

Magnus Mundal

Sjokkbehandling - mirakelkur eller kontrollverktøy?

En studie av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ved Reitgjerdet asyl i perioden 1938-1951

Masteroppgave i historie

Veileder: Øyvind Thomassen

Mai 2019

Magnus Mundal

Sjokkbehandling - mirakelkur eller kontrollverktøy?

En studie av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ved Reitgjerdet asyl i perioden 1938-1951

Masteroppgave i historie
Veileder: Øyvind Thomassen
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for historiske studier

Sammendrag

Dette er en mastergradsavhandling i historie skrevet innenfor psykiatrihistorien.

Avhandlingen undersøker bruken av to behandlingsmetoder; insulinkomaterapi og kardiazolsjokk, ved Reitgjerdet sykehus i Trondheim mellom 1938 og 1951. Disse behandlingsmetodene er former for sjokkbehandling, behandlingsmetoder som via for eksempel kramper eller koma, skulle helbrede pasienter. Disse behandlingsmetodene er kontroversielle og det er svært delte meninger om dem. Noen forskere mener at de var effektive behandlingsmetoder mot schizofreni, mens andre hevder at de stort sett var inngripende kontrollverktøy. Avhandlingen har undersøkt bruken av behandlingsmetodene for å finne omfang, grunnføringer for å ta sjokkbehandlingene i bruk og resultatet av behandlingsmetodene ved Reitgjerdet.

Avhandlingen har undersøkt sjokkbehandlingene ved å studere den tilgjengelige sekundærlitteraturen og kilder fra Reitgjerdet. De viktigste kildene har vært pasientjournaler fra Reitgjerdet mellom 1938 og 1951. Det er gjort få studier av sjokkbehandling på et pasientjournalnivå i Norge. Undersøkelsen av journalene fra Reitgjerdet representerer derfor ny forskning og gir økt kunnskap om bruken av sjokkbehandling ved Reitgjerdet og i Norge generelt. I alt har femten pasientjournaler blitt undersøkt i denne avhandlingen. I tillegg til dette kommer brev og andre kilder fra Reitgjerdet.

Gjennom arbeidet med disse kildene har avhandlingen funnet at behandlingsmetodene ble brukt i stor grad ved Reitgjerdet i den aktuelle perioden. Kardiazolsjokk var den første behandlingsmetoden som ble tatt i bruk i 1938. Bruken av kardiazolsjokk gikk gradvis ned etter andre verdenskrig. Insulinkomaterapien ble først tatt i bruk i 1939, men ble ikke brukt under andre verdenskrig blant annet på grunn av mangel på insulin. Insulinkomaterapi ble igjen tatt i bruk etter at krigen var over.

Ved Reitgjerdet ble begge behandlingsmetodene hovedsakelig tatt i bruk på pasienter med diagnosen schizofreni. Blant disse pasientene var det særlig pasienter som viste vanskelig oppførsel, var voldelige eller urolige i lengre perioder, som ble valgt ut til sjokkbehandling. Ved Reitgjerdet var pasientene i all hovedsak langtidssyke. Dette gjorde at forventningene til effekten av sjokkbehandling i utgangspunktet var lave ved Reitgjerdet. Målet med sjokkbehandling var derfor først og fremst å bedre oppførselen til pasientene for å få dem utskrevet til andre asyler, ikke å helbrede dem. Resultatene av sjokkbehandling ved Reitgjerdet ble heller ikke spesielt gode. Av de 15 pasientene i utvalget, ble bare to skrevet ut som følge av sjokkbehandling. Begge disse fikk også tilbakefall senere.

Abstract

This is a master's thesis in history written about psychiatric history. The thesis researches the use of two psychiatric treatments, insulin coma therapy and cardiazol shock treatment, at the psychiatric hospital Reitgjerdet in Trondheim between 1938 and 1951. These treatments are types of shock treatment, psychiatric treatments that attempted to cure patients by administering for example cramps or comas. These treatments are still controversial and opinions on them are divided. Some see them as effective treatments for schizophrenia while others claim that they mainly were used as intrusive methods of controlling patients. The thesis has researched the use of the treatments to determine the extent of the use of the treatments, which deciding factors determined the use of the treatments on patients and what the results of the treatments were at Reitgjerdet.

The thesis has researched the treatments by studying available secondary sources and multiple sources from Reitgjerdet. The most important sources have been patient journals from Reitgjerdet between 1938 and 1951. These have been important since there have been few studies of shock therapy that has researched journals from psychiatric hospitals. A selection of fifteen journals has been researched in this thesis in addition to letters and other sources from Reitgjerdet.

Through researching these sources has the thesis found that the treatments saw widespread use at Reitgjerdet in this period. Cardiazol shock was the first of the treatments to be introduced, in 1938, but the use of cardiazol shocks declined to a larger degree than insulin coma therapy by the 1950s. Insulin coma therapy was introduced in 1939 but was not in use during the second world war because insulin was needed elsewhere. The treatment was re-introduced shortly after the end of the war.

Both treatments were mainly used on difficult schizophrenic patients at Reitgjerdet, especially were violent patients or patients who were unruly over longer periods selected for shock treatment. The patients at Reitgjerdet were mostly patients whom had long-term illnesses. This meant that the effect from the treatments was expected to be negative. The goal of the shock treatments was therefore mainly to improve the behaviour of the patients, so they could be transferred to other asylums, rather than curing them. The results were largely negative, only two patients were transferred after being treated with shock treatments. Both these patients relapsed later.

Forord

Det er flere som fortjener stor takk i forbindelse med denne avhandlingen. Størst takk går til veilederen min, Øyvind Thomassen, for nyttige og tålmodige tilbakemeldinger gjennom arbeidet med denne avhandlingen. Hans anbefalinger og hjelp har gjort denne avhandlingen mulig.

Avhandlingen er del av prosjektet *Galskapens fengsel*. Det er flere av deltagerne i dette prosjektet som fortjener takk. Spesiell takk går til Magne Brekke Rabben for tilbakemeldinger på avhandlingen og hjelp med kilder. Takk også til Maria Antonie Sæther for tilbakemelding på kapittel 2 og utlån av litteratur.

Til slutt må jeg takke familie og venner for støtte og hjelp under arbeidet. Takk til far for flere lange telefonsamtaler om avhandlingen. Takk til min mor for korrekturlesing og diskusjoner rundt avhandlingen, og takk for at dere begge tidlig tente interessen min for historie. En stor takk går også til min samboer Ida for at hun har vært villig til å høre meg prate om avhandlingen og diskutere temaer som egentlig ikke interesser henne i særlig grad i halvannet år nå.

Magnus Mundal

Trondheim, 09.05.2019

Innhold

Kapittel 1: Innledning	1
Tema og problemstilling	1
Avgrensing.....	2
Reitgjerdet.....	4
Begrepsavklaringer.....	7
Psykiatriens historiografi.....	10
Forskningssituasjonen	12
Kilder og metode.....	15
Oppbyggingen av avhandlingen.....	17
Kapittel 2: Utviklingen og bruken av sjokkbe handlingen.....	19
En somatisk forståelse av sinnssykdom.....	20
Insulinkomaterapi	22
Hvor stor effekt hadde insulinkomaterapien?.....	24
Kardiazolsjokk.....	28
Spredningen og bruken av sjokkbehandling nasjonalt.....	33
Den norske debatten rundt implementasjonen av sjokkbe handlingen	35
Oppsummering	37
Kapittel 3: Motiver og omfang	39
Implementasjonen og slutten på sjokkbe handlingen ved Reitgjerdet.....	39
Hvor mange pasienter ble sjokkbe handlinget?.....	43
Hvordan ble pasienter utvalgt til sjokkbe handlingen?.....	48
Hvilken oppførsel hadde pasientene som ble sjokkbe handlinget?.....	50
Hvem tok initiativ til sjokkbe handlingen?.....	56
Oppsummering	57
Kapittel 4: Forventninger og resultater	59
Forventningen til og resultatene av sjokkbe handlingen	60
Pasienter som ble rolige nok til å utskrives til andre asyler	62
Pasienter som så kortvarig sykdomsbedring	64
Pasienter som hadde liten eller ingen effekt av sjokkbe handlingen.....	68
Hvordan reagerte pasientene på sjokkbe handlingen?.....	70
Komplikasjoner ved sjokkbe handlingen	73
Oppsummering	75
Kapittel 5: Avslutning	78
Sjokkbe handlingen	79
Pasientene som ble sjokkbe handlinget.....	81

Skuffende behandlingsmetoder?.....	83
Motstand og komplikasjoner.....	85
Forslag til videre forskning.....	87
Kilder og litteratur.....	i
Utrykte kilder.....	i
Trykte kilder.....	ii
Offentlige dokumenter.....	ii
Norges offisielle statistikk.....	ii
Litteratur.....	ii
Avhandlinger.....	v
Nettressurser.....	vi

Kapittel 1: Innledning

Synet på og behandlingen av sinnssyke har endret seg mye gjennom historien. På starten av 1930-tallet ble to nye behandlingsmetoder for sinnssyke utviklet; insulinkomaterapi og kardiazolsjokk. Behandlingsmetodene omtales sammen med elektroshokk (ECT) som sjokkbehandling og oppstod i sammenheng med en begynnende oppfattelse av sinnssykdommer sitt somatiske opphav, eller med legmannstermer; sinnssykdommers opphav i kroppen. Fordi det er insulinkomaterapi og kardiazolsjokk avhandlingen tar for seg vil *sjokkbehandling* hovedsakelig referere til disse to behandlingsmetodene.

Behandlingsmetodene var svært inngripende og intensjonen var å kurere schizofrene pasienter med bruk av koma eller konvulsjoner (kramper). Fra de ble tatt i bruk i den første halvdel av 1930-tallet, fortsatte behandlingsmetodene og være i bruk ved de fleste norske asyls gjennom de neste tiårene. Bruken av kardiazolsjokk ble i stor grad avviklet rundt 1950, mens insulinkomaterapi fortsatte å være i bruk til ut på 1960-tallet. I dag forkastes behandlingsmetodene ofte som brutale behandlingsmetoder fra en mindre opplyst periode i behandlingen av sinnssyke, men dette er en enkel forklaring på den komplekse konteksten behandlingsmetodene oppstod i.

Reitgjerdet i Trondheim var et av sykehusene som benyttet sjokkbehandlingen, både insulinkomaterapi, kardiazolsjokk og elektroshokk. Reitgjerdet var et sinnssykeasyl som ble opprettet i 1923 for å huse farlige og kriminelle sinnssyke og nedlagt i 1987 på grunn av kritikk mot driften av sinnssykehuset. Den såkalte «Reitgjerdet-saken» fra 1978 til 1982 gjør at de fleste forbinder Reitgjerdet med tvang og brutale behandlingsmetoder.

Tema og problemstilling

Avhandlingen undersøker bruken av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ved Reitgjerdet fra 1938 til 1951. Avhandlingen har gjennom arbeid med 15 pasientjournaler og andre kilder fra Reitgjerdet studert bruken av behandlingsmetodene ved institusjonen fra sjokkbehandlingen først ble tatt i bruk i 1938 frem til 1951. På grunn av omfanget av bruken av sjokkbehandlingen og kildegrunnlaget, vil store deler av avhandlingen dreie seg om bruken av behandlingsmetodene frem til andre verdenskrig.

Den overordnede problemstillingen består av ett spørsmål: **hvordan ble insulinkomaterapi og kardiazolsjokk brukt ved Reitgjerdet asyl mellom 1938 og 1951?** Avhandlingen er et viktig bidrag til forskningen på sjokkbehandlingen fordi det eksisterer få undersøkelser både nasjonalt og internasjonalt som ser på sjokkbehandlingen på pasientjournalnivå. Dette utdypes

senere. Avhandlingen er også samtidsrelevant fordi en av sjokkbehandlingsmetodene, elektroshokk, fortsatt er i bruk. Selv om temaet i denne avhandlingen i hovedsak er insulinkomaterapi og kardiazolsjokk, blir behandlingsmetodene ofte nevnt i diskusjonen rundt elektroshokk, som derfor gjør dem aktuelle også i dag.

For å svare på problemstillingen er det flere forhold som må gjøres rede for; hva slags institusjon var Reitgjerdet i perioden avhandlingen studerer? Hva gikk sjokkbehandlingen ut på og hvilke resultater kunne forventes av den?

For å svare på den overordnede problemstillingen har jeg formulert følgende underproblemstillinger:

- Hvor stort var omfanget av bruken av sjokkbehandling ved Reitgjerdet?
- Hva var formålet med sjokkbehandlingen? Forventet legene ved Reitgjerdet at pasientene skulle bli helbredet av sjokkbehandlingen eller ble sjokkbehandlingen brukt hovedsakelig som et kontrollverktøy?
- Hvilke faktorer var avgjørende for utvalget av pasienter til sjokkbehandlingen?
- Hva var resultatene av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet? I hvilken grad stemte dette overens med de forventede resultatene?

Til sammen vil svarene på spørsmålene gi et komplekst bilde av sentrale spørsmål knyttet til insulinkomaterapien og kardiazolsjokkbehandlingen ved Reitgjerdet i perioden 1938 til 1951. I tillegg vil avhandlingen ta for seg bakgrunnen for sjokkbehandlingen og den historiske konteksten til asylopsykiatrien i perioden avhandlingen undersøker.

Avgrensning

I tid er avhandlingen avgrenset til perioden 1938–51. Tidsavgrensningen starter i 1938 fordi det var dette året sjokkbehandlingen først ble tatt i bruk ved Reitgjerdet. I 1938 ble kardiazolsjokk tatt i bruk ved Reitgjerdet, mens insulinkomaterapi ble tatt i bruk året etter.

Avslutningen på bruken av sjokkbehandlingen er vanskeligere å tidfeste. Kardiazolsjokk ble på generell basis i stor grad faset ut på slutten av 1940-tallet selv om det nevnes i årsrapporten for den norske psykiatrien fra statistisk sentralbyrå (SSB) for 1950 at behandlingen hadde blitt brukt ved Reitgjerdet dette året.¹ Insulinkomaterapien ble derimot fortsatt brukt i Norge utover på 1950-tallet. I 1952 ble sju pasienter behandlet med insulinkomaterapi ved

¹ *Sinnssykehusenes virksomhet 1950*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1952. (NOS XI 115), side 22

Reitgjerdet, mens fire pasienter ble behandlet i 1953.² Avhandlingen tar likevel for seg sjokkbehandlingen frem til 1951. Dette er fordi 1951 var det siste året insulinkomaterapi eller kardiazolsjokk nevnes i de 15 pasientjournalene som studeres i avhandlingen. Innen 1951 var også bruken av insulinkomaterapi sterkt redusert, selv om behandlingsmetoden fortsatt var i bruk. På bakgrunn av kildeutvalget avsluttes derfor avhandlingen i 1951.

Kildegrunnlaget for avhandlingen er sterkest i starten av perioden, men likevel vil sjokkbehandlingen helt frem til 1951 undersøkes for å få dekket en større tidsperiode. Dette er også for å studere andelen pasienter som ble behandlet over et lengre tidsrom. Bruken av sjokkbehandlingen hadde størst omfang i starten av perioden. Det var da entusiasmen rundt de nye behandlingsmetodene var størst og implementeringen av sjokkbehandlingen er spesielt viktig for å forstå bruken av den. Under andre verdenskrig blir pasientjournalene merkbart mindre utfyllende og bruken av sjokkbehandling avtar. Avhandlingen fokuserer derfor mest på introduksjonen av sjokkbehandlingen som fant sted i årene 1938 og 1939.

Geografisk og kildemessig avgrensning avhandlingen seg til å gjelde bruken av sjokkbehandling ved Reitgjerdet sykehus i Trondheim. Forskningsprosjektet som avhandlingen er en del av, *Galskapens fengsel - kriminalpsykiatriske kunnskapspraksiser i norsk helse- og kriminalomsorg 1895-1987*, har skaffet tilgang til kilder fra to norske asyler, Reitgjerdet og Kriminalasylet, begge i Trondheim. Forskningsprosjektet som startet opp i 2010, har gjennom arbeid med kilder fra Reitgjerdet og Kriminalasylet forsket på en rekke forhold ved den psykiatriske praksisen ved institusjonene i det aktuelle tidsrommet. Alle pasientene som nevnes i avhandlingen, var pasienter ved Reitgjerdet. Hovedfokuset er rettet mot Reitgjerdet, ikke Kriminalasylet, fordi det var her sjokkbehandlingen ser ut til å ha blitt brukt i størst utstrekning. Gjennom arbeidet med pasientjournalene fra Reitgjerdet virker det også som at insulinkomaterapi ikke ble tatt i bruk ved Kriminalasylet.

Sjokkbehandlingen ved flere andre norske psykiatriske institusjoner blir også nevnt, for å sammenligne med forholdene ved Reitgjerdet. Å få innsyn i pasientjournaler fra andre institusjoner er vanskelig, og dette er en av årsakene til at det er gjort såpass få undersøkelser på pasientjournalnivå av sjokkbehandling i Norge. Avhandlingen fokuserer derfor på sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet gjennom den avgrensede perioden.

Det er tre behandlingsmetoder som omtales som sjokkbehandling i den aktuelle perioden; insulinkomaterapi, kardiazolsjokk og elektroshokk, som vanligvis forkortes ECT.

² NHA. RG. Utgående brev fra Reitgjerdet sykehus til Overlegen ved Blakstad sykehus 26.11.1953

Avhandlingen fokuserer på bruken av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk. Dette betyr at ECT kun vil nevnes i sammenheng med disse behandlingsmetodene. Den viktigste grunnen til dette valget, er at insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ble utviklet svært nær hverandre i tid og fordi perioden behandlingsmetodene var i bruk, i stor grad overlapper. De to behandlingsmetodene ble også ofte tatt i bruk på de samme pasientene, noen ganger i kombinasjon.

ECT ble utviklet i 1938, men ble ikke tatt i bruk ved Reitgjerdet før andre halvdel av 1947.³ Et apparat til elektroshokkbehandling ble innkjøpt av sykehuset i 1943, men dette ble aldri tatt i bruk på grunn av tekniske feil.⁴ ECT er i motsetning til de to andre metodene fortsatt i bruk i dag. ECT vil nevnes kort noen steder på grunn av den nære tilknyttingen til de andre sjokkbehandlingene. Likevel vil fellestermen sjokkbehandling hovedsakelig referere til insulinkomaterapi og kardiazolsjokk, siden dette i store deler av perioden som avhandlingen ser på var de eneste av behandlingsmetodene som var i bruk ved Reitgjerdet.

Reitgjerdet

Reitgjerdet ble opprettet på bakgrunn av at kriminalloven fra 1842 og sinnssykeloven fra 1848 hadde gjort det ulovlig å henholdsvis fengsle kriminelle sinnssyke og å behandle kriminelle sinnssyke sammen med ikke-kriminelle.⁵ § 2 i kapittel syv i kriminalloven fra 1842 slo fast at: «De handlinger ere straffrie, som forøves av Galne eller Afsindige, eller af dem, som Forstandens brug ved Sygdom eller Alderdomssvaghed er berøvet».⁶ Mens § 20 i sinnssykeloven fra 1848 gjorde det ulovlig å behandle kriminelle sinnssyke sammen med ikke-kriminelle sinnssyke i alminnelige sinnssykeasyl; «Ingen Sindssyg maa forvares sammen med Forbrydere».⁷ Gruppen som ikke kunne plasseres verken i fengsel eller asyl bestod hovedsakelig av uforbederlige «vanekriminelle», men også personer som ble oppfattet som farlige og problemer for omgivelsene.⁸

Planene om å etablere et asyl i Trondheim startet på midten av 1800-tallet, og den 1. februar 1895 ble Kriminalasylet åpnet for pasienter i en tidligere fengselsbygning i byen. Asylet lå i

³ *Sinnssykehusenes virksomhet 1947*. 1950. Oslo: Statistisk sentralbyrå. (NOS XI 11), side 19

⁴ NHA. RG. Brev fra Dirr. Mehn Andersen til direktør Egil Rian 17.02.1943 og NHA. RG. Brev fra Reitgjerdet til Helsedirektoratet 15.01.1947

⁵ Furan, Stine. 2015. «*De elendige*» - En studie av bakgrunnen til pasientene ved Kriminalasylet 1895-1915. Masteravhandling. Trondheim; NTNU. Institutt for historiske studier, side 11

⁶ Lov Angaaende Forbrydelser Af 20 August 1842

⁷ Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848

⁸ Dahl, Hilde. 2018. *Institusjonaliseringen av farlighet, sinnssykdom og samfunnsvern i Norge*. Doktorgradsavhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier, side 145-146

en relativt liten bygning og hadde opprinnelig kapasitet til 15 pasienter, men dette økte til 35 etter at andre etasje i bygget også ble tatt i bruk i 1900.⁹ Kriminalasylet var egentlig ment å være en midlertidig løsning, men det ble værende i drift helt frem til 1963. Kriminalasylet alene kunne ikke tilfredsstille behovet for spesialplasser, og på bakgrunn av dette opprettet Stortinget også Reitgjerdet asyl i 1923.¹⁰

Opprinnelig var Reitgjerdet bygd som en pleiestiftelse for spedalske, men ble lagt ned som leprahospital i 1914 på grunn av et synkende behov for dette.¹¹ Reitgjerdet var en mye større institusjon enn Kriminalasylet, og var autorisert for 135 pasienter, men helt fra Reitgjerdet ble åpnet, var det flere pasienter enn dette der.¹² Det ble bestemt i et møte mellom statens asyldirektører med medisinaldirektør Harald Mathias Gram, ekspedisjonssjefen for Sosialdepartementets medisinalavdeling og overlegen for sinnssykevesenet Karl Wilhelm Wefring i 1921, at Reitgjerdet skulle ta imot spesielt vanskelige pasienter fra hele landet og kriminelle pasienter som ikke kvalifiserte for opptagelse ved Kriminalasylet.¹³ Vedtaket reflekteres i lovverket for Reitgjerdet som nevnes i paragrafen under.

Reitgjerdet og Kriminalasylet var unike institusjoner og hadde egne lovverk knyttet til driften. Loven for Kriminalasylet inneholdt to paragrafer som opphevet to av paragrafene i *Sinnssykeloven* fra 1848. Den første paragrafen overstyrte asylsuvereniteten og slo fast at det ikke var bestyreren ved Kriminalasylet, men Justisdepartementet som skulle ta beslutningene om inn- og utskrivinger fra asylet. Den andre paragrafen la til rette for ubegrenset bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler ved asylet.¹⁴ Reitgjerdet hadde også en egen lov, og for Reitgjerdet var det Sosialdepartementet som hadde ansvaret for inn og utskrivinger.¹⁵ Den første paragrafen i loven, som er den lengste og viktigste, slår fast:

Asylet er bestemt til å opta særlige vanskelige og farlige sinnssyke, som ikke ansees egnet til behandling i almindelige sinnssykeasyler. Likeså kan optas sinnssyke, hvis

⁹ Thomassen, Øyvind. 2015. Asylene for de sinnssyke og farlige mennene – Kriminalasylet og Reitgjerdet. I: *Galskapens fengsel*. Trondheim: Norsk Rettsmuseum, side 42-43

¹⁰ Dahl, Hilde. 2018. *Institusjonaliseringen av farlighet, sinnssykdom og samfunnsvern i Norge*. Doktorgradsavhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier, side 148-149

¹¹ Thomassen. 2015, side 43

¹² Thomassen. 2015, side 49

¹³ Sørum Øgaard, Inger Marie. 2015. *Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923*. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier, side 81

¹⁴ Thomassen. 2015, side 42

¹⁵ Sørum Øgaard. 2015, side 82

innleggelse eller fortsatte opphold i Kriminalasylet ikke ansees påkrevet, skjønt de fyller de lovbestemte betingelser for optagelse der.¹⁶

Den siste delen av paragrafen åpnet for arbeidsfordelingen som etter hvert utviklet seg mellom institusjonene. Pasientene som hadde en bra adferd ved Kriminalasylet, ble overført til Reitgjerdet, mens de farligste, eller de som prøvde å rømme fra Reitgjerdet, ble overført til Kriminalasylet.¹⁷ Alle pasientene ved begge institusjonene var menn.

Formålet med både Reitgjerdet og Kriminalasylet var derfor å løse problemet som bestemmelsen om straffefrihet for de utilregnelige pasientene skapte. I sin avhandling fra 2018 diskuterer Hilde Dahl de farlige kriminelle, sinnssyke pasientene.¹⁸ I avhandlingen fant hun at pasienter med farlighetserklæringer eller sikringsdommer utgjorde et mindretall av pasientene ved institusjonene. Pasientene kjennetegnes heller ved å ha blitt erklært uhelbredelige og særlig vanskelige å håndtere.¹⁹ Dette stemmer overens med funnene i denne undersøkelsen. Et mindretall av pasientene i utvalget ser ut til å ha vært dømt for kriminelle handlinger. De ser heller ut til å ha blitt overført til Reitgjerdet på grunn av vanskelig oppførsel ved andre asyler.

Pasientenes mentale tilstand ser ut til å i stor grad bestemme hvilken vaktal ved Reitgjerdet de ble plassert på. Urolige pasienter ble flyttet til strengere saler, mens roligere pasienter ble flyttet til mindre strenge saler. Mange pasienter ble også flyttet etter å ha fullført en runde med sjokkbehandling. Dette gjaldt for eksempel pasient 603, som etter en insulinkur på 86 dager ble flyttet til rolig vaktal og kunne begynne å jobbe ved poseverkstedet.²⁰ Mange pasienter flyttes relativt ofte basert på om de er i en god eller urolig periode, det varierer sterkt hvor lenge periodene varierer, både mellom pasienter, men også individuelt hos pasientene.

Avhandlingen diskuterer perioden rundt andre verdenskrig. Under andre verdenskrig ble alle andre norske sinnssykehus nord for Dovre rekvirert av tyskerne. På grunn av dette var spesielt Reitgjerdet svært overfylt i perioden 1942-1945. I hele perioden sjokkbehandlingen ble benyttet som behandlingsmetode ved psykiatriske institusjoner i Norge, var overbelegg en av utfordringene.²¹ Også ved Reitgjerdet utgjorde dette et problem. I 1939 var overbelegget på

¹⁶ Lov om Reitgjerdet asyl av 7. juli 1922.

¹⁷ Thomassen. 2015, side 43

¹⁸ Dahl. 2018. *Institusjonaliseringen av farlighet, sinnssykdom og samfunnsvern i Norge*. Doktorgradsavhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

¹⁹ Dahl. 2018, side 158

²⁰ NHA. RG. FB-089-00981 (603). Pasientjournal løpenummer 981 (603).

²¹ Overbelegg betyr at pasienttallet ved en institusjon overstiger antallet pasienter asylet eller sykehuset er beregnet for å huse.

38,5 prosent. Det toppet seg i 1945 med et overbelegg på hele 57,5 prosent. Dette var et problem som ble hengende igjen lenge, og selv i 1950 var overbelegget ved Reitgjerdet fortsatt på 36,3 prosent.²² De fleste av pasientene som var innlagt ved Reitgjerdet i perioden 1938 til 1951, var ikke-kriminelle, og de hadde ofte «lettere» mentale lidelser enn de tidligere pasientene ved Reitgjerdet.²³ Overbelegget reflekteres også i pasientjournalføringen under krigen, som i krigsårene var mye mindre utfyllende.

Reitgjerdet har tidligere blitt skrevet om i flere verker, blant annet *Galskapens fengsel* med bidrag fra blant andre Øyvind Thomassen og Hilde Dahl som ble gitt ut i forbindelse med en utstilling med samme navn ved Norsk rettsmuseum i 2015.²⁴ I tillegg er det skrevet flere avhandlinger knyttet til forskningsprosjektet som denne avhandlingen er en del av. Trude Kristine Nerland har i sin masteravhandling fra 2017 forsket på bruken av lobotomi ved Reitgjerdet mellom 1948 og 1953.²⁵ I avhandlingen sin nevner hun også insulinkomaterapien siden insulinkomaterapien var brukt parallelt med lobotomien. Inger Marie Sørum Øgaard skrev i sin masteravhandling fra 2015 om opprettelsen av Reitgjerdet i 1923. Avhandlingen tar spesielt for seg den politiske og faglige bakgrunnen for opprettelsen av institusjonen.²⁶

To doktorgradsavhandlinger har blitt skrevet som ser på henholdsvis mannlige sinnssyke seksualforbrytere og farlige kriminelle sinnssyke i perioden 1895-1940. Den første ble skrevet av Eivind Myhre og den andre av Hilde Dahl.²⁷ I tillegg har Mads Strand Karlsholm skrevet en masteravhandling om overgangen fra voktere til pleiere ved Reitgjerdet i den samme perioden.²⁸

Begrepsavklaringer

Begrepet «sinnssyk» blir brukt om psykisk syke pasienter i avhandlingen, selv om dette er en terminologi som i liten grad blir brukt nå i dag. Sinnssyk blir brukt fordi det var det gjeldende

²² *Sinnssykehusenes virksomhet 1942*. 1946. Oslo: Statistisk sentralbyrå, side 7, *Sinnssykehusenes virksomhet 1946*. 1949. Oslo: Statistisk sentralbyrå, side 7 og *Sinnssykehusenes virksomhet 1950*. 1952. Oslo: Statistisk sentralbyrå, side 10

²³ Thomassen. 2015, side 49

²⁴ Norsk rettsmuseum. 2015. *Galskapens Fengsel*. Trondheim: Norsk rettsmuseum

²⁵ Nerland, Trude Kristine. 2017. *Dette er Reitgjerdet - gjerne folk overalt*. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

²⁶ Sørum Øgaard, Inger Marie. 2015. *Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923*. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

²⁷ Myhre, Eivind. 2016. *Farlige menn. Mannlighet, seksualforbrytelser og sinnssykdom 1895–1940*. Doktorgradsavhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier. og Dahl. 2018

²⁸ Karlsholm, Mads Strand. 2014. *Fra voktere til pleiere*. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

begrepet i psykiatrien i den perioden som avhandlingen omhandler. I pasientjournalene skrives for eksempel pasientene ut som sinnssyke eller ikke sinnssyke.

I perioden fra 1930 til 1950 endret flere av de norske sinnssykeasylene navn fra asyl til sykehus.²⁹ Reitgjerdet endret navn fra Reitgjerdet asyl til Reitgjerdet sykehus i 1940. I avhandlingen omtales institusjonen som regel bare som Reitgjerdet for å unngå forvirring rundt dette.

Det er tre behandlingsmetoder som ble utviklet på 1930- og 1940-tallet som omtales som sjokkbehandling; insulinkomaterapi, kardiazolsjokk og ECT. Helt siden antikken har forskjellige former for sjokkbehandling, for eksempel å plutselig senke pasientene i kaldt vann, blitt brukt som metode for å helbrede sinnssyke, og sjokkbehandling var allerede et etablert begrep i psykiatrien før de moderne sjokkbehandlingene ble utviklet. På starten av 1900-tallet ble det utviklet en rekke somatiske behandlingsmetoder, men de forskjellige formene for sjokkbehandling, var de mest utbredte behandlingsmetodene i perioden avhandlingen diskuterer.

Insulinkomaterapi var den første av behandlingsmetodene som ble utviklet og ble første gang tatt i bruk i Østerrike 1933. Behandlingsmetoden gikk ut på å gi pasienter store doser med insulin slik at de gikk inn i kunstige koma. Kardiazolsjokk ble utviklet kort tid etter, i Ungarn, og gikk ut på å bruke stoffet kardiazol til å gi pasienter epileptiske konvulsjoner. Elektrosjokk ble utviklet i 1938 og ga som kardiazolsjokk pasientene konvulsjoner, men i stedet for tilførsel av kjemiske stoffer, benyttet metoden seg av elektrisitet for å fremkalle en sjokkreaksjon hos pasientene. Elektrosjokk erstattet etter kort tid i stor grad bruken av kardiazolsjokk. Behandlingsmetodene hadde forskjellige begrunnelser for hvordan og hvorfor de virket og ble benyttet, men de hadde det til felles at de gjennom inngrepene «sjokk»; koma eller konvulsjoner, hadde som hensikt å helbrede schizofrene sinnssyke.

Noen steder betegnes sjokkbehandling med insulin som *insulinsjokk*, mens den andre steder kalles *insulinkomaterapi*. Behandlingen ga i medisinsk forstand ikke sjokk, men østerrikeren Manfred Sakel (1900–1957) som utviklet behandlingsmetoden, foretrakk betegnelsen fordi pasientene fikk det han kalte «hypoglykemisk sjokk». Dette innebar at pasientene ofte fikk

²⁹ Mathisen, Karoline. 1939. «La oss bli kvitt asylnavnet.» *Tidsskrift for den norske lægeförening*, 59(1): 40, side 40

kramper eller epileptiske anfall.³⁰ I avhandlingen refereres behandlingsmetoden til som insulinkomaterapi.

I avhandlingen vil kardiazolsjokk og insulinkomaterapi ofte diskuteres sammen, og omtales med fellesbegrepet sjokkbehandling. Dette er fordi det ikke er funnet noen større forskjeller i hvordan behandlingsmetodene ble brukt ved Reitgjerdet, verken når det kommer til resultater eller hvilke pasienter de ble brukt på. Hva det betyr at sjokkbehandlingene kalles somatiske behandlinger og hvordan behandlingsmetodene ble utviklet og brukt, diskuteres i kapittel 2 sammen med den historiske konteksten rundt behandlingsmetodene.

Insulin er et allment kjent kjemisk stoff som i medisinsk sammenheng blir mest benyttet i behandlingen av diabetes. *Kardiazol*, eller *pentylenetetrazol*, som er den korrekte kjemiske betegnelsen på stoffet, var opprinnelig markedsført som en hjerte- eller hjernestimulator med navnet *metrazol* i USA og *cardiazol/kardiazol* i Europa.³¹ Det ble også produsert en billigere variant av kardiazol, *pentrozol*, i Sverige. Pentrozol tok etter hvert i stor grad over for kardiazol i norsk psykiatri.³² Til tross for at kardiazol hadde flere forskjellige betegnelser, vil kardiazolsjokk brukes konsekvent her. Dersom pentrozol spesifikt blir nevnt i pasientjournalene, opplyses det om dette, men når selve behandlingsmetoden omtales vil betegnelsen kardiazol bli brukt. Den norske historikeren Per Haave har gjort samme valg i boken sin om Sanderud asyl: *Ambisjon og handling* (2008).

Et annet sentralt begrep er begrepet *schizofreni*. Schizofreni er sinnslidelsen som sjokkbehandlingene ble utviklet for å helbrede. Opphavsmannen til diagnosen er den tyske psykiateren Emil Kraepelin (1856–1926). Han undersøkte pasientene ved tyske sinnssykeasyler på slutten av 1800-tallet. Han så særlig etter mønstre i sykdommen til pasientene i et forsøk på å kategorisere forskjellige typer sinnssykdom. Basert på observasjonene sine konstruerte han diagnosen *dementia praecox*, eller på norsk «ungdomssløvsinn».³³ Den sveitsiske psykiateren Eugen Bleuler (1857–1939) bygde videre på Kraepelin sin diagnose og var den første som tok i bruk begrepet schizofreni på diagnosen.³⁴ Schizofreni er en sinnslidelse som har en rekke forskjellige symptomer, men som kjennetegnes særlig av hallusinasjoner, vrangforestillinger og iblant usammenhengende tale.

³⁰ Haave, Per. 2008. *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv* Otta: Unipub, side 268-270

³¹ Shorter, E. 2005. *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press, side 63

³² Haave. 2008, side 290

³³ Scull, Andrew. 2015. *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton og Oxford: Princeton University press, side 263-265

³⁴ Frith, Cristopher og Johnstone, Eve. 2003. *Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, side 27-31

Flere av symptomene kan være bare delvis til stede hos en del av pasientene med lidelsen.³⁵ Dette gjør at schizofreni er en vanskelig lidelse å definere. Også i dag, mer enn hundre år etter at Kraepelin utviklet diagnosen, har psykiatere ufullstendig kunnskap om schizofreni både når det gjelder årsakene til sinnslidelsen og når det gjelder effektive behandlingsmetoder. Grunnkonseptet rundt lidelsen har ikke endret seg nevneverdig siden Kraepelin introduserte diagnosen, og det er fortsatt en lidelse der prognosene for helbredelse er svært dårlige.³⁶

Psykiatriens historiografi

Psykiatrien som vitenskapelig disiplin ble først introdusert på starten av 1800-tallet. Den tidligste psykiatrihistorien ble skrevet av psykiatere og var i høy grad preget av et positivistisk og internalistisk syn. Fokuset i internalistiske verk ligger på profesjonens utvikling, vitenskapelige fremskritt og fremveksten av psykiatriske institusjoner. Det som i hovedsak preget retningen var vitenskapsoptimisme og en tro på fremskritt. Psykiatrihistorien ble fremstilt som en suksesshistorie fra uvitenhet og overtro til en vitenskapelig drevet disiplin. Dette står i motsetning til eksternalistisk skriving som i større grad tar et perspektiv utenfra psykiatrifaget og som hovedsakelig har blitt drevet frem av faghistorikere. Senere har psykiatriens historie blitt skrevet både av psykiatere og historikere, både fra et internalistisk og et eksternalistisk perspektiv.

I moderne tid er eksempler på historikere som har skrevet internalistisk psykiatrihistorie den amerikanske historikeren Edward Shorter og den norske psykiateren Einar Kringlen. Shorter har blant annet skrevet *A History of Psychiatry* (1997). Kringlen har vært en av de viktigste bidragsyterne til norsk psykiatrihistorie. Han utga verket *Psykiatri og historie* i 1977 og har senere blant annet skrevet *Norsk psykiatri gjennom tidene* (2007). Han fokuserer for eksempel i *Norsk psykiatri gjennom tidene* i stor grad på utviklingen av de norske institusjonene og profesjonen.

På 1960-tallet hadde psykiatrikritikken og antipsykiatrien stor innvirkning på psykiatrien. Bevegelsene oppstod delvis som en reaksjon på sjokkterapien og lobotomien som ble tatt i bruk i behandlingen av sinnssyke, men også som en reaksjon på asylene og institusjonene generelt. Psykiatrikritikken var kritisk til de dårlige forholdene og den umenneskelige behandlingen ved asylene. Antipsykiatrien var en mer radikal bevegelse som i tillegg til å kritisere asylene og behandlingsmetodene avviste psykiatrien som faglig disiplin.

³⁵ Ibid, side 42-43

³⁶ Ibid, side 39-41 og 46

Antipsykisatrien var ikke en samlet bevegelse, og mange som blir regnet inn under tradisjonen, ville ikke selv bli regnet som antipsykiatere. Som den britiske psykiateren Duncan B. Double hevder i *Critical psychiatry: The limits of madness* fra 2006:

It is important to recognise that what has been labelled as anti-psychiatry covers a broad church of varying opinions. There is a sense in which it is difficult to distil its essence, apart from its opposition to an overly biomedical perspective.³⁷

Antipsykisatrien var altså ikke en enhetlig bevegelse, men mange forskere fra forskjellige fagfelt som skrev psykiatrichistoriske verker og publikasjoner fra 1960-tallet som regnes til en antipsykisatrisk bevegelse. Felles for dem er en opposisjon mot datidenes asyl og psykiatripraksis. Noe som skilte dem fra psykiatrikritikk både i fortiden og samtiden, var at de kritiserte selve forståelsen av mentale lidelser.³⁸ To av de viktigste antipsykiaterne var den skotske psykiateren R. D. Laing (1927–1989) og den ungarsk-amerikanske psykiateren Thomas Szasz (1920–2012). Både psykiatrikritikken og antipsykisatrien fikk stor betydning for måten å skrive psykiatrichistorie på. For eksempel har Thomas Szasz skrevet psykiatrichistoriske verker som *The Age of Madness* (1973) og *Coercion as a cure* (2007).

To viktige representanter for den nye måten å skrive psykiatrichistorie på var den franske filosofen og idehistorikeren Michel Foucault (1924–1984) og den kanadisk-amerikanske sosiologen Erving Goffman (1922–1982). Foucault var en av de første som stilte spørsmål til det internalistiske og positivistiske perspektivet på psykiatrien med verket *Folie et déraison* (1961) på norsk *Galskapens historie* (1973). Selv om verket senere har vært kritisert, var det sentralt i å skape en ny og tverrfaglig interesse for psykiatrichistorien.³⁹ Verket har blant annet blitt kritisert for forenkling og generalisering.⁴⁰ Goffman utfordret med verket *Asylums* (1961) også det positivistiske synet på psykiatrien. Verkene til Foucault og Goffman fikk betydelig innvirkning på antipsykisatrien og psykiatrikritikken.

Etter psykiatrikritikken og antipsykisatrien har psykiatrichistorien fortsatt å være et flerfaglig forskningsfelt. Både psykiatere som iren David Healy, historikere som finske Petteri Pietikainen og danske Jesper V. Kragh og andre, som den amerikanske sosiologen Andrew Scull har skrevet psykiatrichistoriske verker. David Healy har blant annet har skrevet mye om

³⁷ Double, D. B. 2006. Historical perspectives on anti-psychiatry. I D. B. Double (Red.), *Critical psychiatry: The limits of madness*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, side 6

³⁸ Myhre. 2016, side 48

³⁹ Haave, Per. 2008. *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv* Otta: Unipub, side 16

⁴⁰ Myhre. 2016, side 46 og 47

historien til forholdet mellom farmakologi og psykiatri, for eksempel i boken *The Creation of Psychopharmacology* fra 2002. Petteri Pietikainen har skrevet flere bøker om historien til galenskap og sinnssyke som *Madness: A History* (2015) og *Neurosis and Modernity* (2007). Jesper V. Kragh har blant annet skrevet flere publikasjoner om dansk psykiatri, ofte med et særlig fokus på behandlingsmetoder. Eksempler på dette er boken *Det hvide snit. Psykiatri og psykokirurgi i Danmark 1922-1983* (2010) og artikkelen *Shock Therapy in Danish Psychiatry* (2010). Andrew Scull har skrevet mye om den sosiale historien til medisin og psykiatri med for eksempel bøkene *Madness in Civilization* (2015) og *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen* (1981).

I Norge ble den første psykiatrihistorien skrevet på begynnelsen av 1900-tallet. To sentrale bidragsytere var psykiaterne Hans Evensen (1868–1953) og Paul Winge (1857–1920). Evensen var i en periode direktør ved Kriminalasylet i Trondheim og direktør ved Gaustad sykehus og skrev flere verk om norsk psykiatrihistorie. *Grundtrækkene i det norske sindssygevæsens udvikling i de sidste 100 aar* fra 1905 og *Lovbestemmelserne om retsmedicinske forretninger* fra 1910. Paul Winge var en frontfigur innen norsk rettsmedisin og samfunnspsykiatri og skrev et trebindsverk om norsk psykiatrisk historie kalt *Den norske sindssygeret historisk fremstillet* (1913-1917).

Som nevnt var psykiateren Einar Kringlen sentral for norsk psykiatrihistorie. Etter Kringlen har bidragene til den norske psykiatrihistorien kommet også fra forfattere uten medisinfaglig bakgrunn, for eksempel psykologen og kriminologen Kjersti Ericsson. Også forfattere uten helsefaglig bakgrunn som historikerne Per Haave og Svein Atle Skålevåg, statsviteren Kari Ludvigsen og kriminologen Wenche Blomberg, har kommet med betydelige bidrag til den norske psykiatrihistorien. Mange av publikasjonene om norsk psykiatrihistorie har vært jubileumsbøker skrevet i sammenheng med runde år i historien til psykiatriske institusjoner.⁴¹

Forsknings situasjonen

Interessen for sjokkbehandling blant psykiatrihistorikere har vokst siden starten av 2000-tallet. Særlig har interessen for ECT vært stor. Interessen for insulinkomaterapi og kardiazolsjokk har vært noe mindre, men flere undersøkelser har også sett på disse behandlingsmetodene. Det finnes få undersøkelser av sjokkbehandling på et pasientjournalnivå. Jesper V. Kragh ga i 2010 et overblikk over forskningssituasjonen på feltet og han nevner blant annet at forskningen på ECT har vært mye mer ekstensiv enn på de

⁴¹ Haave. 2008, side 17-18

andre formene for sjokkbehandling. Det har blitt gjennomført flere studier knyttet til insulinkomaterapi, men det har kun blitt gjennomført noen få undersøkelser knyttet til kardiazolsjokk.⁴²

Den amerikanske historikeren Deborah B. Doroshow som er en av forskerne som har studert insulinkomabehandling på et pasientjournalnivå, presenterer i artikkelen *Performing a Cure for Schizophrenia: Insulin Coma Therapy on the Wards* et overblikk over tidligere psykiatrihistorie knyttet til insulinkomaterapi. Det har vært flere korte, ofte negativt vinklede, undersøkelser av insulinkomaterapien, men få dyptgående analyser. Insulinkomaterapien har ifølge Doroshow ofte blitt presentert som enten en plett på psykiatriens historie eller som kun et ledd i utviklingen av de somatiske behandlingsmetodene hvor hver behandlingsmetode ble ansett bedre enn den forrige. Ett av eksemplene hun bruker på såkalte «assembly line historians» er Edward Shorter.⁴³ Shorter presenterer de forskjellige formene for sjokkbehandling som vitenskapelige fremskritt. Han vektlegger viktigheten av sjokkbehandlingen for profesjonen, ikke hvordan de påvirker pasientene.⁴⁴

Den amerikanske psykiateren Max Fink representerer sammen med Shorter og David Healy et noenlunde sammenfallende positivt syn på sjokkbehandling. Dette gjelder særlig elektroshokkbehandlingen som Fink er en sterk forkjemper for. I 1958 var Fink delaktig i en undersøkelse av insulinkomaterapien. Undersøkelsen utgjorde et av dødsstøtene mot behandlingsmetoden, men er også en undersøkelse andre i ettertid har brukt for å vise at insulinkomaterapien var en effektiv behandlingsmetode.⁴⁵ Insulinkomabehandlingen og dens effekt diskuteres ytterligere senere.

Det er flere andre psykiatrihistorikere som har skrevet om behandlingsmetoder innen psykiatrien. To av disse er den amerikanske psykiateren og historikeren Joel T. Braslow og den britiske juristen Phillip Fennel. Joel T. Braslow studerer i boken *Mental Ills and Bodily Cures* behandlingsmetodene som ble brukt innen psykiatrien i første halvdel av 1900-tallet. Mens Phillip Fennel i *Treatment without consent: law, psychiatry, and the treatment of*

⁴² Kragh, Jesper Vaczy. 2010. "Shock Therapy in Danish Psychiatry." *Medical History*, 54; 341-364, side 341-343

⁴³ Doroshow, Deborah Blythe. 2006. "Performing a Cure for Schizophrenia: Insulin Coma Therapy on the Wards." *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 62(2): 213-243, side 215

⁴⁴ Shorter, Edward. 1997. *A History of Psychiatry*. New York: John Wiley and Sons Inc., side 207-217

⁴⁵ Fink, M., Shaw, R., Cross, G. E. og Coleman, F. S. 1958. "Comparative study of chlorpromazine and insulin coma therapy in psychosis." *Journal of American Medical Association*. 166(15):1846-1850. For bruken av denne undersøkelsen se Kragh. 2010, side 343.

mentally disordered people since 1845, undersøker lovgivning og spørsmålet om samtykke i psykiatrisk behandling.

Braslow kom i *Mental Ills and Bodily Cures* til konklusjonen at de somatiske behandlingene som ble utviklet på starten av 1900-tallet representerte stadig mer inngripende forsøk på å kontrollere psykiatriske pasienter gjennom kroppene deres. Dette kulminerte i bruken av lobotomi som gjorde behandling om til en disiplinerende praksis som direkte forsøkte å kontrollere kropp og sinn. Braslow hevder at det oppstod et forhold mellom psykiaternes syn på pasientenes mentale lidelser og behandlingen av dem, hvor psykiaterne begynte å se de mentale lidelsene på en måte som forsterket synet på at de kunne behandles. Synet på de mentale lidelsene og deres natur ble direkte formet av behandlingsmetodene. Braslow ser også en klar sammenheng mellom den tidlige biologiske behandlingen og dagens praksis der skillelinjen mellom kontroll og kur fortsatt er vag.⁴⁶ Braslow så også behandlingsmetodene i stor grad som kontrollverktøy.

De fleste studiene som er gjort rundt bruken av sjokkbehandling, har fokusert på elektrosjokk og har hovedsakelig blitt skrevet i en amerikansk kontekst. To av historikerne som har skrevet om insulinkomaterapi og kardiazolsjokk i en europeisk kontekst, er Jesper Kragh og den britiske psykiateren Niall McCrae. Jesper Kragh har tatt for seg sikringsavdelinger og bruken av kardiazolsjokk i Danmark og er en av forskerne som har undersøkt sjokkbehandling på et pasientjournalnivå. Niall McCrae har skrevet om bruken av kardiazolsjokk i Storbritannia, men hans artikkel '*A violent thunderstorm*': *Cardiazol treatment in British mental hospitals* er kun basert på sekundærkilder. Artikkelen er likevel en av få inngående undersøkelser av kardiazolsjokk.

I tillegg omtales ofte sjokkbehandlingen i publikasjoner som ser på psykiatrihistorien generelt. Eksempler på dette er Andrew Scull sin *Madness in Civilization* og Petteri Pietikainen sin *Madness*. Publikasjonene har ikke hovedfokus på behandlingsmetoder eller sjokkbehandling spesifikt, men har bidratt med større oversiktsverk over psykiatriens historie der de også tar for seg sjokkbehandlingen. Verkene har vært viktige som kontekstuelle oversikter i avhandlingen.

Innen norsk psykiatrihistorie har historikeren Per Haave sin publikasjon *Ambisjon og Handling* som omhandler Sanderud sykehus vært et viktig bidrag. I verket gir Haave et godt

⁴⁶ Braslow, Joel. 1997. *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. Berkeley og London: Cambridge University Press, side 172-174

bilde av sjokkbehandlingen ved Sanderud og den norske debatten rundt sjokkbehandlingen. Psykologen, historikeren og kriminologen Joar Tranøy har i sitt verk *I sinnssykehusets vold* tatt for seg somatiske behandlingsmetoder hvor han ser på motstanden mot legemlige behandlinger blant de innsatte ved Gaustad sykehus.⁴⁷

Hanne Birkeland skrev i 2017 en masteravhandling som handler om behandlingen av sinnssyke ved Eg asyl nord for Kristiansand i to perioder, 1935-1939 samt 1955-1959. Noen av behandlingsmetodene hun ser på er kardiazol- og insulinsjokk. Selv om det bare er en del av det hun har studert som omhandler sjokkbehandling, hun vier en større del til lobotomi, er den relevant fordi det er en av få norske publikasjoner som ser på sjokkbehandling på et pasientjournalnivå.⁴⁸

Kilder og metode

Avhandlingen er basert på informasjon fra pasientjournaler og andre skriftlige kilder fra Reitgjerdet sykehus, samt årlige rapporter fra de norske sinnssykehusene til SSB, *Sinnssykeasylenes/Sinnssykehusenes virksomhet mellom 1938 og 1951*. I tillegg til pasientjournalene, danner brev og en behandlingsprotokoll for noen av de sjokkbehandlede pasientene ved Reitgjerdet fra årene 1938 og 1939, det empiriske grunnlaget for undersøkelsen.

Metodisk er avhandlingen en kvalitativ tekstanalyse og en hermeneutisk tolking av de skriftlige tekstene. I tillegg har det blitt benyttet kvantitative sammenstillinger, særlig for å finne omfanget av sjokkbehandlingen. En av hovedutfordringene alle historikere møter, er at det som studeres skjedde i fortiden, i en annen kontekst enn den historikeren selv kjenner. Det er viktig å tolke tekstene som studeres ut i fra konteksten de oppstod i.⁴⁹ Dette har særlig vært en utfordring fordi behandlingsmetodene som diskuteres lett kan virke bestialske sett med dagens blikk, men å avfeie metodene ensidig som brutale, ignorerer konteksten behandlingsmetodene oppstod i. Det har derfor vært sentralt i avhandlingen å forstå den historiske konteksten og hvordan forholdene i psykiatrien var i den perioden som behandlingsmetodene oppstod.

⁴⁷ Tranøy, Joar. 1993. *I sinnssykehusets vold: Innlagtes mostand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Oslo: Pax forlag

⁴⁸ Birkeland, Hanne. 2017. *Behandling av sinnssyke pasienter på Eg asyl i periodene 1935-1939 og 1955-1959: En undersøkelse av behandlingsmetoder basert på pasientjournaler*. Masteravhandling. Universitetet i Agder; Institutt for religion, filosofi og historie.

⁴⁹ Florén, A. og Ågren, H. 2012. *Historiska undersökningar: grunder i historisk teori, metod och framställningssätt*. Lund: Studentlitteratur, side 141

En av kildene som er brukt i avhandlingen, er en oversikt over sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet fra de første årene sjokkbehandlingen var tatt i bruk ved institusjonen. Oversikten inneholder løpenumrene til pasientene og data fra sjokkbehandlingen av pasientene, som datoer, størrelse på dosene insulin eller kardiazol som ble gitt, og om behandlingen ga sjokk eller koma. I arkivet fra Reitgjerdet heter kilden bare *Cardiazolbehandling*. Betegnelsen er upresis og kan feiltolkes siden den i like stor grad tar for seg pasienter som ble behandlet med insulinkomaterapi. Protokollen har sannsynligvis fått betegnelsen *Cardiazolbehandling* fordi bare kardiazolsjokk ble benyttet som behandlingsmetode da protokollen ble påbegynt i 1938. Kilden vil bli referert til som «protokollen over sjokkbehandlede» eller «registeret av de sjokkbehandlede».

Alle primærkildene i avhandlingen er basert på har vært digitaliserte. I pasientjournalene har hver pasient sin egen mappe som inneholder håndskrevne og maskinskrevne pasientjournaler og offisielle dokumenter eller korrespondanse som er skrevet av eller som relaterer seg til pasientene. Avhandlingen er hovedsakelig basert på de maskinskrevne pasientjournalene siden dette er de delene av pasientjournalene som i størst grad omhandler sjokkbehandlingen. I kun ett tilfelle har en pasient blitt sjokkbehandlet uten at det nevnes i de maskinskrevne pasientjournalene, og her mangler perioden sjokkbehandlingen foregikk i pasientens maskinskrevne journal. En annen viktig kilde har vært brev skrevet til eller fra familien til pasientene. Noen av brevene, særlig brev som er skrevet av pasientene selv, har vært usammenhengende og vanskelige å tyde. Flere av pasientene hadde familiemedlemmer som skrev en rekke brev til Reitgjerdet og viste stor interesse for tilstanden til pasienten. I brevene kommer det i noen tilfeller frem informasjon som avdekker de pårørende sitt syn på bruken av sjokkbehandling ved Reitgjerdet. Noen av pasientjournalene inneholder også en oversikt over sjokkbehandlingen av den enkelte pasienten, lignende den gitt i protokollen over sjokkbehandlede. Pasientjournaler der denne typen informasjon er inkludert, har vært nyttige kilder.

Pasientjournalene inneholder personopplysninger som pasientens navn, fødselsdato, dato for innleggelse og utskrivelse og diagnose. I tillegg inneholder de en oppsummering av sykdomshistorien til pasienten og informasjon fra asyler dersom pasientene har vært innlagt tidligere. Den viktigste delen av pasientjournalene i denne sammenhengen, er rapporter som gis om pasientene mens de var ved Reitgjerdet. De 15 pasientene i utvalget, blir beskrevet svært forskjellig, og det er vanskelig å danne seg et bilde av adferd og hvordan sinnssykdommen deres artet seg. Dette skyldes i stor grad at det som regel bare forekommer

noen få rapporter årlig om hver pasient. Når pasientene har gjennomgått sjokkbehandling, er dette nøyaktig nedtegnet i pasientjournalene, stort sett sammen med en beskrivelse av resultatene av sjokkbehandlingen. Særlig under andre verdenskrig, mens Reitgjerdet var svært overfylt, inneholder pasientjournalene færre opplysninger. I krigsårene står det som regel bare en eller to setninger årlig i de maskinskrevne pasientjournalene om hver pasient.

Fordi pasientjournalene ble skrevet av legene ved asylet, er det deres fremstilling og forståelse som kommer til uttrykk gjennom kildene. Noen steder refereres direkte sitater fra pasientsamtaler eller fra brev de har skrevet, men stort sett består pasientjournalene av legenes opplevelse av pasientene og hendelsene ved Reitgjerdet.

Et problem med utvalget i undersøkelsen er at alle pasientene som ble sjokkbehandlet i perioden ikke har blitt studert. Pasientvalget er hovedsakelig basert på de 13 pasientene som nevnes i protokollen over sjokkbehandlede pasienter fra sjokkbehandlingen startet ved Reitgjerdet i 1938 frem til høsten 1939. Via forskningsprosjektet har det også kommet frem to pasienter som ikke står oppført i protokollen. Jeg tar derfor forbehold om at det kan være andre og flere pasienter som har gjennomgått sjokkbehandling som ikke har blitt journalført i det aktuelle tidsrommet som undersøkelsen omfatter. Å bruke tid på å lete frem flere mulige pasienter, ville vært et for omfattende arbeid i denne sammenhengen.

Et problem med brevene som er sendt fra Reitgjerdet, er at de ofte ikke er merket med avsender. Der det er mulig, er det inkludert avsender fra Reitgjerdet i kildehenvisningen, men noen steder er avsender ikke oppgitt. Brevene fra Reitgjerdet er trolig i all hovedsak sendt av overlegen eller en av legene ved asylet.

Pasientjournalene inneholder flere sensitive personopplysninger. For å opprettholde personvernet er alle pasientene i avhandlingen anonymisert. Når enkeltpasienter omtales blir de referert til via løpenummeret de hadde mens de var innlagt ved Reitgjerdet. Pasienter som ble utskrevet fra Reitgjerdet og senere innlagt igjen hadde flere løpenumre fordi de fikk et nytt et ved den nye innleggelsen, i disse tilfellene benyttes løpenummeret de hadde når de først ble sjokkbehandlet. Bruken av personopplysninger er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) midt via prosjektleder for *Galskapens Fengsel*, Øyvind Thomassen.

Oppbyggingen av avhandlingen

Avhandlingen består av fem kapitler; et innledningskapittel, et kapittel om utviklingen av sjokkbehandlingen og den historiske konteksten behandlingsmetodene ble utviklet i, to

empirikapitler hvor sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet diskuteres og til slutt et konklusjonskapittel.

Kapittel 2 gir et overblikk over sjokkbehandling gjennom psykiatrihistorien og forklarer utviklingen av de somatiske behandlingsmetodene. Til slutt diskuterer kapitlet utviklingen av de forskjellige sjokkbehandlingene, synet på effekten av sjokkbehandlingen i dag og hvordan de har blitt tatt i bruk på nasjonal basis.

Kapittel 3 diskuterer implementasjonen av og bruken av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet. Kapitlet tar for seg hvor stor andelen av pasienter som ble sjokkbehandlet var og hva som lå til grunn for utvelgelsen av pasienter til sjokkbehandlingen.

Kapittel 4 tar for seg bruken av sjokkbehandling ved Reitgjerdet. Hvordan var resultatene av behandlingen sett i forhold til forventningene til metoden? Hvilke intensjoner lå til grunn for bruken sjokkbehandling? Hvilke komplikasjoner førte sjokkbehandlingen med seg og hva var pasientenes reaksjon på sjokkbehandlingen?

Kapittel 5 inneholder konklusjon og oppsummering av funnene i undersøkelsen og gir forslag til fremtidig forskning som relaterer til avhandlingen.

Kapittel 2: Utviklingen og bruken av sjokkbehandlingen

Den moderne sjokkbehandlingen ble utviklet i første halvdel av 1900-tallet. Dette var i en periode hvor psykiatrien var preget av pessimisme når det kom til helbredelsen av sinnssyke pasienter. Som resultat av dette, ble en rekke nye behandlingsmetoder utviklet og tatt i bruk.

De moderne formene for sjokkbehandling inngår i en lang tradisjon. Helt siden antikken har forestillingen om at sjokk kan helbrede sinnssykdom, eksistert. En av de første som benyttet slike metoder, var den romerske forfatteren og lærde innen medisin, Aulus Cornelius Celsus (ca. 25 fvt-ca. 50 evt). Han foreslo blant annet å legge sinnssyke i lenker og å piske eller sulte dem, i den tro at bruken av frykt kunne ha en terapeutisk effekt.⁵⁰

På slutten av 1700-tallet og starten av 1800-tallet ble flere former for sjokkbehandling tatt i bruk. En av de mer ekstreme formene ble praktisert av den belgiske psykiateren Joseph Guislain (1797-1860). Han utviklet en innretning han kalte «det kinesiske tempelet» som besto av et lite kinesisk tempel som på innsiden hadde et bur av jern. Buret ble senket ned i vann med pasienten inne i buret. Pasienten ble værende i buret til han nesten druknet. Lignende metoder skal også ha blitt benyttet av den amerikanske legen Dr. Willard.⁵¹ En annen form for sjokkbehandling innebar fastlenking til stoler eller husker. Et eksempel på dette er metoden den amerikanske legen Benjamin Rush (1746-1813) utviklet. Han bygde en stol han kalte «the tranquilizer» hvor pasienter ble spent fast mens legen kunne utføre behandlingsformer som blodlating eller å dynke pasientene i varmt eller kaldt vann.⁵² Sjokkbehandlingene som ble utviklet i denne perioden var ikke i bruk lenge. Allerede på 1820-tallet begynte asyler å fase ut behandlingsmetodene. Holdningene til de brutale metodene gikk i løpet av kort tid fra positive til negative.⁵³

Den moderne sjokkbehandlingen bygde ikke på de tidligere formene for sjokkbehandling, men den inngår i den lange tradisjonen innen psykiatrien for å bruke sjokk til å helbrede sinnssyke. Den moderne sjokkbehandlingen skilte seg fra tidligere sjokkbehandling ved at det ikke var selve sjokket som var hovedintensjonen med behandlingen, men den fysiologiske effekten sjokket skapte. Sentralt i tankegangen rundt den moderne sjokkbehandlingen, var forståelsen av sinnssykdommers somatiske opphav.

⁵⁰ Frank, Jerome D. og Frank, Julia B. 1991. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore og London: The John Hopkins University Press, side 228

⁵¹ Pietikainen, Petteri. 2015. *Madness: A History*. New York: Routledge, side 141

⁵² Pietikainen. 2015, side 142-143 og Scull. 2015, side 156

⁵³ Scull. 2015, side 159

En somatisk forståelse av sinnssykdom

Begrepet somatisk stammer fra gresk og betyr at noe relaterer seg til kroppen, spesielt kroppen distinkt fra sinnet. På midten av 1800-tallet hadde psykiatere som tyske Wilhelm Griesinger (1817-1868) insistert på mentale sykdommers somatiske opphav i hjernen. Griesinger hevdet at mange sykdommer og lidelser hadde sitt opphav i forskjellige deler av hjernen.⁵⁴ Synet banet vei for nye innfallsvinkler for å behandle sinnssykdom. Dette var sentralt for fremveksten av den moderne sjokkbehandlingen. Forståelsen av mentale lidelsers opphav i hjernen gjorde det mulig med somatiske behandlinger av mental sykdom.

På starten av 1900-tallet var psykiatrien preget av overfylte asyler. Få pasienter ble skrevet ut og degenerasjonsteorien sto fortsatt sterkt. Termen *degenerasjon* kom opprinnelig fra den franske psykiateren Benedict Augustin Morel (1809–1873) som i 1857 først introduserte uttrykket.⁵⁵ Degenerasjon ble sett på som en arvelig lidelse som gradvis ble mer og mer alvorlig for hver generasjon, før den til slutt førte til utslettelsen av familielinjen.

Degenerasjon var ikke begrenset til psykiatrien, men hadde også påvirkning på andre grener innen medisin og sosiale studier.⁵⁶ Blant annet på grunn av utviklingen mot mer somatiske forklaringer på mentale lidelser begynte flere og flere psykiatere og gå bort fra denne tankegangen utover på 1900-tallet.

Psykiatriens gradvise forkastelse av degenerasjon gjorde det i større grad mulig å rette fokuset mot enkeltpasienten og åpnet for en større behandlingsoptimisme knyttet til nye medisinske ambisjoner i faget. Etter første verdenskrig skiftet fokuset i psykiatrien til individualisert behandling og enkeltpasienter. Før dette hadde behandlingen i for eksempel Storbritannia sjelden vært sykdomsspesifikk, men heller forsøkt å bedre oppførselen til pasienter.⁵⁷ På midten av 1800-tallet kom klassifikasjonen og diagnostiseringen av psykiatriske pasienter i gang.⁵⁸ Den vanligste diagnosen utover på 1900-tallet ble *Dementia praecox*, fra 1910 kjent som *schizofreni*. I utgangspunktet bidro ikke diagnosen og diagnostiseringen til større optimisme i psykiatrien. Schizofreni ble sett på som en diagnose med lite håp om helbredelse.⁵⁹

⁵⁴ Pietikainen. 2015, side 116

⁵⁵ Scull. 2015, side 243

⁵⁶ Zubin, Joseph, Oppenheimer, Gerald og Neugebauer, Richard. 1985. "Degeneration theory and the stigma of schizophrenia." *Biological Psychiatry*, nr. 20 (11): 1145-1148, side 1145-1146

⁵⁷ McCrae, Niall. 2006, side 69

⁵⁸ Romm, Kristin Lie og Lie, Anne Kveim. 2011. «Alvorlig sinnslidelse i et historisk perspektiv.» *Tidsskriftet: Den norske legeforening*. Nr. 24 (131): 2507-11, side 2507

⁵⁹ Scull. 2015, side 263-265

Medisinfaget var i denne perioden inne i en revolusjon når det gjaldt nye behandlingsmetoder, noe som brakte økt prestisje til profesjonen. Gradvis ble de bakterielle årsakene til sykdommer oppdaget, vaksiner ble utviklet mot flere epidemiske lidelser og medisinen utviklet seg gradvis frem mot dagens moderne kliniske vitenskap. Utviklingen førte til at psykiatrien gradvis ble forbigått av legevitenenskapen i prestisje og behandlingsmetoder. Mens legevitenenskapen oppdaget årsakene til flere sykdommer og utviklet effektive behandlingsmetoder, forble psykiatrien uten særlig håp om å kunne helbrede sine pasienter. På starten av 1900-tallet fungerte psykiatere i realiteten mer som fangevoktere enn som leger. For psykiatriens del ble en viktig oppdagelse gjort i 1913. Da ble det bekreftet at GPI, «general paresis of the insane», blir forårsaket av syfilis. GPI hadde tidligere blitt sett på som en form for galskap, og oppdagelsen av dens bakterielle opphav hadde stor betydning for psykiatrien.⁶⁰

I mellomkrigstiden ble ulike eksperimenter satt i gang der intensjonen var å kurere sinnssykdom med somatiske behandlingsmetoder. Den østeriske psykiateren Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940) hadde allerede på 1880-tallet eksperimentert med å gi sinnssyke pasienter høy feber, noe han trodde kunne helbrede sinnssykdommen til pasientene, men med negative resultater. Senere eksperimenterte han med å påføre syfilisinfiserte pasienter malaria. Med forsøket oppnådde han positive resultater, og metoden spredte seg raskt til andre land og institusjoner. En undersøkelse fra 1926 viste at litt over en fjerdedel av de behandlede pasientene ble kurert. Oppdagelsen av at syfilis kunne bli effektivt behandlet ved å gi pasienter kunstig fremstilt malaria, ga Wagner-Jauregg Nobelprisen i medisin i 1927.⁶¹ Pasienter med syfilis som tidligere hadde blitt levnet lite håp om helbredelse, kunne nå kureres. Dette skapte idéen om at psykiske lidelser også kunne bli forårsaket av infeksjoner andre steder i kroppen.

Om behandlingen med malaria faktisk virket, ble aldri bevist, og på grunn av oppdagelsen av penicillin senere på 1900-tallet, ble behandlingsmetoden faset ut. Men Wagner-Jaureggs oppdagelse hadde ifølge Andrew Scull viktige konsekvenser for psykiatrifaget. For det første resulterte det i en styrking av teorien om at galskap hadde røtter i kroppen, og for det andre at de antatt biologiske lidelsene, kunne bli kurert med biologisk baserte terapeutiske inngrep.⁶² Dette var blant de viktigste årsakene til at behandlingsoptimismen igjen økte innen

⁶⁰ Scull. 2015, side 263

⁶¹ Porter, Roy. 2002. *Madness: A Brief History*. Oxford: Oxford university press, side 200

⁶² Scull. 2015, side 302

psykiatrien. Den somatiske forståelsen av sinnssykdommer ledet til utviklingen av en rekke eksperimentelle behandlingsmetoder. De moderne formene for sjokkbehandlingen som ble utviklet i den første halvdel av 1930-tallet, var noen av disse.⁶³ Erfaringene med andre sykdommers påvirkning på hjernen, gjorde at legene håpet at sjokket som oppstod som følge av sjokkbehandlingen, skulle påvirke pasientenes mentale helse.

Insulinkomaterapi

Insulinkomaterapien ble utviklet av den østeriske psykiateren Manfred Sakel (1900-1957) på starten av 1930-tallet. Fascinasjon hans for insulin som behandlingsmetode, kom mens han arbeidet med heroin- og morfinafhengige pasienter ved et psykiatrisk sykehus i Berlin, og oppdagelsen av sjokkbehandlingen skyldtes en rekke uhell. Ved en feiltakelse ga han en overdose insulin til en av de narkomane pasientene som i tillegg hadde diabetes. Dette førte til at pasienten falt inn i en lett komatøs tilstand. Da hun våknet opp fra tilstanden, oppdaget Sakel at pasienten ikke lenger var avhengig av opioider. Etter dette begynte han å gi alle de narkomane pasientene store doser insulin, for å hjelpe dem til å kurere avhengigheten.

Oppdagelsen av at insulin også kunne hjelpe mentalt syke pasienter, kom som resultat av at Sakel, nok en gang ved et uhell, ga en pasient en overdose insulin. Dette forårsaket koma. Etter at pasienten kom til seg selv, hadde hans mentale situasjon bedret seg. Dette vakte stor interesse hos Sakel for muligheten til å kunne kurere sinnssykdom ved hjelp av insulin. Etter at han returnerte til Wien, begynte han å eksperimentere med insulin på schizofrene pasienter, og han kunne rapportere om svært gode resultater. På de pasientene han hadde behandlet med insulinkoma, rapporterte han en remisjonsrate på 70 og at flere andre hadde blitt sterkt bedret.⁶⁴ I 1934 publiserte Sakel resultatene sine i en 13 delers serie i *Wiener Medizinische Wochenschrift*. Metoden vakte derfor stor oppmerksomhet i psykiatrifaglige kretser, og spredte seg raskt til å bli en vanlig behandlingsmetode i de fleste asylers.⁶⁵

Insulinkomaterapien gikk ut på at pasienter ble gitt en overdose insulin. Overdosen førte til at pasientenes glukosenivåer gikk ned, noe som brakte pasientene inn i et kunstig fremkalt *hypoglykemisk koma*. Mengden insulin pasientene fikk, ble gradvis økt frem til pasienten sovnet og gikk inn i koma. Hvor lenge pasientene ble holdt i en komatøs tilstand, varierte fra

⁶³ Scull. 2015, side 302-308

⁶⁴ Remisjon er ifølge helsedirektoratet et uttrykk innen psykiatrien som referer til en langvarig bedring av psykosesymptomer. Dette innebærer at symptomene har bedret seg til et nivå hvor pasienten ikke lenger har psykosesymptomer. Denne tilstanden må ha en varighet på minimum seks måneder. Kilde: Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/13.forekomst-forl%C3%B8p-og-prognose/forl%C3%B8p-og-prognose> (Besøkt 20.04.2019)

⁶⁵ Scull. 2015, side 309-310 og Pietikainen. 2015, side 243-244

20 minutter til 2 timer.⁶⁶ Når pasientene hadde vært komatøse tilstrekkelig lenge, en til to timer, ble de gitt en glukoseløsning. Dette fikk blodsukkeret opp på et normalt nivå og gjorde at pasientene våknet. Behandlingene fortsatte slik daglig over lengre tidsrom, gjerne 50 doser med insulin over en periode på seks til åtte uker. På grunn av at behandlingen krevde mye tid, rom og medisinsk personell, foregikk ofte behandlingen i egne rom.⁶⁷ Grunnen til at behandlingsmetoden var så ressurskrevende var at pasientene krevde konstant medisinsk oppfølging under behandlingen.

Hvor stor sjansen for helbredelse var, varierte mye ettersom hvor lenge pasienten hadde vært syk. For pasienter som hadde vært syke i lengre perioder var remisjonsraten svært lav. I en artikkel som omhandler bruken av kardiazolsjokk ved Rønvik asyl nær Bodø, i *Tidsskrift for den norske lægeforening* fra 1939, gir overlegen ved Reitgjerdet, Egil Rian (1904-1982), uttrykk for samtidens syn i Norge på insulinkomaterapi og helbredelsesraten:⁶⁸

I de siste år er imidlertid to nye behandlingsmåter kommet i bruk, og de synes i motsetning til de tidligere å vise stor terapeutisk effekt. Det er først og fremst Sakels insulinsjokkterapi som blev innført i 1933 og som efter en rekke autoriteters uttalelse skal helbrede schizofreni i 60-80 pct., såfremt sykdommen ikke har vart over et år. Personlig har jeg ikke nok erfaring om denne behandlingsmetode.⁶⁹

I artikkelen gir Rian uttrykk for at en helbredelsesrate på over 60 prosent ble sett på som sannsynlig for nye tilfeller av schizofreni. Psykiateren Harald Frøshaug (1906-1978) ved Dikemark sykehus ga lignende tall fra statistikk hentet fra sveitsiske institusjoner i samme tidsskrift. 59,1 prosent av pasientene hadde sett full remisjon og sosial remisjon ved sykdomsvarighet inntil et halvt år. Andelen var 57,2 prosent ved sykdomsvarighet inntil ett år og 11,3 prosent ved sykdomsvarighet over to år.⁷⁰ Ved sykdomsvarighet over to år falt altså effekten fra sjokkbehandlingen betraktelig.

Insulinkomaterapien var ikke en risikofri behandlingsmetode, men hvor stor risiko den hadde varierer mye i litteraturen. En rapport fra USA i 1940 kom til en fatalitetsrate på rundt fem prosent. Ved Pikäniemi sykehus i Finland var fatalitetsraten svært lav, med 1,2 dødsfall per ti

⁶⁶ Shorter. 1997, side 212

⁶⁷ Pietikainen. 2015, side 244

⁶⁸ Når han skrev denne artikkelen jobbet han ved Rønvik asyl.

⁶⁹ Rian, Egil. 1939. Konvulsjonsterapi av Schizofreni. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 59: 128-138, side 128

⁷⁰ Frøshaug, Harald. 1939. «Insulinsjokkbehandling av schizofrene psykosser.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(1): 63-71, side 64

tusen behandlede pasienter.⁷¹ Dette er svært likt fatalitetsraten på 1,3 prosent fra en britisk undersøkelse gjennomført i 1938.⁷² Per Haave fant ingenting som tydet på dødsfall blant de 168 pasientene som gjennomgikk behandlingen ved Sanderud sykehus mellom 1938 og 1954.⁷³

Utover på 1950-tallet ble insulinkomaterapien gradvis faset ut. En viktig årsak til dette var at det etter hvert viste seg at behandlingsmetoden kun hadde en kortsiktig virkning. Sentral her var den britiske rapporten «The Insulin Myth» fra 1953 hvor den unge britiske psykiateren Harold Bourne så på tidligere studier av insulinkomaterapien og stilte spørsmål ved de medisinske effektene av insulinkoma.⁷⁴ At en artikkel skrevet av en psykiater var ett av dødsstøtene mot behandlingsmetodene, viser at kritikken mot insulinkomaterapien i stor grad var intern. Dette står i kontrast til behandlingsmetodene ECT og lobotomi som i hovedsak ble avsluttet på grunn av ekstern kritikk.⁷⁵

Hvor stor effekt hadde insulinkomaterapien?

I ettertid har det blitt stilt spørsmål ved helbredelsesratene til insulinkomaterapien. Noen forskere er svært kritiske til behandlingen mens andre hevder at insulinkomaterapien var like effektiv som nyere metoder og at metoden derfor ble tatt ut av bruk for tidlig.

En av psykiaterne som er mest positive til sjokkbehandlingen er Max Fink. Han hevdet i artikkelen *A Beautiful Mind and Insulin Coma* fra 2003 at remisjonsraten ved behandlingen på generell basis lå på mellom 30-60 prosent. Med en rate på 30 prosent eller lavere for pasienter som hadde svært syke to år eller lengre. Han hevder at metoden hjalp på grunn av konvulsjonene som ofte inntreffer under lengre behandlinger. Han hevdet også at insulinkomaterapien var en effektiv behandlingsmetode som kun ble faset ut på grunn av et negativt bilde på behandlingen og fordi det nye stoffet klorpromazin var like effektivt og mindre ressurskrevende.⁷⁶ Påstanden om at klorpromazin og insulinkomaterapi hadde lignende effekt stammer fra en undersøkelse Fink var en del av i 1958 hvor effekten av klorpromazin og insulinkomaterapien ble sammenlignet.⁷⁷ Undersøkelsen har ofte blitt

⁷¹ Pietikainen. 2015, side 244

⁷² McCrae. 2006, side 77

⁷³ Haave, 2008, side 281 og 286

⁷⁴ Bourne, Harold. 1953. "The Insulin Myth." *The Lancet*. 262 (6793): 964-968

⁷⁵ Scull. 2015, side 318-321

⁷⁶ Fink, Max. 2003. "A Beautiful Mind and Insulin Coma: Social Constraints on Psychiatric Diagnosis and Treatment." *Harvard Review of Psychiatry*. 11: 284-290, side 287-288. Klorpromazin er et antipsykotisk stoff som ble oppfunnet og tatt i bruk på 1950-tallet, det brukes blant annet mot schizofreni.

⁷⁷ Fink, M., Shaw, R., Cross, G. E. og Coleman, F. S. 1958. "Comparative study of chlorpromazine and insulin coma therapy in psychosis." *Journal of American Medical Association*. 166(15):1846-1850

referert til av andre psykiatrihistorikere når de skal vise til den positive effekten fra insulinkomaterapien, men blant andre Jesper V. Kragh har kritisert undersøkelsen for å ha et lite pasientutvalg; det var kun 26 pasienter per sett i undersøkelsen.⁷⁸

Bakgrunnen for Finks syn på insulinkomaterapien er muligens at han er en sterk forkjemper for elektroshokkbehandling. Han har blant annet skrevet boken *Electroshock: Healing Mental Illness* (1999). Dette kan forklare Finks påstand om at det er konvulsjonene fra insulinkomabehandlingen som ga behandlingseffekten ved sjokkbehandlingen. Edward Shorter hevder det samme i *A Historical Dictionary of Psychiatry* (2005):

The true effectiveness of ICT was much debated at the time and remains controversial among historians today. It is fairly clear that the effective element in the therapy was the convulsions that the treatment occasionally induced and not the insulin itself.⁷⁹

Om det var konvulsjonene fra insulinkomaterapien som hjalp mot schizofreni er mye mer omdiskutert enn det Shorter hevder. Manfred Sakel selv så konvulsjonene som en uønsket bivirkning og det er fortsatt stor uenighet blant psykiatrihistorikere om insulinkomaterapien hadde noen langvarig positiv effekt på schizofreni i det hele tatt. Et annet tegn på at det er tvilsomt at konvulsjonene hadde den positive effekten som Max Fink og Edward Shorter påstår er at konvulsjonsterapiene, kardiazolsjokk og elektroshokk, viste seg å hovedsakelig ha en helbredende effekt på pasienter med depressive lidelser. Shorters sitat over kan forstås ut i fra hans utviklingsoptimisme og positivistiske syn på psykiatrihistorien.

Edward Shorter sammen med David Healy uttrykker lignende meninger som Max Fink rundt effekten av sjokkbehandlingen i boken *Shock therapy* fra 2007. De refererer til Fink flere ganger i boken, og ser ut til å ligge på samme linje som ham når det kommer til effekten av behandlingene. Her beskrives insulinkomaterapi som en nyttig behandling mot schizofreni som for tidlig kom ut av bruk. Grunnen til at bruken av insulinkomaterapi sluttet var ifølge dem negative undersøkelser med for små utvalg av pasienter og at nye behandlingsmetoder ble tilgjengelige, ECT og klorpromazin.⁸⁰ Fink, Shorter og Healy ser ut til å være enige om at insulinkomaterapien var en like effektiv behandlingsmetode som alternativene som kom senere.

⁷⁸ Kragh. 2010, side 343 fotnote 12

⁷⁹ Shorter. 2005, side 143

⁸⁰ Shorter, Edward og Healy, David. 2007. *Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*. New Brunswick, New Jersey og London: Rutgers University Press, side 59-60

Synet til Fink, Shorter og Healy står i stor kontrast til for eksempel den amerikanske journalisten Robert Whitaker som i boken *Mad in America* stiller spørsmål ved selve effekten av sjokkbehandlingene og i mye større grad ser på dem som et mørkt kapittel i psykiatriens historie.⁸¹ Andrew Scull har som Whitaker et veldig negativt syn på insulinkomaterapien og skriver:

Dangerous and dramatic the treatment most certainly was. Medical and nursing attention had to be constant and unremitting, as the patients hovered on the brink of death. Despite the most assiduous attention, between 2 and 5 percent of those treated died. (...) Controlled studies eventually demonstrated that insulin coma treatment was useless, though the initial reaction of many prominent psychiatrists to this challenge was fury, and in some places it remained in use until the early 1960s.⁸²

Scull referer til Harald Bourne sin artikkel når han omtaler insulinkomaterapien som ubrukelig. Scull og Max Fink opererer også med svært forskjellige dødsrater, som vist over opererer Scull med 2 til 5 prosent, mens Fink opererer med bare 0,85-1,3 prosent.⁸³ Så sprikende syn på et så viktig aspekt av behandlingsmetoden illustrerer hvor stor usikkerheten rundt insulinkomaterapien fortsatt er.

Antipsykiatribevegelsen bar også svært negative til sjokkbehandlingen. Antipsykiateren Thomas Szasz kritiserer blant annet David Healy sitt syn på sjokkbehandlingen i *Coercion as a Cure* hvor han kritiserer Healy sin uttalelse om at insulinkomaterapien var positiv for psykiatrien, selv om det er usikkert om den var positiv for pasientene.⁸⁴ Her refererer han til Healy sin bok *The Creation of psychopharmacology* hvor Healy blant annet skriver at insulinkomaterapien virket ved at den hadde en nevrologisk effekt, fordi den genererte entusiasme blant legene og fordi den antageligvis virket på noen psykoser ved å blant annet lindre angst.⁸⁵ Szasz skriver senere i *Coercion as a Cure* at hovedproblemet med sjokkbehandlingen var usikkerheten ved diagnosen schizofreni og at pasientene som ble sjokkbehandlet i realiteten var fanger som ble tvunget til å behandles. Han anklager Meduna og Sakel for å ha fabrikkert en profesjonell grunn til å gi pasienter epileptiske konvulsjoner

⁸¹ Whitaker, Robert. 2001. *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. New York: Basic Books, side 90-91

⁸² Scull. 2015, side 310

⁸³ Fink. 2003, side 287

⁸⁴ Szasz, Thomas. 2010. *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. New Brunswick: Transaction Publishers, side 126

⁸⁵ Healy, David. 2002. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press, side 55

mot sin vilje.⁸⁶ Her fremstilles sjokkbehandlingen som et villedet forsøk på å behandle ikke-sykdommene mentale lidelser. Szasz sin fremstilling er tydelig farget av hans syn om at mentale lidelser ikke er ekte sykdommer.⁸⁷

Deborah Blythe Doroshow er en av få forskere som har sett på insulinkomaterapi på et pasientjournalnivå. I en artikkel fra 2006 undersøkte hun bruken av insulinkomaterapi ved Hillside sykehus i New York. I artikkelen brukte hun tre typer kilder; trykt litteratur, muntlige fortellinger og 22 pasientjournaler fra sykehuset.⁸⁸ Det er verdt å merke seg at Hillside sykehus var sykehuset hvor Max Fink jobbet og også var sjef for insulinavdelingen. Doroshow ser på effekt som veldig knyttet til konteksten insulinkomaterapien ble brukt i, hun undersøker derfor ikke om behandlingen ville vært effektiv i et sosiokulturelt vakuum.⁸⁹ Sentralt for Doroshow sin artikkel er selve insulinstuen. Siden en behandlingsrunde med insulinkomaterapi ofte varte over flere måneder skapte dette et behov for egne avdelinger for insulinkomaterapi ved flere institusjoner. Sanderud sykehus fikk for eksempel egne insulinstuer, først en på kvinneavdelingen i 1938 og deretter en på mannsavdelingen i 1940.⁹⁰ Grunnen til behovet for egne insulinstuer var at insulinkomaterapien krevde kontinuerlig observasjon av pasientene i fem timer daglig. Sterk kjønnsdeling bidro til et behov for spesialiserte avdelinger for begge kjønn.⁹¹

I artikkelen studerer Doroshow insulinavdelingene og hvordan forholdene rundt insulinkomaterapien spilte inn på den observerte effekten av behandlingen. Etter at pasientene kom ut av en runde med insulinkoma hadde de ofte en periode hvor de var klare og rolige, ved en suksessfull behandling var det tenkt at perioden hvor pasientene var rolige og klare skulle bli lengre og lengre gjennom behandlingen. Psykiaterne som observerte den mirakuløse bedringen ble ofte overbevisst om effekten til behandlingen uavhengig av hva som ble skrevet i den faglige litteraturen. Effekten ved insulinkomaterapien var derfor ifølge Doroshow sterkt knyttet til avdelingene hvor den ble utført.⁹² Doroshow hevder at insulinkomaterapien gjorde at psykiaterne følte at de faktisk kunne gjøre noe for pasientene sine og behandlingen gjorde at de følte seg som leger istedenfor fangevoktere. Selvtilliten kombinert med

⁸⁶ Szasz. 2010, side 128-129

⁸⁷ For mer om Szasz sitt syn på sinnssykdomse for eksempel publikasjonen hans *The Myth of Mental Illness* (1961).

⁸⁸ Doroshow. 2006, side 222-223

⁸⁹ Doroshow. 2006, side 218-219

⁹⁰ Haave. 2008, side 278

⁹¹ McCrae. 2006, side 71

⁹² Doroshow. 2006, side 240-243

laboratoriearbeidet som ble utført, båndet mellom legene ved salen og medisinske tester underveis i behandlingen gjorde at insulinkomaterapien ble forstått som en effektiv behandling innenfor insulinafdelingene.⁹³

Siden det er så store uenigheter blant leger og psykiatrihistorikere om effekten av insulinkomaterapien var er det vanskelig å komme med noen klar teori om hvor effektiv behandlingen faktisk var. Som nevnt i innledningen er det blitt gjort svært få undersøkelser av insulinkomaterapien på pasientjournalnivå som gjør spørsmålet om effekten ved behandlingsmetoden vanskeligere å svare på. Det som virker sikkert er at Edward Shorter og Max Fink sine påstander om at det er klart at det var konvulsjonene i insulinkomaterapien som ga den terapeutiske effekten er sterkt omdiskutert. Særlig fordi Deborah Doroshow sin undersøkelse som inkluderte pasientjournaler kom frem til at det i større grad var forholdene rundt som ga forståelsen blant psykiatere av at insulinkomaterapi var en effektiv behandlingsmetode.

Psykiatrihistorikerne som er mer positive til insulinkomabehandlingen ser også i liten grad ut til å ta hensyn til sykdomslengden når de skriver om sjokkbehandlingen, som vist i sitatet fra Egil Rian var det et syn i samtiden om at sykdomsvarigheten spilte inn på hvor effektiv behandlingen var. Doroshow nevner ikke aspektet i det hele tatt i sin artikkel og Fink nevner kun at ved sykdomslengder over to år så var remisjonsraten under 30 prosent. Dette kan ha å gjøre med at legene ved større asyler antageligvis valgte ut de pasientene som hadde hatt det korteste sykdomsforløpet siden disse var de mest aktuelle kandidatene for behandlingen. Ved mindre institusjoner som de fleste norske, måtte i større grad pasienter med lengre sykdomsforløp sjokkbehandles. Dette gjør at sykdommens alder antageligvis spilte en større rolle ved mindre institusjoner. En effekt av insulinkomaterapien ble observert i samtiden, men det er sannsynlig at effekten i større grad skyldtes en psykologisk effekt heller enn en fysiologisk effekt.

Kardiazolsjokk

Kardiazolsjokk er en behandlingsmetode som går ut på å bruke hjertemedisinen kardiazol for å fremkalle sterke konvulsjoner (kramper) hos pasienter. Også insulinkomaterapien fremkalte konvulsjoner, men i den sammenhengen ble de hovedsakelig sett på som en uinteressant

⁹³ Doroshow. 2006, side 240-243

bieffekt av behandlingen. Konvulsjonsterapien ble utviklet få år etter at Manfred Sakel tok i bruk insulinkomaterapi under behandlingen av mentalt syke pasienter.

Opphavsmannen til kardiazolsjokkbehandlingen var ungarenen Ladislav J. Meduna (1896-1964) ved Hjerneforskningsinstituttet i Budapest som fra 1934 eksperimenterte med å gi schizofrene pasienter epileptiske konvulsjoner. Meduna bygde videre på tidligere rapporter om at epilepsi og schizofreni var antagonistiske lidelser. Blant annet rapporterte den sveitsiske psykiateren Max Müller om to hendelser i 1930 hvor schizofrene pasienter hadde sett forbedring etter epileptiske anfall. Meduna hadde også observert nevrologiske forskjeller mellom epilepsi og schizofreni under obduksjoner. En av hans kollegaer hadde eksperimentert med å gi schizofrene pasienter blodoverføringer fra epileptiske pasienter, men uten suksess.⁹⁴ Meduna prøvde isteden å gi pasienter kramper. Det første stoffet han brukte for å fremkalle krampene var kamfer, men sammensetningen og reaksjonshastigheten til kamferoljen viste seg å være for lite konsekvent. Istedenfor tok han derfor i bruk hjertemedisinen kardiazol, som var lettløselig i vann og derfor egnet seg til intravenøs bruk.⁹⁵

Kardiazolsjokk var en mindre ressurskrevende behandlingsmetode enn insulinkomaterapi. Insulinkomaterapien krevde egne stuer og konstant oppsyn av pasienten i flere timer. Behandling med kardiazolsjokk tok mye kortere tid. Behandlingen foregikk ved at legen ga pasienten en injeksjon med kardiazol. Dette var for at preparatet raskt skulle nå nervesystemet til pasienten og produsere kramper med etterfølgende bevisstløshet. Preparatet brukte bare få sekunder på å virke. Pasienten responderte med blekhet, tørrhoste, stivhet og et stirrende blikk. Etter en liten stund fulgte et kraftig rykk hvor kroppen stod i spenn. Dette varte rundt tretti sekunder. Deretter fulgte rundt førti sekunder med kramper før pasienten gikk inn i en bevisstløs tilstand i fem til femten minutter.⁹⁶ Kardiazolsjokkbehandlingen tok derfor bare noen minutter å gjennomføre, i motsetning til insulinkomaterapien. Kardiazolsjokk ble også i motsetning til insulinkoma ikke gitt hver dag, men rundt tre ganger i uken.⁹⁷

Hovedproblemet ved kardiazolsjokk var at de fleste pasientene mislikte behandlingsmetoden sterkt. I etterkant av behandlingen, husket ikke pasientene selve krampene. Det de husket var sekundene mellom injeksjonen ble satt og bevisstløsheten kom. Pasienter følte en intens angst

⁹⁴ McCrae, 2006, side 68

⁹⁵ McCrae, 2006, side 68

⁹⁶ McCrae, 2006, side 72-73 og Haave, 2008, side 290-291

⁹⁷ McCrae, 2006, side 71

fra injeksjonen ble satt til de ble bevisstløse. Selv om dosen som ble gitt ikke alltid produserte konvulsjoner, opplevde pasientene likevel et sterkt ubehag. Dette førte naturlig nok til at flere av pasientene motsatte seg eller bare svært motvillig gjennomgikk sjokkbehandlingen.⁹⁸

Pasientenes motvilje mot behandlingsformen, er noe også Egil Rian kommer inn på i sin artikkel om bruken av kardiazolsjokk ved Rønvik asyl. Rian anbefaler ikke å samle pasientene som blir behandlet med kardiazolsjokk, i en egen avdeling. Han mener at det er bedre å holde pasientene adskilt slik at de ikke får anledning til å snakke sammen om behandlingsmetoden og skremme hverandre.⁹⁹

Sammenlignet med dødeligheten ved bruk av insulinkomaterapi var kardiazolsjokk en relativt risikofri behandlingsmetode. I Storbritannia rapporterte en kontrollinstans om 10 dødsfall av 3531 behandlede i 1938, en dødsrate på 0,3 prosent. Relativt sett tryggere enn insulinkomaterapiens fatalitetsrate på 1,3 prosent i den samme undersøkelsen. Dødsfallene ble forårsaket av forskjellige årsaker, for eksempel hjerteproblemer.¹⁰⁰ Også ved Sanderud sykehus var det to tilfeller hvor pasienter døde på grunn av belastningen kardiazolsjokk hadde på hjertet.¹⁰¹

Den største komplikasjonen ved behandlingsmetoden var en fare for knokkel og ryggradsbrudd. Kjeveluksasjoner (kjeven ut av ledd) var også en vanlig, men mindre alvorlig komplikasjon. Konvulsjonene representerte en stor belastning på skjelettet som i flere tilfeller førte til forvridninger og knokkelbrudd. Dette fikk spesielt stor oppmerksomhet etter at en amerikansk undersøkelse fra 1939 rapporterte om ryggradsbrudd hos 40 prosent av pasientene som hadde gjennomgått behandling med kardiazolsjokk. Et forsøk på å løse dette, var å gi pasienter det muskelavslappende stoffet *curare* for å temme spasmene. Dette hadde ønsket effekt, men *curare*, som også er brukt som en gift, viste seg å utgjøre en stor risiko for respirasjonssvikt, noe som var farligere enn selve behandlingen.¹⁰² Egil Rian beskriver tilnærmet ingen komplikasjoner med metoden ved Rønvik asyl. Alle komplikasjoner som hadde blitt observert, hevder han at skyldtes skjulte lidelser hos pasientene.¹⁰³

Kardiazolsjokk spredte seg som insulinkomaterapi raskt til andre deler av verden. I en undersøkelse fra 1938 ble det observert at 91 institusjoner i Storbritannia hadde implementert

⁹⁸ McCrae. 2006, side 78-79

⁹⁹ Rian 1939, side 130

¹⁰⁰ McCrae. 2006, side 77

¹⁰¹ Haave. 2008, side 291

¹⁰² McCrae. 2006, side 77-78

¹⁰³ Rian. 1939, side 131-132

sjokkbehandling. Kardiazolsjokk var brukt i 89 av dem, mens insulinbehandling kun ble brukt i 31 av dem. Bakgrunnen for dette var trolig at begge metodene ble brukt mot schizofreni og at kardiazolsjokk krevde mindre ressurser.¹⁰⁴

Både Sakel og Meduna overdrev trolig de positive effektene av behandlingsmetodene sine. Medunas egne publikasjoner og hans selvbiografi utgitt 20 år etter at han utviklet kardiazolsjokkbehandlingen gir et mye mer positivt bilde metoden enn det senere undersøkelser har rapportert om. Et eksempel på Medunas i overkant positive fremstilling, er suksesshistorien han refererer til om den første pasienten som ble behandlet med kardiazolsjokk. I realiteten var dette den tiende pasienten som gjennomgikk behandlingsmetoden. Meduna unnlater også å nevne at pasienten fikk tilbakefall etter hver behandlingsrunde.¹⁰⁵ Selv om behandlingsmetoden senere viste seg å ha liten effekt på schizofreni, var den moderat effektiv i behandlingen av pasienter som slet med depresjoner.¹⁰⁶ Den norske psykiateren Erik Härne (1899-1946), overlegen ved Sanderud sykehus, mente å se en bedre effekt ved bruk av kardiazolsjokk enn ved bruk av insulinkoma på pasientene. Han melder om bedre resultater både når det gjelder anstaltsforbedrelse og sinnssykdom. Anstaltsforbedring vil si at oppførselen til pasientene ved asyllet hadde forbedret seg. Selv om Härne så en bedre effekt av kardiazolsjokk var behandlingsmetoden likevel fortsatt skuffende når det gjaldt å faktisk gjøre pasientene friskere.¹⁰⁷

Ved sykdomsforløp på under et år, ble det ved Rønvik asyl observert symptomfrihet eller betydelig bedring hos 83 prosent av pasientene som hadde blitt behandlet med kardiazolsjokk. Ved sykdomsvarighet på over 3 år, ble det observert bare små forandring i sykdomstilstanden. Egil Rian hadde likevel observert betraktelig anstaltsforbedring hos pasienter med langvarige sykdomsforløp.¹⁰⁸

Siden det er gjort så få undersøkelser av kardiazolsjokk er det vanskelig å drøfte effekten av behandlingsmetoden. *Store norske leksikon* sin artikkel om kardiazolsjokk illustrerer hvor lite kunnskap som er kjent rundt behandlingsmetoden:

Bakgrunnen for utviklingen av denne behandlingen var at man hadde observert at dypt deprimerede pasienter som fikk et epileptisk anfall, ble mye bedre etter anfallet.

¹⁰⁴ McCrae. 2006, side 70-71

¹⁰⁵ Kragh, 2010, side 346-347

¹⁰⁶ Pietikaninen. 2015, side 249-250 og McCrae. 2006, side 78-79

¹⁰⁷ Haave. 2008, side 293-294

¹⁰⁸ Rian. 1939, side 131-132

Cardiazolsjokkbehandling hjalp mange. Men den var vanskelig å gjennomføre uten komplikasjoner, og derfor ble den erstattet av elektrokonvulsiv behandling (ECT).¹⁰⁹

Den første delen av avsnittet er faktisk feil og den andre delen er det uenighet om.

Det er gjort langt flere undersøkelser knyttet til bruken av insulinkomaterapi og elektrosjokk, enn til bruken av kardiazolsjokk. Det er derfor vanskeligere å si noe sikkert om effekten av behandlingsmetoden. Kardiazolsjokk presenteres i de fleste verk som en forløper til elektrosjokk. Shorter og Healy kommer inn på bruken og effekten av kardiazolsjokk i boken *Shock Therapy*.¹¹⁰ De gir uttrykk for den samme positive holdningen til kardiazolsjokk som de har til insulinkomaterapien. Problemene knyttet til metoden som den store frykten pasientene rapporterer om og bruddene de får, presenteres som mindre problemer i forhold til den positive effekten av behandlingen.¹¹¹

I sin undersøkelse av bruken av kardiazolsjokk i dansk psykiatri, skriver Jesper V. Kragh at kardiazolsjokk ikke var en «magisk kule» mot schizofreni, men at den hadde en positiv effekt på andre grupper pasienter som ellers ville levd miserable liv ved institusjonen. Dette gjaldt for eksempel suicidale pasienter. Kardiazolsjokk ble også ofte brukt for å straffe eller kontrollere pasienter.¹¹² Per Haave fant lignende, men også mer positive resultater ved Sanderud sykehus. Her førte kardiazolsjokk til utskrivning av en firedel av de 250 pasientene som ble behandlet med kardiazolsjokk før utgangen av 1940. Behandlingsmetoden var likevel skuffende i forhold til forventningene, og også her ble kardiazolsjokk, særlig pentrozolsprøyter, ofte brukt for å straffe.¹¹³

Hanne Birkeland fant at ni av de 312 pasientene som ble utskrevet fra Eg asyl mellom 1935 og 1939, utelukkende hadde blitt behandlet med kardiazolsjokk. Av disse ni var det fem som ble skrevet ut som «ikke sinnssyke» og fire som ble skrevet ut som «sinnssyke». Tre av pasientene hadde også svart på etterundersøkelser og ingen av dem rapporterte om tilbakefall.¹¹⁴ Siden hun ikke skriver noe om hvor mange pasienter som ble behandlet med kardiazolsjokk, bare om pasientene som ble skrevet ut, er det vanskelig å si noe om effekten til behandlingen.

¹⁰⁹ Malt, Ulrik. 2017. *Cardiazolsjokkbehandling*. Tilgjengelig fra: <https://snl.snl.no/cardiazolsjokkbehandling> (Hentet 25.03.19)

¹¹⁰ Shorter og Healy. 2007.

¹¹¹ Ibid, side 64-66

¹¹² Kragh. 2010, side 363

¹¹³ Haave. 2008, side 293-294

¹¹⁴ Birkeland. 2017, side 62-65

Oppsummert var kardiazolsjokk en upopulær, men vidt utbredt behandlingsmetode. Til tross for den store utbredelsen, ble metoden aldri noen stor suksess. Edward Shorter hevder at de viktigste årsakene til dette var pasientenes frykt og upåliteligheten til stoffet.¹¹⁵

Kardiazolsjokk var mer utbredt, men hadde en kortere karriere som behandlingsmetode enn insulinkomaterapien. Etter 1950 ble kardiazolsjokk bare unntaksvis benyttet som behandlingsmetode.

Spredningen og bruken av sjokkbehandling nasjonalt

De forskjellige formene for sjokkbehandling spredte seg fort til Norge, og norske psykiatere var tidlig kjent med både insulinkomaterapi og kardiazolsjokk. Det første året noen av behandlingsmetodene nevnes hos SSB sine årsberetninger er i 1936, hvor Erik Härne rapporterte at Dikemark sykehus hadde tatt i bruk insulinkomaterapi på kvinneavdelingen.¹¹⁶

Per Haave skriver at det var i 1935 at insulinkomaterapien ble tatt i bruk ved Dikemark.¹¹⁷

Dette var likevel ikke første gangen forholdet mellom hypoglykemiske koma og schizofreni hadde blitt observert i Norge. Ifølge psykiateren Harald Frøshaug hadde en Hj. Torp allerede i 1932 observert et tilfelle av schizofreni som hadde klarnet opp etter et hypoglykemisk koma.¹¹⁸

I løpet av de neste årene tok de fleste norske sinnssykeasylene i bruk både insulinkomaterapi og kardiazolsjokk. Østmarka sykehus var det første etter Dikemark som tok i bruk insulinkomaterapi, i 1937. I 1937 tok både Dikemark og Østmarka også i bruk kardiazolsjokk.¹¹⁹ I 1938 ser de fleste andre norske asylene ut til å ha tatt i bruk kardiazolsjokk, i tillegg hadde flere tatt i bruk insulinkomaterapien. Flere av asylene som ikke hadde innført insulinkomaterapi utrykte også et ønske om å innføre behandlingsmetoden, men kunne ikke på grunn av for eksempel plassmangel eller mangel på pleiersker.¹²⁰ Dette illustrerer at begge sjokkbehandlingsformene i løpet av få år ble ønsket ved flere asyler, men at mangel på ressurser la begrensinger på bruken av insulinkomaterapien.

¹¹⁵ Shorter. 1997, side 216

¹¹⁶ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1936*. Oslo: Det statistiske centralbyrå, 1938, side 14

¹¹⁷ Haave. 2008, side 272. Haave referer til SSBs årsrapport for 1935, men ved nærmere ettersyn har jeg funnet at informasjonen han referer til står i årsrapporten fra 1936. Haave refererer også til Tidens Tegn 17.10.1938, som jeg ikke har klart å oppspore. Jeg er derfor litt usikker på om insulinkomaterapien ble tatt i bruk ved Dikemark i 1935 eller 1936.

¹¹⁸ Frøshaug, Harald. 1939. «Insulinsjokkbehandling av schizofrene psykosier.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(1): 63-71, side 63

¹¹⁹ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1937*. Oslo: Det statistiske sentralbyrå, 1939, side 18-19

¹²⁰ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1937*, side 18 og *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938*. Oslo: Det statistiske sentralbyrå, 1940, side 16-23

I 1939 rapporterte de fleste norske asylene om positive resultater fra sjokkbehandlingen, spesielt ble det observert mange tilfeller av anstaltforbedring.¹²¹ Som Egil Rian skrev i artikkelen fra 1939 var anstaltforbedring det forventede resultatet på eldre sykdomstilfeller, og det virker i årsrapportene fra SSB som at dette var et forventet og akseptabelt resultat. Allerede året etter ser det ut som at resultatene viste seg å være mer negative enn forventet ved noen norske asylsyrer. I 1940 rapporterte Eg sykehus om flere tilbakefall for pasienter behandlet med kardiazolsjokk, og Rotvoll asyl rapporterte om at av 64 pasienter som hadde gjennomgått kardiazolsjokk, så var situasjonen uendret for 42 av dem.¹²²

I 1940 minket bruken av insulinkomaterapien kraftig før behandlingsmetoden i all hovedsak ble tatt ut av bruk. På grunn av krigsutbruddet ble insulinkomaterapien forbudt eller innskrenket i en rekke land. En lignende utvikling for de fleste norske psykiatriske institusjoner kommer tydelig frem i SSB sin årsrapport fra 1940, hvor de fleste norske asylene rapporterte om en stopp i bruken av insulinkomaterapi på grunn av krigsutbruddet.¹²³ Som flere andre varer var insulin rasjonert under krigen og det var også stort behov for insulin ved fronten. Insulinkomaterapien ble derfor forbudt ved norske asylsyrer, noe flere av asylene nevner i 1941 og 1942.¹²⁴ Per Haave stiller spørsmålsteqn ved begrunnelsen for å forby insulin til sjokkbehandling, mye på grunn av at NS-regimets medisinaldirektør var en av de sterkeste motstanderne mot insulinkomaterapien i Norge.¹²⁵

I 1941 rapporterte Østmarka sykehus om savn av insulinkomaterapien. Noen institusjoner hadde fortsatt insulinkomaterapibehandlingen, men i begrenset omfang. Ved Reitgjerdet rapportertes det for eksempel om to pasienter som hadde gjennomgått insulinkomaterapi. Det ser også ut til å ha vært en reduksjon av komplikasjoner ved sjokkbehandlingen.¹²⁶ I 1946 ble insulinkomaterapi igjen tatt i bruk ved flere norske sinnssykehus, men flere asylsyrer rapporterte at behandlingen ikke hadde blitt gjenopptatt på grunn av manglende ressurser. Noen asylsyrer rapporterte også om mindre bruk av kardiazolsjokk.¹²⁷

I 1942 hadde flere institusjoner gjort innkjøp av elektrosjokkapparater, og de fleste ser ut til å ha brukt disse sammen med kardiazolsjokk. Det var likevel to asylsyrer som hadde erstattet

¹²¹ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1941, side 16

¹²² *Sinnssykeasylenes virksomhet 1940*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1943, side 19-25. Disse pasientene var behandlet med pentozol.

¹²³ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1940*, side 19-25

¹²⁴ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1941*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1945 og *Sinnssykehusenes virksomhet 1942*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1946

¹²⁵ Haave. 2008, side 274-277

¹²⁶ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1941*, side 18-26

¹²⁷ *Sinnssykehusenes virksomhet 1946*, side 18-22

kardiazolsjokk med elektrosjokk.¹²⁸ Flere og flere asyler gjorde innkjøp av elektrosjokkapparater og rapporterte om reduksjon i bruken av tvang og isolasjon. Blant annet Eg asyl rapporterte om en slik utvikling og at kardiazolsjokk fortsatt ble brukt, men hovedsakelig mot melankoli og depresjoner. Dette ser ut til å være et bilde som gikk igjen hos flere av asylene.¹²⁹

Fra slutten på andre verdenskrig ble kardiazolsjokk gradvis faset ut av bruk, mens elektrosjokk i større grad tok over. Ved flere asyler, for eksempel Eg var elektrosjokk og insulinkomaterapi nevnt i 1949, men ikke kardiazolsjokk. Utviklingen ser ut til å ha blitt forsterket senere. Dette gir et inntrykk av at det foregikk få eller små endringer for sjokkbehandlingen i disse årene, men med en gradvis utfasing av kardiazolsjokk. Men selv i 1949 var det nevnt bruk av pentrozol ved for eksempel Reitgjerdet.¹³⁰ Frem til og med 1954 virker det som at situasjonen stort sett var den samme, med rapporter om at situasjonen holdt seg forholdsvis lik når det kommer til sjokkbehandling.¹³¹ Det er først i 1955 at det ble rapportert om nye endringer, de nye preparatene Largactil og Serpasil som ble introdusert i 1954 beskrives som mulige erstatte for sjokkbehandlingen.¹³²

Overblikket over sjokkbehandlingens bruk i Norge viser at utviklingen i stor grad stemte overens med det generelle bildet av sjokkbehandlingen internasjonalt. Kardiazolsjokk ble raskere tatt i bruk, mye på grunn av mindre krav på ressurser, men ble brukt i en kortere periode på grunn av en gradvis utfasing i sammenheng med fremveksten av elektrosjokkbehandling.

Den norske debatten rundt implementasjonen av sjokkbehandlingen

Per Haave gir en god oversikt over den norske debatten rundt implementasjonen av sjokkbehandlingene på midten av 1930-tallet. Erik Härne, først ved Dikemark og senere ved Sanderud sykehus og hans sjef ved Dikemark, Rolv Gjessing (1887-1959) var blant de mest positive til behandlingsmetodene i Norge. De var også de første som tok behandlingsmetodene i bruk. Dette sto i kontrast til de fleste andre ledende psykiatere i Norge, som på et møte i 1936 stilte seg skeptiske til insulinkomaterapien. Dette endret seg

¹²⁸ *Sinnssykehusenes virksomhet 1942*, side 19-27

¹²⁹ *Sinnssykehusenes virksomhet 1943, 1994, 1945*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1949, side 32-37

¹³⁰ *Sinnssykehusenes virksomhet 1949*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1951, side 17-21

¹³¹ *Sinnssykehusenes virksomhet 1954*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1957, side 14.

¹³² *Sinnssykehusenes virksomhet 1955*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1957, side 16

derimot relativt fort, og innen 1938 hadde de fleste norske psykiatere fått en mer positiv innstilling til sjokkbehandlingen.¹³³

I 1939, året etter at sjokkbehandlingen for alvor ble introdusert i Norge var det en rekke artikler i *Tidsskrift for den norske lægeforening* som diskuterte de nye behandlingsmetodene. Den mest kritiske til både insulinkomaterapien og kardiazolsjokk var Gabriel Langfeldt (1895-1983), som var blant de få som stilte seg skeptisk også til kardiazolsjokkbehandlingen.¹³⁴

Det var i 1939 en gående debatt i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* mellom norske psykiatere om sjokkbehandlingen. Langfeldt kom med bemerkninger til Egil Rians artikkel fra 1939 hvor han presiserer at kardiazolsjokk kun har hatt positiv effekt på psykoseformer som tenderer til spontane remisjoner og ikke på pasienter med det han kaller endogen schizofreni, eller det han mener er ekte schizofreni, men at en positiv effekt hadde blitt observert ved «melankoliforme» schizofrenidiagnoser og schizofrenilignende tilstander.¹³⁵ Langfeldt sitt syn ble i tur kritisert av August J. Nissen ved Østmarka sykehus i Trondheim. Han skriver at schizofreni har blitt en meget sjelden sykdom i Trøndelag og at alle nye tilfeller de siste årene ved Østmarka har blitt sjokkbehandlet og at alle pasienter med sykdomsvarighet under et halvt år unntatt en har blitt helbredet. Han anklager også Psykiatrisk klinikk som Gabriel Langfeldt jobber ved for negativisme.¹³⁶ At schizofreni har blitt en sjelden sykdom er antageligvis en veldig sterk overdrivelse. Gjennom 1939 fortsetter diskusjonen mellom Langfeldt og Nissen i tidsskriftet. Også andre psykiatere, Ragnar Vogt og Ottar Lingjærde, deltok i diskusjonen på forskjellige sider av diskusjonen rundt sjokkbehandlingen.¹³⁷ Diskusjonen her dreier seg ikke bare om effekten av sjokkbehandlingen, men også om disse behandlede pasientene faktisk var «ekte» schizofrene.

Langfeldt fortsatte å være blant hovedmotstanderne av sjokkbehandlingen gjennom de neste årene. Den 13. mai 1942 holdt han et foredrag under Det norske medicinske selskaps møte. Basert på svaret H.H Dedichsen ga til foredraget i *Tidsskriftet for den norske lægeforening* ser han ut til å ha klaget over blant annet dårlige undersøkelser rundt effekten til

¹³³ Haave, 2008, side 273-274

¹³⁴ Haave. 2008, side 274-277 og side 289

¹³⁵ Langfeldt, Gabriel. 1939. «Konvulsjonsterapi av schizofreni.» *Tidsskrift for den norske lægeforening* 59(4): 184-185, side 184-185

¹³⁶ Nissen, August J. 1939. «Gabriel Langfeldt og behandlingen av de sinnssyke.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(5): 243-244, side 243

¹³⁷ Vogt, Ragnar. 1939. «Insulin – cardiazolsjokkterapi ved psykoser.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(7): 356-357 og Lingjærde, Ottar. 1939. «Har behandling ad modum Sakel eller Meduna ingen virkning ved schizofreni?» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(9): 458-464

sjokkbehandlingen og gitt et ønske om å få mer enighet rundt schizofrenidiagnosen.¹³⁸ Per Anchersen gir også et svar til Langfeldt sitt foredrag der han presenterer resultatene av insulinkomaterapien fra Lierasylet. Resultatene her oversteg ikke nevneverdig den ved spontanremisjoner, men likevel så Anchersen nytte av behandlingen ved for eksempel fremkalling av remisjon og bedret anstaltoppførsel.¹³⁹

Noe av det som kommer tydeligst frem i diskusjonen i artiklene at det ikke bare var uenighet om sjokkbehandlingen i perioden, men også mer grunnleggende aspekter ved psykiatrien som hvordan schizofreni skulle defineres.

Oppsummering

Sjokkbehandlingene og de andre somatiske behandlingsmetodene brakte med seg optimisme til psykiatrien fordi de ga et håp om suksessfulle behandlingsmetoder mot schizofreni, en lidelse det ikke var noen effektive behandlingsmetoder mot. Dette er med å forklare hvorfor nye behandlingsmetoder ble tatt i bruk såpass raskt etter at de ble utviklet. Både insulinkomaterapien og kardiazolsjokk ble tatt i bruk veldig kort tid etter at de ble utviklet i store deler av den vestlige psykiatrien. Alternativene til de inngrepene behandlingsmetodene var ikke-tilstedeværende.

Forsøkene på å oppnå suksessfulle behandlingsmetoder kan sees på som et ledd i arbeidet med å heve profesjonen opp på nivået til medisinen. Medisinfaget så i perioden en stor økning i prestisje i sammenheng med oppdagelsen av for eksempel antibiotika og utviklingen av effektive kurer for en rekke sykdommer. Psykiatrien slet derimot med å utvikle effektive metoder for å behandle mentale lidelser, selv om bekreftelsen av sammenhengen mellom syfilis og GPI var et fremskritt.

Sjokkbehandlingen ble i flere tilfeller brukt for å kontrollere eller straffe pasienter, ikke for å helbrede dem. Noen forskere mener at dette var hovedformålet med behandlingsmetodene. At sjokkbehandlingen ofte kun ble brukt for å forbedre oppførselen til pasientene kommer tydelig frem av at Egil Rian for eksempel nevner at begrensingene til sjokkbehandlingene var klare allerede fra starten av og at anstaltforbedring var det meste som kunne håpes på hos langtidssyke pasienter. Fordi behandlingsmetodene fortsatt ble tatt i bruk på slike pasienter betyr det at det ikke alltid forekom noe realistisk mål om å helbrede pasientene som ble

¹³⁸ Dedichen, H.H. 1942. «De nyere behandlingsmåter i psykiatrien.» *Tidsskrift for Norges lægeforbund*. 62(14): 355-357

¹³⁹ Anchersen, Per. 1952. «De nyere behandlingsmåter i psykiatrien.» *Tidsskrift for Norges lægeforbund*. 62(14):357-362, side 360-362

sjokkbehandlet. Dette betyr at flere av pasientene som ble sjokkbehandlet måtte gjennomgå svært inngripende behandlingsmetoder uten at det forelå noe realistisk mål om at pasientene skulle se noen særlig bedring i sin mentale tilstand. Dette diskuteres videre i de neste to kapitlene.

Selv om sjokkbehandlingene ikke ble den revolusjonen innen psykiatrien som mange hadde håpet var de i det minste et forsøk på å oppnå nye behandlingsmuligheter for pasienter. Synet på sjokkbehandlingen er fortsatt delt og noen psykiatere fremstiller den som en viktig og meningsfylt utvikling ut fra degenerasjon og nihilisme, mens noen, spesielt psykiatrikritikk- og antipsykiatribevegelsene, fremstiller sjokkbehandlingen som en av de mest brutale og groteske praksisene i psykiatriens historie. Antageligvis var sjokkbehandlingene et desperat forsøk fra pressede psykiatere på å finne effektive behandlingsalternativer til isolasjon og innestengelse, noe som førte til blindhet overfor egne resultater. Dette er likevel ingen unnskyldning for at flere pasienter antageligvis måtte gjennomgå unødvendig lidelse. Dette er likevel den konteksten sjokkbehandlingen må bli forstått i.

Kapittel 3: Motiver og omfang

Avhandlingen har funnet flere forhold som bryter med de tidligere antagelsene rundt sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet. Sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet har ikke blitt forsket mye på tidligere. Trude Nerland berører insulinkomaterapien i masteravhandlingen sin fra 2017, men hovedsakelig i relasjon til lobotomien som er temaet for hennes avhandling. Øyvind Thomassen berører også kort temaet sjokkbehandling ved Reitgjerdet i antologien *Galskapens fengsel* (2015). Her nevnes sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet og Kriminalasylet kort:

I 1938 ble det tatt i bruk det som kalles cardiazolsjokkbehandling ved Kriminalasylet og Reitgjerdet. Dette var en forløper til insulin- og senere elektrosjokkbehandlingen fra siste halvdel av 1940-tallet. Tanken var at medikamentene cardiazol, insulin eller elektrosjokk skulle fremkalle epileptiske anfall for å motvirke depresjoner.¹⁴⁰

Funnene som bryter med det tidligere bildet dreier seg om hvilke diagnoser pasientene som ble valgt ut til sjokkbehandlingen hadde. Sjokkbehandlingen ble hovedsakelig brukt på schizofrene, ikke depressive pasienter. Insulinkomaterapi ble heller ikke brukt for å fremkalle epileptiske anfall. Det diskuteres fortsatt om konvulsjonene var en ønsket bivirkning eller ikke. Insulinkomaterapi ble antageligvis heller aldri ble gitt ved Kriminalasylet. I pasientjournalen til pasient 425 nevnes det at han ble overført til Reitgjerdet fra Kriminalasylet spesifikt for å bli gitt insulinkomaterapi.¹⁴¹ At insulinkomaterapi ikke ble brukt ved Kriminalasylet, skyldtes antageligvis mangel på plass eller ressurser.

Kapitlet tar for seg perioden som sjokkbehandlingen ble benyttet ved Reitgjerdet, og hvordan behandlingen ble implementert ved institusjonen. Noen av de sentrale spørsmålene som besvares er i hvor stort omfanget sjokkbehandling ble tatt i bruk ved institusjonen, hvilke kriterier som lå til grunn for utvalget av pasienter og hvordan pasientene stilte seg til sjokkbehandlingen.

Implementasjonen og slutten på sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet

Kardiazolsjokk var den første sjokkbehandlingen som ble tatt i bruk ved Reitgjerdet. I en pasientjournal står det at kardiazolsjokkbehandling ble igangsatt den 04.01.1938. Pasienten (pasient 616) gir et godt bilde av en typisk pasient som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet. Han hadde diagnosen schizofreni og ble overført til Reitgjerdet fra Dedichens asyl i Oslo i

¹⁴⁰ Thomassen. 2015, side 47

¹⁴¹ NHA. RG. FB-129-01368 (425). Pasientjournal løpenummer 368 (425)

1937 på grunn av voldsomhet. Dette er forhold som går igjen hos flere av de andre pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet. Pasient 616 fikk til sammen 10 sjokk under behandlingskuren.¹⁴²

Bruken av insulinkomaterapi ved Reitgjerdet ble som ventet tatt i bruk noe senere enn kardiazolsjokk. Den første runden med insulinkomaterapi ble igangsatt 11.04.1939.¹⁴³ I likhet med den første pasienten som gjennomgikk kardiazolsjokk hadde også denne pasienten (pasient 537) diagnosen schizofreni. Han ble overført fra Østmarka sykehus i bytte mot en annen pasient i 1937. Han gjennomgikk en kur på 102 insulindager med 77 sjokk. Pasienten hadde også blitt gitt 12 kardiazolsjokk høsten 1938 før han ble behandlet med insulinkomaterapi.¹⁴⁴

Etter at insulinkomaterapien ble innført, ble de to behandlingsmetodene ved flere tilfeller kombinert. Kardiazol- og pentrazolsprøyter ble gitt til flere pasienter som et supplement til insulinkomaterapibehandling. Flere pasienter fikk kardiazolsjokk parallelt med insulinkomaterapi, mens andre blir gitt pentrazolsprøyter som en avslutning på en kur med insulinkomaterapi. Dette ser ut til å ha vært en vanlig prosedyre også ved andre institusjoner. Overlegen ved Dikemark sykehus, Rolv Gjessing, skrev i 1939 at kardiazolsprøyter ofte ble kombinert med insulinkomaterapi.¹⁴⁵ Dette nevnes også i Niall McCraes artikkel om kardiazolsjokk i Storbritannia.¹⁴⁶

Introduksjonen av sjokkbehandlingen, særlig insulinkomaterapien, ser ut til å ha ført til flere endringer ved Reitgjerdet. I et brev overlege Egil Rian sendte til Sosialdepartementet den 15.05.1939, nevner han behovet for økt laboratorieplass. Dette skyldtes i hovedsak innføringen av sjokkbehandlingen.¹⁴⁷ Brevet refereres også senere da Rian sendte et nytt brev til Sosialdepartementet den 02.03.1940, og nok en gang ba om midler til å blant annet innrede et medisinsk laboratorium. Selv om dette ville koste penger, ville det lønne seg i det lange løp fordi insulinkomaterapien allerede hadde ført til utskrivinger av pasienter som hadde gjennomgått behandlingen.¹⁴⁸ At det måtte sendes et nytt brev i 1940 for å be om penger til laboratorieplass, tyder på at den første forespørselen aldri ble møtt. Det virker også lite sannsynlig at dette ble gjennomført under krigen. I tillegg nevnes det i årsrapporten fra SSB

¹⁴² NHA. RG. FB-088-00955 (616). Pasientjournal løpenummer 955 (616)

¹⁴³ NHA. RG. FA-043-001. *Cardiazolbehandling*.

¹⁴⁴ NHA. RG. FB-053-00537. Pasientjournal løpenummer 537

¹⁴⁵ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 18

¹⁴⁶ McCrae. 2006, side 69

¹⁴⁷ NHA. RG. Utgående brev fra overlege Egil Rian til Sosialdepartementet 15.05.1939

¹⁴⁸ NHA. RG. Utgående brev fra overlege Egil Rian til Sosialdepartementet 02.03.1940.

fra 1939 at sikkerhetsavdelingen ble omdannet til en behandlingssal for insulinkomaterapi.¹⁴⁹ Dette betyr at sjokkbehandlingen ble gjennomført på sikkerhetsavdelingen med andre pasienter til stede. En slik praksis var stikk i strid med Egil Rians eget råd fra 1939. Han anbefalte at pasientene som skulle bli gitt kardiazolsjokk burde holdes adskilt for å unngå frykt for behandlingsmetoden. Dette betyr også at det ikke ble opprettet en egen avdeling eller sal til insulinkomaterapien adskilt fra resten av pasientmassen. En av teoriene rundt insulinkomaterapien legger vekt på at effekten av behandlingen i stor grad kan relateres til atmosfæren i avdelingene og til de tette båndene mellom de involverte pasientene og legene. Ut i fra denne teorien kan det at det ikke ble opprettet en egen avdeling der insulinkomaterapien ble utført, ha påvirket effekten av insulinkomaterapien ved Reitgjerdet.

Det ble også sendt et brev fra Reitgjerdet til Sosialdepartementet den 11.05.1939 om opprettelsen av en ny assistentlegestilling spesifikt på grunn av sjokkbehandlingen.¹⁵⁰ Før dette var det kun to faste leger ved Reitgjerdet, overlegen og reservelegen. I svaret på dette brevet kommer det beskjed om at ansettelsen av en assistentlege må vente til Stortinget har bevilget lønn til en slik stilling.¹⁵¹ I 1940 ble det sendt to nye brev fra Reitgjerdet angående ansettelsen av en assistentlege, og det nevnes her at dette har minst forboblet arbeidsmengden til reservelegen.¹⁵² Fordi det ble sendt nye brev angående ansettelsen av assistentlege i 1940 betyr det at stillingen ikke ble opprettet før tidligst høsten 1940. De totale ressursene som ble brukt på sjokkbehandlingen, viser at det var en betraktelig satsing på denne behandlingsformen allerede fra 1939.

Basert på årsrapportene fra SSB ser det ut til at Reitgjerdet midlertidig avsluttet bruken av insulinkomaterapibehandling ved krigsutbruddet i 1940. Det var imidlertid et ønske ved sykehuset om å gjenoppta behandlingsmetoden så snart som mulig etter dette.¹⁵³ Og selv om insulinkomaterapien ble avsluttet da krigen brøt ut, nevnes det i årsrapporten fra SSB fra 1941 at to pasienter hadde gjennomgått insulinkur. Dette viser at behandlingene med insulin ikke helt avsluttet før i 1941.¹⁵⁴ Om det her menes insulinkomaterapi eller en subkomatøs form for behandling med insulin, er usikkert. Det er sannsynlig at kardiazolsjokk i større grad ble tatt i bruk ved sykehuset etter at de ikke lenger kunne benytte insulinkomaterapi på grunn av krigsutbruddet. Men på grunn av den dårligere journalføringen under krigen, er det vanskelig

¹⁴⁹ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 16

¹⁵⁰ NHA. RG. Utgående brev 11.05.1939 fra Reitgjerdet til Sosialdepartementet

¹⁵¹ NHA. RG. Innkommende brev 21.07.1939 til Reitgjerdet fra Sosialdepartementet.

¹⁵² NHA. RG. Utgående brev fra Reitgjerdet 19.06.1940 og NHA. RG. Utgående brev fra Reitgjerdet 12.09.1940

¹⁵³ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1940*, side 20

¹⁵⁴ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1941*, side 20

å danne seg et godt bilde av situasjonen ved institusjonen i denne perioden. Dette aspektet vil bli diskutert videre senere.

I årsrapporten fra SSB for 1946 presenteres insulinkomaterapibehandlingen som en ny type behandling ved Reitgjerdet. Dette er merkelig siden den tidligere hadde vært i bruk ved asylet siden sent på 1930-tallet og fram til krigen brøt ut. Under andre verdenskrig, da tilgangen på insulin var dårlig og sjokkbehandling med insulin var forbudt, ble insulin likevel gitt som et beroligende middel i mindre, subkomatøse doser.¹⁵⁵ Både insulinbehandling med mindre doser som hadde blitt bedrevet under krigen, og insulinkomaterapi, nevnes separat i SSBs årsrapport fra 1946. Det beskrives også at det ble innredet en sal til insulinkomaterapien med «øvd personale og alt utstyr som måtte trenge i tilfelle eventuelle komplikasjoner.»¹⁵⁶ Beskrivelsen av behandlingssalen tyder på at Reitgjerdet hadde fått en egen sal til behandling med insulinkomaterapi, Om det her menes en lignende ordning som i 1939 hvor en vanlig vaksal ble brukt eller om sykehuset hadde opprettet en egen sal til formålet, er usikkert.

At insulinkomaterapien fremstilles som en radikal og ny behandlingsmetode, kan ha å gjøre med en lengre pause i bruken av behandlingsmetoden under andre verdenskrig. Det kan også forklares ved at det var en ny administrasjon ved asylet etter krigen som muligens ikke hadde kjennskap til at metoden hadde blitt benyttet tidligere ved asylet. Dette virker likevel som en dårlig forklaring, siden insulinkomaterapien hadde vært både kjent og vidt diskutert i Norge siden midten av 1930-tallet. Uansett ser det ut til at insulinkomaterapien ble brukt frem til 1940 eller 1941 ved Reitgjerdet, og gjenopptatt som behandlingsmetode i 1946.

I pasientjournalene nevnes kardiazolsjokk siste gang i 1948, men det er hovedsakelig i årene før og under andre verdenskrig at kardiazol- og pentrazolsprøyter ser ut til å ha blitt brukt i behandlingen av pasienter. Det står likevel i årsrapporten fra SSB for 1950 at pentrozol ble tatt i bruk.¹⁵⁷ Dette betyr at også kardiazolsjokk ble tatt i bruk frem til 1950, men basert på informasjonen fra alle andre fremstillinger av behandlingsmetoden, i et lite omfang. Mot slutten av perioden avhandlingen undersøker, ble flere pasienter kun gitt noen få sprøyter om gangen istedenfor fulle behandlingsrunder. Antageligvis hadde elektrosjokk i stor grad tatt over for kardiazolsjokk innen 1950.

¹⁵⁵ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1943, 1944, 1945*, side 34

¹⁵⁶ *Sinnssykehusenes virksomhet 1946*, side 19

¹⁵⁷ *Sinnssykehusenes virksomhet 1950*, side 22

Siste gang insulinkomaterapibehandlingen nevnes i pasientjournalene, er i 1951. Dette danner grunnlaget for slutten på perioden som avhandlingen dekker. Insulinkomaterapi var fortsatt brukt ved Reitgjerdet senere på 1950-tallet. På nasjonal basis er det sikre kilder som viser bruk av insulinkomaterapi frem til 1961.¹⁵⁸

Hvor mange pasienter ble sjokkbehandlet?

Hvor mange pasienter som ble behandlet ved Reitgjerdet er vanskelig å beregne fordi få kilder nevner konkret hvor mange pasienter som ble sjokkbehandlet hvert år. Registeret over sjokkbehandlede tar kun for seg 1938 og deler av 1939 og inkluderer heller ikke alle pasientene som ble sjokkbehandlet disse årene. Å se gjennom alle pasientjournalene i perioden for å lete frem alle sjokkbehandlede pasienter, ville vært et for omfattende arbeid i denne sammenhengen. Derfor er årsrapportene fra SSB den beste kilden til å si noe om andelen av pasienter som ble sjokkbehandlet. Beregningen av dette er basert på disse kildene i kombinasjon med pasientjournalene og registeret over sjokkbehandlede.

I årsrapportene hos SSB forekommer det for noen år informasjon om antallet pasienter som ble sjokkbehandlet gjennom året. Siden dette ikke forekommer hvert år, har det bare vært mulig å beregne et estimat for antallet sjokkbehandlede for fem år. Estimaten blir presentert i tabellen under, og estimatene er noe usikre for de fleste årstallene. Belegget i tabellen referer til antall pasienter ved Reitgjerdet ved slutten av året. Det er mest representativt å regne ut andelen pasienter som ble sjokkbehandlet hvert år basert på antallet som var ved sykehuset på en gang, siden det er dette som antageligvis vil gi det beste anslaget over andelen av pasientene som ble behandlet. Særlig er dette viktig for 1944, et år da mange pasienter var innom Reitgjerdet.

	Belegg	Sjokkbehandlede pasienter	Andel sjokkbehandlet
1938	216	9	4 prosent
1939	218	20	9,2 prosent
1944	292	41	14 prosent
1946	266	10	3,8 prosent
1950	248	16 (aktivt behandlet)	6,5 prosent (aktivt behandlet)

For 1938 er tallene basert på registeret over sjokkbehandlede og pasientjournalene fordi årsrapporten fra SSB ikke nevner noe om antallet sjokkbehandlede pasienter ved Reitgjerdet dette året. Fordi insulinkomaterapien ennå ikke hadde blitt tatt i bruk, ble alle pasientene som

¹⁵⁸ *Psykiatriske sykehus 1961*. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1964, side 14

ble sjokkbehandlet i 1938, behandlet med kardiazolsjokk. Antageligvis var andelen pasienter som ble sjokkbehandlet, noe høyere enn estimatet her. Dette skyldes at ikke alle pasientjournalene for perioden har blitt undersøkt. Registeret over sjokkbehandlede tar antageligvis heller ikke for seg alle pasientene som ble sjokkbehandlet. Likevel er det representativt at andelen sjokkbehandlede i 1938 var lavere enn i 1939 og 1944 fordi sjokkbehandlingen nettopp hadde blitt tatt i bruk og fordi insulinkomaterapien fremdeles ikke hadde ble benyttet.

Tallene for 1939 er hovedsakelig basert på årsrapporten til SSB fra 1939 hvor Egil Rian skriver at åtte til ti pasienter ble behandlet med insulinkomaterapi daglig, i perioder på 80-90 dager. Kilden opplyser også at kardiazolsjokk ble gitt to ganger ukentlig med behandlingsrunder på 15-25 doser.¹⁵⁹ Beregningen er basert på pasientene som ble behandlet med insulinkomaterapi. Dette er fordi de aller fleste pasientene som fikk kardiazolsjokk i 1939, også ble behandlet med insulinkomaterapi. Bare en pasient ble behandlet eksklusivt med kardiazolsjokk i 1939. Av de åtte pasientene som gjennomgikk kardiazolsjokk fra behandlingsmetoden ble tatt i bruk ved Reitgjerdet til insulinkomaterapien ble tatt i bruk i april 1939, gjennomgikk fem av disse insulinkomaterapibehandling etter 1939.¹⁶⁰ I tillegg er informasjonen om kardiazolsjokk i rapporten fra SSB noe vag. Den nevner ikke noe om hvor mange pasienter som ble behandlet parallelt eller lengden på behandlingsrundene, bare at kardiazolsjokk ble gitt to ganger i uken.

Andelen sjokkbehandlede pasienter i 1939 er noe lavere enn den ville blitt kun basert på årsrapporten fra SSB for dette året. Det skyldes at de fleste av pasientene ble behandlet i lengre perioder enn 80-90 dager. Den pasienten som ble behandlet lengst, ble behandlet fra 10.05.1939 – 27.10.1939, en periode på rundt fem og en halv måned.¹⁶¹ I snitt ble pasientene som fullførte insulinkomaterapien og som det foreligger presise tall for, behandlet over en periode på 133 dager. Det er derfor sannsynlig at Rian mener at 80-90 dager er antall dager som pasientene fikk sjokkbehandling, ikke varigheten på selve behandlingen, når han omtaler lengden på kuren. Pasientene ble ikke plassert i koma hver dag under behandlingen. Basert på dette og at insulinkomaterapien først ble tatt i bruk 11.04.1939, betyr det at cirka 18 pasienter ved Reitgjerdet gjennomgikk insulinkomaterapibehandling dette året. I tillegg kommer de pasientene som kun fikk kardiazolsjokk i 1939. Kun en pasient gjennomgikk denne

¹⁵⁹ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 16

¹⁶⁰ NHA. RG. *Cardiazolbehandling*

¹⁶¹ NHA. RG. FB-062-00600. Pasientjournal løpenummer 600

behandlingsformen uten bruk av insulinkoma i tillegg i 1939, men det er godt mulig at det finnes flere tilfeller utenfor kildegrunnlaget i avhandlingen. For å være på den sikre siden, legges det til to pasienter til estimatet som får det opp i 20 eller rundt 9,2 prosent av pasientene ved Reitgjerdet i 1939. Andelen er muligens høyere fordi flere pasienter ble behandlet med kardiazolsjokk enn det som blir oppgitt i kildene beregningen er basert på, men det er ingenting i de undersøkte kildene som tyder på dette.

I 1944 ble 41 pasienter sjokkbehandlet ved Reitgjerdet.¹⁶² En faktor som kompliserer sjokkbehandlingen for 1944 er at dette var et år med svært stor bevegelse innen pasientmassen på Reitgjerdet. Totalt var 428 forskjellige pasienter innom asylet i løpet av året.

Mange av pasientene som var innom Reitgjerdet i 1944, var antageligvis der i kortere perioder på grunn av situasjonen under krigen. Ingen av de 15 pasientene avhandlingen undersøker, ser ut til å ha blitt sjokkbehandlet i årene 1944 eller 1945. Selv om flere av dem hadde dødd eller ikke lenger var ved asylet i 1944, var det flere av dem som fortsatt kunne vært potensielle pasienter for videre sjokkbehandling. Flere av pasientene sjokkbehandles også etter 1944. Mye taler for at sjokkbehandlingen heller ble brukt på pasienter som ble overført fra andre asyler. Dette var pasienter med kortere sykdomsforløp som hadde større sjanse for faktisk å bli helbredet eller utskrevet som følge av behandlingsmetoden. Dette betyr at antallet pasienter som ble sjokkbehandlet i 1944 var ekstra høyt, både fordi det kun var kardiazolsjokk som er en mindre tidskrevende behandlingsmetode enn insulinkomaterapi, som var i bruk, men også fordi behandlingsmetoden antageligvis mest ble brukt på nylig innskrevne pasienter under krigen.

Årsrapporten fra SSB for disse årene gir informasjon som styrker antagelsen om at det hovedsakelig var pasienter som ble overført til Reitgjerdet under krigen som ble sjokkbehandlet i det minste i 1944. Dette var muligens også tilfellet for resten av krigsårene. For 1945 er den eneste informasjonen som gis at det bare var fire nordmenn som ble sjokkbehandlet og at sjokkbehandlingen i 1945 i størst grad ble brukt på utenlandske pasienter.¹⁶³ Ifølge årsrapporten fra SSB ble 51 prosent av pasientene som ble sjokkbehandlet i 1944 fullstendig bedret med gode prognoser, selv om bedringen ikke bare tilskrives sjokkbehandlingen.¹⁶⁴ Resultatene av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet skal diskuteres senere, men helbredelsesraten her er mye høyere enn for de andre pasientene avhandlingen

¹⁶² Sinnssykehusenes virksomhet 1943, 1944, 1945, side 34

¹⁶³ Sinnssykehusenes virksomhet 1943, 1944, 1945, side 34

¹⁶⁴ Sinnssykehusenes virksomhet 1943, 1944, 1945, side 34

studerer. Spesielle forhold i 1944 støttes også av at flere av pasientene i avhandlingen, for eksempel pasient 537, hadde voldelige episoder i løpet av 1944 og 1945 uten at det ble gitt videre sjokkbehandling.¹⁶⁵ I tillegg ble det også antageligvis opprettet en ny legestilling mellom 1939 og 1944 som kan ha gjort at kapasiteten for sjokkbehandling hadde gått opp.

For 1946 gir ikke årsrapporten fra SSB konkrete tall, men den slår fast at kardiazolsjokkbehandlingen i første halvdel av året, ble drevet i «meget liten utstrekning.»¹⁶⁶ I rapporten står det også at insulinkomaterapien ble gjeninnført i andre halvdel av året og at 10 pasienter hadde påbegynt behandlingen. For de fleste av disse var ikke kuren avsluttet ved årsskiftet. I første halvdel av året ble insulin kun gitt i små doser. Det opplyses også at elektrosjokk ennå ikke hadde blitt tatt i bruk.¹⁶⁷ Antallet sjokkbehandlede pasienter i 1946 er kun beregnet ut ifra tallet som oppgis om pasienter behandlet med insulinkoma i andre halvdel av 1946. For første halvår gis det lite konkret informasjon om hvor mange pasienter som ble behandlet med kardiazolsjokk, «meget liten utstrekning» er vagt. Det er også godt mulig at kardiazolsjokk og insulinkomaterapi stort sett ble gitt til de samme pasientene i tråd med tidligere praksis. Hvorfor andelen gikk fra 41 pasienter som ble behandlet med kardiazolsjokk i 1944, til svært få i 1946, er vanskelig å svare på. Dette er særlig på grunn av at det foreligger lite informasjon om sjokkbehandlingen disse årene. Nedgangen i bruken av sjokkbehandlingen kan skyldes flere faktorer. Troen på behandlingsmetoden kan ha blitt svekket på grunn av dårlige resultater. Det var også store administrative endringer ved Reitgjerdet etter krigen på grunn av at overlege Egil Rian ble dømt i landssvikeroppgjøret. Ellers kan tallet for bruk av sjokkbehandling i 1944 ha vært kunstig høyt på grunn av endringen i pasientmassen.

Selv om SSB ikke konkret nevner hvor mange pasienter som ble sjokkbehandlet i 1950, informerer årsrapporten for dette året om følgende:

I 1950 ble i alt 16 pasienter aktivt behandlet. Det ble anvendt pentozol og elektrolyse, insulin- og isofenkurer, og 6 pasienter ble leukotomert. Resultatene av leukotomien var fortsatt meget tilfredsstillende.¹⁶⁸

Av disse pasientene ble seks lobotomert, men det er mulig at flere av pasientene gjennomgikk både sjokkbehandling og lobotomi. Dette var tilfellet for alle ni pasienter som ble lobotomert i

¹⁶⁵ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 537

¹⁶⁶ *Sinnssykehusenes virksomhet 1946*, side 19

¹⁶⁷ *Sinnssykehusenes virksomhet 1946*, side 19

¹⁶⁸ *Sinnssykehusenes virksomhet 1950*, side 22. Leukotomi er et annet begrep for lobotomi.

1948.¹⁶⁹ Fire av de femten pasientene som omtales i avhandlingen, ble også sjokkbehandlet i 1950. Dette var etter flere år hvor de ikke hadde blitt sjokkbehandlet. Noen av pasientene ble også blitt insulinkomaterapi etter å ha blitt lobotomert. Det er derfor mest nærliggende å anta at en stor andel av de 16 pasientene som ble aktivt behandlet i 1950, ble sjokkbehandlet. Sannsynligvis ble pentrozol mest gitt i mindre doser, mens elektrolyse og insulinkomaterapi ble gitt i fulle kurer.

Dette betyr at maksimalt 16 pasienter, antageligvis litt færre ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet i 1950. Dette var en kraftig nedgang fra de 41 pasientene som fikk kardiazolsjokk i 1944. Andelen hadde også gått ned sammenlignet med 1939, året sjokkbehandlingen for alvor ble introdusert.

Nedgangen i bruken av sjokkbehandling etter andre verdenskrig, kan også ha å gjøre med skuffende resultater av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet. Likevel ser det ut som at sjokkbehandlingen ble mer populær igjen rundt 1950 enn den hadde vært på flere år. Fire av de 15 pasientene som studeres i avhandlingen, ble gitt insulinkomaterapi igjen i 1950 etter flere år uten sjokkbehandling. Dette tyder på at insulinkomaterapien igjen ble tatt i bruk i større grad rundt 1950. Fem av den 15 pasientene i undersøkelsen var ikke lenger ved Reitgjerdet i 1950 på grunn av dødsfall eller utskrivelse. Det vil si at 40 prosent av pasientene i undersøkelsen som fortsatt var ved sykehuset i 1950, ble behandlet med insulinkomaterapi dette året. I tillegg var det enda en pasient som på nytt ble sjokkbehandlet i 1951.

At flere av pasientene i avhandlingen på nytt ble sjokkbehandlet i 1950 og 1951 etter flere år med opphold, kan skyldes flere forhold. Det er mulig at pasientmassen i årene etter andre verdenskrig fortsatt besto av flere pasienter med kortere sykdomsforløp enn i starten av perioden som avhandlingen dekker. Dette kan ha gjort at bruken av sjokkbehandling ble prioritert på disse pasientene. Flere av pasientene ble også gitt insulinkomaterapi etter å ha blitt lobotomert. Det kan tenkes at insulinkomaterapi ble sett på som et supplement til lobotomien. I tillegg hadde elektrosjokk blitt introdusert ved Reitgjerdet på slutten av 1940-tallet. Det kan også ha bidratt til at de andre formene for sjokkbehandling igjen ble mer benyttet.

I forhold til andre institusjoner ser andelen som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet, ut til å ha vært forholdsvis lav. I 1939 ble rundt 28,3 prosent av pasientene ved Rotvoll sjokkbehandlet. Ved Sanderud ble 28,6 prosent av pasientene behandlet med kardiazolsjokk, i tillegg til dette

¹⁶⁹ *Sinnssykehusenes virksomhet 1948*, side 18

ble insulinkomaterapi tatt i bruk frem til juni. Ved Oppdøl, som kun benyttet kardiazolsjokk, ble 8,7 prosent av pasientene sjokkbehandlet.¹⁷⁰ For de andre årene som denne undersøkelsen dekker, gis det informasjon om omfanget av sjokkbehandlingen ved bare én annen norsk institusjon per år.

I 1944 og 1946 var det bare Rotvoll som oppga informasjon om pasienter som hadde mottatt sjokkbehandling. I 1944 er det oppgitt at 44 av 236 pasienter, 18,6 prosent, ble sjokkbehandlet ved institusjonen. I 1946 var andelen 67 av 371, 18,1 prosent.¹⁷¹ Ved Rotvoll ser det ut til at andelen pasienter som ble sjokkbehandlet holdt seg jevn disse årene. Ved Reitgjerdet hadde andelen blitt drastisk redusert fra 14% til 3,8% fra 1944 til 1946. Dette skyldes trolig i hovedsak forholdene ved Reitgjerdet under andre verdenskrig. I 1950 ga Sanderud informasjon om at 12 av 499 pasienter, 2,4 prosent, ble sjokkbehandlet.¹⁷² Andelen er betraktelig mindre enn den var i 1939. Dette er en lignende utvikling som ved Reitgjerdet, men ved Sanderud hadde andelen sjokkbehandlede pasienter gått enda mer ned.

At andelen som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet var mindre enn ved flere andre norske asylers i store deler av perioden, kan skyldes manglende laboratorieplass, mangel på leger, mindre positiv innstilling til metoden blant legene og at de andre institusjonene, for eksempel Sanderud, tok i bruk sjokkbehandling tidligere. At Sanderud hadde en mye større andel pasienter som mottok sjokkbehandling i 1939 enn Reitgjerdet, er ikke overraskende siden overlege Erik Härne var blant de mest positive i landet til bruken av denne behandlingsformen.

Hvordan ble pasienter utvalgt til sjokkbehandlingen?

På generell basis ble sjokkbehandlingen brukt på schizofrene pasienter. Dette gjelder både bruken av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk. Kardiazolsjokk gikk etter hvert over til å bli mer brukt på manisk-depressive pasienter fordi effekten viste seg å være bedre på pasienter med slike diagnoser. I Storbritannia ble behandlingsmetoden imidlertid fortsatt benyttet på schizofrene pasienter også etter introduksjonen av elektrosjokkbehandlingen.

Men bruken av sjokkbehandling begrenset seg ikke bare til å forsøke å helbrede schizofrene pasienter. Ved flere institusjoner ble særlig kardiazolsjokk også brukt som et kontrollinstrument. Per Haave skriver at pentrozolsprøyter ble brukt for å straffe pasienter

¹⁷⁰ *Sinnssykehusenes virksomhet 1939*, side 16, 25 og 27-28

¹⁷¹ *Sinnssykehusenes virksomhet 1943, 1944, 1945*, side 33 og 18 og *Sinnssykehusenes virksomhet 1946*, side 19 og 28

¹⁷² *Sinnssykehusenes virksomhet 1950*, side 23 og 31

som viste uønsket oppførsel ved Sanderud.¹⁷³ I sin undersøkelse av sjokkbehandlingen i Danmark, fant Jesper Kragh at diagnose ikke var det viktigste når det ble bestemt hvilke pasienter som skulle behandles med kardiazolsjokk. Fokuset var like ofte pasientenes oppførsel og fysiske reaksjon på behandlingen.¹⁷⁴ Joar Tranøy har også undersøkt bruken av sjokkbehandling og lobotomi ved Gaustad sykehus i *I sinnssykehusets vold* (1993). Han fant at både sjokkbehandling og lobotomi i stor grad ble brukt som en sosial kontroll av pasientene.¹⁷⁵

Sjokkbehandlingen ser ut til tidlig å ha blitt brukt som et kontrollverktøy også ved Reitgjerdet. Allerede i 1939 og 1940 står det i årsrapportene fra SSB at både «uroelige, voldsomme og urenlige» pasienter hadde sett klar forbedring.¹⁷⁶ Dette indikerer at behandlingene allerede fra starten ble brukt for å forbedre anstaltoppførselen til vanskelige pasienter, og at anstaltsoppførsel var en medvirkende faktor i utvelgelsen av pasienter til sjokkbehandling. Bruken av sjokkbehandling for å kontrollere vanskelige pasienter ble sannsynligvis forsterket ved Reitgjerdet fordi de fleste pasientene hadde langvarige sykdommer med varighet på mer enn ett år. Dette begrenset sjansene for å helbrede pasientene drastisk og sjokkbehandling ble benyttet på grunn av mangel på gode alternativer. Diagnosen ser i pasientjournalene likevel ut til å ha spilt en vesentlig rolle for utvelgelsen av pasienter til sjokkbehandling ved institusjonen.

Fjorten av femten sjokkbehandlede pasienter som har blitt undersøkt i avhandlingen, hadde diagnosen schizofreni. Den siste pasienten, med løpenummer 550, hadde ingen definert diagnose. Det eneste som står i pasientjournalen er at pasientens sinnssykdom antageligvis skyldtes *trauma capitis* (traumer mot hodet).¹⁷⁷ At pasienten mottok sjokkbehandling selv om han ikke hadde schizofreni, er interessant fordi det var schizofreni sjokkbehandlingen primært var beregnet på å skulle kurere. Pasienten ble antageligvis valgt ut på grunn av oppførselen sin under innleggelsen ved Reitgjerdet. Pasienten diskuteres senere når oppførselen til pasientene ved Reitgjerdet diskuteres videre. Noen av de andre pasientene ved institusjonen hadde også hatt andre diagnoser før de ble innlagt ved Reitgjerdet. At sjokkbehandlingen hovedsakelig ble brukt på schizofrene pasienter stemmer overens med formålet bak utviklingen av sjokkbehandlingen, det var schizofreni behandlingsmetodene var utviklet for å

¹⁷³ Haave. 2008, side 294

¹⁷⁴ Kragh. 2010, side 354

¹⁷⁵ Tranøy, Joar. 1993. *I sinnssykehusets vold: Innlagtes mostand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Oslo: Pax forlag, side 84-86

¹⁷⁶ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 16 og *Sinnssykeasylenes virksomhet 1940*, side 20

¹⁷⁷ NHA. RG. FB-055-00550. Pasientjournal løpenummer 550.

kurere. Jesper V. Kragh fant likevel at kardiazolsjokk i dansk psykiatri ble brukt på pasienter med en rekke forskjellige diagnoser.¹⁷⁸ Sjokkbehandlingen av pasient 550 var kanskje derfor ikke så uvanlig på generell basis.

For di størsteparten av pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet i 1938 og 1939 hadde diagnosen schizofreni, vil det være nærliggende å anta at diagnosekriteriet var det viktigste for hvilke pasienter som gjennomgikk sjokkbehandlingen, til tross for at sjokkbehandlingen trolig ble brukt som et kontrollverktøy. Det er likevel ikke nødvendigvis tilfellet at diagnosen var det eneste eller sterkeste grunnlaget for hvilke pasienter som ble sjokkbehandlet.

Schizofreni var den klart vanligste diagnosen blant pasientene som ble lagt inn i norske asyler i 1938 og 1939. I 1938 hadde 677 av 1439, 47 prosent av nyinnlagte pasienter i norske asyler, diagnosen schizofreni.¹⁷⁹ I 1939 var andelen 683 av 1555 eller 44 prosent.¹⁸⁰ Dette betyr at nesten halvparten av pasientene ved norske asyler hadde diagnosen schizofreni. Det er mest naturlig å anta at dette var tilfellet også ved Reitgjerdet. Blant pasienter med diagnose schizofreni i norske sinnssykeasyler i 1938 og 1939, var andelen menn noe høyere enn andelen kvinner. Siden Reitgjerdet kun hadde mannlige pasienter, kan dette tale for en noe forhøyet andel av schizofrene sammenlignet med institusjoner som hadde pasienter av begge kjønn. I *Galskapens fengsel* bekrefter Øyvind Thomassen delvis dette, her står det at: «Omtrent halvparten av alle pasientene fikk diagnoser knyttet til psykoser (hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger), schizofreni eller andre psykoser som omfattet disse symptomene.»¹⁸¹

I 1939 var trolig rundt halvparten av pasientene ved Reitgjerdet diagnostisert som schizofrene. Antageligvis var det kun rundt 9 prosent av pasientene som ble sjokkbehandlet. Det betyr at en form for utvelgelse blant pasientene med schizofreni må ha funnet sted. Siden pasientene stort sett var langtidssyke og derfor i utgangspunktet egnet seg dårlig til sjokkbehandlingen, er det logisk at oppførselen til pasientene lå til grunn for hvem av dem som ble sjokkbehandlet.

Hvilken oppførsel hadde pasientene som ble sjokkbehandlet?

Selv om det var store individuelle forskjeller, var det flere forhold som gikk igjen når det gjaldt oppførselen til pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet. Det virker ikke som

¹⁷⁸ Kragh. 2010, side 363

¹⁷⁹ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938*, side 34

¹⁸⁰ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 36

¹⁸¹ Thomassen. 2015, side 46

det var noen forskjell på hvilken type pasienter som ble valgt ut til de forskjellige typene sjokkbehandling. Mange av dem ble behandlet med både insulinkomaterapi og kardiazolsjokk, og det virker ikke som det var noen spesielle forhold ved diagnosen eller oppførselen til pasientene, som bestemte hvilken behandlingsmetode som ble benyttet.

Voldelig og aggressiv oppførsel ser ut til å være den fremste fellesnevneren ved oppførselen til pasientene som ble valgt ut til sjokkbehandling ved Reitgjerdet. Av de femten pasientene avhandlingen undersøker, hadde fjorten vært voldelige eller aggressive mens de var innlagt ved Reitgjerdet eller før de ankom asylet. Voldelig oppførsel ved andre asyler var den viktigste grunnen til at pasienter ble overflyttet til Reitgjerdet. Av de fjorten pasientene som hadde hatt voldelige episoder, var det fem som ikke utførte noen voldelige handlinger mens de var innlagt ved Reitgjerdet.

En av de første pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet (pasient 409) gjennomgikk kardiazolsjokk fra februar i 1938. Han beskrives som en sterkt sløvet og selvopptatt pasient som i lengre perioder var plassert i isolat. Ved en anledning hadde han skadet seg selv ved å slå hodet i veggen.¹⁸² Seks andre av pasientene som ble sjokkbehandlet, hadde på lignende vis lengre perioder hvor de var sløve, isolerte eller uvirksomme. Denne adferden ble avbrutt av perioder hvor de var urolige og voldelige eller aggressive mot seg selv eller andre. Vekslingen mellom sløve og uvirksomme periode og perioder med aggressiv og utagerende oppførsel, kan se ut til å være et fellestrekk hos pasientene som sjokkbehandlingen ble tatt i bruk på. Det må likevel bemerkes at selv om disse pasientene hadde lignende type oppførsel, hadde de veldig forskjellige sykdomforløp.

En av pasientene (pasient 425) som viste en slik oppførsel som beskrevet over var også en av pasientene i avhandlingen som gjennomgikk flest runder med sjokkbehandling over et lengre tidsrom. Han ble sjokkbehandlet både i 1938, 1939 og 1951. Pasienten var diagnostisert med en katatonisk type schizofreni og lå i lengre perioder i en stupor (en tilstand av nedsatt bevissthet og reaksjonsevne) hvor han viste få eller ingen livstegn og tilsynelatende ikke registrerte det som skjedde rundt seg. Dette står i kontrast til brevene han sendte til familiemedlemmer, hvor han uttrykte seg klart, viste stor sykdomsinnsikt og tydelig registrerte det som foregikk rundt seg. Disse lange periodene med stupor ble avbrutt av perioder med voldsomhet og vold mot andre pasienter. Etter en hendelse høsten 1941 hvor han forsøkte å tvinge en annen pasient til å utføre utuktige handlinger, ble han overført til

¹⁸² NHA. RG. FB-041-00409. Pasientjournal løpenummer 409

Kriminalasylet. Her beskrives tilstanden i stor grad som stabil. I 1950 ble han igjen, delvis på eget initiativ, overflyttet til Reitgjerdet etter en roligere periode på Kriminalasylet.¹⁸³ Pasient 425 var den av pasientene i utvalget som i sterkest grad hadde et sykdomsforløp bestående av perioder med uvirksomhet og stupor avbrutt av perioder med voldsomhet og aggresjon.

Pasient 533 hadde et lignende sykdomsforløp. Pasienten var voldelig og beskrives som urolig og utrygg. Som pasient 425, lå også pasient 533 i lange perioder isolert under tunge tepper. Han beskrives som en av de vanskeligste pasientene ved Reitgjerdet i pasientjournalen. I pasientjournalen står det at han ble gitt kardiazolsjokk «i et forsøk på å gjøre noe for ham».¹⁸⁴ Dette tyder på at sjokkbehandlingen ble startet på grunn av mangelen på gode behandlingsalternativer, og at han ble valgt ut til sjokkbehandlingen i bakgrunn av vanskelig oppførsel. Dette illustrerer et annet viktig poeng, selv om sjokkbehandlingen ble brukt for å kontrollere oppførselen til pasientene uttrykkes det aldri i pasientutvalget en antagonistisk bakgrunn for sjokkbehandlingen. I pasientjournalene står det aldri direkte at sjokkbehandlingen ble tatt i bruk straffe pasientene for dårlig oppførsel. For eksempel hos pasient 533 var det for å forsøke å hjelpe pasientene. Mulige gode intensjoner er likevel ingen unnskyldning for å utsette pasientene for smertefulle og inngripende behandlingsmetoder, særlig siden dette hovedsakelig ble gjort for å forbedre oppførselen deres. Det er ikke funnet noen eksempler på at sjokkbehandlingen ble brukt for å direkte straffe pasientene slik for eksempel Per Haave beskriver ved Sanderud sykehus.

I tillegg til de tre pasientene nevnt over, viste også fire andre lignende sykdomsforløp. To av disse, pasient 537 og pasient 550, hadde lengre perioder hvor de var sengeliggende under tunge tepper. Begge pasientene var også involvert i voldelige episoder under oppholdene sine ved Reitgjerdet. Pasient 550 er den eneste pasienten i undersøkelsen, som ble sjokkbehandlet uten å være diagnostisert med schizofreni.¹⁸⁵ At også pasient 550 hadde et lignende sykdomsforløp som de andre, vitner om at oppførsel kunne ha betydning for hvilke pasienter som ble valgt ut til sjokkbehandling. De to siste pasientene som hadde lignende sykdomsforløp med stupor avbrutt av urolige perioder, pasient 567 og 600, var aldri så innesluttede at de måtte være sengeliggende, men viste likevel en lignende type oppførsel.¹⁸⁶ I pasientjournalene beskrives pasient 600 i 1939, en måneds tid før han ble sjokkbehandlet, som «delvis impulsiv, upålitelig. Så man kan aldri være trygg. Kommer i konflikt med en eller

¹⁸³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 368 (425)

¹⁸⁴ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 533

¹⁸⁵ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 537 og NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 550.

¹⁸⁶ NHA. RG. FB-058-00567. Pasientjournal løpenummer 567 og NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 600

annen».¹⁸⁷ Oppførselen til pasienten var antageligvis bakgrunnen for at runden med sjokkbehandling ble igangsatt.

Til tross for store individuelle forskjeller, er de sju pasientene som nevnes over, de pasientene som viser størst likhetstrekk når det gjelder oppførsel av de femten pasientene avhandlingen undersøker. Også to av de andre pasientene i utvalget utøvde voldelige handlinger mens de var innlagt ved Reitgjerdet. Den ene (pasient 581) hadde tidligere vært innlagt ved Dedichens asyl i Oslo hvor han var involvert i flere rømningsforsøk. Ved ett av disse hadde han også truet en sykepleier og brutalt angrepet en pleier. På grunn av dette ble han overført til Reitgjerdet. Ved Reitgjerdet var han stort sett vennlig og rolig, men i noen perioder hadde han sterke hallusinasjoner. Han hadde også flere rømningsforsøk mens han var innlagt på Reitgjerdet. To av dem var suksessfulle. Det var hovedsakelig i sammenheng med rømningsforsøkene at han utførte voldelige handlinger. Dette førte til at han etter hvert ble overflyttet fra Reitgjerdet til Kriminalasylet.¹⁸⁸

Den andre (pasient 387) var tidligere innlagt ved Lierasylet hvor han hadde drept en pasient med en stol. Ved Reitgjerdet hadde han ofte perioder hvor han var urolig og aggressiv. Pasienten gjennomgikk både kardiazolsjokk og insulinkomaterapi. Senere fikk han også pentrozolprøyter under de urolige periodene sine for å roe ham ned.¹⁸⁹ Pasient 581 og 387 illustrerer videre at voldelig oppførsel var ett av utvalgskriteriene til hvilke pasienter som gjennomgikk sjokkbehandling. Sju av de femten pasientene i utvalget hadde perioder med voldelig oppførsel.

Av de seks resterende pasientene som ble sjokkbehandlet, var det ingen som utførte voldelige handlinger mens de var innlagt ved Reitgjerdet, i det minste ingen som rapporteres i pasientjournalene. Det kan imidlertid ikke utelukkes at slike hendelser fant sted, men ikke ble rapportert. Spesielt under krigsårene var det dårligere kvalitet på journalføringen, og av de seks pasientene, hadde fem opptrådt truende eller voldelig ved andre asyler. Dette betyr at voldelig oppførsel ved andre asyler, kan ha bidratt til bestemmelsen om å sette i gang sjokkbehandling ved Reitgjerdet.

Den ene av pasientene (pasient 603) utførte aldri noen voldelige handlinger ved Reitgjerdet, men hadde ved flere anledninger truet medlemmer av familien eller ansatte ved andre

¹⁸⁷ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 600

¹⁸⁸ NHA. RG. FB-153-01528 (581). Pasientjournal løpenummer 528 (581)

¹⁸⁹ NHA. RG. FB-039-00387. Pasientjournal løpenummer 387

sinnsykeasyler, og utførte vold mot en pleier ved et annet asyl. Hans sinnsykdom bestod i hovedsak av vrangforestillinger, hallusinasjoner og tidvis depresjoner.¹⁹⁰ Våren og sommeren 1939 ble sykdommen hans verre. Han slet med syns- og hørselshallusinasjoner, depresjon, og han oppførte seg truende ved minst en anledning. Han ble først sjokkbehandlet i september 1939, men i perioden rett før sjokkbehandlingen ble satt i gang beskrives imidlertid ikke pasienten som spesielt utrygg. Fra august samme år beskrives han heller som deprimert og sterkt hallusinert.¹⁹¹ Det er likevel mulig at pasientens truende oppførsel på starten av året bidro, til beslutningen om å bruke sjokkbehandling.

To av pasientene (pasient 578 og pasient 616) ble overført til Reitgjerdet på grunn av voldsomhet, men ingen av dem utførte voldelige handlinger eller beskrives som spesielt voldsomme under oppholdet ved Reitgjerdet. Begge pasientene slet med sterke hallusinasjoner. Pasient 578 beskrives heller som sløv, rolig og vennlig enn voldsom.¹⁹² Pasient 616 beskrives også som snill og godslig, både i pasientjournalene og i et brev til Lierasylet ved utskrivelse dit i 1938.¹⁹³ Han holdt riktignok i dårlige perioder de andre pasientene våkne med høyrøstet snakking om natten, og han ble beskrevet både i de maskinskrevne journalene og i en rekke brev til hans søster i 1941, som stort sett rolig og vennlig, men i perioder klaget han over innleggelsen ved Reitgjerdet og var urolig.¹⁹⁴ Det står ingenting i pasientjournalen som tyder på at pasienten noen gang utførte voldelige handlinger ved Reitgjerdet, men pasientens tidvis urolige oppførsel, var trolig bakgrunnen for at han ble sjokkbehandlet.

To av de tre resterende pasientene i utvalget, beskrives også som rolige og vennlige. Den ene (pasient 621) slet med hallusinasjoner i form av svarte djevler. Han motsatte seg somatiske undersøkelser, og det at han ikke villig lot seg undersøke, kan ha vært utgangspunktet for at han ble utvalgt til å bli sjokkbehandlet.¹⁹⁵ Den andre pasienten (pasient 624) hadde tidligere vært suicidal og var plaget av vrangforestillinger under oppholdet ved Reitgjerdet.¹⁹⁶

Den siste pasienten (pasient 403) som ble sjokkbehandlet, var en pasient som ble overført til Reitgjerdet fra Rønvik asyl fordi han hadde innledet et forhold til en ung kvinnelig pasient der, og fordi han senere hadde hatt en utuktig episode med en «imbesil» ung gutt på klosettet.

¹⁹⁰ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 981 (603)

¹⁹¹ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 981 (603)

¹⁹² NHA. RG. FB-059-00578. Pasientjournal løpenummer 578

¹⁹³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 955 (616). Brev til Lierasylet fra Reitgjerdet 29.06.1938

¹⁹⁴ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 955 (616)

¹⁹⁵ NHA. RG. FB-064-00621. Pasientjournal løpenummer 621

¹⁹⁶ NHA. RG. FB-064-00624. Pasientjournal løpenummer 624

Pasienten var tidligere arrestert for utuktig omgang med en tretten år gammel gutt. Mens han var innlagt ved Reitgjerdet, ser slet han ifølge pasientjournalen med sin egen seksualitet, forvirring og tidvis hallusinasjoner. Han hadde også en periode rundt 1948 hvor han fikk tvangstanker rundt vasking. Pasienten hadde uroperioder hvor han kunne være tøvete, urolig og forvirret, og han hadde han homofile tilbøyeligheter. Pasienten ble opprinnelig gitt en kur med kardiazolsjokk i 1938 under en periode hvor han var forvirret og urolig. Den urolige oppførselen var trolig bakgrunnen for at pasienten ble sjokkbehandlet, til tross for at han aldri hadde oppført seg voldelig.¹⁹⁷ Dette føyer seg inn i rekken av eksempler på at pasienter ble gitt sjokkbehandling i perioder hvor de var urolige.

Det er også en mulighet for at pasientens homofile tilbøyeligheter bidro til at han ble sjokkbehandlet. I hele perioden avhandlingen studerer, var homofili ennå ikke akseptert i det norske samfunnet. Frem til 1972 ble homoseksuelle handlinger mellom menn regnet som utuktig omgang ifølge straffeloven. Blant andre Joar Tranøy har hevdet at psykiatriske institusjoner drev «klappjakt» på homofile. Homofile kunne bli kastret ved sinnssykehus. I pasientjournalen til den tidligere nevnte pasient 533 nevnes det at han hadde motsatt seg å gjennomgå en seksuell operasjon. Tranøy hevdet at det å kastre homofile både gjorde dem lettere å håndtere i asylene og la forholdene til rette for at pasientene bedre kunne tilpasse seg samfunnet utenfor sinnssykehuset.¹⁹⁸

Det foreligger også en mulighet for at pasient 403 ble valgt til sjokkbehandlingen bare fordi han hadde perioder hvor han var urolig og tøvete, eller fordi han tidligere hadde forgrepet seg seksuelt på andre sinnssyke eller mindreårige. Det er likevel et poeng at en av de få pasientene som ble sjokkbehandlet og som aldri refereres til som voldsom eller truende, også antageligvis hadde en ikke-heterofil legning. Hos pasient 533 nevnes også homoseksuelle tilbøyeligheter, men dette nevnes ikke før i 1951, ett år etter hans siste runde med sjokkbehandling. Her står det at pasientens homofile tilbøyeligheter ble sterkere, noe som tyder på at disse hadde eksistert også tidligere.¹⁹⁹ Fordi to av de 15 pasientene er oppført med homoseksuelle tilbøyeligheter, er det en viss mulighet for at dette spilte inn i at de ble valgt ut til sjokkbehandlingen. Men siden det ikke står direkte i noen av pasientjournalene at homofil tilbøyelighet var grunnen til at de ble sjokkbehandlet, er det ikke tilstrekkelig belegg for å

¹⁹⁷ NHA. RG. FB-040-00403. Pasientjournal løpenummer 403

¹⁹⁸ Tranøy. 1999, side 136-137

¹⁹⁹ NHA. RG. Pasientjournal 533

konkludere korrelasjonen sikkert. Pasient 533 hadde i tillegg voldelige episoder ved Reitgjerdet.

Hvem tok initiativ til sjokkbehandlingen?

For de fleste pasientene var det legene ved Reitgjerdet som tok initiativ til sjokkbehandlingen. I noen tilfeller var det imidlertid pasienten selv eller familien til pasienten, som tok initiativ til sjokkbehandlingen.

Pasient 425 ble overført fra Kriminalasylet tilbake til Reitgjerdet i 1950. Grunnen til at han ble overført til Reitgjerdet, var fordi han ønsket å gjennomgå insulinkomaterapi, noe han ikke hadde mulighet til ved Kriminalasylet. Håpet var å bli utskrevet som følge av behandlingen med sjokkterapi. Asylet hadde egentlig bestemt seg for at pasienten burde lobotomeres, men overførte ham til Reitgjerdet for å forsøke insulinkomaterapi før han ble lobotomert. Dette til tross for at pasienten allerede hadde gjennomgått en runde med insulinkomaterapi i 1939. I et brev til overlegen som blir gjengitt i den maskinskrevne delen av pasientjournalen den 07.02.1951 skrev pasienten at:

Jeg vil gjerne få tat hjerneoperasjon en av de første dager for å komme hjem så snart som mulig. (...) Jeg behöver vel ikke Insulin og kardiazolsjok da når jeg får hjerneoperasjon? ²⁰⁰

Det er tvilsomt at pasienten hadde samtykkekompetanse, men han ville tydeligvis heller lobotomeres enn å gjennomgå flere runder med sjokkbehandling for å bli utskrevet. Dette er det eneste tilfellet i utvalget hvor pasienten selv tok initiativ til å bli sjokkbehandlet, selv om han senere ombestemte seg. Pasientens bror samtykket til operasjon, og pasient 425 ble lobotomert i 1951.

Faren til pasient 578 tok initiativ til sjokkbehandlingen av sønnen. Han skrev en rekke brev til Reitgjerdet for å følge med på hvordan det gikk med sønnen. Faren hadde lest om insulinkomaterapien i en avis og forhørte seg om behandlingsmetoden i et brev til sykehuset i 1938.²⁰¹ Fordi det ikke var kjent noen tilfeller hvor insulinkomaterapien hadde helbredet pasienter med så lange sykdomsforløp som det sønnen hadde, anbefalte sykehuset heller kardiazolsjokk. Dette ble også beskrevet som en mindre farlig behandlingsmetode.²⁰² Hos pasient 600 var faren også involvert i beslutningen om å igangsette sjokkbehandling på

²⁰⁰ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 368 (425)

²⁰¹ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 578. Brev fra pårørende til Reitgjerdet asyl 27.10.1938

²⁰² NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 578. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 31.10.1938

sønnen. Her ble faren informert om sjokkbehandlingen i et brev fra Reitgjerdet, og han svarte sjokkbehandling var av interesse, dersom det kunne hjelpe sønnen.²⁰³

Disse tre tilfellene hvor pasienter eller pårørende var deltagende i beslutningen om å igangsette sjokkbehandlingen vitner om et element med tilfeldighet inne i utvelgelsen av hvilke pasienter som skulle sjokkbehandles. Hadde det eksistert veldig klare formeninger ved Reitgjerdet om akkurat hvilke pasienter som skulle sjokkbehandles, ville det ikke blitt gjennomført sjokkbehandling på andre pasienter enn de som ble utvalgt av legene ved institusjonen. Dette tyder på at det i det noen tilfeller var noe vilkårlig hvilke pasienter som ble utvalgt til sjokkbehandlingen.

Oppsummering

Sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet foregikk i størst omfang fra 1939 til rundt 1944 eller 1945. Selv om nesten alle pasientene som ble sjokkbehandlet var schizofrene, var antageligvis ikke dette det eneste kriteriet som lå til grunn for hvilke pasienter som ble valgt ut. Det er sannsynlig at det var de mest urolige pasientene som ble valgt ut til sjokkbehandlingen. Noen ganger ble sjokkbehandlingen, utført i det minste delvis, etter initiativ fra pasienten selv eller pasientens familie.

De fleste pasientene som ble valgt til sjokkbehandlingen, ni av femten, hadde episoder med voldsomhet mens de var innlagt ved Reitgjerdet. Det er derfor svært sannsynlig at sjokkbehandling i stor grad ble brukt for å roe ned spesielt urolige eller vanskelige pasienter. De pasientene som ble sjokkbehandlet, men som ikke beskrives som spesielt voldelige eller urolige ved Reitgjerdet, hadde med ett unntak vært voldelige ved andre asyler tidligere. Dette betyr at noen pasienter kan ha blitt sjokkbehandlet på grunn av sin tidligere historie med vold, eller fordi de var urolige og krevende, men uten å være voldelige ved Reitgjerdet. En av pasientene ble trolig sjokkbehandlet fordi faren tok initiativet til dette. De mest aktuelle pasientene for sjokkbehandling ser ut til å ha vært pasienter som vekslet mellom stupor og vold. Denne typen oppførsel er karakteristisk for sju av de femten pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet. Den eneste pasienten som ble sjokkbehandlet uten diagnosen schizofreni, viste også en slik type oppførsel.

Diagnose ser ut til å ha spilt en vesentlig rolle når det gjelder hvilke pasienter som ble sjokkbehandlet. 14 av de 15 pasientene i utvalget som ble sjokkbehandlet hadde diagnosen

²⁰³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 600. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 20.03.1939 og 01.04.1939 og brev fra pårørende til Reitgjerdet 22.03.1939 og 11.04.1939

schizofreni. Likevel var det bare en liten del av de schizofrene pasientene ved Reitgjerdet som ble sjokkbehandlet. Bakgrunnen for at en såpass liten del av de schizofrene pasientene ble sjokkbehandlet, har antageligvis å gjøre med flere forhold ved Reitgjerdet. Det at det ikke var noen egen medisinsk sal og at det kun var to leger ansatt ved Reitgjerdet frem til midten av 1940, la antageligvis en begrensning på hvor mange pasienter som kunne sjokkbehandles. Derfor måtte det skje en utvelgelsesprosess blant de schizofrene pasientene ved Reitgjerdet når det gjaldt hvem som skulle få sjokkbehandling. Det er derfor naturlig å anta at det var de uroligste og vanskeligste pasientene ved Reitgjerdet som ble valgt til sjokkbehandlingen.

Prioriteringen endret seg under andre verdenskrig da belegget ved Reitgjerdet var ekstra høyt. I 1944 og 1945 var sjokkbehandlingen mest sannsynligvis brukt på de nye pasientene som ble innlagt under krigen eller på utenlandske pasienter. Dette er sannsynlig fordi ingen av pasientene som har blitt undersøkt i avhandlingen, ble sjokkbehandlet i denne perioden. Dette til tross for at flere av pasientene i utvalget hadde voldelige eller urolige perioder i dette tidsrommet, noe som ville gjort dem høyst aktuelle for sjokkbehandling. Flere av pasientene som ble sjokkbehandlet i 1942, ble sjokkbehandlet igjen senere, etter krigen. Ingen av dem mottok sjokkbehandling igjen før tidligst 1946.

Kapittel 4: Forventninger og resultater

Resultatene og effekten av sjokkbehandlingen generelt er fortsatt sterkt diskutert. I samtiden var også flere psykiatere klare på de visste for lite om effekten av behandlingsformen. Dette gjaldt også nasjonalt. Blant annet skrev psykiateren H.H Dedichen (1895-1960) følgende i en kommentar til et foredrag av Gabriel Langfeldt i 1942 at:

Først og fremst må jeg erklære meg helt enig med foredragsholderen i at det alt overveiende antall av hittil utførte statistiske undersøkelser over sjokkbehandlede er av liten verdi. For det første fordi de tallmessig som oftest er for små, - for det annet fordi det har vært foretatt en ufullstendig inndeling og bearbeidelse av materialet, - og for det tredje fordi de så godt som alle mangler kontrollmateriale.²⁰⁴

Som diskutert er det gjort få studier av effekten av kardiazolsjokk, mens effekten av insulinkomaterapien er omstridt.

Jesper Kragh er en av få som har studert kardiazolsjokk basert på primærkilder. Han har i artikkelen *Shock Therapy in Danish Psychiatry* fra 2010 studert bruken av sjokkbehandling i Danmark, særlig med fokus på kardiazolsjokk. Ifølge Kragh rapporterte psykiateren Victor Hahnemann ved Vordingborg sykehus i 1939 om like positive resultater fra kardiazolsjokk som opphavsmannen bak behandlingsmetoden, Ladislav Meduna. Ved kardiazolsjokkbehandling av 207 schizofrene pasienter ved Vordingborg hadde 20 prosent av pasientene sett full remisjon og var symptomfrie, mens 33 prosent hadde blitt forbedret.²⁰⁵ En senere analyse fra 1941 av sjokkbehandlingen i Danmark fant mer negative resultater. Av 162 schizofrene pasienter som hadde blitt behandlet med insulinkomaterapi, var det bare fire som var symptomfrie fire måneder etter at behandlingen var avsluttet. Av 782 schizofrene pasienter som hadde blitt behandlet med kardiazolsjokk, hadde bare ni sett full remisjon. Rapporten kom også frem til en betydelig risiko ved sjokkbehandlingen. En fatalitetsrate på én prosent for ICT og 0,5 prosent for kardiazolsjokk, hadde blitt observert. Andre komplikasjoner som brudd og hjerteproblemer kom i tillegg.²⁰⁶ Kragh fant at kardiazolsjokk i dansk sammenheng hadde gunstig virkning på noen pasientgrupper, for eksempel suicidale, men at behandlingen også i stor grad, ble brukt for å kontrollere pasienter som var aggressive eller voldsomme.²⁰⁷

²⁰⁴ Dedichen, H. H. 1942, side 355

²⁰⁵ Kragh. 2010, side 348-350

²⁰⁶ Kragh. 2010, side 359-360

²⁰⁷ Kragh. 2010, side 363

I norsk sammenheng finnes det også noen undersøkelser av effekten av sjokkbehandlingen fra samtiden. Reservelege doktor T. Seip ved Dikemark sykehus skrev i 1939 om resultatene av en etterundersøkelse på pasientene som hadde blitt behandlet med insulin ved Dikemark. Av 209 behandlede pasienter hadde sju pasienter oppnådd full remisjon. En av disse hadde riktignok fått et tilbakefall og måtte legges inn på nytt. 26 pasienter hadde fått sosial remisjon, mens 32 hadde opplevd anstaltremisjon. For begge gruppene hadde to pasienter senere fått nye perioder med uro. I tillegg hadde 44 pasienter fått kortvarig remisjon. For resten av kontrollgruppen ble det ikke rapportert om noen effekt av behandlingsmetoden. 64 pasienter hadde blitt utskrevet, og insulinkomaterapien ble sett på som direkte bidragende til dette for 34 av pasientene.²⁰⁸ Resultatene ser positive ut, men det er et poeng at det allerede hadde blitt observert tilbakefall hos flere av pasientene.

Forventningen til og resultatene av sjokkbehandlingen

For å undersøke resultatene av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet, er det viktig å først etablere hva forventningen til sjokkbehandlingen var. Målet med sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet var trolig i størst grad anstaltforbedring, ikke å kurere pasientene. I 1939 da kardiazolsjokk ble tatt i bruk ved de fleste norske asyler, økte pasientutvekslingen mellom norske asyler betraktelig.²⁰⁹ Flere av asylene som opplevde en økning i bevegelsen av pasienter i denne perioden, begrunnet dette med de positive resultatene fra kardiazolsjokkbehandlingen.²¹⁰ Resultatene ved Reitgjerdet ser ut til å ha vært dårligere enn andre steder i Norge. Teorien til dr. Einar Bø og overlege Egil Rian ved Reitgjerdet var at de andre sykehusene hadde bedre resultater av sjokkbehandlingen enn Reitgjerdet, fordi pasientmassen i de andre sykehusene hadde mindre langtidsutviklede sykdommer.²¹¹

At det ikke var forventet at sjokkbehandlingen skulle helbrede pasientene ved Reitgjerdet, nevnes også i brev sendt til familiene til flere pasienter. I brev til faren til pasient 578 beskrives begrensingen til insulinkomaterapien. I senere brevutveksling med faren, kom det frem at det ikke var forventet helbredelse med kardiazolsjokk. Det kom også frem at kardiazolsjokk var mest effektivt på sykdomstilfeller som hadde vart under et år.²¹² Lignende informasjon ble gitt om insulinkomaterapien til familien til pasient 550 i et brev fra 07.07.1939. Her står det at: «Man kan med stor sannsynlighet gå ut fra at han ikke vil bli helt

²⁰⁸ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 22

²⁰⁹ Pasientutvekslingen betyr bevegelsen i pasienter ut, inn og mellom sinnssykeasyler.

²¹⁰ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 7

²¹¹ *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, side 16 og *Sinnssykeasylenes virksomhet 1940*, side 20

²¹² NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 578. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 25.05.1939

bra, men han kan bli meget roligere og dermed få en friere forpleining».²¹³ Dette tyder på at det tidlig var kjent og akseptert blant legene ved Reitgjerdet at sjokkbehandlingen ikke kom til å føre til at mange pasienter ble helbredet. Til tross for den negative fremstillingen skrev Egil Rian i et brev til Sosialdepartementet 02.03.1940, at insulinkomaterapien allerede hadde ført til utskriving av flere pasienter som uten behandlingen, hadde måttet tilbringe flere år ved Reitgjerdet.²¹⁴

I 1944 ser det ut til at tiltroen til at kardiazol- og elektroshokk kunne helbrede pasienter, hadde blitt ytterligere svekket. I et brev til faren til pasient 578 beskrives sjokkbehandlingen som en «unødig plage for pasienten» og det står videre at behandlingsmetodene hadde vist seg å ha liten effekt selv i tilfeller hvor behandlingen kom i gang umiddelbart etter sykdomsutbruddet ved slike sykdommer (schizofreni).²¹⁵ Etter 6 år med skuffende resultater hadde troen på kardiazolsjokk hadde blitt relativt lav. Det som særlig ser ut til å ha endret seg, er oppfatningen av at sykdomsvarigheten spilte noen rolle for effekten ved behandlingen. Selv når behandling ble satt i gang rett etter sykdomsutbruddet, hadde legene antageligvis sett dårlige resultater. Dette understøtter teorien om at kardiazolsjokk gradvis gikk over til å bli mer brukt som et kontrollmiddel og for å roe ned urolige pasienter. I et brev fra 1948 til kona til pasient 387 ser det ut som at troen på insulinkomaterapien hadde gått ned. I brevet stod at legene ikke lenger fant det «regningssvarende» å fortsette sjokkbehandlingen av ektemannen fordi det i lengden var en risiko for at dette skadet istedenfor å bedre pasienten.²¹⁶ Dette illustrerer også at insulinkomaterapien var en ressurskrevende og dyr behandling for Reitgjerdet.

Det ser ut til at de fleste pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet, hadde liten positiv effekt av behandlingen. De fleste ble aldri utskrevet og var på Reitgjerdet til de døde. I en kort periode etter sjokkbehandlingen ble det observert at pasientene ble litt roligere eller bedret på andre måter, men bedringen var kortvarig for de fleste pasientene. Hos noen pasienter er det vanskelig å tolke hva bedringen bestod i og hvor stor den var. Bare to av pasientene i utvalget, pasient 600 og 603, ble så mye roligere etter sjokkbehandlingen at de kunne overføres til andre asyler. Begge disse pasientene hadde tilbakefall senere.

²¹³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 550. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 07.07.1939

²¹⁴ NHA. RG. Egil Rian. Utgående brev til Sosialdepartementet 02.03.1940.

²¹⁵ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 578. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 03.10.1944

²¹⁶ NHA. RG. FB-039-00387. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 09.04.1948.

Pasienter som ble rolige nok til å utskrives til andre asyler

Den første pasienten som hadde en relativt langvarig bedring etter sjokkbehandling, var pasient 600. Planen var opprinnelig å igangsette en kur med kardiazolsjokk på pasienten våren 1939. Dette ble beskrevet i en rekke brev til pasientens far. Det ble først nevnt i mars, og planen var å begynne behandlingen rett etter påske, i starten av april i 1939.²¹⁷ Det det imidlertid aldri startet noen kardiazolsjokkbehandling av pasienten. Isteden ble det igangsatt en kur med insulinkomaterapi i april 1939. Den 05.09 kom første rapport om hvordan sjokkbehandlingen virket. Pasienten hadde falt til ro og han kunne «føre en ordnet samtale».²¹⁸ Det rapporteres om at pasientens mor besøkte ham i denne perioden, og om at hun hadde ikke sett ham så bra siden han ble syk.²¹⁹ Den 27.10 ble insulinkomaterapien avsluttet med positivt resultat. Pasienten var nå delvis orientert i tid, roligere og ikke lenger irritabel. Han var likevel fortsatt litt treg til å uttrykke seg og noe sløv. Den gode tilstanden holdt seg ut året og frem til august 1940. Da ble pasienten utskrevet til Lierasylet.²²⁰

I 1946 tok Reitgjerdet kontakt med Lierasylet for å høre hvordan det hadde gått med pasienten. Ut ifra svaret ser det ut til at den positive effekten av insulinkomaterapien ikke hadde holdt seg. Pasienten ble på dette tidspunktet beskrevet som sløv, utrygg og hallusinerende, og han hadde hatt perioder med uro hvor han hadde måttet ligge på isolat. I 1942 mottok pasienten kardiazolsjokk ved Lierasylet og falt da til ro.²²¹ Pasientens gode tilstand ser altså ut til å ha gått relativt raskt over etter at han forlot Reitgjerdet. Dette er likevel en av pasientene som ser ut til å ha hatt størst positiv effekt av sjokkbehandling ved Reitgjerdet.

Den andre pasienten som så en relativt langvarig bedring etter å ha blitt sjokkbehandlet, var pasient 603. Han ble først gitt insulinkomaterapi fra 20.09.1939.²²² Den 11.11 kom den første rapporten om hvordan sjokkbehandlingen hadde gått. Hørselshallusinasjonene til pasienten var tilsynelatende borte og han innrømte selv at disse kunne ha skyldtes sinnssykdommen hans. Den 26.01.1940 var kuren avsluttet etter 86 insulindager. Pasienten hadde fått store doser, men bare oppnådd fullt koma 4 ganger. Ved 58 anledninger hadde pasienten nådd prekomatøs tilstand. Etter sjokkbehandlingen ble pasienten roligere. Han begynte å arbeide, og han ble flyttet til en roligere vaktosal. Pasienten så likevel ingen psykisk forandring. Den

²¹⁷ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 600. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 01.04.1939

²¹⁸ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 600

²¹⁹ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 600

²²⁰ Ibid

²²¹ Ibid

²²² *Cardiazolbehandling.*

29.03.1940 ble han overflyttet til Dedichens asyl.²²³ At han ble overført, tyder på at den positive effekten av sjokkbehandlingen holdt seg frem til mars. Selv om pasienten ble så rolig at han kunne overføres til et annet asyl, og selv om hørselshallusinasjonene hadde forsvunnet, som det ble rapportert om i 1939, står det likevel at sjokkbehandlingen hadde liten psykisk effekt på pasienten. Også her ser det altså ut til at anstaltforebedring var det fremste resultatet av sjokkbehandlingen.

Ved Dedichens asyl virker det som om pasienten i en lengre periode var ordnet og grei, men underveis i oppholdet ble han igjen både voldelig og truende. Dette førte til at han i 1944 ble sendt tilbake til Reitgjerdet. Det forekommer lite informasjon om pasienten i 1944 og 1945, men i april 1945 ble han utskrevet til privat pleie.²²⁴ Dette tyder på at pasienten nok en gang ble bedre, men det forekommer ikke noe informasjon i pasientjournalen om at dette skyldtes videre sjokkbehandling. Pasienten kan ha fått sjokkbehandling i 1944, siden det ble gitt kardiazolsjokk til 41 pasienter i 1944, men det er mer sannsynlig at sjokkbehandlingen ble gitt til pasienter med mer kortvarige sykdomsforløp på dette tidspunktet.

I mars 1946 kom pasient 603 nok en gang tilbake til Reitgjerdet, delvis etter eget ønske. Forpleieren hans i privat pleie hadde ingenting å utsette på ham under oppholdet der, og han var uten klare psykotiske trekk ved returen til Reitgjerdet. Men dette snudde fort. Allerede tre dager etter returen til Reitgjerdet trodde pasienten at han var Guds sønn, en vrangforestilling han hadde hatt tidligere. Han gikk deretter inn i en periode med depresjoner, urolighet og hallusinasjoner. I tillegg til vrangforestillinger og hallusinasjoner relatert til å være Guds sønn hadde han nå vrangforestillinger knyttet til elektrisk strøm. 05.11.1946 til 21.12.1946 var han satt på en kort kur med insulinkomaterapi. Kuren ble antageligvis avbrutt tidlig på grunn av manglende effekt. Etter 31 insulindoser hadde pasienten oppnådd koma eller prekoma bare en gang hver. Behandlingen hadde ikke noen særlig effekt, og den 27.04.1948 ble pasienten lobotomert. Han forble innlagt ved Reitgjerdet resten av sitt liv.²²⁵

Begge pasientene ser ut til å ha hatt en nokså lik effekt av sjokkbehandlingen. Begge ble rolige nok til å bli utskrevet til andre asyls, men begge ser ut til å ha hatt tilbakefall i løpet av noen måneder eller etter få år. Fordi disse to ser ut til å ha vært de pasientene som hadde den mest langvarige forbedringen etter sjokkbehandling, er det vært nærliggende å tro at de hadde korte sykdomsforløp, men siden de bare ble roligere, ikke så bedring i sykdomssymptomene,

²²³ NHA. RG Pasientjournal løpenummer 981 (603)

²²⁴ Ibid

²²⁵ Ibid

er antageligvis ikke sykdomsforløpet relevant her. Pasientene hadde heller ikke spesielt korte sykdomsforløp. Pasient 600 hadde vært syk i tre og et halvt år før innleggelsen ved Reitgjerdet i 1938, mens pasient 603 hadde vært vekselvis innlagt ved psykiatriske institusjoner siden 1934.

Pasienter som så kortvarig sykdomsbedring

Hos tre av pasientene i utvalget ble det registrert en sterk, men kortvarig bedring i deres mentale tilstand som kunne relateres til sjokkbehandlingen. Dette gjelder pasient 616, 403 og 537. Pasient 616 ble etter hvert frisk nok til å kunne skrives ut som ikke-sinnssyk. Informasjonen i pasientjournalen hans er likevel ikke entydig på at sjokkbehandlingen var årsaken til dette.

Pasient 616 var før sjokkbehandlingen ble igangsatt snill og godslig, men selvopptatt, urolig og slet med hallusinasjoner, mange av dem relatert til elektrisitet. Før innleggelsen ved Reitgjerdet hadde pasienten slitt med voldsomhet ved Dedichens asyl. Dette var grunnen til at pasienten ble overført til Reitgjerdet i 1937. I juni 1937 står det at han hadde vært mye sengeliggende, slitt med hallusinasjoner og hadde daglig bedt om å bli operert eller om å få slippe ut. Frem til sjokkbehandlingen kom i gang blir tilstanden beskrevet som uforandret. Den 04.01.1938 igangsatte legene en kur med kardiazolsjokk, som ser ut til å ha vært en suksess. Pasienten beskrives ikke som spesielt urolig eller voldsom i perioden før sjokkbehandlingen startet. Pasientens gjentatte forespørsler om å bli operert eller utskrevet er derfor trolig bakgrunnen for at sjokkbehandlingen ble igangsatt. Etter bare fem sjokk blir det rapportert om at pasientens hallusinasjoner nesten helt hadde forsvunnet. Pasienten sa selv at den elektriske strømmen var «pakket inn» og han var full av håp.²²⁶ 17.02 samme år var pasienten høflig og imøtekommende, han leste ofte aviser og han hadde begynt å bry seg om utseendet sitt. Pasienten viste også delvis sykdomsinnsikt. Han ble flyttet til en roligere vaktstall hvor han oppførte seg eksemplarisk.²²⁷ På dette tidspunktet virker det, basert på fremstillingen i pasientjournalen, som om at behandlingen med kardiazolsjokk hadde vært en stor suksess.

Allerede den 19.02.1938, bare to dager etter den forrige, positive rapporten, ser det ut til at situasjonen hadde snudd. Det står i pasientjournalen at pasienten balanserte på randen av tilbakefall. Pasienten var ordnet i sin fremstilling, men han forsøkte tydelig å skjule sin frykt

²²⁶ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 955 (616)

²²⁷ Ibid

for elektrisk lys. Han ba blant annet om å bli flyttet til annet rom fordi det hadde færre lamper. Han holdt også de andre pasientene våkne om natten med høylytt snakk forårsaket av hallusinasjoner. Den 16.03.1938 måtte behandlingen avbrytes på grunn av pasientens økte motstand. Hallusinasjonene ble verre, og om natten ble han plassert på en strengere vaktosal. Om dagen oppførte han seg fortsatt bra, han satt ofte i en stol og leste. Ved samtale kom hallusinasjonene tydelig frem igjen og han hadde ikke lenger særlig sykdomsinnsikt.²²⁸

Den 24.03.1938 virker det som at den mirakuløse bedringen fra sjokkbehandlingen hadde blitt helt borte. Det står at pasienten nå var den samme gamle, og at han var plassert tilbake på en strengere vaktosal både dag og natt. Han var helt opptatt av sine hallusinasjoner og gikk ofte bannende rundt. Den 25.07.1939 ble han likevel overført til Lierasyet.²²⁹ Det er merkelig at pasienten ble overført til Lierasyet siden all informasjon fra pasientjournalen tyder på at han ikke lenger hadde noen særlig bedring fra kardiazolsjokkbehandlingen. Det kan være at han ble overført til Lierasyet fordi han aldri hadde blitt beskrevet som voldsom ved Reitgjerdet. Voldsomhet var grunnen til at han ble overført til Reitgjerdet originalt.

Pasient 616 var ved Lierasyet i underkant av ett år før han igjen ble tilbakeført til Reitgjerdet på grunn av voldsomhet. Ved Lierasyet beskrives han som så utrygg overfor de ansatte at han måtte isoleres under visitten. Pasienten hadde også gjennomgått en runde med insulinkomaterapi ved Lierasyet. Behandlingen begynte 28.10.1938, men med liten effekt. 20.12 samme år ble det rapportert at han hadde falt helt tilbake etter kuren.²³⁰ Dette tyder på at sjokkbehandlingen likevel hadde hatt en viss effekt på pasienten en kort periode.

Den 02.04.1939 kom pasient 616 tilbake til Reitgjerdet. Ved den nye innleggelsen virker det som at pasienten var i noenlunde samme tilstand som når han dro. Han beskrives heller ikke nå som voldsom ved Reitgjerdet. Gjennom de neste årene beskrives det at pasienten ble gradvis bedre, til han i 1944 ble skrevet ut som ikke-sinnssyk.²³¹ Det står ikke noe i pasientjournalen om at pasienten ble gitt flere runder med sjokkbehandling under oppholdet sitt ved Reitgjerdet. Pasientens eventuelle helbredelse skyldes derfor trolig ikke sjokkbehandling.

Pasient 403 hadde også en kortvarig endring i sin mentale tilstand etter å ha blitt sjokkbehandlet. Han ble først gitt en kur med kardiazolsjokk høsten 1938. Bakgrunnen for

²²⁸ Ibid

²²⁹ Ibid

²³⁰ Ibid

²³¹ Ibid

dette ser ut til å ha vært at han siden januar hadde hatt en lengre periode med uro hvor han var forvirret og urolig. Sjokkbehandlingen ser ut til å ha hatt en midlertidig positiv effekt før han våren 1939 fikk en ny periode med uro. Det ble derfor påbegynt en kur med insulinkomaterapi. Sommeren 1939 ser kuren ut til å ha hatt stor positiv effekt på pasienten, han blir i pasientjournalen beskrevet som mye bedre, orientert og med sykdomsinnsikt, men bare seks dager etter at kuren ble avsluttet, så pasienten tilbakegang. Han ble igjen tøvete og urolig, og virket manisk og uklar. Derfor ble det igangsatt en ny runde med kardiazolsjokk. Denne behandlingen hadde ingen effekt, og pasienten var nå i stor grad i samme tilstand som før insulinkomaterapien. Senere sjokkbehandlinger hadde også bare kortvarig eller ingen virkning.²³² Pasient 403 sin sykdomsbedring var mindre enn pasient 616, men også pasient 403 beskrives av legene ved Reitgjerdet som bedret, ikke bare roligere.

Pasient 537 hadde en lignende reaksjon på sjokkbehandlingen som pasient 403, men ser ikke ut til å ha hatt en like sterk og umiddelbar bedring som denne pasienten og pasient 616. Pasient 537 gjennomgikk kardiazolsjokkbehandling fra september 1938. Bakgrunnen for dette ser ut til å ha vært at pasienten hadde hyppige perioder med uro hvor han voldsom og utrygg. Det står i pasientjournalen at: «For om mulig å få en bedring i den tilsynelatende håpløse tilstand, vil man gjøre et forsøk med en cardiazol – kur.»²³³ Dette er ett av få eksempler hvor bakgrunnen for sjokkbehandlingen ble direkte uttrykt. Det var et håp om å bedre pasientens håpløse tilstand som var bakgrunnen for sjokkbehandlingen, ikke et håp om å helbrede pasienten for sinnssykdommen.

Etter bare tre sjokk rapportertes det at pasienten hadde blitt rolig og fredelig, men fortsatt slet med hallusinasjoner og var tøvete. I oktober, etter seks sjokk, ble det bemerket at pasienten hadde blitt litt mer fredelig stemt. Etter endt kur 19.11 ser det ut til at kuren også hadde virket på hallusinasjonene. Pasienten ble beskrevet som klart orientert og det står at han oppførte seg «situasjonsmessig». ²³⁴ Sykdomsbedringen ser imidlertid ikke ut til å ha vært langvarig. Allerede i desember samme år kom hallusinasjonene tilbake og pasienten blir beskrevet som forvirret og hallusinerende. Det ble derfor igangsatt en ny behandlingsrunde med kardiazolsjokk. Den nye behandlingsrunden ser ut til å ha hatt særlig effekt. Det ble også igangsatt insulinkomaterapi fra april til august 1939. Den eneste effekten av denne kuren ser ut til å være at pasienten ble noe fredeligere og mer omgjengelig. Det rapporteres ikke om

²³² NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 403

²³³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 537

²³⁴ Ibid

noen psykisk forandring. I 1950 ble pasienten lobotomert. Det blir ikke rapportert om flere runder med sjokkbehandling før i november og desember 1951. Denne siste behandlingen nevnes ikke i den maskinskrevne delen av pasientjournalen, bare i de håndskrevne notatene. Her står det at denne behandlingen hadde meget god effekt, men allerede i april året etter, i 1952, angrep han en annen pasient.²³⁵ At sjokkbehandlingen ikke nevnes i den maskinskrevne delen av pasientjournalen, skyldes trolig at den maskinskrevne pasientjournalen hopper direkte fra februar 1950, etter at pasienten ble lobotomert, til august 1952.

Alle disse tre pasientene ser ut til å ha hatt noenlunde samme effekt av sjokkbehandlingen. En nesten mirakuløs bedring beskrives i pasientjournalene, men alle tre fikk tilbakefall etter kort tid. Den første pasienten ble etter hvert frisk, men lite tyder på at dette skyldtes sjokkbehandlingen. Alle tre pasientene gikk gjennom flere runder med sjokkbehandling senere, men disse behandlingsrundene ser bare ut til å ha hatt en kortvarig effekt som forbedret oppførselen til pasientene. Hos alle tre er det bare den første, eventuelt de to første, rundene med sjokkbehandling som ser ut til å ha hatt effekt på symptomene deres. Hvorfor bedringen forekom er det vanskelig å si noe sikkert om. Effekten av sjokkbehandlingen er svært omstridt. Det rapporteres om en utvikling hos disse pasientene der hallusinasjonene deres tilsynelatende blir borte og de får sykdomsinnsikt, men mister dette igjen og faller etter kort tid tilbake til samme tilstand som før sjokkbehandlingen. Et forsøk på å finne en forklaring på dette, vil være ren syensing. Det er ingenting i pasientjournalene som forklarer hvorfor pasientene så en slik bedring og hvorfor den var så kortvarig. Siden pasientene så psykisk bedring, er det i utgangspunktet nærliggende å tro at pasientene hadde hatt et relativt kortvarig sykdomsforløp. Det var i slike tilfeller helbredelse kunne forventes. Som alle pasientene ved Reitgjerdet, var også disse langtidssyke pasienter. Alle tre hadde relativt lange sykdomsforløp før de ble sjokkbehandlet, henholdsvis tre, fjorten og åtte år.

Det er særlig vanskelig å vurdere effekten av sjokkbehandlingen fordi det vitenskapelige grunnlaget for denne behandlingsformen er svært mangelfullt. Disse tre pasientene var diagnostiserte som schizofrene. Schizofreni er en sinnssykdom med naturlige svingninger. Det ser ut til at dette også har preget disse pasientene. Den midlertidige bedringen, kan derfor også relateres til naturlige svingninger i sykdommen. Hva den kortvarige bedringen og de påfølgende tilbakefallene skyldes, er vurderinger som kan gjøres bedre og som hører til innen psykiatriens fagfelt.

²³⁵ Ibid

Pasienter som hadde liten eller ingen effekt av sjokkbehandlingen

Det ble observert kortvarig bedring etter sjokkbehandlingen også hos flere av de andre pasientene i utvalget, men ikke i samme grad som hos pasientene som er nevnt over. Noen av pasientene ser ut til å ha hatt tilnærmet ingen effekt av sjokkbehandlingen. Av de ti resterende pasientene, er det ni som hadde liten eller ingen effekt av sjokkbehandlingen. En av pasientene gjennomførte aldri sjokkbehandling. En behandlingsrunde med kardiazolsjokk ble avbrutt på grunn av sterk motstand fra pasienten, og en runde med insulinkomaterapi ble avbrutt på grunn av for sterk reaksjon på behandlingen.²³⁶

For to av pasientene, pasient 425 og pasient 624, ser det ut til at sjokkbehandlingen ikke hadde noen effekt. Begge gjennomførte en eller flere fulle kurer med sjokkbehandling, tilsynelatende uten effekt. Pasient 425 gjennomgikk først en runde med kardiazolsjokk i 1938 før han var gjennom en runde med insulinkomaterapi i 1939. I forkant for dette lå pasienten isolert og ble holdt i ro under tunge tepper. Etter at han ble lobotomert i 1951, gjennomgikk pasienten en ny runde med insulinkomaterapi i tillegg til fem elektroshokk. Denne behandlingen ser heller ikke ut til å ha hatt noen effekt.²³⁷ På bakgrunn av dette virker det sannsynlig at sjokkbehandling av pasient 425 ble brukt som et kontrollmiddel eller for å straffe pasienten. Selv om pasienten så liten eller ingen effekt av sjokkbehandlingen, ble han gitt flere runder med sjokkbehandling.

Pasient 624 gjennomgikk bare en runde med sjokkbehandling, en insulinkomaterapibehandling fra august 1939. Hos pasienten igangsattes sjokkbehandlingen bare tre måneder etter at han ankom Reitgjerdet. Det gis derfor i liten grad et klart bilde av oppførselen hans ved Reitgjerdet før sjokkbehandlingen ble satt i gang, men basert på pasientjournalen, virker det som at han var plaget av hallusinasjoner og vrangforestillinger. Etter kuren ble han flyttet til en roligere vaktosal, men det står ikke eksplisitt at pasienten ble roligere etter sjokkbehandlingen. Tilstanden beskrives aldri som annet en uforandret.²³⁸ I dette tilfellet er det vanskelig å danne seg et bilde av om sjokkbehandlingen faktisk hadde noen effekt. Det at pasienten ble overflyttet til en roligere vaktosal tilsier dette, men tilstanden beskrives alltid som uforandret, senest fem dager før kuren ble avsluttet.

De sju resterende pasientene som fullførte sjokkbehandling, hadde en kortvarig bedring i anstaltoppførselen sin under eller etter sjokkbehandlingen. Pasient 387 er den av pasientene

²³⁶ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 409

²³⁷ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 368 (425)

²³⁸ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 624

hvor sjokkbehandlingen klarest ser ut til å bli brukt som et rent kontrollverktøy. Denne pasienten var også en av de pasientene som ser ut til å ha ytt sterkest motstand mot behandlingen. Likevel er han en av pasientene som gjennomgikk flest runder med sjokkbehandling. Han måtte ved flere anledninger i 1938 bindes til sengen, på grunn av at han hadde uroturer der han ble ekstremt voldsom og aggressiv. Dette ser ut til å ha vært bakgrunnen for den første runden med kardiazolsjokk som måtte avbrytes på grunn av sterk motstand, i august 1938. Han ble gitt én behandling med insulinkomaterapi igjen i november 1939. Etter insulinkomaterapien beskrives han den første april året etter som roligere og mindre masete. Han fikk en ny uroperiode den niende april og fikk derfor en kardiazolsprøyte som roet ham ned.²³⁹

Den 18.04.1940 står det at han var bedret under kardiazolsjokkbehandlingen. Han var ordnet, orientert og rolig med delvis sykdomsinnsikt. Etter at kardiazolsjokkbehandlingen ble avsluttet, var han rolig før han fikk en ny periode med uro. Frem til juni 1942 hadde han periodevis uroturer som ble behandlet med to til fire pentrozolsprøyter som raskt gjorde at han klarnet opp. Gjennom perioden ble det gradvis lenger mellom uroturene. I januar 1943 står det i journalen at det hadde blitt lenger mellom de urolige periodene og at de ikke lenger måtte behandles med pentrozolsprøyter. Dette fortsatte frem til 1947. Det ble lengere opphold mellom uroturene, og de varte etter hvert bare en eller to dager. I 1947 gikk han imidlertid til angrep på en annen pasient. I 1948 ble han lobotomert.²⁴⁰ Etter at pentrozolsprøytene ikke lenger var nødvendige for å kontrollere de urolige periodene hans ble ikke pasienten sjokkbehandlet. Hos denne pasienten ble pentrozolsprøyter tydelig brukt som et kontrollverktøy, slik Kragh beskriver er tilfellet innen dansk psykiatri. Under flere uroperioder ble pentrozolsprøyter gitt spesifikt for å roe ned pasienten, som betyr at bruken her kun var rettet mot å forbedre oppførselen til pasienten.

For flere av pasientene i utvalget er det vanskelig å danne seg et godt bilde av hvor stor effekt sjokkbehandlingen hadde. Flere av pasientene har beskrivelser som «nokså grei», «mer orientert» eller beskrives som noe roligere under eller etter sjokkbehandlingen.²⁴¹ Dette gjelder for eksempel pasient 621, som gjennomgikk en kur med insulinkomaterapi, kombinert med kardiazol og pentrozolsprøyter. Sjokkbehandlingen ser ikke ut til å ha hatt noen effekt på pasientens hallusinasjoner, men han beskrives som stille, rolig og vennlig under og etter

²³⁹ NHA. RG. FB-039-00387. Pasientjournal løpenummer 387

²⁴⁰ Ibid

²⁴¹ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 567 og NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 528 (581)

sjokkbehandlingen. Om dette var et resultat av bedring fra sjokkbehandlingen, er vanskelig å svare på siden han i stor grad fremstilles som rolig også før insulinkomaterapien ble igangsatt. Rett etter behandlingen mente han selv at han hadde blitt mye bedre, men da han ble spurt igjen tre måneder senere, mente han at han hadde blitt mye verre av behandlingen.²⁴²

For flere av pasientene ser det ut til at en mild form for anstaltforbedring, var den eneste effekten av sjokkbehandlingen. Likevel gjennomgikk flere av pasientene flere runder med sjokkbehandling. Dette forsterker inntrykket av at behandlingen hovedsakelig ble brukt som et kontrollverktøy ved Reitgjerdet. Dette gjelder for eksempel pasient 533, som gjennomgikk til sammen tre runder med sjokkbehandling. Pasienten fikk kardiazolsjokk i 1939 og 1941 og insulinkomaterapi i 1951. Den første runden med sjokkbehandling ser ikke ut til å ha noen effekt. Etter de to andre rundene beskrives pasienten som noe roligere i en periode.²⁴³ Selv om den første runden med sjokkbehandling ikke hadde noen effekt ble pasienten fortsatt gitt ytterligere sjokkbehandling.

Hvordan reagerte pasientene på sjokkbehandlingen?

Det er vanskelig å danne seg et bilde av pasientenes reaksjon på sjokkbehandlingen fordi pasientjournalene og andre kilder bare i liten grad viser frem sjokkbehandlingen fra pasientenes perspektiv. Noen av pasientene sendte brev til familien sin, men disse var håndskrevne og ofte usammenhengende, noe som gjør dem vanskelige å tyde. Brevene omhandler også i stor grad andre tema enn selve behandlingen og hvordan de har det ved asylet. Pasientene skriver om å få tilsendt varer som tobakk, og om muligheten for å bli utskrevet. Forholdene og behandlingen blir sjelden beskrevet. Noen av kildene gir likevel et visst innblikk i hvordan pasientene reagerte på sjokkbehandlingen.

Særlig kardiazolsjokk førte på generell basis til et stort ubehag for pasientene som ble behandlet. Det er derfor naturlig å anta at flere av pasientene ytte motstand mot denne behandlingen. Pasientene ved Reitgjerdet ble etter all sannsynlighet behandlet med kardiazolsjokk foran de andre pasientene. Dette var en praksis i strid med overlege Egil Rian sine erfaringer fra tiden ved Rønvik asyl. I pasientjournalene er det likevel nevnt få eksempler på pasienter som yter motstand mot kardiazolsjokk. Dette kan skyldes at motstanden mot kardiazolsjokk var kjent og en forventet effekt av behandlingen. Siden motstanden mot

²⁴² NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 621

²⁴³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 533

metoden var forventet og muligens var en fullt ut akseptert del av behandlingen, ble det trolig vurdert som unødvendig å skrive om det i pasientjournalene.

I tilfeller hvor pasientenes motstand ble såpass sterk at det gikk utover behandlingen, ble dette rapportert. Hos tre av pasientene måtte behandlingsrunder med kardiazolsjokk avbrytes på grunn av sterk motstand. Den første av disse, pasient 409, rakk å få tre kardiazolsprøyter i 1938 før kuren måtte avbrytes. Han døde året etter og gjennomgikk ikke flere runder med kardiazolsjokk.²⁴⁴ For pasient 387 måtte også en kur med kardiazolsjokk i 1938 avbrytes etter kun få behandlinger. Pasienten beskrives flere steder som svært sterk og aggressiv, så det er trolig på grunn av pasientens fysiske styrke og aggresjon, at legene ikke klarte å påtvinge ham sprøytene. Pasienten fikk likevel kardiazolsprøyter flere ganger over de neste årene. Det betyr at pasienten enten sluttet å yte motstand eller at han ble tvunget til tross for sterk motstand. Basert på andre fremstillinger av kardiazolsjokk virker det siste mest sannsynlig. Allerede i 1939 fullførte han en kur med kardiazolsjokk, og han fikk ved flere senere anledninger 2-4 sprøyter med pentozol for å roe ham ned under perioder med stor uro. Også mot pentozolsprøytene viste han tidvis stor motstand.²⁴⁵ At det noteres i pasientjournalen flere ganger at pasienten viste stor motstand mot sjokkbehandlingen, betyr antageligvis at pasienten måtte tvinges fysisk til å gjennomføre behandlingen.

For pasient 616 sin del, en pasient som tidligere hadde opplevd en nesten mirakuløs bedring etter kardiazolsjokk, ble en ny runde med kardiazolsjokk avbrutt 16.03.1938. Dette skyldtes også pasientens motstand mot sprøytene. Gjennom kuren ble det vanskeligere og vanskeligere å få ham til å gå med på å ta sprøytene, og til slutt måtte behandlingen avbrytes på grunn av «den bestemte motstand han ydet hvorunder det blev umulig å få til den intravenöse injeksjon.»²⁴⁶ Pasienten hadde også tidligere uttrykt at han følte seg mørbanket over hele kroppen som følge av sjokkbehandlingen.²⁴⁷ Her kommer det tydelig frem at motstanden mot kardiazolsprøytene gradvis økte gjennom kuren, til det til slutt ble umulig å fortsette behandlingen på grunn av den sterke motstanden.

Også hos pasient 621 er det en notis i oversikten over sjokkbehandlingen han fikk fra 27.03.1940, om at han nektet å la seg innsprøyte med pentozol.²⁴⁸ Fordi dette ikke bemerkes videre i pasientjournalen, er det uvisst om sjokkbehandlingen ble fullført.. Det står ikke noe om at

²⁴⁴ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 409

²⁴⁵ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 387

²⁴⁶ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 955 (616)

²⁴⁷ Ibid

²⁴⁸ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 621

motstanden var så stor at kardiazolsprøyten ikke ble satt, men dette kan ha vært tilfellet siden det ble notert. To dager etterpå fikk pasienten en ny kardiazolsprøyte uten at det står noe i pasientjournalen om motstand.²⁴⁹ Episoden den 27.03. styrker inntrykket av motstanden hos pasientene mot behandling med kardiazolsjokk.

Pasientjournalen til pasient 425 gir også et lite innblikk i pasientenes reaksjon på sjokkbehandlingen. Denne pasienten tok selv initiativ til å bli overført til Reitgjerdet fra Kriminalasylet for å bli behandlet med insulinkomaterapi, noe som tyder på en positiv forståelse av insulinkomaterapien fra pasientens side. Når pasienten senere heller valgte å gjennomgå en lobotomioperasjon enn å bli sjokkbehandlet, tyder dette på at pasienten likevel hadde et negativt syn på sjokkbehandlingen. Pasienten uttrykte selv et ønske om å gjennomgå hjerneoperasjonen for å bli utskrevet siden dette også medførte at han unngikk flere runder med sjokkbehandling. Hans opprinnelige motivasjon for å gjennomgå insulinkomaterapien, skyldtes trolig et ønske om, i første omgang, og overføres fra Kriminalasylet til Reitgjerdet, for deretter å bli utskrevet som følge av sjokkbehandlingen.

Disse pasientjournalene er de eneste som gir innblikk i pasientenes reaksjon på kardiazolsjokkbehandlingen. Her rapporteres det som forventet om motstand og misnøye blant flere pasienter mot den smertefulle og svært inngripende behandlingsmetoden. Selv om motstanden mot behandlingen ikke er nevnt i andre pasientjournaler, virker det sannsynlig at motstanden var utbredt basert på andre kilder om kardiazolsjokk. Det at flere pasienter som ytte sterk motstand mot sjokkbehandlingen fortsatt ble sjokkbehandlet senere viser at det trolig var involvert en stor del av tvang i gjennomføringen av sjokkbehandlingen. Så lenge det var fysisk mulig for legene å gjennomføre sjokkbehandlingen ble den trolig gjennomført, også på pasienter som tidligere hadde ytt så sterk motstand at behandlingen måtte avbrytes.

Bortsett fra pasient 425 er det vanskelig å si noe om pasientenes reaksjon på insulinkomaterapien. Men fordi det bare var i de tilfellene hvor motstanden mot sjokkbehandlingen var så sterk at det gjorde det vanskelig å gjennomføre behandlingen, at motstanden rapporteres i pasientjournalene er det mulig at noen pasienter viste motstand også mot denne behandlingsmetoden. Joar Tranøy fant i boka *I sinnssykehusets vold* om pasientene ved Gaustad sykehus og deres motstand mot legemlige behandling at flere av pasientene ved

²⁴⁹ Ibid

Gaustad viste motstand mot sjokkbehandlingen, både mot bruken av kardiazolsjokk og insulinkomaterapi.²⁵⁰

Komplikasjoner ved sjokkbehandlingen

Både kardiazolsjokk og insulinkomaterapi var behandlingsmetoder som innebar en viss fare for dødsfall. Særlig insulinkomaterapien hadde en relativt høy fatalitetsrate. Kardiazolsjokk hadde en større risiko for andre komplikasjoner på grunn av de sterke spenningene og rykningene behandlingsmetoden forårsaket i kroppen til pasientene. Både beinbrudd og forvridinger var vanlige komplikasjoner. Særlig var ryggmargsbrudd en alvorlig og relativt vanlig komplikasjon. I en dansk undersøkelse fant psykiatere at rundt 10 prosent av pasientene som ble sjokkbehandlet med kardiazolsjokk, ble utsatt for av dette.²⁵¹

Ryggmargsbrud er vanskelig å finne i kildene fra Reitgjerdet. Det var først i 1939 og 1940, etter flere år med bruk av kardiazolsjokk at problemet ble oppdaget og rapportert i henholdsvis amerikanske og nederlandske undersøkelser.²⁵² Ryggmargsbrudd var også en komplikasjon som var vanskelig å oppdage uten inngående undersøkelser. Det har derfor ikke forekommet referanser til ryggmargsbrudd i noen av pasientjournalene i utvalget. Bare en av pasient i undersøkelsen klager over ryggsmertes etter en runde med kardiazolsjokk.²⁵³

Brev fra pasientjournalene gir informasjon om synet på hvor farlig de forskjellige sjokkbehandlingene ved Reitgjerdet ble vurdert til å være. Vurderingene i brevene er noe motstridene. I et brev til faren til pasient 600 beskrives kardiazolsjokk som en langt fra risikofri behandlingsmetode med fare for eksempel for hjertelammelse. Det skrives likevel at risikoen for dette er lav, mindre enn ved blindtarmoperasjon.²⁵⁴ Dette står i kontrast til fremstillingen gitt til faren til pasient 578, hvor kardiazolsjokk presenteres som et tryggere alternativ til insulinkomaterapi. Det skrives direkte at den er praktisk talt helt risikofri.²⁵⁵ Det nåværende synet på farligheten til sjokkbehandling har blitt presentert tidligere, og disse to eksemplene viser at det var en forestilling om at kardiazolsjokk var en tryggere behandlingsmetode enn insulinkomaterapien, men at det samtidig var stor usikkerhet knyttet til hvor farlig kardiazolsjokk var for pasientene. I brev til familien til pasient 533 fra 1938 hvor det blir bedt om samtykke til sjokkbehandlingen, sammenlignes risikoen ved

²⁵⁰ Tranøy. 1993. Hele kapittel 4 i *I sinnssykehusets vold* tar for seg pasienthistorier fra pasienter som ble lobotomert ved Gaustad sykehus. Flere av disse viste motstand mot både karidazolsjokk og insulinkomaterapi.

²⁵¹ Kragh. 2010, side 357

²⁵² McCrae. 2006, side 77

²⁵³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 955 (616)

²⁵⁴ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 600. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 20.03.1939

²⁵⁵ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 578

kardiazolsjokkbehandling med risikoen ved en mageoperasjon. Institusjonen uttrykker seg ellers i svært positive ordelag om kuren:

Vi har nu bestemt os for å prøve en såkaldt Cardiazolkur på ham. (...) Kuren er dog ikke helt uten risiko. Faren er omtrent så stor som ved en maveoperasjon eller lignende. Vi har prøvet kuren her og tildels med udmerket resultat, uten noe uheld.²⁵⁶

I den offisielle rapporten til SSB fra 1939 rapporterte overlege Egil Rian om at de ikke hadde opplevd komplikasjoner ved sjokkbehandlingen.²⁵⁷ I rapporten over sjokkbehandlede ser det derimot ut til at dette er en noe misvisende forklaring. Selv om det ikke ser ut til å være noen store komplikasjoner, er det en pasient (pasient 403) som ser ut til å ha hatt visse komplikasjoner dette året. I løpet av en periode på to måneder hvor han var gjennom både insulinkomaterapi og kardiazolsjokk, fikk han under behandlingen med kardiazolsjokk kjeven ut av ledd seks ganger.²⁵⁸ Siden dette aldri nevnes i pasientjournalen, er det mulig at det å få kjeven ut av ledd, ikke ble sett på som en alvorlig nok komplikasjon til å bli rapportert. Pasientjournalene nevner generelt i liten grad komplikasjonene. Det rapporteres ingen dødsfall relatert til sjokkbehandlingen, og de komplikasjonene som nevnes i pasientjournalene virker ikke til å være særlig alvorlige.

Flere av pasientene ser ut til å ha hatt mindre plager etter sjokkbehandlingen eller å ha blitt syke underveis i behandlingen. Pasient 403 gikk under en runde med insulinkomaterapi i 1950, inn i svært dype koma og ble syk. Behandlingen måtte derfor avbrytes. Pasienten reagerte også sterkt med feber og oppkast på insulinkomaterapien.²⁵⁹ Pasient 409 måtte avbryte behandling med insulinkomaterapi på grunn av sterk reaksjon på behandlingen hvor respirasjonen ble overfladisk og pulsen lav og ujevn.²⁶⁰ Pasient 550 hadde også ved ett tilfelle en sterk reaksjon på sjokkbehandling. Han fikk da en kardiazolsprøyte kombinert med insulinkomaterapi.²⁶¹ Alle tre pasientene hadde ved en eller flere anledninger hatt sterke reaksjoner på sjokkbehandlingen, men det ser ellers ikke ut til at de hadde flere alvorlige komplikasjoner.

²⁵⁶ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 533. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 05.02.1938

²⁵⁷ *Sinnssykehusenes virksomhet 1939*, side 16

²⁵⁸ *Cardiazolbehandling*.

²⁵⁹ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 403

²⁶⁰ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 409

²⁶¹ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 550

Pasient 603 opplevde også en erindringseffekt av Korsakoff typen etter en runde med insulinkomaterapi i 1939 og 1940.²⁶² Korsakoff refererer til Korsakoffs syndrom, en sykdom preget av hukommelsessvikt og fantasifulle fortellinger. Dette er den eneste av pasientene i utvalget hvor problemer med erindringen nevnes etter sjokkbehandling. I flere andre kilder nevnes dette som en vanlig komplikasjon ved sjokkbehandling.

En pasient hadde en komplikasjon som skyldtes teknisk svikt. Pasient 537 fikk under en runde med insulinkomaterapi i mai 1939, brukket en sprøytespiss i høyre glutealregion (høyre rumpeball). Sprøytespissen ble ikke gjenfunnet.²⁶³ Dette er en noe uvanlig komplikasjon og det eneste eksempelet i pasientutvalget på teknisk svikt under gjennomføring av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet.

De seks pasientene jeg nevner her, er de eneste pasientene hvor noen form for komplikasjoner nevnes i pasientjournalene ved Reitgjerdet. Det blir med andre ord ikke rapportert om store komplikasjoner med sjokkbehandlingene, i det minste ikke blant de pasientene avhandlingen har undersøkt. Om opplysninger om komplikasjoner ble holdt tilbake og ikke rapportert, blir bare en spekulasjon.

Oppsummering

Sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet ser i stor grad ut til å ha blitt brukt for å forbedre anstaltoppførselen til pasientene ved institusjonen. Men selv med dette som forventet resultat og siktemål, var trolig resultatene fra sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet skuffende. For de aller fleste pasientene var resultatet kun en kortvarig og liten bedring i anstaltoppførselen før de fikk tilbakefall.

De fleste av pasientene i utvalget så en kortvarig anstaltforbedring etter sjokkbehandlingen før de etter kort tid fikk tilbakefall. Alle pasientene som så en positiv effekt av sjokkbehandlingen enten ved anstaltforbedring eller sykdomsbedring, fikk senere tilbakefall, de fleste av dem etter kort tid. På grunn av at pasientene ved Reitgjerdet var langtidssyke og derfor i utgangspunktet egnet seg dårlig til sjokkbehandlingen var formålet med sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet hovedsakelig anstaltforbedring. Dette betyr at sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet i stor grad ble brukt for å kontrollere vanskelige pasienter. Dette stemmer overens med det Per Haave fant for noen av pasientene som ble sjokkbehandlet, særlig med kardiazolsjokk, ved Sanderud sykehus og funnene Jesper V. Kragh fant i undersøkelsen sin av

²⁶² NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 981 (603)

²⁶³ NHA. RG. Pasientjournal løpenummer 537

kardiazolsjokk i dansk psykiatri. Også ved Sanderud og i dansk psykiatri ble sjokkbehandlingen ofte brukt ikke bare for å helbrede pasienter, men også for å kontrollere eller straffe vanskelige pasienter. Bruken av sjokkbehandlingen som et kontrollverktøy ved Reitgjerdet ble trolig forsterket i forhold til andre institusjoner på grunn av at pasientmassen egnet seg dårlig til sjokkbehandlingen.

De pasientene som ser ut til å ha hatt den største effekten av sjokkbehandlingen, skiller seg ikke ut ved å ha spesielt korte sykdomsforløp. Det er heller ikke klare likheter mellom symptomene til sinnslidelsene deres. Det er derfor vanskelig å peke på noen fellestrekk ved pasientene som kan forklare hvorfor disse hadde størst effekt av sjokkbehandlingen. Effekten av sjokkbehandlingen var trolig skuffende ved Reitgjerdet. Ingen av pasientene i utvalget ble utskrevet som ikke-sinnssyke på grunn av sjokkbehandlingen. Bare tre av pasientene ble skrevet ut til andre asyler. For to av pasientene var det at de ble oppfattet som roligere etter sjokkbehandlingen, den sannsynlige årsaken til utskrivelsen. Alle tre pasientene fikk tilbakefall, og to av dem endte opp med å bli overført til Reitgjerdet igjen.

Et annet aspekt som kan ha bidratt til den negative effekten av insulinkomaterapien ved Reitgjerdet, er mangelen på en egen insulinstue. Deborah B. Doroshov legger vekt på at det var atmosfæren rundt insulinkomaterapien som bidro til den positive effekten fra behandlingen. Hvis Doroshov har rett i dette, kan fraværet av en dedikert insulinsal ha bidratt til det relativt negative resultatet ved bruk av metoden på Reitgjerdet. Sammenlignet med for eksempel Sanderud sykehus hvor det var egne insulinstuer, var resultatene dårlige ved Reitgjerdet. Basert på beskrivelsen i SSBs årsrapport er det mulig at en slik avdeling ble opprettet ved Reitgjerdet i 1946, men ingen av pasientene som ble behandlet etter 1946, ser ut til å ha hatt bedre resultater av insulinkomaterapien.

Et spørsmål er hvorfor sjokkbehandlingen fortsatte å bli tatt i bruk etter flere år med dårlige resultater. Flere av pasientene gjennomgikk flere behandlingsrunder. Noen ble behandlet både i 1939 og så sent som i 1950. Antageligvis var dette fordi det var flere tilfeller der pasientene ble roligere i en kort periode etter sjokkbehandlingen, og at dette kan ha blitt sett på som god nok grunn til å fortsette sjokkbehandlingen. Siden det ikke var et realistisk håp om å helbrede de langtidssyke pasientene ved Reitgjerdet, er det sannsynlig at bakgrunnen for at sjokkbehandlingen ble tatt i bruk allerede fra starten av, var et håp om at pasientene skulle bli roligere. Pasientene kunne da bli utskrevet til andre asyler eller få bedret oppførsel ved fortsatt opphold på Reitgjerdet. Fordi det var få eller ingen andre alternativer til sjokkbehandlingen, var det naturlig å fortsette behandlingsmetoden siden alternativet var isolasjon og tvang.

Selv om sjokkbehandlingen fortsatte å bli brukt på pasienter hvor legene så dårlige resultater virker det ikke som at sjokkbehandlingen i særlig grad ble brukt spesifikt for å straffe pasientene. I noen tilfeller nevnes det at sjokkbehandlingen enten igangsettes for å hjelpe pasientene eller at legene ikke lenger ville fortsette sjokkbehandlingen fordi det i lengden kunne skade heller enn å hjelpe pasienten. Likevel ble flere av pasientene, særlig under kardiazolsjokkbehandling, tvunget til å gjennomgå ubehagelige behandlingsmetoder uten at det hjalp dem til å bli bedre. Bruken av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet er derfor langt fra uproblematisk.

Kapittel 5: Avslutning

Avhandlingen har studert bruken av insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ved sinnssykeasylet Reitgjerdet i Trondheim mellom 1938 og 1951, med et spesielt fokus på implementasjonen av sjokkbehandlingen og starten av perioden. Sjokkbehandlingen ble først tatt i bruk ved Reitgjerdet i 1938 og fortsatte å være i bruk gjennom hele perioden. Hovedproblemstillingen i avhandlingen er: **hvordan ble sjokkbehandlingen brukt ved Reitgjerdet asyl mellom 1938 og 1951?** For å svare på dette har undersøkelsen sett på en rekke aspekter ved sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet i den aktuelle perioden. Dette er formulert i fire underproblemstillinger.

Den første underproblemstillingen er knyttet til omfanget av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet. Undersøkelsen har svart på hvor stor andel av pasientene ved Reitgjerdet som ble sjokkbehandlet, hvordan andelen endret seg gjennom den aktuelle perioden og hvor stor andelen var i forhold til andelen sjokkbehandlede pasienter ved andre norske asyler. Den andre underproblemstillingen omhandler formålet med sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet. Undersøkelsen har svart på hva formålet var med å ta i bruk sjokkbehandling ved Reitgjerdet, om det forelå et realistisk mål om å helbrede pasientene som ble sjokkbehandlet eller om bruken av sjokkbehandling i større grad rettet seg mot å forbedre anstaltoppførselen til pasientene. Svaret på problemstillingen henger tett sammen med de to siste underproblemstillingene; hvilke faktorer bestemte hvilke pasienter som ble sjokkbehandlet og hva var resultatet av sjokkbehandlingen. Hvilke faktorer som spilte inn når beslutningen om å sjokkbehandle pasienter ble tatt, har blitt undersøkt ved å studere hvem som tok initiativ til sjokkbehandlingen, hvilke diagnoser de sjokkbehandlede pasientene hadde og hvilken oppførsel de viste ved asylet før de ble sjokkbehandlet. Resultatene av sjokkbehandlingen har blitt undersøkt ved å studere pasientenes reaksjon på sjokkbehandlingen, hvilke komplikasjoner som oppstod og hvilken effekt sjokkbehandlingen hadde på pasientene.

I tillegg har avhandlingen gjort rede for den historiske konteksten for sjokkbehandlingen og for bruken av sjokkbehandling nasjonalt. Dette er gjort for å skape en bedre forståelse for bruken av sjokkbehandling i denne perioden, hva sjokkbehandlingen representerte og hvordan den ble brukt. Kapittel to tok for seg den historiske konteksten bak utviklingen av de forskjellige formene for sjokkbehandling, selve utviklingen av behandlingsmetodene og til slutt implementasjonen av og debatten rundt sjokkbehandlingen nasjonalt.

For å svare på problemstillingene har avhandlingen basert seg på et utvalg av pasientjournaler for pasienter som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet i perioden 1938 til 1951.

Sjokkbehandlingen

Insulinkomaterapi og kardiazolsjokk ble utviklet i den første halvdel av 1930-tallet. Dette var ikke de eneste eller de første formene for sjokkbehandling. Forskjellige former for sjokkbehandling har eksistert som behandlingsmetoder for sinnssykdom siden antikken. Bakgrunnen for utviklingen av den moderne sjokkbehandlingen var en økende forståelse av sinnssykdommers somatiske opphav. Denne forståelsen ledet til utviklingen av en rekke somatiske behandlingsmetoder, for eksempel Julius Wagner-Jaureggs malariabehandling av syfilis, lobotomi og den moderne sjokkbehandlingen. Det er i et slikt perspektiv den moderne sjokkbehandling innen psykiatrien må betraktes, ikke isolert sett, men som del av den generelle utviklingen innen psykiatrien i første halvdel av 1900-tallet. Insulinkomaterapi og kardiazolsjokk var blant de mest utbredte behandlingsmetodene. Disse spredte seg raskt til de fleste asylene i den vestlige verden, til tross for flere komplikasjoner og problemer forbundet med metodene.

I perioden som denne avhandlingen tar for seg, var psykiatrien preget av stor pessimisme når det gjaldt behandlingen av psykiatriske pasienter og plaget med overfylte asylene. Schizofreni var den vanligste diagnosen, og målet for de fleste behandlingsmetoder innen psykiatrien, sjokkbehandlingen inkludert, var å kurere schizofreni. Schizofreni var og er en diagnose med dårlige prognoser for helbredelse. Utviklingen av sjokkbehandlingen og av andre somatiske behandlingsmetoder, førte i utgangspunktet til økt optimisme innen psykiatrien fordi få eller ingen andre effektive behandlingsmetoder eksisterte. Isolasjon var i stor grad det eneste alternativet. Dette forklarer hvorfor disse inngripende og dårlig etterprøvde behandlingsmetodene spredte seg raskt til så mange institusjoner.

Kardiazolsjokk ble først tatt i bruk ved Reitgjerdet i starten av 1938 mens insulinkomaterapi først ble tatt i bruk i april 1939. Dette er i tråd med utviklingen nasjonalt. Ved de fleste norske asylene ble sjokkbehandlingen tatt i bruk i disse årene, og ofte ble kardiazolsjokk tatt i bruk først på grunn av at insulinkomaterapien krevde mer plass og ressurser.

Andelen pasienter som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet hvert år, varierte sterkt gjennom perioden. I 1938 var kardiazolsjokk den eneste typen sjokkbehandling som ble tatt i bruk ved institusjonen. I løpet av dette året ble 9 pasienter sjokkbehandlet ved Reitgjerdet. Dette utgjorde 4 prosent av pasientene. Allerede i 1939 ble andelen sjokkbehandlede pasienter doblet og utgjorde nesten ti prosent av pasientene. Siden rundt halvparten av pasientene ved Reitgjerdet var diagnostisert med schizofreni eller andre diagnoser knyttet til psykoser, betyr

det at nesten 20 prosent av målgruppen ble sjokkbehandlet dette året. Andelen pasienter som ble sjokkbehandlet var høyest i 1944 da 41 pasienter ble behandlet med kardiazolsjokk. Dette utgjorde rundt 14 prosent av pasientene ved Reitgjerdet. Andelen sjokkbehandlede pasienter var muligens kunstig høy på dette tidspunktet på grunn av at Reitgjerdet var mer overfylt enn vanlig under andre verdenskrig og fordi sjokkbehandlingen antageligvis ble gitt for å få skrevet pasienter hurtig ut. Det er også trolig at flere av disse pasientene hadde kortere sykdomsforløp og derfor egnet seg bedre til sjokkbehandling. Andelen sjokkbehandlede pasienter hvert år er hovedsakelig basert på informasjon fra årsrapportene fra SSB for den norske psykiatrien. For de fleste årene er tallene beregninger, ikke sikre tall.

At andelen pasienter som ble sjokkbehandlet i 1944 var kunstig høy, underbygges av at andelen i 1946, bare to år etter, hadde gått ned til 3,8 prosent. 10 pasienter ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet dette året. Det ser likevel ut til at sjokkbehandlingen, særlig insulinkomaterapien, ble brukt i større grad igjen rundt 1950. Andelen som ble aktivt behandlet var i 1950 6,5 prosent. Hvor mange av pasientene som ble aktivt behandlet i 1950 som ble behandlet med insulinkomaterapi er ikke sikkert, men fire av pasientene i utvalget ble sjokkbehandlet igjen i 1950, etter ikke å ha blitt sjokkbehandlet på flere år, noen av dem etter å ha blitt lobotomert. Det var derfor minst fire pasienter som ble insulinkomabehandlet i 1950, antageligvis flere. Siden fem av pasientene i utvalget ikke lenger var ved Reitgjerdet i 1950, utgjør de fire pasientene som ble sjokkbehandlet igjen dette året, 40 prosent av pasientene i kontrollgruppen. En annen pasient i utvalget ble også sjokkbehandlet igjen i 1951. Dette tyder på at bruken av sjokkbehandling tok seg opp igjen rundt 1950. Flere av pasientene som ikke hadde blitt sjokkbehandlet på flere år, ble igjen sjokkbehandlet på dette tidspunktet.

Andelen pasienter som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet ser ut til å ha vært lav i forhold til andelen ved andre norske institusjoner som har tallfestet bruken av sjokkbehandling. Dette skyldes trolig flere forhold. Allerede når sjokkbehandlingen ble tatt i bruk sent på 1930-tallet, var det en formening blant norske psykiatere om at effekten av sjokkbehandlingen sank kraftig ved sykdomsforløp på over ett år. Ved Reitgjerdet hadde pasientene i all hovedsak lange sykdomsforløp. Dette taler for at sjansene for at pasientene ved Reitgjerdet kunne bli helbredet av sjokkbehandlingen, ble vurdert som små. Dette kan ha bidratt til at sjokkbehandlingen ble brukt i mindre omfang ved Reitgjerdet enn ved flere andre norske asylsaker. En annen faktor som kan ha bidratt til dette, var at Reitgjerdet ikke hadde noen egen behandlingssal for insulinkomaterapi eller en egen medisinsk avdeling. Dette betyr at sjokkbehandlingen ble utført på vaktsal foran flere andre pasienter. I tillegg var det trolig

mangel på leger til å utføre sjokkbehandlingen i deler av den perioden som avhandlingen tar for seg. Legemangelen var trolig størst i starten av perioden. Mangel på ressurser og en manglende tro på å kunne kurere pasientene ved Reitgjerdet, bidro trolig til en begrenset bruk av sjokkbehandling.

Pasientene som ble sjokkbehandlet

Kapittel tre studerte pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet. Av de femten pasientene i utvalget, var alle unntatt én diagnostisert som schizofrene. Dette stemmer overens med at sjokkbehandling i hovedsak ble brukt på schizofrene pasienter i denne perioden. Det var schizofreni sjokkbehandlingen opprinnelig var utviklet for å behandle, selv om kardiazol- og elektroshokk etter hvert gikk mer over til å bli brukt for å kurere depresjoner. Den ene pasienten i utvalget som ikke var schizofren, har ingen definert diagnose i pasientjournalen, det står kun at sinnssykdommen skyldtes traumer mot hodet (trauma capitis).

Det ser som at oppførsel også var avgjørende for hvilke pasienter som ble valgt ut til sjokkbehandling. Det var for eksempel i 1939 rundt 20 prosent av de schizofrene pasientene ved Reitgjerdet som ble sjokkbehandlet. Dette betyr at det må ha foregått en utvelgelsesprosess blant de schizofrene pasientene om hvem som skulle bli sjokkbehandlet. Her var det trolig oppførselen ved asyltet som spilte den største rollen. Et stort flertall av pasientene som ble sjokkbehandlet, ble beskrevet som urolige eller vanskelige ved Reitgjerdet eller hadde vært det ved andre institusjoner. Seks av pasientene som ble sjokkbehandlet, utførte aldri voldelige handlinger som nevnes i pasientjournalene mens de var ved Reitgjerdet. Fem av disse hadde imidlertid utført voldelige handlinger ved andre sinnssykeasylter tidligere og var overført til Reitgjerdet på grunn av oppførselen. Den siste pasienten var aldri beskrevet som fysisk voldelig, men pasienten hadde vært arrestert for utuktig omgang med en tretten år gammel gutt, og han ble gitt sjokkbehandling første gang i en periode hvor han var mye urolig i 1938.

Hos flere av pasientene ser sjokkbehandlingen ut til å sammenfalle med perioder hvor de var urolige. Flere av pasientene hadde skiftende oppførsel ved Reitgjerdet, de kunne veksle mellom grei oppførsel og perioder med stor uro. Det var i periodene hvor de var urolige at flere av dem ble sjokkbehandlet. En av pasientene ble gjentatte ganger gitt pentrozolsprøyter under slike urolige perioder. Dette var for å roe ham ned.

Det virker derfor som at utvelgelsen av pasienter til sjokkbehandlingen baserte seg sterkt på oppførsel. Særlig ser voldsomme og urolige pasienter ut til å ha blitt sjokkbehandlet. Pasienter

som vekslet mellom perioder med stupor og voldsomhet, er spesielt fremtredende blant pasientene som ble sjokkbehandlet. Den ene pasienten som ble sjokkbehandlet, men som ikke hadde diagnosen schizofreni, hadde et slikt sykdomsforløp. Det at en pasient som ikke var schizofren likevel ble sjokkbehandlet, indikerer at oppførselen spilte en vesentlig rolle for hvilke pasienter som ble sjokkbehandlet.

På generell basis var det legene ved Reitgjerdet som bestemte hvilke pasienter som skulle sjokkbehandles. Det ser ikke ut til at legene så noe behov for å spørre familien til pasientene om tillatelse til å igangsette sjokkbehandlingen. Likevel ble det ved noen tilfeller konferert med familien til pasientene før sjokkbehandling. Legene gjorde blant annet rede for risikoen ved behandlingsmetodene. Ved ett tilfelle foreslo legen overfor familien til en pasient, å igangsette sjokkbehandlingen. Ved et annet tilfelle var det faren til en pasient som tok initiativ til at sønnen skulle sjokkbehandles. Disse tilfellene var sjeldne. Normen ser ut til å ha vært at det var legene ved Reitgjerdet som bestemte at pasientene skulle sjokkbehandles uten å konferere med familiene.

Flere som har studert bruken av sjokkbehandling hevder at sjokkbehandlingen og andre somatiske behandlingsmetoder, i stor grad ble brukt som kontrollverktøy på vanskelige pasienter. Jesper V. Kragh fant blant annet at dette var tilfellet med flere pasienter i Danmark. Ved Reitgjerdet ble sjokkbehandlingen brukt for å berolige urolige eller voldsomme pasienter helt fra behandlingsmetodene ble tatt i bruk. Både i årsrapportene fra SSB og i dokumenter fra Reitgjerdet står det at det ikke var forventet at sjokkbehandlingen skulle helbrede pasientene ved Reitgjerdet siden pasientene der hadde lengre sykdomsforløp enn ved andre norske asylter. Det var antatt at dette reduserte effekten av sjokkbehandlingen kraftig.

Ved Reitgjerdet ble sjokkbehandlingen derfor først og fremst brukt for å bedre oppførselen til pasientene. Håpet var i de fleste tilfellene å forbedre anstaltoppførselen til pasientene. Dette forklarer hvorfor oppførselen til pasientene ser ut til å ha spilt en så viktig rolle for hvilke pasienter som ble valgt til sjokkbehandlingen. Siden det ikke var forventet at sjokkbehandlingen kunne helbrede pasientene, er det naturlig at det var de vanskeligste pasientene ved Reitgjerdet som ble valgt ut til denne behandlingen. Dette betyr også at sjokkbehandlingen i stor grad ble brukt som et kontrollverktøy ved Reitgjerdet.

Forventningene til sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet var i hovedsak anstaltforbedring. Trolig var håpet at pasientene skulle bli såpass forbedret at de kunne bli overført til andre asylter. Pasientene som fikk sjokkbehandling ved Reitgjerdet, hadde stort sett blitt overført til

Reitgjerdet fra andre norske asyler på grunn av vanskelig oppførsel som vold eller urolighet. Håpet var trolig at pasientene som ble sjokkbehandlet, skulle bli såpass mye roligere at de kunne bli overført til andre asyler. Dette skjedde også med de pasientene som så den klareste bedringen etter at de hadde blitt sjokkbehandlet.

Særlig ser det ut til at kardiazolsjokk ble brukt som kontrollverktøy for å roe ned urolige pasienter ved Reitgjerdet. Pentrozolsprøyter ser ut til i stadig økende grad å bli brukt som kontrollverktøy. Pasienten som ved gjentatte ganger ble gitt pentrozolsprøyter under urolige perioder, er ett eksempel som underbygger denne teorien. At sjokkbehandling ble brukt for å kontrollere pasientene, stemmer overens med bruken av sjokkbehandling som det rapporteres om ved Sanderud sykehus. Per Haave fant at kardiazolsjokk ofte ble brukt som et kontrollverktøy ved sykehuset. Han hevder også at pentrozolsprøyter ble brukt for å straffe pasienter. Ingen av pasientjournalene i avhandlingen nevner at pentrozolsprøyter ble brukt for å direkte straffe pasienter, men det kan verken utelukkes eller bekrefte basert på denne studien. Som diskutert er det aldri nevnt noen antagonistisk bakgrunn for å ta i bruk sjokkbehandlingen på pasienter, der hvor det uttrykkes noen direkte grunnivelse for å igangsette sjokkbehandling er insentivet å hjelpe pasientene. Dette unnskylder likevel ikke at legene ved Reitgjerdet utsatte pasientene ved Reitgjerdet for, i flere tilfeller trolig ved hjelp av tvang, smertefulle behandlingsmetoder. Særlig siden formålet med denne behandlingen hovedsakelig var å forbedre oppførselen til pasientene uten særlig håp for å kurere dem.

Skuffende behandlingsmetoder?

Effekten av sjokkbehandlingen blir fortsatt diskutert. Særlig når det gjelder insulinkomaterapien, er det svært forskjellige meninger blant psykiaterihistorikere om hvor stor effekt behandlingsmetoden hadde. Kardiazolsjokk har ikke blitt studert i like stor grad.

Siden det ikke var forventet at sjokkbehandlingen skulle helbrede pasientene ved Reitgjerdet, er det nærliggende å tro at formålet med behandlingen var å forbedre oppførselen til pasientene slik at de kunne skrives ut til andre asyler eller til privat pleie. Suksessen til sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet må derfor måles opp mot dette.

Avhandlingen har studert 15 av pasientene ved Reitgjerdet som ble sjokkbehandlet i perioden. Ingen av pasientene som har blitt studert i avhandlingen, ble helbredet, men dette var trolig heller ikke formålet med behandlingen. Legene så heller ingen permanent bedring i oppførselen til pasientene ved Reitgjerdet etter at de hadde blitt sjokkbehandlet. Det var bare to pasienter som endte opp med å bli utskrevet etter å ha blitt sjokkbehandlet, en til Lierasylet

(pasient 600) og den andre til Dedichens asyl (pasient 603). Pasient 600 kom aldri tilbake til Reitgjerdet. Dette var den eneste pasienten i studien hvor sjokkbehandlingen kan sies å ende opp med å ha en ønsket effekt. Pasienten ble likevel ikke permanent bedret av sjokkbehandlingen. Pasienten fikk tilbakefall mens han var ved Lierasylet, og bare to år etter at han ble overført, hadde han måttet få en ny runde med kardiazolsjokk. Den andre pasienten som ble utskrevet, ble overført til Reitgjerdet igjen på grunn av voldelig oppførsel. Dermed fikk ingen av pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet en permanent bedring som resultat av behandlingen.

Hos størstedelen av pasientene som ble sjokkbehandlet, så legene en kortvarig bedring i anstaltoppførselen mens de ble sjokkbehandlet og i kort tid etterpå. Men relativt kort tid etter, fikk alle tilbakefall. Tre pasienter ser også ut til å ha hatt en kortvarig bedring i den mentale tilstanden, men hos de fleste av de 15 pasientene i utvalget, så legene bare en kortvarig bedring i oppførselen. Hos ni av pasientene rapporteres det om kun en slik kortvarig bedring i oppførselen eller ingen effekt av sjokkbehandlingen i det hele. Det kan være vanskelig å skille mellom de pasientene som så en kortvarig bedring og de som ikke så noen bedring av sjokkbehandlingen, fordi legene ofte ga vage beskrivelser av effekten av behandlingen i pasientjournalene. Det er likevel trolig at de fleste av pasientene i utvalget, hadde en skuffende effekt av sjokkbehandlingen.

Den manglende effekten av sjokkbehandlingen ble i stor grad forklart med at pasientene ved Reitgjerdet var langtidssyke pasienter. En annen faktor som kan ha bidratt til den negative effekten av sjokkbehandlingen, kan ha vært at Reitgjerdet ikke hadde noen egen avdeling til insulinkomaterapien. Pasientene ble etter all sannsynlighet sjokkbehandlet på vaksalen foran de andre pasientene frem til 1946.

I sin studie av sjokkbehandlingen ved Hillside sykehus i New York legger Deborah Blythe Doroshov vekt på atmosfæren rundt sjokkbehandlingen. Hun tillegger den tette oppfølgingen, båndene mellom legene og mellom legene og pasientene og den «medisinske følelsen» av behandlingen, stor betydning for oppfatningen av at insulinkomaterapien var en effektiv behandlingsmetode. Ved implementeringen av insulinkomaterapien opprettet ikke Reitgjerdet en slik avdeling. Det tyder på at positive effekten som Doroshov tillegger disse faktorene, ikke spilte en like stor rolle ved Reitgjerdet. Dette kan også være en del av forklaringen på de dårlige resultatene av sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet. Det ble muligens opprettet en egen avdeling for insulinkomaterapi ved Reitgjerdet i 1946. Men basert på pasientjournalene til

pasientene som ble sjokkbehandlet etter dette, ser det ikke ut til at dette påvirket resultatene av behandlingen.

Selv om resultatene var skuffende hos de fleste av pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet, fortsatte bruken av behandlingsmetodene i hele perioden. Det ble rapportert om mindre bruk i deler av perioden, og særlig i 1946 ble få pasienter behandlet med sjokkterapi. Sjokkbehandling økte muligens igjen noe mellom 1946 og 1950.

Grunnen til at bruken av sjokkbehandlingen fortsatte til tross for de skuffende resultatene, er trolig at det ikke eksisterte gode alternativer. Den korte bedringen flere av pasientene så etter sjokkbehandlingen, var bedre enn alternativet som i stor grad var isolasjon. Når pasientene fikk perioder med uro, ble de i flere tilfeller roligere etter sjokkbehandling. Selv om det ikke er rapportert om langvarig effekt av sjokkbehandlingen, var den kortvarige effekten et stort nok insentiv til å fortsette å benytte seg av behandlingsmetodene så lenge få eller ingen alternative metoder var tilgjengelige. I løpet av perioden ble andre alternativer som lobotomi tilgjengelige, men dette var en enda mer inngripende behandlingsmetode.

Motstand og komplikasjoner

Insulinkomaterapi og kardiazolsjokk var behandlingsmetoder som var forbundet med en viss risiko. Faren ved insulinkomaterapien er omdiskutert. Max Fink opererer med en dødsrate på rundt én prosent, mens Andrew Scull hevder at mortalitetsraten lå mellom to og fem prosent. Det var derfor en viss fare for dødsfall knyttet til insulinkomaterapien. Risikoen var mindre ved kardiazolsjokk, men andre komplikasjoner var knyttet til denne behandlingsformen. Pasienter som ble behandlet med kardiazolsjokk, fikk ofte skader på ryggraden. Dette var et problem som ikke var kjent da behandlingen ble utviklet. Å få kjeven ut av ledd var også en komplikasjon som det ble rapportert om ved denne behandlingen.

Ut i fra studien kan det se ut til at det ikke var knyttet store komplikasjoner til sjokkbehandlingen ved Reitgjerdet. I 1939 skrev overlege Egil Rian i årsrapporten fra SSB at det ikke hadde vært komplikasjoner knyttet til sjokkbehandlingen dette året. Selv om det ikke rapporteres om dødsfall eller andre alvorlige komplikasjoner ved sjokkbehandlingen ved institusjonen, ble det rapportert om mindre komplikasjoner hos flere pasienter. En pasient fikk kjeven ut av ledd seks ganger under kardiazolbehandling i 1939, men dette ble trolig ikke sett på som en alvorlig komplikasjon siden det ikke nevnes i pasientjournalen, bare i registeret over sjokkbehandlingen. Tre pasienter hadde sterke reaksjoner på insulinkomaterapien der det rapporteres om at de ble syke. Hos to av disse måtte behandlingen avbrytes på grunn av dette.

Den ene av disse fikk kardiazolsjokk kombinert med insulinkomaterapi da den sterke reaksjonen fant sted.

Én pasient klagde også over smerter i ryggen etter kardiazolsjokkbehandlingen. Det kan bety at pasienten hadde fått skader i ryggen, men fordi det ikke nevnes noe mer om dette senere, var det trolig ikke alvorlige skader. Brister i ryggraden er komplikasjoner som ikke blir funnet uten inngående undersøkelser. Dette kan derfor ha vært et problem også hos pasientene som ble sjokkbehandlet ved Reitgjerdet, men det kommer ikke tydelig frem i kildematerialet.

Det største problemet ved kardiazolsjokkbehandlingen fra legenes perspektiv, var den store motstanden blant pasienter mot behandlingsmetoden. Fra sprøyten ble satt til bevisstløsheten slo inn, opplevde pasientene et stort ubehag. Ved Reitgjerdet fantes sannsynligvis den samme motstanden mot metoden hos pasientene, selv når det ikke er nevnt i pasientjournalene. Motstanden mot kardiazolsjokk var trolig et så kjent og forventet problem ved behandlingsmetoden, at legene fant det unødvendig å skrive om det i journalene. Unntakene for dette er de tilfellene hvor pasientene ytte så stor fysisk motstand at det ble umulig å gjennomføre sjokkbehandlingen. Dette var tilfellet for fire av pasientene i utvalget. De ytte så stor motstand mot sjokkbehandlingen at det ble notert i pasientjournalene. I tre av tilfellene måtte behandlingen avbrytes på grunn av den fysiske motstanden hos pasientene. Den siste pasienten nektet ved en anledning en runde med kardiazolsjokk i 1940, men han ble likevel gitt kardiazolsjokk to dager etterpå.

At pasienter fortsatt ble gitt sjokkbehandling etter at de ytte sterk fysisk motstand viser at pasientenes motstand mot sjokkbehandlingen ble ignorert. Kun i de tilfellene hvor pasientenes motstand var så sterk at legene ved Reitgjerdet ikke fysisk klarte å gi dem sprøytene ble behandlingen avbrutt og flere av pasientene som fikk behandling avbrutt på grunn av slik motstand ble gitt ytterligere sjokk senere. Fordi det bare er i de tilfellene hvor pasientenes motstand var så sterk at det ikke var mulig å behandle dem at motstanden rapporteres i pasientjournalene er det mulig flere av pasientene ytte motstand mot kardiazolsjokk, men også at noen pasienter kan ha ytt motstand mot behandling med insulinkomaterapi.

Utenom dette er det vanskelig å danne seg et bilde av pasientenes reaksjon på sjokkbehandlingen. Pasientjournalene gir i stor grad legenes syn på sjokkbehandlingen, ikke pasientenes. En pasient ville i 1950 gjennomgå insulinkomaterapi for å øke sjansene for å bli utskrevet fra Reitgjerdet, men siden han senere heller ville lobotomeres enn å gjennomgå flere

runder med sjokkbehandling, tyder det på at også denne pasienten hadde fått et negativt syn på sjokkbehandlingen.

Forslag til videre forskning

Avhandlingen tar hovedsakelig for seg forholdene ved Reitgjerdet. Det er som nevnt gjort få studier av sjokkbehandlingen på pasientjournalnivå både i Norge og på generell basis. Det første forslaget til videre forskning er derfor å gjøre lignende undersøkelser ved andre norske asylsaker i perioden, hvis det er mulig å få innsyn i pasientjournalene. Med flere slike studier hadde det også i større grad blitt mulig å sammenligne sjokkbehandlingen ved de forskjellige institusjonene. Pasientene ved Reitgjerdet egnet seg i utgangspunktet dårlig for sjokkbehandlingen slik det ble vurdert i samtiden. Det hadde vært interessant å kunne sammenligne resultatene ved Reitgjerdet med resultatene ved andre institusjoner med en noe annen pasientgruppe. På en større skala hadde det også vært interessant å forske på likheter og forskjeller mellom de skandinaviske landene. Jesper Kragh har allerede forsket på den danske bruken av kardiazolsjokk på nasjonal basis. Hvis et slikt arbeid ble gjennomført også i Norge, hadde en slik sammenligning vært mulig.

En annen interessant undersøkelse hadde vært en lignende undersøkelse av andre behandlingsmetoder ved Reitgjerdet i denne perioden. Trude Kristine Nerland har allerede skrevet en avhandling om bruken av lobotomi ved Reitgjerdet, men bruken av for eksempel elektrosjokk, har ennå ikke blitt undersøkt. Nerland foreslo i sin mastergradsavhandling også et større forskningsprosjekt som omhandlet behandlingsmetodene ved Reitgjerdet.²⁶⁴ Som nevnt både her og i hennes avhandling, ble ofte flere behandlingsmetoder prøvd ut på pasientene mens de var ved Reitgjerdet. Noen pasienter i dette utvalget fikk for eksempel både sjokkbehandling og ble lobotomert.

Denne avhandlingen tar for seg bare mannlige pasienter. Selv om kjønnsaspektet ikke har vært diskutert her, hadde det vært interessant å undersøke også kvinnelige pasienter for å se om det var forskjeller i bruken av sjokkbehandling eller om resultatene av behandlingsmetodene var forskjellige. Ved noen institusjoner rapporteres det i samtiden om forskjell i bruken av og resultatene av sjokkbehandlingen mellom kjønnene.

²⁶⁴ Nerland. 2017, side 104

Kilder og litteratur

Utrykte kilder

NHA. RG. Utgående brev fra Reitgjerdet sykehus til Sosialdepartementet 11.05.1939

NHA. RG. Utgående brev fra Egil Rian til Sosialdepartementet 15.05.1939

NHA. RG. Utgående brev fra Egil Rian til Sosialdepartementet 02.03.1940

NHA. RG. Innkommende brev til Reitgjerdet fra Sosialdepartementet 21.07.1939.

NHA. RG. Utgående brev fra Reitgjerdet 19.06.1940

NHA. RG. Utgående brev fra Reitgjerdet 12.09.1940

NHA. RG. Utgående brev fra Reitgjerdet sykehus til Overlegen ved Blakstad sykehus
26.11.1953

NHA. RG. FA-043-001. *Cardiazolbehandling.*

NHA. RG. FB-039-00387. Pasientjournal løpenummer 387.

NHA. RG. FB-040-00403. Pasientjournal løpenummer 403.

NHA. RG. FB-041-00409. Pasientjournal løpenummer 409.

NHA. RG. FB-053-00533. Pasientjournal løpenummer 533.

NHA. RG. FB-053-00537. Pasientjournal løpenummer 537.

NHA. RG. FB-055-00550. Pasientjournal løpenummer 550.

NHA. RG. FB-058-00567. Pasientjournal løpenummer 567.

NHA. RG. FB-059-00578. Pasientjournal løpenummer 578.

NHA. RG. FB-062-00600. Pasientjournal løpenummer 600.

NHA. RG. FB-064-00621. Pasientjournal løpenummer 621.

NHA. RG. FB-064-00624. Pasientjournal løpenummer 624.

NHA. RG. FB-088-00955 (616). Pasientjournal løpenummer 955 (616).

NHA. RG. FB-089-00981 (603). Pasientjournal løpenummer 981 (603).

NHA. RG. FB-129-01368 (425). Pasientjournal løpenummer 368 (425).

NHA. RG. FB-153-01528 (581). Pasientjournal løpenummer 528 (581).

Trykte kilder

Offentlige dokumenter

Lov Angaaende Forbrydelser Af 20. August 1842

Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848

Lov om Reitgjerdet asyl av 7. juli 1922.

Norges offisielle statistikk

Sinnssykeasylenes virksomhet 1936. Oslo: Det statistiske centralbyrå, 1938. (NOS IX 143)

Sinnssykeasylenes virksomhet 1937. Oslo: Det statistiske sentralbyrå, 1939. (NOS IX 166)

Sinnssykeasylenes virksomhet 1938. Oslo: Det statistiske sentralbyrå, 1940. (NOS IX 193)

Sinnssykeasylenes virksomhet 1939. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1941. (NOS X 22)

Sinnssykeasylenes virksomhet 1940. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1943. (NOS X 53)

Sinnssykeasylenes virksomhet 1941. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1945. (NOS X 100)

Sinnssykehusenes virksomhet 1942. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1946. (NOS X 118)

Sinnssykehusenes virksomhet 1943, 1994, 1945. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1949. (NOS X 181)

Sinnssykehusenes virksomhet 1946. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1949. (NOS X 196)

Sinnssykehusenes virksomhet 1947. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1950. (NOS XI 11)

Sinnssykehusenes virksomhet 1949. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1951. (NOS XI 76)

Sinnssykehusenes virksomhet 1950. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1952. (NOS XI 115)

Psykiatriske sykehus 1961. Oslo: Statistisk sentralbyrå 1964. (NOS XII 132)

Litteratur

Anchersen, Per. 1952. «De nyere behandlingsmåter i psykiatrien.» *Tidsskrift for Norges lægeforbund.* 62(14):357-362

Bourne, Harold. 1953. "The Insulin Myth." *The Lancet.* 262 (6793): 964-968. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(53\)90622-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(53)90622-9)

- Braslow, Joel. 1997. *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. Berkeley og London: Cambridge University Press
- Dedichen, H. H. 1942. «De nyere behandlingsmåter i psykiatrien.» *Tidsskrift for Norges lægeforbund*. Oslo. Nr. 14. 62. Årgang: 355-357.
- Doroshov, Deborah Blythe. 2006. "Performing a Cure for Schizophrenia: Insulin Coma Therapy on the Wards." *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 62(2): 213-243
- Double, D. B. 2006. "Historical perspectives on anti-psychiatry." I D. B. Double (Red.), *Critical psychiatry: The limits of madness*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Fink, M., Shaw, R., Cross, G. E. og Coleman, F. S. 1958. "Comparative study of chlorpromazine and insulin coma therapy in psychosis." *Journal of American Medical Association*. 166(15):1846-1850
- Fink, Max. 2003. "A Beautiful Mind and Insulin Coma: Social Constraints on Psychiatric Diagnosis and Treatment." *Harvard Review of Psychiatry*. 11: 284-290
- Florén, A. og Ågren, H. 2012. *Historiska undersökningar: Grunder i historisk teori, metod och framställningssätt*. Lund: Studentlitteratur
- Frank, Jerome D. og Frank, Julia B. 1991. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore og London: The John Hopkins University Press
- Frith, Christopher og Johnstone, Eve. 2003. *Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press
- Frøshaug, Harald. 1939. «Insulinsjokkbehandling av schizofrene psykoser.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(1): 63-71
- Healy, David. 2002. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press
- Haave, Per. 2008. *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Otta: Unipub
- Kragh, Jesper Vaczy. 2010. "Shock Therapy in Danish Psychiatry." *Medical History*, 54: 341-364
- Langfeldt, Gabriel. 1939. «Konvulsjonsterapi av schizofreni.» *Tidsskrift for den norske lægeforening* 59(4): 184-185

- Lingjærde, Ottar. 1939. «Har behandling ad modum Sakel eller Meduna ingen virkning ved schizofreni?» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(9): 458-464
- Mathisen, Karoline. 1939. «La oss bli kvitt asylnavnet.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(1): 40
- McCrae, Niall. 2006. «A violent thunderstorm: Cardiazol treatment in British mental hospital.» *History of Psychiatry*, 17(1):67-90
- Nissen, August J. 1939. «Gabriel Langfeldt og behandlingen av de sinnssyke.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(5): 243-244
- Pietikainen, Petteri. 2015. *Madness: A History*. New York: Routledge
- Porter, Roy. 2002. *Madness: A Brief History*. Oxford: Oxford university press
- Rian, Egil. 1939. Konvulsjonsterapi av Schizofreni. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 59: 128-138
- Romm, Kristin Lie og Lie, Anne Kveim. 2011. «Alvorlig sinnslidelse i et historisk perspektiv.» *Tidsskriftet: Den norske legeforening*. Nr. 24 (131): 2507-11. doi: 10.4045/tidsskr.10.1022
- Scull, Andrew. 2015. *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton og Oxford: Princeton University press.
- Shorter, Edward. 1997. *A History of Psychiatry*. John Wiley and Sons Inc.
- Shorter, Edward. 2005. *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press
- Shorter, Edward og Healy, David. 2007. *Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*. New Brunswick, New Jersey og London: Rutgers University Press
- Skålevåg, Svein Atle. 2002. «Sykdom og tilregnelighet – fra sakkyndighetens historie.» *Tidsskriftet for norsk lægeforening*, nr. 1 (122): 65-68
- Szasz, Thomas. 1974. *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper Perennial

Szasz, Thomas. 2010. *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. New Brunswick: Transaction Publishers

Thomassen, Øyvind. 2015. Asylene for de sinnssyke og farlige mennene – Kriminalasylet og Reitgjerdet. I: *Galskapens fengsel*. Trondheim: Norsk Rettsmuseum

Tranøy, Joar. 1993. *I sinnssykehusets vold: Innlagtes mostand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Oslo: Pax forlag

Vogt, Ragnar. 1939. «Insulin – cardiazolsjokkterapi ved psykoser.» *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 59(7): 356-357

Whitaker, Robert. 2001. *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. New York: Basic Books.

Zubin, Joseph, Oppenheimer, Gerald og Neugebauer, Richard. 1985. “Degeneration theory and the stigma of schizophrenia.” *Biological Psychiatry*, nr. 20 (11): 1145-1148

Avhandlinger

Birkeland, Hanne. 2017. Behandling av sinnssyke pasienter på Eg asyl i periodene 1935-1939 og 1955-1959 : En undersøkelse av behandlingsmetoder basert på pasientjournaler. Masteravhandling. Universitetet i Agder; Institutt for religion, filosofi og historie.

Dahl, Hilde. 2018. Institusjonaliseringen av farlighet, sinnssykdom og samfunnsvern i Norge. Doktorgradsavhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

Furan, Stine. 2015. «De elendige» - En studie av bakgrunnen til pasientene ved Kriminalasylet 1895-1915. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

Karlsholm, Mads Strand. 2014. Fra voktere til pleiere. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

Myhre, Eivind. 2016. Farlige menn. Mannlighet, seksualforbrytelser og sinnssykdom 1895–1940. Doktorgradsavhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

Nerland, Trude Kristine. 2017. Dette er Reitgjerdet - gjerne folk overalt. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

Sørum Øgaard, Inger Marie. 2015. Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

Øien, Vegard Jensen. 2015. Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri En studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895-1915. Masteravhandling. Trondheim; NTNU, Institutt for historiske studier.

Nettressurser

Helsedirektoratet.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/13.forekomst-for1%C3%B8p-og-prognose/for1%C3%B8p-og-prognose> (Besøkt 20.04.2019)

Malt, Ulrik. 2017. *Cardiazolsjokkbehandling*. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snø.no/cardiazolsjokkbehandling> (Hentet 25.03.19)

Forkortelser

NHA = Norges Helsearkiv

RG = Reitgjerdet

NOS= Norges offisielle statistikk

