

## Can electrical interventions be helpful in treating mood disorders in patients diagnosed with personality disorders? Case report and literature review.

Czy zabiegi elektryczne mogą być pomocne w leczeniu zaburzeń nastroju u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń osobowości? Opis przypadku i przegląd literatury.

Ewa Stelmach ABEF, <https://orcid.org/0000-0001-7866-6556>

II Department of Psychiatry and Psychiatric Rehabilitation, Medical University of Lublin, Poland

---

### Abstract

**Introduction:** The main indication for electrical interventions remains mood disorders. Depressive disorders have high comorbidity, which is one factor in poorer remission and higher suicide risk. Borderline personality disorder is characterized by a variety of psychopathology, in particular the presence of mood swings, impulsive behaviour, and difficulties in maintaining stable interpersonal relationships. An extremely serious clinical problem is the occurrence of episodes of self-harm and suicidal behaviour in these patients. Comorbidity in affective disorders increases the risk of suicide and also reduces the likelihood of achieving symptomatic remission.

**Material and methods:** A case report of a patient with a major depressive episode and suicidal tendencies with coexisting borderline personality disorder who received electrical treatments with good results is presented and literature from the last 10 years is reviewed using the keywords: borderline personality disorder, depression, electroconvulsive therapy, suicide.

**Results:** The results of several studies indicate that electrical treatments are partially effective in patients suffering from depressive disorders and borderline personality disorder.

**Conclusions:** The case of the patient described, as well as data from the literature, suggest that further research is needed into the use of electrical interventions in patients with mood disorders and comorbidity, and their use may be considered in them as a potentially good therapeutic method. The use of ECT in a patient with comorbid personality disorder reflects an individualized treatment approach; however, there is a need for further research in this area, especially in the context of long-term treatment effects.

*Keywords:* borderline personality disorder, depression, electroconvulsive therapy, suicide

### Streszczenie

**Wstęp:** Głównym wskazaniem do zastosowania zabiegów elektrycznych pozostają zaburzenia nastroju. Zaburzenia depresyjne charakteryzują się wysoką współchorobowością, co jest jednym z czynników gorszej remisji i większego ryzyka samobójczego. Zaburzenie osobowości typu borderline charakteryzuje się różnorodną psychopatologią, w szczególności występowaniem wahań nastroju, zachowań impulsywnych oraz trudnościami z utrzymaniem stabilnych relacji interpersonalnych. Niezwykle poważnym problemem klinicznym jest występowanie u tych pacjentów epizodów samouszkodzeń oraz podejmowanie zachowań samobójczych. Współchorobowość w zaburzeniach afektywnych zwiększa ryzyko samobójcze, a także zmniejsza prawdopodobieństwo uzyskania remisji objawowej.

**Materiał i metody:** Przedstawiono opis przypadku pacjentki z ciężkim epizodem depresyjnym i tendencjami samobójczymi ze współistniejącym zaburzeniem osobowości typu borderline, u której zastosowano zabiegi elektryczne z dobrym efektem oraz dokonano przeglądu literatury z ostatnich 10 lat, używając słów kluczy: borderline personality disorder, depression, electroconvulsive therapy, suicide.

**Dyskusja:** Wyniki wielu badań wskazują na częściową skuteczność zabiegów elektrycznych u pacjentów chorujących na zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia osobowości typu borderline.

**Wnioski:** Przypadek opisanej pacjentki, a także dane z literatury wskazują na potrzebę dalszych badań w zakresie zastosowania

zabiegów elektrycznych u pacjentów z zaburzeniami nastroju i współchorobowością, a ich zastosowanie może być u nich rozważane jako potencjalnie dobra metoda terapeutyczna. Zastosowanie ECT u pacjentki ze współistniejącym zaburzeniem osobowości jest wyrazem zindywidualizowanego podejścia leczniczego, niemniej istnieje potrzeba dalszych badań w tym zakresie, szczególnie w kontekście długoterminowych efektów leczniczych.

*Słowa kluczowe:* zaburzenie osobowości typu borderline, depresja, zabiegi elektryczne, samobójstwo

## Introduction

Electroconvulsive therapy (ECT) for the treatment of mental disorders have been known in Poland since the 19th century and had already been used decades before Cerletti and Bini started using them in Italy. Despite this, as indicated by the 2021 studies, their use in Poland is quite rare and significantly lower compared to Western European countries. This highlights the significant impact of financial constraints in healthcare in Poland and the perception of ECT as an invasive treatment method [1].

Mood disorders remain the main indication for ECT, especially if accompanied by suicidal tendencies, as well as drug-resistant states [2]. The American Psychiatric Association recommends the use of ECT for the treatment of major depressive disorder, especially those with psychotic symptoms, catatonia, and suicidal tendencies [3]. The effectiveness of ECT, defined as achieving symptomatic remission or significant clinical improvement in drug-resistant depressive episodes, is approximately 75% [2].

Borderline personality disorder (BPD) is characterized by a variety of psychopathology, in particular the presence of mood swings, impulsive behaviour, and difficulties in maintaining stable interpersonal relationships. An extremely serious clinical problem is the occurrence of episodes of self-harm and suicidal behaviour in these patients. It is estimated that approximately 10% of patients with BPD die by suicide [4].

Studies also show that patients with BPD, more often than patients with depressive disorders, benefit from psychotherapy, take psychotropic drugs, require help within hospital emergency departments, and psychiatric hospitalizations [5].

Comorbidity in the course of depressive disorders is high; it is estimated that 40% are accompanied by personality disorders and 20% by alcohol dependence syndrome [6]. Subsequent studies indicate co-morbidity ranging from 30 to 80% [7].

## Materials and methods

A case report of a patient with a major depressive episode and suicidal tendencies with coexisting BPD who received ECT is presented. A literature review of the last 10 years was also conducted using the Pubmed and

Google Scholar databases and the keywords: borderline personality disorder, depression, electroconvulsive therapy, suicide.

## Case study

The patient, 24 years old, single, childless, nursing student, was transferred to the 2nd Department of Psychiatry in Lublin (II Klinika Psychiatrii w Lublinie) in August 2021 from the psychiatric hospital in Jasło, where she was treated after making a serious suicide attempt by taking drugs (she required treatment in the Intensive Care Unit, was connected to a ventilator). The patient's transfer was dictated by the lack of improvement in her mental state after several weeks of treatment. The patient consented to psychiatric hospitalization.

The patient comes from a family where her father was an alcohol addict and her mother was a codependent, she has two sisters. During her childhood, she developed normally and did not pose any behavioural problems. The onset of problems was in 2009 at the age of 12 years - the patient was repeatedly hospitalized in different pediatric departments due to successive headaches, chronic cough, abdominal pain, inflammation of subcutaneous tissue. The organic causes of the reported symptoms have not been established. In 2013 the patient was repeatedly hospitalized for purulent infiltrates of the upper limbs and right lower limb. The examinations performed and procedures implemented did not reveal somatic causes. After a psychiatric consultation, the patient was suspected of having a factitious disorder. The patient was first hospitalized psychiatrically in 2014 with a diagnosis of Munchausen syndrome in the Adolescent Unit of the 1st Department of Psychiatry in Lublin (Oddział Młodzieżowy I Kliniki Psychiatrii w Lublinie). She initially denied self-harm, but after many conversations with staff eventually admitted to injecting various substances under her skin to pose as symptoms of illness. The patient disclosed a traumatizing family situation - her father's alcoholism, her mother's codependency, domestic violence, insecurity. Neuroimaging, psychological and neuropsychological examinations were carried out in the unit. No significant abnormalities were detected in neuroimaging studies, the Wechsler Adult Intelligence Scale test indicated an above-average level of intelligence, the MMPI test revealed

dissimulation, neuropsychological studies revealed a level of cognitive function at an average and sometimes above-average level. The patient was discharged home with recommendations to continue psychiatric treatment and to start family therapy. The Family Court was also notified of the need to place the family under guardianship. The patient's family did not undertake family therapy. The second psychiatric hospitalization in the same department took place in 2016 due to deterioration of the patient's mental state. The patient was diagnosed with a major depressive episode and self-harm. The patient's family was once again obliged to undertake family therapy and the patient's father was additionally obliged to undertake alcohol addiction therapy. The patient was discharged home with recommendations for continued psychiatric treatment, psychological and family therapy. It is known that she did not continue treatment after discharge.

A further deterioration of her mental state in the form of a mood disorder, requiring psychiatric care occurred in December 2020, and she was under the care of a psychiatric outpatient clinic from February 2021. The patient was treated with a diagnosis of depressive disorders, personality disorders, and had committed numerous self-harms. In May 2021 she made a suicide attempt by taking medications.

On admission to the 2nd Department of Psychiatry, the patient had symptoms of a major depressive episode and dysfunctional forms of behaviour in the form of self-aggressive behaviour, manipulation of the environment, disturbed interpersonal relations, disturbed sense of security, mood swings, unstable self-image, chronic feelings of emptiness. The patient revealed that since her last hospitalization in the 1st Department of Psychiatry, she had repeatedly feigned symptoms of various diseases-dermatitis and inflammation of the skin and subcutaneous tissue, as well as cancer. In addition, during repeated interviews with staff, she stated that she had been sexually abused by her father as a child. The patient's parents and sisters never confirmed this information during numerous conversations with ward staff. In the ward, the patient remained under psychological care, which she reluctantly used. During hospitalization, the patient reported persistent suicidal thoughts, suicidal tendencies, made suicide attempts by snagging pieces of clothing or bedding, and periodically required immobilization with restraints. Pharmacotherapy with a combination of multiple antidepressants, mood stabilisers and antipsychotics failed to improve the patient's mental state or resolve her suicidal tendencies and, as therapeutic options had been exhausted, ECT was undertaken. The patient gave written informed consent for the proposed treatment. The patient underwent a series of 12 ECTs and after completion of the ECTs, pharmacological treatment

was restarted (venlafaxine 150mg/d, quetiapine 150mg/d, lamotrigine 150mg/d, cariprazine 3mg/d). The treatment resulted in a partial improvement of the patient's mental state - improvement in mood and activity, reduction of fear and anxiety, cessation of suicidal thoughts and tendencies. The patient was discharged home with a recommendation to continue treatment in an outpatient setting and to undertake psychotherapy. The patient presented for a follow-up visit in the outpatient setting a few weeks after the end of the hospitalization - a persistent partial improvement of the mental state was observed.

## Discussion

The prevalence of personality disorders among outpatients for various mental disorders is high at 45%, and BPD, due to its high suicide risk, is a significant clinical problem [4]. For this reason, different therapeutic options are being sought to help patients with co-occurring mood and personality disorders. One such treatment option is ECT.

Steinholtz et al. studied a group of 4890 patients with depressive disorders with and without comorbid psychiatric disorders. The co-morbidity group was dominated by personality disorders and anxiety disorders, and therapy was based on the use of ECT. The results of these studies indicate a lower efficacy of ECT in patients with comorbidity (62.7% vs. 84.9%), but at the same time the efficacy of ECT was high enough to consider the use of ECT in patients with comorbid personality disorders and anxiety disorders [6].

In contrast, Yip et al. applied ECT to 693 people with depressive disorders, among whom 20.9% were patients with coexisting BPD. The results of these studies show similar efficacy of ECT in these patient groups, whereas the long-term efficacy of ECT in patients with comorbidity was lower [8].

Kaster et al. also used ECT in patients with depression and comorbidity. In a group of 150 people with a diagnosis of major depression, half were patients with comorbid BPD or post-traumatic stress disorder (PTSD) or both at the same time. The researchers found a slightly lower response to ECT in patients with comorbidity (55.4% for BPD and 65% for PTSD vs. 82.5%) and identified factors for higher ECT efficacy in patients with comorbidity: indications for ECT other than lack of efficacy of pharmacotherapy, more ECT used, no cognitive impairment, and seizure duration greater than 30 seconds [9].

In contrast, an analysis of studies by Chen et al. indicates that ECT and non-invasive brain stimulation methods are effective in reducing suicidal behaviour in patients treated for a variety of psychiatric disorders [10].

The above studies are also confirmed by Lee et al [2]. In their study, the authors confirmed the efficacy of

ECT in patients with depression and comorbid BPD; the clinical effect was still maintained after reassessment of mental status one month after the end of ECT therapy. The researchers also pointed out that their findings do not match those of Feske's 2004 study, which indicated a significantly lower efficacy of ECT in patients with coexisting BPD [11].

Similar to the patient described in this case report, Wasiq et al. obtained a significant improvement in the clinical condition of a patient, suffering from depressive disorders and BPD, who had been unsuccessfully treated with pharmacotherapy and psychotherapy for 10 years, indicating the need for further research in this area [7].

## Conclusions

The case report here demonstrates some efficacy of ECT in the treatment of mood disorders with BPD comorbidity. Data from the literature suggest that ECT is partially effective in cases where affective disorders coexist with personality disorders, while its importance in reducing suicidal tendencies, a life-threatening condition, is emphasised. Patients diagnosed with several comorbid psychiatric disorders are often a huge challenge for doctors and therapists, and the treatment implemented should be based on current medical knowledge and an individualised approach to the patient. The use of ECT in a patient with comorbid personality disorder reflects an individualized treatment approach; however, there is a need for further research in this area, especially in the context of long-term treatment effects.

## Wstęp

Zabiegi elektryczne (ECT) w terapii zaburzeń psychicznych znane są w Polsce od XIX wieku, a stosowane były już kilkadziesiąt lat wcześniej zanim Cerletti i Bini zaczęli je stosować we Włoszech. Pomimo tego, jak wskazują badania z 2021r., ich zastosowanie w Polsce jest dość rzadkie i istotnie niższe w porównaniu z krajami Europy Zachodniej. Podkreśla się tu istotny wpływ ograniczeń finansowych w opiece zdrowotnej w Polsce oraz postrzeganie ECT jako inwazyjnej metody leczniczej [1].

Głównym wskazaniem do zastosowania ECT pozostają zaburzenia nastroju, szczególnie jeśli towarzyszą im tendencje samobójcze, a także stany lekooporności [2]. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaleca stosowanie ECT w terapii ciężkich zaburzeń depresyjnych, szczególnie przebiegających z objawami psychotycznymi, katatonią oraz z tendencjami samobójczymi [3]. Skuteczność ECT, rozumiana jako uzyskanie remisji objawowej lub istotnej poprawy stanu klinicznego w lekoopornych epizodach depresyjnych wynosi około 75% [2].

Zaburzenie osobowości typu borderline (BPD) charakteryzuje się różnorodną psychopatologią, w szczególności występowaniem wahań nastroju, zachowań impulsywnych oraz trudnościami z utrzymaniem stabilnych relacji interpersonalnych. Niezwykle poważnym problemem klinicznym jest występowanie u tych pacjentów epizodów samouszkodzeń oraz podejmowanie zachowań samobójczych. Szacuje się, że około 10% pacjentów z BPD ginie śmiercią samobójczą [4].

Badania pokazują ponadto, że pacjenci z BPD, częściej niż pacjenci chorujący na zaburzenia depresyjne, korzystają z psychoterapii, przyjmują leki psychotropowe, wymagają pomocy w ramach szpitalnych oddziałów

ratunkowych, a także hospitalizacji psychiatrycznych [5].

Współchorobowość w przebiegu zaburzeń depresyjnych jest duża; szacuje się, że w 40% towarzyszą im zaburzenia osobowości, a w 20% zespół uzależnienia od alkoholu [6]. Kolejne badania wskazują na współchorobowość sięgającą od 30 do 80% [7].

Współchorobowość w zaburzeniach afektywnych zwiększa ryzyko samobójcze, a także zmniejsza prawdopodobieństwo uzyskania remisji objawowej [6].

## Materiał i metoda

Przedstawiono opis przypadku pacjentki z ciężkim epizodem depresyjnym i tendencjami samobójczymi ze współistniejącym BPD, u której zastosowano ECT. Dokonano również przeglądu literatury z ostatnich 10 lat, używając bazy danych Pubmed i Google Scholar oraz słów kluczy: borderline personality disorder, depression, electroconvulsive therapy, suicide.

## Opis przypadku

Pacjentka 24-letnia, panna, bezdzietna, studentka pielęgniarstwa, została przeniesiona do II Kliniki Psychiatrii w Lublinie w sierpniu 2021r. ze szpitala psychiatrycznego w Jaśle, gdzie była leczona po dokonaniu poważnej próby samobójczej przez zażycie leków (wymagała leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii, była podłączona do respiratora). Przeniesienie pacjentki podyktowane było brakiem poprawy stanu psychicznego po kilku tygodniach leczenia. Pacjentka wyraziła zgodę na hospitalizację psychiatryczną.

Pacjentka pochodzi z rodziny, w której ojciec był uzależniony od alkoholu, a matka była osobą współuzależnioną, ma dwie siostry. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo, nie stwarzała problemów

wychowawczych. Początek problemów w 2009r. w wieku 12 lat-pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana w różnych oddziałach pediatrycznych z powodu pojawiających się kolejno bólów głowy, przewlekłego kaszlu, bólów brzucha, zapalenia tkanki podskórnej. Nie ustalono przyczyn organicznych zgłaszanych objawów. W 2013r. pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana z powodu nacieków ropnych kończyn górnych i kończyny dolnej prawej. Wykonane badania i wdrożone procedury nie ujawniły przyczyn somatycznych. Po konsultacji psychiatrycznej wysunięto podejrzenie występowania u pacjentki zaburzeń pozorowanych. Pacjentka po raz pierwszy była hospitalizowana psychiatrycznie w 2014r. z rozpoznaniem zespołu Munchausena w Oddziale Młodzieżowym I Kliniki Psychiatrii w Lublinie. Początkowo zaprzeczała samouszkodzeniom, ale po wielu rozmowach z personelem ostatecznie przyznała się do wstrzykiwania pod skórę różnych substancji, aby pozorować objawy choroby. Pacjentka ujawniła traumatyzującą sytuację rodzinną- alkoholizm ojca, współzależnienie matki, awantury domowe, brak poczucia bezpieczeństwa. W oddziale przeprowadzono badania neuroobrazowe, psychologiczne i neuropsychologiczne. W badaniach neuroobrazowych nie wykryto istotnych zaburzeń, test inteligencji Wechslera wskazywał na poziom inteligencji ponadprzeciętny, w skali WISKAD ujawniono dyssymulację, w badaniach neuropsychologicznych poziom funkcji poznawczych na przeciętnym, a czasami na ponadprzeciętnym poziomie. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniami kontynuacji leczenia psychiatrycznego oraz rozpoczęcia terapii rodzinnej. Powiadomiono również Sąd Rodzinny o potrzebie objęcia rodziny kuratelą. Rodzina pacjentki nie podjęła terapii rodzinnej. Druga hospitalizacja psychiatryczna w tym samym oddziale miała miejsce w 2016r. z powodu pogorszenia stanu psychicznego pacjentki. U pacjentki rozpoznano ciężki epizod depresyjny oraz samouszkodzenia. Rodzina pacjentki została kolejny raz zobligowana do podjęcia terapii rodzinnej, a ojciec pacjentki dodatkowo do podjęcia terapii uzależnienia od alkoholu. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem kontynuacji leczenia psychiatrycznego, terapii psychologicznej oraz rodzinnej. Wiadomo, że po wypisie nie kontynuowała leczenia.

Kolejne pogorszenie stanu psychicznego pod postacią zaburzeń nastroju, wymagające opieki psychiatrycznej, nastąpiło w grudniu 2020r., od lutego 2021r. pacjentka była pod opieką poradni psychiatrycznej. Pacjentka była leczona z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych, zaburzeń osobowości, dokonywała licznych samouszkodzeń. W maju 2021r. podjęła próbę samobójczą przez zażycie leków.

Przy przyjęciu do II Kliniki Psychiatrii u pacjentki

obserwowano objawy ciężkiego epizodu depresyjnego, a także dysfunkcyjne formy zachowania pod postacią zachowań autoagresywnych, manipulowania otoczeniem, zaburzenia relacji interpersonalnych, zaburzonego poczucia bezpieczeństwa, wahań nastroju, niestabilnego obrazu siebie, chronicznego uczucia pustki. Pacjentka ujawniła, że od czasu ostatniej hospitalizacji w I Klinice Psychiatrii wielokrotnie pozorowała objawy różnych chorób-zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz choroby nowotworowej. Ponadto w toku wielokrotnych rozmów z personelem podawała, że w dzieciństwie była ofiarą molestowania seksualnego ze strony ojca. Rodzice i siostry pacjentki nigdy nie potwierdziły tych informacji podczas licznych rozmów z personelem oddziału. W oddziale pacjentka pozostawała pod opieką psychologiczną, z której niechętnie korzystała. W trakcie hospitalizacji pacjentka zgłaszała uporczywe myśli samobójcze, tendencje samobójcze, podejmowała próby samobójcze przez zadziergnięcie fragmentami odzieży lub pościeli, okresowo wymagała unieruchomienia za pomocą pasów bezpieczeństwa. Farmakoterapia za pomocą kombinacji wielu leków przeciwdepresyjnych, stabilizatorów nastroju oraz leków przeciwpsychotycznych nie przyniosła poprawy stanu psychicznego pacjentki ani ustąpienia tendencji samobójczych, w związku z czym, z powodu wyczerpania możliwości terapeutycznych, podjęto terapię za pomocą ECT. Pacjentka wyraziła świadomą, pisemną zgodę na zaproponowane leczenie. U pacjentki wykonano serię 12 ECT, a po jej zakończeniu ponownie wdrożono leczenie farmakologiczne (wenlafaksyna 150mg/d., kwetiapina 150mg/d., lamotrygina 150mg/d., karpiprazyna 3mg/d.). W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano częściową poprawę stanu psychicznego pacjentki- poprawę w zakresie nastroju i aktywności, redukcję lęku i niepokoju, ustąpienie myśli i tendencji samobójczych. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych oraz podjęcia psychoterapii. Pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną w warunkach ambulatoryjnych kilka tygodni po zakończeniu hospitalizacji- obserwowano utrzymującą się częściową poprawę stanu psychicznego.

## Dyskusja

Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu różnych zaburzeń psychicznych jest wysokie i sięga 45% , a BPD, ze względu na wysokie ryzyko samobójcze, jest istotnym problemem klinicznym [4]. Z tego powodu poszukuje się różnych opcji terapeutycznych, aby pomóc pacjentom, u których współwystępują zaburzenia nastroju oraz zaburzenia osobowości. Jedną z takich opcji terapeutycznych jest ECT.

Steinholtz i wsp. przebadali grupę 4890 pacjentów,

chorujących na zaburzenia depresyjne z oraz bez współistniejących zaburzeń psychicznych. W grupie pacjentów ze współchorobowością dominowały zaburzenia osobowości oraz zaburzenia lękowe, a terapia oparta była na zastosowaniu ECT. Wyniki tych badań wskazują na niższą skuteczność ECT u pacjentów ze współchorobowością ( 62.7% vs. 84.9%), ale zarazem skuteczność ECT była na tyle wysoka, aby rozważyć zastosowanie ECT u pacjentów ze współistnieniem zaburzeń osobowości i zaburzeń lękowych [6].

Z kolei Yip i wsp. zastosowali ECT u 693 osób z zaburzeniami depresyjnymi, spośród których 20.9% stanowili pacjenci ze współistniejącym BPD. Wyniki tych badań pokazują podobną skuteczność ECT w tych grupach pacjentów, natomiast skuteczność długoterminowa ECT u pacjentów ze współchorobowością była mniejsza [8].

Również Kaster i wsp. stosowali ECT u pacjentów z depresją i współchorobowością. W grupie 150 osób z rozpoznaniem dużej depresji, połowę stanowili pacjenci ze współistniejącym BPD lub zaburzeniem stresowym pourazowym (PTSD) lub jednym i drugim jednocześnie. Badacze wykazali nieco niższą odpowiedź na ECT w grupie pacjentów ze współchorobowością (55.4% dla BPD i 65% dla PTSD vs. 82.5%), a także wskazali na czynniki, wpływające na wyższą skuteczność ECT u pacjentów ze współchorobowością: wskazania do ECT inne niż brak skuteczności farmakoterapii, większą ilość zastosowanych ECT, niewystąpienie zaburzeń funkcji poznawczych oraz czas trwania napadu drgawkowego powyżej 30 sekund [9].

Analiza badań dokonana przez Chena i wsp. wskazuje natomiast na skuteczność ECT oraz nieinwazyjnych metod stymulacji mózgu w redukcji zachowań samobójczych u pacjentów leczonych z powodu różnych zaburzeń psychicznych [10].

Potwierdzeniem powyższych badań są także doniesienia Lee i wsp [2] . W swoich badaniach autorzy potwierdzili skuteczność ECT u pacjentów z depresją i współistniejącym BPD; efekt kliniczny utrzymywał się nadal po ponownej ocenie stanu psychicznego miesiąc od zakończenia terapii ECT. Badacze wskazali również, że ich wyniki badań nie pokrywają się z wynikami badań Feske z 2004r., które wskazywały na istotnie niższą skuteczność ECT u pacjentów ze współistniejącym BPD [11].

Podobnie jak w przypadku opisanej w tym artykule pacjentki, Wasiq wsp. uzyskali istotną poprawę stanu klinicznego pacjenta, chorującego na zaburzenia depresyjne i BPD, który od 10 lat był bezskutecznie leczony za pomocą farmakoterapii i psychoterapii, wskazując na potrzebę dalszych badań w tym zakresie [7].

## Wnioski

Zaprezentowany opis przypadku wskazuje na

pewną skuteczność ECT w terapii zaburzeń nastroju przy współistnieniu BPD. Dane z literatury przedmiotu wskazują na częściową skuteczność ECT w przypadkach współistnienia zaburzeń afektywnych z zaburzeniami osobowości, natomiast podkreśla się ich znaczenie w redukowaniu tendencji samobójczych, będących stanem zagrożenia życia. Pacjenci, u których diagnozuje się kilka współistniejących zaburzeń psychicznych są często ogromnym wyzwaniem dla lekarzy i terapeutów, a wdrażane leczenie powinno być oparte na aktualnej wiedzy medycznej oraz indywidualnym podejściu do pacjenta. Zastosowanie ECT u pacjentki ze współistniejącym zaburzeniem osobowości jest wyrazem zindywidualizowanego podejścia leczniczego, niemniej istnieje potrzeba dalszych badań w tym zakresie, szczególnie w kontekście długoterminowych efektów leczniczych.

## Conflict of interest

The author has declared no conflict of interest.

## References:

1. Antosik-Wójcińska et al. Changes in the Practice of Electroconvulsive Therapy in Poland: A Nationwide Survey Comparing Data Between 2005 and 2020. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2021;17:605–612
2. Lee et al. Effectiveness of Electroconvulsive Therapy in Patients With Major Depressive Disorder and Comorbid Borderline Personality Disorder. *J ECT*. 2019 March ; 35(1): 44
3. Rönnqvist I. et al. Electroconvulsive Therapy and the Risk of Suicide in Hospitalized Patients With Major Depressive Disorder. *JAMA Network Open*. 2021;4(7):e2116589
4. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina* 2019, 55, 223
5. Zanarini et al. Rates of Psychiatric Treatment Reported by Patients with Borderline Personality Disorder and Other Personality Disorders over 16 Years of Prospective Follow-up. *Psychiatr Serv*. 2015 January 1; 66(1): 15–20
6. L. Steinholtz et al. Response rate and subjective memory after electroconvulsive therapy in depressive disorders with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders* 292 (2021) 276–283
7. Wasiq S, Khan A R, Faquih A E, et al. (August 27, 2018) Role of Electroconvulsive Therapy in Major Depressive Disorder with Borderline Personality Disorder: Case Report and Literature Review. *Cureus* 10(8): e3211
8. Yip A. et al. Treatment Outcomes of Electroconvulsive Therapy for Depressed Patients With and Without Borderline Personality Disorder: A Retrospective Cohort Study. *J Clin Psychiatry*. 2021 Jan 19;82(2):19m13202
9. Kaster T.S. et al. Electroconvulsive therapy for depression with comorbid borderline personality disorder or post-traumatic stress disorder: A matched retrospective cohort study. *Brain Stimulation* 11 (2018) 204e212
10. Chen et al. Can seizure therapies and noninvasive brain stimulations prevent suicidality? A systematic review. *Brain and Behavior*. 2021;11:e02144
11. Feske U. et al. Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2004 Nov;161(11):2073-80

**Corresponding author**

Ewa Stelmach

e-mail: ewastelmach@umlub.pl

II Department of Psychiatry and Psychiatric  
Rehabilitation, Medical University of Lublin, Poland

Otrzymano: 07.06.2022

Zrecenzowano: 17.07.2022

Przyjęto do druku: 25.08.2022