



**Per Haave**  
Historiker, statsstipendiat  
Universitetet i Oslo

## Mot bedre vitende

Medisinsk praksis har ikke alltid vært tuftet på god og relevant kunnskap og har heller ikke alltid stått seg etisk. Det var tilfellet med insulinsjokkbehandling.

Insulinsjokkbehandlingens internasjonale gjennombrudd i 1937. Hensikten var å kurere schizofreni – noe legene ikke helt visste hva var, men som de mente veldig mange psykiatriske pasienter hadde.

I Norge ble metoden tatt i bruk ved vel halvparten av de psykiatriske sykehussene. Det var en ressurskrevende behandling man ikke så seg råd til alle steder. I begynnelsen av 1960-årene ble den stort sett avviklet. Da hadde mer enn 2 000 psykiatriske pasienter fått insulinsjokk.

Høye insulinindoser ble injisert på fastende hjerte. Blodsukkernivået falt og pasienten falt i koma, men ble som regel vekket innen en time. En kur pågikk normalt i minst to måneder, men kunne være i mer enn fire. Det kunne stå om livet. For noen tok livet slutt.

Behandlingen skapte frykt hos pasientene. Mange måtte tvinges til behandlingsrommet. Der ble de mest urolige lagt i reimer før sprøyten ble satt. Etter oppvåkningen var noen pasienter rastløse, skrikende, gråtende. Andre var medtatt etter kraftige rykninger i bevisstløs tilstand, tause og innesluttet, tilgriset med illeluktende kroppsvæsker.

Få ble skrevet ut.

Det har undret meg at insulinsjokkbehandling fikk så stor utbredelse, og at kuren var i bruk i nesten én generasjon.

Vi vet den var et sørgetlig feilspor. Men var den noen gang et håpefullt fremskritt i psykiatrisk behandling?

På Norsk psykiatrisk forenings årsmøte i 1936 ble det reist flere innvendinger, også fra en indremedisiner med kunnskap om virkningen av høye insulinindoser. Han advarte psykiaterne mot en behandling som kunne føre til hjerneskader og dødsfall. En av dem, Gabriel Langfeldt, som snart skulle bli professor i psykiatri, betraktet insulinsjokkbehandling som «livsfarlig terapi».

Få norske psykiatere mente at insulin-sjokk kunne «riste» schizofrenien av pasientene, men sist i 1930-årene hadde flere erfart at behandlingen kunne gjøre livet på avdelingene enklere. Pasientene ble roligere. Det ble kalt «anstaltbedring».

Enkelte leger forble kritiske og utelukket ikke at roligere pasienter skyldtes sløhet på grunn av hjerneskade. I 1944 snudde Rolv Gjessing, overlegen og direktøren på Dikemark som introduserte insulinsjokk i Norge i 1935. Han var nå overbevist om at legene var blitt «narret med på sjokkbehandling», med alle utenlandske meldinger om oppsiktssvekkende resultater. Han ville ikke lenger utsette sine pasienter for en farlig terapi.

Gjorde legene så godt de kunne? Visste de ikke bedre? Det er spørsmål jeg som historiker har stilt meg i møte med insulinsjokkbehandling. Men etter å ha lest en rekke ulike kilder er det ingen tvil om at legene visste at det dreide seg om en farlig terapi. De erfarte også raskt at få insulinsjokkbehandlede pasienter kunne utskrives. De ble heller aldri enige om hvorfor nettopp denne kuren skulle virke.

Legene som tok insulinsjokkbehandling i bruk, gjorde et valg andre ikke var villige til å ta på grunn av den rådende kunnskap om insulinets virkning. Når metoden likevel vant såpass stor utbredelse, viser det at den kunnskapen som burde ha manet til varsomhet, ble skjøvet til side. Det skjedde ikke på grunn av annen og mer relevant kunnskap, men av andre hensyn. Psykiatrien var fattig på behandlingsmuligheter, og sykehusavdelingene var ofte overfylte. For flere psykiatere ble «anstaltbedring» et mål i seg selv. Som en av dem sa i 1954: «Vi behandler dem, og så går det hele meget stillere og triveligere for seg.»

Medisinens historie kan fremvise mange eksempler på behandlingsformer som vi i dag synes er skandaløse, men som ikke ble oppfattet slik den gang de ble introdusert og anvendt. Insulinsjokkbehandling er derimot et eksempel på en behandlingsform som fra første stund ble møtt med motforestillinger og vurdert som skadelig for pasientene. En lærdom man kan trekke av dette er at relevant kunnskap ikke nødvendigvis er handlingsdirigerende.

Faktiske opplysninger og sitater er hentet fra Per Haaves bok *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*, Oslo 2008.