

Elektrowstrząsy w leczeniu depresji w wieku podeszłym

Electroconvulsive therapy in the treatment of depression in the elderly

Ewa Hordyńska, Danuta Palińska, Tomasz Sobów

Z I Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi

Summary

Introduction: The use of an electroconvulsive therapy (ECT) in the elderly suffering from depression is still controversial in Poland. Not only psychiatrists but also specialists who qualify the patients for ECT – internal medicine specialists, neurologists and anaesthesiologists – treat the advanced age of a patient as a contraindication to ECT. It is also believed that ECT has adverse influence on the mental state of patients with the so-called psychoorganic syndrome. In most centres in Poland ECT is reserved for patients with drug-resistant depression and those in whom pharmacotherapy is contraindicated for any reason, such as pregnancy. Nevertheless the patients are carefully selected with respect to their physical condition.

In many countries however the older the patient, the more likely he/she is to receive ECT as a method of choice. The effectiveness of this method in elderly patients is considered to be higher than in younger groups. ECT seems to be particularly effective in depression with psychotic symptoms and psychomotor retardation. The adverse effect of ECT on cognitive functions (learning and memory) which is a great concern of both doctors and patients, is actually noted in a small group of patients and usually transient. Moreover, the frequency of occurrence of this effect in elderly is not greater than in younger patients.

Aim: We have been encouraged to write this paper by very promising results achieved in patients treated with ECT in the Psychogeriatric Ward of the 1st Department of Psychiatry, Medical University of Łódź.

Method: All 7 patients were diagnosed with severe depressive episode (in 4 cases with psychotic symptoms) in the course of either recurrent depression (6 cases) or bipolar disorder (1 case).

Results: In all patients at least partial improvement was noted. It seems that ECT, assuming careful patient qualification, is an effective and safe method of therapy in elderly patients.

Słowa klucze: elektrowstrząsy, depresja, wiek podeszły

Key words: electroconvulsive therapy, depression, elderly

Wstęp

Metodę leczenia zaburzeń psychicznych elektrowstrząsami (EW) wprowadzili dwaj lekarze włoscy, U. Cerletti i L. Bini. W 1938 r. przeprowadzili oni pierwszy cykl

14 zabiegów EW u pacjenta z rozpoznaną schizofrenią, uzyskując szybką i trwałą poprawę stanu psychicznego. Elektrowstrząsy stopniowo upowszechniły się tak, że stosowano je jako główną metodę leczenia wszystkich chorób psychicznych. W latach sześćdziesiątych zostały one wyparte przez środki psychotropowe.

Biologicznego mechanizmu działania EW upatruje się w wywołaniu kontrolowanego, „dużego” napadu padaczkowego za pomocą prądu o określonych parametrach, przepływającego pomiędzy elektrodami przyłożonymi do okolic czołowo-ciemieniowych czaszki. Nowoczesne aparaty, zwane konwulsatorami, są wyposażone w monitory EEG i EKG. Umożliwiają one precyzyjne monitorowanie czynności bioelektrycznej mózgu i serca, by w ten sposób ocenić efekt zabiegu, jak również zwiększyć jego bezpieczeństwo. W Polsce terapię elektrowstrząsową wprowadzono w czasach drugiej wojny światowej.

Miejsce terapii elektrowstrząsowej w dzisiejszej praktyce psychiatrycznej

Pomimo znaczących postępów farmakoterapii, stosowanie elektrowstrząsów jest nadal istotną, bardzo skuteczną, bezpieczną i dobrze tolerowaną metodą leczenia. W Polsce, zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, leczenie elektrowstrząsami jest kwalifikowane jako procedura o podwyższonym ryzyku i może być zastosowane jedynie za pisemną zgodą pacjenta (RMZiOS z 04.08.1995, Dz. U. Nr 100, poz. 503, §1 pkt. 3)

Wśród wskazań do zastosowania terapii elektrowstrząsowej w leczeniu zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego wymienia się najczęściej:

- 1) stany depresyjne z zahamowaniem ruchowym
- 2) stany depresyjne z lękiem i podnieceniem ruchowym
- 3) stany depresyjne z towarzyszącymi zaburzeniami urojeniowymi
- 4) stany depresyjne z dużym ryzykiem samobójstwa
- 5) wyniszczenie i odwodnienie spowodowane odmową przyjmowania posiłków i płynów
- 6) brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne (depresje odporne na farmakoterapię) oraz występowanie poważnych objawów niepożądanych podczas jego stosowania.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [1] EW jako leczenie pierwszego rzutu (bez względu na wiek chorego!) powinno się rozważać w następujących sytuacjach klinicznych: stwierdzenia nasilonych tendencji samobójczych, wyniszczenia i/lub odmowy przyjmowania posiłków i płynów, uprzednio dobrej reakcji na EW oraz preferencji pacjenta.

Zgodnie ze standardami przyjętymi w 2001 roku, bezwzględными wskazaniami do zastosowania terapii EW w wieku podeszłym są:

- depresje psychotyczne odporne na farmakoterapię
- depresje niepsychotyczne o znacznym nasileniu, odporne na leczenie farmakologiczne
- depresje ze znacznym ryzykiem samobójstwa [2].

Terapia elektrowstrząsowa pełni znaczącą rolę w leczeniu zespołów depresyjnych u ludzi w podeszłym wieku. Badania retrospektywne prowadzone w USA pokazały, że najliczniejszą grupą pacjentów leczonych elektrowstrząsami są osoby powyżej 60 roku życia. W 1986 r. terapię EW zastosowano u 15,6% pacjentów w wieku powyżej 65 lat z rozpoznaniem choroby afektywnej i tylko u 3,4% pacjentów poniżej tej granicy wiekowej z tym samym rozpoznaniem [3]. Inne badania wskazują, że efekt leczniczy zabiegów EW jest lepszy u ludzi starych niż młodych [4–6]. Skuteczność terapeutyczna zabiegów EW oceniana jest w niektórych badaniach aż na 80–90%, wg innych autorów w wieku do 59 lat na 54%, w przedziale 60–74 lata na 73%, a u pacjentów powyżej 75 roku życia na 67% [7]. Niewiele jest prac badawczych porównujących skuteczność leczenia elektrowstrząsami z leczeniem farmakologicznym. Jedna z metaanaliz wykazała, że terapia EW jest o 20% bardziej skuteczna od leczenia trójcyklicznymi lekami przeciwdepresyjnymi i aż o 45% przewyższa terapię inhibitorami MAO [8]. Nie stwierdzono w żadnym badaniu, aby terapia EW była mniej skuteczna od farmakoterapii. Prowadzone były również badania porównujące jakość efektu terapeutycznego. Oceniały one obecność resztkowych objawów chorobowych, które obniżały komfort życia pacjentów i predysponowały do nawrotu choroby. Dowiodły, iż odsetek pacjentów bez objawów resztkowych był wyższy w grupie, u której zastosowano terapię EW [9]. Również pod względem szybkości powrotu do zdrowia zabiegi EW przewyższają farmakoterapię.

Zabiegi EW odgrywają istotną rolę w leczeniu starszych pacjentów cierpiących na depresję z objawami psychotycznymi. Taka postać depresji występuje aż u 20–45% pacjentów w wieku podeszłym, hospitalizowanych z rozpoznaniem depresji. Pacjenci ci reagują bardzo dobrze na zastosowaną elektroterapię, w przeciwieństwie do farmakoterapii, która z reguły bywa nieskuteczna. Dlatego też wielu klinicystów uważa EW za leczenie pierwszego rzutu w przypadku tego zaburzenia [10–12]. Niekiedy starsi ludzie nie reagują na standardowe leczenie EW, należy wówczas rozważyć większą liczbę zabiegów (nawet do 12–13 w leczeniu podtrzymującym), zastosowanie silniejszego bodźca lub podanie leków obniżających próg drgawkowy.

Pomimo tego, że zabiegi EW są bezpieczniejsze i szybciej przynoszą poprawę stanu zdrowia, ich zastosowanie rozważane jest w drugiej albo nawet w trzeciej kolejności (po nieskutecznej farmakoterapii). Niektóre badania wyraźnie wskazują na to, że im wcześniej zastosuje się EW, tym większe przynoszą one korzyści. Poza tym długość trwania epizodu depresji zwiększa oporność na leczenie. Zatem korzystniejsze jest szybkie zastosowanie EW aniżeli długotrwała farmakoterapia, tym bardziej że wraz z rozwojem oporności na leki zmniejsza się również wrażliwość na leczenie elektrowstrząsami [13–15]. Z tego punktu widzenia należałoby zweryfikować schematy leczenia, w których elektroterapia rozważana jest jako ostatnia metoda leczenia, w sytuacji, gdy inne zawiodą.

Ryzyko związane z terapią elektrowstrząsową

Śmiertelność związana z zabiegami EW jest bardzo niska – ocenia się ją na 1/10 000 pacjentów i jest porównywalna z ryzykiem zgonu przy znieczuleniu ogólnym.

nym w małej chirurgii [16, 6, 17]. Powikłania śmiertelne następują zwykle w wyniku zaburzeń krążenia, natomiast powikłania mózgowie są bardzo rzadkie [18]. Uważa się, że najbezpieczniejszy profil wykazują zabiegi wywołujące napady trwające 40–60 sekund. Przyjmuje się również, że zaburzenia hemodynamiczne i krążenia mózgowego podczas takich napadów są przejściowe i dobrze tolerowane nawet przez ludzi starych. Jeżeli jednak dochodzi do powikłań krążeniowych – zwykle pojawiają się one tuż po zabiegu, gdy pacjent pozostaje jeszcze pod opieką anestezjologa [19, 20].

Do najczęściej opisywanych powikłań należą:

1. Ze strony układu krążenia:
 - przedwczesne pobudzenia komorowe i inne komorowe zaburzenia rytmu
 - hiperkaliemia (spowodowana działaniem sukcynylocholino)
2. Ze strony OUN:
 - zaburzenia świadomości
 - wklonowanie mózgu lub mózdzku
 - zaburzenia pamięci
 - bóle i zawroty głowy.

Bezwzględne przeciwwskazania do EW są stosunkowo rzadkie i obejmują głównie ostre, klinicznie niestabilne choroby układu krążenia, takie jak świeży zawał mięśnia sercowego, świeży krwotok śródczaszkowy, świeży udar niedokrwienny, tętniak tętnic mózgowych lub aorty; ponadto guz chromochłonny nadnerczy, ostre zaburzenia metaboliczne (przełomy) oraz jaskrę z zamkniętym kątem przesączania. Podkreślić należy, że ani występowanie tzw. „organicznych zmian w OUN”, ani otępienia nie stanowią bezwzględnego przeciwwskazania do leczenia EW [1, 21]. Fink w 1979 roku opisywał skuteczność leczenia EW w depresji u chorych z guzami mózgu.

Badania retrospektywne wykazały, że u 0–77% starszych pacjentów poddanych terapii EW wystąpiło jedno powikłanie lub więcej [19, 13]. Prawdopodobieństwo powikłań wzrasta wraz z wiekiem pacjenta i rośnie u osób obciążonych chorobami somatycznymi (zwłaszcza układu krążenia). Profilaktyka związanych z zabiegiem powikłań sercowo-naczyniowych, w postaci znacznych wahań ciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu i ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego, obejmuje podawanie w okresie przed- i okołozabiegowym krótko działających beta-blokerów (labetalol, esmolol), nitratów, blokerów kanału wapniowego, hydralazyny, diazoxidu oraz blokerów zwojowych (trimethaphan) [22]. W ostatnich latach do znieczulenia ogólnego zaleca się stosowanie propofolu zamiast methohexitalu lub thiopentalu z uwagi na mniejsze ryzyko wystąpienia powikłań hemodynamicznych [23, 24]. Jedno z badań [19] wykazało, że 38 z 40 pacjentów z ciężkimi chorobami serca, których stan somatyczny został ustabilizowany farmakologicznie, przeszło pomyślnie i skutecznie terapię EW. Donoszono również o braku powikłań po zastosowaniu terapii EW u ludzi starszych z rozrusznikami serca.

Zaburzenia funkcji poznawczych a terapia EW

Zaburzenia funkcji poznawczych są jedną z głównych przyczyn ograniczenia zabiegów EW u ludzi starszych. Aktualna wiedza medyczna pozwala stwierdzić, że

można przewidzieć ich rozwój i stosować środki zapobiegające oraz zmodyfikować technikę zabiegu, aby zmniejszyć ich nasilenie (np. poprzez zastosowanie wstrząsów jednostronnych). Ponadto subiektywny odbiór zaburzeń przez pacjenta jest często nadmierny, dlatego celowe jest wykonanie badań neuropsychologicznych przed zabiegiem i po zabiegu, aby ocenić ich rzeczywiste nasilenie oraz tempo ich ustępowania.

Rodzaj zaburzeń funkcji poznawczych związanych z EW jest taki sam we wszystkich grupach wiekowych, jednakże u ludzi starych zaburzenia mogą być bardziej nasilone. Tuż po zabiegu występują przemijające zaburzenia neurologiczne, zaburzenia świadomości, zaburzenia sensomotoryczne oraz zaburzenia funkcji poznawczych – szczególnie uczenia się i pamięci. Istnieją pojedyncze zaledwie doniesienia kazuistyczne opisujące trwały zespół amnestyczny po EW, w większości przypadków zaburzenia pamięci mają przejściowy charakter. Utrwalone deficyty zwykle opisywano po zabiegach dwustronnych, przy stymulacji prądem zmiennym sinusoidalnie oraz przy obecności zmian organicznych OUN odpowiedzialnych za deficyt poznawczy występujący już przed zabiegami.

Techniki zabiegów EW

Od czasów wprowadzenia elektrowstrząsów, tj. od ponad 60 lat, technika zabiegów przeszła istotną ewolucję. Do wywołania uogólnionego napadu używa się konwulsatorów, które pozwalają precyzyjnie dawkować napięcie, natężenie i czas przepływu prądu.

W nowoczesnych konwulsatorach wszystkie parametry są zsynchronizowane i wymagają jedynie regulacji czasu przepływu prądu. Modyfikacja techniki EW polega również na zmianie rodzaju prądu. W aparatach tradycyjnych stosowana jest stymulacja prądem zmiennym, która bardziej zaburzała pamięć pacjenta. Badania wykazały, że wady tej pozbawiona jest metoda impulsacji szpilkowej, w której, w odróżnieniu od sposobu tradycyjnego, zastosowano ciąg impulsów prostokątnych (prądem stałym). Elektrowstrząsy szpilkowe umożliwiają zredukowanie całkowitej energii impulsów, co daje w efekcie parametry mające optymalną wartość stymulacji, przy minimalnej energii.

Inną modyfikacją leczenia EW jest możliwość ustawienia elektrod nie tylko dwuskroniowo, ale również jednostronnie (nad półkulą nie dominującą, zwykle prawą), co zmniejsza nasilenie powstrząsowych zaburzeń pamięci; z tego powodu technika jednostronna jest rekomendowana u ludzi w wieku podeszłym [25]. Mimo że skuteczność zastosowania terapii jedno- i dwustronnej jest porównywalna, to przy słabej odpowiedzi na zabiegi jednostronne zalecane jest powtórzenie terapii przy lokalizacji dwustronnej.

Czas trwania napadu nie jest parametrem, który pozwala jednoznacznie ocenić skuteczność zabiegu. Należy podkreślić, że nieskuteczne są zarówno bodźce podprogowe, jak i bodźce o wiele razy przekraczające próg drgawkowy, wywołujące napady o zwiększonej amplitudzie. Niektórzy lekarze mylnie sądzą, że krótkie, silne napady nie są skuteczne i że należy zwiększać siłę bodźca [26]. W efekcie, takie działanie jeszcze bardziej skraca napad oraz nasila zaburzenia funkcji poznawczych. W rzeczywistości

„najlepsze” napady padaczkowe wywołuje się bodźcem niewiele przewyższającym indywidualny próg drgawkowy, dlatego tak ważna jest znajomość tego parametru.

Zabiegi EW wykonuje się zwykle co drugi dzień (3 x w tygodniu), rzadko codziennie; na kurację przypada przeciętnie 10–12 zabiegów. W ostatnich latach coraz chętniej stosuje się zabiegi EW w leczeniu podtrzymującym (to jest po uzyskaniu remisji), nie ma jednak ściśle ustalonych reguł takiego postępowania. Zwyczajowo stosuje się podejście „wydłużających się przerw” pomiędzy kolejnymi zabiegami, począwszy od 1–2-tygodniowych do 2–3-miesięcznych, w zależności od stanu psychicznego pacjenta. Drugie podejście zakłada regularne stosowanie zabiegów EW, np. raz na miesiąc przez lata. W obydwu przypadkach konieczna jest okresowa kontrola funkcji poznawczych pacjenta. Nieliczne badania wskazują na brak pogłębiającego się deficytu poznawczego w trakcie takiego postępowania [27, 28].

EW u chorych w wieku podeszłym – obserwacje własne

W latach 1999–2001 na oddziale psychogeriatrycznym I Kliniki Psychiatrycznej AM w Łodzi leczylismy za pomocą elektrowstrząsów siedmioro pacjentów (jednego mężczyznę i sześć kobiet) w wieku powyżej 60 roku życia. We wszystkich przypadkach leczenie dotyczyło pacjentów z rozpoznaniem depresji opornej na farmakoterapię (po przeprowadzeniu co najmniej dwóch nieskutecznych kuracji lekami przeciwdepresyjnymi z różnych grup).

U wszystkich pacjentów stosowano także próby augmentacji leczenia podstawowego. Mimo tego aktualne ryzyko podjęcia próby samobójczej oceniono jako wysokie u pięciu chorych, a próbę samobójczą, w wywiadzie, u sześciu. U wszystkich chorych występowały towarzyszące choroby somatyczne. Najczęściej były to choroba niedokrwienne mięśnia sercowego, skompensowana niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa oraz cukrzyca typu II. Ponadto, w pojedynczych przypadkach, stwierdzano także wyrównaną nadczynność tarczycy, chorobę wrzodową żołądka, kamicy żółciową, jaskrę z otwartym kątem przesączania, łagodny przerost prostaty oraz przebyte wirusowe zapalenie wątroby. Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, leczenie dotyczyło pacjentów zaliczających się do najcięższej grupy chorych z licznymi towarzyszącymi chorobami somatycznymi.

Na dziewięć przeprowadzonych kuracji (dwoje pacjentów zostało poddanych dwukrotnym cyklom zabiegów), w siedmiu uzyskano ustąpienie objawów epizodu depresyjnego, w jednym przypadku wystąpiła zmiana fazy na maniakalną, w jednym leczenie było nieskuteczne.

Ze względu na małą liczbę przypadków należy odnieść się do tych obserwacji z ostrożnością. Najczęściej stwierdzanymi niepożądanymi objawami stosowania zabiegów były przejściowe wyższe ciśnienia tętnicze. U większości chorych obserwowano krótkotrwałe zaburzenia świadomości bezpośrednio po zabiegach. W dwóch przypadkach (82-letni mężczyzna i 72-letnia kobieta) obserwowano zaburzenia świadomości trwające dłużej niż 1 godzinę po zabiegu. U większości chorych występowały ponadto senność (trwająca do kilku godzin po zabiegu) oraz napięciowe bóle głowy. U trzech pacjentów, po uzyskaniu remisji objawów depresyjnych, rozpoczęliśmy

leczenie podtrzymujące. Tolerancja tak zaplanowanego leczenia podtrzymującego jest dobra, a u żadnego z chorych nie obserwujemy nawrotu depresji. Biorąc jednak pod uwagę krótki okres obserwacji oraz małą liczebność grupy, nie możemy w pełni ocenić skuteczności profilaktycznej leczenia podtrzymującego.

Wstępne wnioski

1. Elektrowstrząsy okazały się skuteczną metodą leczenia nawracającej depresji odpornej na farmakoterapię u pacjentów w wieku podeszłym hospitalizowanych na oddziale psychogeriatrycznym I Kliniki AM w Łodzi.
2. W opisaney przez nas serii kuracji nie obserwowano poważnych objawów niepożądanych.
3. Stwierdziliśmy szczególnie korzystne działanie EW u chorych z depresją z objawami psychotycznymi.
U wszystkich leczonych uzyskaliśmy remisję. Znaczenie tej obserwacji umniejsza jednak niewielka grupa pacjentów.
4. Nasze obserwacje potwierdzają też skuteczność leczenia EW w przypadkach, gdy uprzednio takie postępowanie przynosiło efekty.

Podsumowanie

Pomimo sceptycznych opinii wróżących zmierech wstrząsom elektrycznym, pozostają one nadal jedną z najskuteczniejszych i najbezpieczniejszych metod leczniczych stosowanych w psychiatrii, ze szczególnym uwzględnieniem terapii zaburzeń wieku podeszłego. Badania wskazują, że są one co najmniej tak samo skuteczne jak farmakoterapia, a częstość występowania objawów ubocznych i, co niezwykle istotne, śmiertelność przy leczeniu EW jest wyraźnie niższa niż przy leczeniu lekami antydepresyjnymi. Dla wielu pacjentów w wieku podeszłym zabiegi EW są metodą leczenia z wyboru, metodą pierwszego rzutu w leczeniu zespołów depresyjnych występujących jako schorzenie izolowane, a także powikłane innymi zaburzeniami. Staranna ocena stanu somatycznego pacjenta przed przeprowadzeniem zabiegów, wraz z ewentualną korektą ich leczenia, prawidłowe kwalifikowanie (ocena internisty, neurologa, okulisty oraz anestezjologa; badania laboratoryjne, elektrokardiogram, elektroencefalogram, badania obrazowe w wybranych przypadkach) oraz zindywidualizowany dobór parametrów prądu i posługiwanie się nowoczesnym sprzętem zapobiegają w większości przypadków występowaniu poważnych objawów niepożądanych. Nasze wstępne doświadczenia potwierdzają także dane z literatury o skuteczności stosowania EW w leczeniu profilaktycznym chorych z zaburzeniem depresyjnym nawracającym.

Yęłęñđřřęć đđć ěł-łíčč äłđđłńńčč đřřöčłńńä đđłęüüüäi äíčđřřńř

Ñäädčřřčł

Äññöđčłčłč: Ďčččłłłčłčł yęłęñđřřęä (ÝŘ) đđć ěł-łíčč äłđđłńńčč äíüüüüö đđłęüüüäi äíčđřřńř

d'điáocárlín éiúai níd'dñcáelice č qindialdné á D'ieuri. Éiúai d'nčöc'rdiá (f' nrečl' ir'd'rae' tucö ç nrečö ael'rnleünao nd'löc'ec'nniá á iaer'nnc' nldr'd'lanč=lnęai el=lic', ilad'ieiac=lnęai č rir'nł'čcięiac=lnęai) nre d'đleüüé aičdr'n d'röcl'lnr' dr'nč'rdc'ar'n eře d'dñc'aid'ieč'ričl' äe' el=lic'. YR. D'rd'd'nd'f'liú nrečl' el'icel, +ni YR ind'cö'mleüü äeč' tñ ir' d'nčöc'=lnęai n'nni' icl' d'röcl'lniá n' n.i. d'nčöü'dar'ic=lnęeč' nciad'ieie. Á aieür'cin'nal' d'ieü'nečö el=laüüö ö=d'lc'alic' ö YR d'čl'd'ad'ö'tünn' äe' neö=f'la äld'd'ln'ncč, d'lc'nn'liüüé ç ełeř'd'nn'ar'e čeč' čl' á nčn'öc'č ilaič'eie'niái d'd'čel'lic' ełeř'd'nn' (id' äld'el'liüüü), aič'ern'leüüü n'lečö'č'ic'čö' aieüüüö n' m' =eč' eđ'lic' čö n'ier'nč=lnęai n'nni' ic'. Nle äd'lel'licie, ai éiüacö n'nd'rirö eč'dr' =le n'nd'rl' d'röcl'ln, nle aieür'li eieč'=ln'niái d'd'čel'lic' YR eře eč'adr'niái el'niar' el=lic'. Yöölenc'ainn'ü yniái el'niar' á el=lic'č äld'd'ln'ncč d'röcl'lniá d'đleüüüái aič'd'r'n'r' iö'lic'ar'ln' ar'cl' aür'l, il'cl'ec' ö eieüüüö eł'ale n'nd'rar'tucö äld'd'ln'ncčle. In'ial'liü, d'd'e' ynič, d'ia=ld'eč'ar'ln' öid'ir'ec' d'lečöč' aieüüüö äld'd'ln'ncčle n' d'nčö'ö'nč=lnęeč'č nčed'n'ier'ec' č ial'c'ää'cl'liüüüü. Aieür'li al'nd'ie'ien'niái ad'r=le č d'röcl'lniá in'nn'č'nn' ç ind'cö'mleüüüéö äeč' ic'ę YR ir' d'ie'ir'ar'nleüüüü ööiečöč' (in'ial'liü ir' iaö=lic' č n.i. nal'cöy' d're' nü). Iliad'iac'ei in'el'nc'ü, +ni ync' 'äel'ic' d'd'čn'önn'äö'tn' n'ieü'e'i ö ilai'eür'niái d'd'io'lin'r' aieüüüö č, eře d'd'f'ac'ei, eđ'm'e'iad'le'liüü, nle aie'el', +ni aieüüüü d'đleüüüái aič'd'r'n'r' il' aieür'le n'nd'lic', =le eieüüüü, d'iaald'ar'nn' yničö ind'cö'mleüüüéö yööl'eno.

Crar'icel: Äe' ir'd'c'ar'ic' ynič d'r'ain'ü ir'eie'ic'ec' ir'n' ial'ur'tuel' d'lcö'eüüüüü el=lic' d'd'e' d'd'čel'lic'č y'eł'end'ir'ie'iar'e nldr'd'č' ö d'röcl'lniá, aind'c'n'ieč'č'eč'd'iar'üüö á D'nčö'ial'd'c'rd'nc=lnęie in'ale'lic'č I E'ec'ic'ec' d'nčöc'rd'ncč' Elä. řeř'al'ec'č ä ä. E'iač'č.

El'niä: Anle 7 aieüüüé, d'iaald'ar'ion'üé ael'rnleüünao, d'nn'ra'el'i ac'ra'ic' äld'd'ln'nc'ain' n' el'eüai y'd'eč'iar' (ä 4 neö=f' ö n' d'nčö'ö'nč=lnęeč'č nčed'm'ier'ec') ai ad'le' d'lcöc'ac'dö'tula' äld'd'ln'nc'ain' d'r'n'nd'ie'ien'ar' (ä neö=f'la), čeč' ääö'd'ie'ie'niái rööl'enc'ain' ir'dör'lic' (1 neö=f'e).

D'lcö'eüüüü: Ö an'lö el=liüüö YR d'ieö=f'li, öm' au' =r'n'nc'=il' öeö=f'lic' d'nčöc'=lnęai n'nni' ic'. Ir'ie' d'ld'au' ir'äe'jal'ic' č id'ün' d'd'e' d'd'čel'lic'č YR ö aieüüüö d'đleüüüái aič'd'r'n'r' éiü'nal'ur'tuel'. D'i-ac'ac'eieö, d'd'e' aie'ar'äie e'ar'ecö'c'e'p'öc'č aieüüüö y'eł'end'ir'ie'iar' nldr'd'č' 'äe'ln' y'eł'enc'ain'e' č al'č'd'r'n'ie' öid'eie' el=lic' äld'd'ln'ncč ö äld'c'rd'nc=lnęečö d'röcl'lniá.

Elektroschock bei Depressionsbehandlung im hohen Alter

Zusammenfassung

Die Anwendung vom Elektroschock in der Therapie der Depression im hohen Alter erweckt in Polen zahlreiche Streitfragen. Viele Psychiater (auch Fachärzte) betrachten selbst das Alter des Patienten als eine Kontraindikation zu ihrer Anwendung. Die Ansicht über einen ungünstigen Einfluss vom Elektroschock auf den psychischen Zustand der Patienten mit dem sogenannten psychoorganischen Syndrom ist allgemein bekannt. In den meisten Zentren in Polen wird Elektroschock nur für Fälle der arzneimittelresistenten Depresssion oder bei der Unmöglichkeit der Anwendung der Medikamente (zB. während der Schwangerschaft) bestimmt. Man wählt dann sorgfältig die Kranken im Hinblick auf den somatischen Zustand aus. Je älter der Patient, desto häufiger wird vorläufig in den meisten Ländern der Elektroschock als eine ausgewählte Behandlungsmethode angewandt. Die Wirksamkeit dieser Methode wird bei der Behandlung der Depression der Patienten im hohen Alter sogar höher geschätzt als in den jüngeren Altersgruppen der Kranken. Man betont besonders eine gute Reaktion der Kranken in der Depression mit psychotischen Symptomen und Bewegungshemmungen. Der ungünstige Einfluss vom Elektroschock auf die kognitiven Funktionen, der eine Ursache großer Besorgnis der Ärzte und Patienten ist, (besonders auf den Lernprozess und die sog. frische Erinnerung) betrifft ein geringes Prozent der Kranken und hat gewöhnlich einen kurzfristigen Charakter; die Kranken im hohen Alter sind nicht mehr als die Jüngeren damit gefährdet.

Ziel: Sehr gute Ergebnisse der Behandlung bei der Anwendung der Therapie mit Elektroschock bei den Patienten aus der psychogeriatrischen Abteilung der I. Klinik für Psychiatrie in Łódź haben uns veranlasst, diese Arbeit zu schreiben.

Methode: Allen Kranken (7), die dieser Heilmaßnahme unterzogen wurden, stellte man

folgende Diagnose: schwere Depressionsepisode (darunter 4 Fälle mit psychotischen Symptomen) im Verlauf der rezidivierenden Depressionsstörung (6 Fälle) oder affektive zweipolige Störung (1 Fall).

Ergebnisse: Bei allen Behandelten mit Elektroschock erzielte man schon eine unvollständige Verbesserung des psychischen Zustandes. Unsere ersten Erfahrungen mit der Anwendung vom Elektroschock bei Kranken im hohen Alter sind anregend. Es scheint, dass es eine wirksame und sichere Methode der Behandlung der Depression der geriatrischen Patienten bei einer sorgfältigen Qualifizierung der Kranken ist.

La thérapie de l'électrochoc dans la dépression des malades avancés en âge

Résumé

Introduction: la thérapie de l'électrochoc (TECH) dans la dépression des personnes avancées en âge provoque beaucoup de controverses en Pologne. Plusieurs psychiatres (et les autres spécialistes qui qualifient les patients pour cette thérapie – neurologues, médecins des maladies internes et anesthésistes) traitent l'âge avancé des patients comme contre-indication. On croit généralement que TECH influe d'une façon défavorable sur l'état mental des patients souffrant du syndrome psycho-organique. En Pologne plusieurs centres réservent TECH aux cas de la dépression résistante à la pharmacothérapie ou aux situations particulières (p.ex. la grossesse) en sélectionnant soigneusement les patients. Pourtant les autres pays du monde traitent TECH comme méthode de choix dans la thérapie des personnes très âgées. L'efficacité de cette thérapie est même plus élevée dans les cas des patients âgés que des patients jeunes. On accentue encore l'efficacité de TECH dans les cas de la dépression avec les symptômes psychotiques et le retardement psychomoteur. L'effet défavorable de TECH sur les fonctions cognitives (étude, mémoire) qui se fait voir chez certains patients concerne seulement le petit nombre de cas et il est passager, les patients plus avancés en âge n'y risquent plus que les plus jeunes.

Objectif: présentation des effets favorables de TECH observés chez les patients hospitalisés à la I Clinique Psychiatrique de Łódź qui nous encouragent à écrire ce travail.

Méthode: 7 patients – diagnostiqués de la dépression sévère (4 d'eux ont aussi les symptômes psychotiques), 6 cas avec les troubles dépressifs revenants, 1 cas – avec le trouble affectif bipolaire – sont traités de TECH.

Résultats: chez tous les patients on note l'amélioration partielle de l'état mental. Ces effets sont encourageants et il semble qu'en pratiquant la sélection attentive, TECH devient la méthode thérapeutique efficace et sûre de la dépression des patients avancés en âge.

Pismienictwo

1. American Psychiatric Association. *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training and privileging*. 2nd edition. Washington DC; 2000.
2. Alexopoulos A i in. *Expert consensus guide*. Compr. Neurosc. Inc. 2001; 32.
3. Thompson JW, Weiner RD, Myers CP. *Use of ECT in the United States in 1975, 1980, and 1986*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 1657–1661.
4. Fraser RM. *ECT: a clinical guide*. Chichester: John Wiley & Sons; 1981.
5. Weiner RD. *The role of electroconvulsive therapy in the treatment of depression in the elderly*. J. Am. Geriatr. Soc. 1982; 30: 710–712.
6. Abrams R. *Electroconvulsive therapy*. New York: Oxford University Press; 1992.
7. Tew JD jr, Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Thase ME, Crow RR, Dolata D, Begley AE, Reynolds CF, Sackeim HA. *Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old*. Am. J. Psychiatry 1996; 156: 1865–1870.
8. Janicak PG, Davis JM, Gibbons RD i in. *Efficacy of ECT: metaanalysis*. Am. J. Psychiatry 1985;

- 142: 297–302.
9. Hamilton M. *The effect of treatment on the melancholias (depressions)*. Brit. J. Psychiatry 1982; 140: 223–230.
 10. Buchan H, Johnstone E, McPherson K i in. *Who benefits from electroconvulsive therapy? Combined results of the Leicester and Northwick Park trials*. Brit. J. Psychiatry 1992; 160: 355–359.
 11. Nobler MS, Sackeim HA. *Prediction of response to electroconvulsive therapy clinical and biological aspects*. W: In Goodnick PJ, red. *Predictors of response in mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996, s. 177–198.
 12. Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D, Pedic F. *Psychotic (delusional) depression: a metaanalysis of physical treatment*. J. Affective Disord. 1992; 24: 17–24.
 13. Fraser RM, Glass IB. *Unilateral and bilateral ECT in elderly patients. A comparative study*. Acta Psychiatr. Scand. 1980; 62: 13–31.
 14. Coryell W, Zimmerman M. *Outcome following ECT for primary unipolar depression: a test of newly proposed response predictors*. Am. J. Psychiatry 1984; 141: 862–867.
 15. Kindler S, Shapira B, Hadjez J i in. *Factors influencing response to bilateral electroconvulsive therapy in major depression*. Conv. Ther. 1991; 7: 245–254.
 16. *American Psychiatric Association. Task Force on ECT* (Weiner RD, Fink M, Hammersley D i in.). *The practice of ECT: recommendations for treatment, training and privileging*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990.
 17. Fogg-Waberski J, Waberski W. *Clinical science versus controversial perceptions*. Connect. Med. 2000; 64, 6: 335–337.
 18. Welch CA, Lambertus LJ. *Cardiovascular effects of ECT*. Convuls. Ther. 1989; 155: 147–152.
 19. Zielinski RJ, Roose SP, Devanand DP i in. *Cardiovascular complications of ECT in depressed patients with cardiac disease*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 904–909.
 20. Rice EH, Sombrotto LB, Markowitz JC, Leon AC. *Cardiovascular morbidity in high-risk patient during ECT*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 1637–1641.
 21. Coffey CE. *The pre ECT evaluation*. Psychiatric Annals 1998; 28: 506–508.
 22. Petrides G, Maneksha F, Zervas I i in. *Tri-metaphan (Arfonad) control of hypertension and tachycardia during electroconvulsive therapy; a double-blind study*. J. Clin. Anesth. 1996; 8: 104–109.
 23. Avramov MN, Husain MM, White PF. *The comparative effects of methohexital, propofol and etomidate for electroconvulsive therapy*. Anesth. Analg. 1995; 81: 596–602.
 24. Kirkby KG, Beckett WG, Matters RM, King TE. *Comparison of propofol and methohexitone in anaesthesia for ECT: effect on seizure duration and outcome*. Aust. NZJ Psychiatry 1995; 29: 299–303.
 25. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP i in. *Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy*. N. Engl. J. Med. 1993; 328: 839–846.
 26. Maletzky BM. *Seizure duration and clinical effect in electroconvulsive therapy*. Compr. Psychiatry 1978; 19: 541–580.
 27. Devanand DP, Verma AK, Tirumalasetti F, Sackeim HA. *Absence of cognitive impairment after more than 100 lifetime ECT treatments*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 929–932.
 28. Cohen D, Taieb O, Flament M. *Absence of cognitive impairment at long-term follow-up in adolescents treated with ECT for severe mood disorder*. Am. J. Psychiatry 2000.

Otrzymano: 13.06.2002

Zrecenzowano: 28.08.2002

Przyjęto do druku: 29.01.2003

Adres: Ewa Hordyńska
I Klinika Psychiatryczna
Centralny Szpital Kliniczny w Łodzi
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10
email: chordynska@b1kpsa.am.lodz.pl

