

Shock en tegen-shock

door H. M. van Praag

'Throughout the discussion concerning electroconvulsive treatment, we see once again the remarkable and apparently irresistible tendency for practitioners, patients, and members of the public to adopt a posture of absolute faith or incorrigible antagonism and to adhere to such a position with a fervour comparable to that accompanying a religious conviction'.

Anthony Clare, 1976.

De waarde of onwaarde van electroshock-therapie (EST) kan niet worden afgemeten aan de inhoud van een credo dat vermoedelijk goed bedoeld is, maar ideologisch, niet feitelijk is gefundeerd. (Ik doel op de verklaring van de Nationale Anti Shock Actie, die men bij Van Ree (1) kan nalezen). Evenmin aan een retrospectief onderzoek van de suicide frequentie in een psychiatrisch ziekenhuis, zonder controlegroep, zonder poging tot correctie van interveniërende variabelen (1). Van meer gewicht voor deze vraag zijn de uitkomsten van empirisch onderzoek dat aan bepaalde methodologische eisen – zoals dubbel-blinde opzet en/of controlegroep – voldoet. Ten aanzien van EST is dergelijk onderzoek weliswaar schaars, maar niet afwezig. Gemeten aan deze maatstaf zijn de standpunten neergelegd in bovenvermelde NASA verklaring onhoudbaar.

(1) EST is bij depressies van het vitale type een werkzame behandelingsmethode (2-10). In een recent literatuuroverzicht komen Turek en Hanlon (11) tot de volgende conclusie: 'The available controlled studies on the utilization of ECT in depressions uniformly indicate an association of favorable outcome with ECT'. Zich eveneens baserend op een analyse van literatuurgegevens concludeert Kiloh (12): 'Through all these studies there runs a common thread that the differences and discrepancies cannot conceal. The more 'endogenous' features present the better the prognosis (with ECT); the more 'neurotic' features, the worse the response'. Over de selectiviteit van de EST behoeft dus evenmin veel twijfel te bestaan.

(2) Gemeten aan het verbeteringspercentage is EST bij (vitale) depressies een werkzaamere behandelingsmethode dan antidepressiva (13-23). De voorkeur voor antidepressiva is dáárom gerechtvaardigd, omdat EST een relatief drastische ingreep is.

(3) Vitale depressies komen veelvuldig voor. Circa 35 % van de

gevallen reageert niet of niet voldoende op antidepressiva (24). Aangezien overtuigende aanwijzingen ontbreken dat alternatieve behandelingswijzen een gelijkwaardig therapeutisch effect sorteren, is in deze bepaald niet zeldzame gevallen, EST aangewezen.

(4) De risico's van EST zijn gering, met name dan, wanneer spierverlappers worden gebruikt en de behandeling onder narcose geschiedt. In grote series komt plotselinge hartdood in 0-0,08 % van de gevallen voor (11), een getal dat niet voor pre-existent hartlijden is gecorrigeerd. (Dood door suicide is in deze groep beduidend frequenter). Fracturen en luxaties kwamen in bedoelde series in het geheel niet meer voor.

(5) Dat EST nevenwerkingen heeft, in het bijzonder leidt tot geheugenstoornissen, wordt door niemand betwijfeld en is experimenteel goed vastgelegd (overzicht in 11). De vraag is: zijn deze stoornissen tijdelijk of blijvend. In de meeste studies werden 3-4 weken na beëindiging van de EST geen objectieve aanwijzingen meer gevonden voor geheugenverlies (voor overzicht zie 11 en 12). Subjectieve klachten over het geheugen kunnen veel langer voortduren, maar treden volgens Cronholm en Ottosson (25) zelden op bij patiënten die verbeteren: 'They indeed may deny memory disturbance when it is evidently present'. Een kleine minderheid van onderzoekers vindt langdurige geheugendefecten (26, 27), maar het betreft hier patiënten die zeer vele malen waren behandeld. Hiervoor echter bestaat nooit een indicatie. Dit is misbruik maken van de methode. Na unilaterale EST zijn de, in het algemeen dus tijdelijke, geheugenstoornissen minder uitgesproken dan na bilaterale, maar de effectiviteit van deze methode is kleiner (28).

(6) Ten overvloede: mijn pleidooi geldt uiteraard oordeelkundig toegepaste EST, geen uitwassen, geen misbruik. Onder oordeelkundige toepassing versta ik: goede indicatie (zie boven), uitsluiten contra-indicaties (m.n. hartlijden, dementie), goede techniek (spierverlapping, narcose), juiste frequentie (max. 2-3 x per week), juiste duur (max. 12-15 behandelingen).

De anti-shock actie wordt met zeer veel emotie gevoerd. In bepaalde gevallen kan men eigenlijk wel van hetze spreken. Er wordt vooral met ethische argumenten geschermd, waarvan anderen dan de consequenties zullen mogen dragen. (Een houding vergelijkbaar met die welke in het recente verleden door veel artsen en niet-artsen werd ingenomen ten aanzien van de abortus provocatus). Van psychiaters mag men verwachten dat zij olie, volgens wetenschappelijke regels bereid, op de golven zullen gooien. Een aantal van hen doet dit niet, wakkert de storm juist aan. Persoonlijk vind ik dat bedroevend, maar afgezien daarvan en in alle objectiviteit vraag ik me af wie met hun ijver nu eigenlijk gediend is.

Literatuur

- 1 Ree, van F. (1977), Problemen rond de E.C.T., *T. v. Psychiat.* 77: 591-599.

- 2 Brill, N. O., Crampton, E., Eiduson, S. (1959), Relative effectiveness of various components of electroconvulsive therapy. *Arch. Neurol. Psychiatry*. 81: 627-635.
- 2a The Royal College of Psychiatrists' memorandum on the use of electroconvulsive therapy, *Brit. Journ. of Psychiatr.* 131, 317-319, 1977.
- 3 Feuillet, C. (1948), Electroshock and prolonged melancholia. *Arch. Int. Neurol.* 67: 110-114.
- 4 Fishbein I. L. (1949), Involutional melancholia and convulsive therapy. *Am. J. Psychiatry* 106: 128-135.
- 5 Hamilton, D. M. and Ward, G. M. (1948), The hospital treatment of involutional psychosis. *Am. J. Psychiatry* 104: 801-804.
- 6 Huston, P. E. and Locher, L. M. (1948), Involutional psychosis: Course when untreated and when treated with electric shock. *Arch. Neurol. Psychiatry* 59: 385-394.
- 7 Huston, P. E. and Locher, L. M. (1948), Manic-depressive psychosis: Course when treated and untreated with electric shock. *Arch. Neurol. Psychiatry* 60: 37-48.
- 8 Kiloh, L. G., Child, J. P. and Latner, G. (1960), Endogenous depression treated with iproniazid-a follow-up study. *J. Ment. Sci.* 106: 1425-1428.
- 9 Sainz, A. (1959), Clarification of the action of successful treatment in depression. *Dis. Nerv. Syst.* 20: (Suppl.) 53-57.
- 10 Tillotson, J. J. and Sulzbach, W. A. (1945), Comparative study and evaluation of electric-shock therapy in depressive states. *Am. J. Psychiatry* 101: 455-459.
- 11 Turek, I. S. and Hanlon, T. E. (1977), The effectiveness and safety of electroconvulsive therapy (ECT), *J. Nerv. Ment. Dis.* 164: 419-431.
- 12 Kiloh, L. G. (1977), In: *Handbook of studies on depression*. Ed. by G. D. Burrows. Excerpta Medica, Amsterdam, London, New York.
- 13 Bruce, E. M., Crone, N., Fitzpatrick, G. (1960), A comparative trial of ECT and Tofranil. *Am. J. Psychiatry* 117: 76-81.
- 14 Greenblatt, M., Grosser, G. H. and Webster, H. (1962), A comparative study of selected antidepressant medications and EST. *Am. J. Psychiatry* 119: 144-153.
- 15 Hutchinson, J. T. and Smedberg, D. (1963), Treatment of depression. A comparative study of ECT and six drugs. *Br. J. Psychiatry* 109: 536-538.
- 16 Kiloh, L. G., Child, J. P. and Latner, G. A. (1960), Controlled trial of iproniazid in the treatment of endogenous depression. *J. Ment. Sci.* 106: 1139-1144.
- 17 Kristiansen, E. S. (1961), A comparison of treatment of endogenous depression electroshock and with imipramine (Tofranil). *Acta Psychia. Scand.* 37: 179-188.
- 18 Lingl, F. A. (1964), Combined drug therapy compared to electric shock in psychotic depression. *Am. J. Psychiatry* 120: 808-810.
- 19 Norris, A. S. and Clancy, J. (1961), Hospitalized depressions: Drugs or electrotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.* 5: 276-279.
- 20 Oltman, J. E. and Friedman, S. (1962), Comparison of temporal factors in depressive psychosis treated by EST and antidepressant drugs. *Am. J. Psychiatry* 119: 579-580.
- 21 Pickering, G., Bowlby, J., Cochrane, A. L. (1965), Clinical trial of the treatment of depressive illness. *Br. Med. J.* 1: 881-886.
- 22 Shepherd, M. (1965), Clinical trial of the treatment of depressive illness. *Br. Med. J.* 5439: 881-886.
- 23 Stanley, W. J. and Fleming, H. A. (1962), Clinical comparison of phenel-

- zine and electro-convulsive therapy in the treatment of depressive illness. *J. Ment. Sci.* 108: 708-710.
- 24 Praag, H. M. van (1977), *Psychofarmaca. Een leidraad voor de praktiserend medicus*, Van Gorcum, Assen.
- 25 Cronholm, B. and Ottoson, J-O. (1963), The experience of memory function after electroconvulsive therapy. *Brit. J. Psychiat.* 109: 251-258.
- 26 Janis, I. L. (1948), Memory loss following ECT. *J. Pers.* 17: 29-32.
- 27 Stevenson, G. H. and Geogehan, J. J. (1951), Prophylactic electroshock. *Am. J. Psychiatry* 107: 743-746.
- 28 Abrahams, R. (1972), Recyt clinical studies of ECT. *Sem. Psychiatry* 4: 3-12.