

## MEDICAL SCIENCES

## DEPRESSION – TYPES AND TREATMENT OF DEPRESSION

**Bartosz Wanot**

PhD of Medicine., Polonia University, Institute of Health and Nursing,  
e-mail: b.wanot@ap.edu.pl, orcid.org/0000-0001-8971-0460, Poland

**Barbara Szczygiel**

BSc, Polonia University, Institute of Health and Nursing,  
e-mail: szczygielbarbara17@wp.pl, orcid.org/0000-0001-9141-6180, Poland

**Wojciech Wanot**

MA, University of Silesia in Katowice, Faculty of Pedagogy and Psychology,  
e-mail: bbwjtk@gmail.com, orcid.org/0000-0001-8649-8942, Poland

**Mariana Magerčiaková**

PhD, Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health,  
e-mail: mariana.magerciakova@ku.sk, orcid.org/0000-0001-5742-8583, Slovakia

**Abstract.** The key symptom of depression is lowering the mood, but this is not the only sign of depression. Depression is a disease in which the symptoms reach various intensities and occur in many configurations. We distinguish the following types of depression: reactive, endogenous, neurotic, anankastic, agitated, large and small, morning (subclinical and subliminal), seasonal, masked, psychotic, postpartum, drug resistant, in children and adolescents, in the elderly, involuntal, organic, in bipolar disorder, dysthymia, depression and anxiety, and in somatic diseases. Psychotherapy is now a popular and effective method of treating depression. The effects of treatment after the use of antidepressants appear only after a few weeks from the beginning of therapy. Old-generation medicines: these are tricyclic antidepressants (TLPDs), inhibitors of neuromediator reuptake and monoamine oxidase enzyme (MAO) inhibitors. The new generation of drugs is distinguished by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs), four-ring drugs, noradrenaline reuptake inhibitors, selective reversible MAO inhibitors, and drugs with other mechanisms of action. Phototherapy (treatment of light) is currently a widely accepted method of winter depression therapy. Other treatments for depression include electroconvulsive therapy and transcranial magnetic stimulation.

**Keywords:** depression, affective disorders, types of depression, treatment of depression.

*DOI: <http://dx.doi.org/10.23856/3216>*

**Wstęp**

Depresja to pojęcie niejednoznaczne a jej diagnoza musi opierać się na szczegółowym wywiadzie i analizie wszystkich symptomów występujących u chorego. Kluczowym objawem jest obniżenie nastroju jednak nie jest to jedyna oznaką depresji. Najczęściej występują niepewność w odniesieniu do przyszłości oraz poczucie beznadziei i bezradności

jak również znużenie i przewlekłe zmęczenie. Pojawia się również zwolnienie ruchów lokomocyjnych, utrata zainteresowań i libido. Często jest również poczucie winy chorego [moje]. Od nasilenia objawów i częstości występowania zależne jest zdefiniowanie zaburzeń jako czasowego obniżenia nastroju, zaburzeń depresyjnych bądź depresji. Sama depresja również ma wiele odmian zależnych od takich czynników jak objawy, przyczyny, czas występowanie i inne (*Szczygiel, Wanot, Magerčíaková, 2018*).

### Rodzaje depresji

Depresja jest chorobą, w której objawy osiągają różne nasilenie i występują w wielu konfiguracjach. Wyróżniamy następujące rodzaje depresji:

- reaktywną,
- endogenną,
- nerwicową,
- anankastyczną,
- agitowaną,
- dużą i małą,
- poranną (subkliniczną i podprogową),
- sezonową,
- maskowaną,
- psychotyczną,
- poporodową,
- lekkooporną,
- u dzieci i młodzieży,
- u osób w wieku podeszłym,
- inwolucyjną,
- organiczną,
- w chorobie afektywnej dwubiegunowej,
- dystymię,
- stany depresyjno – lękowe,
- w chorobach somatycznych (*Krzyżowski, 2002*).

Depresja reaktywna to taka, gdzie wyraźny jest związek między stresującym lub tragicznym wydarzeniem, a przygnębieniem jako reakcją na to wydarzenie. Utrata bliskiej osoby, zagrożenie życia, beznadziejna sytuacja osobista, problemy finansowe, mogą spowodować zbyt wielkie przeciążenie emocjonalne i w efekcie wystąpienie depresji reaktywnej.

Depresja nerwicowa jest zbliżoną do reakcji nerwicowych charakteryzujących się objawami obniżonego nastroju i napędu. Cechuje ją przewlekłość oraz manifestacje lękowe. Nie występują w niej objawy somatyczne.

Depresje anankastyczne to depresje, w których pojawia się wątek niepewności przed podjęciem jakiegokolwiek przedsięwzięcia, jak również wątpliwość do podjętych już działań. Pojawiają się myśli natrętne i natręctwa ruchowe, chorzy są przygnębieni, wszystko ich przerasta, uważają iż nie są w stanie niczemu sprostać.

Depresje agitowane jest to przeżywanie jakiegoś nieszczęścia lub żałoby połączone z niepokojem ruchowym lub słownym. Może to być związane z drażliwością, wybuchowością, a nawet agresją osoby depresyjnej. Pacjenci tacy są bardzo absorbujący, zwracający na siebie

uwagę, żądający zajmowania się nimi.

Ich ewentualne zamiary samobójcze są zazwyczaj wcześniej wykrzywane i zapowiadane (*Krzyżowski, 2002*). Depresja duża jest chorobą powodującą kliniczne jawne zaburzenia lub nieprawidłowości w życiu społecznym albo zawodowym. Kryteria diagnostyczne dużej depresji to:

- nastrój depresyjny lub rozdrażnienie występuje przez większą część dnia,
- znaczne zmniejszenie zainteresowania i poczucia przyjemności w prawie wszystkich dziedzinach życia przez większość dni,
- znamienne zmniejszenie lub zwiększenie masy ciała,
- bezsensowność lub nadmierna sensowność w ciągu dnia,
- pobudzenie lub spowolnienie obserwowane przez innych,
- zmęczenie lub utrata energii,
- uczucie bezwartościowości lub poczucia winy,
- zaburzenie koncentracji lub niemożność podjęcia decyzji,
- nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie (*Heitzman, 2007*).

Mała depresja jest podobna do dużej, ale charakteryzuje ją występowanie mniejszej liczby objawów; do rozpoznania konieczna jest obecność co najmniej dwóch, ale mniej niż pięciu objawów dużej depresji. Objawy są mniej nasilone i powodują mniejsze zaburzenia funkcjonowania, niż w dużej depresji. Aby spełnić kryteria diagnostyczne, pacjenci muszą odczuwać smutek, któremu towarzyszy utrata zainteresowania w większości dziedzin życia. Stan ten może przechodzić w smutek towarzyszący codziennemu życiu, ale aby rozpoznać małą depresję objawy muszą występować stale i powodować widoczne zaburzenia lub nieprawidłowości.

Duża depresja jest stanem cięższym co do nasilenia objawów i zaburzeń w funkcjonowaniu. Osobnym zagadnieniem jest śmiertelność, która wynika głównie z nasilenia depresji. Wiadomo, że ciężka depresja wiąże się ze znacznym ryzykiem samobójstwa, trzy lub czterokrotnie większym ryzykiem zachorowania na chorobę niedokrwienną serca i zwiększonym ryzykiem przedwczesnej śmierci.

Depresja sezonowa wpływa nie tylko na nastrój osoby nią dotkniętej, ale i na cały organizm, powodując drażliwość, wzmagając dyskomfort stanów przed miesiączkowych u kobiet i dając przyrosty wagi u wszystkich pacjentów. Cierpią na nią przede wszystkim kobiety i to w ok. 80% przypadków. Uważa się, że wywołać ją może określona sekwencja pochmurnych dni w oknie zimowym, wczesnej wiosny i późnej jesieni. Do typów dolegliwości zalicza się:

- wzmóżony apetyt szczególnie na słodkie, dając wyraźny przyrost masy ciała,
- obniżenie sił witalnych,
- apatia,
- zaburzenia snu,
- obniżenie popędu seksualnego,
- stałe rozdrażnienie (*Świącicki, 2006*).

Depresja maskowana to typ depresji przebiegający pod postacią przewlekłej, dokuczliwej i często bolesnej choroby somatycznej. Może więc ona przypominać różnorodne silne zapalenia nerwu trójdzielnego lub rwy kulszowej. Zdarza się, że pacjent zgłasza silne i uporczywe bóle głowy. Rozpoznanie tego typu depresji jest bardzo trudne i stawiane bywa zazwyczaj po wykluczeniu innych chorób somatycznych. Cechą charakterystyczną bólów występujących w maskowanej depresji jest nieskuteczność leków przeciwbólowych i blokad.

Depresja psychotyczna charakteryzuje się występowaniem objawów psychotycznych w przebiegu dużej depresji. U pacjenta mogą występować urojenia samooskarżające, nihilistyczne, hipochondryczne. Depresje te są obarczone dużym ryzykiem samobójstwa.

Depresja poporodowa obecnie dotyczy aż 15% rodzących. Znaczne przygnębienie, apatia i smutek pojawiają się w okresie 4 tygodni po porodzie i rozpoznawane jest jako depresja poporodowa. Okres bezpośredni po porodzie traktowany bowiem jest jako przykład nagłego spadku hormonów płciowych. Pierwszym objawem jest mniejsze zainteresowanie dzieckiem. Mogą pojawić się trudności w leczeniu, gdyż kobiety te są matkami karmiącymi piersią. Aby rozpoznać powyższą depresję stosujemy Edynburską Skalę Depresji Poporodowej, wypełnianą przez matki 6-8 tygodni po porodzie.

Depresja lekooporna mimo znacznego postępu w dziedzinie psychiatrii jest trudna do wyleczenia. Około 1/3 leczonych nie uzyskuje poprawy po zastosowaniu pierwszego zaleconego leku, a u 15% wielokrotnie zmieniane i modyfikowane leczenie także okazuje się nieskuteczne. Powodem lekooporności bywa współistnienie u pacjentów chorób somatycznych lub innych psychicznych. W takiej sytuacji należy szukać kolejnej, skutecznej metody leczenia.

Depresje u dzieci i młodzieży stanowią ok. 3% wszystkich rozpoznanych depresji. Wśród dzieci na depresję częściej chorują chłopcy. Tuż przed okresem pokwitania i później choruje jednak około dwa razy więcej dziewcząt.

Z dziecięcą depresją endogenną wiąże się poważne ryzyko samobójstwa i dlatego leczenie należy podejmować możliwie szybko i kompleksowo. Leczenie nastolatków z depresją składa się z wielostronnych działań, w tym leczenia farmakologicznego oraz interwencji psychoterapeutycznych, edukacyjnych, rodzinnych. Leki mają ograniczoną rolę, ponieważ są mało skuteczne, słabo wpływają na czynniki etiologiczne, a młodzież często nie stosuje się do zaleconego sposobu przyjmowania leków. Do podstawowych zasad leczenia depresji u dzieci i młodzieży należy:

- zapewnienie pełnej dyskrecji,
- nawiązanie kontaktu,
- ocena zagrożenia samobójstwem,
- włączenie rodziny do terapii,
- podtrzymania wsparcia w szkole,
- przestrzeganie zasad zdrowego trybu życia czyli higieny snu, regularnego odżywiania, uprawiania ćwiczeń fizycznych, gospodarowanie czasem i walka z wycofywaniem się z kontaktów społecznych.

Sparaliżowany i przytłoczony nastolatek potrzebuje pomocy w ustaleniu priorytetów, aby mógł zwalczyć bezradność i odzyskać nadzieję. Konieczne jest stworzenie systemu złożonego z opiekuńczych dorosłych i rówieśników, którzy nie będą ograniczać się do udzielenia prostej rady, ale będą wspierać silne strony osobowości i umiejętności rozwiązywania problemów. Do bardziej specjalistycznych narzędzi, które przyniosą korzyść nastolatkom w depresji, należą umiejętności funkcjonowania w społeczeństwie, trening asertywności, radzenie sobie ze stresem oraz strategie poznawczo-behawioralne. W niektórych przypadkach depresja u nastolatka jest objawem problemu dotyczącego rodziny, a leczenie choroby może być nieskuteczne, jeżeli nie dotrze się do źródła problemu. Wśród nastolatków najbardziej narażeni na wystąpienie „objawowej” depresji są introwertycy, pełni lęku i sumienni, często nadmiernie uwikłani w problemy swoich rodziców i przyjmujący przedwcześnie odpowiedzialność za dobrobyt dorosłych członków rodziny.

Duże znaczenia w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży ma zastosowanie terapii

poznawczo-behawioralnej. Wczesne zastosowanie leczenia farmakologicznego należy rozważyć w niektórych sytuacjach, takich jak:

- epizody psychiatryczne,
- objawy wegetatywne,
- ciężkie upośledzenie funkcjonowania,
- choroba dwubiegunowa,
- napady lęku panicznego,
- choroba natręctw (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne),
- wyraźne obciążenie wywiadu rodzinnego depresją (*Garland, 2007*).

Depresja inwolucyjna to rodzaj depresji występujący w okresie starzenia się organizmu w czasie gdy zachodzą nieodwracalne zmiany hormonalne. Często występuje ona u kobiet po okresie menopauzy i u mężczyzn w okresie andropauzy.

Depresja u osób w wieku podeszłym – uważa się, że ok. 15% starszych ludzi, powyżej 65 roku życia cierpi na różnorodne depresje. Czynniki ryzyka w depresji w wieku podeszłym były analizowane w wielu badaniach, głównie na podstawie danych retrospektywnych. Czynniki ryzyka dzielimy na:

- czynniki psychospołeczno-demograficzne,
- choroby somatyczne, choroby ośrodkowego układu nerwowego.

Stwierdzono, iż najistotniejsze czynniki ryzyka to: płeć żeńska, żałoba po stracie kogoś bliskiego, zaburzenia snu, inwalidztwo, choroba nowotworowa, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroba Parkinsona, choroby zwyrodnieniowe stawów, schorzenia metaboliczne, stany pourazowe, choroby naczyń mózgu.

Wśród czynników psychospołecznych największe znaczenie ma płeć żeńska, wdowieństwo, samotne życie, obecność negatywnych czynników stresowych oraz słabe wsparcie społeczne np. rozwód, utrata pracy. Wystąpienie depresji w wieku podeszłym jest więc spowodowane nie tylko genetyczną podatnością i dekompetensją w wieku starszym, ale także patogenetycznym wpływem czynników somatycznych i szczególnych wydarzeń psychospołecznych (*Parnowski, 2005*).

Do przyczyn depresji należy także wpływ niektórych leków stosowanych w terapii oraz niedobory pokarmowe, głównie witaminy z grupy B, kwasu foliowego i białek (Tab.1).

Objawami klinicznymi sugerującymi występowanie depresji u osób starszych mogą być:

- znaczny niepokój, pobudzenie, drażliwość,
- poczucie winy, bezwartościowości,
- pragnienie śmierci,
- zaburzenia koncentracji uwagi, problemy z pamięcią,
- spowolnienie psychoruchowe,
- skargi somatyczne dotyczące dolegliwości bólowych, zaparcie, zmęczenia,
- nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich,
- niesatysfakcjonujące efekty rehabilitacji lub brak odpowiedzi na odpowiednie leczenie chorób somatycznych.

Depresja organiczna charakteryzuje się licznymi skargami dolegliwości somatycznych i znaczącymi zaburzeniami pamięci. Nierzadko u pacjenta współistnieją przewlekłe choroby somatyczne i zmiany psychoorganiczne (*Dobrzyńska, Rymaszewska, Kiejna, 2007*).

Tabela 1

**Wpływ leków na objawy depresyjne (Suwalska, 2007)**

Grupa leków	Lek, podgrupa leków	Związek z depresją
Leki przeciwnadciśnieniowe	Rezerpina	Istotny związek z objawami depresji
	Beta – blokery	Początkowe doniesienia o częstym występowaniu depresji
	Inhibitory konwertazy angiotensyny, Blokery kanałów wapniowych	Sprzeczne, niejednoznaczne wyniki badań
Leki hormonalne	Kortykosteroidy	Udokumentowany związek z objawami depresyjnymi, a także objawami maniakalnymi i psychotycznymi
	Tamoxifen	Nie potwierdzono związku z objawami depresyjnymi
	Raloxifen	Nie potwierdzono związku z objawami depresyjnymi
Leki przeciwpadaczkowe	Wigabatryna	Istotny związek terapii wigabatryną z objawami depresyjnymi
	Topiramot	Znaczące nasilenie objawów depresji w czasie terapii tym lekiem
Statyny	Simwastatyna	Znaczące nasilenie objawów depresyjnych

Dystymia – rozpoznawana jest wtedy, gdy ciężkość objawów, ani czas trwania nie pozwalają rozpoznać, ani małej, ani dużej depresji. Rozpoznanie to niekiedy stawiane jest na podstawie subiektywnych relacji chorego dotyczącej jego długo trwającego złego samopoczucia. Depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej charakteryzuje się występowaniem w ciągu życia pacjenta zarówno epizodów depresyjnych, jak i okresów patologicznie podwyższonego napędu, nastroju, manii. W klasycznej chorobie afektywnej dwubiegunowej, zwanej psychozą maniakalno-depresyjną u chorego w ciągu życia obserwuje się zespoły depresyjne oraz pełnobjawowe epizody maniakalne. W manii zmienia się sposób spojrzenia na świat, myślenie jest pozytywne. Człowiek staje się przyjazny wobec całego świata. W trakcie epizodu maniakalnego pacjent postrzega swoją osobę jako niezwykle atrakcyjną, posiadającą niezwykle zdolności i potencjał. Przyszłość widzi w kolorowych barwach, czuje się szczęśliwy, pełen pomysłów na lepszą przyszłość. W niektórych przypadkach manii mogą towarzyszyć objawy psychotyczne w postaci urojeń lub omamów. Osoba w manii może również być silnie drażliwa, reagować gniewem na najmniejsze próby perswazji ze strony otoczenia. Osoby będące w stanie manii mają większą skłonność do picia alkoholu, częściej powodują wypadki drogowe. Utrata zahamowań bywa także widoczna w sferze seksualnej. Częstymi zjawiskami są zdrady małżeńskie, co wynika z typowego dla osób w manii poczucia dużej atrakcyjności. Nadmiar energii sprawia, że zmniejsza się

zapotrzebowanie na sen (Dudek, Zięba, 2002). Pamiętać należy, że patologiczne zachowanie w manii nie wynika z lekkomyślności czy głupoty, a jest objawem ciężkiej choroby psychicznej. Biorąc pod uwagę nawrotowość choroby afektywnej dwubiegunowej, po ustąpieniu fazy maniakalnej może wystąpić kolejny epizod depresji lub manii. Stany depresyjno-lękowe są często spotykane w psychiatrii. Współistnieją one w różnych konfiguracjach czasowych.

Objawy depresji mogą pojawić się w przebiegu trwającego zespołu lękowego, z kolei dużej depresji mogą towarzyszyć objawy nasilonego lęku lub napady paniki mogące prowadzić do wystąpienia wtórnej depresji. Dla stanów depresyjno-lękowych charakterystyczne jest wczesne budzenie się, przerywany sen, trudne zasypianie.

### Leczenie depresji

Psychoterapia to obecnie popularna i skuteczna metoda leczenia depresji. W spopularyzowaniu psychoterapii dużą rolę odegrała sztuka literacka oraz media, które przyczyniły się do zmiany mentalności ludzi. Jeden z prekursorów psychoterapii Pierre Janet tak oto definiuje psychoterapię: „...jest to zastosowanie wiedzy psychologicznej do leczenia różnych zaburzeń i chorób psychicznych” (Krzyżowski, 2002). Celem nadrzędnym psychoterapii jest:

– usunięcie objawów zaburzeń psychicznych będących przyczyną cierpienia pacjenta oraz uruchomienia w jego psychice takich zmian, które pozwolą mu na lepszą adaptację społeczną,

- próba usunięcia określonej sytuacji kryzysowej,
- redukcja lub usunięcie objawów zaburzenia psychicznego,
- wzmocnienie możliwości obronnych pacjenta,
- rozwiązanie lub przekształcenie nieświadomych konfliktów,

– reorganizacja osobowości w kierunku dojrzałego funkcjonowania (Krzyżowski, 2002).

Rozróżniamy psychoterapię: indywidualną, grupową, małżeńską, rodzinną, grupy zawodowej. Psychoterapia jest stosowana także w leczeniu takich zaburzeń jak:

- nerwice,
- zaburzenia osobowości,
- zaburzenia adaptacyjne,
- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia odżywiania,
- nałogi,
- jako metoda wspomagająca farmakoterapię w psychozach,
- dla osób przeżywających kryzysy rodzinne,
- dla osób poddanych ostremu stresowi w wyniku katastrof.

Stosowane metody psychoterapii:

– terapia psychodynamiczna: zadaniem psychoterapeuty jest uzyskanie wglądu w zaburzone elementy osobowości i ich naprawa, co ma prowadzić do korzystnej zmiany osobowości,

– terapia poznawcza: celem jej jest określenie błędnych skojarzeń i niewłaściwych torów myślenia pacjenta, co prowadzi do analizy i modyfikacji owego myślenia,

– terapia interpersonalna: w czasie sesji analizuje się interpersonalne związki pacjenta, a następnie po analizie związku proponowana jest jakaś strategia rozwiązania.

Leki przeciwdepresyjne przyjmowane muszą być w ściśle określonych przez lekarza dawkach oraz należy przestrzegać czasu ich przyjmowania. Efekty leczenia po zastosowaniu leków przeciwdepresyjnych pojawiają się dopiero po okresie kilku tygodni od rozpoczęcia terapii. Antydepresanty możemy podzielić najogólniej na dwie grupy tj. leki starej i nowej generacji. Leki starej generacji: to trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), hamujące wychwyty zwrotny neuromediatorów oraz inhibitory enzymu monoaminooksydazy (MAO). Wśród leków nowej generacji wyróżnia się selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), leki czteropierścieniowe, inhibitory wychwyty noradrenaliny, selektywne odwracalne inhibitory MAO oraz leki o innych mechanizmach działania (*Dudek, Zięba, 2002*). W okresie mijającego 50-lecia zarejestrowano blisko 60 związków chemicznych, w tym:

- 23 nioselektywne inhibitory monoamin,
- 10 leków o ukierunkowanym działaniu na wychwyty monoamin,
- 12 inhibitorów MAO,
- 8 leków o innym mechanicznym działaniu (*Skibińska, 2006*).

Fototerapia – tj. leczenie depresji światłem. Jest to obecnie powszechnie akceptowana metoda terapii depresji zimowej. Jest to także pomocnicza metoda leczenia innych stanów depresyjnych, wprowadzona na początku lat 80. Terapeutyczne działanie światła wymaga udziału siatkówki oka. W wyniku wielu badań wskazuje wyraźnie, że zarówno ultrafiolet (UV), jak i część widma światła widzialnego mogą wywierać niekorzystny wpływ na oko, a zwłaszcza soczewkę i siatkówkę.

Przed rozpoczęciem fototerapii zaleca się przeprowadzenie krótkiego badania okulistycznego u wszystkich pacjentów, u których występowały w wywiadzie problemy okulistyczne. Badanie okulistyczne powinno obejmować:

- ocenę ostrości wzroku,
- badanie dna oka,
- pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,
- ocenę pola widzenia,
- badanie ostrości wzroku po korekcji,
- badanie reakcji źrenic.

Należy zachować ostrożność u osób przyjmujących leki uczulające na działanie światła: tetracykliny, sulfonamidy, wyciąg z dziurawca. Źródłem światła jest specjalne dobrana lampa o odpowiednio dobranym widmie i określonej jakości tj. od 2,5 tys. – 12 tys. luxów, światło czerwone, zielone, białe. Zabieg trwa od pół godziny do 2 godzin, jest zależny od natężenia światła. Skutki uboczne zabiegu to łzawienie i pieczenie oczu, bóle głowy, ucisk gałek ocznych, opisywano przejście fazy depresyjnej w maniacką (*Święcicki, 2007*).

Leczenie elektrowstrząsami (EW) to kolejna metoda leczenia depresji. Leczenie to polega na wywołaniu w warunkach kontrolowanych uogólnionego napadu drgawkowego; skurcze mięśniowe, drgawki toniczno-kloniczne z hipoksją, zwiększeniem ciśnienia krwi, przyspieszeniem tętna oraz utratą świadomości. Mechanizm działania wstrząsów neutralnych jest podobny do działania leków przeciwdepresyjnych – działa na neuroprzekązniki w mózgowiu. Zabieg wykonuje się przy użyciu aparatów – konwulsatorów w znieczuleniu ogólnym i z użyciem preparatów zwiotczających mięśnie. Stosowany jest prąd o napięciu 90



– 100V i natężeniu ok. 300mA, który przepuszcza się przez czaszkę za pomocą nałożonych elektrod na okolice skroniowe wcześniej zwilżone 0,9% NaCl, w celu zwiększenia przewodnictwa elektrycznego. Wcześniej pole, gdzie wykonywany będzie zabieg należy ogolić, odtłuścić. Czas trwania działania prądu jest nie dłuższy niż 0,5 s do 1,0 s. w chwili włączenia prądu następuje natychmiastowa utrata przytomności i napad drgawkowy podobny do padaczkowego. Przeciętą kuracja obejmuje 6 – 8 zabiegów. Poprawa następuje już w niektórych przypadkach po pierwszym zabiegu. Wskazania do stosowania EW w Polsce:

1. W zaburzeniach afektywnych o obrazie:

- depresji psychotycznej,
- depresji z nasilonymi myślami i tendencjami samobójczymi,
- osłupienia depresyjne,
- zahamowanie psychoruchowe, szczególnie gdy choremu grozi odwodnienie i wyniszczenie z powodu długotrwałego nie przyjmowania posiłków,
- w zaburzeniach depresyjnych ze znacznie nasilonym niepokojem psychoruchowym, do którego opanowania chory wymagałby stosowania wielu leków i unieruchomienia,
- w zaburzeniach depresyjnych u chorych ze współistniejącymi chorobami somatycznymi uniemożliwiającymi stosowanie jakichkolwiek leków psychotropowych (agranulocytoza, leukopenia, uszkodzenie wątroby);

2. W katatonii ostrej.

3. W ostrej manii z zaburzeniami świadomości.

Poniżej wymieniono stany kliniczne, kiedy EW są stosowane jako metoda drugiego rzutu:

- depresje lekooporne,
- depresje przewlekłe w przebiegu zaburzeń afektywnych,
- depresje u osób w wieku podeszłym,
- w zaburzeniach afektywnych, schizofrenicznych, schizoafektywnych u kobiet w ciąży,
- w złośliwym zespole neuroleptycznym (*Suwalska, 2007; Hese, Zyss, 2007*).

Przeznaczona stymulacja magnetyczna (PSM), to metoda podobna do EW, jednak nie powoduje drgawek, stosowana jest bez użycia znieczulenia ogólnego. Elektrody umieszcza się w okolicach skroni po obu stronach głowy pacjenta. Przepływający w elektrodach prąd wywołuje pulsujące pole magnetyczne, które indukuje zjawiska elektryczne w częściach mózgu, znajdujących się pod elektrodami, co aktywuje komórki nerwowe. Metoda ta została oceniona jako bezpieczna. Uznano, że ryzyko wystąpienia napadu drgawkowego w czasie stymulacji jest niewielkie. Skutki działania PSM utrzymują się jednak tylko przez kilka tygodni i istnieje ryzyko nawrotu zaburzeń depresyjnych (*Zyss, 2007*).

## References

- Dobrzyńska, E., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2007). Depresje u osób w wieku podeszłym. Psychogeriatrya Polska, 4.1, 51-60. [in Polish].*
- Dudek, D., Zięba, A. (Ed.). (2002). Depresja: wiedzieć aby pomóc. Kraków: Wydawnictwo Medyczne. [in Polish].*
- Garland, J. E. (2007). Depresja u młodzieży. Lekarz Rodzinny, 2, 6, 20-24. [in Polish].*
- Heitzman, J. (2007). Depresja. Wrocław: Elsevier Urban i Partner. [in Polish].*
- Hese, R., Zyss, T. (2007). Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej., Wrocław: Elsevier Urban i Partner. [in Polish].*

- Krzyżowski, J. (2002). *Depresja, Medyk, Warszawa: Medyk Wydawnictwo. [in Polish].*
- Parnowski, T. J. (2005). *Depresje w wieku podeszłym: naczyniowe czynniki ryzyka i zaburzenia procesów poznawczych. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. [in Polish].*
- Skibińska, M. (2002). *Metodologia badania leków przeciwdepresyjnych. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii, 59-78. [in Polish].*
- Suwalska, A. (2007). *Leki przeciwdepresyjne - fakty i kontrowersje. Psychiatria Polska, 76-82. [in Polish].*
- Szczygieł, B., Wanot, B., & Magerčiaková, M. (2018). *Depression – definition, history of views, recognition. Scientific Journal of Polonia University, 30(5), 99-106. DOI:/10.23856/3010. [in English].*
- Święcicki, Ł. (2006). *Choroba afektywna sezonowa (depresja zimowa). Monografia z uwzględnieniem wyników badań własnych. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. [in Polish].*
- Święcicki, Ł. (2007). *Tolerancja i bezpieczeństwo leczenia depresji światłem. Psychiatria po Dyplomie, 4, 68-70. [in Polish].*
- Zyss, T. (2007). *Nowe fizykalne metody leczenia depresji. Wrocław: Elsevier Urban i Partner. [in Polish].*