

Wat te doen na succesvolle ECT bij depressie om terugval te voorkomen?

J.J.E. Rovers

Waarom dit onderzoek?

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een bewezen effectieve behandeling voor patiënten met een ernstige en moeilijk behandelbare depressieve stoornis. Na succesvolle ECT blijft de kans op terugval echter hoog; ongeveer de helft van de patiënten krijgt, ondanks inzet van terugvalpreventie, binnen een jaar opnieuw depressieve klachten. Terugvalpreventie na ECT kan bestaan uit farmacotherapie, psychotherapie, voortgezette of onderhouds-ECT, of een combinatie hiervan. In de praktijk wordt conform de Nederlandse richtlijn ECT veelal geadviseerd om door te gaan of te starten met een antidepressivum, zoals monotherapie met een tricyclisch antidepressivum (TCA) of combinatietherapie van TCA en lithium. De wetenschappelijke onderbouwing voor de optimale keuze en volgorde van deze strategieën is echter beperkt, waardoor concrete, gepersonaliseerde aanbevelingen in richtlijnen grotendeels ontbreken. Ook in de klinische praktijk bestaan hierdoor aanzienlijke verschillen. Juist psychiaters moeten daarom al vóór de start van ECT nadenken over de behandeling erna.

Onderzoeksvraag

Welke strategieën voor terugvalpreventie bevelen internationale ECT-experts aan na succesvolle ECT voor depressie, hoe moeten deze strategieën worden afgestemd op het individuele terugvalrisico en in hoeverre kunnen deze aanbevelingen richting geven aan de klinische praktijk en toekomstige behandelrichtlijnen?

Hoe werd dit onderzocht?

Wij voerden een internationale delphi-studie uit onder 18 ECT-

experts uit 12 landen wereldwijd. In 4 rondes beoordeelden zij welke strategieën in de praktijk worden toegepast, welke zij als het meest wenselijk beschouwen en hoe deze moeten worden afgestemd op patiëntkenmerken. Consensus werd vooraf gedefinieerd als minimaal 80% overeenstemming.

Belangrijkste resultaten

Er werd consensus bereikt dat bij iedere patiënt met respons of remissie na ECT terugvalpreventie gestart moet worden. Waar mogelijk heeft farmacotherapie met lithium en een antidepressivum de voorkeur. Dit kan een TCA, venlafaxine of een eerder effectief gebleken antidepressivum zijn. Bij patiënten met een verhoogd risico op terugval, zoals recidiverende depressie, terugval na eerdere succesvolle ECT, veel psychiatrische comorbiditeit of hoge mate van therapieresistentie, werd voortgezette ECT via geleidelijke afbouw aanbevolen. Dit geldt ook bij zeer ernstige of psychotische depressies. Bij specifieke klinische kenmerken dient de strategie verder te worden aangepast, bijvoorbeeld psychotherapie bij comorbide traumagerelateerde of persoonlijkheidsproblematiek, en onderhouds-ECT bij terugval ondanks adequate farmacotherapie ([onlinetabel 1](#)).

Consequenties voor de praktijk

Terugvalpreventie moet al vóór de acute ECT-behandeling worden besproken en nadien tijdig worden gestart. De belangrijkste klinische boodschap is dat ECT na respons of remissie niet automatisch abrupt moet worden gestopt, zoals in de huidige praktijk vaak het geval is. Juist bij patiënten met een hoog terugvalrisico

AUTEUR

Jordy Rovers

E-mail: j.rovers@cwz.nl

verdient geleidelijke afbouw van ECT (uitsluipen), eventueel gecombineerd met passende farmacotherapie, nadrukkelijk de overweging. Het niet starten van terugvalpreventie leidt immers mogelijk tot hogere kans op het terugkeren van depressie, met individuele en maatschappelijke lasten. Onze studie ondersteunt bestaande richtlijnadviezen over lithium en antidepressiva, maar we pleiten tevens voor concretere en meer gepersonaliseerde aanbevelingen. In toekomstige richtlijnen zou men een risicogestuurd behandelalgoritme moeten opnemen waarin farmacotherapie de basis vormt en voortgezette ECT vroegtijdig wordt overwogen bij patiënten met een verhoogd terugvalrisico. Clinici kunnen daarbij [onlinetabel 1](#) gebruiken als praktisch hulpmiddel voor gezamenlijke besluitvorming en behandelplanning. De effectiviteit van dit consensusgestuurde behandelalgoritme moet nog worden onderzocht.

LITERATUUR

- 1 Rovers JJE, Van Eijndhoven PFP, Abbot C, Argyelan M, Bouckaert F, Brunoni AR, Espinoza RT, Van Exel E, Gazdag G, Van den Heuvel L, Kessler U, Loo C, McLoughlin D, Nordanskog P, Regenold WT, Sackeim H, Somers M, Takamiya A, Thirthalli J, Van Waarde J, Tendolkar I, Dols A. A global Delphi-based expert consensus on relapse prevention strategies following successful electroconvulsive therapy for major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2026; 183: 401-8.