



Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet



NACT, Copenhagen, 2012

Tom G. Bolwig, MD, DMSc
Emeritus Professor of Psychiatry
University of Copenhagen



Br J Psychiatry. 1976 Mar;128:241-5.

Electroconvulsive therapy in Denmark.

Heshe J. Roeder E.

Abstract

During the fiscal year 1 April 1972 to 31 March 1973, 22,210 ECT treatments in 3,438 series were given in Denmark (6-46 treatments per series). Indications for treatment were: endogenous depression, acute delirium, mania, hysterical psychosis, reactive depression and schizophrenia. Unilateral ECT was used in more than half of the departments concerned. Two treatments were given weekly. The types of apparatus and anaesthesia techniques used are described. One death, which had questionable relation to the ECT, was reported, and other complications were few and mild. The advantages of ECT compared to tricyclic antidepressants are described, including the higher percentage of remissions or improvements in the treatment of endogenous depressions (about 80 per cent for ECT compared to about 60 per cent for tricyclic antidepressants). Little risk was found in out-patient administration of ECT. With present techniques and unilateral placement of electrodes out-patient ECT may be recommended for wider use than before.

PMID: 1252687 [PubMed - indexed for MEDLINE]



Monitored electroconvulsive therapy

An alternative to conventional methods

L. Clemmensen, O. Hetmar & T. G. Bolwig

Abstract

L. Clemmensen, O. Hetmar & T. G. Bolwig: Monitored electroconvulsive therapy: An alternative to conventional methods.

Das Med Bull 1961; 20: 193-4.

Seventy-three patients with endogenous depression (melancholia) were treated with electroconvulsive therapy (ECT) using brief stimuli and EEG monitoring. The efficacy of the treatment was similar to that seen in conventional techniques with longer stimulus duration.

Suggestions are given for the use of the apparatus for both initial and follow-up stimulations. It is concluded that the treatment is effective and safe and that the use of monitored ECT should be advocated.

From Department of Psychiatry, Rigshospitalet, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Reprint requests to: T. G. Bolwig, Department of Psychiatry, Rigshospitalet, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

The essence of electroconvulsive therapy (ECT) is elicitation of generalised seizure activity within the brain. ECT has an almost specific effect on endogenous depression (melancholia), but an unspecific effect on various psychotic syndromes (1). The treatment is safe, but is inevitably accompanied by transient disruption of certain memory functions. It is well established that the beneficial effect of ECT as an antidepressant treatment is linked to the cerebral seizure activity, whereas the unwanted effects are consequences of both the seizure activity and the amount of electrical energy applied (2). Thus the optimal treatment technique is elicitation of generalised seizure activity with a minimum of electrical energy.

Throughout the forty years during which ECT has been in use, attempts have been made to reduce the unwanted effects. Three different approaches have been made: (1) sufficient oxygenation by means of modern anaesthesiological principles, (2) unilateral electrode placement over the non-dominant hemisphere, and (3) modification of the current wave form.

Today the value of the two former approaches is recognised, whereas the optimal type of current is still unsettled.

Based on electrophysiological studies which showed that propagating impulses in isolated nerve cells can be elicited with minimal energy using stimulations with 10 msec duration electrical stimuli of an amplitude twice the rheobase (3, 4), brief square wave pulses were introduced in ECT. Bayles et al (5), comparing brief stimuli with sine wave stimuli, found the two current wave forms equally efficacious, whereas Crosthorn and Ottosson (6) found brief stimuli inferior to unidirectional sawtooth-shaped waves, as the former often showed abortive seizure activity. A thorough review is given by Fink (7).

In 1968, Blachly and Cowing (8) designed an instrument which generates short duration square wave

pulses of alternating polarity and which has facilities for electroencephalography (EEG). The instrument is designated MECTA (Monitored Electroconvulsive Therapy Apparatus). Since this device is not in common use, we describe our experience using this alternative to sine waves or modified sine waves.

FUNCTION OF THE APPARATUS

The apparatus is an electronic device in which stimulus duration (0.15-1.5 msec), frequency (20-70 Hz), and stimulation period (0.5-2.0 sec) can be varied. Figure 1 illustrates these parameters and shows that a variation of the current flow time ($=2 \times \text{frequency} \times \text{stimulus duration} \times \text{stimulus period}$) may be used. The peak current of the pulses is approximately constant (800 mA), due to a nearly linear increase in voltage with increasing impedance in the usual range of patient impedances of about 150-600 ohms (Fig. 2). If the interindividual variation of intracerebral resistance is limited, control of the energy applied intracerebrally is possible through adjustment of the current flow time.

The apparatus has built-in fail-safe features which prevent it from discharging if the resistance is outside a pre-set range. This is ensured by a self-test procedure which must be carried out before stimulation. During

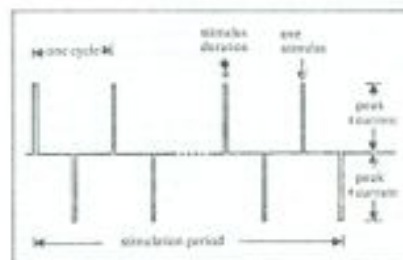


Fig. 1. The bidirectional brief square wave stimuli of the MECTA, the peak current being constantly 800 mA, up to the frequency 20-70 Hz, the stimulus duration 0.15-1.5 msec, and the stimulation period 0.5-2.0 sec.

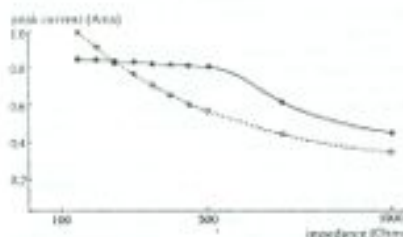


Fig. 2. The relation between peak current and impedance using MECTA (●-●) and Siemens Rectivator 627 (○-○).

Acta Psychiatr Scand. 1991 Nov;84(5):428-34.

Electroconvulsive therapy in the Nordic countries, 1977-1987.

Strömgren LS.

Aarhus University, Department of Psychiatry, Denmark.

Abstract

In 1977 a questionnaire was sent to all psychiatric departments in the Nordic countries: Sweden, Norway, Denmark, Finland and Iceland, concerning indications for electroconvulsive therapy (ECT) and the use of unilateral and bilateral treatment, respectively. The inquiry was repeated in 1987 and the answers compared with those obtained in 1977. In addition, the answers from Denmark were compared with previously performed inquiries. The use of exclusively unilateral treatment (U) and of both unilateral and bilateral treatment (UB) has increased in most of the countries and exclusively bilateral treatment (B) has decreased drastically. In Denmark the situation has not changed for ECT in endogenous depression and acute delirium, and the use in reactive psychosis, mania and schizophrenia decreased somewhat during the 1970s and then again stabilized or increased during the 1980s. Nearly all departments in the Nordic countries used ECT in endogenous depression in 1977 and were still doing it in 1987. In mania, about 50% of all departments have found ECT indicated occasionally or exceptionally both in 1977 and 1987. Manic-depressive mixed states have been regarded as an indication in somewhat more than two thirds of departments, increasing during the period. The use of ECT in schizophrenia has been rare and somewhat decreasing, but still about half of the departments apply it once in a while. In reactive psychosis the use of ECT decreased slightly, but in 1987 it was still in use for this indication in about 50% of all departments. In acute delirium there has been an overall increase in the use of ECT. (ABSTRACT TRUNCATED AT 250 WORDS)

PMID: 1776495 [PubMed - indexed for MEDLINE]



Ugeskr Læger. 2002 Jun 24;164(26):3449-52.

[Electroconvulsive therapy in Denmark 1999. A nation-wide questionnaire study].

[Article in Danish]

Andersson JE, Bolwig TG.

Psykiatrisk afdeling E, H:S Bispebjerg Hospital, DK-København.

Abstract

INTRODUCTION: The use of ECT in Denmark has not been systematically evaluated since 1979. Many changes have since taken place in the organisation of psychiatric care and the number of new drugs for the treatment of affective disorders has grown. We wanted to see whether the frequency of treatments and the technical standard of ECT had undergone changes in the same period.

MATERIAL AND METHODS: A questionnaire was sent to all psychiatric departments in Denmark concerning the number of ECT sessions and ECT patients in 1999, and technical aspects and organisation of this treatment-modality.

RESULTS: The percentage of replies was 100, all departments used ECT, and 86% of the departments adequately reported the number of ECT sessions and ECT-treated patients. The total number of sessions and patients treated was estimated from these answers. We found that the number of ECT sessions had fallen from 19,564 in 1979 to 16,306 in 1999 and the number of ECT patients from 2,332 in 1979 to 1,710 in 1999. ECT is thus given to an average of 5% of all hospitalised psychiatric patients. The number of sessions per patient had increased slightly. The technical quality of treatment with regard to the ECT devices used had improved considerably during the period.

DISCUSSION: The use of ECT in Denmark shows a decline since the last evaluation in 1979. However, it still plays an important role in the treatment of hospitalised patients with depression in Denmark.



ECT-UDVALGETS BETÆNKNING

DPS

DANSK PSYKIATRISK SELSKAB

FEBRUAR 1996



FORORD

Herværende udvalgsarbejde er blevet til efter anmodning fra bestyrelsen for Dansk Psykiatrisk Selskab, som i 1992 nedsatte et udvalg bestående af:

Professor, dr. med. Per Bech
Professor, dr. med. Tom G. Bolwig (formand).
Klinisk assistent, læge Shashi Kant Jha
Overlæge, dr. med. Lizzie Sand Strömngren

Udvalgets kommissorium var at udarbejde en revision af Dansk Psykiatrisk Selskabs ECT-rapport (NCE-rapport) fra 1986 mhp. at opdatere den eksisterende viden om ECT og fremkomme med rekommandationer, således at der kan foreligge et grundlag for anvendelse af ECT med størst mulig behandlingseffektivitet samtidig med, at sikkerheden tilgodeses. Betænkningen er udformet som et redskab, der kan anvendes i daglig praksis, og publikationen vil indgå i rækken af ajourførte retningslinier for forskellige psykiatriske behandlingsmetoder, som Selskabet løbende agter at udgive som et led i udviklingen af kvalitetssikring.

Udvalget har i sit arbejde, foruden at fastlægge retningslinier for de tekniske sider af ECT, også beskrevet den omfattende forskningsaktivitet, som gennem de senere år har gjort, at denne vigtige, omend omdiskuterede behandlingsform, i dag har et særdeles veldokumenteret grundlag. Det har ikke været muligt at dække hele området, og specielt spørgsmålet om ECT's virkningsmåder har udvalget valgt at belyse ud fra de teoridannelser, som findes mest lovende. Udvalget er opmærksomt på, at den meget aktive forskning, der sker inden for ECT-området om få år meget vel kan opvise resultater, der tilfører området yderligere værdifuld viden, og Dansk Psykiatrisk Selskab vil nøje følge udviklingen, således at der kan foretages den nødvendige revision.

Der arbejdes på oprettelse af en særskilt ECT-kvalitetssikringsdatabase, ved Povl Munk-Jørgensen, Raben Rosenberg og Tom G. Bolwig.

Bestyrelsen takker udvalgets medlemmer for den store arbejdsindsats, som skal bidrage til at fremme kvaliteten af ECT-behandling i Danmark.

På vegne af Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse

Annette Gjerris
Formand

Februar 1996



INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Historisk baggrund - s. 4
2. Teoretisk baggrund og virkningsmekanismer -s. 7
3. Behandlingens effektivitet -s. 12
 - a) ECT vs. "Sham".
 - b) ECT vs. andre behandlingsformer
 - c) Unilateral vs. bilateral ECT
4. Indikationsområder - s. 21
5. Kontraindikationer - s. 26
6. Stimulusparametre og valg af ECT-apparat - s. 28
7. Igangværende psykofarmakologisk behandling - s. 42
8. Forundersøgelser - s. 46
9. Fremgangsmåde ved behandling - s. 47
 - a) Præmedicin
 - b) Anæstesi
 - c) Elektrodeplacering
 - d) Post-ECT observation
10. Bivirkninger - s. 51
11. Vedligeholdelsesbehandling - s. 57
12. ECT-behandling i Danmark - s. 59
13. Tilrettelæggelse af uddannelse og træning i ECT - s. 61
14. Referencer - s. 62

15. Retningslinier for behandling - s. 70

16. Kort resumé af DPS's ECT-rapport



ECT BEHANDLING I DANMARK

DANSK PSYKIATRISK SELSKAB

2002



KOMMISSORIUM:

Bestyrelsen nedsat i juni 2001 et ad-hoc udvalg med følgende kommissorium:

- ✗ ~~at~~ fremlægge en revideret og opdateret version af DPS' betænkning fra 1996 vedrørende ECT-behandling. I revision af betænkning skal indgå:
- ✗ ~~en~~ opdateret gennemgang af den videnskabelige evidens for behandlingens virkninger, bivirkninger, indikationsområder og anvendelsesmåde,
- ✗ ~~en~~ beskrivelse af kvalitetskrav til behandlingen, herunder krav til apparatur, uddannelsesniveau og oplæring af personale,
- ✗ ~~en~~ information om behandlingen, skrevet for patienter og pårørende.

Udvalgets sammensætning:

Overlæge John-Erik Andersson, Bispebjerg Hospital
Professor Tom G. Bolwig (formand), Rigshospitalet
Overlæge Shashi Kant Jha (sekretær), Amager Hospital
Overlæge Poul Videbech, Risskov

Udvalget har præsenteret de væsentligste ændringer og tilføjelser i forhold til 1996-rapporten ved et medlemsmøde arrangeret af DPS i oktober 2001.



NACT, Copenhagen 2012

1. HISTORISK BAGGRUND	5
2. TEORETISK BAGGRUND OG VIRKNINGSMEKANISMER	8
3. BILLEDDANNENDE TEKNIKKER INDENFOR ECT	13
4. BEHANDLINGENS EFFEKTIVITET	18
5. INDIKATIONSOMRÅDER	30
6. KONTRAINDIKATIONER	38
7. STIMULUSPARAMETRE OG VALG AF APPARATER	40
8. IGANGVÆRENDE PSYKOFARMAKOLOGISKE BEHANDLING	57
9. FORUNDERSØGELSER	62
10. FREMGANGSMÅDE VED BEHANDLING	63
11. BIVIRKNINGER	70
12. VEDLIGEHOLDELSSEBEHANDLING	76
13. ECT BEHANDLING I DANMARK	78
14. TILRETTELÆGGELSE AF UDDANNELSE OG TRÆNING I ECT	80
15. ORGANISATION AF ECT ENHEDER I PSYKIATRISKE AFDELINGER	81
16. INFORMATION OM ECT TIL PATIENTER OG PÅRORENDE	88
18. RETNINGSLINIER FOR BEHANDLING MED MECTA SR-1 OG THYMATRON DG	109
19. PRÆ-ECT OG ECT SKEMA	111
20. KORT RESUMÉ AF DPS' ECT-RAPPORT	114



ECT-rapport 2011



Indholdsfortegnelse

1. HISTORISK BAGGRUND	6
2. TEORETISK BAGGRUND OG VIRKNINGSMEKANISMER	9
TEORIEN OM DE GENERALISEREDE KRAMPER	12
DEN NEUROENDOKRINE/CENTRECEFALE TEORI	12
GENERALISEREDE KRAMPER MED EFFEKT PÅ KRITISKE HJERNEREGIONER	13
SAMMENFATTENDE OM VIRKNINGSMEKANISMER:	14
3. BILLEDDANNENDE TEKNIKKER INDENFOR ECT	15
STRUKTURELLE UNDERSØGELSER AF HJERNEN HOS DEPRIMEREDE PATIENTER	15
<i>Cerebral atrofi</i>	15
<i>White matter lesions</i>	15
<i>Undersøgelser før og efter ECT-behandling</i>	16
STRUKTURELLE ABNORMITETER OG EFFEKTEN AF ECT	17
MR-SPEKTROSKOPI	18
<i>Itbehov under ECT:</i>	18
<i>Hippocampus:</i>	18
FUNKTIONELLE UNDERSØGELSER AF HJERNEN EFTER ECT-BEHANDLING	19
KONKLUSIONER	19
4. BEHANDLINGENS EFFEKTIVITET OG PATIENTERNES OPLEVELSE	21
EFFEKT PÅ DEPRESSION	21
<i>ECT over for "sham"</i>	21
<i>ECT overfor antidepressiv medicin</i>	22
<i>Hvad er responsraten ved ECT?</i>	23
<i>Unilateral og bilateral elektrodeplacering</i>	23
KONKLUSION VEDRØRENDE ELEKTRODEPLACERING	25
ECT VERSUS RTMS	26
PATIENTERNES OPFATTELSE AF BEHANDLINGEN	26
5. INDIKATIONSOMRÅDER	19
GENERELLE INDIKATIONSOMRÅDER	19
SPECIFIKKE INDIKATIONSOMRÅDER	19
<i>Depression</i>	30
<i>Mani</i>	31



NACT, Copenhagen 2012

<i>Akutte delirøse tilstande</i>	32
<i>Skizofreni</i>	32
<i>Parkinsonisme</i>	33
<i>Epileptiske psykoser</i>	34
<i>ECT og graviditet</i>	34
<i>ECT og medicinske sygdomme</i>	35
<i>Kardiovaskulære sygdomme:</i>	35
<i>CNS sygdomme:</i>	36
<i>Malignt neuroleptikum syndrom</i>	36
<i>Indikationer for tvangsbehandling</i>	37
6. KONTRAINDIKATIONER	38
7. STIMULUSPARAMETRE OG VALG AF APPARATER	40
STIMULUS BØLGEFORM	40
KONSTANT STRØM ELLER KONSTANT SPÆNDING	42
MONITORERING AF PATIENTEN UNDER ANFALDET:	42
<i>Monitorering med EEG</i>	43
<i>Cuff-metoden</i>	44
<i>EMG</i>	44
<i>EEG</i>	45
<i>Begynder anfaldet med høj amplitude spikes uden opbygning er der formodentlig tale om for høj dosering (S-anfald)</i>	49
<i>Valg af ECT apparater</i>	49
THYMATRON APPARATER	49
<i>Stimulusdosis</i>	52
<i>Dosisitrering</i>	53
<i>Dosischema</i>	53
<i>Fast høj dosis</i>	54
8. IGANGVÆRENDE PSYKOFARMAKOLOGISK BEHANDLING	55
BENZODIAZEPINER	55
LITHIUM	56
ANTIDEPRESSIVA	57
NEUROLEPTIKA	58
ANDRE MEDIKAMINA	58

9. FORUNDERSØGELSER	59
10. FREMGANGSMÅDE VED BEHANDLING	60
PREMEDICIN	60
I ECT-RUMMET	60
ELEKTRODEPLACERING	61
ANÆSTESI	62
POST-ECT OBSERVATION	65
11. BIVIRKNINGER	66
KOGNITIVE BIVIRKNINGER	66
<i>Anterograd amnesi</i>	67
<i>Retrograd amnesi</i>	68
12. VEDLIGEHOJDELSBEHANDLING	70
13. ECT BEHANDLING I DANMARK	73
14. TILRETTELÆGGELSE AF UDDANNELSE OG TRÆNING I ECT	75
15. ORGANISATION AF ECT ENHEDER I PSYKIATRISKE AFDELINGER	76
16. INFORMATION OM ECT TIL PATIENTER OG PÅRØRENDE	82
HVAD ER ECT?	82
HVEM BEHANDLES MED ECT?	83
HVEM STÅR FOR BEHANDLINGEN?	84
HVORDAN GIVES ECT?	84
HVOR MANGE BEHANDLINGER SKAL MAN HAVE?	85
ER ECT HELBREDENDE?	85
HVOR SIKKER ER ECT?	85
HVLKE ALMINDELIGE BIVIRKNINGER ER FORBUNDET MED ECT?	86
GIVER ECT HJERNESKADE?	87
HVORDAN VIRKER ECT?	88
ER ECT SKRÆMMENDE?	88
YDERLIGERE SPØRSMÅL	88
17. REFERENCER	89
18. FORSLAG TIL DOSERINGSSKEMA	110
19. KORT RESUMÉ AF DPS'S ECT-RAPPORT	112

16. Information om ECT til patienter og pårørende

Alle patienter og deres pårørende skal have fyldestgørende information om ECT af den ordinerende læge før behandlingen iværksættes. Informationen skal formidles såvel mundtligt som skriftligt. Den læge som drøfter ECT med patienten kan ved den samme seance også formidle den mundtlige information. Patienten kan herefter få udleveret afdelingens skriftlige information om ECT. Patienten og evt. pårørende bør tilbydes en opfølgende samtale, hvor deres spørgsmål kan besvares.

En informationspjece omhandlende ECT bør indeholde: 1) Kort forklaring om ECT, virkningsmekanismer og indikationsområder, 2) Effektiviteten af ECT, sammenlignet med medicinsk antidepressive behandling, 3) Bivirkninger ved ECT, igen sammenlignet med bivirkninger forbundet med antidepressiva, 4) Praktiske procedurer og forholdsregler, inkl. kort omtale af anæstesi (detaljeret information herom sker ved anæstesitilsyn), 5) Vigtigheden af forebyggende behandling.

Man bør i pjecen berøre de hyppigste spørgsmål stillet omkring ECT (fx Er ECT farligt? Bliver man hjerneskadet af ECT? mv.). Det anbefales, at man i journalen noterer, at patienten har modtaget information mundtligt og skriftligt.

ECT-udvalget har udarbejdet følgende patientinformation, som er ment som inspiration til udformning af lignende pjecer lokalt, men den kan naturligvis anvendes i sin nuværende form.

Hvad er ECT?

ECT-behandling er en meget sikker og effektiv behandlingsform ved visse former for svære psykiske lidelser og har været anvendt i over 70 år over hele verdenen. Tidligere kaldtes behandlingen NCE, mens man i dag benytter den internationale betegnelse Electroconvulsive Therapy. Man kan stadig se den misvisende gamle betegnelse "elektrochok" brugt. Behandlingen foregår ved, at der påføres en svag



NACT, Copenhagen 2012

elektrisk strøm til hårbunden, hvorved der opstår kramper i hjernen. Man er i fuld bedøvelse under behandlingen og oplever ingen smerter eller ubehag under behandlingen.

Hvem behandles med ECT?

ECT gives normalt til behandling af:

- Depression
- Mani
- Visse former for skizofreni
- Såkaldte delirøse tilstande

Ofte gives ECT når

- Anden behandling ikke har hjulpet
- Anden behandling vurderes at være mindre sikker
- Man ikke tåler anden behandling
- Man ved tidligere ECT har oplevet, at det har hjulpet godt
- Når det er særligt vigtigt med hurtig effekt, fx pga. svær selvmordsfare eller andre psykiatriske eller medicinske komplikationer

Medicinsk antidepressiv behandling eller psykoterapi (samtaleterapi) er ikke virksomt hos alle patienter. Men ved sværere depression er ECT faktisk den hurtigst virkende og mest effektive behandling vi kender. Flere undersøgelser tyder således på en behandlingsmæssig succes på 80-90 procent. Dette skal sammenholdes med at medicin og psykoterapi har succesrater på omkring 60 procent.

For patienter med visse sygdomme, fx bestemte hjertelidelser, vil der være større risiko forbundet med behandling med medicin end med ECT.



Alt i alt ser ECT ud til at være forbundet med en lavere risiko for dødsfald eller alvorlige komplikationer end megen af den medicin, som bruges til behandling af psykiske lidelser. Pga. denne store sikkerhed anvendes ECT-behandling ofte ved psykiske lidelser hos personer med dårlig legemlig helbredstilstand. Fx kan ECT bruges ved svær hjertesygdom, hvor visse typer medicin kan være farlig.

Desuden skal man huske, at ubehandlet kan depressionssygdommen i sig selv være farlig, bl.a. pga. risikoen for selvmord.

Takket være den moderne narkose er skader på tænder, knogler eller sener meget sjældne.

Hvilke almindelige bivirkninger er forbundet med ECT?

De mest almindelige bivirkninger ved ECT-behandling:

- Forvirring når man vågner. Dette skyldes dels narkosen, dels behandlingen. Forvirringen forsvinder som regel indenfor 1 time
- Hovedpine. Denne letter normalt, hvis man tager milde smertestillende midler
- Muskelømhed. Dette skyldes krampeaktiviteten i armene og benene, og svinder på milde smertestillende midler

Hukommelsesproblemer

Korttidshukommelsen. Man glemmer hurtigt ny information. Fx kan man kort tid efter behandlingen have svært ved at huske samtaler eller noget, man har læst kort tid forinden. Denne form for hukommelsesbesvær varer kun kort tid, typisk et par uger til en måned efter at ECT serien er afsluttet. Nogle patienter føler dog ikke at deres hukommelse er påvirket.

Langtidshukommelsen. Man glemmer begivenheder, som ligger længere tilbage. Nogle vil opleve glemsel for begivenheder, som fandt sted i ugerne eller månederne, og sjældnere årene, før behandlingsforløbet. Dette problem med hukommelsen forbedres også efter, at behandlingsforløbet er færdigt. Der kan dog forekomme



me vedvarende glemsel for nogle begivenheder, især dem, som tidsmæssigt fandt sted tæt på behandlingen.

Som ved enhver behandling er der stor forskel på, hvor mange og hvor svære bivirkninger, man oplever. Man har i meget sjældne tilfælde set mere omfattende hukommelsestab, men det er uafklaret om dette skyldes behandlingen eller selve depressionssygdommen. Således viser undersøgelser, at mennesker der har haft svære depressioner (og som ikke har fået ECT) ofte har langvarige problemer med hukommelsen. Man ved, at indflydelsen på hukommelsen ikke er nødvendig, for at man kan drage fordel af ECT.

Sjældnere bivirkninger ved ECT-behandling

- Kvalme. Varer højst et par timer
- Hjertekomplikationer hos personer med hjertelidelser

Giver ECT hjerneskade?

Videnskabelige beviser taler på det bestemteste mod dette.

Grundige undersøgelser af forsøgsdyr har ikke givet holdepunkter for hjerneskade pga. korte kramper, som dem man får ved ECT. Hos mennesket skal kramperne være væsentligt længere, før der kan opstå skade, og kramperne ved ECT varer under 1 minut.

Den mængde elektricitet, som føres til hjernen ved ECT, for lille til at kunne forårsage skade. Scanninger af hjernen efter ECT har ikke vist nogen tegn på beskadigelse. Dette svarer også til at grundige psykologiske prøver, som viser at hukommelsesfunktionen bliver fuldstændig normal igen efter noget tid.

Mange psykiske sygdomme, særligt depression, medfører svækkelse af hukommelsen og koncentrationsevnen. Når den psykiske tilstand bedres efter behandlingen, ser man derfor ofte forbedring af disse funktioner. Kort tid efter ECT vil mange således klare sig bedre i tests, som måler intelligens, opmærksomhed og indlæring.



