# Elektroconvulsietherapie in de behandeling van depressie bij anorexia nervosa

K. van der Lelie, P. Sienaert, E. Vrieze

**Achtergrond** Niet zelden komt anorexia nervosa voor met andere psychiatrische comorbiditeit waarvan stemmingsstoornissen de frequentste zijn. Depressieve gevoelens bemoeilijken de kans op een gunstige evolutie van deze hardnekkige aandoening. Daarnaast zorgt het ondergewicht dat antidepressiva suboptimaal werken. Elektroconvulsietherapie (ECT) biedt een belangrijke therapeutische meerwaarde in de behandeling van stemmingsstoornissen. We onderzoeken of ECT een effectieve behandelmethode kan zijn bij patiënten met anorexia nervosa en een depressieve stoornis.

**Doel** Analyse van de literatuur omtrent de eventuele effectiviteit van ECT in de behandeling van een depressieve stoornis en anorexia nervosa aangevuld met een gevalsbeschrijving.

**Methode** Literatuurstudie in PubMed, Web of Science en Embase en een gevalsbeschrijving.

**Resultaten** Er werden uiteindelijk 262 gepubliceerde artikelen gevonden tussen 1955 en 2020, waarvan er 16 relevant werden bevonden.

**Conclusie** Vanuit de literatuur zijn geen dwingende klinische aanbevelingen mogelijk. Er werden geen gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken gepubliceerd over dit onderwerp. Toch zagen we in onze casus en in de gevonden literatuur dat het opklaren van de depressieve symptomen via ECT leidde tot een verbetering in voedsel- en vochtinname. ECT had geen rechtstreeks effect op het eetgestoorde gedachtepatroon.

Anorexia nervosa (AN) is een hardnekkige aandoening die levensbedreigende vormen kan aannemen. Kenmerkend voor deze stoornis zijn een laag lichaamsgewicht en verstoord lichaamsbeeld (APA 2000; Smink e.a. 2013). AN wordt onderverdeeld in 2 subtypen: 1. eetbuien/purgerende type waarbij men last heeft van eetbuien met compensatiegedrag in de vorm van braken en/of het gebruik van laxantia; 2. het restrictieve type met voedselinnamebeperking, vaak gepaard gaande met toename van fysieke activiteit (Smink e.a. 2013).

Niet zelden gaat AN gepaard met andere psychiatrische stoornissen, waarvan stemmingsstoornissen de frequentste zijn. De levensprevalentie van een depressieve stoornis bij AN bedraagt 64,7%. De kans op suïcidaliteit is gestegen in deze patiëntenpopulatie in vergelijking met patiënten met depressie zonder AN, met percentages van 20-43% (Andersen e.a. 2017, Shilton e.a. 2019).

De behandeling van AN is een uitdaging en vergt een multidisciplinaire aanpak. Het doel van de behandeling is in de eerste plaats de lichamelijke conditie herstellen. In de tweede plaats tracht men het gestoorde emoties, gedachte- en gedragspatroon te normaliseren aan de hand van psychologische interventies, waarvan cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie de voornaamste zijn (Andersen e.a. 2017; Pacilio e.a. 2019; Shilton e.a. 2019). Bij een ernstige, comorbide depressie (MADRS-score > 19) is er meestal een verergering van AN-symptomen en wordt de behandeling moeilijker in vergelijking met patiënten met AN zonder depressie (Mattar e.a. 2011).

Een behandeling voor comorbide depressie bij AN is daarom belangrijk. Echter, patiënten met AN en een ernstige comorbide depressieve stoornis zullen vaak minder goed reageren op antidepressiva, zoals selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) (Andersen e.a. 2017; Shilton e.a. 2019).

Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste hebben patiënten met AN een langdurig afwijkend eetpatroon met vaak een verstoorde darmwerking, waardoor de gastro-intestinale absorptie van geneesmiddelen bemoeilijkt wordt.

Ten tweede werken SSRI's door de synaptische heropname van serotonine in het presynaptische neuron te remmen, waardoor beschikbaarheid van serotonine in de synaptische spleet toeneemt. Echter, bij patiënten met ernstig ondergewicht is er waarschijnlijk een ver-

## AUTEURS

**Karolien van der Lelie**, arts in opleiding tot psychiater, AZ Sint-Maria Halle.
**Elske Vrieze**, psychiater-psychotherapeut, UPC KULeuven, campus Gasthuisberg, departement Neurowetenschappen, KULeuven.
**Pascal Sienaert**, psychiater-psychotherapeut, UPC KULeuven, Academisch Centrum voor ECT en Neuromodulatie (AcCENT), Kortenberg.

**Correspondentie**
Karolien van der Lelie (k.vanderlelie@sintmaria.be)



Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-5-2021.

**Citeren**
Tijdschr Psychiatr. 2021;63(9):673-678


minderde hoeveelheid serotonine aanwezig ter hoogte van de synapsen. Serotonine is namelijk een monoamine dat gesynthetiseerd wordt in het lichaam door omzetting van het essentiële aminozuur tryptofaan. Tryptofaan kan dus niet worden gevormd door het lichaam en moet via de voeding worden opgenomen, die bij patiënten met AN beperkt is (Ferguson e.a. 1999).
Ten derde zijn de emoties ook verstoord door het ondergewicht zelf en kan een depressieve stemming hierdoor sterk beïnvloed worden (Mattar e.a. 2011). Klinische symptomen van AN overlappen dan ook met die van een depressie, zoals verminderde concentratie, prikkelbaarheid, verstoord slaappatroon en anergie. In de literatuur is de link tussen AN, ondergewicht en depressieve symptomen vooral onderzocht in kleinere studies (minder dan 30 patiënten) en is er geen consensus hoeveel patiënten dienen bij te komen in gewicht, voordat hun stemming niet meer beïnvloed wordt door hun gewicht (Meehan e.a. 2006; Pleplé e.a. 2021). Meehan e.a. (2006) rapporteren een significante verbetering in stemming zodra patiënten 90% van hun ideale gewicht hebben bereikt. Na herstel van lichaamsgewicht (vanaf BMI 18,5 kg/m$^2$) lijkt er een betere werking van SSRI's in de behandeling van de depressieve symptomen bij patiënten met AN (Ferguson e.a. 1999).
ECT kan mogelijk een oplossing bieden voor patiënten met AN en ernstige comorbide depressie, waarbij de reguliere behandeling voor de eetstoornis niet werkt (Ferguson e.a. 1999). In veel westerse landen is een ernstige, therapieresistente depressie de belangrijkste indicatie voor ECT ook wanneer comorbide stoornissen aanwezig zijn. De respons- en remissiepercentages bedragen 60% voor remissie en meer dan 70% voor respons (Kellner e.a. 2020). ECT zou een oplossing kunnen zijn voor de beperkte werking van antidepressiva voor AN patiënten met een comorbide depressie. Toch wordt ECT zelden aangewend bij patiënten met AN, zelfs wanneer zij een ernstige depressieve stoornis en suïcidaal gedrag vertonen (Andersen e.a. 2017; Saglam e.a. 2018; Pacillio e.a. 2019; Shilton e.a. 2019).

In dit artikel onderzoeken we of ECT een effectieve behandelmethode kan zijn bij patiënten met anorexia nervosa en een comorbide depressieve stoornis.

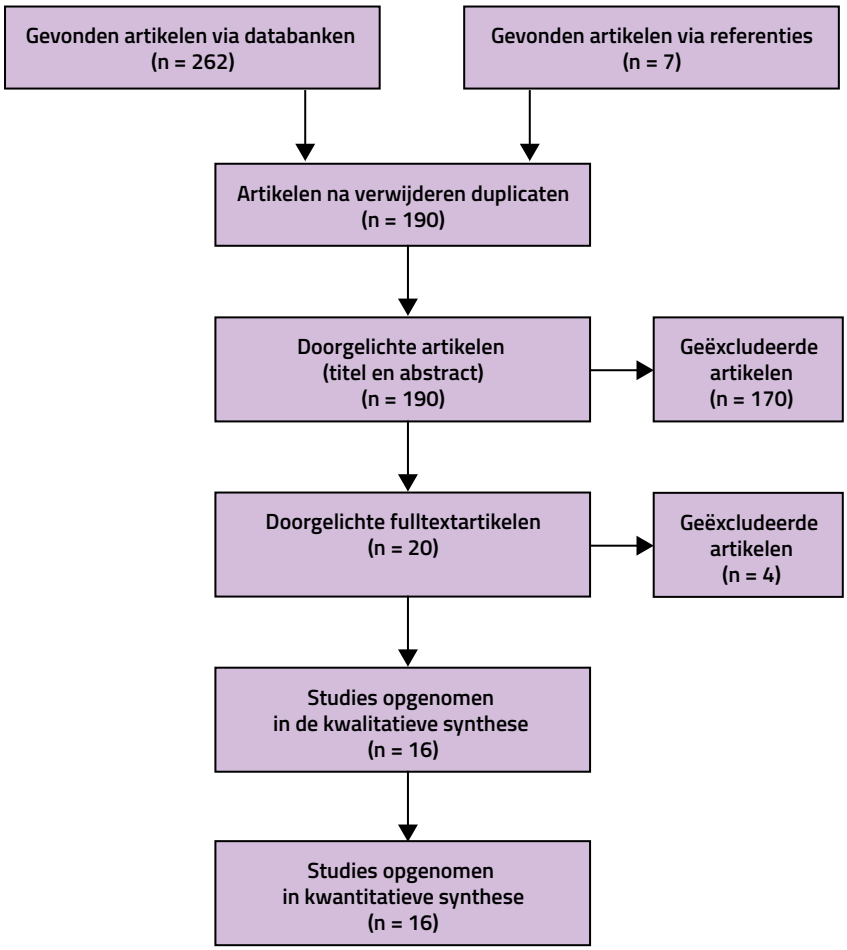
## METHODE

We beschrijven een patiënte met een ernstige AN, van het restrictieve type, en een comorbide depressieve stoornis met suïcidaliteit, waarbij een behandeling met ECT een verbetering bracht van stemming en eetpatroon. Tevens geven we een overzicht van de literatuur over de behandeling van depressie met ECT, bij patiënten met AN.
We doorzochten PubMed, Embase en Web of Science met de volgende zoektermen: 'Eating Disorders', 'Anorexia Nervosa', 'Electroconvulsive Therapy', 'Electroshock Therapy', 'Electric Convulsive Therapy', 'Electric Shock Therapy', 'ECT' (figuur 1).

## GEVALSBESCHRIJVING

Bij patiënte A, een meisje van 17 jaar, was AN van het restrictieve type gediagnosticeerd. Voor de start van de eetstoornis woog zij 58 kg (lengte: 162,9 cm; BMI: 22,13 kg/m$^2$). Zij kwam uit een gescheiden gezin en meldde een traumatische gebeurtenis op de lagere school in haar voorgeschiedenis. Er was geen sprake van alcohol- of middelenabusus. In de afgelopen jaren, voor de start van haar huidige behandeling, waren verschillende ambulante behandelpogingen gericht op haar eetstoornis mislukt.
Zij verbleef tijdens haar huidige behandeling op een gespecialiseerde afdeling voor eetstoornissen, wegens een toename van bewegingsdrang en een verminderde voedselintake van 500 kCal/dag. Ze zag bleek en had koude acra en bradycardie (49 slagen/min). Verder kampte zij met haarverlies en secundaire amenorroe sinds 2 jaar. Haar gewicht bij opname bedroeg 37,6 kg

**Figuur 1. Resultaten literatuurzoekactie**




(lengte: 162,9 cm; BMI: 14,35 kg/m$^2$). Ze gebruikte trazodon 100 mg, aripiprazol 20 mg en fluoxetine 20 mg. Patiënte piekerde constant over haar calorie-inname en at progressief minder en minder. Na enkele weken in opname was er een volledige eetstop. Er was een grote angst voor gewichtstoename, wat zich uitte in een continue mentale onrust en bewegingsdrang. Daarnaast waren er een ernstig verlaagd zelfbeeld en een verstoorde zelfperceptie. Zij was perfectionistisch en vergeleek zichzelf veel met anderen. Ze vermeed spiegels omdat ze zichzelf lelijk vond. Ook vermeed ze sociaal contact.

Gedurende de opname ging haar stemming progressief achteruit. Ze beschreef slaapstoornissen met nachtmerries, energieverlies, apathie en gevoelens van paniek. Er was een passieve doodswens. Medicatie werd aangepast naar fluoxetine 40 mg, trazodon 100 mg en zolpidem 5 mg.

In samenspraak met patiënte werd na enkele weken nasogastrische sondevoeding (1,5 l per dag) gestart. Patiënte vroeg herhaaldelijk om sedatie wegens haar enorme onrust. Quetiapine 25 mg 3 dd werd opgestart en lorazepam zo nodig, maar dit gaf geen rust. De passieve doodswens evolueerde uiteindelijk naar een actieve wens waarbij patiënte meermaals de sonde verwijderde en verder verzwakte. Een *Quick Inventory of Depressive Symptomatology* (QIDS-SR) toonde een score van 34.

Uiteindelijk was het noodzakelijk om patiënte over te brengen naar een somatische afdeling, wegens toenemende medische instabiliteit (o.a. uitdroging met beginnend nierfalen) en omdat het nodig was parameters te monitoren. Patiënte ging hiermee akkoord en werd overgebracht naar een afdeling voor intensieve zorg (IZ). In samenspraak met patiënte, haar ouders, intensivisten, het psychiatrisch eetstoornissenteam en het ECT-team werd, onder lichte sedatie, de sondevoeding voortgezet op de IZ en werd een behandeling met ECT voor depressie opgestart. Hiervoor kreeg zij etomidaat 8 mg en suxamethoniumchloride 25 mg; we gebruikten rechts unilaterale elektrodeplaatsing en een stimulus van 0,5 milliseconde, 30 Hz, 8 seconden, 192 millicoulomb/34 joule).

Na 4 ECT-behandelingen op de IZ voelde patiënte zich beduidend beter en kon zij terug naar de afdeling voor eetstoornissen. De QIDS-score was nagenoeg gehalveerd (score 18). We konden afspraken maken over het toelaten van vaste voeding. Na 7 sessies werd de frequentie afgebouwd naar tweemaal per week.

**Tabel 1. Literatuur over gebruik van ECT bij patiënten met anorexia nervosa (AN) en depressieve stoornis (MDS)**

| Eerste auteur, jaar | Leeftijd in j, m/v | Gewicht (pre-ECT) | Eet-stoornis | Comor-biditeit | Aantal patiën-ten | Studie-opzet | ECT-behandel-details | Meet-instru-ment | Resultaten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Shilton, 2019 | 11-19 j, V | BMI 17 kg/m2 | 14 AN-R 16 AN-B/P | MDS, SI, AS, OCS | n = 30 | Retro-spectief | EP: bitemporaal Freq: 2 x/w Sessies: 6-24 Puls: 0,5 ms | CGI-5 | CGI-5-score voor depressie: van 6 naar 4 na ECT. BMI-stijging naar 21,4 kg/m$^2$ |
| Pacilio, 2019 | 30 j, V | BMI 15,2 kg/m2 | AN-R | MDS, SI, AS | n = 1 | System. review en casus | EP: unilateraal Freq: 3 x/w Sessies: 16 Puls: ≤ 0,3 ms | MADRS | MADRS-score van 33 naar 10. BMI-stijging naar 15,7 kg/m$^2$ |
| Saglam, 2018 | 24 j, M | BMI 16,5 kg/m2 | AN-B/P | MDS, OCS | n = 1 | Casus | EP: bilateraal Freq: 2 x/w Sessies: 12 Puls: 0,5 ms | HAM-D | HAM-D-score van 23 naar 12. BMI-stijging naar 20,5 kg/m$^2$ |
| Andersen, 2017 | 14 j, V | 51,1 kg | AN-R | MDS, SI, AS | n = 1 | Casus | EP: bilateraal Freq: 3 x/w Sessies: 13 Puls: / | CDRS-R | CDRS-R-daling van 43 naar 17. Gewichtsstijging naar 63,7 kg |
| Andrews, 2014 | 17 j, V | BMI 16,8 kg/m2 | AN-B/P | MDS, SI | n = 1 | Casus | EP: unilateraal (10) en bila-teraal (21) Freq: / Sessies: 31 Puls: / | / | Subjectieve verbetering depressieve klachten. BMI-stijging naar 20,4 kg/m$^2$ |
| Poutanen, 2009 | 21 j, V | BMI 14,6 kg/m2 | AN-B/P | MDS, SI | n = 1 | Casus | EP: bifrontaal Freq: 3 x/w Sessies: 23 Puls: / | MADRS | MADRS-daling van 28 naar 24. BMI-stijging naar 16,4 kg/m$^2$ |
| Ferguson, 1993 | 42 j, V | BMI 11 kg/m2 | AN-R | MDS | n = 1 | Casus | EP: bilateraal Freq: / Sessies: 11 Pulse: / | / | BMI-stijging naar 16,54 kg/m$^2$ |
| Bernstein, 1964 | 20 j, V | 34 kg | AN-R | MDS | n = 1 | Casus | EP: / Freq: / Sessies: 21 Puls: / | / | Subjectieve verbe-tering stemming Gewichtsstijging naar 41,3 kg |
| Davis, 1961 | 12 j, V | 26,3kg | AN-R | MDS, SI | n = 1 | Casus | EP: bilateraal Freq: / Sessies: 12 Puls: / | / | Gewichtsstijging naar 31,9 kg |

AN-BP: anorexia nervosa-binge eating/purgeren, AN-R: anorexia nervosa-restrictief type, AS: angststoornissen, CDRS-R: *Children's Depression Rating Scale-Revised*, CGI-5: *Clinical Global Impression of Improvement*-schaal, EP: elektrodepositie, Freq: frequentie, HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*, M: man, OCS: obsessieve-compulsieve stoornis, SI: suïcide ideaties, V: vrouw

Vanwege stagnatie van het verdere antidepressieve effect (QIDS-score 18) en subjectieve cognitieve bijwerkingen werd op verzoek van patiënte na 10 sessies de ECT stopgezet. Al na één week zagen we een achteruitgang van de stemming (QIDS-score 21) met toename van actieve suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag en een secundaire weerslag op maaltijden en gewicht. Deze achteruitgang culmineerde uiteindelijk in een suïcidepoging d.m.v. auto-intoxicatie en het weigeren van verdere behandeling.

Gezien het acute gevaar voor haar eigen gezondheid startten we een juridisch gedwongen statuut en werd

patiënte overgebracht naar een gesloten behandeleenheid. Binnen deze eenheid ging patiënte na enkele dagen opnieuw akkoord met herstarten van ECT. Deze werd herstart met een frequentie van driemaal per week, met opnieuw een snel positief effect op de stemming. Na 2 weken kon patiënte terug naar de open afdeling voor eetstoornissen. Vanaf de 5de sessie werd patiënte tweemaal per week met ECT behandeld.
Na 12 sessies stelden we een onderhoudsbehandeling met ECT voor (4 keer wekelijks en 3 keer om de 2 weken) op basis van de ernst van het toestandsbeeld en het snelle recidief bij stopzetting van de vorige ECT-behandeling. De QIDS-score zakte progressief over het totaal aantal sessies naar 8. Ook de suïcidegedachten verdwenen. Prothipendyl 40 mg en zolpidem 10 mg werden ingesteld om de slaap te ondersteunen. Fluoxetine werd vervangen door venlafaxine 150 mg.
Patiënte kon weer de motivatie vinden voor herstel van haar eetstoornis, slaagde erin om haar maaltijden op te bouwen tijdens de opname en haar gewicht nam toe tot 48,7 kg (BMI: 18,59 kg/m$^2$). Ze maakte plannen voor haar toekomst. Gedurende het behandeltraject vond er geen diagnostiek plaats naar onderliggende persoonlijkheidskenmerken.
Bij de ambulante controle, twee weken na de laatste ECT-sessie, scoorde patiënte 13 op de QIDS. Ze beschreef een verstoorde slaap door nachtmerries en piekeren over haar trauma. Dat was meer op de voorgrond komen te staan in haar gedachten naarmate haar gewicht herstelde tijdens de opname. Haar eetpatroon bleef normaal, maar eetgestoorde gedachten waren nog aanwezig, als ook een verstoorde lichaamsbeleving en zelfbeeld.

## DISCUSSIE

### Literatuurzoekactie

De eerste auteur (KvdL) paste de genoemde zoekstrategie toe. Deze resulteerde in 262 artikelen tussen 1955 en september 2020 (figuur 1). Artikelen werden geselecteerd op basis van titel en abstract. Engelstalige, Nederlandstalige en Franstalige publicaties waarin adolescenten en volwassenen tot 65 jaar met AN werden beschreven, waarbij een comorbide depressieve episode met ECT werd behandeld, werden geïncludeerd.
De literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen doorzochten we manueel op relevante publicaties. Uit de referenties includeerden we nog 7 artikelen. Na eliminatie van duplicaten en na het toepassen van eerder beschreven inclusiecriteria includeerden we uiteindelijk 16 artikelen.
We geven een samenvatting van de gevonden literatuur in tabel 1. We staan in de tabel niet stil bij de behandelingen voorafgaande aan het starten van ECT namelijk de nutritionele behandeling, de psychologische en medicamenteuze interventies.

Gerandomiseerd onderzoek ontbrak en er was slechts één retrospectief onderzoek, waarin 30 patiënten worden beschreven (Shilton e.a. 2019). ECT verbetert hierin BMI en depressie (CGI van 6 naar 4) Verder waren er 8 gevalsbeschrijvingen beschikbaar en één systematische review (Pacilio e.a. 2019). In twee artikelen werd de evolutie van depressie niet expliciet vermeld (Davis 1961; Ferguson e.a. 1993).

### Resultaten literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek vonden we dat er over het gebruik van ECT voor depressie in het kader van AN weinig gepubliceerd is (tabel 1). Het is bekend dat er veel terughoudendheid is betreffende het gebruik van ECT voor depressie (Kellner e.a. 2020). Mogelijk omdat ECT gebeurt onder algemene verdoving. Daarnaast is er een risico op (tijdelijke) geheugenklachten. ECT wordt vaak pas ingezet na talrijke medicatiepogingen. Ook in de gevonden literatuur werd met ECT gestart nadat er onvoldoende respons was na minimaal 2 farmacologische opties.
Het retrospectief onderzoek en de gevalsbeschrijvingen suggereren dat men wellicht sneller moet denken aan ECT bij patiënten met AN indien er geen herstel van het lichaamsgewicht kan worden bereikt omdat de depressie en/of suïcidaliteit op de voorgrond staan. Depressieve stemming verbetert en ook herstel in BMI wordt in de meeste casussen beschreven (Bernstein e.a. 1964; Poutanen e.a. 2009; Andrews e.a. 2014; Andersen e.a. 2017; Saglam e.a. 2018; Pacilio e.a. 2019; Shilton e.a. 2019). De literatuur toont geen duidelijke aanwijzingen dat ECT een directe invloed heeft op eetgestoorde gedachten, zelfbeeld, lichaamsbeleving of copingstijlen zoals perfectionisme.
Er zijn geen data gepubliceerd waaruit men kan concluderen dat ECT de eetstoornis zou verergeren (Pacilio e.a. 2019; Shilton e.a. 2019). Evenmin zijn er aanwijzingen dat patiënten met AN (en een laag BMI) vatbaarder zouden zijn voor het optreden van cognitieve bijwerkingen (Poutanen e.a. 2009). Een belangrijk aandachtspunt is wel dat patiënten medisch voldoende gestabiliseerd moeten zijn alvorens ECT plaatsvindt. Elektrolytenstoornissen verhogen immers de kans op complicaties onder algemene anesthesie (Poutanen e.a. 2009; Pacilio e.a. 2019).
Na ECT is vaak een nabehandeling nodig om terugval in depressie te voorkomen (Kellner e.a. 2020). Meestal verkiest men een onderhoudsbehandeling met psychofarmaca boven ECT. Indien de patiënt terugvalt ondanks een vervolgbehandeling met medicatie en een succesvolle behandeling met ECT, zal men toch onderhouds-ECT voorstellen om het resultaat te bestendigen. In de gevalsbeschrijving van Poutanen e.a. (2009) zorgde onderhouds-ECT voor een blijvend positief resultaat zowel op de stemming als op de gewichtstoename, bij een frequentie van minstens 1 sessie per 2 weken. Er werden tot op heden geen andere studies gepubliceerd waarbij het effect van onderhoudsbehandeling met ECT

werd onderzocht bij patiënten met depressie en AN. ECT wordt in de verschillende gevalsbeschrijvingen op een verschillende manier toegepast. Op basis van de beschikbare literatuur heeft geen bepaalde techniek de voorkeur. Gezien de vaak ernstige toestand waarin patienten zich bevinden vooraleer met ECT wordt gestart (ernstige voedsel- en vochtbeperking, ernstige suïcidaliteit), geniet een bilaterale elektrodeplaatsing naar onze mening de voorkeur, om een snellere remissie te bereiken. Daarbij worden niet meer geheugenproblemen gerapporteerd dan bij unilaterale elektrodeplaatsing.
Na de start van ECT zagen we bij onze patiënte ook een verbetering van de depressieve symptomen. Dit maakte het mogelijk om afspraken te maken met patiënte over haar voedingsschema en om de sondevoeding af te bouwen. Het opklaren van het depressieve beeld en toename van motivatie gaven opnieuw ruimte om een gezonder eetpatroon toe te laten.
Het stopzetten van de ECT-behandeling na 10 sessies resulteerde in een terugval, maar weer starten met ECT bracht opnieuw een snelle gunstige ontwikkeling, eerst van de stemming en uiteindelijk ook van het eetpatroon. Onderhoudsbehandeling met ECT bestendigde dit resultaat. ECT leek geen directe invloed op de anorectische cognities te hebben. De lichaamsbeleving en het zelfbeeld bij onze patiënte bleven verstoord met een lichte verhoging van haar depressieve klachten na ontslag (QIDS-score: 13).

## CONCLUSIE

In de behandeling van AN dient men het voedingspatroon in de eerste plaats te herstellen. Na herstel van lichaamsgewicht kan men antidepressiva inzetten om de depressieve symptomen te behandelen. Bij een ernstige depressieve stoornis (MADRS-score > 19) kan de behandeling van AN ernstig bemoeilijkt worden en kan het gewicht niet herstellen. Ondervoeding en depressieve symptomen hebben vermoedelijk een synergetische werking op elkaar (Mattar e.a. 2011).
ECT is een snel werkzame en veilige behandeling voor depressieve episoden, mogelijk ook voor patiënten met AN en een ernstige comorbide depressie, waarbij de reguliere behandeling voor de eetstoornis niet werkt (Ferguson e.a. 1999). Het verminderen van de depressieve klachten heeft in de gevonden literatuur een positief effect op de inname van vocht en voedsel, maar de anorectische cognities en morfodysforie blijven ongemoeid. Echter, wij denken dat er door het verbeteren van stemming, motivatie, eetpatroon en gewicht, mogelijk wel nieuwe mogelijkheden ontstaan om met de gestoorde cognities aan de slag te gaan via gedragstherapeutische interventies. Dit vereist een multidisciplinaire aanpak, met een combinatie van medische zorg, ECT en psychotherapie in de behandeling voor AN met ernstige, comorbide depressie (Pacilio e.a. 2019; Shilton e.a. 2019).
Meer systematisch onderzoek is nodig alvorens men ECT kan opnemen in de richtlijnen voor de behandeling van depressie en AN. We denken hierbij aan prospectief, longitudinaal onderzoek bij patiënten met AN en ernstige depressieve symptomen (MADRS > 19) die optimalisatie van het voedingspatroon bemoeilijken. Ook is het belangrijk het effect van psychotherapie op eetgestoorde gedachten, in combinatie met ECT, te onderzoeken. Wij hopen met deze review het belang hiervan te onderstrepen.

## LITERATUUR


Andersen L, LaRosa C, Gih DE. Reexamining the role of electroconvulsive therapy in anorexia nervosa in adolescents. J ECT 2017; 33: 294-6.
Andrews JT, Seide M, Guarda AS, e.a. Electroconvulsive therapy in an adolescent with severe major depression and anorexia nervosa. J Child Adolesc Psychopharmacol 2014; 24: 94-8.
American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM IV-TR). Washington: APA; 2000.
Bernstein IC. Anorexia nervosa treated successfully with electroshock therapy and subsequently followed by pregnancy. Am J Psychiatry 1964; 120: 1023-4.
Davis HK. Anorexia nervosa: treatment with hypnosis and ECT. Dis Nerv Syst 1961; 22: 627-31.
Ferguson CP, La Via MC, Crossan PJ, e.a. Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa? Int J Eat Disord 1999; 25: 11-7.
Ferguson JM. The use of electroconvulsive therapy in patients with intractable anorexia nervosa. Int J Eat Disord 1993; 13: 195-201.
Kellner CH, Obbels J, Sienaert P. When to consider electroconvulsive therapy (ECT). Acta Psychiatr Scand 2020; 141: 304-15.
Mattar L, Huas C, Duclos J, e.a. Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: a critical review of the literature. J Affect Disord 2011; 132: 311-8.
Meehan KG, Loeb KL, Roberto CA, e.a. Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2006; 39: 587-9.
Pacilio RM, Livingston RK, Gordon MR. The use of electroconvulsive therapy in eating disorders: a systematic literature review and case report. J ECT 2019; 35: 272-8.
Pleplé A, Lalanne C, Huas C, e.a. Nutritional status and anxious and depressive symptoms in anorexia nervosa: a prospective study. Sci Rep 2021; 11: 771.
Poutanen O, Huuhka K, Perko K. Severe anorexia nervosa, co-occurring major depressive disorder and electroconvulsive therapy as maintenance treatment: a case report. Cases J 2009; 2: 9362.
Sağlam T, Aksoy Poyraz C, Poyraz B, e.a. Successful use of electroconvulsive therapy in a patient with anorexia nervosa and severe acute-onset obsessive-compulsive disorder. Int J Eat Disord 2018; 51: 1026-8.
Shilton T, Enoch-Levy A, Giron Y, e.a. A retrospective case series of electroconvulsive therapy in the management of comorbid depression and anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2020; 53: 210-8.
Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2013; 26: 543-8.

## SUMMARY

# Electroconvulsive therapy in the treatment of depression in anorexia nervosa

K. van der Lelie, P. Sienaert, E. Vrieze

**Background** Often anorexia nervosa occurs with other psychiatric comorbidities of which mood disorders are the most frequent. Depressive feelings hamper the chance of a favourable outcome of this persistent disorder. In addition, the underweight makes antidepressants work suboptimal. Electroconvulsive therapy (ECT) offers an important therapeutic value in the treatment of mood disorders. We are investigating whether ECT can be an effective treatment method for patients with anorexia nervosa and major depressive disorder.

**Aim** Analysis of the literature on the possible effectiveness of electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of major depressive disorder and anorexia nervosa supplemented with a case report.

**Method** Literature study in PubMed, Web of Science and Embase and a case report.

**Results** 262 published articles were found between 1955 and 2020, 16 were found to be relevant.

**Conclusion** From the literature, clinical recommendations cannot be made binding. No randomized controlled trials have been published on this subject. However, we saw in our case study and in the literature found that clearing the depressive symptoms through electroconvulsive therapy led to an improvement in food and fluid intake. ECT has no effect on their deranged thought pattern.