

Zaburzenia psychiczne w stwardnieniu rozsianym

Psychiatric disorders in multiple sclerosis

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi

² Klinika Neurologii i Epileptologii z Oddziałem Udarowym UM w Łodzi

Adres do korespondencji: Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, tel.: 42 640 50 58, e-mail: galecki.piotr@wp.pl

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Stwardnienie rozsiane jest przewlekle postępującym schorzeniem ośrodkowego układu nerwowego, w którym dolegliwościom i objawom neurologicznym u około 75% pacjentów towarzyszą różne zaburzenia psychiczne. Do chwili obecnej nie ustalono jednoznacznie przyczyn depresji u chorych na stwardnienie rozsiane. Ponieważ zaburzenia psychiczne współistnieją w schorzeniach neurologicznych o wiele częściej niż w innych chorobach somatycznych, dosyć często wywierają wpływ na rozpoznanie i leczenie. Należy także pamiętać, że niektóre zaburzenia psychiczne mogą być powikłaniem schorzeń neurologicznych lub też stanowić objaw pierwotny choroby. Dotyczy to szczególnie zaburzeń emocjonalnych i funkcji poznawczych u chorych na stwardnienie rozsiane. Objawy dotyczące zaburzeń emocjonalnych i zachowania oraz zaburzeń funkcji poznawczych mogą być następstwem prowadzonego leczenia farmakologicznego schorzeń neurologicznych. Objawy psychiczne często występują u chorych na schorzenia autoimmunologiczne, dodatkowo stosowane u tych pacjentów leczenie kortykosteroidami może zaostrzać te objawy. Zaburzenia depresyjne, w tym epizody ciężkie i umiarkowane depresji, występują u chorych na stwardnienie rozsiane dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej. W ocenie niektórych autorów pacjenci ze stwardnieniem rozsianym i współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi wykazują głębsze upośledzenie funkcji poznawczych, prezentują gorszą jakość życia, mają większy stopień niepełnosprawności pod względem ruchowym oraz gorzej reagują na leczenie. Jakkolwiek zaburzenia funkcji poznawczych pojawiają się u połowy pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane, to jednak proces otępienny występuje u nielicznych osób z tym schorzeniem. Występujące dosyć powszechnie w przebiegu stwardnienia rozsianego objawy psychiczne wpływają niekorzystnie na codzienne funkcjonowanie tych chorych.

Słowa kluczowe: depresja, lęk, zaburzenia emocjonalne, zmęczenie, zaburzenia funkcji poznawczych, stwardnienie rozsiane

Summary

Multiple sclerosis is chronic and progressive disorder of central nervous system, in which different psychiatric diagnosis comorbid in 75% with neurological symptoms. The reasons of depressive disorders are still not precisely known. Psychiatric disorders are often comorbid with neurological disorders and also influence diagnosis and treatment, more often than in other somatic illnesses. It is worth to emphasize that psychic disturbances are a consequence of neurological disorders but can also be primary sign of the disease. Especially emotional disorders and cognitive impairment are characteristic to patients with multiple sclerosis. Emotional, behavioural disorders and cognition dysfunction are often a result of pharmacotherapy of neurological disorders. Psychiatric disorders are often met in patients with autoimmune disorders, what is more corticosteroid treatment may worsen the symptoms. Depressive disorders, especially serious and moderate episodes, occur twice more frequent than in general population. Following some authors patients suffering from multiple sclerosis and psychiatric disorders present deeper cognitive function impairment, poorer life quality and motor abilities as well as have worse treatment response. Although cognitive functions' worsening occurs in half number of multiple sclerosis patients, dementia appears in few cases. Psychiatric disorders commonly comorbid with multiple sclerosis have adverse influence on everyday functioning.

Key words: depressive disorder, anxiety, emotional disorders, fatigue, cognitive impairment, multiple sclerosis

Stwardnienie rozsiane jest przewlekle postępującym schorzeniem ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzującym się rozszanymi ogniskami demielinizacyjnymi zlokalizowanymi w mózgu i rdzeniu kręgowym. Dolegliwościami i objawom neurologicznym, które przebiegają z zaostrzeniami choroby i okresami remisji, u około 75% pacjentów towarzyszą różne zaburzenia psychiczne.

Objawy psychiczne często występują u chorych na schorzenia autoimmunologiczne, dodatkowo stosowane u tych pacjentów leczenie kortykosteroidami może zaostrzać te objawy⁽¹⁾.

Wiele osób cierpiących na stwardnienie rozsiane korzysta z pomocy psychiatry jeszcze przed ustaleniem ostatecznego rozpoznania, a mniej doświadczeni lekarze psychiatrzy w tym okresie mogą rozpoznawać zaburzenia depresyjne, co opóźnia wdrożenie prawidłowego leczenia.

Innym czynnikiem utrudniającym postawienie właściwej diagnozy może być fakt, że zarówno stwardnienie rozsiane, jak i niektóre choroby psychiczne dotyczą na ogół osób w młodszym wieku.

Do najczęściej występujących objawów neurologicznych w stwardnieniu rozszanym należą niedowłady i zaburzenia czucia, zaburzenia widzenia (nierazko z całkowitą utratą wzroku), męczliwość i nietrzymanie moczu, jak również zaburzenia afektywne i depresja oraz zaburzenia funkcji poznawczych^(2,3). Występujące dosyć powszechnie w przebiegu stwardnienia rozszanego objawy psychiczne wpływają niekorzystnie na codzienne funkcjonowanie tych chorych.

Zaburzenia depresyjne, w tym epizody ciężkie i umiarkowane depresji, występują u chorych na stwardnienie rozsiane dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej^(3,4).

W świetle badań epidemiologicznych można przyjąć, że zaburzenia depresyjne w jednym z rzutów choroby mogą występować nawet u 40-50% pacjentów⁽⁴⁾. Choć do chwili obecnej nie ustalono przyczyn depresji u chorych na stwardnienie rozsiane, można uznać, że stopień nasilenia inwalidztwa w okresach zaostrzenia objawów chorobowych, a także czas jego trwania są przyczyną występowania stanów depresyjnych^(3,5). Inni autorzy uważają, że zaburzenia depresyjne odnotowuje się u pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane niezależnie od stopnia nasilenia niesprawności⁽⁶⁾. W prowadzonych badaniach wykazano także częstsze pojawianie się zaburzeń afektywnych i depresji w rodzinach osób, u których w przebiegu stwardnienia rozszanego stwierdzono depresję, co może sugerować udział czynników genetycznych. Z kolei nie potwierdzono związku przyczynowego pomiędzy lokalizacją zmian demielinizacyjnych a współwystępowaniem zaburzeń depresyjnych.

W populacji chorych na stwardnienie rozsiane ryzyko samobójcze jest 2-7 razy większe niż w populacji ogólnej. Dowiedziano również, że zamachy samobójcze mogą być poprzedzone utrzymywaniem się zaburzeń depresyjnych – szacuje się, iż objawy depresji występują u 15% chorych ze stwardnieniem rozszanym w okresie poprzedzającym samobójstwo⁽⁷⁾.

W ocenie niektórych autorów pacjenci ze stwardnieniem rozszanym i współwystępującymi zaburzeniami depresyjnymi wykazują głębsze upośledzenie funkcji poznawczych, prezentują gorszą jakość życia, mają większy stopień niepełnosprawności

pod względem ruchowym oraz gorzej reagują na leczenie⁽⁸⁾. Wciąż nie rozstrzygnięto, czy zaburzenia depresyjne są bezpośrednim następstwem procesów psychopatologicznych, psychologicznym skutkiem choroby, czy też następstwem niewłaściwie prowadzonego leczenia⁽⁶⁾.

Dotychczasowe badania oceniające skuteczność leczenia farmakologicznego zaburzeń depresyjnych w przebiegu stwardnienia rozszanego wydają się wskazywać na skuteczność i bezpieczeństwo leków z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (sertralina i fluoksetyna) oraz selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego monoaminooksydazy (moklobemid)⁽⁹⁾.

Wśród nefarmakologicznych metod postępowania wymienia się psychoterapię, zwłaszcza terapię behawioralną^(10,11).

Występowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane nie zostało dotychczas jednoznacznie stwierdzone. Niektórzy autorzy sugerują, że zaburzenia afektywne dwubiegunowe występują u chorych na stwardnienie rozsiane dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej⁽⁹⁾. Dotychczas nie przeprowadzono badań poprawnych metodologicznie i na dużej populacji dotyczących tej problematyki. Wprawdzie były obserwowane stany maniakalne towarzyszące stwardnieniu rozszanemu, które poprzedzały inne objawy neurologiczne tego schorzenia, jednak badacze uważają, że opisywane epizody mogły być następstwem leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozszanym kortykosteroidami, ewentualnie były to niewłaściwie zdiagnozowane zaburzenia emocjonalne⁽²⁾.

Stwardnienie rozsiane może być poprzedzone występowaniem zaburzeń emocjonalnych, zwłaszcza chwiejności emocjonalnej, euforii i objawów dysocjacyjnych. Brak kontroli zewnętrznych przejawów zaburzeń emocjonalnych jest następstwem zajęcia przez chorobę dróg korowo-podkorowych, które są odpowiedzialne za ich kontrolę. Zaburzenia emocjonalne były też opisywane jako: nietrzymanie afektu, labilność emocjonalna lub, ostatnio, jako zespół mimowolnej ekspresji emocjonalnej⁽¹²⁾. Zaburzenia te charakteryzują się występowaniem epizodów niekontrolowanego wyrażania emocji, które pojawiają się u około 10% chorych na stwardnienie rozsiane⁽¹³⁾. Są to epizody płaczu lub śmiechu, nieadekwatne do prezentowanego przez chorego stanu emocjonalnego. Próbowano wyjaśniać taką formę labilności emocjonalnej uszkodzeniem hamujących szlaków łączących płaty czołowe z układem limbicznym. Niekontrolowane napady emocjonalne powodują u chorych zażenowanie – unikają oni z tego powodu kontaktów z innymi osobami.

W leczeniu farmakologicznym z reguły stosuje się TLPD i SSRI, opisywano również skuteczność kwetiapiny w skojarzeniu z deksametazonem oraz uzyskiwano pozytywne efekty po podaniu agonistów dopaminy⁽¹⁴⁾.

Chociaż powszechnie wiadomo, że zaburzenia lękowe w stwardnieniu rozszanym, podobnie jak w przeważającej liczbie innych schorzeń o przewlekłym przebiegu, występują dosyć często, poświęcono im zdecydowanie mniej badań niż zaburzeniom depresyjnym. Lęk o istotnym klinicznie nasileniu może występować u 25-40% chorych na stwardnienie rozsiane^(3,15), mimo to zaburzenia lękowe u tych chorych są rzadko rozpoznawane i leczone.

Jakkolwiek zaburzenia funkcji poznawczych pojawiają się u połowy pacjentów chorujących na stwardnienie rozsiane, to jednak proces otepienny występuje w nielicznych osobach z tym schorzeniem. Zaburzenia te obejmują pogorszenie pamięci operacyjnej, trudności z koncentracją i przerzutnością uwagi, wolniejsze przetwarzanie informacji oraz zaburzenia funkcji wykonawczych⁽⁴⁾. Należy też pamiętać, że zaburzenia funkcji poznawczych u chorych na stwardnienie rozsiane mogą być następstwem depresji, zaburzeń lękowych, męczliwości lub też działaniem niepożądanym stosowanych leków. Prawdą jest, że męczliwość nie jest zaliczana do kategorii wyraźnie psychopatologicznych, niemniej często występuje w niektórych zaburzeniach psychicznych. U chorych na stwardnienie rozsiane męczliwość należy do najpowszechniej występujących objawów i dotyczy 80% chorych. Stwierdzano różne jej nasilenie – może powodować znaczne ograniczenie sprawności tych pacjentów i zawsze powinna być różnicowana z zaburzeniami depresyjnymi⁽⁸⁾, zmęczeniem fizycznym, działaniem niepożądanym leków oraz z trudnościami związanymi ze zdolnością poruszania się przez osoby chore na stwardnienie rozsiane. Przyczyna męczliwości u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym nie została jednoznacznie wyjaśniona. W farmakoterapii stosowane są amantadyna, pochodne amfetaminy, inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, a ostatnio także modafinil⁽⁶⁾. Jako skuteczną metodę zaleca się również stosowanie programu stopniowo wprowadzanych ćwiczeń fizycznych⁽¹⁷⁾.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Wright P., Stern J., Phelan M.: Core Psychiatry. Wyd. 2, Saunders, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto 2004.
2. Levenson J.L.: Problemy psychiatryczne w neurologii. Psychiatria po Dyplomie 2008; 1: 23-26.
3. Chwastiak L.A., Ehde D.M.: Psychiatric issues in multiple sclerosis. Psychiatr. Clin. North Am. 2007; 30: 803-817.
4. Carson A.J., Zeman A., Myles L., Sharpe M.C.: Neurology and neurosurgery. W: Levenson J.L. (red.): The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC 2005: 701-732.
5. Gold S.M., Irwin M.R.: Depression and immunity: inflammation and depressive symptoms in multiple sclerosis. Neurol. Clin. 2006; 24: 507-519.
6. Zorzon M., de Masi R., Nasuelli D. i wsp.: Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. J. Neurol. 2001; 248: 416-421.
7. Mohr D.C., Goodkin D.E.: Treatment of depression in multiple sclerosis: review and meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice 1999; 6: 1-9.
8. Bakshi R., Shaikh Z.A., Miletich R.S. i wsp.: Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability. Mult. Scler. 2000; 6: 181-185.
9. Nahas Z., Arlinghaus K.A., Kotrla K.J. i wsp.: Rapid response of emotional incontinence to selective serotonin reuptake inhibitors. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1998; 10: 453-455.
10. Henze T., Rieckmann P., Toyka K.V.; Multiple Sclerosis Therapy Consensus Group of the German Multiple Sclerosis Society: Symptomatic treatment of multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Therapy Consensus Group (MSTCG) of the German Multiple Sclerosis Society. Eur. Neurol. 2006; 56: 78-105.
11. Selmaj K.: Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006.
12. Cummings J.L., Arciniegas D.B., Brooks B.R. i wsp.: Defining and diagnosing involuntary emotional expression disorder. CNS Spectr. 2006; 11: 1-7.
13. Feinstein A., Feinstein K., Gray T., O'Connor P.: Prevalence and neurobehavioral correlates of pathological laughing and crying in multiple sclerosis. Arch. Neurol. 1997; 54: 1116-1121.
14. Brooks B.R.: Involuntary emotional expression disorder: treating the untreated. CNS Spectr. 2007; 12 (supl. 5): 23-27.
15. Korostil M., Feinstein A.: Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. Mult. Scler. 2007; 13: 67-72.
16. Stankoff B., Waubant E., Confavreux C. i wsp.: French Modafinil Study Group: Modafinil for fatigue in MS: a randomized placebo-controlled double-blind study. Neurology 2005; 64: 1139-1143.
17. Petajan J.H., Gappmaier E., White A.T. i wsp.: Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. Ann. Neurol. 1996; 39: 432-441.