

En etkili tedavi, neden en az konuşulana?

Elektrokonvülsif tedavi (EKT), dirençli depresyonda ağ meta-analizinde en yüksek yanıt oranını gösteren müdahale. Yine de en az konuşulan tedavi.

Kaydır → 13 Slayt

Saelens et al., Neuropsychopharmacology (2024) · Mutz et al., BMJ (2019)

25 tedavi karşılaştırıldı. Biri öne çıktı.

12.86

EKT'nin plaseboya karşı yanıt olasılık oranı (OR).
Aynı analizde ketamin, rTMS ve aripiprazol de etkili çıktı
—
ama en yüksek etki büyüklüğü EKT'de.

Yanıt oranı

Depresyonda %73–74
(2.074 hastalık ulusal veri)

Remisyon oranı

%51–52
(tam düzelme, kısmi değil)

Bu rakamlar “herkese uygun” demek değil. Dirençli, ağır ve çoğu zaman hastanede yatan bir hasta grubundan geliyor.

Filmlerdeki sahne değil.

Genel anestezi altında

Hasta uyutulur; kas gevşetici verilir. Görünür kasılma neredeyse yoktur.

Kısa/ultra-kısa darbe akım

1950'lerin sinüs dalgası terk edildi. Modern cihazlar çok daha düşük bilişsel yük bırakır.

Elektrot yerleşimi seçilir

Sağ tek taraflı (ünilateral) yerleşim, bilateral ile benzer etkinlikte ama bellek üzerine daha az yüklü.

Kür halinde uygulanır

Genellikle haftada 2–3 seans, ortalama 6–12 seans.

Espinoza & Kellner, N Engl J Med (2022) · Kolshus et al., Psychol Med (2016) · Sackeim et al., Brain Stimul (2008)

Hastalık ne kadar ağırsa, fark o kadar büyüyor.

Katatoni

%80,8

yanıt oranı (benzodiazepine dirençli olgularda)

Psikotik depresyon

OR 1,47

remisyon için pozitif öngörücü; yaş ilerledikçe yanıt artıyor

Bipolar depresyon

%77

yanıt; unipolara göre daha az seansla

Mani / karma dönem

%73–75

yanıt (dirençli olgular)

Ölüm riski, genel anesteziden düşük.

2,1

100.000 seansta ölüm. Karşılaştırma: cerrahi işlemlerde genel anestezi kaynaklı ölüm 3,4/100.000. 766.180 seansı kapsayan derleme.

Demans riski

6 kohort / 286.995 hasta: genel olarak artış yok (HR 0,98). 50 yaş üstünde daha düşük risk (HR 0,78).

Kardiyovasküler olay

Eşleştirilmiş kohortlarda ciddi tıbbi olay artışı gösterilmedi.

Yaygın yan etkiler

Baş ağrısı, kas ağrısı, bulantı, geçici konfüzyon. Çoğu hafif ve kendini sınırlayan.

Torring et al., Acta Psychiatr Scand (2017) · Kassar et al., Int Psychogeriatr (2025) · Kaster et al., Lancet Psychiatry (2021)

Hayat kurtaran tarafı, en az bilinen tarafı.

0,53

Kanada'da 67.327 psikiyatrik yatışta, taburculuk sonrası 1 yıl içinde intihar ölümü riski (eğilim skoru ağırlıklı HR).

0,67

268 çalışmayı kapsayan meta-analizde, depresyonda EKT alanlarda intihar ölümü göreceli riski.

0,73

Aynı analizde tüm nedenlere bağlı ölüm göreceli riski.

Bunlar gözlemsel çalışmalar: nedensellik kanıtlamaz, artık karıştırıcı etkenler dışlanamaz.

Kaster et al., Lancet Psychiatry (2022) · Chan et al., World Psychiatry (2025) · Rönqvist et al., JAMA Netw Open (2021)

Etkinlik tek başına görünürlük getirmiyor.

Arkasında patentli molekül yok

Küresel EKT kullanım farklarının %34'ünü açıklayan tek değişken: devletin ruh sağlığına ayırdığı bütçe. Antidepresan kullanımında ise bu ilişki yok — orada belirleyici olan kalkınma düzeyi.

Kültürel miras

Anestezi dönemin görüntüleri ve sinema temsilleri hâlâ baskın. Twitter analizinde EKT içeriklerinin yarısından fazlası şaka ya da önemsizleştirme; kişisel görüş bildirenlerin ~%75'i olumsuz.

Erişim eşitsizliği

Japonya'da iller arası Gini katsayısı 0,50'nin üzerinde — “aşırı eşitsizlik” sınırı. ABD verilerinde siyahi ve Hispanik hastalar daha uzun bekliyor.

Rakita et al., J ECT (2017) · de Anta et al., Eur Psychiatry (2023) · Kido et al., J ECT (2025) · Kohli et al., J ECT (2025)

Bellek tartışması gerçek bir tartışma.

2010 tarihli meta-analiz, bilişsel etkilerin ilk 3 gün ile sınırlı kaldığını bildirdi. Ancak bu bulgu tartışmasız değil: destekleyen 39 atıfa karşılık 5 çelişen atıf var.

Otobiyografik bellek

9 çalışmalık meta-analiz: kayıp gerçek. Sağ ünilateralde küçük (SMD 0,32), bilateralde büyük (SMD 0,82). Ve uzun takipte tablo stabil kalıyor — yani kaybedilen anıların geri geldiğine dair kanıt yok.

Nüks

Akut kürden sonra relaps yaygın. Ultra-kısa darbe sağ ünilateral alanların %44'ü 6 ay içinde nüksediyor ya da takipten çıkıyor.

Bilgilendirilmiş onam

44 ülkeden 858 hastalık anketinde katılımcıların %59'u “yeterli bilgi verilmedi” dedi. Uzun süreli bellek riskinin anlatıldığını hatırlayan oran %17.

Bellek yükü sabit değil — ayarlanabilir bir değişken.

Elektrot yerleşimi

Yüksek doz sağ ünilateral, orta doz bitemporal ile etkinlikte fark göstermedi; ama yönelim süresi ve otobiyografik bellekte avantajlı.

Darbe genişliği

Ultra-kısa darbe bilişsel yükü belirgin azaltıyor. Ancak yeni veriler bu formda remisyonun %32'de kaldığını, hastaların %28'inin kısa darbeye geçtiğini gösteriyor — güvenlik ile etkinlik arasında gerçek bir ödünleşim var.

Doz bireyselleştirme

Hipokampal elektrik alan şiddeti hem antidepresan yanıtla hem bilişsel sonuçla ilişkili. Bilişsel güvenlik için üst sınır ~112,5 V/m olarak önerildi.

Kolshus et al., Psychol Med (2016) · Jelovac et al., Mol Psychiatry (2025) · Deng et al., Mol Psychiatry (2021)

Asıl mesele, iyileşmeyi korumak.

%43

Sürdürüm EKT + ilaç tedavisi, tek başına ilaca kıyasla 6 aylık nüks riskini %43 azaltıyor (RR 0,57). Zarar görmeden bir kişiyi korumak için gereken hasta sayısı: 7.

Tedaviyi bırakmak seçenek değil

Kür bitince ilaç, lityum ya da sürdürüm seansları planlanmazsa iyileşme çoğu zaman kalıcı olmuyor.

Yine de az kullanılıyor

Danimarka'da 19.944 hastanın yalnızca %7,7'si sürdürüm EKT aldı — buna rağmen yeniden yatış oranları daha düşüktü.

“Son çare” demek, geciktirmek demek.

EKT çoğu kılavuzda algoritmanın en sonunda duruyor. Oysa:

Maliyet-etkinlik analizinde iki ilaç denemesi başarısız olduktan sonra —yani üçüncü basamakta— EKT maliyet-etkin çıkıyor. Daha erken sunulduğunda depresyonlu geçen süre daha çok kısalıyor.

Hastalık süresi kısaltıldıkça kür sonrası remisyonun kalıcılığı artıyor; 5 yıldan kısa süreli hastalıkta yeniden yatışa kadar geçen süre belirgin uzuyor.

Bekleme süresi ise uzuyor ABD verilerinde ilk seansa kadar geçen süre 2016'da 7,3 gün iken 2021'de 9,1 güne çıktı.
Erken düşünmek, agresif davranmak değil — zamanında davranmaktır.

Ross et al., JAMA Psychiatry (2018) · Iliuță et al., J Clin Med (2026) · Kohli et al., J ECT (2025)

EKT konuşulacaksa, şunlar sorulmalı

1**Endikasyon net mi?**

Ağır depresyon, psikotik özellik, katatoni, yüksek intihar riski, beslenmeyi reddetme — burada EKT geciktirilmemesi gereken bir seçenek.

2**Elektrot ve darbe hangisi?**

“Sağ ünilateral mi, bilateral mi? Darbe genişliği ne?” Bu iki soru bilişsel yükü doğrudan belirliyor.

3**Bellek ölçülecek mi?**

Kür öncesi ve sonrası bellek değerlendirmesi planlanmalı. Ölçülmeyen yan etki yönetilemez.

4**Sonrası planlandı mı?**

Kür bittiğinde ilaç/lityum ve gerekiyorsa sürdürüm seans planı önceden konuşulmalı.

5**Karar paylaşıldı mı?**

Yarar, risk ve alternatifler yazılı olarak verilmeli; hasta ve yakını soru sorabilmeli.

Bu bir tedavi önerisi değildir. EKT kararı, muayene sonrası hekim ile birlikte verilir.

Bir tedavinin konuşulmaması, etkisiz olduğu anlamına gelmez.

Bazen sadece kimsenin anlatmakta çıkarı yoktur.

EKT herkes için değil, her durumda değil. Ama ağır ve dirençli tablolarda hâlâ elimizdeki en etkili seçeneklerden biri. Kararı korku değil, veri ve muayene vermeli.

Tüm kaynaklar ve makale özeti için → alisanburak.com

#EKT #Psikiyatri #DirençliDepresyon #Katatoni #RuhSağlığı