

Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde elektrokonvülf tedavi uygulanan hastaların demografik ve klinik özellikleri

Demographic and clinical characteristics of the patients treated with electroconvulsive therapy in a university psychiatry clinic

Meliha Zengin Eroğlu¹, Eda İçbay², Lut Tamam³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören duygudurum bozukluğu tanılı hastaların elektrokonvülf tedavi (EKT) uygulanma sıklığının ve EKT uygulanan hastaların özelliklerinin saptanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2006-2007 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı yatan hasta servisine duygudurum bozukluğu tanısıyla yatarak tedavi gören 93 (49 kadın, 44 erkek) hasta dahil edildi.

Bulgular: Klinikte yatarak tedavi gören 93 hastanın 30 (%32,2)'una EKT uygulandığı saptandı. Hasta grubunun tamamının ortalama hastanede kalış süresi 29.81±15.52 gündü. EKT uygulanan hastaların hastane yatış süresi diğerlerinden belirgin derecede uzundu. Hastaların %54,8'i depresyon, %33,4'ü bipolar bozukluk manik nöbet ve %11,8'i bipolar bozukluk depresif nöbet tanısı almıştı. Çalışma sonuçları EKT'nin duygudurum bozukluğu tedavisinde sıklıkla tercih edilen bir tedavi yöntemi olduğunu göstermiştir. (bipolar depresyonun %37,3'ü, major depresyonun %36,4'ü ve manik nöbetin % 22,6'sı).

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçlarının bir üniversite hastanesi yatan hasta servisinde EKT kullanım sıklığı ile duygudurum bozukluğu tanılı hastaların tedavisinde EKT'nin etkinliği için bir kanıt sağladığı düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Duygudurum bozukluğu, elektrokonvülf tedavi, depresyon, mani

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to determine the frequency of electroconvulsive therapy (ECT) use and the features of patients who underwent ECT treatment among psychiatric inpatients with mood disorders in an university hospital setting.

Materials and methods: Ninety three patients (49 women, 44 men) who had been hospitalized with a diagnosis of mood disorder in Cukurova University Faculty of Medicine Psychiatry Clinic between 2006 and 2007 were included in the study.

Results: Among the 93 patients treated at the inpatient unit; 30 (32.2%) were treated with ECT. The mean of hospitalization period of the total group was 29.81±15.52 days. Patients received ECT had a significantly longer hospitalization period than others. The patients in the group had diagnosed as depression (54.8%), manic episode of bipolar disorder (33.4%) and depressive episode of bipolar disorder (11.8%). The results of the study showed that ECT was usually chosen as a treatment method for mood disorders (37.3% of bipolar depression, 36.4% of major depression and 22.6 % of manic episode).

Conclusions: The findings of this study may provide an evidence for the efficacy of ECT in treatment of mood disorders by documenting the frequency rates of ECT usage in a university clinic.

Key words: Mood disorder, electroconvulsive therapy, depression, mania

¹ Osmaniye Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Osmaniye, Türkiye

² Siirt Halk Sağlığı Müdürlüğü, Halk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Siirt, Türkiye

³ Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Adana, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Meliha Zengin Eroğlu,

Osmaniye Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları servisi, Osmaniye, Türkiye Email: melihazengin@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 21.05.2012, Kabul Tarihi / Accepted: 05.08.2012

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2012, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

GİRİŞ

Elektrokonvulzif tedavi (EKT) ilk kez 1934 yılında katatonik bir şizofreni hastasına uygulanmıştır.¹ Sonraki yıllarda kullanım alanı hızla genişlemiş depresyon ve mani gibi duygudurum bozukluklarında güvenle kullanılabilir hale gelmiştir.^{1,2} 1950'den itibaren psikotrop ilaçların kullanıma girmesi EKT'nin klinik kullanımındaki yerini azaltsa da özellikle tedaviye dirençli olgularda kullanımı önem kazanmıştır.¹

Elektrokonvulzif tedavi'nin etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir ancak etkinliği ile ilgili çok çeşitli teoriler vardır. Bunların başlıcaları; amnestik teori, otonom sinir sistemi teorisi, nörohümorale teori, antikonvülzan teori ve nöroendokrin teoridir.¹ Elektrokonvulzif tedavi'nin antidepresan özelliğinin antikonvülzan etkisi sonucu olduğu düşünülmektedir. Depresyonda GABAerjik yetmezlik olduğu görüşü ve EKT sonrası GABA düzeyinde artış olması bunu en çok destekleyen bulgudur.³ Yine bazı depresyon türlerinde (özellikle bipolar depresyon, ailesel depresyon, melankolik depresyon ve psikotik depresyon) Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal ekseninde bozulmalar olduğu ve EKT ile tedavi edilen hastalarda aşırı çalışan bu eksenin normale döndüğü bildirilmiştir.^{3,4}

Geçmişte EKT şizofreni olgularının tedavisinde kullanılmış olsa da günümüzde sıklıkla unipolar depresyon, bipolar depresyon ve akut mani gibi duygudurum bozukluklarının tedavisinde de kullanılabilir hale gelmiştir.^{5,6} Tedavi klavuzlarında bazı özel durumlar dışında ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Katatoni, şiddetli depresyon veya mani hastalarında diğer tedavi seçenekleri uygulandıktan sonra yeterli iyileşmenin görülmediği durumlarda belirtilerde hızlı ve kısa sürede iyileşme sağlanması amacıyla önerilmektedir. Elektrokonvulzif tedavi uygulama kararı verilirken anestezikle ilgili riskler, eşlik eden hastalıklar, bilişsel bozukluk gibi etkiler ve tedaviye yanıtızsızlık gibi risk faktörleri hastaya yararlılık temelinde değerlendirilir.⁷

Elektrokonvulzif tedavi halen major depresyonda bilinen en etkili tedavi yöntemidir.⁸ Melankolik, katatonik veya psikotik depresyonda stupor söz konusu olduğunda veya özkıyım riskinin yüksek olduğu durumlarda EKT diğer tedavilerden önce ilk seçenek olarak tercih edilebilir.⁹ Yeme içme sorunu veya ağır psikomotor retardasyon söz konu-

su olduğunda EKT uygulamasının belirtilerde hızla düzelme sağladığı gösterilmiştir.⁹

Amerika'da yapılan bir çalışmada major depresyon tanısı alan hastalarda EKT ile tedavi oranı %0.16 bulunmuştur.¹⁰ Bölümümüzde dirençli major depresyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada EKT'nin major depresyon hastalarında etkin olduğu ve anksiyete belirtilerini azalttığı gösterilmiştir. Aynı çalışma EKT tedavisini sonlandırmayı gerektirecek denli ağır yan etkilere çok ender rastlandığını göstermiştir.¹¹

Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde, bir yıllık bir periyotta yatarak tedavi gören duygudurum bozukluğu tanılı hastalara elektrokonvulzif tedavi uygulanma sıklığının ve ilgili klinik özelliklerin retrospektif bir değerlendirme ile saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 1 Ocak 2006-1 Ocak 2007 tarihleri arasında kliniğimize yatan toplam 271 hastadan DSM-IV'e göre duygudurum bozukluğu (bipolar bozukluk manik nöbet, bipolar bozukluk depresif nöbet ve major depresyon) tanısı alan 93 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların dosyaları retrospektif olarak taranarak yaşları, cinsiyetleri, uygulanan EKT sayısı ve hastanede kalma süreleri kaydedilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerin daha kolay yapılabilmesi için hastaların hastaneye her yatışı bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Çalışmayla ilgili etik kurul onayı Çukurova Üniversitesi'nden alınmıştır.

Kliniğimizde tüm EKT'ler 1996 yılından itibaren ameliyathane koşullarında ve genel anestezi altında yapılmaktadır. EKT öncesinde tüm hastalara rutin olarak EKG, akciğer grafisi, kan biyokimyası, tam kan sayımı ve EEG incelemesi yapılmıştır. Belirlenebilen herhangi bir EEG patolojisi veya kontrol altında olmayan sistemik hastalığı bulunan hastalara EKT uygulaması ilk seçenek olarak tercih edilmemektedir. EKT sırasında kullanılacak olan anestezik madde anestezi ve reanimasyon bölümüyle konsülte edilerek belirlenmiştir. Tüm hastalardan ve birinci derece yakınlarından EKT uygulamasına yönelik olarak aydınlatılmış onam alınmıştır. Hastalar uygulamadan 12 saat öncesinden itibaren aç bırakılmıştır. Bunun dışında EKT öncesi dönemde hastaların kullandığı tüm psikotrop ilaçlar kesilmiştir. Genel anestezi işlemi anesteziyoloji ve reanimas-

yon bölümünde görevli bir uzman doktor tarafından gerçekleştirilmiştir. Anestezik madde (propofol veya tiyopental) tercihi ve dozu anestezi uzmanı tarafından belirlenmiştir. Kas gevşetici olarak süksinil kolin kullanılmıştır. EKT öncesinde, sırasında ve sonrasında tüm hastaların EKG, nabız, tansiyon ve oksijen saturasyonu izlenmiş uygulamalar sırasında komplikasyon olup olmadığı kaydedilmiştir. Apneik dönemde balon-valf-maske sistemi kullanılarak %100 O₂ ile kontrollü olarak solutulmuştur. Depolarizan kas gevşeticiye bağlı fasikülasyonlar bittiğinde EKT (Thymartron System IV Somatics, IL, USA) %65-100 oranında maksimum output uyararla yapılmıştır. Yirmibeş saniye'den az süren EKT uygulamaları başarısız sayılmış ve tekrarlanmıştır. Elektroensefalografi (EEG) (Thymartron System IV Somatics, IL, USA) monitorizasyonu yapılmıştır. Hastaların büyük bir kısmında haftada 3 kez EKT uygulanmıştır. Kliniğimizde her hastaya ortalama 7-9 EKT uygulaması tercih edilmekte fakat hastanın klinik durumuna göre bu sayı değişmektedir.

İstatistiksel analiz

Verilerin analizinde SPSS 13.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulanmıştır. Sürekli veriler ortalama \pm standart sapma ile verilmiş ve iki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında: t testi, parametrik varsayımların sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun ortalaması parametrik varsayımların karşılanmadığı için Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın evrenini 49 kadın, 44 erkek toplam 93 hasta oluşturmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 41.06 ± 12.41 idi. Grubun %82,8'inin (n=77) çalışmadığı, %58,1'inin (n=55) ise evli olduğu gözlemlendi. Hastaneye yatış tanılarının %54,8'ini (n=51) major depresyon, %33,4'ünü (n=31) bipolar bozukluk manik nöbet ve %11,8'ni (n=11) bipolar bozukluk depresif nöbet olduğu belirlendi. Hastaların hastanede kalış süresi ortalama 29.81 ± 15.52 gün olarak bulundu.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaş, hastanede kalış süresi ve EKT sayısı arasındaki ilişki incelendi ve bulgular Tablo 1'de verildi. Buna göre erkek hastaların yaş ortalamasının kadın hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p=0,005$), ancak hastanede kalış süresi ve EKT sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,963$, $p=0,593$).

Tablo 1. Hastaların cinsiyetleri ile yaş, hastanede kalış süresi ve EKT sayısı arasındaki ilişki

Özellikler	n	Ortalama \pm SS	t	p
Yaş			-2,888	0,005
Kadın	49	37,67 \pm 12,09		
Erkek	44	44,84 \pm 11,78		
Toplam	93	41.06 \pm 12.41		
Hastanede kalış süresi			0,046	0,963
Kadın	49	29,88 \pm 15,55		
Erkek	44	29,73 \pm 15,68		
Toplam	93	29,81 \pm 15,529		
EKT sayısı*			98	0,593
Kadın	13	9,31 \pm 2,463		
Erkek	17	8,88 \pm 2,288		
Toplam	30	9,07 \pm 2,333		

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, SS: Standart sapma

Tablo 2. Hastaların cinsiyetleri ile medeni durum, çalışma durumu ve tanı arasındaki ilişki

	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Medeni durum				0,036	0,849
Evli	28 (51,9)	26 (48,1)	54 (100)		
Bekar-dul	21 (53,8)	18 (46,2)	39 (100)		
Çalışma durumu				3,563	0,059
Çalışıyor	5 (31,3)	11 (68,8)	16 (100)		
Çalışmıyor	44 (57,1)	33 (42,9)	77 (100)		
Tanı				1,334	0,513
Major Depresyon	28 (54,9)	23 (45,1)	51 (100)		
Bipolar Bozukluk (Manik nöbet)	17 (54,8)	14 (45,2)	31 (100)		
Bipolar Bozukluk (Depresif nöbet)	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100)		

Hastaların cinsiyetleri ile medeni durum, çalışma durumu ve tanı arasındaki ilişki incelendi ve bulgular Tablo 2’de verildi. Buna göre kadın veya erkek olma ile evli olup olmama, çalışıp çalışmama ve tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,849$, $p=0,059$, $p=0,513$).

Hastaların EKT uygulanma durumları ile yaş ve hastanede kalış süresi arasındaki ilişki incelendi ve bulgular Tablo 3’de verildi. Buna göre EKT uygulananların hastanede kalış sürelerinin uygulanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0,014$), ancak yaş ortalamaları arasında EKT uygulananlar ile uygulanmayanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,226$) bulundu.

Tablo 3. Hastaların EKT uygulanma durumları ile yaş ve hastanede kalış süresi arasındaki ilişki

Özellikler	n	Ortalama±SS	t	p
Yaş			1,219	0,226
EKT(+)	30	43,33±13,239		
EKT(-)	63	39,98±11,963		
Hastanede kalış süresi			2,494	0,014
EKT(+)	30	35,47±13,673		
EKT(-)	63	27,11±15,732		

Tablo 4. Hastaların EKT uygulanma durumları ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve tanıları arasındaki ilişki

	EKT(+) n (%)	EKT(-) n (%)	Toplam n (%)	χ^2	P
Cinsiyet				1,555	0,212
Kadın	13 (26,5)	36 (73,5)	49 (100)		
Erkek	17 (38,6)	27 (61,4)	44 (100)		
Medeni durum				0,407	0,523
Evli	16 (29,6)	38 (70,4)	54 (100)		
Dul/Bekar	14 (35,9)	25 (64,1)	39 (100)		
Çalışma durumu				1,168	0,28
Çalışıyor	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (100)		
Çalışmıyor	23 (29,9)	54 (70,1)	77 (100)		
Tanı				1,996	0,369
Major Depresyon	4 (36,4)	7(63,6)	11 (100)		
Bipolar Bozukluk (Manik nöbet)	7(22,6)	24(77,4)	31 (100)		
Bipolar Bozukluk (Depresif nöbet)	19(37,3)	32(62,7)	51 (100)		

Hastaların EKT uygulanma durumları ile cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu ve tanıları arasındaki ilişki incelendi ve bulgular Tablo 4’de verildi. EKT uygulanıp uygulanmama ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,212$, $p=0,523$, $p=0,280$). Ayrıca EKT’nin en sık bipolar depresyonda (%37,3) uygulandığı ancak tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,369$) belirlendi.

Hastaların tanıları ile yaş, hastanede kalış süresi ve EKT sayıları karşılaştırıldı ve bulgular Tablo 5’de verildi. Buna göre hastalık tanısı ile yaş, hastanede kalış süresi ve EKT sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla; $p=0,071$, $p=0,914$, $p=0,587$).

Tablo 5. Hastaların tanıları ile yaş, hastanede kalış süresi ve EKT sayısı arasındaki ilişki

Özellikler	n	Ortalama±SS	χ^2 *	p
Yaş			5,28	0,071
Major Depresyon	51	42,69± 12,222		
Bipolar Bozukluk (Manik nöbet)	31	37,10± 11,822		
Bipolar Bozukluk (Depresif nöbet)	11	44,73± 13,237		
Hastanede kalış süresi			0,18	0,914
Major Depresyon	51	30,08± 15,938		
Bipolar Bozukluk (Manik nöbet)	31	30,19± 15,136		
Bipolar Bozukluk (Depresif nöbet)	11	27,45± 15,940		
EKT sayısı			1,066	0,587
Major Depresyon	19	9,42± 2,501		
Bipolar Bozukluk (Manik nöbet)	7	8,43± 1,813		
Bipolar Bozukluk (Depresif nöbet)	4	8,50± 2,517		

*Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda kliniğimize yatırılan duygudurum bozukluğu tanı hastaların ($n=93$) %32,2’sine ($n=30$) EKT tedavisi uygulandığı belirlendi. Bipolar bozukluk tanı hastaların ise %31,7’sine EKT uygulandığı gözlemlendi. Daha ayrıntılı incelendiğinde bipolar depresyonda %37,3, major depresyonda

%36.4, ve bipolar manide %22.6 sıklıkla kullanıldığı görüldü. Bu oranlar, daha önce ülkemizde yapılmış 2 farklı çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında EKT'nin kliniğimizde çok daha sık kullanıldığını göstermektedir. Bu çalışmaların birinde kliniğe yatırılan bipolar bozukluk tanılı hastaların %16'sına EKT uygulandığı gösterilmiştir.¹² Diğer çalışmada ise kliniğe yatan hastalarda EKT kullanım sıklığı bipolar depresyonda %10.7, bipolar karma mani nöbetinde %12.5, unipolar depresyon (psikotik değil)'de %42.9 ve unipolar depresyon (psikotik)'de %12.5 olarak saptanmıştır.¹³

Çalışmamızın en önemli sonuçlarından biri EKT uygulanan hastaların hastanede kalma sürelerinin EKT uygulanmayanlardan belirgin derecede uzun olmasıdır (p=0.014). Bu durumun daha çok kliniğimize başvuran hastaların klinik özellikleriyle ilişkili olduğu düşünüldü. Birimimiz üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir merkez olduğu için genellikle tedaviye dirençli ve karmaşık vakalar başvurmaktadır. Bu vakalarda bile eğilimimiz mümkün olduğu kadar ayaktan ilaç tedavisi uygulanması yönündedir. Ancak tedaviye yanıtızlık, özkıyım riski ya da girişimi, gebeliğin eşlik ettiği dirençli duygudurum bozukluğu, ağır psikomotor retardasyon ya da beslenme sorunları gibi durumlarda EKT gündeme gelmektedir.^{2,14,15} EKT uygulanan hastaların yatış sürelerinin uzun olmasından hastalıklarının daha şiddetli ve tedaviye daha dirençli olduğu anlaşılabilir. Birimimizde daha önce yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların %65'ine özkıyım düşüncesi ya da girişimi, %20'sine ise ilaç tedavisine yanıtızlık ya da direnç nedeniyle EKT uygulandığı belirlenmiştir.¹⁵

İlk uygulandığı dönemde anestezi ve kas gevşetici ilaçlar kullanılmadan elektrikle konvülsiyon oluşturma yöntemi hastalarda kırıklar oluşmasına yol açmıştır. Hastaların EKT'yi korku verici travmatik bir yaşantı olarak algılaması nedeniyle intravenöz anestezi ve ilaçlar eşliğinde EKT uygulaması başlamıştır.¹ Kliniğimizde de EKT uygulamasından önce hasta ve yakınlarının aydınlatılması, uygulamanın anestezi eşliğinde yapılması ve genellikle tedaviye olumlu yanıt alınması bu tedavi yöntemine uyumu artırıyor olabilir. Daha önce yapılan çalışmalarda, depresyon hastalarında EKT'ye yanıt oranının oldukça yüksek olduğu (%70-90), ilaç tedavisine dirençli olgularda bile %50-60 civarında yanıt alındığı bildirilmiştir.^{16,17} Prudic ve arkadaşları

100 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ilaç tedavisine dirençli olgularda EKT'ye yanıtın, tedaviye dirençli olmayan olgulara göre (%63'e karşılık %91) daha az olduğunu bildirmiştir.¹⁸

Bipolar bozukluğun depresif epizodunda da EKT uygulanabilir. Antidepresan tedavi sırasında ortaya çıkan mani ya da hipomani gibi durumlar EKT uygulaması sırasında da ortaya çıkabilir. Ancak bu durumda bile EKT'ye devam edilip EKT'nin antimanik etkinliğinden yararlanılabilir.⁹ Manide ise özellikle diğer antimanik ilaçların kullanımı ön planda olduğu için EKT genellikle tedaviye yanıtızlık durumlarında tercih edilir.^{19,20} Dirençli olgularda %80'e varan yanıt oranları bildirilmiştir.²⁰ Ancak yapılan yayınlar EKT'nin dirençli mani tedavisine ek olarak akut mani tedavisinde de kullanılabileceğini göstermiştir.^{21,22} Hatta mani tedavisinde olguların tamamında belirgin klinik düzelme ya da remisyon sağladığı yönünde bildirimler vardır.¹⁹ Çalışmamızda EKT uygulanan hastaların yanıtları değerlendirme ölçekleri ile belirlenmemiştir. Ancak EKT uygulanan hastalar hastanede kalma süreleri açısından kendi aralarında alt tanı gruplarına göre karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı bir fark saptanamadı. Bu durum EKT yanıtının hastalıklar arasında benzer şekilde olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Elektrokonvülf tedavi uygulaması sırasında hangi hastalık ya da klinik durumda ne kadar uygulanacağıyla ilgili kesin kurallar mevcut değildir. Tüm tanı gruplarında klinik düzelme görülene kadar uygulamanın devam ettirilmesi, düzelme sağlandıktan sonra uygulanan fazla Elektrokonvülf tedavi'nin hastalığın tekrarlamasını önleme konusunda faydasız olduğu bilinmektedir.²³ Literatürde haftada 2 ya da 3 kez olmak üzere, toplam 5-12 seans uygulanmasıyla ilgili öneriler mevcuttur.¹ Daha önce birimimizde depresyonu olan yaşlı hastalara ortalama 7.6±2.9 kez EKT uygulandığı saptanmıştır.¹⁵ Çalışmamızda ise depresyon tanılı hastalara 9.42±2.501, bipolar bozukluk manik nöbet tanılı hastalara 8.43±1.813 ve bipolar bozukluk depresif nöbet tanılı hastalara 8.50±2.517 kez EKT uygulandığı saptandı.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılıkları retrospektif ve küçük bir örneklem grubuyla yapılmış olmasıdır. Birimimizin üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kurum olması da çalışmadan elde edilen sonuçların duygudurum bozukluğu olan hastaların tümüne genelleştirilmesini mümkün kılmamaktadır.

Uzun yıllardır kullanılan ve etkin bir tedavi yöntemi olan EKT farmakolojik tedavilerin yükseğiyle birlikte geri planda kalmış gibi görünse de özellikle dirençli olguların tedavisindeki yerini korumaya devam etmektedir.²⁴ Bu çalışma ile birimizde EKT'nin duygudurum bozukluğu tedavisinde oldukça sık kullanılan bir tedavi yöntemi olduğunu saptadık. Elektrokonvülf tedavisi'nin sağladığı tedavi yanıtının devamı için farmakolojik tedaviyle desteklenmesi görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

- Fink M. Convulsive therapy: a review of the first 55 years. *J Aff Disorders* 2001;63(1-3):1-15.
- Kısa C, Göka E. Elektrokonvülf tedavi için endikasyon ve kontrendikasyonlar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2003;11(Ek 4):12-8.
- Bilgi MM, Eker Ç, Gönül AS. İdame elektrokonvülf tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2(4):421-42.
- Eker C, Ovalı GY, Ozan E et al. No pituitary gland volume change in medication-free depressed patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32(7):1628-32.
- Pandya M, Pozuelo L, Malone D. Electroconvulsive therapy: what the internist needs to know. *Cleve Clin J Med* 2007;74(9):679-85
- Fink M. Indications for the use of ECT. *Psychopharmacol Bull* 1994;30(3):269-75.
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the Use of Electroconvulsive Therapy (Technology Appraisal 59). London, UK, National Institute for Clinical Excellence, 2003.
- UK ECT review group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003; 361(9360): 799-808.
- Baghai TC, Möller HJ. Electroconvulsive therapy and its different indications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10(1):105-17.
- Pfeiffer PN, Valenstein M, Hoggatt KJ, et al. Electroconvulsive therapy for major depression within the Veterans Health Administration. *J Affect Disord* 2011;130(1-2):21-5.
- Öztürkoğlu M. Elektrokonvülf tedavinin antidepresan etkinliği ve yan etkileri. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, 1993.
- 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.
- A. Yıldız, N. Gökmen, K. Turgut, G. Yücel, Z. Tunca. Bir Üniversite Hastanesi Yataklı Psikiyatri Servisinde Uygulanan Somatik Tedaviler Arasında Elektrokonvülf Tedavinin Yeri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13(2):65-71.
- Alpay N, Karşıdağ Ç. Gebelikte Elektrokonvülf Terapi: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam* 2006;19(4): 204-11
- Tamam L, Zeren T, Evlice YE. Yaşlı psikiyatrik hastalarda elektrokonvülf tedavinin kullanım etkinliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13(1):6-12.
- Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, et al. A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(5):425-34.
- Pluijms EM, Birkenhager TK, Huijbrechts IP, Moleman P. Influence of resistance to antidepressant pharmacotherapy on short-term response to electroconvulsive therapy. *J Affective Disorders* 2002;69(1-3):93-9.
- Prudic J, Haskett RF, Mulsant B, et al. Resistance to antidepressant medications and short term clinical response to ECT. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8):985-92.
- Payne NA, Prudic J. Electroconvulsive therapy: Part I. A perspective on the evolution and current practice of ECT. *J Psychiatr Pract* 2009;15(5):346-68.
- Mukherjee S, Sackeim HA, Schnur DB. Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: a review of 50 years' experience. *Am J Psychiatry* 1994;151(2):169-176
- Fink M. Delirious mania. *Bipolar Disord* 1999;1(1):54-60.
- Fink M. ECT in therapy-resistant mania: Does it have a place? *Bipolar Disord* 2006;8(3):307-9.
- Evlice YE. Elektrokonvülf tedavisi. In: *Temel psikiyatri Kitabı* (Editörler: Köroğlu E, Güleç C). Cilt:2, Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 2000: 1019-34.
- Hermann RC, Dorwart RA, Hoover CW, Brody J. Variation in ECT use in the United States. *Am J Psychiatry* 1995;152(6):869-75