

tej hipotezy. Ryzyko wystąpienia depresji wzrasta proporcjonalnie do rozmiaru ogniska udarowego, nasilenia rozlanej atrofii mózgu, obecności niemych ognisk udarowych oraz zmian w istocie białej. Badania miejscowego przepływu mózgowego krwi przy zastosowaniu tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu (SPECT), przeprowadzone przez Wichowicza i wsp. z Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicznych Katedry Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku, wykazały częstsze występowanie depresji u chorych z udarem zlokalizowanym podkorowo oraz u tych badanych, u których stwierdzono asymetrię przepływu ze zmniejszonym przepływem w lewej półkuli.

Autorzy innych koncepcji uważają, że przyczyną depresji u chorych po przebytych udarze są psychologiczno-społeczne skutki udaru, do których zalicza się między innymi: niesprawność, utratę pozycji zawodowej i izolację społeczną. Wystąpienie depresji jest uzależnione od indywidualnych cech chorego, między innymi od sposobów radzenia sobie z chorobą. Czynnikiem ryzyka depresji po udarze jest także występowanie epizodów depresji przed udarem, jednak w tym przypadku pojawia się wątpliwość, czy stan taki można klasyfikować jako zaburzenie na podłożu organicznym.

Obraz kliniczny depresji po udarze jest podobny do depresji typu endogennego, częściej jednak obserwuje się deficyty w zakresie procesów poznawczych. U niektórych chorych jest on zbliżony do dystymii.

Depresja może rozpocząć się bezpośrednio po udarze lub po kilku tygodniach, a nawet miesiącach od jego wystąpienia. Przebieg depresji po udarze jest najczęściej wielomiesięczny, a czasami wieloletni. Trudności diagnostyczne mogą być spowodowane występowaniem afazji, która utrudnia dokładny opis subiektywnych odczuć chorego. Również poudarowe zaburzenia neuropsychologiczne mogą utrudniać rozpoznanie depresji po udarze. U chorych po udarze mózgu często występują takie choroby, jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca czy niewydolność krążenia. Niektóre objawy tych schorzeń (zmęczenie, zaburzenia snu i uwagi) pokrywają się z symptomatyką depresji. Jeżeli w procesie diagnostycznym te i inne objawy zostaną przypisane współwystępującym chorobom somatycznym, to efektem mo-

że być nierozpoznanie depresji. Natomiast gdy w ocenie nasilenia depresji po udarze stosowana jest skala depresji Hamiltona, to włączenie objawów choroby somatycznej do ogólnego wyniku skutkować może nieuzasadnionym stwierdzeniem depresji.

Obecnie lekami z wyboru w leczeniu depresji po udarze mózgu są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny. Skuteczność fluoksetyny, citalopramu i sertraliny potwierdzono w kilku badaniach klinicznych. Niedawno opublikowano doniesienia wskazujące na przydatność wenlafaksyny w leczeniu depresji po udarze. Metaanalizy przeprowadzonych dotychczas badań potwierdzają korzystny wpływ terapeutyczny leków przeciwdepresyjnych, wskazując przy tym, że u znacznej części chorych uzyskanie remisji objawów nie jest możliwe. Stosowanie w tej grupie chorych leków trójpierścieniowych wymaga ostrożności ze względu na możliwość wystąpienia działań niepożądanych.

Złożona patogeneza depresji po udarze mózgu wiąże się z koniecznością opracowania interdyscyplinarnego programu postępowania, który poza farmakoterapią obejmować powinien także psychoterapię, rehabilitację zaburzeń mowy oraz deficytów ruchowych, a także psychoedukację chorych i ich rodzin.

4.2. MANIA

Stany maniakalne u chorych po udarze mózgu występują znacznie rzadziej niż depresja. Najczęściej zespoły maniakalne obserwuje się w przypadku lokalizacji ogniska udarowego w prawej półkuli, a szczególnie w częściach korowych układu limbicznego, jądrze ogoniastym i wzgórzu. Poza lokalizacją udaru do czynników ryzyka wystąpienia stanu maniakalnego zalicza się obecność podkorowych zmian zanikowych mózgu.

4.3. ZABURZENIA LĘKOWE

Zaburzenia lękowe, najczęściej o obrazie zaburzeń lękowych uogólnionych, stanowią częste powikłanie udaru mózgu zarówno w ostrym, jak i w późniejszym okresie choroby. Ocenia się, że 20–25% chorych po przebytych udarze wykazuje zaburzenia lękowe, z czego u połowy współwystępuje tak-