
Elektrosjokk

TIDLIGERE I TIDSSKRIFTET

MARIT FJELLHAUG BEEN

marit.fjellhaug@legeforeningen.no

I 1934 introduserte den ungarske psykiateren László Meduna konvulsjonsterapi som behandlingsform. På Rønvik asyl i Bodø benyttet de metoden som behandling av schizofreni fra 1938, og da «vi har hatt meget gode resultater av denne behandling, kunde det være av interesse å meddele litt om denne terapi's prinsipper og våre egne resultater», skrev Egil Rian i Tidsskriftet nr. 3/1939 (Tidsskr Nor Lægeforen 1939: 59: 128–38).

Konvulsjonsterapi av schizofreni.

Av **Egil Rian**, Bodin.

Komplikasjoner.

Metoden må stort sett sies å være uten risiko for pt. Meduna har fremkalt over 1 000 anfall uten en eneste komplikasjon og den samme erfaring har vi gjort efter å ha fremkalt 700–800 anfall. Der er beskrevet en del dødsfall i tilslutning til behandlingen; men alltid har det da vist sig at en skjult organisk lidelse var den egentlige årsak, som hjertelidelser, aortaaneurisme, hypernefrom, dyptsittende struma og i et tilfelle emboli fra en gammel tromboflebitt. En nøiaktig somatisk undersøkelse må derfor alltid foretas før behandlingen. Man bør heller ikke behandle hypertonicere da blodtykket stiger efter anfallet. Av stor interesse er hjertets forhold under behandlingen. Et friskt hjerte affiseres meget lite. Heller ikke elektro-kardiogrammet påvirkes nevneverdig (dr. Lax, Budapest). Pulsen kan straks efter anfallet være noget arytisk; men dette forsvinner snart. Meget hyppig fremkalles kjeveluksasjon fremover idet pt. ved anfallets begynnelse gaper kraftig og plutselig. Man kan hindre denne luksasjon ved å trykke underkjeven opover ved anfallets start. En gang har vi hatt luxatio

humeri idet pt. ved anfallets begynnelse slengte armen bakover. Man bør derfor holde pt.s. armer løst inn til kroppen. Vi har behandlet en pt. med ensidig tub- pulm. og «anlagt» pneumotoraks uten at pt. blev skadet av behandlingen. Vi har ikke i noget tilfelle hatt varige skader eller dødsfall.

Terapeutisk effekt.

Tabell 1. *Sykdomsvarighet og terapeutisk effekt.*

Sykdomsvarighet	Symptom- frihet	Betydelig bedring	Ingen bedring	Sum
Inntil 1 år	10	5	3	18
1—3 år	1	2	3	6
over 3 år	0	1	10	11
Samlet antall	11	8	16	35

(...) Som generell regel kan settes at:

1. Behandlingen bør påbegynnes helst første år i sykdomsforløpet.
2. Katatone tilstander, akutt innsettende schizofrenier og lettere stuportilstander egner sig best for behandling.
3. Ved meget urolige og asociale pasienter kan man opnå anstaltforbedring selv ved flerårig sykdom.

Vi har ved Rønvik asyl behandlet hittil over 50 tilfelle av schizofreni med cardiazol-konvulsjoner, og jeg skal her meddele om de første 35 *ferdigbehandlede* pasienter.

De fikk til sammen 601 cardiazolinjeksjoner. I 65 tilfelle fikk vi mislykkede anfall: i 10,8 pct. Det viste sig at det så å si bare er de friske tilfelle av schizofreni som påvirkes av behandlingen. I vårt materiale får vi *symptomfrihet eller betydelig bedring i 83 pct. ved sykdomsvarighet under ett år. Hvor sykdommen har vart i over 3 år, fikk vi så å si ikke forandring i sykdomstilstanden.*

Publisert: 5. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0016

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.