

ŁUKASZ ŚWIĘCICKI

10. Biologiczne, nefarmakologiczne metody leczenia

10.1. ELEKTROWSTRZĄSY (EW)

Liczne wyniki badań wskazują, że EW są jedną z najskuteczniejszych metod leczenia różnego rodzaju stanów depresyjnych. Wyniki badań dotyczą niemal wyłącznie przypadków depresji o ciężkim nasileniu lub depresji lekoopornej. Można przyjąć, że EW działałyby równie skutecznie w innych stanach depresyjnych, nie są jednak w takich sytuacjach klinicznych stosowane i ze względu na niekorzystny odbiór społeczny oraz dostępność alternatywnych metod postępowania, sytuacja ta nie ulegnie prawdopodobnie zmianie.

10.1.1. STOSOWANIE EW W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH

10.1.1.1. Zaburzenia depresyjne nawracające

- Depresja o nasileniu łagodnym lub umiarkowanym – EW nie są stosowane
- Depresja o nasileniu głębokim – postępowanie II rzutu,
- Depresja o nasileniu głębokim z objawami psychotycznymi – postępowanie II rzutu,
- Zaburzenie depresyjne nawracające – profilaktyka nawrotów.

W Polsce EW nie były dotychczas stosowane w tym celu, jednak wyniki ostatnich badań wielośrodkowych (Kellner i wsp., 2006) wskazują na celowość uwzględnienia tej metody jako postępowania III rzutu.

10.1.1.2. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

- Terapia epizodu depresyjnego

Depresja ciężka bez objawów psychotycznych i depresja ciężka z objawami psychotycznymi: EW stanowią postępowanie II rzutu w obu sytuacjach.

- Terapia epizodu maniakalnego

EW stanowią metodę II rzutu w leczeniu manii, dowody na skuteczność są jednak ograniczone jedynie do nielicznych opisów kazuistycznych.

- Terapia epizodu mieszanego

EW stanowią metodę II rzutu w leczeniu epizodu (stanu) mieszanego, dowody na skuteczność są ograniczone do opisów kazuistycznych.

10.1.1.3. Leczenie pierwszego w życiu epizodu depresji

EW stanowią metodę II rzutu w przypadku niepowodzenia farmakoterapii (niepowodzenie dwóch pełnych kuracji, lub jednej kuracji w przypadku ciężkiego i postępującego przebiegu depresji).

10.1.1.4. Przeciwwskazania do EW (Kalinowski, 2003)

- bezwzględne:
 1. wszystkie stany chorobowe przebiegające ze zwiększeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego,
 2. świeży zawał mięśnia sercowego,
 3. świeży krwotok wewnątrzczaszkowy.
- względne:
 1. duży tętniak mózgu lub tętnicy głównej,
 2. odklejenie siatkówki,
 3. guz chromochłonny nadnerczy,
 4. zakrzepowe zapalenie żył,
 5. jaskra z zamkniętym kątem przesączania,
 6. miejscowe uszkodzenie mózgu,
 7. choroby zwiększające ryzyko związane ze stosowaniem znieczulenia ogólnego,
 8. nieskuteczność EW w czasie uprzednich kuracji,
 9. wystąpienie istotnych niepożądanych objawów somatycznych i psychologicznych w czasie obecnej kuracji.

10.2. LECZENIE ŚWIATŁEM

Leczenie jaskrawym światłem, mniej poprawnie, ale bardziej powszechnie określane jako fototerapia, jest metodą leczenia wprowadzoną początkowo jedynie do terapii depresji zimowej. Opublikowano kilkanaście poprawnych metodologicznie badań kontrolowanych potwierdzających skuteczność leczenia światłem w depresji zimowej. Dane dotyczące możliwości stosowania leczenia światłem w terapii innych form depresji (niesezonowych) mają charakter badań otwartych i doniesień kazuistycznych. Ostatnio opublikowano także wyniki badań wskazujących na skuteczność innych niż klasyczna fototerapia metod leczenia – a mianowicie symulacji świtu i pulsacyjnej symulacji świtu (Terman i Terman, 2006).

10.2.1. STOSOWANIE W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH

- wskazania:
 1. metoda I rzutu w terapii depresji zimowej, zarówno występującej w przebiegu choroby afektywnej sezonowej jednobiegunowej, jak i dwubiegunowej,
 2. metoda III rzutu, z reguły w skojarzeniu z farmakoterapią i/lub deprivacją snu, w leczeniu innych postaci depresji.
- przeciwwskazania:
 1. bezwzględne – nie zostały opisane
 2. względne:
 - a. choroby narządu wzroku, zwłaszcza siatkówki,
 - b. przyjmowanie leków uczulających na światło (np. preparaty dziurawca),
 - c. opisano interakcję polegającą na wystąpieniu objawów o charakterze zespołu serotoninowego po połączeniu fototerapii z lekami z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (Święcicki i Szafranski, 2002).

10.3. STYMULACJA NERWU BŁĘDNEGO (VNS)

Stymulacja nerwu błędnego (*vagus nerve stimulation* – VNS) jest procedurą inwazyjną, stosowaną w leczeniu padaczki odpornej na farmakoterapię. Ponieważ zaobserwowano zmiany nastroju u leczonych w ten sposób chorych, przeprowadzono wstępne badania dotyczące możliwości stosowania tego typu zabiegów u osób z depresją lekooporną.

10.3.1. STOSOWANIE W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH

- Ocena skuteczności

Opublikowano wyniki jednego randomizowanego, kontrolowanego badania oceniającego skuteczność VNS w terapii depresji lekoopornej (Rush i wsp., 2005). Wyniki badania nie pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, iż w badanej grupie VNS jest istotnie skuteczniejsze od placebo. Oprócz tego opublikowano wyniki kilku badań otwartych i kilkanaście doniesień kazuistycznych wskazujących na możliwość stosowania VNS w terapii depresji lekoopornej. Efekt VNS miałby się nasilać w miarę upływu czasu od wykonania zabiegu – większa skuteczność po roku, niż po 3 miesiącach.

Dotychczasowe wyniki badań pozwalają jedynie na stwierdzenie, że VNS może być me-

todą III rzutu w terapii depresji lekoopornej zarówno w przebiegu zaburzenia depresyjnego nawracającego, jak i dwubiegunowego.

- Przeciwwskazania

Większość publikacji dotyczących VNS nie podaje przeciwwskazań. Zdaniem O'Reardona i wsp. (2006) względnymi przeciwwskazaniami do stosowania tej metody są:

1. depresja psychotyczna,
2. depresja w przebiegu psychozy schizoafektywnej,
3. niestabilne zaburzenia psychiczne należące do osi II DSM, takie jak np. osobowość borderline,
4. bezpieczeństwo metody nie było oceniane u kobiet w ciąży.

10.4. POWTARZALNA PRZECZASZKOWA STYMULACJA MAGNETYCZNA (RTMS)

Przeznaczona stymulacja magnetyczna (stosowana także jako powtarzalna przeznaczona stymulacja – *repetitive Transcranial Magnetic Stimulation*, rTMS) jest procedurą nieinwazyjną, polegającą na działaniu na wybrany rejon mózgu zmiennego pola magnetycznego (generującego pole elektryczne) w celu pobudzenia danego obszaru. W psychiatrii rTMS stosuje się najczęściej w leczeniu depresji. Najczęstszym obiektem stymulacji jest grzbietowo-boczna kora przedczołowa.

10.4.1. STOSOWANIE W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH

Opublikowano wiele wyników badań otwartych i doniesień kazuistycznych dotyczących skuteczności rTMS w leczeniu zaburzeń afektywnych (Couturier, 2005; Gerson i wsp., 2003; Lisanby, 2003; Loo i wsp., 2005). Ze względu na to, że dotychczas nie ustalono standardowych parametrów stymulacji, wyniki tych badań nie są porównywalne. Mimo że rTMS jest nadal obiecującą metodą leczenia, to przy obecnym stanie wiedzy należy uznać tę metodę za „egzotyczną” i nie można wskazać jej miejsca w standardach leczenia.

10.4.2. PRZECIWWSKAZANIA

- Bezwzględne:
 1. niedawno przebyte uszkodzenie mózgu,
 2. padaczka,
 3. przebyte operacji z wszczepieniem metalowych elementów,
 4. stan po wszczepieniu rozrusznika serca.
- Względne: ciąża.

10.5. GŁĘBOKA STYMULACJA MÓZGU (DBS)

Głęboka stymulacja mózgu (*Deep brain stimulation*, DBS) jest procedurą inwazyjną, polegającą na wszyceniu elektrod bezpośrednio do struktur głębokich mózgu (region podkolanowy przedniej części zakrętu obręczy) osoby chorej. Elektrody są zasilane przez wszczepiony pod skórę klatki piersiowej generator impulsów.

10.5.1. STOSOWANIE W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH

Opublikowano wyniki jednego badania otwartego z udziałem 6 chorych z depresją lekooporną (Mayberg i wsp., 2005). U czterech pacjentów uzyskano remisję objawów. Ze względu na brak innych doniesień DBS pozostaje metodą „egzotyczną”. Obecnie nie można wyznaczyć pozycji tej metody w standardach leczenia.

10.5.2. PRZECIWWSKAZANIA: NIE ZOSTAŁY OPISANE.

10.6. DEPRYWACJA SNU

Deprywacja snu (całkowite lub częściowe) pozbawienie snu nocnego jest stosowane jako pomocnicza metoda leczenia zaburzeń depresyjnych. Po raz pierwszy została opisana przez Pfluga

i Tolle'go w roku 1971. Jest skuteczna w różnego rodzaju zaburzeniach depresyjnych – skuteczniejsza w depresjach typu endogennego, niż w depresjach neurotycznych (Wu i Bunney, 1990) oraz bardziej skuteczna w depresjach w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, niż w przebiegu zaburzenia depresyjnego nawracającego (Szuba i wsp., 1991).

10.6.1. STOSOWANIE W ZABURZENIACH DEPRESYJNYCH

Opublikowano wiele doniesień poświadczających, iż deprywacja snu lub częściowa deprywacja snu, prowadzi do istotnego zmniejszenia nasilenia depresji u około 60% pacjentów, zwłaszcza osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym. Ze względu na nietrwałość efektu (zwykle kilka do kilkunastu godzin) deprywacja snu nie jest traktowana jako samodzielna metoda leczenia, stąd też nie ma poprawnych metodologicznie badań oceniających deprywację snu pod tym kątem. Opublikowano jednak co najmniej dwa badania, których wyniki wskazują na możliwość wydłużenia efektu deprywacji snu poprzez połączenie tej metody z leczeniem światłem.

Deprywację snu można uznać za uzupełniającą metodę leczenia we wszystkich stanach depresyjnych, a zwłaszcza w terapii depresji lekoopornych.