Depresija gali pasireikšti iš karto po galvos smegenų insulto arba praėjus kelioms savaitėms ar mėnesiams. Dauguma žmonių, persirgę insultu, dėl poinsultinės depresijos reguliariai netiriami, ir tik nedaugeliui ši liga yra diagnozuojama anksti bei veiksmingai gydoma. Poinsultine depresija sergančių pacientų funkcinė būklė yra blogesnė, kognityviniai sutrikimai sunkesni, o mirtingumas didesnis negu persirgusių insultu, bet depresija nesergančių. Poinsultinė depresija taip pat susijusi su blogomis psichologinėmis pasekmėmis ir bloga gyvenimo kokybe. Todėl poinsultinę depresiją būtina kuo anksčiau diagnozuoti ir tinkamai gydyti.

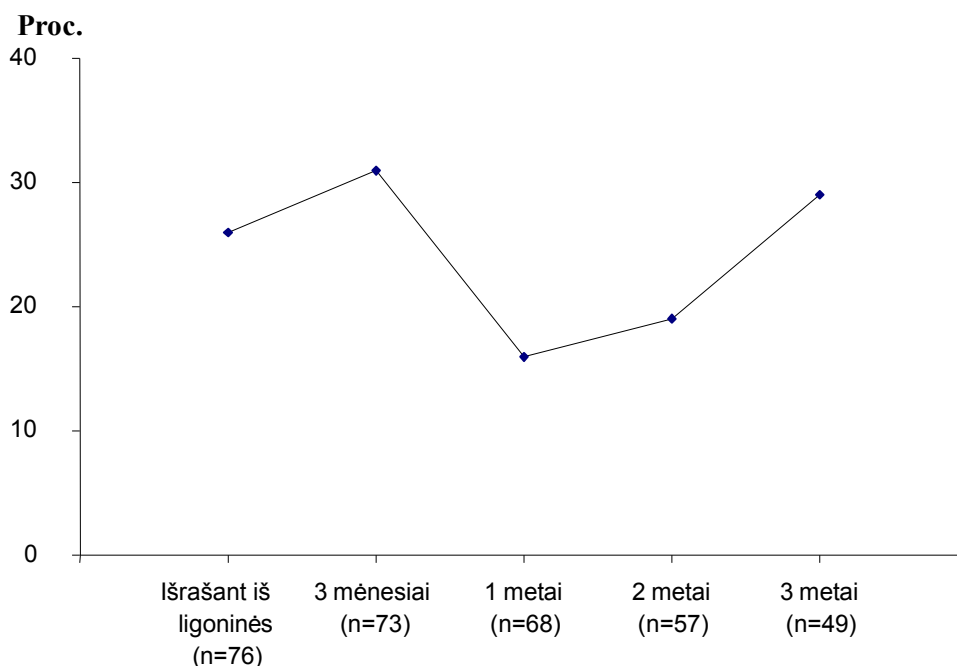
Depresija yra viena dažniausių būklių, pasireiškiančių po insulto. Manoma, kad iki 50 proc. visų persirgusių galvos smegenų insultu asmenų per pirmuosius metus po insulto patiria depresiją.

Bendrieji poinsultinės depresijos aspektai

Jau seniai yra žinoma, kad galvos smegenų insultas (GSI) ir depresija yra susiję. Depresija ne tik dažna GSI pasekmė, bet taip pat ir insultas yra aiškus depresijos rizikos veiksnys (1). Poinsultinė depresija gali pasireikšti nepriklausomai nuo amžiaus, lyties, išsilavinimo, socialinės padėties ar GSI sunkumo. Depresija gali pasireikšti iš karto po GSI arba praėjus kelioms savaitėms ar mėnesiams. Dauguma žmonių, persirgusių GSI, dėl poinsultinės depresijos reguliariai netiriami, ir tik nedaugeliui ši liga anksti diagnozuojama bei veiksmingai gydoma. Paprastai depresija pasireiškia pasibaigus pradiniam sveikimo laikotarpiui, kai GSI patyrę pacientai suvokia, kaip jų ilgalaikis neįgalumas paveiks kasdienį gyvenimą: gali tekti susitaikyti su daugelio vilčių ir ateities planų žlugimu, prisitaikyti prie pakitusio vaidmens šeimoje, galbūt prarasti karjerą (2). Poinsultine depresija sergančių pacientų funkcinė būklė yra blogesnė, kognityviniai sutrikimai sunkesni, o mirtingumas didesnis negu persirgusių insultu, bet depresija nesergančių pacientų (3). Depresija neigiamai veikia ir GSI patyrusių pa-

cientų motyvaciją (2). Būtų logiška tikėtis, kad poinsultinė depresija neigiamai veikia funkcijų atsigavimą, tačiau jos įtaka reabilitacijos rezultatams lieka diskutuotina. Kai kurie autoriai (4) nustatė, kad poinsultinė depresija neigiamai veikia kasdienės veiklos funkcijų atsigavimą, tačiau kiti autoriai tokios sąsajos nepatvirtino (2, 5).

Poinsultinės depresijos paplitimas svyruoja nuo 30 iki 50 proc. (6). R. G. Robinson duomenimis, per pirmuosius tris mėnesius po insulto sunkios depresijos paplitimas siekia 27 proc., lengvos – 20 proc. (6). A. House nustatė, kad 11 proc. pacientų sunki depresija pasireiškė praėjus mėnesiui, 5 proc. – praėjus metams po GSI. Sunkios depresijos paplitimas, praėjus 12–18 mėnesių po GSI, yra dukart didesnis negu bendrojoje populiacijoje (7, 8). M. Åström ir kt. nustatė, kad sunkios poinsultinės depresijos paplitimas buvo 25 proc. Ūminiu laikotarpiu ir maždaug toks pat – po trijų mėnesių (31 proc.). Praėjus 12 mėnesių nuo GSI pradžios, jis sumažėjo iki 16 proc., po dvejų metų buvo 19 proc., o praėjus trejiems metams padidėjo iki 29 proc. (pav.). Po trijų mėnesių nuo GSI svarbiausiu prognozinio poinsultinės depresijos veiksnio tapo ribotas dalyvavimas kasdienėje veikloje. Nuo 12-ojo mėnesio depresija labiausiai sustiprėjo tiems pacientams, kurie turėjo mažai socialinių kontaktų už savo šeimos ribų, o praėjus trejiems metams prie



Pav. Sunkia poinsultine depresija sergančių pacientų skaičius skirtingais stebėjimo laikotarpiais
M. Åström, et al. (1993) (9)

depresijos sustiprėjimo prisidėjo ir smegenų atrofija. Po vienerių metų 60 proc. pacientų, sergančių ankstyvąja poinsultine depresija (0–3 mėn.), pasveiko. Likusiems rizika susirgti lėtine depresija buvo labai didelė (9).

Daugumos pacientų, patyrusių sunkią poinsultinę depresiją, būklė pagerėja praėjus dvejiems metams po GSI, tačiau lengvos depresijos simptomai dažnai išlieka ilgiau. Beveik trečdaliui persirgusių insultu pacientų, kuriems iš karto po insulto nepasireiškė depresijai būdingų požymių, depresija pasireiškia praėjus trimis mėnesiams ar net dvejiems metams nuo GSI (6). Poinsultinė depresija gali pasireikšti vėliau dėl to, kad pacientai pagaliau suvokia, jog jų neįgalumas yra ilgalaikis, arba dėl nuotaiką reguliuojančių neurotransmiterių sistemų funkcinės reorganizacijos (6, 7).

Viename didžiausių pastarųjų metų insulto tyrimų *FinnStroke*, atliktame Suomijoje, buvo analizuojamas depresijos paplitimas tarp GSI persirgusių pacientų ir jų slaugytojų (10). Taip pat siekta nustatyti, koks yra aktyvios ambulatorinės reabilitacijos ir visuomeninės veiklos programų veiksmingumas. Tyrimo duomenimis, regionuose, kur tokios programos buvo aktyviai vykdomos, depresijos atvejų dažnis ir stiprumas tarp pacientų ir jų slaugytojų, praėjus 3 ir 12 mėnesių po GSI, skyrėsi nuo atitinkamų rodiklių tuose regionuose, kur tokios programos nevykdytos (1 lentelė). Po trijų mėnesių depresiją patyrė mažiau aktyviosiose programose dalyvavusių pacientų (41 proc.) palyginti su tokiose programose nedalyvavusiais pa-

cientais (54 proc.). Šis skirtumas išliko ir po 12 mėnesių (atitinkamai – 42 ir 55 proc.), o depresijos sunkumas šiuose regionuose nesiskyrė. Praėjus trimis mėnesiams po GSI, slaugytojų depresijos atvejai buvo vienodai dažni regionuose, kuriuose vykdytos aktyvios programos (42 proc.), ir tuose, kuriuose tokios programos nevykdytos (41 proc.). Po 12 mėnesių rezultatai nepakito (atitinkamai – 39 ir 42 proc.). Palyginus slaugytojus, kurie prižiūri depresija sergančius pacientus, regionuose, kuriuose buvo vykdomos aktyvios programos, su slaugytojais iš regionų, kuriuose tokių programų nebuvo, nustatyta, kad po 12 mėnesių šioje grupėje sunkia depresija sergančių slaugytojų buvo žymiai daugiau. Taigi nustatyta, kad depresija paplitusi ne tik tarp trečdaliai insultu persirgusių pacientų, bet ir tarp juos slaugančių artimųjų (10). T. C. M. Carnwath ir D. A. W. Johnson (11) tyrė insultu persirgusių pacientų sutuoktinių depresijos atvejus praėjus trejiems metams po GSI. Panašiai kaip M. Kotila ir kt. jie nustatė, kad 39 proc. GSI persirgusių pacientų sutuoktinių sirgo depresija palyginti su 12 proc. kitomis ligomis sirgusių pacientų sutuoktinių kontroline grupe. Taip pat nustatyta, kad depresija bėgant laikui stiprėjo. C. S. Anderson ir kt. Australijoje atliktame tyrime (12), kuriame buvo vertinamas emocinių sutrikimų lygis tarp vyriausio amžiaus 84 pacientų, persirgusių insultu, ir vienerius metus su negalia išgyvenusių pacientų slaugytojų, nustatyta, kad pusė slaugytojų turėjo emocinių sutrikimų.

Poinsultinė depresija suvokiama kaip atskiras de-

1 lentelė. Depresijos dažnis ir sunkumas tarp insultu persirgusių pacientų ir jų slaugytojų praėjus 3 ir 12 mėnesių po insulto, regionuose, kuriuose vykdomos aktyvios programos, ir regionuose, kuriuose tokios programos nevykdomos

M. Kotila, et al. (1998) (10)

Depresijos sunkumas (BDI balai)*	Po 3 mėnesių								Po 12 mėnesių							
	pacientai				slaugytojai				pacientai				slaugytojai			
	aktyvioji programa		kontrolinė grupė		aktyvioji programa		kontrolinė grupė		aktyvioji programa		kontrolinė grupė		aktyvioji programa		kontrolinė grupė	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
0–9	106	58,6	64	45,7	73	58,4	41	58,5	107	58,4	57	44,6	70	60,9	40	58,00
10–18	51	28,2	43	30,7	41	32,8	20	28,6	46	25,3	53	41,4	35	30,4	16	23,2
19–29	19	10,5	24	17,2	11	8,8	7	10,0	27	14,7	15	11,7	9	7,8	8	11,6
30–63	5	2,7	9	6,4	0	0	2	2,9	3	1,6	3	2,3	1	0,9	5	7,2
Iš viso	181	100	140	100	125	100	70	100	183	100	128	100	115	100	69	100

* BDI (Beck depresijos indeksas): 0–9 – jokios arba minimali depresija, 10–18 – lengva ir vidutinė depresija, 19–29 – vidutinė ir sunki depresija, 30–63 – sunki depresija.

presijos tipas. Pirmasis poinsultinės depresijos sąvoką pasiūlė R. G. Robinson 1984 metais. Medicinos literatūroje nagrinėjamos dvi poinsultinės depresijos kilmės hipotezės. Pirmoji hipotezė teigia, kad poinsultinės depresijos priežastis yra specifinių galvos smegenų sričių funkcijos išnykimas (13). Antroji teigia, kad poinsultinė depresija yra psichologinė paciento reakcija į ligą ir GSI sukeltą negalią (14). Esama įrodymų, jog abipusiai kaktos, smilkinio skilčių bei uodeguotojo branduolio pažeidimai yra susiję su padidėjusia depresijos rizika (15). Kai kurie autoriai nurodė, kad su poinsultinės depresijos pasireiškimu labiau susiję kairiojo smegenų pusrutulio kaktinės skilties ir uodeguotojo branduolio pažeidimai (6), kiti tyrėjai to nepatvirtino (6, 8, 16). A. House nurodė, kad tyrimų duomenų prieštaravimas ir galbūt per didelis pažeidimų kairiajame smegenų pusrutulyje susiejimas su poinsultine depresija gali atsirasti dėl atrankos kriterijų šališkumo ir modifikuotų bei nepatvirtintų poinsultinės depresijos diagnostikos kriterijų taikymo (7, 16). Antrosios hipotezės šalininkai poinsultinę depresiją sieja su GSI sąlygotu negalios sunkumu. A. Singh ir kt. (14) teigia, kad funkcinės negalios sunkumas yra geriausias poinsultinės depresijos požymis, jis patikimesnis nei neuroanatominio tyrimo schema, pasiūlyta R. G. Robinson (13, 17).

Kai kurie kiti veiksniai taip pat gali didinti poinsultinės depresijos riziką. Nurodoma, kad pacientams, kurie patys arba jų šeimos nariai yra sirgę psichikos ligomis, poinsultinės depresijos rizika yra didesnė, ypač tada, kai GSI įvyksta dešiniajame smegenų pusrutulyje (6, 7).

Asmenybės pokyčiai po insulto

Asmenybės pokyčiai yra vienas dažniausių skundų, kuriuos mini žmonės, slaugantys GSI patyrusius pacientus. Bendra klinikinė asmenybės pokyčių atsiradusių po insulto, problema nesusilaukė jokio dėmesio (18), nors daugelis šios būklės sudėtinių dalių (tokios kaip emocinis sutrikimas, kognityvinis sutrikimas bei elgesio pakitimai, susiję su smegenų pažeidimu) buvo atskirai tyrinėtos (19).

J. Stone ir kt. (20) nustatė didelius asmenybės pokyčius pacientams, persirgusiems GSI: nepasitenkinimas, liūdnumas, nerimas, sumažėjęs kantrumas, nesugebėjimas kontroliuoti įvykių, sumažėjęs energingumas bei pasitikėjimas savimi. Slaugytojai kartais nurodydavo ir teigiamų asmenybės pokyčių, pvz., sumažėjusį agresyvumą arba neracionalumą. Asmenybės pokyčių vertinimas buvo susijęs su interviu metu vertinamomis (ne paties tiriamojo) paciento emocinėmis problemomis. Nustatyta sąsaja tarp slaugytojo emocinių problemų ir didesnių suvokiamų paciento asmenybės pokyčių. Didesni asmenybės pokyčiai taip pat buvo susiję su Nottingham testinės kasdienio gyvenimo veiklos skalės įverčiais, bet ne su Barthel skalės įverčiais, nors abi šios skalės naudojamos neigiamumui vertinti. Kai kurie asmenybės pokyčių aspektai, tokie kaip perdėtas emocingumas bei nesugebėjimas kontroliuoti pykčio (19, 20), yra plačiai tyrinėti. Vis dėlto asmenybės pokyčiai, apibūdinti slaugytojų, yra gerokai platesnė sąvoka. Ji apima emocinį sutrikimą, kognityvinių funkcijų, emocinės išraiškos ir elgesio pokyčius, atsirandančius tiek dėl smegenų pažeidimo, tiek dėl pačių slaugytojų emocinės

įtampas, asmenybės bei gyvenimo sąlygų pasikeitimų (20).

Kognityvinis sutrikimas ir poinsultinė depresija

Kognityvinis sutrikimas yra dažna poinsultinė komplikacija, kurios paplitimas siekia nuo 13,6 iki 35,2 proc. (21–25). Toks sutrikimas gali svyruoti nuo nežymaus atminties sutrikimo (26) ar laikino orientacijos sutrikimo (27) iki negrįžtamosios demencijos (22, 24). Poinsultinio kognityvinio sutrikimo dažnumo duomenys varijuoja atsižvelgiant į tirtą populiaciją, kognityviniam sutrikimui ar demencijai nustatyti taikytus kriterijus, neurofiziologinio testavimo pobūdį, kiek laiko, praėjus nuo GSI, buvo vertinta kognityvinė paciento būklė, ar pacientas sirgo depresija. Depresijos įtaka grįžtamajai demencijai ar pseudodemencijai seniai žinoma (28). Keliais tyrimais nustatyta, kad po sėkmingo poinsultinės depresijos gydymo kognityvinis sutrikimas išnyko, o nuotaika pagerėjo (29, 30). Deja, nedaug žinoma apie ilgalaikį kognityvinių pokyčių progresavimą tarp GSI patyrusių pacientų po pradinio kognityvinių funkcijų normalizavimosi (sėkmingas depresijos gydymas).

Framingham studijos tyrėjai nustatė sąsają tarp kognityvinių funkcijų pablogėjimo po insulto ir insulto kairiajame smegenų pusrutulyje (31). T. K. Tatemi ir kt. (25), ištyrę didelį neuropsichologinių sutrikimų spektrą, neatsižvelgiant į demencijos diagnozę, nustatė kognityvinį sutrikimą 35,2 proc. GSI persirgusių pacientų, taip pat kognityvinių sutrikimų sąsają su sunkiais smegenų žievės sindromais ir insultu kairiųjų priekinių ir užpakalinių smegenų arterijų srityse. R. Schmidt ir kt. nustatė, kad vidutinio sunkumo kognityviniai sutrikimai, sumažėjęs budrumas ūminės GSI stadijos metu, smilkininių smegenų skilčių insultai bei dauginiai insultai sukėlė didelę ilgalaikio psichikos funkcijų sutrikimo riziką (32, 33). Dvejų metų perspektyviojo tyrimo, kuriame dalyvavo 309 pacientų, patyrusių GSI, metu J. E. Downhill ir R. G. Robinson nustatė (34), kad kognityviniai sutrikimai pasireiškė daug dažniau ir sunkesne forma pacientams, sergantiems sunkia depresija ir patyrusiems kairiojo smegenų pusrutulio insultą, palyginus su pacientais, nesergančiais depresija. Ši sąsaja tarp depresijos ir sutrikusios kognityvinės funkcijos stipriausia ūminės stadijos metu, tačiau ji išliko iki vienerių metų. Be to, pacientai, kuriems pasireiškė ir depresija, ir kognityvinių sutrikimų, depresija tęsėsi ilgiau nei sergantiems depresija pacientams, neturintiems kognityvinių sutrikimų. Pacientų, sergančių depresija, kognityvinė būklė pagerėjo nežymiai palyginti su nesergančių šia liga, o tai rodo neigiamą depresijos įtaką kognityvinių funkcijų normalizavimuisi (35). Priešingai nei kiti tyrinė-

tojai, C. S. Kase ir kt. nustatė, kad intelekto susilpnėjimas nepriklauso nuo poinsultinės depresijos (29).

Insultą patyrusių pacientų, kuriems atsirado afazija, poinsultinė depresija

Tyrimais nustatyta, kad komunikaciniai sutrikimai gali turėti didelės įtakos depresijos sunkumui ir užsitiesimui, be to, sunku atlikti afazija sergančių pacientų psichinės sveikatos įvertinimą. M. Herrmann ir kt. padarė išvadą, kad vidutine arba sunkia afazija sergantys pacientai yra svarbi subpopuliacija, tiriant poinsultinę depresiją, kuri neturi būti ignoruojama dėl metodologinių priežasčių (36).

Afazija, depresija ir kognityviniai sutrikimai dažnos GSI pasekmės, tačiau mažai žinoma apie jų tarpusavio sąsają. Afazija sergantys pacientai žymiai blogiau atlieka neverbalinius neuropsichologinius testus palygti su pacientais, patyrusiais dominantinio pusrutulio pažeidimą ir nesergančiais afazija. Trečdaliui išeminių insultą patyrusių pacientų atsiranda komunikacinių sutrikimų, kurie, atrodo, didina depresijos ir neverbalinių kognityvinių sutrikimų riziką. Nors depresijos paplitimas tarp afazija sergančių pacientų ilgainiui sumažėja, tačiau panašu, kad nuo sunkios depresijos kenčiančių pacientų procentas didėja (37).

M. Åström ir kt., atlikę tęstinę poinsultinės depresijos tyrimą, nustatė, kad ūminės stadijos metu afazija buvo svarbus veiksnys, prognozuojantis depresiją. Sąsaja tarp afazijos ir depresijos tęsėsi tris mėnesius, bet ne ilgiau (9). R. G. Robinson ir D. F. Benson tyrimo duomenimis, beveik pusė afazija sergančių hospitalizuotų pacientų sirgo depresija, bet šie duomenys buvo labai selektyvus (38). Žmonėms, persirgusiems GSI, ilgainiui sąsajos tarp afazijos ir depresijos nenustatyta (39). Kai kurie tyrinėtojai (36, 38) nustatė, kad afazijos sunkumas susijęs su poinsultinės depresijos dažnumu ir sunkumu, tačiau kiti tyrėjai tokios sąsajos nenustatė (40).

Kiti klinikiniai ir funkciniai poinsultinės depresijos veiksniai

Kai kurie nukrypimai nuo normos gali būti klasifikuojami kaip poinsultiniai pseudodepresiniai sindromai, pavyzdžiui, poinsultinis nuovargis, kuris pats savaime yra depresijos požymis, jis Diagnostinio ir statistinio psichikos sutrikimų žinyno 4-ajame leidime, labiau žinomame santrumpa DSM-IV, minimas kaip vienas iš kriterijų. Vis dėlto nuovargis gali atsirasti ir be depresijos (41, 42). Nuovargis yra visiems labai gerai žinomas, tačiau jo apibrėžimas ne visada aiškus. Nuovargis gali būti apibrėžiamas kaip grįžtamas gebėjimų sumažėjimas arba išnykimas, susijęs su padidėjusiu psichinės ar fizinės įtampos pojūčiu,

netgi be pastebimų pastangų, taip pat dėl viską užgožiančio išsekimo, sukeliančio nesugebėjimą atlikti netgi kasdienės veiklos, arba sunkumus tokią veiklą atliekant (41, 43).

Žinoma, kad poinsultinė depresija yra susijusi su neurologinių sutrikimų sunkumu ir priklausomumu nuo kasdienės veiklos (9, 10). Taip pat nustatyta sąsaja tarp funkcinio rezultato ir poinsultinės depresijos tiems pacientams, kuriems depresiniai sutrikimai pasireiškė santykinai silpnai (4). M. Åström ir kt. (9) tyrimo duomenimis, priklausomumas nuo kasdienės veiklos nesusijęs su tiesiogine sunkia depresija, tačiau po trijų mėnesių jis tapo svarbus veiksnys, prognozuojantis depresiją. Tyrimai rodo, kad funkcinis sutrikimas ne nulemia depresiją, bet susijęs su ja, o tai sąlygoja sunkesnę ir ilgai trunkantį funkcijų normalizavi-

mąsi (9, 35). P. L. P. Morris ir kt. patvirtino, kad netrukus po GSI pasireiškianti depresija yra susijusi su sunkesniu sveikimu (įvertinus po 14 mėnesių). Depresija turi neigiamos įtakos funkcinės būklės ir kognityvinių funkcijų normalizavimuisi, ji gali mažinti daugelio pacientų fizinį pajėgumą (35).

M. Eriksson ir kt. atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 15 747 GSI patyrusių pacientų (44), nustatyta, kad po trijų stebėjimo mėnesių 1 999 pacientai (12,7 proc.) nurodė, kad jaučia depresiją (12,4 proc. vyrų ir 16,4 proc. moterų). Atlikus vienmatę analizę, nustatyta, kad moteriškoji lytis, pakartotinis GSI ir sutrikusi sąmonė hospitalizacijos momentu buvo susiję su pačių pacientų nurodyta patiriama depresija (2 lentelė). Paciento priklausymas nuo kitų žmonių kasdienėje veikloje, gyvenimas priežiūros instituci-

2 lentelė. Pačių pacientų nurodytos depresijos atvejai

Adaptuota pagal M. Eriksson, et al. (2004) (44)

Požymis	n	Depresija (proc.)
Lytis		
vyrų	7 378	12,4
moterų	6 621	16,4
Amžius (metai)		
≤64	2 640	15,1
65–74	3 598	12,4
75–84	5 578	14,1
≥85	2 183	16,7
Insultas		
pirmas	10 150	13,6
pakartotinis	3 641	16,4
Sąmonės būklė hospitalizacijos metu		
sąmoningas	11 892	13,7
sutrikusi sąmonė	1 981	20,2
Insulto tipas		
išeminis	12 034	14,4
hemoraginis	1 366	13,7
neapibrėžtas	599	13,4
Priežiūra ligoninėje		
taip	10 769	14,5
ne	2 945	13,6
Pirminė kasdienės veiklos funkcija stebėjimo laikotarpiu		
savarankiškas	10 562	10,9
nesavarankiškas	3 348	24,8
Gyvenimas namie stebėjimo laikotarpiu		
taip	11 232	11,8
ne	2 684	24,5
Gyvenimas be artimųjų paramos stebėjimo laikotarpiu (įskaitant gyvenimą namie)		
taip	4 455	13,8
ne	6 758	10,4

jose, praėjus 3 mėnesiams po GSI, gyvenimas namie vienam taip pat buvo susijęs su pačių pacientų nurodyta patiriama depresija. Amžius, insulto tipas, tai, ar pacientas buvo gydytas ligoninėje ūminiu insulto metu neturėjo didelės įtakos depresijai. Reikia pabrėžti, kad depresiją diagnozuoti sudėtinga, jei yra tokių sutrikimų, kaip afazija, anozognozija ir kitų poinsultinių kognityvinių sutrikimų (44).

Nustatyta, kad poinsultinė depresija dažnai pasireiškia jauniems pacientams (45, 46). Tačiau vyresnio amžiaus pacientai gali būti labiau linkę į depresiją dėl funkcinį ir kognityvinių sutrikimų, buvimo gydymo įstaigose, socialinės pagalbos stokos (39). J. P. Neau ir kt. atliko tyrimą, siekdamį įvertinti jaunų žmonių grįžimą į darbą, poinsultinę depresiją ir gyvenimo kokybę persirgus GSI (45). Į tyrimą įtrauktas 71 pacientas 15–45 metų amžiaus, patyręs GSI, pirmą kartą hospitalizuotas ir išrašytas iš ligoninės bent vieneri metai iki tyrimo. Tyrėjai surinko duomenis apie rizikos veiksnius, etiologiją, insulto pažeistą smegenų pusrutulį ir plotą, socialines pacientų charakteristikas (amžius, lytis, profesija, išsimokslinimas, šeimos padėtis), poinsultinius priepuolius, GSI pasikartojimą, kitus kraujotakos sutrikimus ir mirties atvejus. Gyvenimo kokybę įvertinta naudojant ligos poveikio skalę (*Sickness Impact Profile*) (47). Informacija apie tolesnę ligos eigą surinkta iš interviu ir neurologinio tyrimo duomenų. Buvo renkami duomenys apie 65 pacientų tolesnę ligos eigą vidutiniškai po 31,7 mėnesio. Septyniems pacientams (10,8 proc.) pasireiškė poinsultiniai priepuoliai, keturiems pacientams (6,2 proc.) insultas pasikartojė, tačiau nė vienas ligonis nemirė. GSI pasekmės juo persirgusiems pacientams nebuvo sunkios, nes daugiau kaip du trečdaliai (69,8 proc.) pacientų nurodė, kad problemų nepatyrė. 11,1 proc. pacientų nurodė, kad jiems išsivystė vidutinio sunkumo negalia, penktadalis pacientų įvardijo išsivysčiusią sunkią negalią. 46 pacientai (73 proc.) grįžo į darbą praėjus nuo kelių dienų iki 40 mėnesių (vidurkis – 8 mėnesiai) po GSI. Vis dėlto 12 pacientų (26,1 proc.) jų darbe prireikė pakeitimų. Poinsultinė depresija pasireiškė dažnai – 48,3 proc. pacientų. Ji buvo susijusi su insulto lokalizacija, sunkia negalia, blogomis bendromis ligos pasekmėmis ir negalėjimu grįžti į darbą. Maždaug 30 proc. pacientų nuomonė apie jų gyvenimo kokybę buvo neigiama, ypač dėl nuotaikos sutrikimo, judrumo sumažėjimo, socialinės negalios, poilsio ir laisvalaikio pablogėjimo bei lytinio aktyvumo sumažėjimo. Jauniems žmonėms GSI pasekmės paprastai nebūna sunkios. Vis dėlto poinsultinės depresijos rizika yra didelė, ir tik pusė pacientų grįžo į savo ankstesnį darbą. Išliekanti psicho-

loginė ir socialinė negalia, užslopintas lytinis gyvenimas pablogina gyvenimo kokybę (45). M. Sharpe ir kt. mokslininkų tyrimo duomenimis (39), poinsultinė depresija sirgo 18 proc. tirtų pacientų, o depresija buvo susijusi su sutrikusiomis fizinėmis bei kognityvinėmis funkcijomis, vyresniu amžiumi, gyvenimu ne namie, bendravimo stoka, didesniu smegenų pažeidimu. Tyrimo autoriai priėjo išvadą, kad depresijos pasireiškimas ilgą laiką po GSI išgyvenusiems pacientams yra susijęs su daugeliu tokių pačių veiksnių kaip ir depresija, pasireiškianti GSI nepatyrusiems vyresnio amžiaus žmonėms.

Keletu tyrimų nustatyta sąsaja tarp poinsultinės depresijos ir anksčiau pasireiškusių depresijos (4, 48), tačiau šios sąsajos kiti tyrėjai nenustatė (9). S. Paradiso ir R. G. Robinson nustatė (46), kad anksčiau psichikos sutrikimas buvo nustatytas kaip poinsultinės depresijos pasireiškimo moterims rizikos veiksnys. G. Andersen ir kt. tyrė 285 GSI persirgusių pacientų grupę, kurių amžiaus mediana buvo 69 metai (48). Tyrimo tikslas – nustatyti koreliaciją tarp potencialių rizikos veiksnių ir poinsultinės depresijos atvejų skaičiaus per vienerius metus. Su poinsultine depresija reikšmingai koreliavo tokie veiksniai: anksčiau patirtas GSI, anksčiau patirta depresija, moteriškoji lytis, vienatvė ir socialinės problemos prieš patiriant GSI. Be to, su poinsultine depresija koreliavo socialinis neveiklumas, visuomeninės veiklos aktyvumo sumažėjimas, patologinis verksmas bei intelekto sutrikimai, tačiau ne funkcinės pasekmės. Tyrėjai padarė išvadą, kad poinsultinės depresijos priežastis yra sudėtingas asmeninių, socialinių veiksnių iki GSI bei socialinės, emocinės, intelektualinės GSI sukeltos negalios derinys.

Epidemiologiniai duomenys rodo, jog sunkia depresija dažniau serga moterys nei vyrai (49). Tokia pati sąsaja tarp depresijos ir moteriškosios lyties nustatyta GSI persirgusiems pacientams (4, 10, 46, 48). S. Paradiso ir R. G. Robinson (46) analizavo biografinių faktų įtaką poinsultinei depresijai pasireikšti (3 lentelė). Tyrimo duomenimis, sunki poinsultinė depresija moterims diagnozuojama du kartus dažniau nei vyrams. Kadangi moteriškoji lytis buvo susijusi su sunkia, o ne su lengva depresija, lygintos sunkia depresija sergančių ir nesergančių tiriamųjų charakteristikos. Sunkia depresija sergantys tiriamieji buvo jaunesni, jų socialinė bei ekonominė padėtis dažniau buvo bloga, jie dažniau buvo patyrę psichikos sutrikimų. Be to, nustatyta piktnaudžiavimo alkoholiniais gėrimais įtaka. Šiame tyrime analizuoti specifiniai veiksniai, prognozuojantys depresijos simptomų sunkumą. Kaip nepriklausomi kintamieji vartoti amžius, rasė,

3 lentelė. Sunkia depresija sergančių ir nesergančių tiriamųjų charakteristikos

Adaptuota pagal S. Paradiso ir R. G. Robinson (1998) (46)

Duomenys	Sunki depresija		Neserga depresija	
	vyrų	moterų	vyrų	moterų
Skaicius	21	31	149	100
Amžius (metai)	57,1	50,9	59,6	60,9
Išsimokslinimas (metai)	9,35	9,83	9,4	9,5
Rasė (juodaodžiai, proc.)	50	74,2	59,7	76,2
Sociologinė ir ekonominė padėtis (proc.)	80,9	77,4	64,4	59,0
Psichikos sutrikimų atvejai šeimoje (proc.)	5,2	12,9	7,5	11,4
Pacientui anksčiau diagnozuoti psichikos sutrikimai (proc.)	20	25,8	6,2	10,3
Šeimos padėtis (vedę, proc.)	47,6	19,3	51,0	27,0
Alkoholinių gėrimų vartojimas (proc.)	70	53,3	63,2	43,1
Piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais (proc.)	30	10	15,1	4,6

išsimokslinimas, buvę tiriamojo ir jo šeimos narių psichikos sutrikimai, sociologinė ir ekonominė padėtis, šeimos padėtis, alkoholinių gėrimų vartojimas bei piktnaudžiavimas. Sunkesnė moterų depresijos forma buvo susijusi su kairiojo smegenų pusrutulio pažeidimu, ankstesniais psichikos sutrikimais ir kognityviu sutrikimu. O vyrams depresijos rizikos veiksniai buvo kasdienės veikos ir socialinio funkcionalumo sutrikimas (46). Šios išvados gali turėti svarbią reikšmę gydant abiejų lyčių asmenis.

F. Angeleri ir kiti, ištyrę 180 GSI patyrusių pacientų (amžiaus vidurkis – 65,3 metai), pastebėjo, kad visais atvejais esama glaudžios koreliacijos tarp depresijos, visuomeninės veiklos ir artimiesiems sukkelto streso (50). GSI patyrusių pacientų tyrimo rezultatai buvo žymiai blogesni negu kontrolinės grupės. Po persirgto GSI pacientams skirtos apie penkių mėnesių reabilitacijos išryškėjo skirtumai tarp vyrų ir moterų depresijos visuomeninės veiklos atžvilgiu, t. y. moterų duomenys buvo žymiai blogesni. Įvertinus kasdienį gyvenimą, po reabilitacijos reikėjo atgauti vidutiniš-

kai 70 proc. gebėjimų, buvusių iki GSI. Iš viso į darbą grįžo 21 proc. tiriamųjų, bet ne visi į savo ankstesnį darbą. Be to, grįžus į darbą, dažnai reikėjo prisitaikyti prie naujų sąlygų. Iš jaunesnių nei 65 metų tirtų pacientų į darbą grįžo 22 proc. Su pacientu kartu gyvenantys asmenys dažnai nurodydavo padidėjusį GSI patyrusių asmenų dirglumą, egoizmą ir apatiją (50).

Kelių tyrimų duomenimis, nustatyta sąsaja tarp depresijos ir sutrikusio socialinio funkcionalumo (9, 48). Pablogėję insultą patyrusių ir depresija sergančių žmonių socialiniai santykiai gali sukelti tiek depresiją, tiek būti jos pasekmė.

Išvados

Poinsultinę depresiją diagnozuoti ir gydyti svarbu, nes depresija neigiamai veikia funkcijų normalizavimosi procesą. Poinsultinė depresija taip pat susijusi su blogomis psichologinėmis pasekmėmis ir bloga gyvenimo kokybe ilgesniu stebėjimo laikotarpiu. Taigi poinsultinę depresiją būtina kuo anksčiau diagnozuoti ir tinkamai gydyti.

Poststroke depression and its impact on quality of life

Daiva Rastenytė^{1, 2}, Daina Krančiukaitė¹

¹Institute of Cardiology, ²Department of Neurology, Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: stroke; poststroke depression; quality of life.

Summary. Depression is one of the most common problems after stroke. Depression is not only frequently occurring outcome of stroke, but stroke is also a clear risk factor for depression. Depression after stroke can affect anyone regardless of his/her age, sex, background, or the severity of stroke. It can develop immediately after the stroke or weeks or months later. Many people are not routinely assessed for depression after stroke, and only a minority are properly diagnosed and treated. Patients with poststroke depression have lower

functional status, increased cognitive impairment, and higher mortality rates than stroke patients without depression. Poststroke depression is also associated with poor psychosocial outcome and poor quality of life; therefore, there is a strong case for the early diagnosis and treatment of poststroke depression.

Correspondence to D. Krančiukaitė, Institute of Cardiology, Kaunas University of Medicine, Sukilėlių 17, 50161 Kaunas, Lithuania. E-mail: daina.kranciukaite@med.kmu.lt

Literatūra

- Narushima K, Robinson RG. Stroke-related depression. *Curr Atheroscler Rep* 2002;4:296-303.
- Gainotti G, Antonucci G, Marra C, Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:258-61.
- Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Arch Neurol* 1990;47:785-9.
- Herrmann N, Black SE, Lawrence J, Szekely C, Szalai JP. The Sunnybrook Stroke Study. A prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke* 1998;29:618-24.
- Paolucci S, Antonucci G, Pratesi L, Traballese M, Grasso MG, Lubich S. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:985-90.
- Robinson RG, Starkstein SE. Current research in affective disorders following stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1990;2:1-14.
- Harrington C, Salloway S. The diagnosis and treatment of post-stroke depression. *Med Health R I* 1997;80:181-7.
- House A, Dennis M, Warlow C, Hawton K, Molyneux A. Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. *Brain* 1990;113:1113-29.
- Åström M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke* 1993;24:976-82.
- Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke. Results of the Finnstroke study. *Stroke* 1998;29:368-72.
- Carnwath TCM, Johnson DAW. Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. *Br J Med* 1987;294:409-11.
- Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995;26:843-9.
- Shimoda K, Robinson RG. The relationship between post-stroke depression and lesion location in long-term follow-up. *Biol Psychiatry* 1999;45:187-92.
- Singh A, Black SE, Herrmann N, Leibovitch FS, Ebert PL, Lawrence J, et al. Functional and neuroanatomic correlations in poststroke depression: the Sunnybrook Stroke Study. *Stroke* 2000;31:637-44.
- Mayberg HS. Frontal lobe dysfunction in secondary depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994;6:428-42.
- House A. Depression associated with stroke. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1996;8:453-7.
- Chemerinski E, Robinson RG. The neuropsychiatry of stroke. *Psychosomatics* 2000;41:5-14.
- Johnson GA. Research into psychiatric disorder after stroke: the need for further studies. *Aust N Z J Psychiatry* 1991;25:358-70.
- Kim JS, Choi S, Kwon SU, Seo RN. Inability to control anger or aggression after stroke. *Neurology* 2002;58:1106-8.
- Stone J, Townend E, Kwan J, Haga K, Dennis MS, Sharpe M. Personality change after stroke: some preliminary observations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:1708-13.
- Barba R, Martinez-Espinosa S, Rodriguez-Garcia E, Pondal M, Vivancos J, Del Ser T. Poststroke dementia: clinical features and risk factors. *Stroke* 2000;31:1494-501.
- Desmond DW, Moroney JT, Paik MC, Sano M, Mohr JP, Aboumatar S, et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:1124-31.
- Inzitari D, Di Carlo A, Pracucci G, Lamassa M, Vanni P, Romanelli M, et al. Incidence and determinants of poststroke dementia as defined by an informant interview method in a hospital-based stroke registry. *Stroke* 1998;29:2087-93.
- Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Ylikoski R, Hietanen M, Vataja R, Kaste M. Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke* 1998;29:75-81.
- Tatemichi TK, Desmond DW, Stern Y, Paik M, Sano M, Bagiella E. Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:202-7.
- Bowler JV, Hadar U, Wade JP. Cognition in stroke. *Acta Neurol Scand* 1994;90:424-9.
- Desmond DW, Tatemichi TK, Figueroa M, Gropen TI, Stern Y. Disorientation following stroke: frequency, course, and clinical correlates. *J Neurol* 1994;241:585-91.
- Austin MP, Ross M, Murray C, O'Carroll RE, Ebmeier KP, Goodwin GM. Cognitive function in major depression. *J Affect Disord* 1992;25:21-9.
- Kimura M, Robinson RG, Kosier JT. Treatment of cognitive impairment after poststroke depression: a double-blind treatment trial. *Stroke* 2000;31:1482-6.
- Murata Y, Kimura M, Robinson RG. Does cognitive impairment cause post-stroke depression? *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:310-7.
- Kase CS, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Kannel WB, Beiser A, D'Agostino RB. Intellectual decline after stroke: the Framingham Study. *Stroke* 1998;29:805-12.
- Schmidt R, Mechtler L, Kinkel PR, Fazekas F, Kinkel WR, Freidl W. Cognitive impairment after acute supratentorial stroke: a 6-month follow-up clinical and computed tomographic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:11-5.
- Narushima K, Chan KL, Kosier JT, Robinson RG. Does cognitive recovery after treatment of poststroke depression last? A 2-year follow-up of cognitive function associated with poststroke depression. *Am J Psychiatry* 2003;160:1157-62.
- Downhill JEJ, Robinson RG. Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:425-31.
- Morris PLP, Raphael B, Robinson RG. Clinical depression

- is associated with impaired recovery from stroke. *Med J Aust* 1992;157:239-42.
36. Herrmann M, Bartels C, Wallesch CW. Depression in acute and chronic aphasia: symptoms, pathoanatomical-clinical correlations and functional implications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;56:672-8.
 37. Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Maatta R, Mononen H, Brusin E, et al. Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2000;10:455-61.
 38. Robinson RG, Benson DF. Depression in aphasic patients: frequency, severity, and clinical-pathological correlates. *Brain Lang* 1981;14:282-91.
 39. Sharpe M, Hawton K, Seagroatt V, Bamford J, House A, Molyneux A, et al. Depressive disorders in long-term survivors of stroke. Associations with demographic and social factors, functional status, and brain lesion volume. *Br J Psychiatry* 1994;164:380-6.
 40. Starkstein SE, Robinson RG. Aphasia and depression. *Aphasiology* 1988;2:1-20.
 41. Bogousslavsky J. Emotions, mood, and behavior after stroke. *Stroke* 2003;34:1046-50.
 42. Van der Werf SP, Jongen PJ, Lycklama a Nijeholt GJ, Barkhof F, Hommes OR, Bleijenberg G. Fatigue in multiple sclerosis: interrelations between fatigue complaints, cerebral MRI abnormalities and neurological disability. *J Neurol Sci* 1998;160:64-170.
 43. Staub F, Bogousslavsky J. Fatigue after stroke: a major but neglected issue. *Cerebrovasc Dis* 2001;12:75-81.
 44. Eriksson M, Asplund K, Glader E-L, Norrving B, Stegmayr B, Terent A, et al. Self-reported depression and use of antidepressants after stroke: a national survey. *Stroke* 2004;35:936-941.
 45. Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A, et al. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis* 1998;8:296-302.
 46. Paradiso S, Robinson RG. Gender differences in poststroke depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:41-7.
 47. Krančiukaitė D, Rastenytė D. Measurement of quality of life in stroke patients. *Medicina (Kaunas)* 2006;42:709-16.
 48. Andersen G, Vastergaard K, Ingemann-Nielsen M, Lauritzen L. Risk factors for post-stroke depression. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:193-8.
 49. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995;269:799-801.
 50. Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nolfi S. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke* 1993;24:1478-83.

Straipsnis gautas 2006 11 14, priimtas 2007 01 10

Received 14 November 2006, accepted 10 January 2007