

Bir Üniversite Hastanesi Yataklı Psikiyatri Servisinde Uygulanan Somatik Tedaviler Arasında Elektrokonzülzif Tedavinin Yeri

Ayşegül Yıldız¹, Necati Gökmen², Kübra Turgut¹
Gökhun Yücel³, Zeliha Tunca¹

ÖZET:

Bir üniversite hastanesi yataklı psikiyatri servisinde uygulanan somatik tedaviler arasında elektrokonzülzif tedavinin yeri

Amaç: Elektrokonzülzif tedavi (EKT)'nin yataklı psikiyatrik tedavi merkezlerinde ne oranda ve nasıl bir yaklaşımla uygulandığını incelemek. **Yöntem:** 2001-2003 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı (DEÜPA) Yatan Hasta Servisinde yatarak tedavi gören tüm olgular incelenmiş ve bu tarihler arasında psikofarmakolojik tedavi uygulanan ve EKT uygulanan hastaların dökümü yapılmıştır. **Bulgular:** 2001-2003 arasındaki iki yıllık süre içinde DEÜPA Servisinde yatarak somatik tedavi uygulanan 341 hastadan 56'sına (%16,4) EKT uygulanmıştır. Yatarak tedavi gören hastalarda EKT-psikofarmakolojik tedavi oranı 56/283(≅1/5,1) olarak bulunmuştur. EKT uygulanan hastaların nüks açısından incelenmesi amacıyla, bu hastaların yüzde kaçının çalışma süremiz olan 2 yıl içinde yeniden kliniğimize yatırılarak tedavi edildikleri incelenmiş ve 6 hastanın (%10,7) ikinci kez yatırılarak tedavi edildikleri saptanmıştır. **Sonuç:** Yüksek ve hızlı yanıt oranları nedeniyle EKT, psikiyatrik hastalıklarda uygulanan biyolojik tedaviler arasındaki yerini korumaktadır. Bu çalışmanın Türkiye'deki bir üniversite kliniğinde EKT kullanımı ve başarı oranları ile ilgili sağladığı veriler; EKT'nin etkin bir tedavi yöntemi olduğunu ve uygun koşullarda birinci sıra tedaviler arasında yer alması gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar sözcükler: elektrokonzülzif tedavi, nüks, psikofarmakoloji

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:65-71

ABSTRACT:

Place of electroconvulsive therapy among the somatic treatments in a university clinic psychiatric inpatients

Objective: To evaluate the rates and associated variables of electroconvulsive therapy (ECT) use among the somatic treatments applied in a University Psychiatry Service in Turkey. **Method:** Subjects who are admitted to the inpatient unit of the Dokuz Eylül Medical School, Department of Psychiatry (DEMSPD) are evaluated for the ECT use between the years 2001-2003. **Results:** Among the 341 patients treated with a somatic treatment at the inpatient unit of the DEMS-DP; 56 (%16,4) have been treated with ECT. The ratio of ECT use to the psychopharmacologic interventions has been found as 56/283(≅1/5,1). Among the 56 patients who have been treated with ECT, 6 patients have been readmitted to the inpatient unit of the DEMS-DP during the two years of the study. Accordingly, a relapse rate (based on the conviction assuming readmitted cases representing a population with a moderate to severe relapse) of about %10,7 was calculated. **Conclusions:** Electroconvulsive therapy remains one of the most effective treatments among the existing somatic treatments. This study provides an evidence for the efficacy of ECT by documenting the favorable frequency and response rates of ECT use in a university clinic in Turkey.

Key words: electroconvulsive therapy, relapse, psychopharmacology

Bull Clin Psychopharmacol 2003;13:65-71

GİRİŞ

Epileptik hastalarda psikotik bozuklukların daha az görüldüğüne ilişkin gözlemler ve o zamanki adıyla erken bunama “dementia praecox” tanısı konmuş hastaların daha sonra, kafa travması veya menenjitte bağlı olarak epileptik nöbetler geçirdiklerinde psikozlarının iyileşmesi yönündeki izlenimler, konvülsiyonun bir tedavi yöntemi olarak psikiyatri pratiğine girmesine yol açmıştır

(1). İlk konvülsif tedavi uygulaması 1934 yılı başlarında, Meduna isimli bir hekim tarafından, 4 yılı aşkın bir süre katatonik durumda kalmış olan Zoltan isimli bir şizofreni hastasına uygulanmıştır (1). İlk önceleri kâfur (camphor), metrazol ve insülin gibi kimyasal maddelerle indüklenen konvülsif nöbetlerin yerini 1938 yılında, Cerletti ve Bini tarafından geliştirilen elektriksel uyarıyla nöbet oluşturma metodu yani, bugünkü adıyla elektrokonzülzif tedavisi (EKT) almıştır (1).

¹Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, ²Anestezi Anabilim Dalı, ³Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Yıldız, 9109 sok. Halil Nevzat Şen Apt. 12/6, Yeşilyurt 35360 İzmir - Turkey

Telefon / Phone: +90-232-244-4724
Faks / Fax: +90-232-259-9723

Elektronik posta adresi / E-mail address: agul_yildiz@hotmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 8 Nisan 2003 / April 8, 2003

İlk olarak şizofrenide uygulanan ve başarılı bulunan EKT, 1940'lı yıllarda depresyon, melankoli, ajitasyon gibi diğer psikiyatrik hastalıklarda da kullanılmaya başlanmıştır. 1950'li yıllarda antidepresan tedavinin ortaya çıkması ve bu ilaçların depresyon tedavisinde EKT kadar etkin bulunması yanında ilaç uygulamasının kolaylığı nedeniyle depresif bozukluklarda EKT uygulaması azalmıştır (1-4). Ancak antidepresan ilaçlara yeterli yanıt alınamadığında, psikotik özellikli, intihar riski taşıyan hastalarda, ajite depresyonda veya ilaç tedavisini tolere edemeyen yaşlı hastalarda EKT halen etkin bir biçimde kullanılan bir tedavi yöntemidir (1,5-10). İlaç tedavisine yanıtı yetersiz olan şizofreni ve şizoaffektif bozukluk olgularında tek başına veya antipsikotik ilaçla birlikte EKT uygulanmaktadır (1,5-10). EKT ayrıca, ilaç tedavisinden yeterince yararlanamayan veya ilaç tedavisi uygulanamayan mani olgularında, psikotik özellikli veya hızlı döngülü duygu durum bozukluklarda, katatonide ve deliryumda da kullanılmaktadır (1,5).

Elektrokonvülsif tedavi haftada 2 veya 3 kez olmak üzere, klinik duruma ve alınan yanıtı göre toplam 5-12 seans olarak uygulanmaktadır (1,11). İlk zamanlarda intravenöz anestezi ve kas gevşetici ilaçlar olmaksızın uygulanan elektrikle konvülsiyon oluşturma yöntemi ile hastalarda kırıklar oluşması ve hastaların EKT deneyimlerini korku verici travmatik bir yaşantı olarak algılamaları nedeniyle, daha sonraları intravenöz anestezi ve kas gevşetici ilaçlar eşliğinde EKT uygulamaları başlamış ve giderek yaygınlaşmıştır (1). EKT'nin, maksimum yararlanım ve minimal yan etki/risk ile uygulanması için, optimum elektrod yerleşimi ve elektrik akım verilmesi yöntemi incelenmiş ve sağ/sol unilateral ve bilateral (bifrontal, bitemporal) EKT uygulamaları denenmiştir. Bugünkü bilgiler, bilateral EKT uygulamasının maksimum etkinlik sağladığı yönündedir (12,13).

Depresif bozukluklarda uygulanan somatik tedaviler arasında EKT, tedaviye yanıt oranı en yüksek olan tedavidir. Genel olarak tüm uygulama endikasyonları için bakıldığında EKT'nin başarı oranı %50 civarında olup, bu oran ağır depresyon olgularında %70-90; dirençli depresyon olgularında ise %52'dir (1,14). Öztürkoglu (1993), ilaç tedavisine yanıt vermeyen dirençli major depresyon olgularında EKT tedavisinin depresyonun tedavisinde etkin olduğunu, anksiyeteyi giderdiğini ve EKT tedavisinin sonlandırılmasını gerektirecek ağır yan etkilerin nadiren görüldüğünü bildirmiştir (15). Yüksek başarı oranlarına rağmen, konvülsif tedavinin kesilmesini takiben hastaların önemli bir kısmında nüks (relaps) ortaya çıkmaktadır (16-20). EKT sonrası nüksü önlemek için konvülsif tedaviyi takiben psikotrop ilaçla koruyucu tedavi uygulanmakta veya EKT ile 4-8 haftada bir sürdürüm tedavisi uygulanmaktadır (1,16,17,20-22). Bu uygulamalar EKT sonrası nüksü ta-

mamen olmasa da önemli ölçüde azaltmaktadır.

EKT'nin kullanım yaygınlığına ilişkin Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan geniş saha çalışmalarında yatarak tedavi gören olguların % 5-12'sinde EKT uygulandığı bildirilmektedir (1,23,24). Bu oran 13 Asya ülkesinde anket yoluyla yapılan çalışmanın sonuçları ile benzerdir (25). Benzer şekilde Danimarka'da psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastaların %5'ine EKT uygulandığı bildirilmiştir (26).

Psikiyatrik hastalıklarda uygulanan somatik tedaviler arasında 55 yıldır yerini koruyan ve akut dönem başarı oranları açısından halen en etkin tedavi yöntemlerinden biri olan EKT'nin yataklı psikiyatrik tedavi merkezlerinde ne oranda, nasıl bir yaklaşımla uygulandığını incelemek amacıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yatan Hasta Servisinde yapılan EKT uygulamalarını inceledik.

YÖNTEM

1 Ocak 2001 ile 1 Ocak 2003 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yataklı Servisi'nde yatarak tedavi gören tüm olgular incelendi ve bu tarihler arasında psikofarmakolojik tedavi uygulanan ve EKT uygulanan hastaların dökümü yapıldı (Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tüm EKT uygulamaları yataklı servis koşullarında yapılmaktadır; ayaktan-poliklinik şartlarında EKT uygulanmamaktadır). EKT uygulanan hastaların DSM-IV (27) tanıları, yaşları, cinsiyetleri, kaç seans EKT aldıkları, EKT'ye yanıt oranları, yatış süreleri, taburculuğu takiben yeniden yatış gerektirecek şiddette nüks gösterip göstermedikleri ve bu şekilde nüks görülen hastaların çalışma süresi içinde kaç kez yatarak tedavi gördükleri incelendi. EKT uygulanan hastalardan elde edilen bu verilerin, EKT ile tedavi edilmeyen hastaların verileriyle karşılaştırılabilmesi amacıyla, aynı tarihler arasında kliniğimizde yatarak tedavi gören ve EKT ile tedavi edilmeyen hastaların da DSM-IV tanıları, yaşları, cinsiyetleri, yatış süreleri, taburculuğu takiben yeniden yatış gerektirecek şiddette nüks gösterip göstermedikleri ve bu şekilde nüks görülen hastaların çalışma süresi içinde kaç kez yatarak tedavi gördükleri belirlendi.

İstatistiksel analizler, veriler için uygun olan biçimde Student t testi, ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılarak yapıldı. İstatistiksel hesaplamaların yapılmasında SPSS (for windows version 11.0) paket programı kullanıldı.

Elektrokonvülsif Tedavinin Uygulanma Biçimi:

EKT uygulamaları MECTA-SPECTRUM marka EKT

cihazı ile, kısa atım-“brief pulse”, kare dalga-“square wave” tipi, 500-800 mA (mili amper) akım verilerek yapıldı. Etkin konvülziyon oluşması için 3-8 arasında enerji düzeyi ile, 20-60 joule akım kullanıldı. Her EKT seansında en az 25 saniye süren konvülziyon oluşması hedeflendi; gerekirse etkin süre konvülziyon oluşumu için, aynı seans içinde birden fazla akım uygulandı. Haftada 2 ya da 3 kez olmak üzere, toplam 5-12 seans EKT uygulandı (1). Tüm EKT uygulamaları anestezi ve kas gevşetici ilaçlar eşliğinde anestezi hekimlerinin gözetiminde, bifrontal olarak yapıldı.

Anestezi:

Hastalar anestezi uygulaması öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edildi. Rutin açlık süresini takiben (8 saat) EKT odasına alınan hastalara, standart anestezi monitorizasyonu yapıldı. Sağ el sırtından damar yolu açıldı ve maske ile 6 L/dk oksijen uygulandı. Apneik dönemde balon-valf-maske sistemi kullanılarak %100 O₂ ile kontrollü olarak solutuldu. Anestezi indüksiyonu, intravenöz 0,01 mg/kg atropin, 1 mg/kg propofol (Propofol, Fresenius Kabi İlaç Sanayi, İstanbul, Türkiye) verilip; kirpik refleksi kaybolunca 1 mg/kg süksinilkolin (Lysthenon, Fako İlaçları, İstanbul, Türkiye) ile yapıldı. EKT sonrası tonik-klonik nöbetlerin izlenmesi amacıyla kas gevşetici ajanın kulla-

ların 56'sına EKT uygulanmıştır. Kalan 285 hastanın 283'üne yalnızca psikofarmakolojik tedavi uygulanmış, 2'si ise yalnızca değerlendirme amacıyla yatırılmış ve herhangi bir somatik tedavi uygulanmadan taburcu edilmişlerdir. Bu bulgulara göre Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Servisi'nde EKT kullanım oranı yatarak tedavi gören tüm olgular için %16,4; yatarak tedavi gören olgulardan somatik tedavi uygulananlar için %16,5'dir. Yatan hasta kliniğimizde uygulanan EKT/psikofarmakolojik tedavi oranı ise $(56/283 \approx 1/5,1)$ olarak bulunmuştur.

EKT uygulanan 56 hastanın 41'i kadın (%73,2), 15'i erkekti (%26,8). EKT dışı yöntemlerle tedavi edilen 285 hastanın ise, 150'si kadın (%52,6), 135'i erkekti, (%47,4). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=1= 8,048$; $sd=1$, $p= 0.005$). DSM-IV tanılarına göre, 56 hastanın 37'sine depresif atak nedeniyle EKT uygulandığı belirlendi. Bu hastaların 31'ine unipolar depresyon, 6'sına da bipolar depresyon tanısı konmuştu. Unipolar depresyon olgularının 7'si psikotik özellik göstermekteydi. EKT uygulanan hastaların 10'unda tanı şizofreni (2'si şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk-OKB), 7'sinde bipolar bozukluk manik-karma atak, 1'inde obsesif kompulsif bozukluk, 1'inde ise sınır kişilik bozukluğu idi. Cinsiyete göre DSM-IV tanı dağılımları, EKT uygulanan hastalar için Tablo 1a'da; uygulanmayan hastalar için Tablo 1b'de gösterilmiştir.

Tablo 1a. EKT uygulanan hastaların cinsiyete göre DSM-IV tanı dağılımları

Tanı	Cinsiyet		
	Kadın (n=41)	Erkek (n=15)	Toplam (n=56)
Bipolar depresyon	5	1	6 (10.7)
Bipolar manik-mikst	4	3	7 (12.5)
Unipolar depresyon-psikotik değil	21	3	24 (42.9)
Unipolar depresyon-psikotik	5	2	7 (12.5)
Şizofreni-akut dönem	3	5	8 (14.3)
Şizofreni reziduel-alevli dönem	1	-	1 (1.8)
Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)	1	-	1 (1.8)
Şizofreni ve OKB	-	1	1 (1.8)
Kişilik bozuklukları	1	-	1 (1.8)

nımından önce infüzyon uygulanmayan kola tansiyon manşonu sarılmış ve manşon sistolik arteriel basınç değerinin 20-30 mmHg üzerinde şişirilerek bu kolun dolaşımı önlenmiştir. İşlem bitiminde uyanıklılığı ve spontan solunumu yeterli olan hastalar odalarına alındılar.

BULGULAR

Ocak 2001-Ocak 2003 arasındaki iki yıllık süre içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Servisinde toplam 341 hasta yatarak tedavi görmüştür. Bu hasta-

EKT uygulanan hastaların yaş ortalamaları 40,6 (Standart Sapma-SS: 13,87, yaş aralığı 19-74) idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 42,6 (SS=13.3), erkek hastaların yaş ortalamaları ise 35,1 (SS=14.2) idi; bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, EKT uygulanan erkeklerin daha genç olması yönünde bir eğilim izlenmekteydi ($t= 1,83$; $p= 0,073$). EKT uygulanmayan hastaların yaş ortalamaları ise 40,6 (SS: 14,79, yaş aralığı 16-87) olup; EKT uygulanan hastaların yaş ortalamalarından farklı değildi ($p= 0.999$).

EKT uygulanan hastaların klinikte yatış süreleri in-

Tablo 1b. EKT uygulanmayan hastaların cinsiyete göre DSM-IV tanı dağılımları.

Tanı	Cinsiyet		
	Kadın (n=150)	Erkek (n=135)	Toplam (n=285)
Bipolar bozukluk	32	23	55 (%19,3)
Bipolar depresyon	49	30	79 (%27,7)
Bipolar manik-mikst	32	30	62 (%21,8)
Unipolar depresyon-psikotik değil	2	3	5 (%1,8)
Unipolar depresyon-psikotik	2	-	2 (%0,7)
Şizofreni-akut dönem	-	20	20 (%7)
Şizofreni reziduel-alevli dönem	1	1	2 (%0,7)
Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)	1	3	4 (%1,4)
Kişilik bozukluğu	1	1	2 (%0,7)
Yeme bozukluğu	7	3	10 (%3,5)
Alkol bağımlılığı	6	7	13 (%4,6)
Anksiyete bozukluğu	3	3	6 (%2,1)
Demans	5	3	8 (%2,8)
Patolojik yas	1	1	2 (%0,7)
Madde kullanım bozukluğu	1	-	1 (%0,3)
Konversiyon bozukluğu	1	-	1 (%0,3)
Uyum bozukluğu	2	2	4 (%1,4)
Kimlik karmaşası	2	1	3 (%1,1)
Yapay bozukluk	-	1	1 (%0,3)
Somatoform bozukluk	1	-	1 (%0,3)
Panik bozukluk	-	2	2 (%0,7)
Evlilik sorunları	1	1	2 (%0,7)

Tablo 2. EKT uygulanan ve uygulanmayan hastaların yatış sürelerinin istatistiksel olarak karşılaştırılması

Klinikte Yatış	EKT uygulanan (n=56)	EKT uygulanmayan (n=285)	t*	p
İlk Yatış Süresi	52,63 ± 27,69 (n=56)	34,08 ± 20,63 (n=285)	5,784	0,001
İkinci Yatış Süresi	43,83 ± 26,03 (n=6)	37,74 ± 21,22 (n=35)	0,629	a.d.
Üçüncü Yatış Süresi	57,00 ± 0,0 (n=1)	26,60 ± 14,12 (n=5)	1,966	a.d.
Dördüncü Yatış Süresi	1,0 ± 0,0 (n=1)	52,67 ± 31,01 (n=3)	- 1,443	a.d.

*: Student t testi, a.d.: anlamlı değil (p>0.05)

celendiğinde en az 22, en çok 171 gün yatarak tedavi gördükleri belirlendi. Ortalama yatış süresi 52,6 gündü (SS=27,7). Bu süre, kliniğimizin 2001 (ort. 31,0 gün) ve 2002 (ort. 42,4 gün) yılına ait genel ortalama yatış sürelerinden daha uzundu. Hasta başına ortalama 8,5 seans (SS=3,0) EKT uygulandığı saptandı. EKT uygulanan ve uygulanmayan hastaların yatış süreleri karşılaştırıldığında EKT uygulanan hastaların ilk yatışta, EKT uygulanmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzun süre hastanede yatarak tedavi gördükleri gözlemlendi (Tablo 2).

EKT uygulanan hastaların nüks açısından incelenmesi amacıyla, bu hastaların yüzde kaçının çalışma süremiz olan 2 yıl içinde yeniden kliniğimize yatırılarak tedavi edildikleri incelendi; ve 6 hastanın (%10,7) ikinci kez yatırılarak tedavi edildikleri saptandı. Bu hastalardan biri taburcu edildikten 8 gün sonra (bipolar depresyon), biri 15 (unipolar depresyon), biri 22 (şizofreni ve OKB), biri 78 (unipolar depresyon), biri 111 (unipolar depresyon), biri de 456 gün (unipolar

depresyon) sonra yeniden yatış gerektirecek ölçüde hastalanmış ve kliniğimize yatırılmıştı. Bu grubun hasta sayısı küçük olmakla birlikte, teknik tanımlamalara uygun olarak relaps/nüks ve rekürens oranları incelendiğinde, 3 olgu relaps, 3 olgu ise rekürens olarak değerlendirildi. Bu hastalarda birinci yatışla ikinci yatış arası sürelerin ortalaması 115 gün (SS=172) olarak saptandı. İkinci yatış süresi minimum 15, maksimum 83 gün olup, ortalama 43,8 gündü (SS=26,0). Bu hastalar ikinci yatışta yine EKT ile tedavi edilmiş olup, ortalama 7,8 seans EKT kürü uygulanmıştı (SS=4,0). Yalnızca bir hastada, çalışma süremiz içinde ikiden fazla yatış gerekmişti. Bu hastanın tanısı dirençli şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk olup, üçüncü yatışı, ikinci yatışından 272 gün sonra olmuştu. Üçüncü yatışın sonunda bu hastaya EKT sürdürüm tedavisi uygulanması uygun görüldü, ve son yatış hariç her yatışta bir kez olmak üzere aralıklarla toplam 6 kez daha yatış yapılarak EKT uygulandı. Oldukça dirençli ve ağır bir şizofreni-obsesif kompulsif bozukluk olgusu

olan bu hasta son yatışında kliniğimizde 92 gün yatarak tedavi görmüş ve kendisine toplam 18 seanslık EKT kürü uygulanmıştı. EKT uygulanan hastaların %10,7'si, EKT uygulanmayan hastaların ise %12,3'ü çalışma süresi boyunca ikinci kez kliniğimize yatırılarak tedavi edilmişlerdi. İki yüzde değer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,109$; s.d=1 p=0.742).

EKT ile tedaviye yanıtı değerlendirdiğimizde, 56 hastanın 27'si (%48,2) tam; 27'si (%48,2) kısmi iyileşme ile taburcu edilmiş; 2 hastada (%3,6) tedaviye yanıt alınmamıştı. Tedaviye tam yanıt alınan 27 hastadan 2'si (%7,4); kısmi yanıt alınan 27 hastadan ise 4'ü (%14,8) çalışma süremiz olan 2 yıl içinde, yeniden yatış gerektirecek ölçüde hastalanmış ve kliniğimize yatırılmıştı. Bu 6 hastanın 3'ünde ise ikinci yatışta EKT'ye tam yanıt; 3'ün de ise kısmi yanıt sağlanmıştı. İkinci yatışta tam yanıt sağlanan olguların 2'si daha önce kısmi yanıt alınmış olgular olup; 1'i de ilk yatışta tedavi yanıtı tam olduğu halde, daha sonra nüks göstermiş ve ikinci tedaviye de yine tam remisyona yanıt vermişti. Bir olguda ise ilk yatışta EKT tedavisine tam yanıt alınmışken relaps sonrası EKT yanıtı kısmi olmuştu.

TARTIŞMA

Bulgularımıza göre, bir akademik tedavi merkezi olan kliniğimizde elektrokonvülsif tedavi psikofarmakolojik tedavinin yaklaşık beşte biri sıklıkta kullanılmaktadır. Kliniğimizde yatarak tedavi gören olgular arasında EKT kullanım sıklığı %16 bulunmuştur. Bu oran Amerika Birleşik Devletleri, Danimarka ve bazı Asya Ülkeleri için bildirilen orandan nispeten fazladır (1,23-26). Bununla beraber, yine ülkemizde bir üniversite hastanesinde yakın zamanda yapılan bir çalışmada yatan hastalarda EKT kullanım sıklığı %14,4 bulunmuş olup, bu oran bizim çalışmamızda elde edilen orana yakındır (28). Kliniğimizde yapılan bir başka çalışmada da 1989-1998 yılları arasında yatarak tedavi gören bipolar bozukluk olgularının %16'sına EKT uygulandığı bildirilmiştir (29).

Kliniğimizde EKT'nin anestezi eşliğinde uygulanması, hastalar tarafından travmatik bir yaşantı olarak algılanmaması ve yüksek yanıt oranları EKT'nin, hastalar ve hasta yakınları tarafından kabul görmesinde rol oynuyor olabilir. EKT uygulamalarının tanılara göre dağılımı incelendiğinde, EKT alan hastaların %66'sında tanının depresyon olduğu gözlenmiştir.

EKT uygulamalarında yaşanan iki önemli sorun dan ilki, tedavinin kesilmesini takiben yüksek oranda nüks/relaps görülmesi, diğeri ise EKT'nin hafıza üzerindeki olumsuz etkileridir (1). Naturalistik izleme çalışmaları EKT sonrası 6-12 ay içinde relaps sıklığının

yaklaşık %50 olduğunu göstermektedir (20). EKT sonrası nüks oranlarının düşürülmesi için önerilen iki yaklaşımdan biri EKT'nin sonlandırılmasını takiben koruyucu farmakoterapiye geçilmesidir ki, yapılan araştırmalar bunun kabul edilebilir düzeyde bir başarı sağlamadığını göstermiştir. EKT sonrası nüksü önlemek için bugüne dek geliştirilebilmiş ikinci strateji ise akut dönemde uygulanan EKT seanslarının tamamlanmasını takiben 4-12 ay boyunca ayda 2-3 kez koruyucu EKT uygulanmasıdır (21). Ancak bu yöntemin geçerliliğine ilişkin prospektif, randomize çalışmaların olmamasına ek olarak, hastaların aylarca ayda birkaç kez genel anestezi alması, uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Yine de çok dirençli olgularda bu strateji kullanılabilmektedir ki; bizim örneklemimizde de bir olguda bu yöneme başvurulmuştur.

Yarım yüzyıldan fazla bir geçmişi olan EKT'nin psikiyatrik tedaviler arasında kullanım sıklığı bu sürenin ilk dönemlerinde hızla artmış, daha sonra psikofarmakolojinin kazandığı ivme ile bir miktar azalmış ve son dönemlerde ise psikofarmakoloji ile optimum yanıt alınamayan olgularda EKT kullanımı yine giderek artmıştır (1,23). Özellikle EKT'nin antidepresan etkisine ilişkin moleküler düzeydeki bulgular, depresyon tedavisindeki yüksek ve hızlı yanıt oranları EKT'nin antidepresan tedaviler arasındaki yerini yeniden belirginleştirmiştir. Kliniğimizin son iki yıllık uygulamalarının dökümü olan bu çalışma da bu eğilimi desteklemektedir.

Son yıllarda moleküler ve hücresel düzeyde yapılan psikofarmakoloji araştırmalarında elde edilen bulgular, EKT'nin depresyon sağaltımındaki başarısının beyinde meydana getirdiği adaptif değişikliklere ve nöroplastisiteye bağlı olduğunu düşündürmektedir (30-35). Ancak psikiyatri pratiğinde kullanılan somatik tedaviler arasında yalnızca EKT maksimum 3-4 haftalık bir süre içinde başlatılıp sonlandırılmaktadır ki bu da, EKT sonrası nüks görülmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla EKT tedavisi bitmeden önce koruyucu tedavi başlanması nüksü önlemede uygun bir yaklaşım olabilir ki; biz de bu çalışmanın yapıldığı dönemlerdeki rutin klinik uygulamamızda, uygun olan hastalarda EKT ile birlikte erken dönemde koruyucu farmakoterapiye başlamaktaydık. EKT ile birlikte koruyucu farmakoterapi alması uygun olmayan hastalarda ise tanı ne olursa olsun, EKT seansları sonlanır sonlanmaz uygun psikotrop ilaçla tedaviye devam edilmekteydi. Her ne kadar, bu çalışmanın deseni bu konuda sayısal değerlerle veri elde etmeye yönelik hazırlanmamış ise de; bu çalışmada bulunan %11'lik nispeten düşük nüks oranı, bu uygulamanın bir yansıması olabilir. Ayrıca, kliniğimizde EKT ile tedavi edilen grubu temsil eden bu oranın, EKT uygulanmadan tedavi edilen grup için elde edilen % 12'lik yeniden yatış oranına yakınlığı dikkat

çekicidir. Bununla birlikte, taburcu olduktan sonra hastalığı nüks ettiği halde kliniğimiz dışı merkezlere başvurarak tedavi edilmiş hastalar olabilir ve bu durum elde ettiğimiz nüks oranlarının gerçek oranlardan daha düşük yansımaya yol açmış olabilir.

Bu çalışmada, EKT'nin Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde nispeten sık başvuru alan, etkin bir tedavi yöntemi olarak uygulanmakta olduğunu saptadık. EKT'nin anestezi eşliğinde uygulanması, hasta ve yakınları tarafından daha kolay kabul edilmesinde rol

oynuyor olabilir. Etkin bir tedavi olmasına karşın EKT'nin, nüks oranı yüksektir. Bu durum, EKT ile birlikte veya EKT sonrası uygulanan koruyucu psikofarmakolojik tedavi ile bir ölçüde kontrol altına alınabilir. Bu konuda yapılacak prospektif kontrollü çalışmalar ile EKT sonrası nüksü önlemede etkin bir strateji belirlenebilir. Böyle bir stratejinin belirlenmesi, psikiyatri uygulamalarında 55 yıldır vazgeçilmez yerini koruyan EKT'nin daha başarılı bir biçimde uygulanmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar:

1. Fink M. Convulsive therapy: a review of the first 55 years. *J Aff Disorders* 2001;63:1-15
2. Thompson JW, Weiner RD, Myers CP. Use of ECT in the United States in 1975, 1980, and 1986. *Am J Psychiatry* 1994;151:1657-1667
3. Babigion HM, Guttmacher LB. Epidemiological considerations in electroconvulsive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:246-253
4. Rosenbach ML, Hermann RC, Dorwart RA. Use of electroconvulsive therapy in the medicare population between 1987 and 1992. *Psychiatry Serv* 1997;48:1537-1542
5. Malla A. An Epidemiological study of electroconvulsive therapy: rate and diagnosis. *Can J Psychiatry* 1986;31:824-830.
6. Smith WE, Richman A. Electroconvulsive therapy: a Canadian perspective. *Can J Psychiatry* 1984;29:693-699
7. Hirschfeld RMA. Efficacy of SSRIs and newer antidepressants in severe depression: comparison with TCAs. *J Clin Psychiatry* 1999;60:326-335
8. Gelenberg AJ, Chesen CL. How fast are antidepressants? *J Clin Psychiatry* 2000;61: 712-721
9. Fink M. The decision to use ECT: for whom? when? *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1997;25:203-214
10. Glass RM. Electroconvulsive therapy: time to bring it out of the shadows. *JAMA* 2001;285:1346-1348
11. Shapira B, Tubi N, Drexler H, Lidsky D, Calev A, Lerer B. Cost and benefit in the choice of ECT schedule. Twice versus three times weekly ECT. *Br J Psychiatry* 1998;172:44-48
12. Bailine SH, Rifkin A, Kayne E, Selzer JA, Vital-herne J, Blika M, Pollack S. Comparison of bifrontal and bitemporal ECT for major depression. *Am J Psychiatry* 2000;157:121-123
13. Krystal AD, Dean MD, Weiner RD, Tramontozzi LA 3rd, Connor KM, Lindahl VH, Massie RW. ECT stimulus intensity: are present ECT devices too limited? *Am J Psychiatry* 2000;157:963-967
14. Pluijms EM, Birkenhager TK, Huijbrechts IPAM, Moleman P. Influence of resistance to antidepressant pharmacotherapy on short-term response to electroconvulsive therapy. *J Affective Disorders* 2002;69:93-99
15. Öztürkoglu M. Elektrokonvülf tedavinin antidepresan etkinliği ve yan etkileri. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana: 1993
16. Shapira B, Gorfine M, Lener B. A prospective study of lithium continuation therapy in depressed patients who have responded to electroconvulsive therapy. *Convuls Ther* 1995;11:80-85
17. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, Decina P, Kerr B, Malitz S. The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to ECT in major depression. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10:96-104.
18. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase ME, Mann JJ, Pettinati HM, Greenberg RM, Crowe RR, Cooper TB, Prudic J. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy. *JAMA* 2001;285:1299-1307
19. Abrams R. Relapse of depression after electroconvulsive therapy. *JAMA* 2001;285:3087
20. Gagne GG Jr, Furman MJ, Carpenter LL, Price LH. Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared to long term antidepressants alone in depressed patients. *Am J Psychiatry* 2000;157:1960-1965
21. Sackeim HA. Continuation therapy following ECT: directions for future research. *Psychopharmacol Bull* 1994;30:501-521
22. Fox HA. Extended continuation and maintenance ECT for long-lasting episodes of major depression. *J ECT* 2001;17:60-64
23. Hermann RC, Dorwart RA, Hoover CW, Brody J. Variation in ECT use in the United States. *Am J Psychiatry* 1995;152:869-875
24. Bland RC, Brintnell S. Electroconvulsive therapy in a major teaching hospital: diagnoses and indications. *J ECT* 1999;15:140-149
25. Kramer BA, Pi EH. A Survey of ECT use in Asia. *Convuls Ther* 1990;6:26-31
26. Andersson JE, Bolwig TG. Electroconvulsive therapy in Denmark in 1999: a nation-wide questionnaire study. *Ugeskr Laeger* 2002;164:3449-3452
27. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington DC: 1994

28. Zeren T. Elektrokonvulsif Terapi: 12 yıllık bir değerlendirme. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana:2003
29. Cimilli C, Kaya N, İnal N, Sarsu S, Topkaya Ş, Tunçel E. ECT in bipolar disorder. Ephesus Days, Bipolar Disorders, Book of Abstracts. İzmir: 1998; 63
30. Vaidya VA, Siuciak JA, Du F, Duman RS. Hippocampal mossy fiber sprouting induced by chronic electroconvulsive seizures. Neuroscience 1999;89:157-166
31. Lee KA, Masson N. Transcriptional regulation by CREB and its relatives. Biochim Biophys Acta 1993;1174:221-233
32. Duman RS, Malberg J, Thome J. Neural plasticity to stress and antidepressant treatment. Biol Psychiatry 1999;46:1181-1191
33. Malberg JE, Eisch AJ, Nestler EJ, Duman RS. Chronic antidepressants treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus. J Neurosci 2000;20:9104-9110
34. Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and Adaptation: A paradigm for understanding psychotropic drug action. Am J Psychiatry 1996;153:151-162
35. Rosin DL, Melia K, Knorr AM, Nestler EJ, Roth RH, Duman RS. Chronic imipramine administration alters the activity and phosphorylation state of tyrosine hydroxylase in dopaminergic regions of rat brain. Neuropsychopharmacol 1995;12:113-121