

Onderhouds-elektroconvulsietherapie

Een literatuuronderzoek

A.C.M. VERGOUWEN

SAMENVATTING Bij therapieresistente depressies blijkt het resultaat van een onderhoudsbehandeling met antidepressiva na een succesvolle acute elektroconvulsietherapie (ECT)-kuur vaak onbevredigend te zijn. In dit artikel wordt beschreven wat bekend is over de effectiviteit van onderhouds-ECT bij met name medicatieresistente depressies. De in de literatuur gevonden studies, die overigens allemaal methodologische tekortkomingen hebben, worden besproken. Hoewel er geen definitieve conclusie betreffende de effectiviteit van onderhouds-ECT mogelijk is, zijn de gevonden resultaten bemoedigend. Er is behoefte aan methodologisch correct uitgevoerde studies, waarbij onderhouds-ECT wordt vergeleken met adequaat voortgezette medicamenteuze behandelingen. Ook andere te onderzoeken aspecten worden geformuleerd. Ten slotte worden vanuit de huidige kennis aanbevelingen voor de praktijk gedaan. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 3, 143-149]

TREFWOORDEN depressieve stoornis, elektroconvulsietherapie, onderhoudsbehandeling, voortgezette behandeling

Veel psychiatrische aandoeningen zoals depressies keren frequent terug in de vorm van een terugval of een recidief. Onderhoudstherapie met medicatie wordt daarom vaak toegepast (Devanand e.a. 1991). Hierbij wordt arbitrair onderscheid gemaakt tussen voortgezette behandeling (om een terugval te voorkomen) en onderhoudsbehandeling (om een recidief te voorkomen). Farmacologische interventies blijken niet altijd doeltreffend om een terugval of recidief te voorkomen (Monroe 1991). Hoewel elektroconvulsietherapie (ECT) een van de meest effectieve behandelvormen voor depressies is (Monroe 1991), verminderde door onder andere de komst van de antidepressiva de belangstelling voor ECT (Scott e.a. 1991). Mogelijk kan onderhouds-ECT in een aantal gevallen uitkomst bieden.

In dit artikel wordt beschreven wat er bekend is over de effectiviteit van onderhouds-ECT bij depressies, waarbij met onderhouds-

ECT zowel voortgezette behandeling als onderhoudsbehandeling met ECT wordt bedoeld. Vanuit de huidige kennis zal een poging worden gedaan om aanbevelingen te formuleren.

DE NOODZAAK VAN EEN VOORTGEZETTE BEHANDELING NA DE ACUTE FASE

ECT is geïndiceerd voor onder andere de acute behandeling van ernstige depressies. In vergelijking met antidepressiva is ECT minstens even effectief (Abrams 1988; Black e.a. 1987; Crowe 1984). Dit geldt voor niet-medicamenteus voorbehandelde depressies, waarvan 80% herstelt met ECT. Bij medicatieresistente depressies is de kans op herstel na ECT 50% (Leentjes e.a. 1996).

Wanneer medicatieresistente depressieve patiënten na een succesvolle ECT vervolgens geen onderhoudstherapie kregen, bedroeg het

recidiefpercentage binnen één jaar ongeveer 50 (Verwey 1991). Met een adequate medicamenteuze voortzetting van de behandeling kan de kans op een recidief verlaagd worden van 50%-70% naar 20% (Decina e.a. 1987; Devanand e.a. 1991; Monroe 1991). In de studies naar de effectiviteit van vervolgbehandelingen na ECT in de acute fase werd ECT echter veelal als behandeling van eerste keuze toegepast. Het ging hier dus om een andere populatie dan die waarvoor, zeker in Nederland, ECT tegenwoordig wordt geïndiceerd, namelijk de medicatieresistente patiënten (Decina e.a. 1987; Leentjes e.a. 1996; Sackeim e.a. 1990). Leentjes e.a. (1996) rapporteerden, in een overzicht van de literatuur betreffende medicamenteuze vervolgbehandeling na een succesvolle ECT, bij medicatieresistente depressie een terugvalpercentage van ongeveer 50 binnen één jaar. Sackeim e.a. (1990) onderzochten 58 medicatieresistente depressieve patiënten (37 unipolair en 21 bipolair) die goed hadden gereageerd op ECT. Als vervolgbehandeling werden adequate doses antidepressiva gegeven. Gedurende follow-up van één jaar was het terugvalpercentage 50%, waarvan 79% binnen 16 weken. Het bleek dat de terugval tijdens de medicamenteuze vervolgbehandeling groter was bij de patiënten die voorafgaande aan de ECT medicatieresistent waren gebleken, dan bij de patiënten die vóór ECT inadequaat met medicatie waren behandeld (Sackeim 1994).

ONDERHOUDS-ECT IN DE PRAKTIJK

ECT wordt in onder andere de Angelsaksische landen regelmatig toegepast als onderhoudsbehandeling. In een onderzoek gedaan door Kramer (1987) bleek 59% van de respondenten die acute ECT toepasten, ook onderhouds-ECT toe te passen. Benbow (1991) vroeg psychiaters die werkzaam waren in de ouderenpsychiatrie, of zij gebruikmaakten van onderhouds-ECT. Van hen zei 21% gebruik te maken van deze vorm van behandeling. Van de Amerikaanse privé-klinieken die ECT toepasten,

bleek 64% onderhouds-ECT te gebruiken (Levy & Albrecht 1985). Getallen voor de Nederlandse praktijk zijn niet gepubliceerd.

De eerste studies over onderhouds-ECT verschenen begin jaren veertig (Monroe 1991). Onderhouds-ECT heeft men bij heterogene patiëntenpopulaties toegepast met positieve resultaten. Met de komst van alternatieve behandel mogelijkheden, zoals met name de antidepressiva, verdween echter de interesse voor (onderhouds-)ECT. Hernieuwde belangstelling ontstond pas eind jaren tachtig, toen bleek dat psychofarmaca terugvallen en recidieven niet altijd konden voorkomen. Mogelijk zijn klinici ook gestimuleerd door Fink (1987), die opriep tot grotere aandacht voor deze behandelvorm.

Hieronder worden een aantal studies betreffende onderhouds-ECT besproken, die gevonden zijn met een Medline-search. Er is gezocht naar artikelen uit de periode januari 1987 tot december 1997 waarin de trefwoorden 'continuation' of 'maintenance', 'electroshock' of 'electroconvulsive' en 'depressive disorder' of 'affective disorder' voorkwamen.

Er zijn veertien publicaties gevonden (tabel 1). In alle studies werden positieve resultaten gemeld. Deze dienen echter kritisch te worden beschouwd, aangezien alle studies belangrijke tekortkomingen vertonen. Er zijn slechts drie studies waarin de patiënten prospectief zijn gevolgd (Grunhaus e.a. 1990; Thienhaus e.a. 1990; Vanelle e.a. 1994). De overige betreffen retrospectief verzamelde informatie over enkele tot grotere aantallen casus. Controlegroepen ontbreken in alle studies. Altijd betreft het patiënten die in de acute fase met ECT worden behandeld. Hierdoor treedt een selectie op, gebaseerd op het type patiënt dat wordt verwezen voor ECT in de acute fase. In alle studies zijn de patiëntenpopulaties heterogeen wat betreft de diagnose (unipolaire depressie, bipolaire depressie, schizoaffectieve stoornis, met of zonder psychotische kenmerken). Ook de behandelingen vóór ECT verschillen (een antidepressivum, een antidepressivum in combinatie met een stemmingsstabilisator of

TABEL 1 Overzicht betreffende de recente studies naar de effectiviteit van onderhouds-ECT bij depressie

Studie	Patiënten (n)	Follow-up	Tevens medicatie	O-ECT*	Uitkomst
Decina e.a. (1987)	3	1 jaar	ja	6 tot 12 sessies; 1 x/10 dagen → 1x/maand; ged. 3 tot 6 maanden	1 terugval (patiënt is niet therapietrouw)
Loo e.a. (1988)	4	8 maanden	ja	1x/14 dagen → 1x/maand, ged. 8 maanden	3 patiënten behouden een normothymie; 1 patiënt heeft een lichte stemmingsdaling waarvoor fluvoxamine naast de behandeling met ECT wordt gegeven
Matzen e.a. (1988)	8	10 weken tot 2 jaar	ja	1x/week → 1x/2 weken → 1x/maand; ged. 6 weken tot 2 jaar	30 opnames i.v.m. depressie in de 2 jaar voor het begin van de behandeling versus 10 opnames gedurende de 2 jaar na het begin van de behandeling met O-ECT
Clarke e.a. (1989)	27	5 maanden	nee	1x/week → 1x/2 weken → 1x/maand ged. 4 maanden	8 patiënten moeten heropgenomen worden (30%); 1 van de 12 therapietrouwen en 7 van de 15 drop-outs
Grunhaus e.a. (1990)	10	max. 18 maanden	ja	1x/week → 1x/2 weken; ged. 4-12 weken of 1x/week → 1x/2 weken → 1x/4 weken; ged. 6 maanden	6 van de 10 patiënten hebben een uitstekende respons
Kramer (1990)	4	8 maanden tot 2,5 jaar	1 pt. zeker niet; onduidelijk voor de anderen	1x/week → 1x/2 weken → 1x/3 weken → 1x/4 weken → 1x/5 weken → 1x/6 weken; ged. 4 maanden tot 2,5 jaar	bij 3 patiënten goede resultaten; bij 1 therapie-ontrouwe patiënt een recidief waarvoor heropname
Loo e.a. (1990)	16	gem. 15 maanden	ja	1x/14 dagen tot 1x/6 weken; duur wordt niet vermeld	gem. 19,65 ± 13,3 weken opname in het jaar vóór O-ECT versus 6,46 ± 6,73 sedert de start van die behandeling
Thienhaus e.a. (1990)	6	6 maanden tot 5 jaar	3 ptn.	intervallen van 4 tot 8 weken; ged. 6 maanden tot 5 jaar	1 patiënt verslechtert; 5 patiënten tonen een aanzienlijke verbetering
Thornton e.a. (1990)	10	18 maanden	9 ptn.	intervallen van 2,5 tot 6 weken; gem. 21,8 sessies; ged. 4 tot 113 maanden	in de 18 maanden vóór O-ECT gem. 3,1 opnames versus 0,3 in de 18 maanden na het begin van de O-ECT
Loo e.a. (1991)	7	3 jaar	blijft onbesproken	1x/3-5 weken → 1x/4-8 weken; totaal gem. 25,8 ± 2,4 ECT's	27,4 ± 43,0 weken in het ziekenhuis in de 36 maanden vóór O-ECT versus 3,7 ± 1,1
Petrides e.a. (1994)	21	1 jaar	15 ptn. onderhoudsfarmacotherapie na O-ECT	gem. 7,0 ± 5,1 sessies; gem. interval 10,1 ± 3,8 dagen; gem. duur 62 ± 43 dagen	14 patiënten (66,6%) blijven in remissie
Vanelle e.a. (1994)	22	gem. 18 maanden	21 ptn.	1x/week → 1x/2 weken → 1x/maand; totaal gem. 17,1 ± 8,7 ECT's	vóór O-ECT 44% van het jaar opgenomen versus 7% na de start van O-ECT
Schwarz e.a. (1995)	21	gem. 4,0 +/- 1,3 jaar	nee	gem. 8 sessies, gegeven in 6 maanden	vóór indexopname gem. 1,9 ± 5,4 opnames/jaar; na indexopname 0,6 ± 0,1/jaar
Stiebel (1995)	4	7 tot 20 maanden	1 pt.	1x/week → 1x/2 weken; ged. 7 tot 20 maanden	bij alle patiënten een verbetering van doelsymptomen

* O-ECT = onderhouds-ECT; de frequentie van de ECT's en de duur worden vermeld; gem. = gemiddeld; ged. = gedurende; pt. = patiënt

een antipsychoticum, intolerantie voor antidepressiva of een stemmingsstabilisator, geen antidepressivum maar een goede reactie op ECT gedurende een eerdere depressieve episode). Van de adequaatheid van de voorbehandeling met een antidepressivum wordt slechts in enkele studies melding gemaakt (Matzen e.a. 1988; Grunhaus e.a. 1990; Vanelle e.a. 1994; Stiebel 1995). De dosis en plaats van de elektrische stimulus worden vaak niet beschreven. De frequentie waarin ECT wordt toegediend, verschilt sterk. In vier studies (Clarke e.a. 1989; Loo e.a. 1990; Vanelle e.a. 1994; Stiebel 1995) wordt vermeld dat er extra ECT's werden gegeven wanneer de symptomen van de depressie terugkeerden. In slechts twee studies (Clarke e.a. 1989; Schwarz e.a. 1995) was er zeker geen medicijngebruik gedurende de behandeling met onderhouds-ECT. Er is dus waarschijnlijk vaak sprake van een combinatie-therapie van medicatie en onderhouds-ECT. De gelijktijdig gegeven medicatie werd gedurende de behandeling met onderhouds-ECT in een aantal studies nog gewijzigd (Grunhaus e.a. 1990; Thornton e.a. 1990; Vanelle e.a. 1994). In drie studies zijn meetinstrumenten gebruikt om de ernst van de psychiatrische stoornis en het beloop daarvan te objectiveren (Thienhaus e.a. 1990; Loo e.a. 1991; Vanelle e.a. 1994). In geen enkele studie is systematisch melding gemaakt van bijwerkingen.

VRAGEN

In dit overzicht van de literatuur is nagegaan of er een antwoord kon worden gevonden op de volgende vier vragen:

Is onderhouds-ECT effectief? Op basis van de gevonden studies mag, met name gezien de beperkte kwaliteit van de studies, niet geconcludeerd worden dat onderhouds-ECT werkzaam is. Wel lijken de resultaten bemoedigend. Om definitieve conclusies te kunnen trekken, zijn goed opgezette prospectieve studies nodig, waarin de patiëntenpopulaties goed beschreven wor-

den en waarin onderhouds-ECT wordt vergeleken met andere behandelingen.

Voor welke stoornissen is onderhouds-ECT geïndiceerd? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het noodzakelijk homogene patiëntenpopulaties te onderzoeken. Naast de vervolghandeling van unipolaire depressies zou onderhouds-ECT overigens wellicht ook een plaats kunnen innemen in de vervolghandeling van bipolaire stoornissen, schizoaffectieve stoornissen en schizofrenie (Derks e.a. 1992; Kramer 1987; Stiebel 1995; Stor-Reuling & Nolen 1992).

Wat is de meest effectieve techniek bij onderhouds-ECT? Hierbij zijn een aantal aspecten van de techniek te onderscheiden: de plaats waar de stimulus wordt gegeven (uni- of bilateraal), de dosis (prikkelsterkte en duur van de prikkel), de frequentie van de ECT's en de duur van de onderhoudsbehandeling. Onderhouds-ECT dient niet beschouwd te worden als een uniforme behandeling. De meeste onderzoekers passen een empirisch verkregen versie toe en benadrukken het concept van titratie, dat wil zeggen dat ECT bij het eerste (mogelijke) symptoom van terugval wordt toegediend.

Ook over de duur van onderhouds-ECT bestaat discussie. Sommige auteurs staan een maximale duur van zes maanden voor, terwijl andere deze termijn eerder een minimum vinden.

De vraag of de combinatie van onderhouds-ECT en medicatie zinvol is, kan niet beantwoord worden.

Wat zijn de schadelijke effecten van onderhouds-ECT? Hoewel onderhouds-ECT een veilige behandelingsmethode lijkt, zijn er mogelijke risico's als gevolg van herhaaldelijke blootstelling aan algemene anesthesie, stress op het cardiovasculaire systeem, elektrische stimulatie en epileptische activiteit. Bij acute ECT gaat het met name om hartritmestoornissen, bloeddrukver-

hoging, verlengde epileptische activiteit, spontane epileptische activiteit, verwardheid, delier, angst voor ECT, en geheugenstoornissen. In het algemeen zijn deze bijwerkingen goed te behandelen en/of van tijdelijke aard (Van Berkestijn e.a. 1983; Dubosky 1995). Er zijn ook geen aanwijzingen dat acute ECT, uitgevoerd onder de huidige gecontroleerde omstandigheden, structurele hersenbeschadiging veroorzaakt (Devanand e.a. 1994). Het is echter belangrijk om systematisch onderzoek te doen naar de bijwerkingen van onderhouds-ECT.

AANBEVELINGEN VANUIT DE HUIDIGE KENNIS

Ondanks de beperkingen die de meeste onderzoeken bij de behandeling van depressie hebben, zijn de resultaten met onderhouds-ECT bemoedigend. Medicatieresistentie en intolerantie voor medicatie, alsmede terugvallen en recidieven zijn reële problemen. Deze zaken spelen een belangrijke rol bij de indicatiestelling voor ECT en onderhouds-ECT. Het Task Force Report van de American Psychiatric Association (1990) beveelt onderhouds-ECT aan voor patiënten met recidiverende depressies die in de acute fase een goede respons op ECT hadden, en bij wie een vervolgbehandeling met medicatie onvoldoende effect heeft op het voorkómen van een terugval of bij wie medicatie niet kan worden gegeven in verband met bijwerkingen.

Ondanks gebrek aan goede prospectieve studies doen verschillende onderzoekers, onder wie Duncan e.a. (1990) en Sackeim (1994), toch aanbevelingen voor toepassing. Zij staan een flexibele benadering voor: de frequentie van de ECT's wordt verminderd van bijvoorbeeld tweemaal per week (acute fase) naar eenmaal per week, en vervolgens naar eenmaal per twee weken, eenmaal per drie weken, en eenmaal per vier weken. Het tijdsinterval tussen de sessies dient aangepast te worden aan het opnieuw verschijnen van symptomen. Ten slotte blijft het van belang om de eventuele bijwerkingen van onderhouds-

ECT, met name de effecten op de cognitieve functies, nauwgezet te evalueren.

✍ De auteur dankt prof. dr. H. D'haenen, AZVUB te

Brussel, en W.W. van den Broek, Academisch ziekenhuis te Rotterdam-Dijkzigt, voor hun waardevolle bijdragen.

LITERATUUR

- Abrams, R. (1988). Efficacy of electroconvulsive therapy; prediction of response to electroconvulsive therapy. In R. Abrams, *Electroconvulsive Therapy*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. Task Force on electroconvulsive therapy (1990). *The practice of psychiatric electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging*. Washington: American Press.
- Benbow, S.M. (1991). Old age psychiatrists' views on the use of ECT. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 317-322.
- Berkestijn, J.W.B.M. van, Slooff, C.J., van den Hoofdakker, R.H. (1983). Elektroshock: schadelijke effecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 243-273.
- Black, D.W., Winokur, G., & Nasrallah, A. (1987). The treatment of depression: Electroconvulsive therapy vs. antidepressants: A naturalistic evaluation of 1.495 patients. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 169-182.
- Clarke, T.B., Coffey, E., Hoffman, B.W., e.a. (1989). Continuation therapy for depression using outpatient electroconvulsive therapy. *Convulsive Therapy*, 5, 330-337.
- Crowe, R.R. (1984). Electroconvulsive therapy, a current perspective. *New England Journal of Medicine*, 31, 163-167.
- Decina, P., Gunthrie, E.B., Sackeim, H.A., e.a. (1987). Continuation ECT in the management of relapses of major affective episodes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 559-562.
- Derks, F.P.J., Louwerens, J.W., Korf, J., e.a. (1992). De effectiviteit van ECT bij patiënten met een schizofrenie: een overzicht van de literatuur. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 100-117.
- Devanand, D.P., Sackeim, H.A., Prudic, J. (1991). Electroconvulsive therapy in the treatment-resistant patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 905-923.
- Devanand, D.P., Dwork, A.J., Hutchinson, E.R., e.a. (1994). Does ECT alter brain structure? *American Journal of Psychiatry*, 151, 957-970.
- Dubovsky, S.L. (1995). Electroconvulsive therapy. In H.I. Kaplan & B.J. Saddock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.

- Hoofdstuk 32.28 (pp. 2136-2139). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Duncan, A.J., Ungvari, G.S., Russell, R.J., e.a. (1990). Maintenance ECT in very old age. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2, 139-144.
- Fink, M. (1987). Maintenance ECT and affective disorders. *Convulsive Therapy*, 3, 249-250.
- Grunhaus, L., Pande, A.C., & Haskett, R. (1990). Full and abbreviated courses of maintenance electroconvulsive therapy. *Convulsive Therapy*, 6, 130-138.
- Kramer, B.A. (1987). Maintenance ECT: A survey of practice (1986). *Convulsive Therapy*, 3, 260-268.
- Kramer, B.A. (1990). Maintenance electroconvulsive therapy in clinical practice. *Convulsive Therapy*, 6, 279-286.
- Leentjes, A.F.G., van den Broek, W.W., Birkenhäger, T.K., e.a. (1996). Het effect van medicamenteuze vervolgbehandeling na succesvolle elektroconvulsietherapie voor therapieresistente depressie is nog teleurstellend. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 241-243.
- Levy, S.D., Albrecht, E. (1985). Electroconvulsive therapy: A survey of use in the private psychiatric hospital. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 125-127.
- Loo, H., Galinowski, A., Boora, I., e.a. (1988). Intérêt de la sismo-thérapie d'entretien dans les dépressions récurrentes. *L'Encéphale*, 14, 39-41.
- Loo, H., de Carvalho, W., Galinowski, A. (1990). Vers une réhabilitation de l'électroconvulso-thérapie d'entretien? *Annales Médico-psychologiques*, 148, 1-15.
- Loo, H., Galinowski, A., de Carvalho, W., e.a. (1991). Use of maintenance ECT for elderly depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 810.
- Matzen, T.A., Martin, R.L., Watt, T.J., e.a. (1988). The use of maintenance electroconvulsive therapy for relapsing depression. *Jefferson Journal of Psychiatry*, 6, 52-58.
- Monroe, R.R. (1991). Maintenance electroconvulsive therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 947-960.
- Petrides, G., Dhossche, D., Fink, M., e.a. (1994). Continuation ECT: Relapse prevention in affective disorders. *Convulsive Therapy*, 10, 189-194.
- Sackeim, H.A., Prudic, J., Devanand, D.P., e.a. (1990). The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to electroconvulsive therapy in major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 96-104.
- Sackeim, H.A. (1994). Continuation therapy following ECT: Directions for future research. *Psychopharmacology Bulletin*, 30, 505-521.
- Schwartz, T., Loewenstein, J., & Isenberg, K.E. (1995). Maintenance ECT: Indications and outcome. *Convulsive Therapy*, 11, 14-23.
- Scott, A.I.F., Weeks, D.J., & McDonald, C.F. (1991). Continuation electroconvulsive therapy: Preliminary guidelines and an illustrative case report. *British Journal of Psychiatry*, 159, 867-870.
- Stiebel, V.G. (1995). Maintenance electroconvulsive therapy for chronic mentally ill patients: A case series. *Psychiatric Services*, 46, 265-268.
- Stor-Reuling, J., & Nolen, W.A. (1992). Is de indicatiestelling van elektroconvulsietherapie in Nederland te beperkt? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 118-130.
- Thienhaus, O.J., Margletta, S., & Bennett, J.A. (1990). A study of the clinical efficacy of maintenance ECT. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 141-144.
- Thornton, J.E., Mulsant, B.H., Dealy, R., e.a. (1990). A retrospective study of maintenance electroconvulsive therapy in a university-based psychiatric practice. *Convulsive Therapy*, 6, 121-129.
- Vanelle, J.M., Loo, H., Galinowski, A., e.a. (1994). Maintenance ECT in intractable manic-depressive disorders. *Convulsive Therapy*, 10, 195-205.
- Verwey, B. (1991). Elektroconvulsietherapie in een perifeer ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 135, 1694-1697.

AUTEUR

A.C.M. VERGOUWEN is psychiater in GGZ Rijnland, locatie Duinstreek, Postbus 5000, 2200 KA Noordwijk. Telefoon: (0252) 342342, fax: (0252) 342300.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-8-1998.

SUMMARY Continuation and maintenance electroconvulsive therapy – The results of continuation/maintenance psychopharmacotherapy after an acute course of ECT, given for treatment-refractory depressive disorders, seems to be unsatisfactory. This literature-search tries to find what is known about the efficacy of continuation/maintenance-ECT, especially for treatment-refractory depressive disorders. The studies found had many complicating methodological issues. Definite conclusions about the efficacy of this treatment modality are not possible. The results are nevertheless encouraging.

What is needed is a series of well-designed prospective randomized clinical trials which will determine the efficacy of continuation/maintenance-ECT. Comparison with rigorous treatment with psychopharmacotherapy is necessary. Other issues that need to be answered are formulated. Recommendations that follow from clinical experience are given.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 3, 143-149]

KEYWORDS continuation treatment, depressive disorder, electroconvulsive therapy, maintenance treatment