

Elektrokonvulsiv behandling

Miljøpersonalet forteller om bedring alt før elektrokonvulsiv behandling gis. Det medisinske fagteamet forklarer derimot all bedring med at ECT-behandling er gitt.

TEKST

Kristin Poverud

PUBLISERT 5. februar 2013



LUKKET KRETS: Det medisinske fagfeltet som forsvarer ECT-behandling utgjøres av de samme menneskene som tilbyr, gir og vurderer effekten av behandlingen, skriver Kristin Poverud. - Da ender vi med en «bukken til havresekken»-vitenskap.

Illustrasjon: Kristin Berg Johnsen

I første halvdel av 2012 diskuterte Roar Fosse og Kjell Martin Moksnes effekten av elektrokonvulsiv behandling. Her gir Kristin Poverud et tilsvarende svar til Kjell Martin Moksnes med utgangspunkt i hans innlegg i fjorårets februarutgave.

I Tidsskriftets desemberutgave i 2011 tar Roar Fosse, John Read og Richard Bentall opp elektrokonvulsiv behandling (ECT) og hevder, kort oppsummert og sitert, at «behandlingen virker negativt på kognisjon, særlig hukommelsen, og at en følge kan være irreversible hjerneskader». I februarutgaven året etter kommer det en reaksjon fra psykiater Kjell Martin Moksnes, hvor han blant annet skriver at «eventuelle forbigående hukommelsesvansker er en rimelig pris å betale sammenlignet med den dype depresjon».

Mon det? Er det «en rimelig pris å betale» når det kanskje ikke er snakk om forbigående hukommelsestap? En klinisk vignett – sammensatt av flere av mine kliniske erfaringer fra alderspsykiatrisk avdeling – belyser hvorfor jeg ikke deler Moksnes sitt svar på spørsmålet.

Klinisk vignett

En enke, la meg kalle henne Anna, på 72 år, blir innlagt på alderspsykiatrisk avdeling på grunn av depresjon. Hennes sosiale nettverk er, og har alltid vært, sparsomt. Hun har vært nærmest isolert i hjemmet, uten sosial kontakt utover betalte tjenester etter at mannen døde for tre år siden. Ved innleggelsen blir Anna tilbudt og får ECT-behandling. Behandlende lege vurderer effekten av denne behandlingen som god, og etter gjennomført behandling skrives hun ut. Ett halvt år senere innlegges hun på nytt, også denne gang på grunn av depresjon. Hun får igjen ECT, og hun blir tilbudt såkalt «vedlikeholdsbehandling». Det betyr at hun skal komme to ganger i året for mer ECT.

Miljøpersonalet rapporterer imidlertid om bedret stemningsleie alt rett etter innleggelse, *altså før ECT-behandling igangsettes*. Men dette blir ikke tillagt betydning. Det medisinske fagteamet legger i stedet ensidig vekt på ECT-behandlingen når bedringen skal forklares.

Jeg har samtaler med Anna mens hun er innlagt. Min konklusjon er at det ikke kun er ECT som har effekt, men også (eller kun?) miljøterapi. Sosial stimulans, omsorg, strukturert hverdag, faste og næringsrik måltider, tur med følge og kontakt med andre i samme situasjon er i mine øyne minst like potente bidrag til bedringen som ECT. Kort sagt: miljøterapien gir henne alt hun er deprivert for i sitt eget hjem, et hjem hvor hun lever nærmest i isolasjon og ensomhet.

Etter Annas tredje vedlikeholdsbehandling legger jeg merke til svikt i hennes kognitive evner. Hukommelsessvikt som velkjent bivirkning av ECT er godt dokumentert, slik også Moksnes beskriver. Men hos Anna er den ikke forbigående. I forkant av

behandlingen fikk Anna informasjon om at hukommelsestapet ville vare 6 uker. Men etter disse ukene har hun fortsatt hukommelsessvikt. Jeg observerer en økende forvirring hos Anna, og at hun er bekymret for sin tilstand og redd for å reise hjem. Denne forvirringen og hukommelsessvikten øker etter hver ECT-behandling, og at de negative endringene virker ut fra mine observasjoner permanente.

Etisk konflikt

Når behandlingen får så negative følger, er det vanskelig for meg å forsvare den i møtet med mennesker som Anna. Det virker også underlig at de som ga behandlingen, ikke observerte det samme som meg. Og hvorfor ble ikke miljøpersonalet hørt når de rapporterte om bedring allerede *før* behandlingen med ECT hadde startet?

Det vanskeligste spørsmålet jeg stilte meg, var hvorvidt ECT-behandling er en årsak til eller virker utløsende for varig kognitiv svikt som for eksempel demensutvikling. Jeg har ikke sett at det medisinske fagmiljøet som forsvarer behandling med ECT, har stilt seg dette spørsmålet. Men det burde de. Heller ikke Moksnes stiller slike spørsmål, verken i det han denne gangen skrev i Tidsskriftet, eller i det han har skrevet tidligere. Jeg har heller ikke sett at man vurderer om bedringen man ser etter ECT, like gjerne – eller bedre – kan forklares av andre variabler.

Det er også et etisk dilemma at det medisinske fagfeltet som forsvarer en slik form for behandling, utgjøres av de samme menneskene som både tilbyr, gir og vurderer effekten av ECT. Da ender vi med en «bukken til havresekken»-vitenskap.

Ensomhet og ensidighet

Anna var nok deprimert, men i utgangspunktet ensom. Og ensomhet er ingen diagnose. Når ensomhet som beskrevet over, feildiagnostiseres, kan den også feilbehandles ensidig som en lidelse/sykdom etter den medisinske modellen. Jo, ensomhet kan lede til depresjon. Men behandlingen av ensomhet er ikke medikamenter eller ECT.

poveru@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 2, 2013, side

TEKST

Kristin Poverud, Psykologspesialist, privatpraksis Asker