

ELEKTROSCHOCKS

PETER LEHMANN

Elektroschocks in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahre 2020

Ohne Widerstand ist in Deutschland, Österreich und der Schweiz die als »Elektrokrampftherapie« bezeichnete Auslösung eines Grand-mal-Anfalls ins Standardrepertoire der Psychiatrie zurückgekehrt. Deren Befürworter begründen den vorbeugenden, konsequenten und dauerhaften Einsatz des modernen Elektroschocks mit dessen geringer Rate unerwünschter Wirkungen und überlegenem Ansprechen. Sie befürworten den Einsatz auch bei Schwangeren, Kindern, Alten und Behinderten und sehen keinerlei absolute Kontraindikation. Andererseits berichten Anwender wie auch Kritiker von chronischen Gedächtnisstörungen nach modernen Elektroschocks, spontan wiederkehrenden epileptischen Anfällen, lebensbedrohlichen Folgen für Herz, Kreislauf und Hirngefäße sowie einer erhöhten Rate von Tot- und Frühgeburten.

Die psychiatrische Disziplin befasst sich mit abweichenden mikro- oder makropolitischen Denk- und Sinnesweisen, reduziert diese auf Stoffwechselstörungen und bekämpft sie mit medizinisch ummantelten Maßnahmen im Versuch, die Demoralisierten, Leidenden oder Störenden an die herrschende Normalität anzupassen. Wer diese Vorgehensweise als rein medizinisches Problem versteht und sie Psychiatern überlässt, spielt ihrem Herrschaftsanspruch in die Hände und läuft Gefahr, ihren menschenrechtsfeindlichen Charakter erst dann zu verstehen, wenn er oder sie selbst – oder Oma, Opa, Mutter, Vater, Kind, Freundin, Freund, Liebster, Liebste – davon betroffen ist. Dieser Artikel ruft die von den Elektroschockfreunden ausgehende Gefahr ins Bewusstsein und empfiehlt Schutzmaßnahmen.

Der moderne Elektroschock – Gipfel der Humanität?

Mainstream-Psychiater drängen jahrzehntelang, vermehrt Elektroschocks zu verabreichen (Rufer, 1992). Noch 2007 warnte der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer:

»Es ist still geworden um diese Behandlungsmethode der Psychiatrie, die viele Menschen mit Folter, Grausamkeit und elektrischem Stuhl assoziieren. Doch diese Ruhe ist künstlich hergestellt, sie ist taktischer Natur – zu schlecht war nach Ansicht der schockenden Psychiater der Ruf dieser Behandlung geworden.« (S. 413)

Derzeit haben nicht nur Homophobie, Fremdenhass, Sexismus und Antisemitismus Konjunktur. Auch der in der Zeit des Faschismus entwickelte Elektroschock erlebt eine Renaissance. 2012 riefen Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz dazu auf, flächendeckend Elektroschock-Apparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich einzusetzen (Grözingen u.a., 2012).

Die Propagandisten des modernen Elektroschocks pochen unisono auf schonendere Praktiken seiner Verabreichung. Weitere Argumente sind das angeblich gute und sofortige »Ansprechen« auf Elektroschocks, die medikamentöse Unterdrückung der ansonsten bei epileptischen Anfällen auftretenden Muskelkrämpfe durch die Gabe von Muskelrelaxanzien (muskeler schlaffenden Mitteln), gelegentliche und tolerierbare »zeitlich nur begrenzte kognitive (die Erkenntnis- und Informationsverarbeitung betreffende) Nebenwirkungen« und fehlende neuere Berichte über elektroschockbedingte Hirnblutungen.





Vertreter kritischer Positionen beschuldigt man einer ignoranten Leidenschaftlichkeit, der Behinderung dringend erforderlicher Behandlungen sowie unethischer Positionen gegenüber zwangsweise verabreichten modernen Elektroschocks. Die Kritik an Elektroschocks und dessen schädliche Wirkungen auch bei seinen modernen Varianten will man mit dem stereotyp vorgebrachten Argument abtun, sie sei einzig eine Reaktion auf die zeitgemäße und drastische Darstellung dieser Methode in dem Oscar-prämierten Film »Einer flog über das Kuckucksnest« von Miloš Forman aus dem Jahr 1975. Einzelne, lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, jedoch bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit unklar. Und viele Patientinnen und Patienten würden – belegt durch anekdotenhafte »Fallberichte« – zwangsweise verabreichte Elektroschocks im Nachhinein befürworten. Medizinisch, juristisch und ethisch seien gegen den natürlichen Willen

verabreichte moderne Elektroschocks nicht anders zu bewerten als jede andere psychiatrische Zwangsbehandlung auch, so ein Grundsatzartikel im Nervenarzt, dem Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN):

»Obwohl die EKT als ärztliche Zwangsmaßnahme, wie jede Behandlung gegen den natürlichen Patientenwillen, einen schweren Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und das Selbstbestimmungsrecht darstellt, kann ihr Einsatz im Einzelfall medizinisch indiziert, rechtlich zulässig und ethisch geboten sein.« (Zilles u.a., S. 313)

Im deutschsprachigen Raum werden derzeit die Elektroschock-Apparate Thymatron® und spECTrum™ eingesetzt. Produziert werden sie von den US-amerikanischen Firmen Somatics LLC bzw. Mecta Corporation. »Optimierte EKT ist die neueste Form der EKT«, wirbt die Mecta

Corporation (2020), ihre Geräte seien die technisch fortgeschrittensten Apparate, jetzt noch effektiver und noch sicherer als zuvor. In ihrer Diplomarbeit an der Höheren Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich beginnt Anja Grigoli-Bretschneider (2016) die Zusammenfassung mit der Position, die das Studium der Literatur der Elektroschockbefürworter ergab:

»Die Elektrokrampftherapie (EKT) stellt ein einzigartiges, humanes und sicheres Verfahren für die Behandlung vieler therapieresistenter psychischer Erkrankungen dar.«

Hier wiederholt sich die Geschichte. Die gleiche Aussage traf vor fast acht Jahrzehnten der US-amerikanische Psychiater Abraham Myerson:

»Die Elektroschocktherapie scheint ohne nennenswerte Gefahr zu sein.« (1941, S. 1084)

Moderne Schockzahlen

2008 – neuere Zahlen liegen nicht vor – verabreichte man in der Schweiz ca. 2.100 Elektroschocks (26,9 pro 100.000 Einwohner), in Österreich 1600 (20,5 / 100.000), in Deutschland 30.000 (36,7 / 100.000). Im Vergleich mit einigen europäischen Ländern befinden sich die deutschsprachigen Länder im unteren Drittel. In Dänemark beispielsweise ist die Rate zehnmal höher als in Deutschland.

In Deutschland stieg die Zahl der verabreichten Elektroschocks zwischen 1995 und 2008 zwar um das Zweieinhalbfache (Henkel & Grözinger 2013, S. 17), in der Schweiz verzehnfachte sich die Elektroschockrate von 2007 bis 2010 (Ramseier u.a. 2011), doch im internationalen Vergleich liegt man in diesen Ländern nach wie vor am unteren Ende. Entsprechend heftig sind die Anstrengungen der Psychiater auch in der Schweiz, den internationalen Rückstand aufzuholen. Dass es auch konträre Stimmen in der Schulpsychiatrie gibt, wonach Elektroschocks unnötig seien, quitiert man mit Schweigen. Der

Psychiater Asmus Finzen, Leitender Krankenhausarzt 1975-1987 in Wunstorf (BRD) und bis 2003 in Basel, berichtete 2018, in all den Jahren seiner Berufstätigkeit sei er für ca. 50 000 Patientinnen und Patienten zuständig gewesen, habe aber kein einziges Mal die Verabreichung von Elektroschocks für nötig befunden (siehe Hannig, 2019).

In aller Welt sind es mehrheitlich Frauen und ältere Menschen, denen man Elektroschocks verabreicht (Henkel & Grözinger 2013, S. 17). In der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Klinik Königsfelden, den Kliniken mit den höchsten Schockzahlen in der Schweiz, betrug der Anteil weiblicher Elektroschock-Patienten 63,5 % (Pfaff u.a. 2013, S. 387). In Ländern anderer Kontinente, beispielsweise in Pakistan, Hongkong oder Saudi-Arabien, findet sich ebenfalls eine Majorität von Frauen unter den Behandelten (Henkel & Grözinger, 2013, S. 20).

Mainstream-Psychiater sehen weder absolute noch relative Kontraindikationen, wenn sie moderne Elektroschocks verabreichen wollen (Grözinger u.a., 2016, S. 8f.).

Wirkprinzip epileptischer Anfall

Auch wenn man heutzutage harmloser klingende Begriffe wie »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »elektrische Durchflutungstherapie« oder »Elektrokonvulsionstherapie« benutzt und gelegentlich von einer »Hightech-Schockbehandlung« spricht: Am Wirkprinzip des Elektroschocks, so seine ursprüngliche Bezeichnung, hat sich nichts geändert. Die Psychiatrischen Dienste Graubünden informieren entsprechend:

»Die EKT hat sich seit ihrer Einführung vor mehr als 80 Jahren in der technischen Ausführung fundamental verändert, wenngleich das Grundprinzip der Behandlung gleich blieb.« (2019)

Der ungarische Psychiater Meduna glaubte, dass sich Epilepsie und das, was in der Psy-

chirurgie unter Schizophrenie verstanden wird, gegenseitig ausschließen. Deshalb forschte er ab 1933 an der Budapester Universitätsklinik an Meerschweinchen und Menschen, wie man künstliche epileptische Anfälle auslösen kann. In der Neurologie forschte man dagegen nach Methoden, epileptischen Anfällen wegen der langfristig damit einhergehenden Hirnschäden vorzubeugen. 2012 betonte Michael Grözinger, Sprecher der DGPPN in Sachen Elektroschock und Mitherausgeber des Mainstream-Standardwerks »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, unter Hinweis auf Meduna gemeinsam mit Kollegen die absolute Notwendigkeit, einen großen epileptischen Anfall als wirkungsaktives Mittel auszulösen:

»Die grundlegende Hypothese Ladislav Medunas zum Wirkmechanismus, der zufolge der generalisierte Krampfanfall das therapeutische Agens (Wirkfaktor - P.L.) der EKT darstellt, besitzt auch heute noch Gültigkeit. Alle Versuche, diesen Kernbestandteil der Methode zu modifizieren, waren mit einer Einbuße an therapeutischer Wirkung verbunden.« (S. 919)

Nach Einleiten einer Narkose und der Gabe eines Muskelrelaxans platziert man die Elektroden einseitig (unilateral) oder an beiden Schläfenseiten (bilateral). Dann wird per Schalter das Gehirn »angeregt«, das heißt, mit Stromstößen der epileptische Anfall, also der Hirnkrampf ausgelöst. Dieser findet statt, auch wenn die Patientin bzw. der Patient bewusstlos ist. In manchen Einrichtungen, z.B. dem Psychiatrischen Uniklinikum Zürich/Uniklinikum Balgrist, wird grundsätzlich bilateral elektroschockiert. Grigoli-Bretschneider berichtet aus ihrem Praktikum:

»In Balgrist wird laut der Psychiaterin stets bilateral geklebt und stimuliert. Auf die Frage, warum dies so gemacht werde, antwortet die Psychiaterin, welche ihren Namen nicht erwähnt haben möchte, dass die Krämpfe so besser seien. Es habe zwar mehr Nebenwirkungen, da mehr Strom appliziert wird, jedoch sei es dann

sicher, dass der Krampf gut werde.« (2016, S. 19)

Meist werden Elektroschocks in Serien verabreicht, sechs bis zwölf Schocks in zwei- bis dreitägigem Abstand. Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« werden besonders starke und viele Elektroschocks verabreicht. Zunächst einmal sollen zwanzig Schocks verabreicht werden, um zu sehen, ob sie auf die Schocks »ansprechen«.

Gelegenheiten für moderne Elektroschocks

Als Indikation für moderne Elektroschocks gelten behandlungsresistente Depressionen und Psychosen, unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika (»Antipsychotika«) und Stimmungsstabilisatoren, deren Unverträglichkeit oder Ablehnung. Die früher vertretene Position, Elektroschocks seien im Wesentlichen eine Ultima Ratio, speziell bei febriler Katatonie (einer mit Fieber und Störungen der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechselnder Symptomatik), gilt längst als »unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig« (Berthold-Losleben & Grözinger 2013, S. 51). Die potenziell Depressionen-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva und Psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika (Lehmann 2017, S. 94-102) drängt Psychiatern Elektroschocks geradezu auf, wenn ihre Psychopharmaka ausgereizt sind. Für Neuroleptika-bedingte Erstarrungszustände bot beispielsweise der deutsche Psychiater Helmut Selbach diese Lösung an:

»Und bei den letzteren können wir pharmakologisch gar nichts erreichen, da können wir nur noch mit der Elektroschock-Therapie dazwischenfahren, und damit ist unsere Weisheit am Ende.« (1963)

Wenn – aus welchem Grund auch immer – die psychischen Probleme abgeklungen sind, bedeutet dies nicht, dass Psychiater von der Verabreichung von Elektroschocks ablassen wollen. Jetzt kommen EEKT ins Spiel, »Erhaltungs-Elekt-

rokampf-Therapien«. Vorsorglich fortgesetzte Elektroschocks in verminderter Frequenz böten den besten Schutz vor Rückfällen. Die Empfehlung lautet: sechs- bis zwölfmal im wöchentlichen Abstand, dann viermal im Abstand von zwei Wochen, dann viermal im Abstand von drei Wochen, anschließend monatlich. Bei Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« empfiehlt man, nicht länger als drei Wochen bis zum nächsten Elektroschock zu warten (Di Pauli & Grözinger, 2013).

Der moderne Elektroschock findet in zeitgemäßer Form computergesteuert statt und entspricht dem Zeitgeist der Computertechnologie und Internetvernetzungen, deren Funktionsweise auch dem menschlichen Geist zugrunde gelegt werden (Eckoldt, 2016, S. 207-222). Seit Jahren entwickeln Mathematiker, Informatiker, Biologen und Neurologen mathematische Modelle (»Neuromodeling«), die individuelle Mechanismen menschlichen Verhaltens oder neuronaler Aktivität zu beschreiben und vorherzusagen versuchen (Universität Zürich, 2015; Fuchs, 2015). Ähnlich Facebook oder Amazon, wo Algorithmen neue Freunde oder Waren empfehlen, liest die künstliche Intelligenz die in der Psychiatrie gemessenen Hirnströme in Rechenprogramme ein und empfiehlt die Diagnose und Behandlung. Man braucht wenig Phantasie, um vorauszusagen, dass – wenn die Patientinnen und Patienten eh schon auf dem Behandlungsbett liegen und verdrahtet sind – über kurz oder lang aus Optimierungsgründen der Hirnstrommessung gleich ein logarithmenbestimmter Elektroschock folgen wird.

Behandlungsschäden durch moderne Elektroschocks

Die Psychiatrischen Dienste Graubünden informieren über mögliche Folgen des Elektroschocks:

»Wenn die EKT frühzeitig bei schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen eingesetzt wird, kann es im günstigsten Fall zur Verhinde-

rung oder zumindest zur Verringerung von Folgewirkungen der psychiatrischen Erkrankungen kommen, wie z.B. Reduzierung von sozialen und familiären Konsequenzen bei lang andauernder psychiatrischer Erkrankung.« (2019)

Familiäre und soziale Konflikte können so kassiert werden, wenigstens kurzfristig. Welche Folgen im weniger günstigen Fall für die Betroffenen auftreten, bleibt unerwähnt.

Die bekanntesten Behandlungsschäden infolge moderner Elektroschocks sind kognitive Störungen sowie Gedächtnisstörungen. Psychiater teilen diese in vier Kategorien ein: 1) vorübergehende postiktale (nach dem Krampfanfall auftretende) Unruhezustände und Delirien, 2) anterograde Amnesie (auf einen kürzeren oder längeren Zeitraum vor der Behandlung bezogener Gedächtnisverlust), 3) kurzzeitige retrograde Amnesie (auf zurückliegende Ereignisse bezogener Gedächtnisverlust) und 4) gravierende retrograde Amnesie. Speziell in der US-amerikanischen Bedienungsanleitung des Thymatron® IV spricht die Herstellerfirma Somatics die vierte Kategorie an:

»Eine kleine Minderheit der mit EKT behandelten Patienten berichtet später von verheerenden kognitiven Folgen. Patienten konnten aufzeigen, dass sie eine dichte Amnesie haben, die weit in die Vergangenheit zurückreicht, wenn es sich um Ereignisse von persönlicher Bedeutung handelt, oder dass eine breite kognitive Funktion so beeinträchtigt ist, dass die Patienten nicht mehr in der Lage sind, frühere Berufe auszuüben. In einigen Selbstberichten von Patienten über schwerwiegende EKT-induzierte Defizite kann sich ein objektiver Funktionsverlust widerspiegeln... In seltenen Fällen kann die EKT zu einer dichten und anhaltenden retrograden Amnesie führen, die sich über Jahre erstreckt...« (undatiert)

Manche Patientinnen und Patienten vergessen nach Elektroschocks, dass sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen und wie alt sie sind. Da es »während« der Verabreichung

von Elektroschocks zu massiven Einschränkungen in der Merkfähigkeit kommen könne, wird laut Christoph Frey von den Psychiatrischen Diensten Graubünden allen Betroffenen vorher angeraten, sämtliche PIN-Codes und Ähnliches aufzuschreiben (Grigoli-Bretschneider, 2016, S. 4). Da vermutlich niemand während des Elektroschocks Onlinebanking machen, im Internet surfen oder sein Smartphone benutzen will, ist anzunehmen, dass sich der Ratschlag auf die Zeit danach bezieht. Sein deutscher Kollege Nils Greve und Kolleginnen räumten entsprechend ein, dass Gedächtnislücken bestehen bleiben und als extrem belastend erlebt werden können (2017, S. 72). Auch die American Psychiatric Association informiert,

»... dass EKT zu lang anhaltendem oder dauerhaftem Gedächtnisverlust führen kann.« (2001, S. 71)

Retrograde Amnesie ist ernst und kommt häufig vor, und für viele machen die Auswirkungen der chronischen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der kognitiven Fähigkeiten jeglichen kurzfristigen Nutzen der Elektroschocks auf Dauer zunichte (Robertson & Pryor, 2006, S. 234). Lang anhaltende sowie chronische Gedächtnisschäden treten in Häufigkeitsraten von 50 % auf (Squire & Slater 1983). Kritische Berichte von Betroffenen wie beispielsweise der Autorin Kerstin Kempker (2000) oder der folgende von Maria Sander, die ebenfalls ihren Zustand nach der Verabreichung von Elektroschocks beschreibt, haben in Medien der Mainstream-Psychiatrie keine Chance auf Veröffentlichung:

»Leider habe auch ich mich in der Hoffnung auf Besserung dieser Methode 2019 mit 28 Jahren unterzogen und hatte und habe massive Einschränkungen. Ich weiß leider nicht mehr, wo genau am Kopf die Elektroden angebracht wurden. Ich habe gerade nochmal den Arztbrief angesehen. Ich weiß leider – auch wegen der

Erinnerungslücken damals und heute – auch nicht mehr, wie viele EKTs durchgeführt wurden. Ich glaube es waren aber unter 6 und auf jeden Fall mindestens 3. Ich habe danach wochenlang Menschen, mit denen ich in einem Mehrfamilienhaus wohne, nicht erkannt oder ich habe diese ständig gefragt, ob ich mit ihnen verwandt sei. Ich habe mich sehr blamiert. Erinnerungen an früher fühlen sich an wie ein kurz gesehener Film, aber nicht wie ein tatsächlich selbst erlebtes Leben. Empathie und Liebe sind seit der Behandlung auch stark bei mir eingeschränkt. Ich habe mich vom Wesen leider sehr verändert. Das Schlimmste sind allerdings die kognitiven Einbußen. Ich habe früher ein Abi und Examen mit einer 1 vor dem Komma geschafft, jetzt kann ich allerdings kaum noch gut schriftlich formulieren. Am meisten belastet mich das mangelnde Zeitgefühl. Es fühlt sich alles an wie eine lange Zeitspanne und ich komme nicht mehr zur Ruhe. Ich kann die Tage nicht voneinander unterscheiden und muss öfter meine Nachbarn fragen. Die EKT ist nun ein Dreivierteljahr her und ich habe von dem Krankenhaus nach Rückfrage am Telefon gesagt bekommen, dass könne nicht mehr von der EKT kommen. Ich muss nun mit diesen Schäden leben und traue mich so auch nicht mehr zu arbeiten. Ich war Bibliothekarin.« (2020)

Zensur kritischer Artikel

Dass Hersteller wie die Mecta Corporation (2017, S. 21) in ihrer Werbung ausschließlich befürwortende Betroffene und Angehörige zu Wort kommen lassen und keine Geschädigten, ist in einem gewinnorientierten Unternehmen verständlich. Kritische Stimmen zu Elektroschocks kommen aber auch in psychiatrischen Zeitschriften nicht zu Wort, die sich reformorientiert geben. Ein Beispiel dafür sind die im Psychiatrieverlag erscheinenden Sozialpsychiatrischen Informationen (SPI). Dort wollte der Autor dieses Artikels in einem Beitrag auf das Symposium »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?« bei der

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) 2018 in Magdeburg hinweisen und dazu beitragen, dass das Risiko lang anhaltender sowie chronischer Gedächtnisschäden durch Elektroschocks nicht weiterhin totgeschwiegen, bagatellisiert oder mit Berichten einzelner dankbarer Elektroschockpatientinnen und -patienten weggeredet wird. Dieser Versuch wurde jedoch von der SPI-Redaktion mit der Zurückweisung seines Artikels und dieser Argumentation zunichte gemacht: Der Text sei zwar informativ, manchmal aber auch polemisch. Weiterhin nicht überzeugend, so die SPI-Redaktion, sei die Annahme, dass Psychiater nicht die Wahrheit zu den Risiken und Schäden sagen. Der Artikel sei gefährlich, denn er berge die Gefahr, dass der »immer wieder gezielt in die Öffentlichkeit getragenen Darstellung der Elektrokrampftherapie als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode« Vorschub geleistet werde. (Mittlerweile ist der zensierte Artikel anderweitig erschienen [Lehmann, 2019].)

Zu den SPI-Redaktionsmitgliedern von 2018 zählten Peter Brieger, Psychiater und Ärztlicher Direktor des kbo-Isar-Amper-Klinikums München (mit betriebsbereiten Elektroschock-Apparaten) und Eva-Maria Franck, Oberärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Kinderkrankenhaus Auf der Bult in Hannover (Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover mit betriebsbereiten Elektroschock-Apparaten). Im SPI-Redaktionsbeirat saßen Helmut Haselbeck, ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Bremen-Ost (mit betriebsbereiten Elektroschock-Apparaten) und Renate Schernus vom Evangelischen Krankenhaus Bielefeld – Standort Bethel (mit betriebsbereiten Elektroschock-Apparaten). Das Editorial der SPI Heft 3/2018, für das der Artikel gedacht war, schrieb Dyrk Zedlick, SPI-Redaktionsmitglied und Chefarzt

des Rudolf-Virchow-Klinikums Glauchau (Akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Jena – mit betriebsbereiten Elektroschock-Apparaten). Bezeichnend ist, dass trotz der Tatsache, dass die genannten Redaktionsmitglieder in teilweise leitenden Stellungen ihrer Kliniken tätig waren (oder noch sind) und diese mit Elektroschocks erhebliche Zusatzeinnahmen erwirtschaften, jegliche Erklärung der Interessenkonflikte unterblieb.

Weitere Behandlungsschäden durch moderne Elektroschocks

Lucy Johnstone von der University of the West of England in Bristol befragte Betroffene, die negative Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht hatten, und kam zum Schluss, dass die Verabreichung von Elektroschocks für einen Teil der Patientinnen und Patienten eine tiefgreifende und dauerhaft traumatische Erfahrung bedeutet:

»Eine Vielzahl von Themen kamen auf, darunter Gefühle von Angst, Scham und Demütigung, Wert- und Hilflosigkeit sowie das Gefühl, misshandelt und vergewaltigt worden zu sein.« (1999, S. 69)

In der psychiatrischen Literatur finden sich weitere unterschiedlich oft auftretende Behandlungsschäden infolge moderner Elektroschocks: Unruhezustände, stundenlange delirante Zustände, Kopfschmerzen, Sprachversagen, anhaltende epileptische Anfälle von mindestens mehreren Minuten (Status epilepticus), auf Dauer spontane epileptische Anfälle, fünffach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche, Blutdruck- und Herzrhythmusstörungen, Atemstillstand, Einrisse in Gefäßwänden, Lungenentzündungen infolge Ansaugen von Mageninhalt in die Lunge, Asthmaanfälle, Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, Schwindelzustände, Übelkeit, Einkoten, Einrissen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der

Mundschleimhaut (Übersicht siehe Lehmann, 2017, S. 141-151). Die gefährlichen vegetativen Reaktionen sind unabhängig von der Krampfdauer und können das Krampfende überdauern. Werden Schwangere geschockt, liegt die kindliche Sterblichkeit bei 7,1 % (Paulzen & Benkert, 2017, S. 928).

Beschreiben Psychiater intern Hirnschäden durch Elektroschocks, verneinen sie diese außerhalb ihrer Fachveröffentlichungen mit Vehemenz. Moderne Elektroschocks würden das Erinnerungsvermögen stärken, die Entstehung von Nervenzellen und den Aufbau von neuen Verbindungen im Gehirn stimulieren und die Dichte der Rezeptoren für Botenstoffe erhöhen, die Hirndurchblutung verbessern, die Sterblichkeit jedweder Ursache vermindern. Laut Peter Gotzsche, Facharzt für innere Medizin und bis 2018 Direktor des Nordic Cochrane Center in Kopenhagen, handelt es sich bei den genannten Neubildungen im Gehirn lediglich um Narbengewebe, entstanden als Reaktion auf die gesetzten Schäden (2016, S. 213-218).

Aufklären, auch über Psychotherapie als Alternative?

Ironischerweise nennen selbst die Befürworter von Elektroschocks Alternativen, jedenfalls in ihrer Fachliteratur; Berthold-Losleben und Grözinger schreiben:

»Tatsächlich gibt es in der Praxis immer eine Alternative zur EKT, auch wenn sie vielleicht weniger wirksam ist. Im Fall einer ablehnenden Haltung können psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen intensiviert oder modifiziert werden. Patienten müssen über diese Alternativen aufgeklärt werden und können sich dann entscheiden. Die Darstellung der EKT als Ultima Ratio ist unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig. Sie ist deshalb grundsätzlich abzulehnen.« (2013, S. 51)

Die oben genannte febrile Katatonie lässt sich mit dem krampflösenden Medikament Dantrolen oder mit Benzodiazepinen wie Lorazepam® (im Handel auch als Sedazin®, Tavor®, Temesta®) und in Kombination mit Elektrolyten risikoarm behandeln (Spieß-Kiefer & Hippus, 1986).

Was Psychiater »Aufklärung« über Behandlungsrisiken nennen, besteht in der Regel aus der Information, Elektroschock würden kurzfristig und vorübergehend zu Gedächtnisproblemen führen. Aus Gründen, die mit unterschiedlichen medizinischen Kompetenzen, ethischen Einstellungen oder Einschätzungen von Haftungsrisiken zu tun haben könnten, informieren Kliniken mit betriebsbereiten Elektroschockgeräten mit abweichenden Formulierungen. Während das Psychiatriezentrum Münsingen AG (undatiert) wissen lässt, Gedächtnisstörungen nach Elektroschocks würden sich vollständig zurückbilden, formulieren die Psychiatrischen Dienste Aargau AG vorsichtiger:

»Häufigere Nebenwirkungen beinhalten Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Übelkeit, vorübergehende Verwirrheitszustände und Gedächtnisstörungen. Kopfschmerzen, Muskelschmerzen und Übelkeit sind normalerweise wenig ausgeprägt und vorübergehend und können durch Medikamente verhindert oder günstig beeinflusst werden. (...) Es kann aber vorkommen, dass es längere Zeit braucht, bis einzelne Ereignisse aus den Tagen oder Wochen vor der Behandlung wieder in Erinnerung gerufen werden können, einzelne bleiben sogar für immer verloren. Einzelne Patienten haben auch über größere Gedächtnislücken berichtet.« (2015, S. 2)

Fazit

Es muss daher allen Betroffenen und Angehörigen, denen Elektroschocks vorgeschlagen werden, geraten sein, sich ausgewogen zu informieren und vor einer möglichen Entscheidung pro Elektroschock Publikationen anzuschauen, die nicht dem Prinzip des Expertenmonologs folgen, insbesondere Berichte von geschädigten Betroffenen (gemäß dem Motto »Die Wahrheit über Katzen erfährt man bei den Mäusen«). Kritische Publikationen sind im Internet unter www.peter-lehmann.de/ekt gelistet. Kliniken mit einsatzbereiten Elektroschock-Apparaten in Deutschland, Österreich und der Schweiz finden Sie auf <https://t1p.de/schockbereit>.

Von psychiatrisch Tätigen ist wenig Unterstützung zu erwarten, profitieren diese doch von den durch Elektroschocks erwirtschafteten Zusatzeinnahmen. Diese sichern den eigenen Arbeitsplatz. Die durch herkömmliche wie auch hochmoderne Elektroschocks gesetzten möglichen Schäden kreieren immer neue Aufgaben – bei der fortschreitenden Privatisierung des Gesundheitsbereichs ein durchaus lohnendes Geschäftsmodell.

Sinnvoll ist deshalb eine eindeutige Erklärung in einer Patientenverfügung zur Bereitschaft, sich im Fall des Falles Elektroschocks verabreichen zu lassen – oder diese abzulehnen. Eine psychosoziale Vorausverfügung mit Formulierungsvorschlägen auf zum Thema »Pro & Contra Elektroschock« steht im Internet auf www.peter-lehmann.de/voraus. Und überlegen Sie es sich dreimal, ob sie sich auf die dauerhafte Verabreichung von Antidepressiva und Neuroleptika einlassen, wenn als Konsequenz Behandlungsresistenz und schließlich Elektroschocks drohen.

Anmerkungen

Die Übersetzungen aus dem Englischen stammen von Peter Lehmann. Die umfangreichen Quellenangaben stehen aus Platzgründen separat im Internet unter www.peter-lehmann.de/document/eschock2020.

Über Peter Lehmann

Diplom-Pädagoge, Autor und Verleger in Berlin. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Aristoteles-Universität Thessaloniki. 2011 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes. Buchveröffentlichungen: »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen«, »Statt Psychiatrie« (Hg. mit Kerstin Kempker), »Schöne neue Psychiatrie«, »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Hg.), »Statt Psychiatrie 2« (Hg. mit Peter Stastny), »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen« (gemeinsam mit Volkmar Aderhold, Marc Rufer & Josef Zehentbauer) u.v.m. Mehr siehe www.peter-lehmann.de

Copyright by Peter Lehmann 2020