

Impatto della depressione post-stroke sulla riabilitazione, sul recupero funzionale e sulla qualità di vita.

di Lucia Pagano* e Roberto Biondi**

Abstract

Si presentano e discutono i risultati su 40 pazienti con esiti di ictus cerebrale ischemico stabilizzato e le possibili complicanze in forma di disturbi psichici correlati. I pazienti sono stati esaminati attraverso: Hamilton Rating Scale for Depression, Modified Barthel Index e SF-36, per la valutazione della qualità di vita. Si incoraggia una presa in carico globale e multidisciplinare del paziente poststroke che integra competenze neurologiche, psichiatriche, psicologiche e fisiatriche.

Parole chiave: Depressione post-stroke; esame psichiatrico; Riabilitazione; Qualità della vita.

Introduzione

L'ictus è una delle principali cause di morbidità e di mortalità nei Paesi Occidentali. Rappresenta un evento drammatico sul versante biologico, affettivo, relazionale, esponenziale e psicologico.

Infatti, a seguito di un episodio ictale non si osservano solo menomazioni funzionali e motorie con impatto estremamente negativo sulla vita quotidiana dei pazienti e delle loro famiglie, ma anche frequenti complicanze in forma di disturbi psichici. Tra queste la più comune e seria, anche se sottostimata, è il disturbo depressivo, ovvero la post-stroke depression (PSD), ad eziopatogenesi multifattoriale, che insorge solitamente entro 6-12 mesi dall'accidente cerebro vascolare (Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2011; Gainotti, Azzoni, & Marra, 1999).

L'obiettivo della nostra ricerca è stato quello di verificare:

- La frequenza e la gravità della depressione del tono dell'umore in un campione di soggetti affetti da stroke;
- Le ripercussioni che la depressione post-stroke, se presente e non adeguatamente gestita, ha in termini di adesione ai trattamenti e quindi di recupero funzionale, riabilitazione, prognosi e qualità di vita.

Materiali e metodi

Sono stati attenzionati, dei soggetti giunti alla nostra osservazione in trattamento neuro-riabilitativo individuale ambulatoriale o domiciliare, 40 pazienti, di cui 24 maschi e 16 femmine, di età media di 76 anni (range 54-82 anni), con esiti di ictus cerebrale ischemico stabilizzato, a distanza di oltre un anno dall'evento.

Abbiamo escluso dallo studio i pazienti con anamnesi positiva per pregresse turbe depressive e con importante decadimento cognitivo, documentato attraverso il MMSE, per non inficiare l'esecuzione dei tests e la corretta diagnosi di depressione post stroke.

I pazienti reclutati sono stati esaminati attraverso i seguenti questionari:

- Hamilton Rating Scale for Depression, per la valutazione della depressione. Si tratta di una scala ordinale, valida ed affidabile, composta da 21 item. Deve essere compilata da uno psichiatra o comunque da un esaminatore che ha conoscenze psichiatriche, in seguito ad un colloquio clinico. Per la somministrazione di questa scala sono richiesti da 5 a 15 minuti. Tanto più basso è il punteggio generale tanto minore è la depressione del soggetto considerato, in particolare un

* Medico in Formazione Specialistica in Medicina Fisica e Riabilitativa presso Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova. Corrispondenza a: luciana.pagano@alice.it

** Professore associato U.O.C. di Neurologia - Clinica Neurologica II- Responsabile Ambulatorio di Epilessia Il presso Dipartimento di Neuroscienze, Università di Catania -Già Direttore della Scuola di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione.

punteggio totale inferiore a 7 indica assenza di depressione, un punteggio totale compreso tra 8 e 17 indica depressione lieve, un punteggio totale compreso tra 18 e 24 indica depressione moderata, mentre un punteggio totale superiore a 25 indica depressione grave (Hamilton, 1967);

- Modified Barthel Index, per la valutazione del grado di disabilità nelle attività della vita quotidiana. E' la versione modificata della Scala di Barthel, con un punteggio totale che se maggiore di 90-95 indica indipendenza, maggiore di 65 indica dipendenza, ma con possibilità di essere accuditi al proprio domicilio, minore di 65 indica la necessità di istituzionalizzazione (Mahoney & Barthel, 1965);

- SF-36, per la valutazione della qualità di vita. E' la versione migliorata del più breve SF-12. Si tratta di un questionario psicometrico generico, in quanto valuta il livello di attività e la sensazione di benessere di ciascuno. Ha il vantaggio di essere conciso, preciso e di poter essere effettuato nel corso di un colloquio vis à vis o addirittura per telefono.

Sulla base del punteggio ottenuto dalla somministrazione della scala di Hamilton e della gestione dei pazienti depressi in termini farmacologici i pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi:

- Gruppo A: 12 pazienti non depressi;
- Gruppo B: 9 pazienti depressi e trattati farmacologicamente;
- Gruppo C: 19 pazienti depressi e non trattati farmacologicamente;

Risultati- Conclusione

La somministrazione del questionario di Hamilton sulla depressione ha evidenziato il disturbo in 28 (16F - 12 M) dei 40 pazienti reclutati.

Dei 28 pazienti depressi solo 9 erano in trattamento farmacologico.

I pazienti trattati farmacologicamente (Gruppo B) hanno una depressione meno evidente rispetto ai pazienti non trattati (Gruppo A), ed in particolare dei 9 pazienti depressi trattati farmacologicamente: 7 sono risultati affetti da depressione di grado lieve; 2 da depressione di grado moderato; nessuno da depressione di grado severo. Dei 19 pazienti depressi non trattati farmacologicamente invece: 2 sono risultati affetti da depressione di grado lieve; 10 da depressione di grado moderato; 7 da depressione di grado severo.

L'outcome riabilitativo valutato, in termini di recupero della indipendenza, attraverso la somministrazione del Barthel Index, è risultato significativamente migliore nel gruppo dei soggetti non depressi (Gruppo A) rispetto ai soggetti depressi, anche rispetto a quelli che fanno un uso regolare dell' antidepressivo (Gruppo B - Gruppo C).

Tuttavia l'utilizzo dell'antidepressivo, pur non annullando l'impatto sfavorevole della depressione poststroke sulla prognosi riabilitativa, nel nostro studio si è dimostrato in grado di migliorarla, ottimizzando l'utilizzo del potenziale di recupero con riduzione del grado di dipendenza e risultati migliori nel gruppo dei soggetti depressi trattati rispetto al gruppo dei soggetti depressi non trattati (Gonzales-Torrecillas, Mendlewicz, & Lobo, 1995; Paolucci et al., 1999).

Riguardo all'item dell'Hamilton relativo al suicidio, che abbiamo considerato come indice di valutazione della prognosi *quoad vitam*, l'ideazione suicidaria è stata verbalizzata dai pazienti del gruppo B (depressi trattati farmacologicamente) e del gruppo C (depressi non trattati farmacologicamente) ma non dai pazienti del gruppo A (non depressi), ed in particolare da 1 paziente del gruppo B e da 6 pazienti del gruppo C.

Dalla somministrazione dell'SF-36 è emerso che la depressione post-stroke è fortemente correlata con la peggiore qualità di vita reale e percepita, probabilmente in maniera diretta attraverso la sofferenza psicologica, il ritiro e l'isolamento sociale; ed in maniera indiretta attraverso la ridotta efficacia del trattamento riabilitativo nella riacquisizione della propria autonomia, che essa crea. Bisogna dunque guardare oltre i sintomi fisici ed esaminare quelli psicologici e le caratteristiche della personalità per valutare la qualità della vita: queste caratteristiche sono importanti nella pianificazione della riabilitazione e di interventi che aiutino a migliorare il benessere del paziente (Rastenyte & Kranciukaite, 2007).

In conclusione, il nostro lavoro incoraggia una presa in carico globale e multidisciplinare del paziente poststroke che integra competenze neurologiche, psichiatriche, psicologiche e fisiatriche (Brown, Hasson, Thyselius, & Almborg, 2011). Fondamentale è la ricerca, attraverso l'esame

psichiatrico e l'utilizzo di opportune scale di misura specifiche e sensibili, della frequente presenza di depressione già in fase acuta, prima di iniziare la riabilitazione, e comunque durante il primo anno dall'evento, allo scopo di trattarla correttamente con farmaci e/o psicoterapia e quindi di ridurre lo stato di disabilità ed handicap del soggetto, migliorare la sua qualità di vita sia a breve che a lungo termine, e quindi influenzare positivamente sia la prognosi *quoad vitam* che la prognosi *quoad valetudinem* (Vanclay, 1991). Un trattamento esclusivamente psicoterapico va considerato solo per casi lievi od assai moderati, mentre in casi più gravi, con una sintomatologia dichiarata ed evidente, la farmacoterapia è sempre necessaria ed attuabile. Va iniziata partendo da basse dosi di farmaco ed aumentando gradualmente la posologia per minimizzare gli eventuali effetti indesiderati. Possono tuttavia essere trattati con serenità, previa attenta valutazione, anche i pazienti anziani e/o con patologie organiche, poiché i farmaci antidepressivi di ultima generazione presentano un'ottima efficacia, una buona maneggevolezza ed un dimostrato profilo di tollerabilità, essendo privi degli effetti cardiovascolari degli antidepressivi di prima generazione (Burns et al., 1999; Rigatelli, Balestrieri, & Barduzzi, 2002; Van de Meent, Geurts, & Van Limbeek, 2003).

Bibliografia

Arseniou, S., Arvaniti A., & Samakouri M. (2011, July-September). Post-stroke depression: recognition and treatment interventions. *Psychiatrike*, 22, (3), 240-8.

Brown, C., Hasson, H., Thyseius, V., & Almborg, A.H. (2012, July). Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. *Acta Neurol Scand*, 126, (1), 45-51. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ane.2012.126.issue-1/issuetoc>

Burns, A., Russell, E., Stratton-Powell, H., Tyrell, P., O'Neill, P., & Baldwin, R. (1999). Sertraline in stroke-associated lability of mood. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14, (8), 681-685.

Gainotti, G., Azzoni, A., & Marra, C. (1999). Frequency, phenomenology and anatomical-clinical correlates of major poststroke depression. *Br J Psychiatry*, 175, 163-167.

Gonzales-Torrecillas, J.L., Mendlewicz, J., & Lobo A. (1995). Effects of early treatment of poststroke depression on neuropsychological rehabilitation. *Int Psychogeriatr*, 7, 547-560

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 6, 278-298.

Mahoney, F., & Barthel, D.W. (1965). Functional Evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J Rehabil*, 14, 61-65.

Paolucci, S., Antonucci, G., Pratesi, L., Traballese, M., Gasso, M.G., & Lubich, S. (1999). Post-stroke depression and its role in rehabilitation of patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 80, 985-990.

Rastenyte, D., & Kranciukaite, D. (2007). Poststroke depression and its impact on quality of life. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 43, 1-9.

Rigatelli, M., Balestrieri, M., & Barduzzi, M. (2002). Antidepressivi ed ansiolitici nel paziente con patologie mediche. *Noos*, 1, 47-76.

Vanclay, F. (1991). Functional outcome measures in stroke rehabilitation. *Stroke*, 22, 105-108.

Van de Meent, H., Geurts, AC., & Van Limbeek, J. (2003). Pharmacologic treatment of poststroke depression: a systematic review of the literature. *Top Stroke Rehabil*, 10, 79-92.