

Tomasz Zyss

Klinika Psychiatrii Dorosłych, Szpital Uniwersytecki Collegium Medicum

Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

## Kontrowersje i uwagi krytyczne dotyczące terapii elektrowstrząsowej

### *Controversies and critical remarks relating the electroconvulsive therapy*

#### **Abstract**

*The electroconvulsive therapy (ECT) probably just from beginning of its clinical applying provokes numerous fears and oppositions — both part of medical milieu, as and of the public opinion. These are connected with potential side effects — mainly cognitive nature. Not to overestimating are also irrational apprehensions before image of current passing by a patient's head, that it has executed convulsions in time of ECT treatment without of drug modification.*

*The paper presents cardinal objections and reason of controversies what the electroconvulsive treatment arouse up to today.*

*The effectiveness, as also the safety, of electroconvulsive therapy are the most important counterargument.*

*Psychiatriy 2010; 7, 1: 38–45*

**key words:** *electroconvulsive treatment, controversies, critical remarks*

Wśród specjalistów raczej nie ma wątpliwości co do skuteczności terapii elektrowstrząsowej (ECT, *electroconvulsive treatment*) i panuje konsensus odnośnie do stosowania tej metody w określonych przypadkach i wskazaniach opisanych między innymi w licznych pracach [1, 2]. Wprowadzenie w latach 60. XX w. do lecznictwa psychiatrycznego leków psychotropowych znacznie zawęziło zakres stosowania zabiegów ECT, lecz nadal są one wysoce skuteczną i bezpieczną alternatywną metodą leczenia biologicznego w psychiatrii. Zabiegi ECT są jedyną z dawnych metod leczenia psychiatrycznego, której udało się przetrwać do dzisiejszych czasów i nic nie wskazuje na to, aby mogła być zastąpiona jakąkolwiek inną — jeżeli nie skuteczniejszą, to bardziej bezpieczną metodą terapii [3]. Z drugiej jednak strony stosowanie ECT jest warunkowane niekiedy nie tyle dostępnością do nowocze-

snego sprzętu czy możliwością zatrudnienia anesteziologa, co „mało entuzjastycznym” (żeby nie powiedzieć sceptycznym) nastawieniem pracowników danego ośrodka do elektrowstrząsów (co niekiedy jest warunkowane profilem tego ośrodka; trudno by bowiem oczekiwać, aby ECT miała się znajdować w ofercie terapeutycznej na przykład oddziału leczenia nerwic). W 1989 roku Sęp-Kowalikowa stwierdziła, że jednym z powodów okresowego zmniejszenia stosowania EW jest nie tylko nieprzychylnie nastawienie opinii publicznej i środków masowego przekazu, lecz czasem również samych psychiatrów [4]. Kalinowski [5] podnosił, że różnice w liczbie wykonywanych zabiegów w różnych ośrodkach mogą zależeć między innymi od postaw personelu. Fenomen ten opisał kilku autorów zagranicznych [6–8] oraz polskich [9]. W trakcie zajęć dydaktycznych ze studentami, jak również w czasie rozmów z samodzielnymi pracownikami naukowymi, będącymi przedstawicielami innych specjalności niż psychiatria — autorzy nieraz spotkali się ze zdumieniem ze strony interlokutorów, że taka metoda, jak ECT, jest w ogóle nadal stosowana. Taka sytuacja jest opisywana w licznych pra-

#### **Adres do korespondencji:**

dr n. med. Tomasz Zyss  
Klinika Psychiatrii Dorosłych  
Szpital Uniwersytecki w Krakowie  
ul. Kopernika 21a, 31–501 Kraków  
tel.: (12) 424 87 58, faks: (12) 424 87 45  
e-mail: mzyyss@cyf-kr.edu.pl

cach innych autorów, którzy podnoszą konieczność intensywnego szkolenia przed- i podyplomowego w tym zakresie [10–15]. W tym kontekście dosyć skromnie wygląda formalne zalecenie współudziału w przygotowaniu i przeprowadzeniu co najmniej 3 zabiegów elektrowstrząsowych w trakcie trwającej 5 lat specjalizacji psychiatrycznej — szczególnie gdy podaną liczbę porównać z wymogiem co najmniej 5 nakłuć lędźwiowych (sic!) i co najmniej 40 badań dna oka (sic!!) [16].

Zastrzeżenia budzą również niektóre opracowania książkowe. W podręczniku dla studentów Camerona z 2005 roku można się dowiedzieć, że mimo podania pacjentowi krótkodziałającego preparatu nasennego (tiopental, etomidat i inne preparaty stosowane w anestezji nie są lekami nasennymi!) i leku zwiotczającego mięśnie dochodzi do napadu drgawkowego [17]. W przypadku zwiotczenia pacjenta można bowiem mówić jedynie o uogólnionej czynności napadowej w EEG. Niewystarczająca do uzyskania efektu terapeutycznego wydaje się podana także cezura czasowa przynajmniej 15 sekund trwającego napadu — jako wystarczającego do osiągnięcia efektu terapeutycznego. Napad trwający poniżej 20 (lub nawet 30) sekund uważany jest za tak zwany poronny lub przedwcześnie porzucony, który nie ma klinicznej skuteczności. W omawianym podręczniku zamieszczone zostało stwierdzenie: „Jak dotąd nie wyjaśniono, jaki jest mechanizm działania EW”. Jest ono niepotrzebnie powtarzaniem w licznych opracowaniach truizmem bez pokrycia. Problemem bowiem nie jest brak hipotez, lecz duża liczba zidentyfikowanych mechanizmów działania ECT. Jedne z nich zdają się mieć jednak znaczenie towarzyszące, a inne kluczowe tak w mechanizmie działania ECT, jak i w procesie powstawania zaburzeń, dla których ECT są stosowane.

W takiej sytuacji trudno dziwić się laikom — osobom niemającym nic wspólnego z medycyną, którzy traktują terapię ECT jako formę pradawnych, archaicznych metod leczniczych, które nie wiadomo czemu są nadal stosowane. Podnosi się barbarzyński i niehumanitarny charakter tej metody [18]. W 1977 roku Fink opisał istotę mitów związanych z ETC, które wpływają na złe postrzeganie w społeczeństwie tej metody leczenia [19]. A wiadomo powszechnie, jak trudno walczy się z mitami i uprzedzeniami. Nawet przestrzeganie ścisłych kryteriów medycznych oraz obwarowanie stosowania zabiegów ECT kryteriami prawnymi i etycznymi nie jest w stanie osłabić czy zneutralizować istniejących obaw, uprzedzeń lub też nieprzychylnego nastawienia w stosunku do elektrowstrząsów [20, 21].

W 2006 roku Jarchow przedstawił w swej pracy dyplomowej interesujące badania nad istotą, rozpowszechnieniem i treścią mitów dotyczących terapii elektrowstrząsowej wśród Niemców [22]. Badaniu kwestionariuszowemu poddano łącznie kilkaset osób z populacji ogólnej (nigdy niemających kontaktów z ECT), pacjentów psychiatrycznych leczonych i nieleczonych ECT, psychiatrów i lekarzy innych specjalności. W badaniach wykazano ogólny wzrost wiedzy i świadomości oraz zmniejszenie się obaw i uprzedzeń w porównaniu z wynikami pochodzącymi z wcześniejszych badań innych autorów.

Mimo to zabiegi ECT pozostają w niektórych krajach tematem intensywnych krytycznych dyskusji publicznych, pozostając dla wielu metodą okrutną i mającą charakter tortur. Szczególnie negatywny kontekst mają przy tym zabiegi ECT wykonywane bez modyfikacji farmakologicznej, czyli bez uspiania i bez zwiotczenia. Do tego rodzaju elektrowstrząsów odwołuje się wspomniana już, powstała w 1962 roku, powieść Keseya „Lot nad kukułczym gniazdem” [23], przedstawiając je jako środek represyjny oraz wyraźnie je przejawiając i zniekształcając. To tam pacjent po zabiegu określany był mianem „wciąż jeszcze dymiącego nieszczęśnika”. Jeden z głównych bohaterów powieści opisuje miejsce wykonywania zabiegów następującymi słowami: „To wstrząsówka... gabinet terapii elektrowstrząsowej. Szczęśliwcy, którzy tam trafiają, odbywają darmowy lot na księżyc. No, może nie darmowy. Płacą szarymi komórkami.”

Szczególny sprzeciw skierowany przeciw psychiatrii w ogólności, a tym bardziej przeciwko terapii elektrowstrząsowej, wyrażają ruchy antypsychiatryczne [24–28] — od przedstawicieli Kościoła Scjentologicznego aż po rozmaite niewielkie, regionalne grupy walczące o prawa człowieka. Wprawdzie czasy świetności antypsychiatrii, reprezentowanej przez Michela Foucaulta [29], Davida Lainga [30], czy Thomasa Szasa [31], minęły, ale pałeczkę w walce z psychiatrią dzierży obecnie scjentologia. Organizacja ta, określana niekiedy mianem sekty, przedstawia się sama jako religijną organizację *non-profit*, która poświęca się propagowaniu rozwoju ducha ludzkiego oraz programom doradztwa i rehabilitacji będącym alternatywą dla psychiatrii. Psychiatrię scjentolodzy uważają za barbarzyńską i skorumpowaną profesję [32], nazywając ją przemysłem śmierci (*an industry of death*), a sam Hubbard (twórca scjentologii) porównywał pracę psychiatrów do działalności przestępczej. Od samego początku scjentologii w 1952 roku, środowiska lekarskie psychiatrów atakowane były przez Hubbarda i jego pro-

tagonistów za stosowanie wszelkich metod terapii psychiatrycznej [33] — nawet farmakoterapii, nie mówiąc już o elektrowstrząsach [34]. Stanowisko scjentologii wobec psychiatrii i elektrowstrząsów jest prezentowane i rozpowszechniane przez stowarzyszoną z Kościołem Scjentologicznym, powołaną do życia w 1969 roku i ufundowaną częściowo przez Szasza Obywatelską Komisję (Komitet) do spraw Praw Człowieka (CCHR, *The Citizens Commission/Committee on Human Rights*), która zajmuje się między innymi łapaniem przez psychiatrię praw człowieka [35]. To właśnie na witrynie internetowej CCHR można znaleźć zdjęcia zabiegu ECT, w trakcie którego pacjent zdaje się przypominać skazańca na krześle elektrycznym. Trudno się więc dziwić, że ten rodzaj terapii ECT nazywany był anihilacją umysłu [36].

W materiałach propagandowych komisji CCHR można znaleźć wręcz przerażającą informację, że „psychiatrzy corocznie mordują nawet do 10 000 osób za pomocą terapii elektrowstrząsowej” (*annually, psychiatrists kill up to 10,000 people with their use of electroshock*).

Formy takiej kreatywnej twórczości informacyjnej mającej na celu zdezwauowanie techniki ECT można znaleźć również na obszarze Europy. Podobny w swym wyrazie wizerunek został zamieszczony w jednej z ostatnich niemieckich monografii dotyczących terapii elektrowstrząsowej [37], w której przytoczono wypowiedzi przeciwników ECT porównujących tę metodę z rażeniem pioruna. Müller [38] przeprowadził analizę informacji na temat ECT, podawanych przez różne media w Niemczech. Ocena ta była — najogólniej mówiąc — mało pochlebna, co autor wyjaśnia między innymi mało efektywnymi działaniami ruchów wyjaśniających i antystygmatyzacyjnych towarzystw psychiatrycznych. Analiza informacji pochodzących z polskich mediów nie pozwoliła na znalezienie prezentacji czy informacji przedstawiających w złym świetle ECT, co jednak nie oznacza, że brakuje przykrych i stygmatyzujących dla pacjentów ze schorzeniami psychiatrycznymi akcji w rodzaju rodzimej reklamy Media Markt („Nie dla idiotów”) czy działań promocyjnych PZU („Stop wariatom na drodze”). Elektrowstrząsy są również tematem niewybrednych żartów rysunkowych znajdujących się w mediach, które zdecydowanie odstręczają od stosowania tej metody terapii.

Również wśród psychiatrów znajdują się zagorzali krytycy terapii ECT. Breggin — amerykański psychiatra walczący i krytykujący niemal wszystkie metody biologicznego leczenia w psychiatrii — stwierdził w swej książce z 1979 roku: „Terapia elektroszokowa

szkodzi nie tylko samemu pacjentowi, któremu jest ordynowana. Korumpuje ona również pozycję zawodową tych, którzy ją zachwalają i jej bronią. Na całym świecie, każdego roku, dziesiątki tysięcy pacjentów doznają masywnych uszkodzeń mózgu oraz nieodwracalnych szkód na umyśle i psychice” [39]. Tego rodzaju wizje Breggin rozpowszechnia w wielu publikacjach naukowych i książkach, włącznie z wydaną w 2008 roku pracą: „Prowadzące do kalectwa terapie w psychiatrii: leki, elektroszok i kompleks psychofarmaceutyczny” [40]. W sukurs Bregginowi przychodzi neurolog Friedberg [41], również podnoszący ujawnianie się uszkodzenia mózgu i utraty pamięci w wyniku terapii ECT [42]. Stwierdzenie, że „terapia szokowa nie jest dobra dla mózgu” należy do łagodnych w ustach tego autora [43]. Kiedy indziej można dowiedzieć się od niego, iż „terapia elektroszokowa wysadza, względnie rozsadza mózg” [44]. Przeciwno stosowaniu zabiegów ECT występują nie tylko niektórzy profesjonaliści, lecz również byli pacjenci poddawani tej formie leczenia, jak na przykład Linda Andre [45], która jako dyrektorka Komitetu Prawdy w Psychiatrii (*Committee for Truth In Psychiatry*) działa na rzecz osób stygmatyzowanych przez psychiatrię.

Negatywną konotację ECT niesie ich niefortunna nazwa: szok elektryczny (elektroszok), mimo że ani w sensie medycznym, ani psychologicznym nie powodują szoku. „Wstrząs” to słowo wystarczająco przerażające, nie tylko dla odważnych, ale i dla pacjentów. Nazwa ta jest bardzo zakorzeniona i, aby zrobić mniejsze wrażenie, często używa się skrótu EW lub angielskiego ECT. W Niemczech i we Francji stosowane bywają takie nazwy, jak „elektropleksja” [46, 47], „ozdrowieńczy sen elektryczny” (*Elektroheilschlaf*) [48], „terapia leczniczymi drgawkami/skurczami” (*Heilkampfbehandlung*) [49] czy „elektronarkoza” i „elektrosen” (obie ostatnio wymienione nazwy były stosowane w różnych znaczeniach i dla różnych parametrów stymulacji) [50–55].

Metodę tę opisywano jako „barbarzyński anachronizm”, „karny szok”, „metoda anihilacyjna”, „metoda niszcząca mózg i osobowość pacjenta”. Wielu uznaje ją za symbol niehumanitarnej i restrykcyjnej psychiatrii. Dla nieprofesjonalisty nosi ona znamię barbarzyństwa, bo polega na przepuszczeniu przez czaszkę (mózg) prądu elektrycznego [56]. Dla wielu lekarzy może wydawać się z kolei anachroniczna między innymi wobec małej wiedzy o ECT, błędnym wyobrażeniu o omnipotencji farmakoterapii oraz mnogości teorii tłumaczących działanie elektrowstrząsów; często podnosi się twier-

dzenie, że nie wiadomo, jak ECT w ogóle działa. Opinia publiczna kojarzy jej stosowanie z działaniami represyjnymi, wstecznictwem lub bezradnością leczenia psychiatrycznego [57].

Krytycy ECT przytaczają następujące zarzuty [za: 36, 58]:

- pierwotne przyczyny zaburzeń psychicznych, względem których stosowane są zabiegi ECT, nie są wystarczająco poznane, a także niepotrzebnie leczone bardziej zachowawczymi metodami (skądinąd antypsychiatry twierdzili, że pacjenci placówek psychiatrycznych nie są osobami chorymi, ale jednostkami, które nie przyjmują wartości i norm społecznych, obowiązujących w zachodnim społeczeństwie; głosili ponadto, że pojęcie „choroby psychicznej” jest narzędziem represji społeczeństwa wobec nonkonformistycznych jednostek);
- zabiegi ECT powodują nieodwracalne i głębokie zaburzenia pamięci oraz zmiany osobowości skutkujące wystąpieniem kolejnej traumy psychicznej u pacjenta;
- zabiegi ECT wcale nie zmniejszają ryzyka popełnienia samobójstwa, a nawet je zwiększają;
- nieznane są ostateczne mechanizmy działania terapii elektrowstrząsowej;
- terapia ta nie jest tak skuteczna, jak jest to głoszone, a już na pewno jest mniej efektywna niż farmakoterapia;
- poprawa w zakresie objawów chorobowych ma charakter jedynie domniemany i zwodniczy oraz utrzymuje się bardzo krótko;
- nieznane są odległe szkody i powikłania spowodowane przez zabiegi ECT;
- dochodzi do trwałych zmian strukturalnych w mózgu;
- do zastosowania ECT dochodzi przedwcześnie: bez wdrożenia i/lub wyczerpania możliwości innych metod terapeutycznych;
- kwalifikowanie pacjenta do terapii ECT następuje bez pozyskania wystarczająco świadomej zgody z jego strony, co ma budzić wątpliwości natury etycznej i prawnej.
- kwalifikowanie pacjenta do terapii ECT następuje bez pozyskania wystarczająco świadomej zgody z jego strony — co ma budzić wątpliwości natury etycznej i prawnej;
- ECT są przestarzałą metodą leczenia;
- elektrowstrząsy są wykonywane za karę;
- elektrowstrząsy są bardzo bolesne;
- ECT powodują liczne urazy, złamania, porażenia rdzenia;
- ECT obarczone są wysoką śmiertelnością.

Znamienita część postawionych zarzutów jawi się jako bezpodstawna, z kolei pozostała — ma charakter wyolbrzymiony. Doskonale znane jest wieloprzyczynowe podłoże depresji [59, 60] — zaburzenia, względem którego najczęściej stosuje się ECT. Problemem wydaje się obecnie nie tyle niewiedza, co mnogość mechanizmów, szczególnie tych natury biologicznej [61–64], które prowadzą ostatecznie do ujawnienia się klinicznych objawów depresji. Oczywiście można zastanawiać się nad trafnością obowiązujących systemów klasyfikacyjnych, lecz znamienitą większość postulatów ruchów antypsychiatrycznych nie sposób uznać za zasadne [65–67].

Faktem jest, że zaburzenia pamięci są uznawane za jedne z poważniejszych dla pacjentów objawów ubocznych zabiegów ECT [68]. Dla większości z nich mają one jednak charakter odwracalny i przemijający [69, 70]. Niektórzy autorzy podkreślają trudności ze zróżnicowaniem między zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych związanych z chorobą podstawową, a wyzwolonymi dodatkowo przez zastosowanie elektrowstrząsów [71]. Oprócz prac o skuteczności ECT w niektórych zaburzeniach osobowości [72–74], nie sposób znaleźć badań dokumentujących, aby zabiegi te zmieniały osobowość człowieka [75]. Podobną uwagę można podnieść również względem obaw o trwałe zmiany organiczne w obrębie tkanki nerwowej mózgu [76–78]. Faktem jest, że zabiegi ECT stosuje się od ponad 70 lat — co mogłoby sugerować, że jest to przestarzała metoda. Jednak o użyteczności metody terapii decyduje jej skuteczność, a nie czas wynalezienia czy też wprowadzenia do praktyki klinicznej.

Obecnie zabiegi ECT wykonuje się w znieczuleniu ogólnym i zwiotczeniu — co powoduje, że dawne powikłania chirurgiczne/urazowe praktycznie nie występują. Obecnie pacjenci nie skarżą się raczej na bóle mięśniowe, a bóle głowy są rzadkie. Powikłanie śmiertelne ECT nie przekracza tego odnotowywanego w tak zwanej „małej chirurgii”.

W badaniach klinicznych potwierdzono istotną przewagę skuteczności elektrowstrząsów (65–90%) nad farmakoterapią (60%) [79–82]. Poprawa po ECT — często już po kilku zabiegach — bywa wyraźna i rzeczywista. Utrzymanie się ECT w repertuarze terapii psychiatrycznych jest warunkowane właśnie skutecznością kliniczną, potwierdzoną zarówno w obserwacjach klinicznych, jak i eksperymentalnych modelach zwierzęcych, a także — bezpieczeństwem metody. Tak jak działanie leków

przeciwdepresyjnych, również efekt końcowy ECT nie utrzymuje się trwale. Ponieważ ustępowanie objawów chorobowych trwa zwykle dłużej niż 3–4 tygodnie od przeprowadzania ECT, jest sprawą jasną i nie wymagającą uzasadnienia, że po nagłym przerwaniu serii elektrowstrząsów, dalszy efekt terapeutyczny musi być uzyskiwany już za pomocą leczenia farmakologicznego [83–86]. Stosowanie się do algorytmów terapeutycznych zamoże pewne stanowić zabezpieczenie przed przedwczesnym stosowaniem zabiegów ECT. W podejściu klinicznym powinno jednak dominować stanowisko zdroworozsądkowe. I tak, jeżeli jeden ze schematów terapeutycznych umieszcza ECT dopiero na ostatnim — 6 etapie, a prawidłowe leczenie na danym etapie winno trwać około 1 miesiąca, to oznaczałoby, że ECT powinno się stosować dopiero po półrocznym nieefektywnym leczeniu innymi metodami [87]. Tego rodzaju podejście wydaje się błędne. Najbardziej istotną przesłanką do zastosowania ECT winna być raczej nie sama oporność leczenia, lecz nasilenie (tu: znaczne) objawów klinicznych [88, 89]. Oczywiście zakres wskazań do zastosowania ECT jest znacznie mniejszy niż w latach 50. i 60. XX wieku, kiedy to powstawała scjentologia i rodził się ruch antypsychiatrii. Reżim i metodologia przeprowadzania samych zabiegów stały się znacznie bezpieczniejsze, a tym samym zminimalizowano ryzyko możliwych powikłań czy ujawniania się objawów ubocznych [90]. Wymóg pozyskiwania osobnej zgody na zabiegi ECT, po uprzednim wszechstronnym poinformowaniu pacjenta o tej terapii (praktyka *informed consent*), był czynnikiem z pewnością korzyst-

nie wpływającym i zapobiegającym ewentualnym nadużyciom prawnym przy ordynowaniu elektrowstrząsów [91, 92]. Z całą pewnością zabiegi ECT nie mają charakteru punitivnego i nie wykonuje się ich za karę. Nadal nie należy jednak zapominać, że jest to wysoce efektywne narzędzie terapii, stosowane często jako ostatni oręż w opanowaniu niebagatelnych i zagrażających człowiekowi objawów depresji, manii czy psychozy [93, 94]. Bezsprzecznie leczenie ECT charakteryzuje się znacznie większą liczbą wskazań do stosowania w praktyce klinicznej niż przeciwwskazań lub ograniczeń [95].

Żadna z nowych technik przedmiotowych poddawanych od początku lat 90. ubiegłego wieku badaniom pod kątem ich efektywności przeciwdepresyjnej, jak: przezczaszkowa stymulacja magnetyczna mózgu (TMS, *transcranial magnetic stimulation*) [96, 97], stymulacja nerwu błędnego (NVS, *nerve vagus stimulation*) [98, 99], głęboka stymulacja mózgu (DBS, *deep brain stimulation*) [100] czy magnetowstrząsy (MST, *magnetic seizure therapy*) [101], nie spełniły pokładanych w nich nadziei i nie stanowią realnej konkurencji dla terapii elektrowstrząsowej. Realna, niewysoka skuteczność tych metod oraz dodatkowe okoliczności (konieczność dokładnej przedstymulacyjnej diagnostyki neuroobrazowej identyfikującej zaburzoną metabolicznie okolicę w przypadku TMS; inwazyjność metody ze stosowaniem zabiegów (neuro)chirurgicznych w przypadku NVS czy DBS) są przesłankami, zgodnie z którymi i w przyszłości ECT nie zostanie zdetrionizowana z pierwszego miejsca przedmiotowych technik leczenia psychiatrycznego [102].

### Streszczenie

*Terapia elektrowstrząsowa (ECT) bodaj od samego początku stosowania klinicznego budzi liczne obawy i opory zarówno części środowiska medycznego, jak i opinii publicznej. Te związane są zasadniczo z potencjalnymi objawami ubocznymi — głównie natury poznawczej. Nie do przecenienia są również irracjonalne lęki przed wyobrażeniem prądu przepływającego przez głowę pacjenta, które skutkowały w czasach zabiegów niemodyfikowanych farmakologicznie drgawkami.*

*W pracy zaprezentowano główne zarzuty i przyczyny kontrowersji, jakie do dzisiaj wzbudzają zabiegi elektrowstrząsowe. Najważniejszym kontrargumentem jest skuteczność, jak również bezpieczeństwo terapii ECT.*

**Psychiatria 2010; 7, 1: 38–45**

**słowa kluczowe:** terapia elektrowstrząsowa, kontrowersje, uwagi krytyczne

## Pytania

- Jednym z największych antagonistów psychiatrii, biologicznych metod leczenia psychiatrycznego, w tym również terapii elektrowstrząsowej był:
  - Lothar Kalinowsky
  - Thomas Szasz
  - Maks Fink
  - Lucio Bini
- Minimalna wymagana programem specjalizacyjnym liczba zabiegów ECT, przy których musi uczestniczyć polski lekarz specjalizujący się w psychiatrii:
  - 3
  - 10
  - 30
  - 50
- Najpoważniejszy zarzut czy obawy związane ze stosowaniem zabiegów ECT wiążą się z:
  - zwiększeniem ryzyka samobójstwa
  - nieznanymi mechanizmami działania elektrowstrząsów
  - utrzymującymi się zaburzeniami pamięci
  - licznymi powikłaniami
- Które z poniższych terminów jest określeniem pejoratywnym dla zabiegów ECT:
  - metoda anihilacyjna
  - elektropleksja
  - sejsmoterapia
  - odzowieńczy sen elektryczny (*Elektroheilschlaf*)
- Do nowych technik przedmiotowych wykazujących pewne działanie przeciwdepresyjne, które są pokrewne zabiegom elektrowstrząsowym pod względem sposobu działania i wykonywania, nie należy:
  - przeznaczkowa stymulacja magnetyczna TMS
  - fototerapia
  - stymulacja nerwu błędnego
  - głęboka stymulacja mózgu DBS

## Piśmiennictwo

- Hese R.T. Wskazania do stosowania EW. W: Hese R.T., Zyss T. (red.). Elektrowstrząsy w praktyce klinicznej. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007; 54–58.
- Swartz C.M. Patient selection and electroconvulsive therapy indications. W: Swartz C.M. Electroconvulsive and neuromodulation therapies. Cambridge University Press, Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, 2009; 341–362.
- Shorter E., Healy D. Shock therapy. A history of electroconvulsive treatment in mental illness. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey, London 2007.
- Sęp-Kowalikowa B. Metody leczenia w psychiatrii. A. Metody biologiczne. W: Bilikiewicz T. (Bilikiewicz A. red.). Psychiatria kliniczna część VII–IX. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989; 102–187.
- Kalinowski A. Miejsce elektrowstrząsów we współczesnym leczeniu psychiatrycznym. Leki Psychotropowe. Materiały informacyjno-szkoleniowe z zakresu psychofarmakologii klinicznej. IPIŃ, Warszawa 1990.
- Gangadhar B.N., Bolwig T.G. ECT: a different look at prescription. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102 (6): 399–400.
- Latey R.H., Fahy T.J. Some influences on regional variation in frequency of prescription of electroconvulsive therapy. Br. J. Psychiatry 1988; 152: 196–200.
- Lehrman S.R. All psychiatric therapies are equal but some are more equal than others. Treatment prescription and treatment failure. Psychiatr. Q. 1969; 43 (2): 349–353.
- Kwiecińska E. Współczesne poglądy na temat wskazań do elektrowstrząsów. Psychiatr. Pol. 1985; 19: 55–60.
- Bland R.C., Brintell S. ECT in major teaching hospital: diagnoses and indications. Can. J. Psychiatr. 1985; 30: 288.
- Byrne P., Cassidy B., Higgins P. Knowledge and attitudes toward electroconvulsive therapy among health care professionals and students. J. ECT 2006; 22 (2): 133–138.
- Chakrabarti N., Basu A., Das D., Sinha V.K. Attitudes towards electroconvulsive therapy among nonpsychiatrist medical graduates and postgraduates. J. ECT 2003; 19 (3): 177–178.
- Chanpattana W. ECT knowledge in psychiatrists, psychiatry residents, and medical students: effect of training. J. Med. Assoc. Thai. 1999; 82 (8): 819–825.
- Duffett R., Fergusson G.M., Stevens M. Training, supervision and professional development. W: Scott A.I.F. (red.). The ECT handbook. (Third Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT). Council Report CR128. The Royal College of Psychiatrists, London 2005; 175–177. <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr128.pdf>; 23.09.2009
- Walter G., McDonald A., Rey J.M., Rosen A. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. J. ECT 2002; 18 (1): 43–46.
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP): Program specjalizacji w psychiatrii. Warszawa 2002. [http://www.cmkp.edu.pl/programy\\_pdf/psychiatria%20podst.pdf](http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/psychiatria%20podst.pdf); 23.09.2009.
- Walter G., McDonald A., Rey J.M., Rosen A. Medica
- Cameron A.D. Psychiatria. Crash course. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
- Walijewska I., Mazurczyk Z., Czerepak M. Terapia elektrowstrząsami we współczesnej psychiatrii. Lekarz Wojskowy 1997; 11–12 (6): 644–647.
- Fink M. Myths of "shock therapy". Am. J. Psychiatry 1977; 134 (9): 991–996.
- Zyss T. Problemy etyczne-medyczne i prawne związane ze stosowaniem elektrowstrząsów. Psychiatr. Pol. 1995; 29 (1): 13–24.
- Zyss T., Hese R.T., Jałowicki P.O., Majewski W., Palugniok R. Kilka uwag o procedurze pozyskiwania świadomej zgody w przypadku pacjentów kwalifikowanych do zabiegów elektrowstrząsowych. Psychiatr. Pol. 2005; 49 (6): 1113–1129.
- Jarchow J. Mythos Elektrokonvulsionstherapie. Der aktuelle Meinungsstand im deutschsprachigen Raum. Diplomarbeit. GRIN Verlag für akademische Texte. Norderstedt 2006.
- Kesey K. Lot nad kukulczym gniazdem. Da Capo, Warszawa 1993.
- Becker A.M. Psychiatry and antipsychiatry. Future aspects of an unsettled controversy. Wien Klin. Wochenschr. 1983; 95 (14): 460–465.
- Berlim M.T., Fleck M.P., Shorter E. Notes on antipsychiatry. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2003; 253 (2): 61–67.
- Glatzel J. Antipsychiatry. Ther. Ggw. 1981; 120 (2): 109–126.
- Payk T.R. Antipsychiatry — a provisional inventory. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2004; 72 (9): 516–522.

28. Trimbos K. What is antipsychiatry? *Tijdschr. Ziekenverpl.* 1981; 34 (5): 227–232.
29. Foucault M. *Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason.* Pantheon Books, New York 1965.
30. Laing R.D. *The divided self: an existential study in sanity and madness.* Penguin Books, London 1960.
31. Szasz T.S. The myth of mental illness. *Am. Psychologist* 1960; 15: 113–118.
32. Heinemann J. *Scientology, Psychiatrie-Kritik und Anti-Psychiatrie.* Erpel 2005. <http://www.ingo-heinemann.de/Psychiatrie-Kritik.htm>; 23.09.2009.
33. Wikipedia: *Scientology and psychiatry.* 2008. [http://en.wikipedia.org/wiki/Scientology\\_and\\_psychiatry](http://en.wikipedia.org/wiki/Scientology_and_psychiatry); 23.09.2009.
34. Fink M. Impact of the antipsychiatry movement on the revival of electroconvulsive therapy in the United States. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1991; 14 (4): 793–801.
35. The Citizens Commission on Human Rights (CCHR). <http://www.cchr.org/#/home>; 23.09.2009.
36. Fink M. *Convulsive therapy — theory and practice.* Raven Press, New York 1985.
37. Baghai T.C., Frey R., Kasper S., Möller H.-J. (red.). *Elektrokonvulsionstherapie. Klinische und wissenschaftliche Aspekte.* Springer Verlag, Wien, New York 2004.
38. Müller N. Die öffentliche Meinung zur Elektrokonvulsionstherapie. W: Baghai T.C., Frey R., Kasper S., Möller H.-J. (red.). *Elektrokonvulsionstherapie. Klinische und wissenschaftliche Aspekte.* Springer Verlag, Wien, New York 2004; 22–34.
39. Breggin P.R. *Electroshock: its brain disabling effects.* Springer Publishing Co., New York 1979.
40. Breggin P.R. *Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock and the psychopharmaceutical complex.* Springer Publishing Co., New York 2008.
41. Friedberg J.M. *Electroshock.* Berkeley 2000. <http://www.idiom.com/~drjohn/ect.html>; 23.09.2009.
42. Friedberg J. Shock treatment, brain damage, and memory loss: a neurological perspective. *Am. J. Psychiatry* 1977; 134 (9): 1010–1014.
43. Friedberg J. *Shock treatment is not good for your brain: a neurologist challenges the psychiatric myth.* Glide Publications, San Francisco 1976.
44. Friedberg J. *Electroshock therapy: let's stop blasting the brain.* *Psychology Today* 1975; 9 (3): 18–23.
45. Andre L. *Doctors of deception. What they don't want you to know about shock treatment.* Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, London 2009.
46. Barker J.C. *Electroplexy (ECT) techniques in current use.* *J. Ment. Sci.* 1958; 104: 1069–1078.
47. Valentine M. *Intensive electroplexy.* *J. Nerv. Ment. Dis.* 1949; 109: 95.
48. Edel H., Kempf W. *Elektroheilschlaf — Untersuchungen über die Schlafwirksamkeit.* *Asklepios* 1965; 6: 312.
49. Hinderer M. *Über die Heilkampfbehandlung mit dem Elektrostimulus IV.* *Praxis* 1952; 41 (51): 1105–1109.
50. Koegler R.R., Hicks S.M., Barger J.H. *Medical and psychiatric use of electroplexy.* *Dis. Nerv. Syst.* 1971; 32 (2): 100–104.
51. Levitt E.A., James N.M., Flavell P. *A clinical trial of electroplexy therapy with a psychiatric inpatient sample.* *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1975; 9 (4): 287–290.
52. Miller E.C., Mathas J.L. *The use and effectiveness of electroplexy in the treatment of some common psychiatric problems.* *Am. J. Psychiatry* 1965; 122 (4): 460–462.
53. Quarti C. *Contribution to the study of electronarcosis. (Psychiatric therapy. Method of experimental clinical investigation).* *Presse Med.* 1951; 59 (7): 125–127.
54. Tietz E.B. *Further experiences with electronarcosis.* *J. Nerv. Ment. Dis.* 1947; 106: 150.
55. Medicott R.W. *The place of electronarcosis in psychiatric treatment; a clinical assessment based on the treatment of four hundred patients.* *N. Z. Med. J.* 1954; 53 (294): 128–137.
56. Hemphill R.E., Grey W.W. *The treatment of mental disorders by electrically induced convulsions.* *J. Mental Sci.* 1991; 87: 257–275.
57. Jones J.E. *Non-ECT.* *World Med.* 1974; 9: 24.
58. Durham J. *Sources of public prejudice against electroconvulsive therapy.* *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1989; 23 (4): 453–460.
59. Parker G., Parker K. *Psychosocial and environmental formulation of depression.* W: Licino J., Wong M.-L. (red.). *Biology of Depression. From novel insights to therapeutic strategies.* Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinham 2005; 13–32.
60. Köhler T. *Biologische Grundlagen psychischer Störungen.* Hogrefe, Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag 2005.
61. Charney D.S., Nestler E.J. (red.). *Neurobiology of mental illness.* Oxford University Press, New York 2004.
62. D'haenen H.A.H., den Boer J.A., Willner P. (red.). *Biological psychiatry.* John Wiley & Sons Ltd., Chichester 2002.
63. Förstl H., Hautzinger M., Roth G. (red.). *Neurobiologie psychischer Störungen.* Springer, Heidelberg 2006.
64. Licino J., Wong M.-L. (red.). *Biology of Depression. From novel insights to therapeutic strategies.* Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinham 2005.
65. Berlim M.T., Fleck M.P., Shorter E. *Notes on antipsychiatry.* *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 253 (2): 61–67.
66. Fink M. *Impact of the antipsychiatry movement on the revival of electroconvulsive therapy in the United States.* *Psychiatr. Clin. North Am.* 1991; 14 (4): 793–801.
67. Payk T.R. *Antipsychiatry — a provisional inventory.* *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2004; 72 (9): 516–522.
68. Lawson J.S. *Cognitive side effect and psychological testing.* W: Swartz C.M. *Electroconvulsive and neuromodulation therapies.* Cambridge University Press, Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi 2009; 485–497.
69. American Psychiatric Association (APA) — Committee on ECT (Weiner R.D., Coffey C.E., Fochtmann L.J. i wsp. red.). *The practice of electroconvulsive therapy. Recommendations for treatment, training, and privileging. A Task Force Report of the American Psychiatric Association.* APA, Washington 2001.
70. Squire L.R. *Memory functions as affected by electroconvulsive therapy.* W: Malitz S., Sackeim H.A. (red.). *Electroconvulsive therapy. Clinical and Basic research issues.* Ann. NY Acad. Sci. 462. NY Acad. Sci. New York 1986; 307–314.
71. Coleman E.A., Sackeim H.A., Prudic J., Devanand D.P., McElhinney M.C., Moody B.J. *Subjective memory complaints prior to and following electroconvulsive therapy.* *Biol. Psychiatry* 1996; 39 (5): 346–356.
72. Feske U., Mulsant B.H., Pilkonis P.A., Soloff P., Dolata D., Sackeim H.A., Haskett R.F. *Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder.* *Am. J. Psychiatry* 2004; 161 (11): 2073–2080.
73. Flint V., Hill-Johnes S. *How effective is ECT for those with borderline personality disorder?* *Nurs. N. Z.* 2008; 14 (9): 12–14.
74. Ness D.E. *ECT in patients with depression and borderline personality disorder.* *Am. J. Psychiatry* 2005; 162 (9): 1762.
75. Blais M.A., Matthews J., Schouten R., O'Keefe S.M., Summergrad P. *Stability and predictive value of self-report personality traits pre- and post-electroconvulsive therapy: a preliminary study.* *Compr. Psychiatry* 1998; 39 (4): 231–235.
76. Coffey C.E., Weiner R.D., Djang W.T., Figiel G.S., Soady S.A., Patterson L.J., Holt P.D., Spritzer C.E., Wilkinson W.E. *Brain anatomic effects of electroconvulsive therapy. A prospective magnetic resonance imaging study.* *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48 (11): 1013–1021.
77. Devanand D.P., Dwork A.J., Hutchinson E.R., Bolwig T.G., Sackeim H.A. *Does ECT alter brain structure?* *Am. J. Psychiatry* 1994; 151 (7): 957–970.
78. Figiel G.S., Coffey C.E., Weiner R.D. *Brain magnetic resonance imaging in elderly depressed patients receiving electroconvulsive therapy.* *Convuls. Ther.* 1989; 5 (1): 26–34.
79. Bertolín Guillén J.M., Sáez Abad C., Hernández de Pablo M.E., Peiró Moreno S. *Efficacy of electroconvulsive therapy: a systematic review of scientific evidences.* *Actas Esp. Psiquiatr.* 2004; 32 (3): 153–165.
80. Devanand D.P., Polanco P., Cruz R., Shah S., Paykina N., Singh K., Majors L. *The efficacy of ECT in mixed affective states.* *J. ECT* 2000; 16 (1): 32–37.
81. Gábor G., László T. *The efficacy of ECT treatment in depression: a meta-analysis.* *Psychiatr. Hung.* 2005; 20 (3): 195–200.
82. Husain M.M., McClintock S.M., Rush A.J., Knapp R.G., Fink M., Rummans T.A., Rasmussen K., Claassen C., Petrides G., Biggs M.M., Mueller M., Sampson S., Bailine S.H., Lisanby S.H., Kellner C.H. *The efficacy of acute ECT in atypical depression.* *J. Clin. Psychiatry* 2008; 13, e1–e6.
83. Beyer J.L., Weiner R.D., Glenn M.D. *Electroconvulsive therapy. A programmed text.* American Psychiatric Press Inc., Washington, London 1998.

84. Hese R.T., Zyss T. Dalsze leczenie po zakończeniu serii EW. W: Hese R.T., Zyss T. (red.). *Elektrowstrząsy w praktyce klinicznej*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007; 120–128.
85. McCall W.V. Electroconvulsive therapy in the era of modern psychopharmacology. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2001; 4 (3): 315–324.
86. van Beusekom B.S., van den Broek W.W., Birkenhäger T.K. Long-term follow-up after successful electroconvulsive therapy for depression: a 4- to 8-year naturalistic follow-up study. *J. ECT* 2007; 23 (1): 17–20.
87. Trivedi M.H., Shon S., Crimson M.L., Key T. Texas implementation of medication algorithms (TIMA) — Guidelines for treatment major depressive disorder. University of Texas Southwestern Medical School, Dallas 1999 [http://www.dshs.state.tx.us/mhprograms/pdf/TIMA\\_MDD\\_Manual\\_080608.pdf](http://www.dshs.state.tx.us/mhprograms/pdf/TIMA_MDD_Manual_080608.pdf); 10.03.2010.
88. Eschweiler G.W. Mögliche Behandlungsalgorithmen für die Elektrokrampftherapie. W: Eschweiler G.W., Wild B., Bartels M. (red.). *Elektromagnetische Therapien in der Psychiatrie. Elektrokrampftherapie (EKT), transkranielle Magnetstimulation (TMS) und verwandte Verfahren*. Steinkopff, Darmstadt 2003, 82–89.
89. Grunze H., Walden J. Kwas walproinowy w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
90. Fink M. *Electroshock. Restoring the mind*. Oxford University Press, New York, Oxford 1999.
91. Barnes R. The use of ECT as a continuation or maintenance treatment. W: Scott A.I.F. (red.). *The ECT handbook. (Third Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT). Council Report CR128*. The Royal College of Psychiatrists. London 2005; 79–81. <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr128.pdf>; 23.09.2009.
92. Stadland C., Heiden A., Nedopil N. Rechtliche und ethische Aspekte bei der EKT Behandlung. W: Baghai T.C., Frey R., Kasper S., Möller H.-J. (red.). *Elektrokonvulsionstherapie. Klinische und wissenschaftliche Aspekte*. Springer Verlag, Wien, New York 2004; 169–180.
93. Coppen A. Depression as a lethal disease: prevention strategies. *J. Clin. Psychiatry* 1994; 55 (supl.): 37–45.
94. Wijeratne C., Halliday G.S., Lyndon R.W. The present status of electroconvulsive therapy: a systematic review. *Med. J. Aust.* 1999; 171: 250–254.
95. Leszek J., Kiejna A., Wasik A., Kubiszewski M. Terapia elektrowstrząsowa — za i przeciw w świetle przeglądu aktualnego piśmiennictwa. *Psychiatr. Pol.* 1987; 21 (5): 421–427.
96. Padeberg P., Großheinrich N., Schläpfer T.E. Depressive Erkrankungen. W: Siebner H., Ziemann U. (red.). *Das TMS-Buch. Handbuch der transkraniellen Magnetstimulation*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2007; 609–620.
97. Padberg F., Grossheinrich N., Pogarell O., Möller H.-J., Fregni F. Efficacy and safety of prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in affective disorders. W: Marcolin M.A., Padberg F. (red.). *Transcranial brain stimulation for treatment of psychiatric disorders. Advances in Biological Psychiatry*. Vol. 23. Karger AG Basel, Freiburg, Paris, London, New York, Bangalore, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney 2007; 53–83.
98. Rush A.J. Vagus nerve stimulation: clinical results in depression. W: Schachter S.C., Schmidt D. (red.). *Vagus Nerve Stimulation*. MD Martin Dunitz, London, New York 2003; 85–112.
99. Eschweiler G.W. Die Vagusnervstimulation (VNS) bei therapieresistenter Depression und anderen psychischen Störungen. W: Eschweiler G.W., Wild B., Bartels M. (red.). *Elektromagnetische Therapien in der Psychiatrie. Elektrokrampftherapie (EKT), transkranielle Magnetstimulation (TMS) und verwandte Verfahren*. Steinkopff, Darmstadt 2003; 250–264.
100. Greenberg B.D. Deep brain stimulation in depression: background, progress, and key issues. W: Tarsy D., Vitek J.L., Starr P.A., Okun M.S. (red.). *Deep brain stimulation in neurological and psychiatric disorders*. Humana Press, Totowa 2008; 511–530.
101. Lisanby S.H., Peterchev A.V. Magnetic Seizure Therapy for the treatment of depression. W: Marcolin M.A., Padberg F. (red.). *Transcranial brain stimulation for treatment of psychiatric disorders. Advances in Biological Psychiatry*. Vol. 23. Karger AG, Basel, Freiburg, Paris, London, New York, Bangalore, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney 2007; 155–171.
102. Higgins E.S., George M.S. (red.). *Brain stimulation therapies for clinicians*. American Psychiatric Publications Inc., Washington, London 2009.