

# Den store Løgnen

Bedrageriet omkring elektroshjokk

av

Bob Foss



Forfatter:  
Bob Foss

Layout:  
Bjørn Ingar Pedersen

Utgitt av:  
We Shall Overcome - WSO

Org.nr: 980334597

Postboks 8817 Youngstorget, 0028 Oslo  
post@wso.no - www.wso.no

## Forord

Elektrosjokk, eller ECT som det nå heter på fagspråket, er en behandlingsmetode som er omspunnet av myter, feilinformasjon og tilbakeholdelse av informasjon i et omfang som vanskelig kan kalles annet enn løgn. Den informasjonen som gis til pasienter som skal si ja eller nei til denne metoden, er i beste fall mangelfull, men har også vist seg å være direkte feil.

Det er mange historier, også fra Norge, om hvordan mennesker har fått varige skader etter Elektrosjokk. Dette bekreftes også av forskning. De senere år har flere fått pasientskadeerstatning etter skader påført av Elektrosjokk. Allikevel ser ikke dette ut til å påvirke den informasjonen som blir gitt om ECT i særlig grad, og ECT blir fortsatt av mange psykiatere beskrevet som en trygg, utprøvd behandlingsmetode, uten langvarige skadevirkninger.

Bruken av elektrosjokk er økende. ECT er ikke lov å gi ved tvang i Norge, i følge Lov om Psykisk Helsevern. Allikevel skjer dette, ved bruk av nødrettslovgivning. Helsemyndighetene har ikke oversikt over hvilket omfang bruken av ECT har, hverken frivillig eller på tvang.

WSO mener alle har rett på korrekt og allsidig informasjon, hvor man også får vite «det psykiateren ikke vil si». Rett informasjon er grunnlaget for å kunne gi et fritt og informert samtykke, eller ikke gjøre det.

Vi har derfor valgt å gi ut denne artikkelen av Bob Foss, for å bidra til mer tilgjengelig informasjon på norsk om Elektrosjokk, historien og forskningen bak.

På våre nettsider [www.wso.no](http://www.wso.no), finnes mer informasjon og lenker til artikler både fra Norge og forfatterne dette hefter bygger på.

Vi oppfordrer alle som er i befatning med ECT, enten som pasient eller behandler, å søke allsidig informasjon om temaet, både fra de som har erfart elektrosjokk og forskning.

We Shall Overcome – WSO

## Innholdsfortegnelse

Side 2		Informasjon
Side 3		Forord
Side 5	Kapittel 1	Det som ikke kan skje
Side 7	Kapittel 2	En terapi mørke historie
Side 11	Kapittel 3	Forvandringsnummeret
Side 13	Kapittel 4	Nye riddere i blank rustning
Side 14	Kapittel 5	Litt hjelp fra våre venner dyrene
Side 15	Kapittel 6	Behandlingsparadokset
Side 17	Kapittel 7	Jakten på ånden i flasken
Side 18	Kapittel 8	Hva skjer under ECT?
Side 21	Kapittel 9	Ødelagte liv
Side 24	Kapittel 10	Gjensyn med ånden i flasken
Side 27	Kapittel 11	Trylleri på høyt nivå
Side 29	Kapittel 12	Lyver pasientene?
Side 30	Kapittel 13	Et blikk ned i skyttergravene
Side 33	Kapittel 14	"Stol på oss, vi er leger"
Side 35	Kapittel 15	Kampanjeridderne
Side 36	Kapittel 16	Når sløret fjernes
Side 40	Kapittel 17	Den store løggen
Side 43		Anvendt litteratur
Side 44		Bilde fra markering i Canada
Side 45		Bilde fra protestaksjon i Irland
Baksiden		Etterord

**DET SOM IKKE KAN SKJE**

Linda Andre var knapt tyve år da hun tidlig på 80-tallet gjorde kométkarriære i New York. Som Wunderkind innen fotografi stilte hun ut sine bilder i et av metropolens mest prestisjefylte gallerier og skrev artikler om fotografisk teori i de mest velrenommerte fagtidsskriftene. Hun ble belønnet med stipendium fra selveste National Endowments for the Arts. Mer lysende kunne ikke fremtiden tegne seg for en ungpике fra Ohio.

Men en skygge forfulgte henne: uløste konflikter i forhold til familien. Linda ble deprimert. Hennes bror halte henne med til en psykiater og påsto at Linda var suicidal (en løgn). Hun ble tvangsinnlagt. Etter massiv påtrykning fra sykehusets medisinske ekspertise, "samtykket" hun til elektrosjokkbehandling (ECT).

Linda ble underkastet en serie med sjokk. Så ble hun, like raskt og

rutinemessig, utskrevet, angivelig symptomfri. Det var bare en liten hake: Linda husket ingenting av oppholdet. Og ikke nok med det; hun oppdaget etterhvert at fem år av hennes liv var blitt utradert, fire år før og ett år etter behandlingen. Fra disse fem årene husket hun senere ingenting.

Det sluttet ikke der. Linda oppdaget at hun hade mistet sine mest verdifulle evner og ferdigheter. Hun forsto ikke lenger de artiklene hun selv hadde skrevet. Kunnskapene i fotografering klarte hun aldri å gjenvinne. Hennes ferdigheter som pianist var blitt nesten borte. Evnen til hoderegning kom aldri tilbake. Full av bange anelser gikk hun til nevropsykologisk undersøkelse og fikk sine verste mistanker bekreftet: hun var blitt påført uopprettelig hjerneskade. Konvesjonell intelligens-test viste et fall på 38 poeng. Selve evnen til å foreta mentale operasjoner var blitt betraktelig nedsatt, evnen til å tenke, lære,

resonnere, huske. Med andre ord: kognitiv funksjons-nedsettelse. Aller mest smertefull var svekkelsen i skaperevne. Med Lindas egne ord: "Kreativiteten er spesielt sårbar. Sjøkkbehandlede kunstnere kan ikke lenger skape, musikere kan ikke lenger spille. Romlige, mekaniske og matematiske evner kan undergraves. Hver person vil bli mest berørt av tapet av det hun verdsetter høyest."

For Linda ble livet et veritabelt helvete. Venner og kolleger som tidligere hadde kjent og beundret henne, forsto henne ikke og trodde henne ikke. Det måtte være "sykdommen". Linda ble stående helt alene. Den psykiatriske profesjon avviste hennes påstander som subjektive, overspente

**"For Linda ble livet et veritabelt helvete. Venner og kolleger som tidligere hadde kjent og beundret henne, forsto henne ikke og trodde henne ikke. Det måtte være "sykdommen". Linda ble stående helt alene. Den psykiatriske profesjon avviste hennes påstander som subjektive, overspente og**

nevrotiske. Hvor hun enn henvendte seg, fikk hun vite at elektroshjokkbehandling, utført med

"dagens metoder", var helt ufarlig. På sin høyde kunne pasienter miste minnet av selve behandlingen og omstendighetene omkring den. Men det er en rent midlertidig tilstand, etter noen tid vil hukommelsen være fullstendig restituert.

Dette er hva du fremdeles vil bli fortalt av de ECT-eksperter og annet helsepersonell som mener det er i din egen

interesse å bli sjokkbehandlet.

Linda Andre nektet å la seg passivisere. Hun fikk med tiden kontakt med hundrevis av andre

"brukere" (for et vanvittig ord!) som hadde opplevd det samme som henne. De ble heller ikke trodd. Det de fortalte om kunne ikke skje, det hadde legevitenenskapen bevist.

Det er den store løggen.

Linda Andre:

"Hvorfor blir ikke pasienter fortalt at sjokk forårsaker permanent

hukommelsestap og kognitiv funksjonsnedsettelse?

Hvorfor var det ingen som advarte meg om at jeg kunne ende opp som

hjerneskadet? Hvor lenge har leger visst dette?

Hvordan kommer de unna med å lyve til pasienter, og dermed ødelegge liv på samme måte som de ødela mitt? Hvorfor er det ingen som tror oss når vi sier at vi er blitt skadet? Hvorfor er det ingen som gjør noe med det?

Takk Gud for at jeg ikke hadde mistet evnen til kritisk tenkning. Det viste seg at dette var nettopp hva jeg trengte

for å kunne besvare disse spørsmålene selv."

### EN TERAPIS MØRKE HISTORIE

Denne artikkelen baserer seg i hovedsak på to studier. Den første er Linda Andres nylig

publiserte bok (2009):

"Doctors of Deception. What They Don't Want You to Know About

Shock Treatment." Den andre er Peter R. Breggins klassiske studie fra 1979: "Electroshock. Its Brain-Disabling Effects."

Sistnevnte, som meg bekjent er den eneste kritisk granskende og vitenskapelig funderte bok innen sitt spesiallemne, står like fjellstøtt idag som da den kom ut. Til tross for at den er blitt systematisk ignorert av den psykiatriske profesjonen selv.

Peter Breggin er blitt betegnet som "psykiatriens samvittighet". Han er selv utdannet medisiner, med psykiatri som spesialitet. Han er en

forsker av rang. Siden "Electroshock" har han gitt ut et stort antall bøker, som alle utfordrer det biomedisinske paradigmet som under de siste 30- 40 år har vært så godt som enerådende innen internasjonal psykiatri. Han har gjort seg spesielt bemerket gjennom sine avsløringer av den legemiddels-bløff som ligger under promoteringen av s.k. "antidepressive" medikamenter (SSRIs eller "lykkepiller"), samt sin motstand mot medisinerings av barn med den oppkonstruerte diagnosen ADHD. Han har fungert som ekspertvitne i utallige rettstvister som omfatter legemiddelsfirmaers uansvarlige og til dels bedragerske omgang med sannheten. Lange perioder har han - innen sitt fag - stått nesten alene. Men ingen har, på vitenskapelig grunnlag, kunnet tilbakevise hans kritikk.

Hva er så det vitenskapelige fundamentet for ECT (electroconvulsive therapy)? Mitt foreløpige svar må bli at

det ikke finnes noe. Behandlingens talsmenn fremhever gjerne at dens helbredende virkning i sin helhet er "empirisk" - et resultat av prøving og feiling - , og uten noen kjent vitenskapelig eller teoretisk forklaring.

Elektroshjokkbehandling går i korthet ut på at man, via to elektroder, sender elektrisk strøm gjennom hjernen i den hensikt å fremkalle et grand mal krampeanfall. Et visst teoretisk forsvar for fremgangsmåten finner vi i den tidlige antagelsen (senere ettertrykkelig tilbakevist) at schizofreni og epilepsi gjensidig utelukker hverandre.

Det hviler en grym symbolikk over behandlingsmetodens tilkomst. Den italienske psykiateren Ugo Cerletti fikk idéen til behandlingen da han i 1938 besøkte et griseslakteri i Roma. Her ble grisene, før selve avlivningen, tilført elektriske støt som førte til kramper og slo ut all hjernevirksomhet.



Cerlettis kongstanke var at hvis griser kunne beroliges (gjøres bevisstløse) ved hjelp av elektrisitet, så kunne det vel gjøres med mennesker også? Sammen med sin assistent Bini testet han metoden på en uteligger som var ute av stand til å gjøre rede for seg. De første par forsøkene ga intet resultat. Da Cerletti foreslo å øke spenningen, hoppet pasienten opp i været, nå plutselig helt klar i toppen, og skrek: "Ikke en gang til! Det dreper meg!" Men Cerletti sendte 110 Volt gjennom hodet på ham, og krampeanfallet inntraff som bestilt. Pasienten ble rolig.

I løpet av de neste to-tre årene fikk metoden en eventyrlig utbredelse i USA, Europa og andre deler av verden. Det var ikke tilfeldig; psykiatrien var i sterkt behov av en vidunderkur. Andre krampe-terapier var allerede i bruk. Insulinsjokk sendte pasienter inn i dyp, noen ganger livstruende, koma. Cardiazol (metrazol) sjokk fremkalte krampeanfallet som var så sterke at benbrudd

florerte, muskler forstrakk seg og tenner gikk fløyten. Ikke bra. Og så hadde man jo lobotomien (kirurgisk lemlestelse av hjernens frontallapper), som var blitt praktisert siden 1935. Metodens opphavsmann, Egas Moniz, fikk i 1949 Nobelprisen i medisin for denne sin gave til menneskeheten, før virksomheten i det store og hele ble stoppet - forbudt - i løpet av 70-tallet. Psykiatriens veier er i sannhet, om ikke uransakelige, så i hvert fall både bisarre og skremmende.

For å forstå hvorfor elshjokkbehandling ble mottatt med så voldsom entusiasme under 40-tallet og de neste par desenniene, må vi nok ta et skritt til siden og med ærefrykt beskue hvordan psykiatrien har tilkjempet seg en særstilling innen den medisinske vitenskap, som den jo frembyr seg som en del av. I øvrig medisin er den hippokratiske ed med rette å betrakte som selve bærebjelken: du skal ikke tilføre skade. For å

kunne forene denne hellige ed med egen praksis, må psykiatrien gi seg i kast med en utfordrende variant av orwellsk double-think. Det vil kanskje forundre mange idag, men i tiden under og rett etter den annen verdenskrig var det ganske vanlig å forestille seg at psykiatriske inngrep hadde sin helbredende virkning (og derfor ble oppmuntret) gjennom de skader som de påførte. Troen på lobotomi er bare det grelleste eksempelet. Ettersom man ofte anså det som et aksiom at "det syke" var av genetisk og nevrofysiologisk, biokjemisk opprinnelse og substans, var det ønskelig å angripe nettopp disse prosesser og strukturer - og om mulig utradere dem helt. Det reduksjonistiske postulatet var urokkelig, i hvert fall hvis du ville bli tatt alvorlig som naturvitenskapsmann: mentale prosesser er ingenting annet enn subjektive epifenomener, sekundære uttrykk for de reelle, primære, objektive hjernestrukturene som ligger til grunn for og

som årsaksbestemmer alt du opplever.

Den underliggende ideologien (det rådende vitenskapsteoretiske paradigmet) kunne sies å fremelske følgende fremgangsmåte: du eliminerer syke hjerneceller for derigjennom å rydde veien for friske. Og det kan jo umiddelbart høres ganske fornuftig ut. En autoritativ studie fra 1941 argumenterte i all enkelhet med følgende ord: "Det er mulig at en viss mengde hjerneskade er av terapeutisk verdi."

Haken er bare at det da såvel som nå ikke fantes eller finnes så mye som et fnugg av evidens for de presumptivt patologiske fysiske strukturer som antas å ligge til grunn for de sykdommer (eller, som man foretrekker å si idag: forstyrr-elser) man foregir å ville behandle, som depresjon, bipolar lidelse, mani, schizofreni etc etc etc.

Men hvis det ikke foreligger noen identifiser-bar fysisk

defekt å behandle, hva er det da som skjer under og etter en elshjokkbehandling?

Peter Breggin har følgende svar til de ECT-guruer som hevder at de bedriver terapi i forhold til spesifikke og diagnostisk bestembare sykdommer: "De mislykkes i å bemøte det faktum at ECT forårsaker så betydelig hjerne-dysfunksjon og -skade at denne svekkelsen logisk sett må utgjøre den alt-overskyggende effekten av behandlingen. Det er dette jeg kaller den hjerne-invalid-iserende hypotesen - at ECT produserer sin primæreffekt nettopp gjennom den dysfunksjon og skade som behandlingen påfører den normale hjernen og følgelig også sinnet."

### **FORVANDLINGSNUMMERET**

Euforien omkring ECT avtok noe da de nye nevroleptika gjorde sitt inntog i midten av 50-tallet. Uroen som hadde preget livet bak asylenes dobbeltlåste dører kunne

nå dempes med kjemiske preparater. Medikamentell behandling av psykotiske tilstander (spesielt s.k. schizofreni) lot til å gi bedre resultater enn elektroshjokk. Det var først og fremst som botemiddel mot dype depresjoner som ECT beholdt sitt hegemoni.

Dessuten ble klokkertroen på elektriske støt som terapi på ingen måte delt kritikkløst av hele det medisinske forskerfelleskapet. Vi finner ofte at den mest kritiske grunnlagsforskningen gjennomføres de første årene etter lanseringen av en ny vidunderkur. Hva ECT angikk, var det selve krampeanfallet som utgjorde det største problemet. Krampene kunne være så sterke at de førte til benbrudd i ulike deler av kroppen. Og dødeligheten var betydelig.

Metodens øvrige "bivirkninger" snakket man mindre høyt om. Det skal vi se på lengre frem. Men de rent fysiske skadene lot seg ikke trylle bort.

De var en stygg flenge i psykiatriens fasade, som forøvrig ikke var særlig blankpolert i allmennhetens øyne.

60- og store deler av 70-tallet var en besværlig periode for den biomedisinske psykiatrien. Fagets autoritet ble utfordret i massiv skala av psykodynamiske og relasjonspsykologiske tilnæringsformer. Folk mistet tiltro til den gode, gammeldagse pappafiguren av en psykiater. "Det terapeutiske samfunnet" trengte seg frem i teten. En stund.

For ECT-motstanderne skjedde et lite mirakel. I form av en film. En film som alle så. "Gjøkeredet" gikk elleve år i Stockholm uten å bli tatt av plakaten - det i seg selv et mirakel. Publikum flekket tenner i sinne og avmakt ved synet av Jack Nicholson som vred seg i ECT-krampe til han ble rød-blå i trynet. Kom ikke og si at film ikke er holdningsskapende. Det var ikke den publikummer som ikke etter

filmvisningen freste: bort med svineriet!

Etter det ble det påfallende stille om elektroshokk. Fenomenet forsvant fra menigmanns mentale kart. Den barbariske metoden var historie.

Som de fleste mirakler, var dette også bare et trylleri-triks. Behandlingsformen levde videre i beste velgående. Som Linda Andre så utmerket beskriver i sin bok, bidro "Gjøkeredet", stikk i strid med sin hensikt (noe filmskaperne neppe kan lastes for), til å legitimere elshokkbehandlingens videre utbredelse. For nå kunne ECT-industriens salgsbevisste promotører hoppe ut på arenaen, fekte med armene og rope: "Nei nei nei! Vi gjør ikke på den måten lenger!"

**NYE RIDDERE I BLANK  
RUSTNING**

Det var en gylden anledning til å lansere en nyhet som allerede var tityve år gammel. Ved siden av den tradisjonelle ben- og tannknekkerbehandlingen

("gammel" ECT) hadde prøve-og-feile-forskerne utviklet prosedyrer som etterhvert fikk betegnelsen "modifisert" ECT.

Det besværlige ved den gamle metoden var jo de synlige fysiske skadene, de som det ikke gikk an å bortforklare. Et benbrudd er et benbrudd. Hjertestans er hjertestans. Ikke holdbart for en hippokratisk ridder.

Løsningen ble tredelt. Den besto av følgende:

Pasienten gis et narkose-fremkallende

middel. Han/hun er altså bevisstløs under selve behandlingen.

Pasienten injiseres med et curare-lignende kjemikalium som paralyserer muskulaturen. Derigjennom forhindres de

voldsomme muskelkrampene som med den gamle metoden fremkalles av det elektriske støtet.

Pasienten tilføres kunstig åndedrett, ettersom han/hun som følge

av narkose og sjokk ellers vil slutte å puste.

Så langt så godt.

Det som det ikke snakkes så høyt om, er at strømstyrken (i forhold til den "gamle" metoden) må økes for å fremkalle det epileptiske krampeanfallet som fremdeles antas å være det primære virkemiddelet i terapien.

**Det som det ikke snakkes så høyt om, er at strømstyrken (i forhold til den "gamle" metoden) må økes for å fremkalle det epileptiske krampeanfallet som fremdeles antas å være det primære virkemiddelet i terapien**

Her kommer vi til et av kjernepunktene i det som er Peter Breggins kritikk av ECT, "gammel" såvel som "modifisert". Hvis den virksomme faktoren i elshjokkbehandling mot formodning skulle vise seg å være tilførselen av elstrøm, og ikke det epileptiske krampeanfallet, så vil de negative virkningene av behandlingen (i den grad slike forekommer) sannsynligvis måtte tilskrives den mengde elektrisk strøm som sendes gjennom hjernen. Hvis så er tilfelle, forsvinner størsteparten av de påståtte fordelene med "modifisert" ECT like fort som troll i soloppgang.

#### LITT HJELP FRA VÅRE VENNER DYRENE

De etiske betenkelighetene med å eksperimentere på mennesker, spesielt når det dreier seg om fysiske inngrep som er både risikable og utprøvde, kan ikke bare feies under gulvteppet. Der det er mulig, prøver man seg først frem på dyr. Katter, rotter og aper er

spesielt populære.

De fleste dyreforsøk med ECT ble utført på 40- og 50-tallet. De ga oppsiktsvekkende resultater, som senere ble behendig neglisjert av elshjokk-apologetene.

Den metodologisk mest uangripelige studien ble levert av Hans Hartelius, som publiserte sine funn i 1952. Etter å ha sjokket et antall katter, fant han betydelige abnormaliteter i hjernevev, blodårer og hjerneceller. Resultatene bekreftet de funn som tidligere var blitt fremlagt av Ferraro et al., som eksperimenterte på rhesus-aper. Jeg har ingen forutsetninger for å bli teknisk her, og kan bare henwise leseren til Breggins ytterst detaljerte gjennomgang. (For en kortfattet oppsummering og oppdatering av hans 1979-studie, se Breggins nylig utkomne "Brain-Disabling Treatments in Psychiatry, Second Edition 2008.)

Breggin sammenfatter: "Nesten alle dyrestudier bekrefter at ECT, i

kliniske doser under nøye kontrollerte betingelser, forårsaker en viss grad av hjerneskade i nesten alle dyr som underkastes behandlingen, og at avgjort permanent skade hyppig finnes innen området for klinisk anvendelse. Skaden er diffus og ofte punktvis. Alvorligst rammet er den fremre delen av hjernen. Skadene utgjøres av vaskulære forandringer, punktvis blødninger, gliose, cellenedbrytning og celledød. I tillegg til dette finner vi av og til mer omfattende blødninger."

Obduksjon av mennesker som gjennomgikk elshjokkbehandling før sin død, bekrefter det bilde som her tegnes. Breggin konkluderer: "Skjønt skadene kan finnes overalt i hjernen, er de ofte verst under områdene der elektrodene ble satt. Ettersom i det minste én elektrode plasseres over frontallappen, er det ingen overdrivelse å kalle elektroshjokk en form for elektrisk lobotomi."

Ytterligere en indikasjon

på hjerneskade fås gjennom målinger med EEG (elektroencefalogram). "De langsomme høyspenningsbølgene som normalt opptrer etter ECT, ligner de vi finner etter lesjoner og etter epileptiske anfall og er, som andre skader av elshjokk, mest markante over frontal- og tinningelappene." (Breggin) Denne "cerebrale dysrytmi" kan vedvare på ubestemt tid etter behandlingen. Den kanskje aldri går bort.

#### **BEHANDLINGS PARADOKSET**

Det sies med rette at man bør kunne ha mer enn én tanke i hodet samtidig. I spørsmål der svarene ikke er gitt, bør man kunne veie oppfatninger og tolkninger mot hverandre. Ellers får man tunnelsyn, og det er stadiet før blindhet.

Noen tanker trives dog ikke samtidig, eller burde ikke gjøre det. Det er slike som logisk sett utelukker hverandre.

En tanke som ligger farlig nær intellektuell kortslutning, er den oppfatning at man kan helbrede ved å sykelliggjøre.

Jeg gir igjen ordet til Breggin: "Hvis en kvinne kom til et akuttmottak i forvirret tilstand etter et elektrisk støt mot hodet, kanskje etter en kortslutning i kjøkkenet, ville hun bli behandlet som et akutt medisinsk krisetilfelle. Hvis det elektriske traumet hadde forårsaket krampe, ville hun kanskje bli satt på et krampeavvergende middel for å forhindre at anfallene kom tilbake. Hvis hun utviklet hodepine, stiv nakke og kvalme - tre symptomer som er typiske etter ECT - ville hun sannsynligvis tas inn til observasjon på intensivavdelingen. Og likevel har det seg slik at ECT fremkaller den samme elektriske "closed-head" skadevirkningen -

**En tanke som ligger farlig nær intellektuell kortslutning, er den oppfatning at man kan helbrede ved å sykelliggjøre.**

gjentatt flere ganger i uken - , som et angivelig middel for å forbedre mental funksjonering."

Ola banker opp kona hver dag for å bringe henne til fornuft, i trygg forvissning om at han handler rett. Naboene ser bare at han mishandler

henne. Konas blåmerker er de samme uansett.

Hvordan én og samme handling skal tolkes, avhenger av øynene som

ser. I siste instans er det et spørsmål om definisjonsmakt.

Men la oss være rettferdige. ECT-lobbyen vil hevde at de ikke gjør noe annet enn å amputere et ben som er infisert med koldbrann. Fjernes ikke benet, vil infeksjonen spre seg til resten av kroppen, med døden til følge. Det er en ren risiko/vinnings-analyse, der det fysiske voldelige inngrepet (amputasjonen) er den pris pasienten må



betale for å redde livet. De fleste pasienter vil se fjerningen av benet som velberettiget.

Innlysende, ikke sant? Bare tilsynelatende. Det forutsetter at amputasjonseksempelen motstandsløst lar seg overføre på elshjokkbehandling.

Det gjør det ikke. Ved ECT mangler fullstendig det nøkkelelement som legitimerer amputasjon ved koldbrann: påvisningen av en fysisk identifiserbar sykdomsprosess.

### **JAKTEN PÅ ÅNDEN I FLASKEN**

Helt siden Aladdin for gudene vet hvor mange hundre år siden slapp Ånden ut av flasken, har den lekt gjemsel med oss. Den nekter å la seg fange igjen. Den finner opp stadig nye forklæringer når den tar bolig i oss, og det gjør den visstnok til stadighet. Under inkvisisjonen lekte den at den var Fanden selv, og det førte til at tidens dypt ansvarsbevisste heksedoktorer tente

tusenvis av friluftsbål for å drive ham ut av en ulykkelig herskare av hjemsoekte kroppar. Senere har vi forstått at det var seksualitet, og ikke Han Hine, som herjet med menneskene, men det er jo i manges øyne (selv i dag) så nær Fanden man kan komme.

Det eneste vi med rimelig sikkerhet kan si om Ånden, er at den er usynlig. Og at den stadig velger nye inkarnasjonsformer. Men finne ham skal vi, om vi så må banke ham frem. Da Kirkens menn (de var alltid menn) resignerte, tok den edle legevitenskap over. Ettersom de nye åndebesvergerne baserte sin strategi på objektiv naturvitenskap (bare det som kan veies og måles eksisterer!), tok de det for gitt at Åndens egentige vesen var av fysisk art. Ved å studere dens indirekte manifestasjoner (symptomer), ville de finne måter å brenne den ut på - ikke så helt ulikt inkvisitørene før dem.

Og jakten har fortsatt, like iherdig som den har

vært resultatløs. Først ble Åndens herjinger kalt galskap. Så sykdom. Idag snakker vi heller om mentale forstyrrelser. Ifølge DSM IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - amerikansk psykiatris bibel), har vi klart å avdekke nærmere 400 av dem.

Men Ånden forblir usynlig. Den koldbrann som amputøren kan vise til, nekter å tre frem under psykiaternes mikroskoper.

### HVA SKJER UNDER ECT?

Hvis du spør en ECT-troende om hvorfor han sverger til elsjokkbehandling, vil han (det er for det meste en han) møte deg med et vennlig overbærende blikk og svare at det er fordi det fungerer. Det er noe alle vet (foruten, bør det vel sies, den store majoritet av befolkningen som trodde at metoden gikk ut på dato for lenge siden).

Hva vil det si at det "fungerer"? Det like

enkle som selvfølgelig svaret er: pasienten blir bedre. Det er også noe som alle i helsevesenet vet.

Ettersom jeg mistenker at det svaret neppe gjør deg noe særlig klokere, vil jeg igjen gi ordet til Peter Breggin, som beskriver pasientens reaksjoner etter en behandling på følgende måte: "Ved oppvåkning, avhengig av antallet og styrken på behandlingene, gjennomlever pasienten et akutt organisk hjernesyndrom (min uthevelse)... Det karakteriseres av (1) forvirring og desorientering med hensyn til tid, sted og person; (2) svekket hukommelse, spesielt hva gjelder ting som skjedde forut for behandlingen; (3) vidtomfavnende nedsettelse av alle intellektuelle funksjoner, som f.eks. forståelse, læring og abstrakt resonnering; (4) svekket omdømme og innsikt; (5) avflatede og inadekvate emosjonelle responser, varierende fra eufori til apati. Pasienten opplever ofte

voldsom hodepine, kvalme og fysisk utmattelse eller illebefinnende. Det er typisk at pasienten ofte føler seg "ute av kontakt" med virkeligheten og svært hjelpeløs og skremt.

Dette organiske hjernesyndromet er ikke-spesifikt og arter seg på samme måte som et variert antall andre generelle hjernetraumer, inkludert epileptiske kramper, elektrisk traume, forgiftning, fravær av oksygen ved strangulering, kvelning eller inånding av nitrogen, slag mot hodet eller lobotomi, såvel som eletrosjokkterapi."

Dette syndromet fremkalles i like stor grad ved "modifisert" som ved "gammel" ECT.

Selve tilførselen av elektrisitet har variert opp igjennom årene. Det gjelder ikke minst strømtype og strømstyrke. Kalinowski, en av behandlingens varmeste tilhengere, beskrev en variasjonsbredde på mellom 70 og 130 volt i 0,1 til 0,5 sekunder, med en tilført strømmengde på fra 200 til 1600 milliampær

(ma). Breggin bemerker at variasjonsomfanget er langt større, spesielt når det gjelder varighet.

"Størsteparten av maskinene, og flesteparten av dem som ordinerer ECT, bruker samme type elektrisk strøm (60Hz. bipolar sinusbølge) som ble brukt under de første ECT-eksperimentene i 1938, og i de fleste tilfeller har strømstyrken økt.. For sammenligningens skyld kan nevnes at bare 100 ma tilført over hjernestammen kan være dødelig."

Hvis dette ikke er beroligende nok, så la oss lytte til Linda Andre.

Hun har selv CME-sertifikat, hvilket kvalifiserer henne til å gi elektrosjokk. (Hun har aldri tatt det i bruk, det bare viser at hun vet hva hun snakker om!) Andre nevner en type "kortpuls"-sjokk som det ble eksperimentert med under 40-tallet. Hensikten var å redusere mengden elektrisitet som når hjernen. Det ble oppfattet som ineffektivt, og ble oppgitt. Kortpuls-teknikken ble imidlertid reintrodusert på 80-tallet

og igjen presentert i ny og tidsriktig emballasje tidlig på 2000-tallet, som om den var noe nytt og epokegjørende. Mer om konsekvensene av slike fremstøt senere.

Så langt synes ingenting å tyde på at "modifisert" ECT er mindre farlig enn den "gamle" metoden, om vi bortser fra reduksjonen av benbrudd. Andre: "Med innføringen av de muskel- paralyserende drogene ble det nødvendig å gi pasientene narkose, simpelthen for å spare dem for den redselsfulle opplevelsen av å være våken men ute av stand til å bevege seg eller puste. Men igjen kommer bruken av anestesi med en prislapp. Det forhøyer hjernens terskel for slaganfall, dens naturlige forsvarsmekanisme mot kramper. Jo høyere terskelen er for slaganfall, desto mer elektrisitet må anvendes for å overstyre hjernens

forsøk på å beskytte seg mot skade."

Vi bør også nevne at "modifisert" ECT varierer selve plasseringen av elektrodene mot hodeskallen. Man snakker om bilateral og unilateral ECT. Den "gamle" metoden anordnet elektrodene på begge sider av hodet, slik at strømmen passerte gjennom hele frontal-

lappen.

Denne bilaterale metoden anses fremdeles av de fleste anvendere for å være den mest effektive. Unilateral

ECT plasserer en elektrode nær tinningelappen og en over frontallappen på samme side av hodet, nærmere bestemt den "ikke-dominante" siden. (Den dominante hjernehalvdelen anses som hovedansvarlig for rasjonell tenkning og motorikk - hos høyrehendte den venstre delen av hjernen). Unilateral ECT har vist seg å kreve større strømstyrke for å frembringe krampeanfall,

**Så langt synes ingenting å tyde på at "modifisert" ECT er mindre farlig enn den "gamle" metoden, om vi bortser fra reduksjonen av benbrudd.**

og dermed potensielt større skadevirkninger i området under elektrodene. Dessuten forårsaker både bilateral og unilateral ECT generelle, ikke-spesifikke blødninger og cellenedbrytning/celledød over hele hjernen.

Hva gjelder spørsmålet om hva som forårsaker mest skade, krampene eller elektrisiteten, så later vi ikke til å finne noe entydig svar. De to faktorene samvirker på en måte som gjør det vanskelig å isolere dem fra hverandre. Noen nevrologer har påpekt at gjentatte spontane epileptiske slaganfall ikke synes å etterlate skader av tilsvarende alvorlighetsgrad som dem som beredes av ECT. Derimot viser de fleste undersøkelser en klar korrelasjon mellom graden av hjerneskade på den ene side og graden av strømstyrke/antall sjokkbehandlinger på den annen side.

### ØDELAGTE LIV

Så langt de påvisbare, irreversibile, fysiske skadene av ECT. Hva med følgevirkningene av behandlingen, slik de rapporteres av mennesker som er blitt underkastet ECT? Innen helsevesenet klassifiseres disse effektene som "bivirkninger" - en smart betegnelse som maskerer de underliggende prosessene. (Mer om det lenger frem.)

Peter Breggin gir oss Sara Williams' historie som et illustrerende eksempel. Etter ektemannens død ble den 55-årige Sara dypt deprimert. Medikamentell behandling viste seg resultatløs, og Sara lot seg ovetale til å gjennomgå en serie på 10 elektroshjokk (unilateral, "modifisert" ECT). Allerede etter de første par behandlingene opplevde datteren Jeanette henne som forvirret, og i fortsettelsen klaget moren over tiltagende problemer med hukommelsen. Slike klager opphørte imidlertid helt etter den åttende behandlingen. Hennes lege noterte: "Forbedret."

Klager ikke lenger over depressive følelser.”

Sara sa ikke noe som helst, hun satt bare stille.

Mot slutten av behandlingen kjente ikke Jeanette sin mor igjen. Sara var blitt apatisk og likegyldig, så på datteren nesten som en fremmed og hadde glemt viktige familiebegivenheter fra året før innleggelsen.

Alt dette, forsikret legen, var normalt og rent forbigående.

Sykeforsikringen løp ut og Sara ble utskrevet. På veien hjem sammen med datteren kunne ikke Sara orientere seg i nabolaget der hun hadde bodd i 30 år. Hjemme kunne hun ikke finne frem blant ting hun alltid hadde brukt i kjøkken og bad.

Sara prøvde å vende tilbake til sin jobb som musikk lærer. Det gikk dårlig. Hun kjente ikke igjen elever hun hadde undervist i flere år. Hun var ute av stand til å lære nye musikkstykker og kunne ikke huske musikk i

hodet. Andre helt dagligdagse gjøremål ble vanskelige å takle, som å huske en kort handleliste eller en telefonbeskjed. Nå ble Sara virkelig deprimert og for første gang i sitt liv suicidal.

Legenes entydige råd var at Sara burde ha mer ECT.

Jeanette tok med sin mor til nevropsykologisk testing. Det ble konstatert at Saras hukommelsestap for mange viktige begivenheter strakk seg flere år tilbake i tiden. Hun hadde konsentrasjonsvansker og sterkt svekket evne til abstrakt resonnering. Nevropsykologen betegnet testresultatene som ”typisk for traumatisk hjerneskade”. Elektroencefalogram (EEG) viste abnormt langsomme hjernebølger som sammenfalt med skade på frontallappen og fremre del av høyre tinningelapp – de to områdene der elektrodene var blitt festet. En hjerne-scan viste mulig atrofi (celledød) i samme region.

Sara lever fremdeles under sin datters beskyttelse. Leger har hun mistet all tiltro til.

Saras historie er langt fra unik. Men det står det lite om i fagtidsskriftene. Ei heller presse eller kringkasting vier problematikken nevneverdig oppmerksomhet. I de få tilfeller da kritikk av ECT får slippe frem, er profesjonens eksperter straks på banen for å demtere alle rykter om vedvarende skadevirkninger. Men som vi skal se, er dette en situasjon som kanskje er i ferd med å endre seg.

Den forskning som etterhvert begynner å bli umulig å ignorere, deler inn de "subjektive" virkningene av ECT (dvs. de følgevirkningene som rapporteres av pasientene selv) i to kategorier: retrograd og anterograd amnesi. Begge typer er sterkt invalidiserende.

Retrograd amnesi betegner bortfall av evnen til å huske hendelser som inntraff før

elsjokkbehandlingen. Dette tapet av personlige minner kan i ekstreme tilfeller gå så langt tilbake som 20 år. Ikke sjelden er det minnet av de mest identitetsskapende begivenhetene i ens liv som ugjenkallelig forsvinner: kjærighetsrelasjoner, giftemål, barnefødsler, jubiléer og andre merkedager, bortfall av familiemedlemmer - i det hele tatt skjellsettende opplevelser av alle tenkbare slag. Akademiske og yrkesrelaterte kunnskaper blir borte, kunstneriske evner og andre innøvde ferdigheter svekkes alvorlig. Den tidligere pasienten henfaller til en tilstand av hjelpeløshet. Familie og venner opplever ham eller henne som en skygge av det de engang var. Spontanitet og vitalitet er borte. Svært ofte for alltid.

"De fleste talsmenn for ECT," skriver Breggin, "fremholder at retrograd amnesi er den eneste mulige vedvarende defekt som kan følge av behandlingen."

Påvisningen av anterograd amnesi - generell kognitiv dysfunksjon etter behandlingen - forteller en helt annen historie.

Breggin: "Ofre for hodeskader, heri inkludert pasienter som har fått ECT, utvikler ofte et

organisk

personlighets- syndrom med forflatet affekt, dårlig omdømme, irritabilitet og impulsivitet.

For mennesker

omkring dem

virker de

"forandret" eller

"annerledes",

slik lobotomerte

pasienter ofte

fortoner seg for

familiene sine.

Noen ganger

virker de

klønede, beveger seg

keitete og mister ting.

Ofte har de øyeblikk da de

"faller bort" og ikke kan

tenke eller ikke kan

uttrykke hva de tenker...

Mange post-ECT-pasienter

lider av irreversibel,

altomfattende mental

dysfunksjon med apati,

svekkelse av sosiale

evner, vansker med å samle

oppmerksomheten og

problemer med å huske nye ting." Både skaperevnen

og motivasjonen for å

skape blir ofte påtagelig

nedsatt, evnen til å lære

kraftig svekket og evnen

til å tenke abstrakt

alvorlig redusert.

Aktiviteter som var

lekende lette å

mestre før sjokk-

behandlingene,

krever nå veldige

anstrengelser.

Livet blir for

mange

langsommere,

tyngre og

tommere.

**Aktiviteter som var lekende lette å mestre før sjokkbehandlingene, krever nå veldige anstrengelser. Livet blir for mange langsommere, tyngre og tommere.**

#### **GJENSYN MED ÅNDEN I FLASKEN**

Mot alt det ovenstående har forkjemperen for ECT

et motargument som han

fremfører med all den

knusende autoritet som

hans fag kroner ham med:

"Det fungerer!"

Og vi må i all ydmykhet

spørre: hva fungerer?



Behadlingen, selvfølgelig – den fungerer slik den er ment å skulle fungere ut ifra sine primære intensjoner. Nemlig: den livstruende depresjonen letter (eller helst: forsvinner helt).

Det er et argument som ikke imponerer Linda Andre nevneverdig. Hun skriver: "En serie med elektrisk induerte, nøysomt utporsjonerte grand mal slaganfall, med påfølgende akutt organisk hjernesyndrom og kumulativ amnesi, vil med garantert sikkerhet midlertidig forandre stemningsleie og atferd, uansett hvilken tilstand som førte personen til ECT (og ville virke eksakt likedan på en person som ikke bærer på noe psykiatrisk sykdomsbilde i det hele tatt). Det er biologisk uomgjengelig at det er umulig å være deprimert, eller i det hele tatt å samle fokus på noe som helst, når kroppen og hjernen strever med å innhente seg fra et grand mal slaganfall. Dette er ECTs største salgsargument, fordi pasienter kommer til ECT i

ekstremt opprevet tilstand og/eller virker ekstremt opprivende på andre."

Det er vanskelig å være både oppstemt og nedstemt samtidig.

Også Breggin påpeker at den forvirring og eufori (oppstemthet) som ofte inntreffer etter en sjokkbehandling, er uløselig forbundet med effekten av det traume som kalles akutt organisk hjernesyndrom.

Han presiserer: "Med unntak for psykokirurgi, utgjør ECT det mest ekstreme eksempelet på at en psykiater benekter den skade han tilfører pasienten, for deretter å bruke effektene av denne skaden for å fremskape en pasient som som er mindre emosjonelt våken, mindre selvstendig og mer føyelig."

Det er vanskelig å tenke seg en mer drepande dom over ECT. Men denslags kritikk preller av på behandlingens utøvere som vievann på Han Hine. For de har selveste jokeren gjemt under skjortearmen.

Psykiateren peker med stø finger på det som hele kontroversen i siste instans handler om: sykdommen. Den livstruende depresjonen. Mulige "bivirkninger" må inngå i en nøktern risiko/ nytte-analyse, og i den avveiningen vinner sykdoms -bekjempelsens mest effektive instrument: ECT.

Så der har vi ham igjen, i sin hypermoderne utgave: Ånden i flasken. Hvordan han ser ut er det fremdeles ingen som vet, de vet bare at han er der. At han er av fysisk opprinnelse og struktur (genetisk/ nevrofysiologisk/ biokjemisk) er hinsides rasjonell diskusjon, og han kan bare drives ut med fysiske mottiltak. Altså: på med strømmen.

Her skal vi ingeniørlig bagatellisere depresjon som potensielt invalidiserende og livstruende fenomen.

Spørsmålet er bare hva det er for noe. Vi kan konstatere at de siste tre -fire tiårene har utviklet en medikalisering av allmenne livsproblemer som har rutsjet ut av kontroll. Kort oppsummert: for enhver psykososial eller mellompersonlig krise (som ikke i seg selv er noe sykkelig) finnes det en pille. Eller et strømsjokk.

Depresjon er formodentlig en helt normal og begripelig krisereaksjon som inntreffer i en psykososial sammenheng. Noen blir sittende fast og trenger hjelp. Det er en menneskelig tilstand som rimeligvis bør bemøtes med menneskelige midler. Det personer i krise først og fremst trenger, er andre mennesker. Som bryr seg. Det de minst trenger, er upersonlige reaksjoner på postulerte sykdomsprosesser som er uten enhver personlig mening.

**Kort oppsummert: for enhver psykososial eller mellompersonlig krise (som ikke i seg selv er noe sykkelig) finnes det en pille. Eller et strømsjokk**

"Det er ikke du som gjør dette. Det er sykdommen." Det kan man minsann kalle et schizo-frenogent resonnement. Du deles i to. En del er frisk, en annen del syk. Den friske delen er deg, som handlende og ansvarlig individ. Den andre delen er - ja nettopp! - Ånden i flasken. Han som ikke syns, men som har hjemsøkt deg. Han som de moderne åndeutdriverne vil fjerne ved å brenne ham ut av hodet på deg.

### TRYLLERI PÅ HØYT NIVÅ

Sykdomsmodellen er svært takknemmelig å lene seg til for dem som i bunn og grunn ikke vet hva de gjør. Den utgjør et universelt forklaringsprinsipp for alle spørsmål som ikke lar seg besvare. Den er Aladdins "sesam sesam".

Modellens anvendbarhet blir spesielt tydelig når effekten av de motangrep som settes inn mot fienden (sykdommen) skal evalueres. I dette tilfelle effekten av elektroshjokk.

La oss for enkelthetens skyld anta at vi kan dele inn behandlingsresultatene i to kategorier: de som lykkes og de som ikke lykkes.

Pasienter i første kategori (de som lykkes) oppviser bortfall (eller reduksjon) av depressive symptomer. Dette anføres som et entydig resultat av behandlingen. Den fungerer etter hensikten og bekrefter derigjennom de antagelser som behandlingen hviler på.

Pasienter i den andre kategorien (de som mislykkes) oppviser ingen reduksjon av depressive symptomer. Kanskje de endatil blir verre. Dette ses imidlertid ikke som en konsekvens av behandlingen, men som en indikasjon på at depresjonen er spesielt ondartet. Den naturlige følge blir da å ordinere mer ECT. Hvis pasienten heller ikke etter dette blir bedre, ses det som et tegn på at depresjonen har gått inn i et kronisk stadium, eller også på at behandlingen nå har

blottlagt en enda mer alvorlig (og tidligere uregistrert) patologi.

Altså: hvis pasienten blir bedre, er det et resultat av

behandlingen.

Hvis pasienten blir dårligere, er det en konsekvens av sykdommen.

Ganske fiffig uttenkt.

Besøk en

hvilken som helst

psykiatrisk behandlingsinstitusjon, og du vil se denne selvbekreftende

logikken satt i system. Det gjelder i like stor grad behandling med psykofarmaka som behandling med elshjokk.

Denne logiske kortslutningen, som bygger på postuleringen av et virksomt sykdomselement som ikke lar seg objektivt påvise, ligger også til grunn for det konstruerte skillet mellom "primærvirkninger" og "bivirkninger" av ECT.

Jeg vil minne om Peter Breggins påvisning av elshjokk-behandlingens generelle og

udifferensierte

innvirkning på hjernen som

helhet. Ingen

kan forutsi

behandlings

spesifikke

effekter på

hvert enkelt

individ,

variasjons-

bredden er

uendelig.

Inndelingen i

primær-

virkninger og

bivirkninger er

rent språklig

trylleri, de to

størrelsene lar

seg ikke

metodologisk

isolere. De ønskede,

tilsiktete effektene

kalles primærvirkninger,

mens de uønskede kalles

bivirkninger. Det eneste

som er mulig å måle, er

imidlertid behandlings-

metodens "globale",

helhetlige virkninger.

Som vi har sett, har

Breggin lagt frem

tungtveiende dokumentasjon

for at ECT frembringer

sine effekter ene og alene

**Inndelingen i primærvirkninger og bivirkninger er rent språklig trylleri, de to størrelsene lar seg ikke metodologisk isolere. De ønskede, tilsiktete effektene kalles primærvirkninger, mens de uønskede kalles bivirkninger.**

gjennom det traume som behandlingen påfører hjernen. Å snakke om "bivirkninger", som om disse skulle la seg skille ut som separate prosesser, er å tåkelegge de faktiske forhold. Ordet "bivirkninger" bør derfor i alle sammenhenger som har med ECT å gjøre, erstattes med ordet skadevirkninger.

### LYVER PASIENTENE?

I Peter Lehmanns "Schöne neue Psychiatrie" skriver ECT-historiker og "overlever" Leonard Frank: "Praktisk talt alle psykiatere som gransker, beskriver og bedømmer elektroshjokk, er selv utøvere av behandlingen. Dette forklarer delvis hvorfor det så å si vrimler av påstander om de positive virkningene av elektroshjokk i psykiatrilitteraturen - mens derimot farene som forbindes med anvendelsen blir bagatellisert eller oversett."

Tidlige ECT-talsmenn som Kalinowski medga at deres pasienter ofte klaget over

hukommelsestap, men avviste slike reaksjoner som "nevrotiske" og derfor i seg selv sykelige. Breggin spør retorisk: "Finnes det noen slags uforklarlig ECT-effekt som alltid fører med seg en subjektiv følelse av hukommelsestap hos dem som blir hjulpet? Kan det i stedet være så at de pasienter som klager over hukommelsestap rubriseres som "ikke bedrede" eller "nevrotiske" for å ugyldiggjøre deres oppfattelser, mens samtlige pasienter som ikke klager rubriseres som "bedrede" eller "kurerte"?"

Det som av noen kalles "illusjonsteorien" gjør gjeldende at pasienter overdriver det de opplever som hukommelsestap. Breggin viser til forskning som vitner om det motsatte: "Pasienter som oppviser størst hukommelsestap, er tilbøyelige til å klage minst... En slik benektelse av mental svekkelse er nettopp hva som kan ventes og hva vi typisk finner etter hjerneskade. I stedet for å overdrive

sine mentale defekter eller hjerneskade, har pasientene nesten alltid en tendens til å benekte eller underspille dem. De gjør dette av frykt eller skam over sin mentale tilstand... Dette fenomenet med å benekte mental dysfunksjon etter hjerneskade er så vanlig forekommende at vi har et navn for det: konfabulering."

Breggin gjør følgende urovekkende sammenligning: "Alle lobotomerte pasienter er tilbøyelige til å undervurdere sine tap, ingen har noen tendens til å overdrive dem. Lobotomerte pasienter forvrenger ganske mye, men bare for å benekte sin massive, overveldende psykologiske funksjonsnedsettelse."

Vi har all grunn til å spørre om den presumptivt objektive vitenskaps-gren - psykiatrien - som den dag i dag forsikrer oss at deres sjokk-behandlinger er helt ufarlige, spiller med åpne kort, eller om dens koryfæer trykker sine hemmelig-heter tett mot brystet.

## ET BLIKK NED I SKYTTERGRAVENE

Noen vil kanskje fristes til spørre: har vi å gjøre med en ren konspirasjon fra psykiatriens side? Til det vil jeg svare: om det bare var så vel! Da kunne vi svare med rent juridiske midler. En konspirasjon foreligger definisjons-messig når to eller flere personer sammen planlegger og/eller gjennomfører noe ulovlig. Men det er intet ulovlig ved psykiatriens virksomhet. Profesjonen nyter de lovgivende myndigheters fulle godkjennelse, tillit og beskyttelse. Problemet er systemisk, ikke kon-spiratorisk. Selv om jeg alvorlig tviler på det, kan jeg som en tankeøvelse gå med på at de fleste psykiatere tror de handler i sine pasienters interesse.

Hva en psykiater tror eller ikke tror er visserlig av betydning, men det er langt viktigere å klarlegge de makt-strukturer (enten de er åpent synlige eller implisitte) som

psykiateren handler innenfor og som legitimerer det han gjør.

Den som definerer den sosiale virkeligheten, kontrollerer den. Det har derfor vært helt avgjørende for psykiatrien å tilkjempe seg og befestet definisjons-makten innenfor det felt der den har villet fremby sin ekspertise som overlegen alle andre faglige tilnærminger: mental helse/sykdom.

Et blikk på hva som skjedde med psykiatrien og ECT-forskningen i USA fra 70-tallet og fremover, gir et bra bilde av hva som skjedde i resten av verden, inklusive vår egen froskedam. Variasjonene fra land til land har riktignok vært mange, men i det store og hele marginelle. USA har ført an. Resten av verden har lyttet, nikkert og fulgt etter.

Det er i denne sammenheng Linda Andres bok er så epokegjørende. Hun følger det politiske spillet fra skanse til skanse. Et sammenstøt her, et

nederlag der, omgrupperinger, forskningsinger, plutselige finter, nye taktikker, nye strategiske definisjoner. Linda Andre fotfølger aktørene og titter dem i kortene. Ingen har før henne beskrevet spillet så inngående.

Ifølge Andre gikk den viktigste posisjonsendringen ut på å dreie forskningen (det lille som fans av den) om i retning av PR: "ECT-industrien gikk inn i sin public relations-æra i 1972. På dette tidspunkt bandt industrien seg til en strategi som den har holdt fast ved hele tiden siden. Den bestemte seg for å handle som om ECT var blitt dokumentert som trygg og effektiv. Følgelig ville dens makt og troverdighet tjene som kausjon mot det faktum at en grundig og upartisk undersøkelse aldri var blitt gjennomført, og mot vitnesbyrdene til et uregnelig antall ECT-pasienter. Etterhvert som dens medlemstall og innflytelse vokste opp igjennom tiårene, ville denne kausjon fremstå som

mer enn tilstrekkelig.”

Og hun legger til: “La deg ikke forlede; hver gang en regjeringsinstans tar seg an ECT (eller et hvilket som helst annet emne, som f.eks. virkningene av psykiatriske droger på selvmord), så er dette glohett omstridte politiske utspill, og den prosess som de utvikles gjennom er en politisk maktkamp.”

Under kriseårene på 70-tallet, da allmennhetens tiltro til den etablerte psykiatrien befant seg på et lavmål, nedsatte American Psychiatric Association (APA) en “Task Force on ECT” (Arbeidsgruppe om ECT). Dens agenda var krystallklar: å gjenvinne både publikums og myndighetenes tillit. Utfordringen besto i at ingen metodologisk holdbare studier var blitt utført om ECT siden behandlingens første par tiår.

Andre: “Mangelen på fakta hindret ikke Arbeidsgruppens arbeid, siden fakta stort sett var irrelevant for arbeidet.

Selve grunnprinsippet for public relations er at fakta spiller mindre rolle enn persepsjoner. Fakta er i beste fall irrelevante, i verste fall et hinder for PR-mannens håndverk. Som artikulert av grunn-leggeren av moderne public relations, Edward Bernays, i hans 1947-essay “The Engineering of Consent” – er hovedoppgaven for enhver public relations-kampanje ikke å spørre hva fakta er, men å foreta en opinionsundersøkelse.”

Får det bjeller til å ringe? Det burde det. Store deler (størstedelen?) av det som presenteres som forskning innen psykiatrien i vårt eget land, er statistisk behandlede spørreundersøkelser.

Andre presiserer: “Industrien kunne ikke gjøre ECT trygg. Den kunne ikke forhindre hjerneskade, permanent amnesi og kognitiv funksjonsnedsettelse. Men det trengte den ikke. Den trengte bare å kontrollere allmenn og faglig persepsjon: hva mennesker



- inkludert allmennpraktiserende leger og dommere som vurderte kompetanse og kunne gi tillatelse til tvangsbehandling - trodde om sjokk, ikke hva som faktisk var sant."

Den fagorienterte pressen fulgte lydlig opp. "Innen ECT-journalistikken," skriver Andre, "er det som sies av en lege sant og kan - hvis det tjener forfatterens hensikt - trykkes uten henvisning til fakta, selv om det villeder leseren. Men uttalelsene til tidligere pasienter, hvis de da overhodet kommer på trykk, siteres i anførselstegn, som udokumentert syning. Dette er standardpraksis i det som antas å være journalistikkens høyeste doméner, mens det ville betraktes som forkastelig i en skoleavis."

### "STOL PÅ OSS, VI ER LEGER"

Det finnes i USA en bremsekloss mot utbredelsen av altfor vidløftige påstander om en behandlingsmetodes eller et medikaments

fortreffelighet: The Food and Drug Administration (FDA). Byråets oppgave er å vitenskapelig overprøve om nye metoder/droger oppfyller pålagte kriterier for sikkerhet og effektivitet. Intet får slippes ut på markedet uten FDAs godkjenning.

Peter Breggin er en av dem som med størst tyngde har demonstrert det presumptivt uavhengige FDAs symbiotiske kopling til legemiddelsindustrien. Antydninger om samme type habilitetskonflikter (hvem står på lønnslista til hvem?) har blitt anført hva gjelder byråets forhold til produsentene av ECT-maskiner.

Noe er det som ikke helt stemmer, og Linda Andre har forsøkt å nøste det frem: "På 80-tallet overbeviste ECT-industrien den føderale regjeringen om at ECT var trygt, uten noensinne å gjøre en eneste sikkerhets-studie. I stedet for kliniske tester, gjennomførte industrien en massiv lobby-kampanje i forhold til Food and Drug Administration (FDA).

American Psychiatric Association (APA), National Institute of Mental Health (NIMH) og leger fra de mest prestisjetunge sykehusene og universitetene i Amerika talte med én tunge til byrået, med det klare budskap: ikke test ECT-maskinene for sikkerhet. Og det fungerte. Til denne dag har verken FDA eller noen tilvirker av en ECT-maskin gjennomført en eneste teststudie for å avgjøre hvilke virkninger maskinene har på pasienter."

Dette til tross for at en lov fra 1976 (Medical Devices Amendment) krevde at alle nye medisinske apparater ("devices") måtte testes. (En "device" - på godt norsk: duppeditt - kan i amerikansk språkbruk være alt fra en atombombe til en elektrisk tannbørste.)

ECT-industrien har i mer enn 30 år lobbet for at deres duppeditter skal omklassifiseres fra klasse III til klasse II. (Klasse III anses som høyrisiko, klasse II som lavrisiko.) De økonomiske

fordelene for produsentene ved en omklassifisering er åpenbare.

Hele historien om hvordan APA og ECT-industrien har lobbet og trikset for å nedrangere (og ufarliggjøre) sine maskiner er for bisarr til å gjengis her. FDA har vært mer enn velvillig - og bare krevd av produsentene at de leverer dokumentasjon på at maskinene tilfredsstillt visse "prestasjonsstandarder". Det har produsentene ikke villet gjøre. I skrivende stund virker det som om FDA i ren utmattelse og resignasjon er i ferd med å imøtegå industriens krav.

Hva er det med disse duppedittene?

Linda Andre antyder et svar: "Ved inngangen til 1990-tallet var de såkalte "nye og forbedrede" apparatene åtte ganger så kraftige som den opprinnelige maskinen som ble utviklet på 30-tallet."

Men det ECT-industriens

koryféer lar deg få vite, hvis du til alt overmål skulle mobilisere den frekkhet å spørre, er at de nye maskinene er langt lindrigere i sin virkning enn sine bestefedre.

### KAMPANJERIDDERNE

Med seg på laget hadde APA the National Institute of Mental Health (NIMH), som fra 80-tallets begynnelse og fremover bevilget store summer penger til det som ble utlagt som ECT-forskning. På skuldrene til denne bevegelse tronet den mann som i mer enn 25 år kom til å fronte kampanjen: Harold Sackeim.

Sackeim var psykolog, ikke medisiner. "Han manglet både en vitenskapelig og en medisinsk plattform som ECT-ekspert. Men industrien trengte ingen vitenskapsmann. I PR-æraen trengte de en PR-person, en saktilvendt sosialvitenskapsmann som kan gi råd til en klient eller en arbeidsgiver i spørsmål om sosiale holdninger og handlingsstrategier som kan vinne støtte fra den

offentlighet som han eller hun er avhengig av. Sackeim var kvalifisert for det." (Andre)

Det Sackeim var dyktigere til enn alle konkurrenter, var å sikre seg evig løpende forskningsbevilgninger. Andre: "Spesialfinansiert forskning har mange mål utover å fremme vitenskapen og hjelpe pasienter, og ett av dem er karrierebygging. På hvilken annen måte enn gjennom forskning kunne Harold Sackeim, en mann som ikke har lov til å behandle pasienter, bli unisont hyllet som "verdens største ekspert" på sjokk?... Jo mer han skrev, desto mer vokste hans anseelse som ekspert."

Sackeim produserte artikler i kopiøse mengder. Overalt ble han sitert. Men var det nå slik at kvantitet i dette tilfelle garanterte kvalitet? Hva slags forskning var det Sackeim bedrev?

Sammen med bl.a. sin kollega Richard Weiner foretok Sackeim omfattende

"selective reviews" (selektive sammenfatninger) av tidligere publisert forskning. Det innebærer at "forfatteren plukker og velger fra litteraturen, og kan velge bare de artikler som støtter hans eller hennes argumenter, mens de utelater eller fortier eksistensen av slike som tilbakeviser argumentene." (Andre). "Forskningen" er m.a.o. i selve utgangspunktet vinklet.

Dette ble standardmetoden i både offentlig og privatfinansiert ECT-forskning. Når noen prøvde å gi lyd for faglig fundert kritikk, holdt man seg for ørene.

Det var likevel én gruppe som nektet å holde kjeft: de såkalte "overleverne" etter ECT. De bare vokste i antall.

"Fra begynnelsen av 90-tallet," skriver Andre, "begynte industrien å torgføre en ny public relations-løsning på det vedvarende problemet med sjokkpasienter som fortsetter å påberope seg

hjerneskode. Den hevder nå at mentalsykdom forårsaker hjerneskode. Etersom alle som har blitt tilført sjokk på et eller annet tidspunkt er blitt stemplet som mentalsyk, tjener denne teorien som et bekvemt røykteppe for å omformulere idéen om at hjerneskode er en følge av en "indre" sykdom, og ikke en konsekvens av behandlingen."

Se det ja - der dukket den gamle kjenningen opp igjen. Besvergelsen av Ånden i flasken later til å være like seiglivet nå som "jakten på schizokokken" var på 50-og 60-tallet.

### NÅR SLØRET FJERNES

Enhver kritikk av elektroshjokkbehandling er uansvarlig. Visste du det? Vi kan teoretisere opp og ned og frem og tilbake så mye vi vil, men ett faktum gjenstår, og det er et faktum som sender alle innvendinger rett inn i skammekroken: ECT redder liv.

Det er opplest og stadfestet og klubbet igjennom og vedtatt: ECT forhindrer selvmord. Punktum. Så kom ikke her.

Det er bare en bitteliten hake ved dette ugjendrivelige argumentet: det er ikke sant.

Linda Andre sier det kort og enkelt:

"Skjønt mennesker er blitt drept av ECT og de komplikasjoner det fører med seg, og har tatt livet av seg selv etter ECT, så finnes det ingen evidens, hvor du enn leter, for at ECT har reddet liv eller forhindret selvmord." Og hun fortsetter: "Studie etter studie fra 70-tallet og frem til idag viser at hvis ECT overhodet har noen innvirkning på selvmord, så er det i den forstand at mennesker som er blitt gitt ECT, med større sannsynlighet dør av selvmord eller andre

årsaker, enn mennesker som ikke har fått ECT."

Peter Breggin trekker samme konklusjon: "I det store og hele er det ingenting i litteraturen som antyder at ECT senker tilbøyeligheten til selvmord, mens en betydelig del av litteraturen bekrefter at behandlingen ikke gjør

**Det er opplest og stadfestet og klubbet igjennom og vedtatt: ECT forhindrer selvmord. Punktum. Så kom ikke her. Det er bare en bitteliten hake ved dette ugjendrivelige argumentet: det er ikke sant.**

det. Den grundigste studien viser at ECT øker den overgripende selvmordsraten, deri inkludert en kraftig økning under den første uken etter siste behandling. Igjen ser vi

at oppfatninger om behandlingen ikke styres av empiriske data. I stedet blir empiriske data ignorert, forvrengt eller feilrepresentert for å befestede rådende behandlingsoppfatninger."

I de få tilfeller der kontrollerte kliniske studier er blitt

gjennomført, f.eks. i randomiserte forsøk der man etter double-blind-prinsippet har delt inn pasienter i de som får riktige elshjokk og de som får "placebo"-shjokk ("likksomshjokk"), har resultatene ikke falt ut til ECTs fordel. "I 1992 gjorde den britiske psykiateren Graham Sheppard en kritisk evaluering av alle liksom-vs-virkelig ECT-studier som var blitt utført frem til da. (Ingen er blitt gjort siden.) Han konkluderte med at virkelig ECT ikke var mer effektiv enn liksom-ECT." (Andre) Det hører med til historien at Sheppard ikke fant noen forlegger som ville publisere artikkelen.

Når forsknings-resultater ikke støtter opp om den rådende fag-ideologi, gjør man sitt beste for å hemmeligholde eller ignorere dem. Da NIMH i 1985 arrangerte en "Consensus Conference" for

å summere opp ECT-industriens erfaringer, møttes både talsmenn for og kritikere av behandlingen for å diskutere dens effektivitet. Breggin, som selv deltok, forteller: "Forsvarerne av behandlingen var ute av stand til å legge frem en eneste studie som viste at ECT hadde noen positiv effekt utover 4 uker... At behandlingen ikke hadde noen positiv effekt etter 4 uker, bekreftet hjerne-invalidiserings-hypotesen, ettersom 4 uker er den omtrentlige tid det tar for hjernen å hente seg inn etter de mest lammende effektene av det ECT-induserte akutte organiske hjerne-syndromet, eller deliriet."

Men ECT-lobbyen holdt stand. Den hadde makten, prestisjen og pengene på sin side.

Det skulle gå mer enn 20 år før denne maktpyramiden

**"Forsvarerne av behandlingen var ute av stand til å legge frem en eneste studie som viste at ECT hadde noen positiv effekt utover 4 uker..."**

ble rammet av et bombenedslag så høyeksplosivt at det fikk hele fundamentet til å riste. Angrepet kom, fullstendig uventet, fra hjertet av lobbyens egne rekker.

Breggin: "I

2007

publiserte et team ledet av elshjokk-behandlingens standhaftige flaggbærer, Harold Sackeim, en oppfølgende studie over pasienter som hadde fått elektroshjokk. Forskerne fant at pasientene var alvorlig reduserte, med gjennom-

gripende tap ikke bare av hukommelse, men også med nedsettelse av kognitiv funksjonsevne - evnen til å tenke og lære."

Sackeim "fulgte opp 347 pasienter som var blitt gitt ECT fra hele registeret av dagens tilgjengelige metoder, inkludert de nyeste og

angivelig mest skånsomme formene, og bekreftet at elshjokk forårsaker permanent hjerneskade og dysfunksjon."

Dette er hva metodens kritikere har påpekt i mer enn 60 år.

**Sackeim "fulgte opp 347 pasienter som var blitt gitt ECT fra hele registeret av dagens tilgjengelige metoder, inkludert de nyeste og angivelig mest skånsomme formene, og bekreftet at elshjokk forårsaker permanent hjerneskade og dysfunksjon."**

NIMHs britiske søsterorganisasjon, Institute of Psychiatry, gjennomførte sammen med pasientorganisasjonen SURE en tilsvarende undersøkelse som Sackheim et al., og kom frem til lignende resultater. "Mange mennesker

beskriver hvordan adskillige år av deres liv, og i visse tilfeller så mye som 15-20 år, har blitt visket bort fra deres hukommelse, enten de føler at ECT har hjulpet dem eller ikke. SURE fant ingen evidens for noen langvarig eller permanent nytte av ECT i studiene

eller i hva tidligere pasienter kunne vitne om." (Andre)

Kan det være at elektroshjokk som behandlings-form er en koloss som endelig står for fall, slik det skjedde med lobotomien? Ikke om vi skal tro våre skandinaviske autoriteter.

### DEN STORE LØGNEN

Hvor mange mennesker vet at elshjokkbehandling har hatt en nærmest eksplosjonsartet økning i både Sverige og Norge i løpet av de siste 10-15 årene? Nesten ingen andre, vil jeg tro, enn dem som selv blir berørt av det. Folk flest får lov til å leve i bekymringsløs uvitenhet. Det vi ikke vet har vi ikke vondt av, så hvorfor uroe oss?

Kanskje du og jeg burde begynne å uroe oss nå med en gang. Ingen vet hvem som blir den neste til å ligge under elektrodene. Skal vi tro dem som produserer statistikkene (det er det riktignok

mange grunner til ikke å gjøre), så er depressive forstyrrelser den folkesykdom som har økt mest de siste årene. Depresjon rammer blindt og uten synlige årsaker - det er noe kjemisk i hodet som gjør at vi bare blir sånn, det vet de som vet. I samme takt som de rapporterte forstyrrelsene øker og sprer seg, økes og forfines den kreative diagnoseproduksjonen (det er en krypto-vitenkapelig genre av høy status), med dertil hørende massiv ordinerings av lykkebringende piller og strømsjokk.

Vi har ingen pålitelig statistikk over hvor mange som sjokkes i Norge i løpet av et år. De institusjoner som praktiserer behandlingen har ingen plikt til å innrapportere operasjonene. Følgelig har vi heller intet landsdekkende register for ECT. Det kan høres smått utrolig ut, men slik er det altså. Ifølge Linda Andre anslås det at rundt 2 millioner mennesker i verden hvert år mottar ECT. I USA er



tallet (løst antatt - heller ikke der skjer noen systematisk registrering) på rundt 100 000. I Sverige ble det ifølge TV-programmet "Uppdrag granskning" utført 45 000 elbehandlinger under 2008. Det gjør Sverige til ledende i verden, en ære det kan være god grunn til å styre sin begeistring for. Hvor nær vi ligger de svenske tallene i Norge, vet jeg ikke. Men jeg mistenker at vi puster svenskene i nakken, ettersom vi alltid prøver å gjøre som svenskene gjør, bare litt bedre.

"Uppdrag granskning" undersøkelse av ECT gikk på luften i november 2009, i to deler. Det viste hva gravende journalistikk kan være når den er som best. Mest plass fikk, som seg hør og bør, tidligere ECT-pasienters egne beretninger. De var opprørende og skremmende. Og fullstendig overbevisende. Dette var skadede mennesker - mennesker som var blitt utsatt for overgrep. At de våget å stå frem som de gjorde er bare å ta av seg hatten for.

Det samme kan ikke sies om elbehandlingens forsvarere. For dem er bare ordet arroganse dekkende. Helsevesenets beslutningsfattere ble konfrontert med det faktum at deres informasjonsbrosjyre til pasienter og pårørende ikke med et ord nevnte muligheten for skadevirkninger av ECT, mens en tilsvarende brosjyre for praktiserende leger og annet helsepersonell opplyste om en slik fare. Den intervjuede sjefsbyråkraten ble svarløs.

Psykiateren Håkan Odeberg, Sveriges fremste ekspert på ECT, tilkjennega sin "tro og overbevisning" (det var faktisk de ordene han brukte) om at ECT ikke forårsaker noen bestående skader. Hovedproblemet for ham var at noen pasienter opplevde seg skadet. Som en annen "ekspert" formulerte det: "Problemene sitter i hodet, ikke i behandlingen."

Sjefslegen ved St.Lars i Lund, som hadde tvunget på

en av sine pasienter over 100 - hundre - sjokk-behandlinger mot pasientens egen vilje, nektet plent å innrømme at hun hadde noen som helst slags makt. Hun bare utførte det oppdrag hun hadde fått av de lovgivende myndigheter. Har vi hørt det argumentet i andre sammen-henger? Tenk etter og bli riktig, riktig redd.

Det ble gjort et poeng av at pasienter i Norge (i motsetning til Sverige) ikke kan påføres ECT uten deres "informerte samtykke".

Men hvor mye verdt er et slikt samtykke når all informasjon om skadevirkninger forties eller benektes? Det kan bare kalles et taktisk bedrageri.

Hvis en lege forsikrer deg at en forestående sjokk-behandling ikke kan påføre

deg bestående skader, så enten

(a) lyver han deg rett opp i ansiktet, eller så

(b) har han ikke satt seg inn i virke-måten til den behandling han selv

ordinerer eller utfører.

Hvilket av de to alternativene som er mest forkastelig skal jeg la være usagt.

Mitt eget hovedpoeng vil jeg koke ned til følgende:

Det foregår idag, i legevitenskapens navn, en omfattende og systematisk mishandling av ulykkelige mennesker. Med statlig velsignelse.

**Hvis en lege forsikrer deg at en forestående sjokkbehandling ikke kan påføre deg bestående skader, så enten (a) lyver han deg rett opp i ansiktet, eller så (b) har han ikke satt seg inn i virkemåten til den behandling han selv ordinerer eller utfører.**

Anvendt litteratur:

Linda Andre: Doctors of Deception. What They Don't Want You to Know about Shock Treatment (Rutgers University Press 2009)

Peter R. Breggin, MD: Electroshock. Its Brain-Disabling Effects (Springer Publishing Company 1979)

Peter R. Breggin, MD: Brain-Disabling Treatments in Psychiatry. Drugs, Electroshock and the Psychopharmaceutical Complex - Second Edition (Springer Publishing Company 2008)

Peter Lehmann: Schöne neue Psychiatrie. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken (Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1996)

"Det finnes en massiv motstand mot elektroshjokk over hele verden i dag. WSO har sluttet seg til denne protesten for å sette en stopper for en av de mest inhumane "behandlingsmetodene" som finnes i norsk helsevesen".



Fra en gatemarkering i Montreal i Canada.  
Fotoet er hentet fra hjemmesiden til  
Mind Freedom International med tillatelse.



Fra en protestaksjon i Cork i Irland.  
Fotoet er hentet fra hjemmesiden til  
Mind Freedom International med tillatelse.

Innholdet i det heftet du nå holder i hånden er egentlig ikke for dine øyne. De aller fleste innen helsevesenet vil ikke at du skal kjenne til de fakta som her dokumenteres. Du anses ikke å være kvalifisert til å avgjøre om den såkalte "behandling" som du finner beskrevet her er til ditt eget eller til dine nærmestes beste.

Vi tror at du vil være fullt i stand til å avgjøre det spørsmålet selv. Derfor har vi unnlatt å pynte på virkeligheten. Vi gir deg fakta. Det du finner på disse sidene har ene og alene til hensikt å informere.