

# Elektrokonvulsiv behandling

Selv blant eldre med svært alvorlige, terapiresistente depresjoner er det få som får ECT-behandling. Men med moderne ECT er kognitive svekkelser ikke noe stort problem

TEKST

Kjell Martin Moksnes

PUBLISERT 5. mars 2013



## DEBATT : ELEKTRO KONVULSIV BEHANDLING

I forrige utgave beskrev Kristin Poverud flere problemer knyttet til elektrokonvulsiv behandling. Her møter både Kjell Martin Moksnes og Per Bergsholm hennes kritikk.

Kristin Poverud beskriver i februarnummeret av Tidsskriftet en sammensatt klinisk vignett der elektrokonvulsiv terapi (ECT) etter hennes mening synes unødvendig brukt og der andre behandlingstilnærminger kunne forklare bedringen. Hun mener pasienten fikk langvarig kognitiv svekkelse av ECT, og hun stiller spørsmålet om ECT kan føre til demensutvikling. Hennes inntrykk var at legene bestemte for mye, og at miljøpersonalets mening ikke ble lyttet til. I så fall er det en slett klinisk virksomhet som er beskrevet.

Flere veier til bedring

Samtaleterapi, miljøterapi og bruk av antidepressive legemidler er de vanligste behandlingsformene for depresjon i en sykehusavdeling. Den optimale behandling er avhengig av depresjonens grad, om den er uni- eller bipolar, og om den er av psykotisk dybde. En pasientvurdering bør helst gjøres av et tverrfaglig team. Ved alderspsykiatrisk avdeling var etter planen alle yrkesgrupper med i et ukentlig behandlingsmøte der videre behandling ble besluttet. Ved tilbakefall vil man gjerne velge en behandling som har virket tidligere. Hvis pasienten etter innleggelsen responderer på miljøbehandlingen, bør dette tillegges betydning, og fører det til remisjon, er ECT unødvendig. Som Poverud skriver, kan mange faktorer bidra til bedring under et sykehusopphold. For eksempel kontakten med medpasienter, samtalene med personalet, miljøtiltak, forholdet til pårørende og tidsfaktoren. Hun nevner også sosial stimulering, omsorg, en strukturert hverdag, faste næringsrike måltider, turer med følge m.m., som er viktig for bedringsprosessen. Ved milde og moderate depresjoner kan disse tiltakene være tilstrekkelige. ECT brukes helst ved psykotiske og alvorlige depresjoner der andre behandlingstilnærminger er forsøkt uten remisjon.

**«Idéen om ECT kan utløse en varig kognitiv svekkelse som ender opp med en demensdiagnose er forlengst tilbakevist»**

### **Kognitiv svekkelse**

Hukommelsessvikten som beskrives i vignetten, er ikke ønsket, og kan ha flere forklaringer. Idéen om at ECT kan utløse en varig kognitiv svekkelse som ender opp med en demensdiagnose, er for lengst tilbakevist. Ved Dikemark sykehus var det nedfelt i pasientjournalene at 20 prosent hadde hukommelsesproblemer en tid etter ECT - behandling med eldre apparatur (Moksnes & Ilnes, 2010). Psykolog Maria Semkovska et al. (2010) har i sin systematiske revurdering funnet at kognitive bivirkninger etter ECT sjelden varer utover femten dager, og at de fleste får bedre kognitive funksjoner. De har også vist at kontroller og deprimerte som ikke får ECT, har redusert autobiografisk amnesi over tid. For retrograd amnesi etter ECT gjenstår det å gjøre gode undersøkelser (Semkovska et al., 2011, 2013).

Flere har dokumentert at tilbakevendende alvorlige depresjoner øker risikoen for kognitiv svekkelse, og denne kan vare i mange år selv etter bedring av depresjonen (Årdal & Hammar, 2010; Semkovska et al., 2012). For øvrig er det vel kjent at depresjoner ofte debuterer i tidlig fase av en demensutvikling, og at depresjon er en risikofaktor for utvikling av demens, uansett behandling.

### **Rett**

Poverud har selvfølgelig rett i at ensomhet ikke skal behandles med legemidler eller ECT . Dersom ensomhet utløser depresjon, kan nettverksterapi løse problemet. Selv blant eldre med svært alvorlige, terapieresistente depresjoner er det få som får ECT-behandling. Disse oppnår ofte remisjon, og med moderne ECT er kognitive svekkelser ikke noe stort problem, men dessverre forekommer tilbakefall og nye episoder hos mange.

Og som Poverud antyder skal man alltid være kritisk når klinikere utreder egne behandlingsresultater.

[kjellmartin.moksnes@ulleval.no](mailto:kjellmartin.moksnes@ulleval.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 3, 2013, side*

**TEKST**

**Kjell Martin Moksnes**, Alderspsykiatrisk avdeling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus