



Terapia elektrowstrząsami u matki i córki w przebiegu dwóch różnych chorób psychicznych

Electroconvulsive therapy in mother and daughter in the course of two different psychiatric diseases

KAROLINA DRZYŻGA, KRZYSZTOF KUCIA, WOJCIECH MERK,
MAŁGORZATA PRZYTUŁA, MAGDALENA MOSTOWSKA-GRZESIK

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Autorzy ukazują skuteczność elektrowstrząsów u matki oraz córki w przebiegu lekoopornej depresji nawracającej i lekoopornej schizofrenii paranoidalnej.

Przypadek. 64-letnia matka choruje od 9 lat na zaburzenia depresyjne nawracające. Sześciokrotnie występowały u niej epizody o nasileniu ciężkim z objawami psychotycznymi. Z powodu nieskuteczności prowadzonej wcześniej psychofarmakoterapii, od 5 lat stosowane są u pacjentki zabiegi elektrowstrząsowe. 31-letnia córka cierpi od roku na schizofrenię paranoidalną. W terapii początkowo skuteczna okazała się olanzapina, jednak podczas kolejnej hospitalizacji zadowalający efekt przyniosło jedynie wdrożenie elektrowstrząsów.

Komentarz. U matki i córki występują dwie różne choroby psychiczne. Elementami wspólnymi są jednak objawy psychotyczne, lekooporność, skuteczność elektrowstrząsów oraz bardzo dobra ich tolerancja.

SUMMARY

Objective. The authors present beneficial effects of electroconvulsive therapy (ECT) in two family members: a mother suffering from drug-resistant recurrent depression and her daughter with drug-resistant paranoid schizophrenia.

Case. The 64-year-old mother was diagnosed with recurrent depression 9 years earlier and had a history of 6 severe psychotic episodes. Since her psychopharmacotherapy proved unsuccessful, she was receiving maintenance ECT during the past 5 years. Her 31-year-old daughter has been suffering from paranoid schizophrenia for a year. Although her therapy with olanzapine was initially promising, ECT turned out to be the only effective treatment during her subsequent hospitalization.

Comments. The mother and her daughter suffer from two different psychiatric disorders. However, they share some common elements: psychotic symptoms, drug-resistance, a good tolerance to and high efficacy of electroconvulsive therapy.

Słowa kluczowe: elektrowstrząsy/schizofrenia paranoidalna/depresja

Key words: electroconvulsive therapy/paranoid schizophrenia/depression

Na przestrzeni dziejów w leczeniu chorób psychicznych próbowano stosować rozmaite terapie wstrząsowe. W 1927 roku Manfred Sakel przypadkowo przedawkował insulinę u swojej pacjentki, co zapoczątkowało terapię za pomocą śpiączek insulinowych. Siedem lat później, Ladislas von Meduna wywołał napad padaczkowy za pomocą iniekcji olejku kamforowego. Elektrowstrząsy (EW) jako terapia zostały po raz pierwszy zastosowane w 1938 roku przez Ugo Cerletti'ego i Luigi Bini. Metoda ta została praktycznie zarzucona pod koniec lat 50., co związane było z erą psychofarmakoterapii. Obecnie na świecie wykonywanych jest około 1.000.000 zabiegów EW rocznie [1]. Poniżej omówiono skuteczność terapii elektrowstrząsami u matki i córki w przebiegu dwóch różnych chorób psychicznych.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

64-letnia matka pochodziła z pełnej rodziny, była trzecim z pięciorga dzieci. Wywiad rodzinny w kierunku chorób psychicznych był negatywny. Ukończyła szkołę podstawową i pracowała jako sprzątaczką. W wieku dwudziestu kilku lat wyszła za mąż. Urodziła dwoje dzieci. W chwili przyjęcia do kliniki była już na emeryturze. Badana leczyła się psychiatrycznie od 2000 r. z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających. Była obciążona somatycznie nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą insulinozależną typu II, otyłością oraz hipercholesterolemią.

W lipcu 2004 roku została przeniesiona do Kliniki z rozpoznaniem epizodu ciężkiej depresji z objawami

psychotycznymi. Wypowiadała urojenia nihilistyczne, przejawiała halucynacje wzrokowe i słuchowe. Wykonano rezonans magnetyczny głowy, który ujawnił dwa drobne ogniska hiperintensywne w płatach czołowych odpowiadające najpewniej zmianom naczyniopochodnym oraz poszerzenie przestrzeni płynowych okołonaczyniowych okolic jąder podkorowych.

Z powodu nieskuteczności farmakoterapii zastosowano EW. Wykonano 9 zabiegów EW, po 5-tym zabiegu nastąpiła znacząca poprawa stanu psychicznego. Od tamtego czasu pacjentka jest leczona wyłącznie za pomocą podtrzymujących zabiegów EW wykonywanych co 4 tygodnie w warunkach szpitalnych. Pomimo zabiegów 5-krotnie obserwowano nawroty ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi oraz dwa epizody o nasileniu umiarkowanym. W fazie zaostrzeń każdorazowo wykonywano serię zabiegów EW. U chorej do tej pory łącznie wykonano 130 zabiegów EW, najdłuższy okres remisji objawów wynosił 1 rok.

Przypadek 2

31-letnia córka była wychowana również w pełnej rodzinie, miała starszego brata. Ukończyła technikum cukiernicze. Po zdaniu matury wyszła za mąż i urodziła jedno dziecko. Pracowała w swoim zawodzie. Leczyła się psychiatrycznie powodu schizofrenii paranoidalnej od sierpnia 2008 roku. Była obciążona somatycznie nadwagą.

W maju 2009 roku została przeniesiona do kliniki w trakcie drugiego nawrotu choroby. W chwili przyjęcia była zdezorientowana allopsychicznie, w obojętnym nastroju i podwyższonym napędzie psychoruchowym. Rozkojarzona, wypowiadała urojenia ksbne, prześladowcze, oddziaływania oraz wielkościowe. Przejawiała agresję słowną i czynną względem rodziny i personelu medycznego. Wykonany rezonans magnetyczny głowy oraz badania laboratoryjne mieściły się w granicach normy.

Z powodu nieskuteczności intensywnej farmakoterapii, a także ze względu na nasiloną agresję, do terapii olanzapiną postanowiono dołączyć elektrowstrząsy. Wykonano 10 zabiegów EW skojarzonych z olanzapiną. Po drugim zabiegu nastąpiła znacząca poprawa stanu psychicznego w zakresie zarówno objawów pozytywnych, jak i negatywnych. Poprawę tę obrazował spadek punktacji w skali PANSS – podczas stosowania 30 mg olanzapiny chora uzyskała 112 punktów, natomiast po drugim zabiegu EW skojarzonym z 20 mg olanzapiny stan psychiczny chorej oceniono na 42 punkty.

Pacjentkę wypisano do domu z zaleceniem przyjmowania olanzapiny w dawce 10 mg/die.

KOMENTARZ

Matka choruje na zaburzenia depresyjne nawracające. Odróżnienie depresji psychotycznej od depresji bez objawów wytwórczych jest kluczowe, ponieważ farmakoterapia w depresji psychotycznej skutkuje mniejszym odsetkiem remisji [2]. W depresji psychotycznej farmakoterapia wyłącznie lekami przeciwdepresyjnymi pozwala uzyskać remisję u 30-40% pacjentów, natomiast farmakoterapia skojarzona z lekami przeciwpowrotycznymi u 60-70%

chorych [3, 4, 5]. EW według różnych autorów umożliwia remisję u 83-95% pacjentów z depresją psychotyczną, a tylko u 55% chorych z depresją niepsychotyczną [6, 7, 8]. W przypadku depresji psychotycznej odsetek remisji po zastosowaniu EW jest zatem wyższy niż po skojarzonym leczeniu farmakologicznym, a także wyższy niż w grupie pacjentów bez objawów wytwórczych.

U naszej pacjentki EW są stosowane jako wyłączna terapia od 5 lat. Pacjentka bardzo dobrze toleruje zabiegi. Dane literaturowe potwierdzają, że kilkuletnia podtrzymująca terapia EW jest skuteczna i dobrze tolerowana [9, 10, 11].

Córka natomiast choruje na schizofrenię paranoidalną i podobnie jak matka wykazuje oporność na farmakoterapię. Odsetek schizofrenii opornych na farmakoterapię według różnych autorów waha się od 25 do 60% [12, 13]. U naszej pacjentki ze względu na brak poprawy i znacznie nasiloną agresję postanowiono dołączyć EW do terapii olanzapiną, co zgodnie z literaturą daje szybszy efekt i wyższy wskaźnik remisji w porównaniu z wyłączną farmakoterapią [14]. Potwierdził to przypadek naszej chorej, która uzyskała znaczną poprawę stanu klinicznego już po drugim zabiegu EW skojarzonym z olanzapiną. Według danych literaturowych podtrzymująca terapia EW skojarzona z farmakoterapią zmniejsza częstości nawrotów w porównaniu z wyłączną farmakoterapią podtrzymującą [15].

Matka i córka cierpią na dwie różne choroby psychiczne¹. Matka choruje na zaburzenia depresyjne nawracające, córka na schizofrenię paranoidalną. Elementami wspólnymi są jednak objawy psychotyczne, brak efektu stosowanej farmakoterapii, dobra odpowiedź na terapię EW oraz dobra tolerancja zabiegów EW.

PIŚMIENICTWO

1. McCall WV. Electroconvulsive therapy in the era of modern psychopharmacology. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2001; 4: 315-324.
2. Flint AJ, Rifat SL. Two-year outcome of psychotic depression in late life. *Am J Psychiatry.* 1998; 155: 178-183.
3. Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D, Pedic F. Psychotic (delusional) depression: a meta-analysis of psychical treatments. *J Affect Disord.* 1992; 24: 17-24.
4. Vega JAW, Mortimer AM, Tyson PJ. Somatic treatment of psychotic depression: Review and recommendations for practice. *J Clin Psychopharmacol.* 2000; 20: 504-519.
5. Zyss T, Hese RT, Zięba A, Datka W. Dalsze leczenie po zakończeniu serii zabiegów elektrowstrząsowych. *Med Prakt Psychiatria.* 2009; 4: 79-84.
6. Birkenhäger TK, Pluijms EM, Lucius SAP. ECT response in delusional versus nondelusional depressed inpatients. *J Affect Disord.* 2003; 74: 191-195.
7. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders. New York: New York State Psychiatric Institute; 1996.

¹ Stanowczość twierdzenia Autorów na temat odrębności „dwóch chorób” warto skonfrontować z toczącą się aktualnie dyskusją na temat Kraepelinowskiej dychotomii, podsycaną interesującymi argumentami farmakoterapeutycznymi i genetycznymi (por. np. komentarz Craddocka i Owena w *Brit J Psychiatry* 2010; 196: 92-95). Także przedstawiony opis przypadków może wnosić coś do tej dyskusji (przyp. red.)

8. Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, Rummans TA, O'Connor KM, Rasmussen KG Jr, Bernstein HJ, Biggs M, Bailine SH, Kellner CH. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: A report from CORE. *J ECT*. 2001; 17: 244-253.
9. Andrade C, Kurinji S. Continuation and maintenance ECT: a review of recent research. *J ECT*. 2002; 18: 149-158.
10. Frederikse M, Petrides G, Kellner C. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for the treatment of depressive illness: a response to the National Institute for Clinical Excellence report. *J ECT*. 2006; 22: 13-17.
11. Wijkstra J, Nolen WA. Successful maintenance electroconvulsive therapy for more than seven years. *J ECT*. 2005; 21: 171-173.
12. Essock SM, Hargreaves WA, Dohm F, Goethe J, Carver L, Hipshman I. Clozapine eligibility among state hospital patient. *Schizophr Bull*. 1996; 22: 15-25.
13. Tang WK, Ungvari GS. Efficacy of electroconvulsive therapy in treatment – resistant schizophrenia: a prospective open trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2003; 27: 373-379.
14. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; 2: CD000076.
15. Chanpattana W, Chakrabhand MLS, Sackheim HA, Kitaroonchai W, Kongsakon R, Techakasem P, Buppanharun W, Tuntirungsee Y, Kirdcharoen N. Continuation ECT in treatment – resistant schizophrenia: a controlled study. *J ECT*. 1999; 15: 178-192.

Wpłynęło: 16.11.2009. Zrecenzowano: 18.11.2009. Przyjęto: 09.12.2009.

Adres do korespondencji: lek. Karolina Drzyzga, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ziolowa 45/47, 40-635 Katowice, e-mail: karolina_dragon@interia.pl