

Tvangsbehandling med elektrochok bør forbydes

Af Peter C. Gøtzsche, professor, dr. med.

Udgivet 12. marts 2016 på www.deadlymedicines.dk

Elektrochok er en meget primitiv "terapi", som slet ikke er nødvendig. Elektrochok bruges fx ikke i Trieste i Italien, og der er andre psykiatere, som heller aldrig har brugt elektrochok. Australieren Niall McLaren, der blev psykiater i 1977, udarbejdede en rapport i forbindelse med en højesterets sag i Victoria i 2014 om en patient, der blev tvangsbehandlet med elektrochok, hvor han bla. anførte, at han aldrig har brugt elektrochok.¹ Hans arbejde har omfattet otte år som klinikchef på to hospitaler, hvor elektrochok tidligere var blevet anvendt. I hans tid blev elektrochok ikke forbudt, men lægerne skulle retfærdiggøre det ved at påvise, at der ikke var noget alternativ. Dette medførte, at brugen stoppede. Samtidig faldt antallet af indlæggelser og indlæggelsestiden, og belægningsprocenten faldt til halvdelen. Efter McLaren forlod disse to hospitaler, skete der desværre det, at man genoptog behandlingen med elektrochok, og belægningsprocenten steg hurtigt igen. McLaren har været involveret i behandlingen af over 10.000 fortløbende psykiatriske patienter uden nogensinde at have haft behov for at bruge elektrochok.

Dette beviser selvfølgelig ikke, at vi godt kan undvære elektrochok. Det mener jeg, vi både kan og bør, men det vigtigste for mig er, at man ikke tvinger nogen til det. Og at man informerer ærligt om den tvivlsomme effekt, elektrochok har, og om dets alvorlige skadevirkninger, hvis man ønsker at tilbyde det til en patient.

Læger har pligt til at give en fyldestgørende information, men erfaringen viser, at det ofte ikke sker. Som jeg forklarer i kapitlet om tvang i min nyeste bog,² har psykiatere brugt elektrochok for de patienter, de brød sig mindst om, og lægerne har rutinemæssigt ordineret elektrochok for dem, der kæmpede eller var rastløse, støjende, stridbare eller stædige, sådan som det desværre stadig sker i Australien. Dybest set mener jeg, at tvang i psykiatrien bør forbydes. Den ene grund er, at tvang gør større skade end gavn. En anden grund er den simple, at vi har pligt til det. Den grundlæggende menneskeret om lighed for loven gælder for alle, også for mennesker med psykiske lidelser. Det fremgår af verdenserklæringen om menneskerettigheder, den internationale konvention om borgerlige og politiske rettigheder og De Forenede Nationers konvention om rettigheder for personer med handicap, der er ratificeret af næsten alle lande (se kapitlet om tvang i min bog). I 2014 tydeliggjorde konventionen, at medlemsstaterne straks skal begynde at tage skridt i retning af at virkeliggøre rettighederne ved at indføre love og politikker, der skal erstatte bestemmelser om stedfortrædende beslutningstagning med understøttet beslutningstagning, der respekterer personens autonomi, vilje og præferencer. Men så længe vi har tvang, kan en trussel om elektrochok bruges til at overtale patienter, der nødig vil have psykofarmaka, til at tage dem alligevel.

Patienterne opfatter ofte tvangsbehandling som tortur, og i Europa føres der tilsyn med tvangsbehandling i henhold til Konventionen om Forbud mod Tortur. Artikel 3 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention er meget kort, men præcis: "Forbud mod tortur. Ingen må underkastes tortur eller umenneskelig eller nedværdigende behandling eller afstraffelse." Der er nedsat en europæisk komité, som besøger behandlingsstederne, og komitéen har udtalt, at samtykke til behandling selvfølgelig kun kan betegnes som frit og informeret, hvis det er baseret på fuld, præcis og forståelig information om

¹ Gøtzsche PC, Lund K. Tvangsmedisinering må forbydes. Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse. Kritisk Juss 2016 (i trykken).

² Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse. København: People's Press; 2015.

patientens tilstand og den foreslåede behandling. Komitéen nævner om elektrochok, at det ikke er fyldestgørende og præcist at omtale det som "soveterapi".

I det følgende gengiver jeg kapitlet om elektrochok fra min bog.

Elektrochok

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) har en lang historie.¹ Ligesom sine forgængere, insulin komaterapi og metrazol, som også forårsager kramper, kan det have en korttidseffekt på nogle psykiatriske lidelser, men jo mere jeg læser, desto mere usikker bliver jeg.

Cochrane-oversigten om skizofreni er fra 2005.² Flere fik det bedre med ECT end med placebo eller placebo-ECT, relativ risiko 0,76 (95 % CI 0,59-0,98), men dette fund er usikkert. Det er kun lige akkurat statistisk signifikant, forsøgene var små (kun 392 patienter i 10 forsøg), og forfatterne bemærkede, at jo større forsøget var, desto mindre var effekten, hvilket tyder på, at der findes negative forsøg, der ikke er blevet offentliggjort.

Forfatterne forsøgte at reducere bias, fx brugte de kun scoringer for effekten, hvis de kom fra patienterne eller uafhængige observatører eller pårørende, som ikke var terapeuten. Men der var mange problemer med forsøgene, og forfatterne var for generøse efter min mening, idet de kun ekskluderede forsøg, hvis effekten var ukendt hos mere end 50 % af patienterne. Forfatterne meddelte, at ECT var bedre end placebo-ECT for Brief Psychiatric Rating Scale, men der var kun 52 patienter i analysen, og vi har ingen anelse om, hvor mange patienter der ikke var data på eller hvorfor. Endvidere var forskellen kun 6 på en skala, der går til 126, hvilket er langt under, hvad der udgør en klinisk relevant forskel (se kapitel 6).

ECT var betydeligt mindre effektiv end antipsykotika, fx havde dobbelt så mange patienter ikke fået det bedre i ECT-gruppen, relativ risiko 2,18 (95 % CI 1,31-3,63).

Forfatterne drog ikke nogen endelige konklusioner om nogen korttidseffekt, og der var ingen evidens for nogen effekt på langt sigt. Andre systematiske oversigter har heller ikke fundet nogen gavnlige virkninger ud over behandlingsperioden hverken for skizofreni eller for depression.^{3,4} Efter min opfattelse kan det ikke retfærdiggøres at bruge ECT for skizofreni.

Hvad angår depression, fandt en britisk gennemgang af forsøgene fra 2003, at ECT var mere effektivt end simuleret ECT (seks forsøg, 256 patienter, effektstørrelse -0,91, 95% CI -1,27 til -0,54), svarende til en forskel i Hamilton-scoren på 10, og ECT var også bedre end medicin (18 forsøg, 1.144 deltagere, effektstørrelse -0,80, 95% CI -1,29 til -0,29).⁴ Men kvaliteten af forsøgene var ringe; de fleste forsøg var små; og resultaterne ville sandsynligvis ændre sig væsentligt, hvis der fandtes enkelte neutrale studier; forsøgene havde sjældent brugt effekt mål, der var relevante for klinisk praksis; og data tydede på, at ECT førte til atrofi af hjernebarken.⁴ Forfatterne gjorde opmærksom på, at afvejningen mellem at gøre ECT optimalt effektiv med hensyn til at lindre depressive symptomer og at begrænse den kognitive svækkelse burde overvejes. Forskere har ofte svært ved at bruge klar tale, som læserne forstår. Jeg tror, at de mente, at det er usikkert, om ECT for depression gør mere gavn end skade.

Psykiatere hævder, at ECT kan være livreddende for nogle mennesker, men der er ingen overbevisende data til støtte for denne tro,^{3,4} hvorimod vi ved, at ECT kan være dødbringende. Den britiske oversigt inkluderede fire observationelle studier af total dødelighed, men resultaterne var uklare.⁴ En anden mere omfattende systematisk oversigt fandt en dødelighed på omkring 1 per 1.000,³ hvilket er 10 gange højere, end hvad Den Amerikanske Psykiaterforening siger.³ Da det kan forekomme overraskende, at ECT kan dræbe folk, skal jeg berette, hvad en mor fortalte mig før en forelæsning, jeg holdt i Brisbane. Psykiaterne dræbte hendes søn med ECT, men det lykkedes lægerne at genoplive ham. Da han vågnede, havde han alvorlige forbrændinger efter proceduren, og de næste 2-3 måneder kunne han ikke sige noget, folk kunne forstå. Han er permanent hjerneskadet, og hans sociale færdigheder er meget ringe; han kan ikke klare sig selv.

Patienter deler ikke psykiaternes syn på ECT, især ikke i forhold til de langsigtede skader. I 2003 oplyste Den Britiske Psykiaterforenings faktablad, at flere end 8 ud af 10 depressive patienter, der får ECT, responderer

godt, og at der ikke er noget vigtigt hukommelsestab.⁵ Men i en systematisk oversigt svarede kun mellem 29 % og 83 % af patienterne bekræftende på udsagnet "elektrochok er nyttigt" i de forskellige undersøgelser,⁵ og de laveste tilfredshedsniveauer sås i studier ledet af patienter og ikke af psykiatere.

Studier af ECT, der anvender rutinemæssige neuropsykologiske test, har konkluderet, at der ikke er tegn på vedvarende hukommelsestab, men det, der måles, er typisk evnen til at danne nye erindringer efter behandlingen (anterograd amnesi). Rapporter fra patienter med hukommelsestab handler derimod om udviskning af tidligere erindringer, eller retrograd amnesi, og den er temmelig udtalt.⁵ Med en stram definition af hukommelsestab går det ud over mellem 29 % og 55 % af patienterne, og med løbere kriterier er det fra 51 % til 79 %, der rammes. Andre undersøgelser tyder også på, at ECT kan forårsage permanent hjerneskade.³ I 1940'erne vidste man godt, at ECT virker, fordi det forårsager hjerneskader og hukommelsestab, og ved obduktion fandt man hjerneskader, herunder celledød.³

At sige, som psykiaterne, der udarbejdede en Cochrane-oversigt af deprimerede ældre, gjorde,⁶ at: "I øjeblikket er der ikke noget, der tyder på, at ECT forårsager nogen form for hjerneskade, selvom midlertidig kognitiv svækkelse ofte ses", og at: "ECT synes at være en sikker procedure", er totalt forkert. Den officielle vejledning om depression for praktiserende læger i Danmark er endnu værre. Det hedder, at: "Mange har en ubegrundet frygt for ECT-behandling, selvom der ikke er evidens for, at behandlingen medfører hjerneskader; derimod tyder meget på, at der dannes nye nerveceller ved behandlingen."⁷ Hvad vejledningen faktisk siger, er, at ECT forårsager hjerneskade, idet nye nerveceller dannes som reaktion på hjerneskade!

Nogle førende psykiatere indrømmer, at ECT er en af de mest kontroversielle behandlinger inden for medicinen,⁸ og Storbritanniens National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefaler, at ECT kun anvendes til at opnå hurtig korttidsforbedring af svære symptomer, efter at andre behandlinger har vist sig at være ineffektive, eller når tilstanden anses for at være potentielt livstruende for personer med alvorlige depressive lidelser, katatoni, og en langvarig eller svær manisk episode. Den Britiske Psykiaterforening appellerede denne afgørelse, som foreningen fandt ville forhindre patienter, som vil have gavn af det, i at modtage elektrochok, men appellen blev afvist.⁵

ECT synes ikke at have langvarige gavnlige virkninger, hvorimod det forårsager permanent og alvorlig skade. Det "virker" ved at gøre folk forvirrede, og det ødelægger folks erindringer, hvilket er det, der definerer os som mennesker.

Gentagne undersøgelser udført af Den Britiske Psykiaterforening viste, at mange hospitaler ikke lever op til foreningens standarder,⁵ fx viste en undersøgelse, at dette kun gjaldt for en tredjedel af ECT-klinikkerne.⁴ Der er også store variationer i klinisk praksis og i brugen af ECT.³⁻⁵ I Danmark blev tvangsbehandling med ECT firedoblet på kun syv år i 1990'erne, men tvangsbehandling er voldsomt ubehagelig, patienterne er meget bange, den fremkalder ofte kolossal bitterhed og vrede, og den opfattes af patienterne som et tillidsbrud.⁹

Efter min opfattelse bør ECT forbydes, da det ødelægger folk og er meget misbrugt som tvangsbehandling. Så længe dette ikke er sket, skal vi i det mindste sikre, at ingen kan tvinges til at få det (se kapitel 15).

Jeg så en meget bevægende dokumentarfilm i Folketinget om Mette, en sygeplejerske, der havde hørt stemmer, siden hun var otte år gammel og havde været psykiatrisk patient i 15 år.¹⁰ Filmen vandt prisen som bedste udenlandske film ved Mad in America's internationale filmfestival i 2014. Mette fik diagnosen paranoid skizofreni, store mængder medicin, 150 elektrochokbehandlinger og invalidepension. Hun blev stigmatiseret og var omgivet af fordomme, men efter at hun besluttede sig for at genvinde sit eget liv og forlade psykiatrien, indfrie hun nogle af sine største mål. Mette og filmskaberens samt mange nuværende og tidligere patienter, psykologer og psykiatere var blandt publikum, og jeg spurgte, hvorfor i alverden psykiaterne var fortsat med at udsætte hende for alle disse elektrochok, når de så åbenlyst ikke hjalp hende. Ingen var i stand til at give mig et tilfredsstillende svar.

Mettes historie illustrerer, hvad jeg mener med, at psykiatere misbruger tvangsbehandlinger. Selv når de så tydeligt ikke virker, fortsætter psykiaterne af bar fortvivlelse med at prøve dem i en endeløs række, hvilket er skadeligt for patienternes hjerner og personligheder.

Nogle psykiatere har aldrig brugt elektrochok. En af disse er Ivor Browne fra Irland, som har forbeholdt behandlingen til livstruende situationer, hvilket han aldrig har oplevet i sin lange karriere.¹¹ At ECT aldrig bruges i Trieste i Italien, viser også, at ECT kan undværes.

ECT er omtrent lige så primitiv og uspecifik en "terapi", man overhovedet kan forestille sig. Ingen, der får computerproblemer, ville turde sende strøm gennem computeren, som ændrer, hvad den har gemt, og hvordan programmerne fungerer. Vores hjerne er den mest ekstraordinære "computer", vi kan forestille os, og ECT vil med sikkerhed medføre ændringer, hvilket netop er rationalet for brugen af det. Jeg undrer mig derfor over, at nogen tør bruge ECT.

Det kan godt være, at du synes, det er for nemt for mig at afvise både ECT og lægemidler som behandlinger af depression, da jeg ikke er psykiater og ikke er deprimeret. Så lad mig fortælle dig dette. Jeg har kendt mange mennesker med depression, herunder nogle, der stod mig nær, og har set, hvor skadelige behandlingerne har været. Jeg har også studeret den videnskabelige litteratur. Derfor, hvis jeg en dag skulle få en alvorlig depression, ville den eneste behandling, jeg ville acceptere, være psykoterapi.

Peter C. Gøtzsche blev cand. scient. i biologi og kemi i 1974, læge i 1984 og specialist i intern medicin i 1995. Medstifter af Cochrane-samarbejdet i 1993 og direktør for det Nordiske Cochrane Center på Rigshospitalet siden 1993. Professor i klinisk forskningsdesign og analyse siden 2010 på Københavns Universitet.

Referencer

- 1 Whitaker R. Mad in America. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
- 2 Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2005;2:CD000076.
- 3 Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. Epidemiol Psychiatr Soc 2010 Oct-Dec;19:333-47.
- 4 UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2003;361:799-808.
- 5 Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. BMJ 2003;326:1363.
- 6 Stek ML, Wurff van der FFB, Hoogendijk WJG, et al. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. Cochrane Database Syst Rev 2003;2:CD003593.
- 7 Klinisk vejledning for almen praksis: unipolar depression, diagnostik og behandling. Dansk Selskab for Almen Medicin 2010.
- 8 Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. BMJ 2003;326:1343-4.
- 9 Frich M. Brug af elektrochok firedoblet. Jyllands-Posten 1998 May 19.
- 10 Mettes Stemme (Mette's Voice). <http://madinamericainternationalfilmfestival.com/mettes-stemme-mettes-voice/> (læst 9. dec. 2014).
- 11 Browne I. The writings of Ivor Browne. Cork: Atrium; 2013.