

Hubert M. Wichowicz^{1,2}, Lidia Puchalska³, Anna Rybak-Korneluk², Martyna Puchalska²

Miejsce psychoterapii w prewencji i leczeniu depresji poudarowej

The role of psychotherapy in the prevention and treatment of post-stroke depression

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Pomorska w Słupsku, Słupsk, Polska. Kierownik: dr hab. n. med. Przemysław Kowiański

² Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska. Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Wiesław Cudaba

³ Poradnia Zdrowia Psychicznego w Żukowie, Żuków, Polska. Kierownik Poradni: lek. med. Małgorzata Komorowska

Adres do korespondencji: Dr hab. n. med. Hubert M. Wichowicz, Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, tel.: +48 58 349 26 50, e-mail: hwich@gumed.edu.pl

Streszczenie

Depresja poudarowa jest najczęstszym psychiatrycznym powikłaniem udaru. Jej wystąpienie koreluje z opóźnieniem procesu rehabilitacji, głębszym upośledzeniem procesów poznawczych czy pogorszeniem jakości życia chorych. Większość artykułów dotyczących prewencji i leczenia depresji poudarowej koncentruje się na środkach farmakologicznych. Psychoterapia pozostaje zaś w tle, chociaż jako forma wskazana dla osób z lekkimi i umiarkowanymi postaciami depresji wydaje się odpowiednia dla chorych po udarze, u których dominują takie właśnie postaci. Jakkolwiek u znacznego odsetka pacjentów psychoterapia jest trudna do przeprowadzenia ze względu na ciężki stan neurologiczny i zaburzenia wyższych funkcji poznawczych, afazję czy otępienie, wiele udarów mózgu ma lżejszy przebieg i potencjalnie kwalifikuje się do tej formy zapobiegania albo terapii depresji. W świetle medycyny opartej na dowodach psychoterapia wykazuje u chorych po udarze wpływ prewencyjny. Wpływ leczniczy nie został udowodniony, jednak różnorodność stosowanych podejść, czyniących każde doniesienie nieporównywalnym z innymi, nakazuje ostrożność we wnioskowaniu. W artykule zaprezentowano wybrane prace i proponowane formy terapii. Ich przegląd sugeruje, że w odniesieniu do osób po udarze lepsze będzie zastosowanie prostszych form psychoterapii, które najbliższe są psychoedukacji czy nawet grupom wsparcia oraz koncentrują się na codziennych problemach. Nie ma i prawdopodobnie długo nie będzie jasnych wskazówek co do tego, jaka metoda jest najbardziej wskazana. Mimo to – jeśli uwzględnić liczebność populacji pacjentów po udarze, brak możliwości zastosowania farmakoterapii w niektórych przypadkach i etyczne wątpliwości związane z profilaktycznym podawaniem leków psychotropowych – psychoterapia poszerza repertuar środków potencjalnie użytecznych w prewencji i leczeniu depresji.

Słowa kluczowe: udar, depresja, psychoterapia

Abstract

Depression is the most common psychiatric complication of stroke. Its occurrence correlates i.a. with delayed rehabilitation process, more severe cognitive disabilities and deterioration of patients' quality of life. The majority of articles on the prevention or management of depression after stroke focus on pharmacological treatment, overlooking psychotherapy. As a modality of treatment indicated for patients with mild to moderate depression, psychotherapy seems to be a good proposition for stroke survivors, because of the predominant prevalence of these forms of depression in this population. Even though psychotherapy may be difficult if not impossible to perform in a significant percentage of patients, e.g. those with a severe neurological status, or impairment of higher cognitive functions (aphasia, dementia), there are many stroke patients with a milder course of the disease, potentially eligible for this form of prevention or treatment of depression. In the light of evidence-based medicine, psychotherapy has been shown to have only a preventive, not therapeutic effect in stroke patients. However, the variety of the approaches used often renders reports impossible to compare with each other, hence conclusions should be made with great caution. The paper reviews selected studies and suggested forms of therapy. According to the results of the studies, simpler forms of psychotherapy, closest to psychoeducation or even support groups and focusing on the patient's everyday problems, appear more suited to the needs of stroke individuals. For the time being, and probably for a long time to come, it remains unclear which of the methods is the most appropriate. Considering the size of the stroke population, however, and the potential lack of adequate pharmacotherapy as well as the ethical doubts surrounding the prophylactic administration of psychotropic drugs, psychotherapy seems to be associated with a useful potential for the prevention and treatment of post-stroke depression.

Keywords: stroke, depression, psychotherapy

WSTĘP

Udary mózgu to nie tylko przyczyna około 10% zgonów (trzecia po chorobach serca i nowotworach), lecz także najważniejsza przyczyna inwalidztwa (Sacco, 2004). Szacuje się, że w skali światowej stanowią powód niemal połowy wszystkich hospitalizacji ze wskazań neurologicznych (Robinson, 2003). Zapadalność na udary mózgu w Polsce mieści się w granicach wartości średnich dla krajów europejskich i wynosi 170/100 tys. (Członkowska, 1996). To przede wszystkim choroba ludzi w podeszłym wieku, jednak u 1/4 pacjentów występuje przed 65. rokiem życia (Krychowiak, 1998).

Najczęstszym psychiatrycznym powikłaniem udaru jest depresja poudarowa (DPU), dotycząca około 1/3 chorych (Hackett *et al.*, 2005). Jej wystąpienie koreluje dodatnio z mniej skutecznym leczeniem poudarowych objawów neurologicznych, głębszym upośledzeniem procesów poznawczych, spadkiem codziennej aktywności oraz pogorszeniem jakości życia pacjentów. Skutkiem depresji jest opóźnienie procesu rehabilitacji, wynikające ze spadku motywacji i obniżenia napędu psychoruchowego. Późna śmiertelność poudarowa w grupie chorych z DPU jest 3–4-krotnie większa niż w grupie chorych bez zaburzeń nastroju (Morris *et al.*, 1993).

Rozpoznanie DPU sprawia klinicystom wiele trudności, co wynika z przynajmniej czterech przyczyn. Po pierwsze u osób w starszym wieku, stanowiących gros ludzi z udarem, występuje nietypowy obraz depresji. Zwykle dominują skargi somatyczne, spowolnienie, zmęczenie, anhedonia i apatia, a poczucie obniżonego nastroju bywa niewielkie (Dobrzyńska *et al.*, 2007). Po drugie, jak wskazują Pękała i Sobów (2012), istnieją duże różnice w sposobach diagnozowania (systemy klasyfikacyjne, skale kliniczne, kwestionariusze samoopisowe), co ma wpływ na znaczne rozbieżności w ocenach rozpowszechnienia DPU. Po trzecie większość objawów depresyjnych może być maskowana przez bezpośrednie objawowe konsekwencje udaru: dolegliwości somatyczne, zaburzenia psychoruchowe, zaburzenia łaknienia i snu, dysfagję, afazję, zaburzenia prozodii i anozognozję. Po czwarte, jak zauważają Rackley i Bostwick (2012), niełatwo określić, do którego momentu cierpienie psychiczne jest normalną reakcją na chorobę somatyczną czy formą zaburzeń adaptacyjnych, a kiedy przestaje nią być. DPU można z jednej strony porównać do żałoby po utracie ważnego obiektu (zdrowia) (Scheidt i Schwind, 1992), z drugiej strony ma ona uwarunkowania biologiczne (Whyte i Mulsant, 2002; Wichowicz, 2008).

Powyższe czynniki prowadzą do polimorfizmu obrazu klinicznego, czego konsekwencją jest nierzadko brak diagnozy depresji. Znaczny odsetek pacjentów nie otrzymuje więc adekwatnego leczenia. Odrębne zagadnienie stanowi potencjalna prewencja DPU po incydentach mózgowych.

Większość artykułów dotyczących prewencji i terapii koncentruje się na środkach farmakologicznych, psychoterapia zaś pozostaje w tle. A przecież truizmem jest stwierdzenie,

iż w depresji u osób bez uszkodzeń mózgu stanowi ona formę oddziaływania o udowodnionej skuteczności. Jest to wiedza nie tylko podręcznikowa, lecz także popierana ciągle ukazującymi się doniesieniami. Cuijpers i wsp. wykazują to zarówno w przypadku monoterapii (2013), jak i metody wspomagającej farmakoterapię (2014). Jednak nie u wszystkich chorych można zastosować psychoterapię. W depresji skuteczna jest ona przede wszystkim w epizodach lekkich i umiarkowanych, a do warunków jej przeprowadzenia należy zachowana sprawność intelektualna (Gloaguen *et al.*, 1998).

W tym kontekście pacjenci po udarze mózgu tworzą specyficzną populację. Z jednej strony są osobami predestynowanymi do psychoterapii: odsetek DPU jest znaczny, lecz jej nasilenie – zazwyczaj niewielkie (Hackett *et al.*, 2005). Wszystkie analizy czynników wpływających na wystąpienie DPU podkreślają zapobiegawczą rolę wsparcia społecznego (Ayerbe *et al.*, 2013; Hackett i Anderson, 2005; Robinson i Spalletta, 2010), a psychoterapia z pewnością jest jego formą. Z drugiej strony przeprowadzenie terapii uniemożliwiają u znacznego odsetka pacjentów ciężki stan somatyczny lub/i objawy neurologiczne zaburzające wyższe funkcje poznawcze (afazja, otępienie). Jednak wiele udarów mózgu to schorzenia o lżejszym przebiegu, które potencjalnie kwalifikują się do omawianej formy prewencji czy terapii depresji. Nawet przy założeniu, że do psychoterapii kwalifikuje się kilka lub kilkanaście procent chorych po udarze, duże rozpowszechnienie schorzenia (warto przypomnieć: 170/100 tys. ludzi w Polsce) sprawia, że skorzystać z tej formy zapobiegania albo leczenia nadal może wiele osób.

AKTUALNY STAN WIEDZY

Do tej pory ukazało się relatywnie niewiele prac badających skuteczność psychoterapii u pacjentów z DPU. Hackett i wsp. (2008a, 2008b) w dwóch przeglądach i metaanalizach Cochrane porównywali wpływ różnych form psychoterapii i terapii farmakologicznych na stan chorych po udarze. W każdym przypadku liczba prac dotyczących psychoterapii wynosiła 4 (!). W pracy badającej wpływ prewencyjny zestawiono je z 10 pracami badającymi skuteczność farmakoterapii, a w pracy badającej skuteczność leczenia – z 13. Analizy autorów wykazały:

- skuteczność oddziaływań farmakologicznych bez istotnego wpływu badanych form psychoterapii **na nasilenie** DPU; podkreślono jednak obecność działań ubocznych farmakoterapii (psychoterapia/farmakoterapia $N = 445/1210$);
- niewielki **prewencyjny** wpływ psychoterapii na wystąpienie DPU, nieskuteczność farmakoterapii w zapobieganiu depresji (analogicznie $N = 902/613$).

Pomimo upływu 9 lat są to wciąż najświeższe pełne analizy. Dopiero w 2017 roku American Stroke Association nieco je rozszerzyło. Opracowano wytyczne dotyczące zapobiegania DPU i postępowania terapeutycznego – odwołano się do obu powyższych metaanaliz oraz uwzględniono nowsze

doniesienia, nie zmieniając zasadniczych wniosków. W ciągu ostatnich 9 lat liczba prac na temat psychoterapii osób z DPU zwiększyła się o 4 (330 uczestników), a na temat psychoterapii w prewencji DPU – o 1 (176 uczestników) (Towfighi *et al.*, 2017). Nadal jednak materiał kliniczny dotyczący skuteczności psychoterapii w depresji poudarowej jest niewielki: w przypadku leczenia – mniej niż 800 osób, a w przypadku prewencji – mniej niż 1100. Głównym problemem jest wszakże nie liczebność badanych grup, ale różnorodność zastosowanych podejść, czyniących każde doniesienie jednostkowym i nieporównywalnym z innymi.

WYBRANE DONIESIENIA Z OSTATNICH LAT

Spróbujmy nieco bliżej przyjrzeć się wybranym pracom – zwłaszcza nowszym – związanym z zagadnieniem „psychoterapia a DPU”.

Watkins i wsp. (2007, 2011) ($N = 411$) wykorzystali dialog motywujący (*early motivational interviewing*): 30–60-minutowe sesje raz w tygodniu, maksymalnie 4, we wczesnym etapie po udarze, prowadzone przez pracownika szpitala po 4-dniowym treningu. W grupie objętej terapią zaobserwowano poprawę nastroju w 3. i 12. miesiącu po udarze i niższą śmiertelność 12 miesięcy po udarze.

Finkenzeller i wsp. (2009) ($N = 74$ z DPU spośród 485 z udarem) porównali skuteczność sertraliny, interpersonalnej psychoterapii depresji (2 razy w tygodniu, sesje grupowe, 4–8 tygodni) oraz metody łączonej w leczeniu DPU. Nie zaobserwowali istotnych różnic międzygrupowych w poziomie nastroju ani w wynikach rehabilitacji, łączenie metod nie przynosiło efektu addytywnego. Ze względu na niską liczebność próby wyniki należy interpretować ostrożnie.

Lincoln i Flannaghan (2003) porównywali terapię behawioralno-poznawczą ($N = 39$, 10 sesji), *attention placebo* (nieterapeutyczne godzinne spotkania wpływające na rozmowach o codziennych sprawach i fizycznych skutkach udaru, $N = 43$) oraz standardową opiekę szpitalną bez dodatkowych oddziaływań ($N = 41$) w leczeniu DPU. Autorzy stwierdzili brak istotnych różnic w nastroju pacjentów, ich codziennym funkcjonowaniu i poczuciu satysfakcji z leczenia. Badanie było jednak obciążone pewnymi błędami metodologicznymi (42 pacjentów miało DPU i otrzymywało leczenie farmakologiczne, brak dokładnych danych). Alexopoulos i wsp. (2012) w swoim badaniu wstępnym zaproponowali *ecosystem focused therapy* (EFT) jako metodę terapii DPU. Jest to 12-tygodniowa terapia, obejmująca również członków rodziny, poza pierwszą sesją prowadzoną w domu pacjenta. Wytyczne metody zalecają rozwiązywanie problemów poprzez koncentrowanie się na zagadnieniach ważnych dla pacjenta i na jego codziennych czynnościach. Wstępne wyniki (12 uczestników i 12 osób w grupie kontrolnej, która uczestniczyła jedynie w rozmowach na temat udaru i depresji oraz otrzymała drukowane materiały) okazały się obiecujące: w grupie badanej remisja wystąpiła u 2/3 osób, w kontrolnej – u 1/6. Choć minęło już 5 lat, brak nowszych doniesień dotyczących EFT.

Kolejne dwa badania dotyczą grupy określającej siebie jako LWWS (*living well with stroke*). W tym przypadku zastosowano *psychosocial-behavioural intervention* – przeszkolona pielęgniarka, wzorując się na wcześniej wdrożonym programie skierowanym do osób z chorobą Alzheimera (Seattle Protocols), przeprowadzała w warunkach domowych w czasie 8 tygodni 9 sesji. Były to spotkania indywidualne (rodzina i opiekunowie mogli się przyłączyć). Prowadząca terapię, używając języka adekwatnego do poziomu funkcjonowania po udarze, uczyła uczestników postrzegać symptomy depresyjne jako zachowania poddające się obserwacji i zmianie. Celami leczenia były zwiększenie aktywności społecznej i fizycznej oraz poprawa nastroju. Co istotne, chorzy zażywali leki przeciwdepresyjne. Otrzymywały je również osoby z grupy kontrolnej, które ponadto uzyskały jedynie informacje rutynowo przekazywane pacjentom po udarze. Z ponad 1000 osób wyselekcjonowano 48 badanych i 53 członków grupy kontrolnej. Obie grupy to pacjenci z epizodem depresji, którzy w badaniu przesiewowym uzyskali 11 punktów w Geriatrycznej Skali Depresji, a następnie zostali zdiagnozowani za pomocą skali Hamiltona (>10 pkt). W 9. tygodniu leczenia poprawę (wynik w skali Hamiltona <9 pkt) obserwowano u 47% chorych (grupa kontrolna – 19%), po roku – u 48% (grupa kontrolna – 27%) (Mitchell *et al.*, 2009).

Kolejne badanie dotyczące grupy LWWS ($N = 100$) (Kirkness *et al.*, 2015) nawiązuje do jednej z wcześniejszych prac (Williams *et al.*, 2007). Williams i wsp. zastosowali u 188 chorych procedurę nazwaną Activate-Initiate-Monitor. Pierwszy jej etap uwzględniał bezpośredni kontakt terapeuty (pielęgniarki) z pacjentem i dotyczył psychoedukacji w zakresie choroby i leczenia. Potem kontakt miał już charakter telefoniczny, rozmowy odbywały się co 2 miesiące. W ustrukturyzowanej rozmowie pielęgniarka oceniała objawy depresji, działania uboczne i zażywanie leków. Jednak grupa LWWS potraktowała rozmowę telefoniczną jako pełnoprawną formę psychoterapii (Kirkness *et al.*, 2015). Dokładne omówienie przywołanych prac zostanie tu pominięte ze względu na poważne wątpliwości autorów niniejszego artykułu. W pracach na temat procedury Activate-Initiate-Monitor – choć są one cytowane w doniesieniach o psychoterapii w DPU (np. Towfighi *et al.*, 2017) – prawdopodobnie została przekroczona granica tego, co określa się terminem „psychoterapia”.

Należy wspomnieć o skutecznej próbie terapii behawioralnej u osób z afazją, polegającej na stymulacji aktywności poprawiającej nastrój poprzez edukację, monitorowanie i planowanie aktywności oraz stopniowe przydzielanie zadań (Thomas *et al.*, 2013).

Przejdźmy teraz do prewencji. Robinson i wsp. (2008) przedstawili pracę porównującą skuteczność placebo, terapii rozwiązywania problemów (*problem-solving therapy*) i escitalopramu ($N = 58$ lub 59) w zapobieganiu DPU. Obie formy terapii wykazały wyższość nad placebo (odsetek zachorowań w 12. miesiącu po udarze: 8,5% – lek, 11,9% – psychoterapia, 22,4% – placebo), wyższości terapii

rozwiązywania problemów nie potwierdziła jednak analiza ITT (*intention-to-treat analysis*). Praca spotkała się z odzewem w postaci wielu listów do redakcji, ponadto obecnie planuje się zbadanie skuteczności terapii rozwiązywania problemów na większym materiale. Protokół badania opublikowano online (Visser *et al.*, 2013).

W najnowszej pracy dotyczącej prewencji Wichowicz i wsp. (2017) zastosowali krótkoterminową terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach (TSR) w prewencji DPU i zaburzeń lękowych po udarze. Spośród 100 chorych bezpośrednio po incydencie mózgowym potencjalnie będących w stanie brać udział w psychoterapii wyłoniono losowo dwie pierwotnie równoliczne grupy: z TSR (10 godzinnych sesji) i bez terapii; finalnie liczyły one odpowiednio 30 i 32 osoby. Wstępnie i na zakończenie oceniano stan psychologiczny (za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie z Chorobą, Skali Poczucia Własnej Skuteczności) oraz ilość skarg lękowych i depresyjnych (Hospital Anxiety and Depression Scale). Stwierdzono wysoki wskaźnik *drop-out* (ponad 1/3 uczestników), co nadało badaniu częściowo naturalistyczny charakter. Udowodniono skuteczność terapii polegającą na znacznej poprawie sylwetki psychologicznej oraz redukcji objawów depresyjnych i lękowych u chorych korzystających z TSR. W grupie tej istotnie statystycznie zmniejszyła się ilość skarg, osłabło nastawienie destruktywne i poprawiło się konstruktywne, a także wzrosło poczucie własnej skuteczności; wyniki w grupie bez TSR pozostały na niezmiennym poziomie. Potwierdzono zatem skuteczność TSR, lecz trzeba pamiętać, że badanie dotyczyło pacjentów o lekkim przebiegu udaru i z subklinicznymi objawami depresyjnymi i lękowymi.

PRÓBA WYCIĄNIĘCIA WNIOSKÓW

Pierwszym wrażeniem z przeglądu literatury jest skrajna różnorodność zastosowanych metod. Nie udało się w tym zestawie znaleźć choćby dwóch prac o jeżeli nie identycznej, to przynajmniej zbliżonej metodologii. Innymi słowy, żadne doniesienie nie zostało zreplikowane. Drugie wrażenie, zasygnalizowane już wcześniej, to niejasny zakres pojęcia „psychoterapia”. Można bez przesady stwierdzić, iż autorzy prac dotarli do granic definicji psychoterapii i rozumieją przez nią nawet monitorowanie aktywności (Thomas *et al.*, 2013) czy rozmowę telefoniczną (Kirkness *et al.*, 2015; Williams *et al.*, 2007). Może są to działania ustrukturyzowane, ale czy to nadal psychoterapia? Zawodowi psychoterapeuci mogą się sprzeciwiać takiemu ujęciu, zwłaszcza ci, którzy reprezentują kierunki bardziej wyrafinowane, przykładowo – psychodynamiczne. Wymagają one wieloletniego szkolenia i superwizji, tutaj zaś „psychoterapeutką” jest przeszkolona pielęgniarka. Nie zapominajmy jednak, iż poważne instytucje opiniotwórcze (baza Cochrane czy American Stroke Association) godzą się na podobne ujęcie psychoterapii. Wyraźnie odróżniają nawet tak uproszczoną procedurę od *stroke liaison workers*, czyli od wpływu pracowników opieki zdrowotnej i społecznej lub wolontariuszy, którzy okazują osobom po udarze i ich opiekunom wsparcie w różnych obszarach (emocjonalnym,

społecznym, informacyjnym). Wreszcie granica prewencji – leczenie czasami wydaje się dość płynna, albowiem niektórzy autorzy posługują się bardziej ilościowym (skargi depresyjne, skale) niż jakościowym pojęciem depresji (Mitchell *et al.*, 2009; Wichowicz *et al.*, 2017).

Jaki obraz roli psychoterapii w prewencji i leczeniu depresji po udarze wyłania się z przedstawionych prac? Mimo powyższych zastrzeżeń spróbujmy wyciągnąć wnioski. Z pewną ostrożnością można stwierdzić, iż w odniesieniu do chorych po udarze zarówno w zapobieganiu, jak i leczeniu lepsze wydają się najbardziej elementarne formy psychoterapii (Alexopoulos *et al.*, 2012; Finkenzeller *et al.*, 2009; Thomas *et al.*, 2013; Watkins *et al.*, 2007, 2011; Wichowicz *et al.*, 2017), najbliższe psychoedukacji czy grupom wsparcia oraz skoncentrowane na codziennych problemach (Robinson *et al.*, 2008; Watkins *et al.*, 2007, 2011; Wichowicz *et al.*, 2017). Już terapia behawioralno-poznawcza nie ma potwierdzonej skuteczności (Lincoln i Flannaghan, 2003). Nawet mniej wykwalifikowany personel może pomóc w prewencji i leczeniu depresji (Watkins *et al.*, 2007, 2011). Ważniejsze okazuje się to, by terapię włączono możliwie najszybciej, gdyż prewencja jest skuteczniejsza niż leczenie. W przypadku profilaktyki zaburzeń psychicznych dobór terapii krótkoterminowej wydaje się szczególnie zasadny. Jako przykład może tu posłużyć TSR, w której duże znaczenie mają zachowanie prostoty terapii, oszczędność w stosowaniu środków terapeutycznych oraz koncentracja na mocnych stronach chorego i praktycznych rozwiązaniach. Jest to istotne u pacjentów o zmniejszonych kompetencjach poznawczych, które mogłyby nie pozwolić na zastosowanie interwencji opartych na wglądzie. Ponadto TSR charakteryzuje się zindywidualizowanym podejściem do „klienta” (celowo nie używa się określenia „pacjent”) – to on jest ekspertem od swojego życia, a terapeuta w pełni akceptuje jego perspektywę. Dla pacjenta TSR z pewnością ma charakter wsparcia, niezbędnego w świetle badań nad DPU.

Zestawiając psycho- i farmakoterapię jako środki zapobiegania i leczenia DPU, należy porównać wady i zalety tych metod. Za kluczową można uznać cytowaną pracę Robinsona i wsp. (2008). Sugeruje ona (a nawet bada) profilaktyczne podawanie środka psychotropowego u ludzi jedynie **zagrożonych** zaburzeniem psychicznym i budzi to szereg oporów etycznych. Co bowiem w sytuacji poważnych powikłań zażywania? Z drugiej strony mamy psychoterapię, metodę „idealną”, cóż zatem stoi na przeszkodzie, by ją zastosować? Jednak niedostatek prac badających skuteczność psychoterapii w prewencji i leczeniu DPU z pewnością nie wziął się znikąd. Po pierwsze jest to metoda czasochłonna, a co za tym idzie kosztowna (koszty personelu, przeszkolenia, czas pracy liczony w godzinach na jednego chorego). Po drugie nie u każdego pacjenta po udarze można ją zastosować, gdyż wymaga ona sprawnych funkcji kognitywnych. Częstość zaburzeń poznawczych w tej populacji chorych mieści się według szacunków w dość szerokim przedziale – od 20 do 80% (Sun *et al.*, 2014), co ogranicza liczbę kandydatów do psychoterapii.

Odrębny problem to leczenie osób z DPU, najczęściej obarczonych wieloma chorobami, włącznie z tymi, które doprowadziły do udaru. Dodanie kolejnego farmaceutyku wiąże się z ryzykiem działań ubocznych, interakcji czy nawet powikłań. Psychoterapia tych niedostatków nie ma – w odniesieniu do pacjentów, u których może być stosowana, potencjalnie jest korzystną alternatywą.

PODSUMOWANIE

W świetle przedstawionych prac, w tym danych medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*, EBM), psychoterapia osób po udarze najlepiej sprawdza się w prewencji DPU. Potencjalna skuteczność leczenia rozwiniętej już DPU ogranicza się do grupy pacjentów o lekkim przebiegu udaru i w większości o subklinicznych objawach zaburzeń nastroju – ale tutaj dowodów jest mniej i nie spełniają one kryteriów EBM. Wydaje się, iż lepiej stosować prostsze formy psychoterapii, lecz nie ma i chyba długo nie będzie jasnych rekomendacji. Zważywszy jednak na to, że:

- chorzy poudarowi stanowią dużą populację;
 - nie zawsze można zastosować farmakoterapię;
 - w prewencji jest ona co najmniej wątpliwa etycznie;
- psychoterapia poszerza repertuar środków potencjalnie użytecznych w zapobieganiu i leczeniu DPU.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

Alexopoulos GS, Wilkins VM, Marino P et al.: Ecosystem focused therapy in poststroke depression: a preliminary study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 1053–1060.

Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD et al.: Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 14–21.

Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al.: Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014; 13: 56–67.

Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al.: The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013; 12: 137–148.

Członkowska A: Epidemiologia udarów mózgu. *Terapia* 1996; 11: 9–12.

Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A: Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychogeriatrics Polska* 2007; 4: 51–60.

Finkenzeller W, Zobel I, Rietz S et al.: Interpersonelle Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Post-Stroke-Depression. *Nervenarzt* 2009; 80: 805–812.

Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M et al.: A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49: 59–72.

Hackett ML, Anderson CS: Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005; 36: 2296–2301.

Hackett ML, Anderson CS, House A et al.: Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2008a; (3): CD003689.

Hackett ML, Anderson CS, House A et al.: Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2008b; (4): CD003437.

Hackett ML, Yapa C, Parag V et al.: Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005; 36: 1330–1340.

Kirkness CJ, Becker KJ, Cain KC et al.: Telephone versus in-person psychosocial behavioral treatment in post-stroke depression. *Stroke* 2015; 46 (Suppl 1): AWP125.

Krychowiak G: Depresje poudarowe. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7 Supl 1: 47–50.

Lincoln NB, Flannaghan T: Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: a randomized controlled trial. *Stroke* 2003; 34: 111–115.

Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ et al.: Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial. *Stroke* 2009; 40: 3073–3078.

Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P et al.: Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 124–129.

Pękala K, Sobów T: Rodzaj narzędzi diagnostycznych a rozpoznawanie depresji poudarowej. *Post Psychiatr Neurol* 2012; 21: 23–30.

Rackley S, Bostwick JM: Depression in medically ill patients. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35: 231–247.

Robinson RG: Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 376–387.

Robinson RG, Spalletta G: Poststroke depression: a review. *Can J Psychiatry* 2010; 55: 341–349.

Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ et al.: Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299: 2391–2400.

Sacco RL: Patogeneza, klasyfikacja i epidemiologia chorób naczyniowych. In: Rowland LP (ed.): *Neurologia Merritta*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004: 217–229.

Scheidt CE, Schwind A: Zur Psychodynamik der Krankheitsverarbeitung bei Schlaganfall – Erfahrungen einer psychotherapeutischen Gruppe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1992; 42: 54–59.

Sun JH, Tan L, Yu JT: Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. *Ann Transl Med* 2014; 2: 80.

Thomas SA, Walker MF, Macniven JA et al.: Communication and Low Mood (CALM): a randomized controlled trial of behavioural therapy for stroke patients with aphasia. *Clin Rehabil* 2013; 27: 398–408.

Towfighi A, Ovbiagele B, El Hussein N et al.; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Quality of Care and Outcomes Research: Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2017; 48: e30–e43.

Visser MM, Heijnenbroek-Kal MH, van 't Spijker A et al.: The effectiveness of problem solving therapy for stroke patients: study protocol for a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Neurol* 2013; 13: 67.

Watkins CL, Auton MF, Deans CF et al.: Motivational interviewing early after acute stroke: a randomized, controlled trial. *Stroke* 2007; 38: 1004–1009.

Watkins CL, Wathan JV, Leathley MJ et al.: The 12-month effects of early motivational interviewing after acute stroke: a randomized controlled trial. *Stroke* 2011; 42: 1956–1961.

Whyte EM, Mulsant BH: Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 253–264.

Wichowicz H: Depresja poudarowa – zaburzenie biologiczne czy psychopochodne? *Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne* 2008; 10: 40–48.

Wichowicz HM, Puchalska L, Rybak-Korneluk AM et al.: Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in individuals after stroke. *Brain Inj* 2017; 31: 1507–1512.

Williams LS, Kroenke K, Bakas T et al.: Care management of post-stroke depression: a randomized, controlled trial. *Stroke* 2007; 38: 998–1003.