



Trzyletnia sejsmoterapia podtrzymująca w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających: opis przypadku

*Three years of maintenance electroconvulsive therapy in recurrent depressive disorder:
a case report*

MAGDALENA DROZDEK, KRZYSZTOF KUCIA, GRZEGORZ GIEMZA, ANETA SIKORA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Autorzy próbują odpowiedzieć na pytanie o niewystarczającą skuteczność podtrzymujących elektrowstrząsów u przedstawionej pacjentki.

Przypadek. 62-letnia pacjentka obciążona somatycznie, u której pomimo trzyletniego stosowania podtrzymującej sejsmoterapii 3-krotnie obserwowano nawroty ciężkiego epizodu depresji z objawami psychotycznymi.

Komentarz. Po zebraniu dokładnego wywiadu u podłoża zaostrzeń choroby identyfikowano zawsze czynnik reaktywny.

SUMMARY

Objective. The authors would like to answer question unsatisfactory efficacy of maintenance the electroconvulsive therapy at the present patient.

Case. A 62-year-old woman suffering from somatic diseases. We have observed the recurrence of the severe depressive episode with psychotic symptoms in spite of has continued the electroconvulsive therapy for the last three years.

Commentary. We have revealed a reactive factor as the base of each recurrence.

Słowa kluczowe: elektrowstrząsy / depresja / opis przypadku

Key words: electroconvulsive therapy / depression / case report

Elektrowstrząsy (EW) jako metoda leczenia biologicznego w psychiatrii została wprowadzona w 1938 roku przez Ugo Cerletti i Luigi Bini. Początkowo stosowano je bardzo szeroko, głównie w leczeniu psychoz. Wprowadzone w latach pięćdziesiątych leki psychotropowe znacznie ograniczyły stosowanie EW. Powrót do tej metody leczenia obserwuje się od lat siedemdziesiątych. W kolejnej dekadzie ujednolicono standardy leczenia EW [1, 2].

Jako metodę z wyboru EW stosuje się w depresjach endogenych z wybitnie nasilonymi myślami i tendencjami suicydalnymi, z objawami psychotycznymi, z nasilonym niepokojem psychoruchowym czy u chorych ze współistniejącymi chorobami somatycznymi. Do innych pierwszorazowych wskazań zastosowania EW należy katatonii i ostra mania.

EW jako metodę leczenia II rzutu zaleca się w depresji lekoopornej, przewlekłej oraz u osób w wieku podeszłym i u kobiet ciężarnych. Do innych drugorzutowych wskazań należy złośliwy zespół neuroleptyczny, schizofrenia katatoniczna oraz schizofrenia oporna na inne metody terapii [1].

Od kilku lat systematycznie wzrasta liczba publikacji dotyczących podtrzymujących zabiegów EW w przebiegu leczenia zaburzeń depresyjnych nawracających. Wyniki przedstawianych badań są bardzo zbliżone. W grupie pacjentów z depresją psychotyczną odsetek powodzenia klinicznego wynosi od 44,6% do 69% [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Trzeba jednak

podkreślić, iż poważnym ograniczeniem wyżej wymienionych badań jest stosunkowo niedługi czas ich prowadzenia, sięgający 6 miesięcy.

Przedstawiana przez nas pacjentka od 3 lat jest leczona sejsmoterapią podtrzymującą.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka 62-letnia, z rodziny pełnej. Nikt z rodziny nie chorował psychicznie. Matka zmarła, gdy chora miała 7 lat. Badana była trzecim z pięciorga dzieci. Ukończyła szkołę podstawową i podjęła pracę zarobkową. W wieku dwudziestu kilku lat wyszła za mąż. Wkrótce zaszła w ciążę, przerwała pracę na około 12 lat, w tym czasie urodziła drugie dziecko. Po długiej przerwie ponownie zaczęła pracować jako sprzątaczką w szkole podstawowej, gdzie była zatrudniona aż do emerytury.

Leczona psychiatrycznie od 2000 roku z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających. Pacjentka trafiła do kliniki w lipcu 2004 roku w ciężkim stanie psychicznym i somatycznym. Halucynowała słuchowo i wzrokowo, wypowiadała urojenia nihilistyczne. Zaprzestała regularnego przyjmowania leków na nadciśnienie oraz cukrzycę, co spowodowało rozchwianie dobrze do tej pory kontrolowanej

glikemii. Ambulatoryjnie leczona była bezskutecznie wieloma lekami psychotropowymi. W oddziale kontynuowano leczenie perazyną, zwiększając jej dawkę, jednak wobec pogarszającego się stanu psychicznego i somatycznego pacjentki odstąpiono od psychofarmakoterapii i zdecydowano o zastosowaniu EW. Wykonano serię 9 zabiegów EW, z dwuskroniową lokalizacją elektrod, 2 zabiegi w tygodniu. Po 2 zabiegach widoczna była już poprawa stanu psychicznego a po 5 zabiegach całkowicie ustąpiły objawy psychotyczne, nastrój uległ wyrównaniu, jednocześnie poprawił się stan somatyczny.

W wykonanych badaniach diagnostycznych stwierdzono: MR głowy: dwa drobne ogniska hiperintensywne w sekwencjach T2-zależnych zlokalizowane podkorowo w płatach czołowych – odpowiadające niespecyficznym demielinizacjom, najpewniej naczyniopochodnym. Poszerzenie przestrzeni płynowych okołonaczyniowych Virchowa-Robina okolic jąder podkorowych. EEG: zapis w granicach normy z modyfikacją emocjonalną lub polekową. W psychologicznych badaniach osobowości (test DKO): nieco podwyższony wynik w skali psychastenia, pozostałe wyniki w normie. W badaniu somatycznym: otyłość, cukrzyca insulinozależna typu II, hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze.

Pacjentka przez rok leczona podtrzymującymi EW z dobrym skutkiem. Zabiegi wykonywano co 4 tygodnie, nie stosowano dodatkowo psychofarmakoterapii.

W czerwcu 2005 r. dowiedziała się o chorobie nowotworowej męża. Posmutniała, spowolniała, zamartwiała się drobiazgami. W lipcu przyjęta do kliniki w obniżonym nastroju, zdezorientowana co do czasu, ujawniała spowolniały tok myślenia. Rozpoznano zaburzenia depresyjne nawracające – epizod umiarkowany. Przeprowadzono serię 10 zabiegów EW uzyskując pełną remisję. Pacjentkę wypisano z zaleceniem sejsmoterapii podtrzymującej.

Po roku, w lipcu 2006 ponownie hospitalizowana psychiatrycznie po samookaleczeniu. Była zdezorientowana allopsychicznie, w utrudnionym kontakcie werbalnym z uwagi na doznawane treści psychotyczne. Wypowiadała urojenia prześladowcze, ksobne, utraty bliskich, ruminacje o śmierci męża i własnej. Była spowolniona psychoruchowo. W trakcie hospitalizacji zachowywała się czynnie agresywnie wobec personelu i innych pacjentów. Odmawiała spożywania posiłków i płynów w związku z czym pogorszeniu uległ także jej stan somatyczny. Rozpoznano zaburzenia depresyjne nawracające – epizod ciężki z objawami psychotycznymi. Z wywiadu od córki stan psychiczny pacjentki pogarszał się z powodu zbliżającej się kontroli onkologicznej męża. Wykonano serię 9 zabiegów EW, po 5 zabiegu była widoczna znacząca poprawa. Wypisana do domu w stanie pełnej remisji.

Ponowne pogorszenie stanu psychicznego obserwowano w listopadzie 2006. Chora zamartwiała się o przyszłość męża i własną, nie wiedziała, czy sama sobie poradzi. Wypowiadała urojenia ksobne i prześladowcze. Zgłaszała problemy z koncentracją i bezsennością. Pacjentkę hospitalizowano rozpoznając zaburzenia depresyjne nawracające – epizod ciężki z objawami psychotycznymi. Wykonano 7 zabiegów EW, po 5 nastąpiła poprawa. Wypisana do domu w wyrównanym stanie psychicznym.

W kwietniu 2007 córka wraz z rodziną wyjechała do Anglii w celach zarobkowych, co spowodowało nawrót

choroby. Trafiła do kliniki zdezorientowana allopsychicznie, w obniżonym nastroju, płaczliwa, spowolniała ruchowo. Obecne były myśli rezygnacyjne, nastawienia prześladowcze. Wypowiadała urojenia winy i nihilistyczne. Błędnie rozpoznawała osoby z otoczenia. Odmawiała przyjmowania płynów i posiłków. Wymagała unieruchomienia pasami. Nastąpiło pogorszenie stanu somatycznego. Rozpoznano zaburzenia depresyjne nawracające – epizod ciężki z objawami psychotycznymi. Wykonano serię 13 zabiegów EW, po 7 zabiegach widoczna znaczna poprawa stanu psychicznego i somatycznego. Wypisana do domu w pełnej remisji, z zaleceniami podtrzymującej terapii EW.

W chwili obecnej pacjentka jest w trakcie sejsmoterapii podtrzymującej z dobrym skutkiem. Zabiegi EW wykonywane są co 4 tygodnie. Do tej pory łącznie wykonano u badanej 100 zabiegów EW.

KOMENTARZ

Od momentu zachorowania pacjentka leczona była różnymi neuroleptykami i lekami przeciwdepresyjnymi bez istotnej poprawy. Od 2004 roku leczona jest podtrzymującymi zabiegami EW, nie wymaga stosowania psychofarmakoterapii. Mimo to, podczas trzyletniego stosowania podtrzymującej sejsmoterapii 3-krotnie obserwowano nawroty ciężkiego epizodu depresji z objawami psychotycznymi oraz jeden epizod depresji umiarkowanej.

Rodzi się więc pytanie o skuteczność podtrzymujących EW u prezentowanej pacjentki?

U badanej stwierdzono dyskretne zmiany organiczne w MR głowy, które można nazwać niemymi klinicznie, podwyższone wartości cholesterolu oraz choroby somatyczne: cukrzycę i nadciśnienie tętnicze. Należy podkreślić bardzo dobrą tolerancję zabiegów EW przez pacjentkę. Występowały nawet roczne okresy pełnej remisji. Zdajemy sobie sprawę, że ta metoda leczenia nie jest w pełni skuteczna, ale jeżeli nie EW, to co możemy zaoferować pacjentce? Zgodnie z literaturą po okresie skutecznej podtrzymującej terapii EW można zastosować psychofarmakoterapię – nortryptylinę z mirtazapiną [4]. W Polsce nortryptylina nie jest zarejestrowana, natomiast mirtazapina nie wydaje się dobrym lekiem dla pacjentki z nadwagą i cukrzycą.

Można również zastanowić się u badanej nad hipotezą *kindling*. Analizując przebieg choroby pacjentki można zaobserwować zagęszczenie faz endogennej depresji w ostatnim czasie. Można przypuszczać, że obecność czynników reaktywnych (choroba nowotworowa męża, wyjazd córki za granicę), zmieniła biochemię mózgu pacjentki co skutkowało częstszymi nawrotami faz endogennej depresji [10]. Nawet intensywne leczenie biologiczne EW nie było w stanie powstrzymać tego zjawiska.

Czy można jednak w świetle przytoczonych dylematów jednoznacznie zakwestionować skuteczność podtrzymującej sejsmoterapii u naszej pacjentki?

PIŚMIENNICTWO

1. Kalinowski A. Elektrowstrząsy. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red). Psychiatria. Tom 3. Wrocław: Urban & Partner; 2003, s. 188–196.

2. Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S. Psychiatria. Warszawa: PZWL; 1989.
3. Sackheim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase ME, Mann J, Pettinati HM, Greenberg RM, Crowe RR, Cooper TB, Prudic J. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. JAMA. 2001; 285: 1299–1307.
4. Kellner CK, Knapp RG, Petrides G, Rummans TA, Husain MM, Rasmussen K, Mueller M, Bernstein HJ, Connor K, Smith G, Biggs M, Bailine SH, Sampson S, Fink M. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the consortium for research in electroconvulsive therapy. Arch Gen Psychiatry. 200; 63: 1337–1344.
5. Meyers BS, Klimstra SA, Gabriele M, Hamilton M, Kakuma T, Tirumalasetti F, Alexopoulos GS. Continuation treatment of delusional depression in older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2001; 9: 415–422.
6. Fink MD, Taylor MD. Electroconvulsive therapy: evidence and challenges. JAMA. 2007; 298: 330–332.
7. Palińska D, Sobów T, Kłoszewska I. Stosowanie elektroterapii u pacjentów w wieku podeszłym: analiza doświadczeń własnych. Psychogeriatr Pol. 2005; 2(3): 287–295.
8. Andrade C, Aurinji S. Continuation and maintenance ECT: a review of recent research. J ECT. 2002; 18: 149–158.
9. Pużyński S, Beręsewicz M. Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1993.
10. Kupka R. Kindling as a model for affective disorders. http://www.antenna.nl/lithium/english/publications/Kupka_abstract_aug_2001.htm

Nadesłano: 22.01.08 Zrecenzowano: 11.02.08 Przyjęto: 05.05.08

Adres: Dr Magdalena Drozdek, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, e-mail: magda.drozdek@gmail.com