

Leczenie depresji elektrowstrząsami

Electro-shock therapy of depressions

ANTONI KALINOWSKI

Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Autor podsumowuje współczesne poglądy na temat wskazań i techniki stosowania elektrowstrząsów w leczeniu depresji (red.).

Słowa kluczowe: depresje - leczenie elektrowstrząsowe

Wszyscy autorzy (15, 13, 7) są zgodni, że głównym wskazaniem do terapii EW są zespoły depresyjne w przebiegu choroby afektywnej dwu- i jednobiegunowej oraz inne zespoły o obrazie endogennym (np. depresje w wieku starczym, depresje "poporodowe"). Niektórzy autorzy (18) zawężają wskazania wyłącznie do depresji psychotycznych i depresji z nasilonymi myślami i tendencjami samobójczymi.

Przyjmuje się, że leczenie depresji endogennej należy zaczynać od stosowania klasycznych trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych w stosownych dawkach i w odpowiednio długim czasie oraz psychoterapii, a jeśli metody te okażą się nieskutecznymi można wówczas podjąć kurację EW (10, 13, 6). Ich skuteczność jest wówczas duża i dotyczy 80-90% leczonych (w szczególności chorych w starszym wieku z nasilonymi somatycznymi objawami depresji). Skuteczność EW w depresjach opornych niektórymi uważają za nieudowodnioną (6).

EW stosuje się też u osób, u których leki przeciwdepresyjne są przeciwwskazane z powodu choroby somatycznej (6). Również od EW leczenie należy zaczynać u chorych z ostrymi tendencjami samobójczymi; u pacjentów, którzy nie przyjmują posiłków, zwłaszcza kiedy zagraża im odwodnienie i wyniszczenie oraz u chorych w średnim lub starszym wieku z urojeniami depresyjnymi, ze znacznie nasilonym podnieceniem ruchowym, z powodu którego wymagałoby unieruchomienia bądź stosowania

polipragmazji. Również i w osłupieniu depresyjnym EW są metodą terapii z wyboru (6).

Argumentem przemawiającym za stosowaniem EW jako metody z wyboru u wyżej wymienionych chorych jest krótszy czas od podjęcia terapii do wystąpienia poprawy, przez co zmniejsza się ryzyko samobójstwa i wyczerpania (14).

Niekiedy również i czynniki socjalne mogą skłaniać do zastosowania EW jako pierwszej metody leczniczej, np. w razie konieczności krótkiej hospitalizacji ze względów rodzinnych (u karmiących matek), społecznych, zawodowych, środowiskowych, ekonomicznych (13).

Badania nad skutecznością EW w leczeniu zespołów depresyjnych są często nieporównywalne z powodów metodologicznych, ale jak wynika z przeglądu literatury (4, 5) metoda ta jest niewątpliwie skuteczna w leczeniu głębokich depresji endogennych, w tym psychotycznych. Fink (9) i inne autorytety w tym zakresie podkreślają bezpieczeństwo leczenia EW chorych w każdym wieku, a zwłaszcza osób starszych.

Część autorów (14, 8, 1, 12, 6, 16) dowodzi nawet przewagi EW nad farmakoterapią. Przewaga ta wynikać ma stąd, że trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne powodują powikłania sercowo-naczyniowe, mogą być użyte do celów samobójczych, osoby starsze mogą ich nie tolerować z powodu działania cholinolitycznego (wysychanie śluzówek jamy ustnej, zatrzymanie

moczu, trudności w czytaniu); ponadto od wdrożenia farmakoterapii do uzyskania poprawy upływa zwykle kilka tygodni. Weiner (17) uważa nawet, że ryzyko farmakoterapii i nasilenie objawów niepożądanych może być większe niż w trakcie leczenia EW.

Kalinowski (13), wielki propagator leczenia EW, podaje, że odsetek remisji w chorobie afektywnej dwubiegunowej leczonej tą metodą sięga 100%. Inni autorzy (11, 2) sądzą, że EW są przynajmniej tak skuteczne jak leki przeciwdepresyjne; na pewno zaś nie udowodniono przewagi innych metod leczenia nad EW w głębokich depresjach (4). Wiele danych wskazuje, że zabiegi EW co najmniej zmniejszają nasilenie objawów depresji u chorych, którzy przedtem nie reagowali na adekwatne dawki leków przeciwdepresyjnych. Wykazano też, że u chorych, u których nie było poprawy po lekach przeciwdepresyjnych, zastosowanie EW zapewniło liczbę popraw sięgającą 90% (1).

Za pewnik uważa się, że EW mają szybszy początek działania niż większość konwencjonalnie stosowanych leków, zmniejszają też umiarkowanie i ryzyko samobójstwa i prób samobójczych (2, 3).

Sauer (16) w 1987 r. w wyniku analizy 60 prac dotyczących skuteczności terapii w zespołach depresyjnych ustalił, że w wyniku leczenia EW remisje uzyskano u 71% chorych, po zastosowaniu imipraminy u 52%, fenelzyny - 30% i w grupie placebo - 39% leczonych.

Zwraca się uwagę na przydatność leczenia EW chorób afektywnych u kobiet w ciąży, zwłaszcza w pierwszym jej trymestrze (4). Przewaga nad farmakoterapią w takich stanach ma wiązać się z brakiem ryzyka teratogennego, które towarzyszy działaniu leków psychotropowych (10). W okresie poporodowym EW uznane są za metodę z wyboru, gdyż dają szybki efekt i pozwalają matce na szybkie karmienie piersią (14). U dzieci matek leczonych EW nie stwierdzano nienormalności psychicznych ani fizycznych (13).

W rozważaniach nad zastosowaniem u konkretnego pacjenta leczenia EW należy uwzględnić korzyści wynikające z zastosowanej terapii

w stosunku do ryzyka jej towarzyszącego, przy czym te ostatnie szacować w stosunku do ryzyka towarzyszącego metodom alternatywnym (4).

Za podjęciem EW jako leczenia z wyboru przemawia:

1. rozpoznanie depresji endogennej psychotycznej lub z tendencjami samobójczymi, których nie można opanować innymi metodami,
2. znaczne nasilenie depresji zagrażające życiu pacjenta z powodu: tendencji samobójczych, długotrwałej odmowy przyjmowania posiłków, znacznie nasilonego podniecenia,
3. stwierdzenie skutków depresji zagrażających życiu w postaci wyniszczenia i wyczerpania, zwłaszcza u osób w starszym wieku,
4. obecność schorzeń somatycznych wykluczających możliwość zastosowania trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, inhibitorów MAO, neuroleptyków,
5. ciężka depresja w pierwszym trymestrze ciąży.

EW jako leczenie drugiego rzutu stosuje się w:

1. depresjach, w których zawiodły leki,
2. depresjach przewlekłych,
3. depresjach u osób starszych dotkniętych schorzeniami somatycznymi,
4. depresjach w ciąży i w okresie okołoporodowym.

TECHNIKA LECZENIA

Należy unikać kojarzenia leczenia EW z trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi i niektórymi neuroleptykami, inhibitorami MAO, solami litu. Zaleca się odstawienie litu i leków psychotropowych przed podjęciem kuracji EW, wprowadza się je ponownie po zakończeniu kuracji jeśli są takie wskazania. Niektórzy (6, 14) zalecają jako postępowanie standardowe stosowanie dawek podtrzymujących przez okres kilku miesięcy.

Za przeciwwskazane uważa się stosowanie benzodiazepin tuż przed i w trakcie leczenia EW oraz długo działających barbituranów, które podwyższają próg drgawkowy (zmniejszają one skuteczność EW). Benzodiazepiny należy odstawić na kilka dni przed planowanym rozpoczęciem EW.

Najczęściej stosuje się 2-3 zabiegi w tygodniu i Fink (7) w typowej depresji zaleca następujący schemat postępowania: w pierwszym tygodniu leczenia 3 zabiegi, w drugim tygodniu – 2, w trzecim tygodniu – 1 i w czwartym tygodniu 1-2 zabiegi. W głębokich depresjach z bardzo dużym ryzykiem samobójstwa niektórzy autorzy stosują 2-3 zabiegi dziennie przez 2-3 dni. W depresji endogennej stosuje się na ogół 4-8, według innych autorów 6-12 zabiegów. Jeśli po 8 zabiegach nie obserwuje się istotnej poprawy klinicznej nie ma wskazań do kontynuowania terapii (6). Według Finka (7) kurację w depresji endogennej należy zakończyć, kiedy u chorego ustępują objawy wegetatywne depresji i normalizuje się sen.

PIŚMIENNICTWO:

1. Avery D., Winokur G.: Biol. Psychiat., 1977, 12, 507-523.
2. Avery D., Winokur G.: Arch.Gen.Psychiat., 1976, 33, 1029-1037.
3. Avery D., Winokur G.: Arch.Gen.Psychiat., 1978, 35, 749-753.
4. Blaine J.D., Clare S.M.: Psychopharmacol.Bull., 1986, 22, 445-452.
5. Brandon S.: Psychopharmacol.Bull., 1986, 22, 465-468.
6. d'Elia G., Ottoson J.O., Stromgren L.S.: Acta Gen. Psychiat., 1983,40, 577-581.
7. Fink M.: Convulsive therapy, Raven Press, New York, 1979.
8. Fink M.: Convulsive therapy, 1985, 1, 204-216.
9. Fink M.: Psychopharmacol.Bull., 1982, 18, 110-116.
10. Fink M.: Psychiat. Letter, 1986, 4, 7-12.
11. Gangadhar B.N., Kapur R.L., Kalyanasundaram S.: Br.J. Psychiat., 1982, 141, 367-371.
12. Homan S., Lachenbruch P.A., Winokur G., Clayton P.: Psychological Med., 1982, 12, 615-624.
13. Kalinowsky L.B.: Biological treatments in psychiatry. Grune and Stratton, New York, London, 1982.
14. Ottoson J.O.: Biol.Psychiat., 1985, 20, 933-946.
15. Pużyński S.: Depresje, PZWL, Warszawa, 1988.
16. Sauer H.: Nervenarzt, 1987, 58, 201-209.
17. Weiner R.: The Behav. Brain Sci., 1984, 7, 1-53.
18. Welbel L.: W Psychiatria (red. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S.), t.3, PZWL, Warszawa, 1989.

*Adres: Dr Antoni Kalinowski, II Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa.*