

# İdame Elektrokonzulsif Terapi (EKT) ile Tedavi Edilen Dört Depresyon Olgusu

M. Hanifi Kokaçya<sup>1</sup>, Haluk A. Savaş<sup>2</sup>, Salih Selek<sup>3</sup>

## ÖZET:

İdame elektrokonzulsif terapi (EKT) ile tedavi edilen dört depresyon olgusu

İdame Elektrokonzulsif Tedavi (İdame EKT), depresyon tedavisinde yinelenme ve alevlenmelerin önlenmesi için kullanılabilen önemli bir yöntemdir. İdame EKT; başarılı bir EKT küründen sonra 1 haftadan 1 aya kadar değişen belli aralıklarla uygulanan EKT biçimidir. Bu yazıda çeşitli tedavi engelleri nedeniyle idame EKT ile tedavi edilmiş 4 depresyon hastasının klinik seyri ve bu idame EKT uygulamasının yararları incelenmiştir. Hastaların tamamı tedaviden yarar görmüştür. EKT tedavisi nedeniyle hastaların işlevselliğini etkileyecek derecede bir yan etki gözlenmemiştir. Bu yazıda aktarılan olgular Türkiye'de depresyon hastalarında şimdiye değin bildirilmiş ilk idame EKT serisidir.

**Anahtar sözcükler:** İdame EKT, elektrokonzulsif terapi, depresyon, tedavi

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:113-118**

## ABSTRACT:

Four depression cases treated with maintenance electroconvulsive therapy (ECT)

Maintenance electroconvulsive therapy (ECT), an ECT regimen within weekly or monthly intervals following a routine cure of ECT, is a useful treatment method for prevention of relapses and recurrences in depression. In this study 4 depressive patients with treatment difficulties related to clinical follow-ups, and their responses to the maintenance ECT were evaluated. All of the patients responded well to the maintenance ECT. No serious side effects interfering with functioning were reported. This is the first study reporting a case series of a maintenance ECT in depressive patients in Turkey.

**Key words:** Maintenance ECT, electroconvulsive therapy, depression, treatment

**Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:113-118**

## GİRİŞ

Elektrokonzulsif tedavi (EKT) 1933 yılından beri psikiyatri pratiğinde kullanılmaktadır. EKT, depresyonun akut tedavisinde, ikiçüklü bozukluk depresif ve manik dönemlerde etkili ve güvenli bir tedavi yöntemidir (1,2,3). Hastaların önemli bir kısmında EKT'den sonra hastalık yinelenmektedir (4). Bununla beraber idame EKT yinelenme ve alevlenmelerin önlenmesi için önerilen bir yöntemdir (5). Olağan tedavi uygulaması, sayısı 7 ile 10 arası değişen EKT küründen sonra ilaçlarla veya başka tedavilerle devam etmek olsa da farmakolojik tedaviye yanıt vermeyen, EKT sonrası düzeliş diğer idame tedaviler altında yinelenmeden, ilaçları tolere edemeyen hastalarda idame EKT düşünülmelidir (6).

İdame EKT; başarılı bir EKT küründen

sonra 1 haftadan 1 aya kadar değişen belli aralıklarla uygulanan EKT biçimidir. İyileşmeden sonraki ilk 6 ayda uygulanan EKT'nin idame EKT, 6 aydan sonrakilerin ise koruyucu EKT olarak adlandırılması genel kabul görmüş bir yaklaşımdır (7,8). İlk idame EKT kavramı 1943'te Kalinowsky (9) ve Moore (10) tarafından ortaya atılmıştır. Ancak 1960'lardan sonra nöroleptik, antidepresan ve duygudurum düzenleyicilerin bulunmasıyla EKT'ye dolayısıyla da idame EKT'ye olan ilgi azalmıştır (11). Tedaviye dirençli olguların sayısındaki artış ve yeni tedavi yöntemi arayışları sonucu son 10-20 yıldır idame EKT ile ilgili araştırmalar hız kazanmıştır.

İdame EKT'nin dünyada sık kullanıldığına ilişkin verilere rağmen Türkiye'de kullanımı yaygın değildir (4,12,13). Türk Psikiyatri Dizininde 1964 ile 2006 yılları arasında idame EKT ile ilgili herhangi bir

<sup>1</sup>Araşt. Görv., <sup>2</sup>Doç. Dr., <sup>3</sup>Uzm. Dr., Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Hastanesi Psikiyatri AD, Gaziantep-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Doç. Dr. Haluk A. Savaş, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Hastanesi Psikiyatri AD, Gaziantep-Türkiye

Telefon / Phone: +90-342-360-6060/76361

Faks / Fax: +90-342-360-3350

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

Kabul tarihi / Date of acceptance: 15 Nisan 2007 / April 15, 2007

Türkçe araştırma yazısına rastlayamadık. Hindistan Psikiyatri Birliği mensuplarına uygulanan bir ankete cevap verenlerin %25.5'inin idame EKT uyguladığı bildirilmiştir (4). New York şehrinde EKT uygulanan 59 merkezin %15.9'unda idame EKT yapıldığını bildiren çalışmalar vardır (14). Türkiye'den ise tardiv diskinezi ve katonik şizofrenide idame EKT uygulandığını bildiren bir olgu sunumu bulunmaktadır (15).

## Depresyon'da idame ve koruyucu EKT

Bir çalışmada kronik major depresyonlu hastaların ancak %45-55'inin ilaç tedavisine yanıt verdiği bildirilmiştir (16). National Institute of Mental Health (NIMH) tarafından yürütülen "Collabrative Depression Study" isimli çalışmada; hastaların %54'ünün 6 ayda düzelmiş olduğu, %30'unun 1 yıllık, %19'unun 2 yıllık, %12'sinin 5 yıllık takipleri sonucunda remisyona girmediği gözlenmiştir (17). Uzun dönem takiplerinde remisyon sağlanamayan hastaların bir sonraki tedavi planı ile ilgili pek çok görüş bulunmaktadır. İdame EKT uygulanması önerilen tedavilerden biridir (12). Swoboda ve arkadaşları idame EKT uygulanan 13 depresif hastayı, 1 yıl boyunca takip etmiş ve yalnızca farmakoterapi alan depresif hastalara kıyasla daha az hastanede yatış süreleri olduğunu bildirmişlerdir (18).

Akut depresif dönem sırasında antidepresan ilaç tedavisine cevap vermeyen hastalar genellikle idame tedavi döneminde de aynı ilaçlara cevap vermemektedirler (19). Bu tür hastalar için idame EKT yararlı bir yöntem olabilir.

Daha önce antidepresan tedaviye yanıt vermeyen major depresyon hastalarında EKT'nin etkili olduğu gösterilmiştir (20). Ancak çoğu zaman akut EKT kürü sonrası, hastalık iyileştikten sonra EKT'ye devam edilmemektedir (21).

Dünya'da idame EKT uygulamasına geçilmesi ile ilgili değişik ölçütler bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre (22) idame EKT için:

1. EKT'ye yanıt veren yineleyici, epizodik hastalık öyküsünün bulunması,
2. Yalnız idame ilaç tedavisinin tolere edilememesi veya erken alevlenmeyi önlemede etkisiz kalması ya da idame EKT'nin tercih edilmesi,
3. İdame EKT'ye uyumun mümkün olması gerekme-

tedir. Biz de Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) idame EKT ölçütlerine göre akut EKT'ye yanıt veren yineleyici hastalığı bulunan ve idame EKT'ye uyum sağlama olasılığı bulunan 4 hastaya akut EKT'den sonra ilk ay haftada bir, ikinci ay onbeş günde bir, geri kalan sürede ayda bir idame EKT uygulamayı planladık. Tedavi öncesinde hastalardan yazılı bilgilendirilmiş olurları alındı. Hastalarda ek ilaç kullanımına müdahale edilmedi. EKT, genel anestezi altında bilateral bitemporal olarak kısa vuruşlu sürekli akım veren ECT-03 (Başak elektronik) cihazıyla uygulandı. Tedaviye olumlu yanıt, hastanın tedavisi öncesi aynı hekim tarafından uygulanan Klinik Global İzlenim (KGI)-şiddet maddesinde 1 veya 2 puan alması olarak kabul edildi.

## OLGULAR

### Olgu 1

A, 44 yaşında,erkek çiftçi, 17.07.2004 tarihinde hayattan zevk almama, nedensiz yere ağlama, kendini değersiz hissetme, içe çekilme, kendini suçlayan sesler duyma, uzun süre hareketsiz kalma ve yemeyi reddetme gibi şikayetlerle yakınlarınınca polikliniğimize getirildi. DSM VI'e göre katatonik ve psikotik özellikli major depresyon tanısıyla servisimize yatırıldı. İletişimi reddediyordu. Ağızdan tedaviyi ve gıda alımını kabul etmediği için kendisine genel anestezi altında bilateral 10 seans EKT uygulandı. Altıncı EKT'den sonra konuşmaya ve yemek yemeye başlayan hasta, 13.08.2004'te Mirtazapin 30 mg/gün ve Diazepam 10 mg/gün önerilerek taburcu edildi. 06.09.2004'te depresif belirtilerinin artması ve kendini suçlayan sesler duyma gibi psikotik özelliklerin de olması üzerine, mevcut durumu alevlenme olarak kabul edilerek tekrar hastaneye yatırılan hastaya 8 seans EKT uygulandı. İlaçlarına ek olarak Olanzapin 10 mg/gün ve Biperiden 2 mg/gün tedaviye eklendi. Hasta, 08.11.2004'te depresif belirtilerinin azalması ve psikotik belirtilerinin kaybolması üzerine yalnızca Fluoksetin 20 mg/gün ile taburcu edildi. Ancak 22.11.2004 tarihinde benzer şikayetleri nedeniyle hasta tekrar hastaneye yatırıldı ve 6 seans EKT uygulandı. Fluoksetin 20 mg/gün tedavisine devam edildi. Hastanın remisyona girmesi ve her yatışında EKT'den fayda görmesi gözönüne alınarak idame EKT planına alındı ve ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

07.03.2005-05.07.2006 tarihleri arasında belirli aralıklarla toplam 12 seans idame EKT uygulandı. Bu süre içinde ek olarak Fluoksetin 20 mg/gün tedavisine de devam edildi. Hasta 2005 yılının 7, 9 ve 12. aylarında, 2006 yılının ise 2 ve 6. aylarında idame EKT uygulamasına gelmeyerek tedavisini aksattı. KGI-şiddet puanları sırasıyla 3/3/3/2/2/1/1/1/1/1/1/1 idi (Grafik 1). Hasta, idame EKT ve Fluoksetin 20mg/gün ile halen remisyonunda seyretmektedir.

## Olgu 2

Bayan B, 62 yaşında, ev hanımı, 2002 yılında huzursuzluk, ie çekilme, moral bozukluğu, kilo kaybı, ev işlerini yapamama gibi şikayetleri olan hasta, yakın bir şehirde psikiyatriste götürülmüş ve major depresyon tanısı almış. Bir sene boyunca adını hatırlayamadığı bir antidepressan kullanmış. Bu süre içinde şikayetlerinde bir azalma olmamış. 2004 yılı başında gıda alımını reddetmeye başlayan hasta 8 ay içinde 80 kg'den 45 kg'ye düşmüş. Bunun üzerine İstanbul'da bir psikiyatri kliniğine yatırılmış ve major depresyon tanısıyla EKT'ye başlanmıştır. Ancak tedaviyi kabul etmemesi üzerine 3 seansEKT yapıldıktan sonra taburcu edilen hasta, hastaneden çıktıktan sonra önerilen ilaçları dakullanmamış.

Hasta depresif belirtilerinin artması ve "ekstremitelerinin olmadığı"na dair nihilistik hezeyanları nedeniyle 24.08.2004'te polikliniğimize yakınları eşliğinde başvurdu. Özbakımı ve işlevselliği azalmıştı. İnsanlarla konuşmayı reddediyordu. Yatırılan hastaya DSM VI'e göre psikotik özellikli major depresyon tanısıyla 7 seansEKT uygulandı. Eş zamanlı olarak Olanzapin 10 mg/gün ve aşırı kaygı ve endişesinden dolayı Diazepam 10 mg/gün başlandı. Bir süre sonra hastada Ekstrapiramidal Sistem (EPS) belirtileri ortaya çıktığı için Olanzapin kesildi. Remisyona girmesi üzerine Mirtazapin 30 mg/gün, Sertralin 50 mg/gün ve Diazepam 10 mg/gün idame tedavisiyle 10.09.2004 tarihinde hastaneden çıkarıldı.

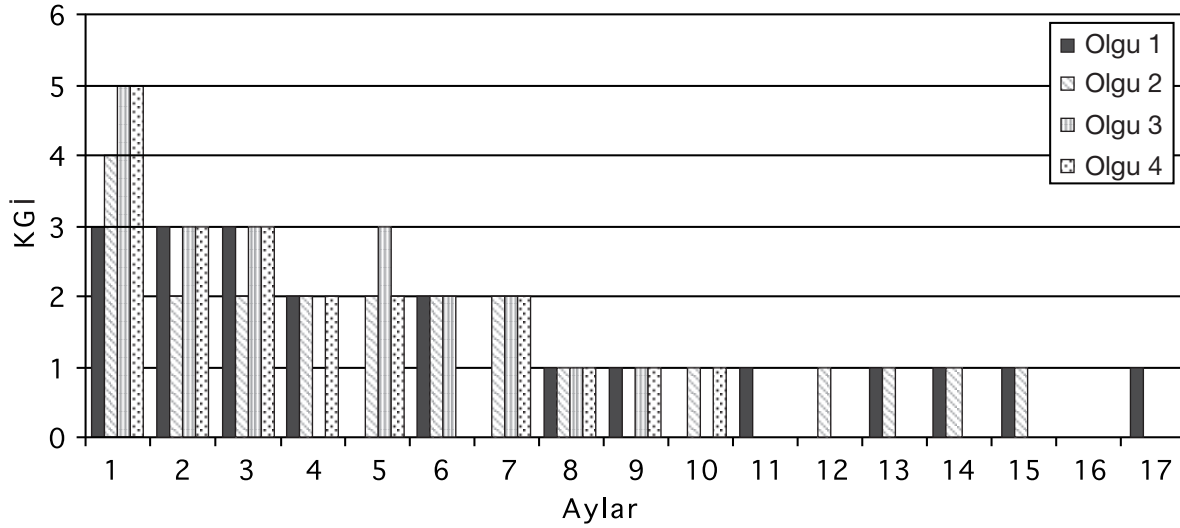
Poliklinik takiplerinde şikayetlerinin yinelenmesi üzerine Sertralin 100 mg/gün'e çıkıldı, yarar görmediği için 13.01.2005'te tekrar yatırılan hastaya 8 seans daha EKT uygulandı. Mirtazapin 30 mg/gün, Olanzapin 5 mg/gün ve Alprazolam 1.5 mg/gün idame tedavisiyle taburcu edildi. Ancak bir süre sonra ilaçların kendisini zehirlediğini iddia ederek hastanın tedaviyi kestiği aile-

sinden öğrenildi. 06.04.2005'te benzer şikayetlerle tekrar yatırıldı. Toplam 10 seans EKT yapıldı ve hasta remisyonuna girdi. Hasta; sık yatışları, psikotik özelliği ve tedaviye uyumsuzluğu nedeniyle idame EKT programına alındı. 05.05.2005-31.07.2006 tarihleri arasında çeşitli aralıklarla toplam 13 seansEKT uygulandı ve ek olarak Venlafaksin 150 mg/gün, Mirtazapin 30 mg/gün, Olanzapin 5 mg/gün tedavisine devam edildi. Hasta 2006 yılının 1 ve 3. aylarında EKT'ye gelmedi. KGI-şiddet skorları sırasıyla 4/2/2/2/2/2/2/1/1/1/1/1 idi (Grafik 1). Hasta, idame EKT ve yukarıda sayılan ilaç ve dozlarla halen remisyonunda seyretmektedir.

## Olgu 3

Bayan C, emekli memur, 1975'te Ankara'da bir merkezde major depresyon tanısı aldığı ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri servisinde 20 gün yattığı, Pimozid 4 mg/gün ve Biperiden 8 mg/gün kullandığı, belirtilerinin azalması üzerine taburcu edildiği öğrenildi. 1975-2002 arasında herhangi bir psikiyatrik şikayeti bulunmayan hasta 10.02.2002 tarihinde psikotik özellikli major depresyon tanısıyla servisimize yatırılmış. Takip edildiğine ve öldürüleceğine dair kötülük görme hezeyanları varmış ve evinin içinde dolaşp kendisiyle konuşan yaratıklar gördüğünü söylüyormuş. Haloperidol 10 mg/gün, Venlafaksin 75 mg/gün başlanarak 7 seansEKT uygulanmış. 3.04.2002'de taburcu edilen ve 1 yıla yakın süre boyunca şikayeti olmayan hasta; uykusuzluk, moral bozukluğu, çok para harcar, çok konuşma, evin içinde kendisiyle konuşan yaratıklar görme şikayetleri nedeniyle ikiüçlü bozukluk psikotik özellikli karışık hecme tanısıyla servisimize yatırıldı. Ketiapin 600 mg/gün, Klorpromazin 100 mg/gün ve Alprazolam 1 mg/gün tedavisine başlandı. 07.07.2002 tarihinde kısmi remisyon ile taburcu edildi.

Hasta, 02.06.2005 tarihinde DSM VI'e göre psikotik özellikli major depresyon tanısıyla üçüncü kez yatırıldı. O sırada 1200 mg/gün Ketiapin, Klonazepam 8 mg/gün ve Fluoksetin 40 mg/gün kullanmaktaydı. İlaçlara devam edildi, ek olarak 13 seans EKT yapıldı. Depresif duygudurumda azalma olması üzerine kısmi iyileşmeyle 24.08.2005'te taburcu edildi. Sık olarak depresif ataklar geçirdiği ve EKT'den de fayda gördüğü için idame EKT programına alındı. 24.08.2005-01.03.2006 tarihleri arasında belirli aralıklarla toplam 8 seans EKT uygulandı ve Amisülpirid 400 mg/gün tedavisine devam



**Grafik 1: Olguların klinik global izlenim-şiddet skorları**

edildi. Bu süre içinde herhangi bir depresif veya manik dönem geçirmedi. Hastanın tedavi yanıtı KGI ile takip edildi. KGI-şiddet skorları sırasıyla 5/3/3/3/2/2/1/1 idi (Grafik 1). Ancak 20.02.2006'da EKT esnasında geçici olarak siyanoz gelişen ve dişi kırılan hasta kendi isteğiyle idame EKT programından çıkarıldı. Hasta, poliklinik takiplerine gelmedi.

#### Olgular 4

Bay D, 27 yaşında, üniversite öğrencisi, 1996'da psikotik özellikli major depresyon tanısı almış ve Trifluoperazin, Tiyoridazin ve Fluoksetin kullanmış. Daha sonra Trifluoperazin ve Tiyoridazin'i kesen hasta 3 sene boyunca farklı dozlarda Fluoksetin kullanmış ve bu süre zarfında ara ara depresif şikayetleri devam etmiş. 8.01.2004 tarihinde servisimize DSM VI'e göre psikotik özellikli major depresyon tanısıyla yatırılan hastada şüphecilik ve kötülük görme hezeyanları vardı. Milnasipran 50 mg/gün Alprazolam 0.5 mg/gün ve Olanzapin 10 mg/gün başlandı. İntihar düşünceleri nedeniyle 18 seans EKT yapıldı. Tablonun düzelmesi üzerine 05.03.2004'te taburcu edildi. Dışarda ilaçlarını düzenli olarak kullanan hasta, içe çekilme, kötülük görme hezeyanları ve depresif belirtilerinin yinelemesi nedeniyle 10.07.2005'te tekrar yatırıldı. Olanzapin 10 mg/gün ve Milnasipran 50 mg/gün tedavisine devam edildi. Depresif belirtilerde azalma olmaması üzerine yattığı 2 ay süresince toplam 10 seans EKT uygulandı. Taburcu edildi ve yineleyen intihar düşünceleri nedeniyle ida-

me EKT programına alındı. 13.09.2005-23.06.2006 tarihleri arasında toplam 9 seans EKT aldı ve bu süre içinde hiç depresif atak yaşamadı. Ek olarak Milnasipran 200 mg/gün tedavisine devam edildi. Hasta, 2006 yılının 2. ayında EKT'ye gelmedi. EKT sonrası 2-3 saat süren konfüzyon ve analjezikle geçen baş ağrısı şikayetleri oldu. KGI-şiddet skorları sırasıyla 5/3/2/2/2/1/1/1/1 idi (Grafik 1). Hasta, idame EKT ve Milnasipran 200 mg/gün tedavisi ile halen remisyonda seyretmektedir.

## TARTIŞMA

İdame EKT etkinliği kanıtlanmış olmasına rağmen sık kullanılan bir uygulama değildir. Önceki yayınlarda da belirtildiği gibi çalışmamızın verilerine göre idame EKT güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi gibi görünmektedir.

Gagne ve arkadaşları (13) EKT'ye cevap veren 29 depresif hastaya idame EKT uygulayıp ortalama 5.4 yıl izlemiş ve EKT'ye cevap vermiş fakat idamede ilaç tedavisi kullanmış 29 hastayla karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda: 5 yıl sonra nüks olmadan kümülatif iyilik hali idame EKT grubunda %73, kontrol grubunda ise %18 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada yeterli doz ve süre uygulanan en az 2 ilaç tedavisine yanıt vermemiş hastalar idame EKT'ye alınmıştır. Ancak APA ölçütlerine göre idame EKT için bu durum şart değildir. Bu durum dışında idame EKT uygulamasına aldığımız hastalar için APA'nın ölçütleri

esas alınmıştır. Hastaların tamamı idame EKT'den yarar görmüştür ve uzun süreli KGI verileri grafik1'de gösterilmiştir (Grafik 1). EKT'ye bağlı olarak hastaların işlevselliğini etkileyecek derecede önemli bir yan etki gözlenmemiş, anesteziye bağlı herhangi ciddi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Hastaların önceki klinik durumları (sık yineleme, katatoni vb) göz önüne alındığında hastalıklarının doğal bir iyileşme süreciyle düzeldiğini söylemek güçtür. Alınan ek farmakolojik tedavilerin iyileşmeye olumlu katkısı olabilir. Nitekim idame EKT ve ilaç bileşimi tedavilerin daha etkili bulunduğu dair veriler de bulunmaktadır (23).

Birinci olguda hasta, idame EKT sırasında fluoksetin kullanmaktadır. Ancak hasta depresif atağı fluoksetin etkisi altında geçirdiğinden idame EKT sonrası oluşan iyilik halinin devamı fluoksetine değil idame EKT'ye bağlanmıştır. İkinci olguda hastanın birden fazla ilaç ve idame EKT ile remisyona girmesi, hastanın hangi özgül tedaviden yarar gördüğü yorumunu güçleştirmektedir. Üçüncü olgudaki gibi psikotik özellikler gösteren ağır olgular için de idame EKT bir seçenek olabilir. Dördüncü olguda hasta milnasipran ile atak yaşadığından, iyilik halinin devamını idame EKT'ye bağlamak doğru olur.

Idame EKT uygulamaları süresince bazı hastalarımız önerilen aralıklarda gelmemişlerdir. Hastaların ulaşım imkanları, sosyal destek ve motivasyonları yeterli olmasına rağmen kendileri belli seansları atlamalarını iyilik hallerinin devam etmesine, şehir dışına gitmeleri gibi nedenlere bağlamışlardır. Buna göre idame EKT uygulamasına uyum zor olabilir. Ancak aksamalar olsa da hastaların klinik durumunda bir kötüleşme gözlenmemiş ve remisyon hali devam etmiştir. Bildirilen diğer bazı idame EKT uygulamalarında (13) ise yineleme ve alevlenmeler görülmüştür. Çalışmamızda ise tedavide kesintiler olsa bile sonuç bizim açımızdan tatmin edicidir.

## Kaynaklar:

1. Fink M. Indications for the use of ECT. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30:269-275
2. Tamam L, Zeren T, Evlice YE. Yaşlı hastalarda elektrokonvulsif terapinin kullanım etkinliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003; 13: 6-12
3. Philibert RA, Richards L, Lynch CF, Winokur G. Effects of ECT on mortality and clinical outcome in geriatric unipolar depression. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 390-394
4. Chanpattana W, Chakrabhand MLS, Sackeim HA. Continuation ECT in treatment-resistant schizophrenia: a controlled study. *J ECT* 1999; 15:129-139

Hastaların tedavi öyküsü göz önüne alındığında, idame EKT'nin tek başına yeterli olamayabileceği düşünülerek hastaların ilaçlarına devam etmesine izin verilmiştir. Diğer idame EKT çalışmalarında da benzer uygulamalara gidilmiştir (24).

Gelişmiş ülkelerde yatış maliyeti yüksek olduğundan, EKT pahalı bir tedavi yöntemidir. Buna rağmen Aziz ve arkadaşları yaşlı erişkinlerde yaptıkları çalışma sonucunda idame EKT ile tedavi edilen hastaların, ilaçlarla tedavi edilenlere göre yıllık tedavi ve yaşam kalitesi maliyetinin yarı yarıya daha az olduğunu göstermiştir (25), (idame EKT; yıllık 24,616 Amerikan Doları, ilaç tedavisi; yıllık 57,762 Amerikan Doları). Yatış maliyeti ve girişim işlemleri fiyatının Amerika Birleşik Devletleri'ne kıyasla daha düşük olması nedeniyle idame EKT (18.09.2006 itibarıyla Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bir anestezili EKT ücreti: 100 YTL, bir günlük yatış maliyeti 13 YTL'dir) Türkiye için alternatif bir tedavi seçeneği olabilir ve hastalara ek bir yük getirmemektedir.

Çalışmamızda hasta sayısının azlığı, kontrol grubunun olmaması, hastaların ek tedaviler almış olması, idame EKT aralığının değişken olması, sonuçları genelleştirmeyi zorlaştırmaktadır. Ancak daha önceden uygulanmış tedavilerle kıyaslandığında, hastaların idame EKT sonrası daha uzun süre remisyonunda kalmış olmaları uygulanan tedavinin etkinliği hakkında fikir verebilir.

Türkiye'de EKT ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen (2,26,27), idame EKT ile ilgili yazı bir tanedir. Üçok ve arkadaşları 1996 yılında katatonik şizofreni ve tardiv diskinezisi olan bir hastada idame EKT uygulamış ve olumlu yanıt almışlardır (15). Ancak bu olgu serisi Türkiye'de şimdiye değin yapılmış en geniş idame EKT serisidir.

Idame EKT, etkinliği öteden beri bilinen ancak az uygulanan bir tedavi biçimidir ve Türkiye'de depresyonda tedavi güçlüğü yaşanan hastalarda bir seçenek olabilir.

5. Andrade C, Kurunji S. Continuation and maintenance ECT: a review of recent research. *J ECT* 2002; 18:149-158
6. Tsao CI, Jain S, Gibson RH, Guedel PJ, Lehrmann JA. Maintenance ECT for recurrent medication-refractory mania. *J ECT* 2004; 20: 118-119
7. American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging: a task report of the American Psychiatric Association. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000: 355
8. Andrade C. Electroconvulsive therapy. In: Bhugra D, ed. *Handbook of Psychiatry*. New Delhi: Oxford University Press, 2001
9. Kalinowsky LB. Electric convulsive therapy, with emphasis on importance of adequate treatment. *Arch Neurol Psychiatry* 1943; 50: 652-660
10. Moore NP. The maintenance treatment of chronic psychotics by electrically induced convulsions. *J Ment Sci* 1943; 89: 743-748
11. Stiebel VG. Maintenance electroconvulsive therapy for chronic mentally ill patients: a case series. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 265-268
12. Frederikse M, Petrides G, Kellner C. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for the treatment of depressive illness: A response to the national institute for clinical excellence report. *J ECT* 2006; 22:13-17
13. 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(12): 1960-1965
14. Prudic J, Olfson M, Sackeim HA. Electro-convulsive therapy practices in the community. *Psychol Med* 2001; 31:929-934
15. Ucok A, Ucok G. Maintenance ECT in a patient with cataleptic schizophrenia and tardive dyskinesia. *Conv Ther* 1996; 12:1108-1112
16. Kocsis JH. New strategies for treating chronic depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 11): S42-S45
17. Mueller TI, Keller MB, Leon AC. Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:794-799
18. Swoboda E, Conca A, Konig P. Maintenance electroconvulsive therapy in affective and schizoaffective disorder. *Neuropsychobiology* 2001;43:23-28
19. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP. The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to electroconvulsive therapy. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10:96-104
20. Reynolds CF, Frank E, Perel JM. Nortriptyline and interpersonal psychotherapies for recurrent major depression. *JAMA* 1999; 281:39-45
21. Sackeim H. Continuation therapy following ECT: directions for future research. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30:501-521
22. American Psychiatric Association. The Practice of ECT: Recommendations for Practice, Training, and Privileging. Task Force Report on ECT. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990
23. Serra M, Gasto C, Navarro V, Torres X, Blanc J, Masana G. Maintenance electroconvulsive therapy in elderly psychotic unipolar depression. *Med Clin (Barc)* 2006; 126:491-492
24. Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT. The ECT Handbook, 2nd ed. London, UK: The Royal College of Psychiatrists; 2005
25. Aziz M, Mehringer M, Mozurkewich AM. Cost-utility of 2 maintenance treatments for older adults with depression who responded to a course of electroconvulsive therapy: results from a decision analytic model. *Can J Psychiatry* 2005; 50:389-397
26. Yumru M, Savaş HA, Savaş E. Tek Doz Klorpromazin Uygulamasını Sonrası Gelişen ve Elektrokonvulsif Tedaviye Olumlu Yanıt Veren Nöroleptik Malign Sendrom: Olgusu Sunumu Türkiye'de Psikiyatri 2005; 7:126-128
27. Öztürkoğlu M, Evlice YE, Özpoyraz N, Ünal M, Fettahoğlu M. Elektrokonvulsif Tedavinin Antidepresan Etkinliği ve Yan Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5:109-112