

Wider die Wiederkehr des Elektroschocks

Auszüge aus dem Vortrag bei der Jahrestagung des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V., Kassel, 13. Oktober 2018

Seit Mitte der 1980er-Jahre führt das Ausbleiben der erwünschten Reaktion auf Antidepressiva und Neuroleptika zu einer langsam, aber kontinuierlichen Wiederbelebung des Elektroschocks. Als Anlässe zur Rechtfertigung gelten unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika und Phasenprophylaktika, Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika, insbesondere das »Nichtansprechen« auf Leponex oder gar dessen Ablehnung sowie Kontraindikationen zu Neuroleptika.

Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz riefen 2012 dazu auf, flächendeckend Elektroschock-Apparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich Elektroschocks zu verabreichen. Zeitgleich wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen initiiert, mit dem Krankenhäuser mit Elektroschocks und deren krankenhausindividueller Abrechnung als Zusatzleistung lukrative Mehrernnahmen erwirtschaften können. Derzeit sind dies ca. 450 € pro Elektroschock.

Die Befürworter begründen Elektroschocks mit nur geringen Nebenwirkungen und überlegener Ansprechrate. Weitere Argumente sind (1) das Ausbleiben von Muskel- und Knochenschäden durch den Einsatz muskelerschlaffender Substanzen, (2) die Verabreichung des Schocks unter Narkose, (3) angeblich tolerierbare zeitlich nur begrenzte Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit (»sofern diese überhaupt auftreten«), (4) fehlende neuere Berichte über elektroschockbedingte Hirnblutungen sowie (5) die angebliche Anregung zur Neubildung von Nervenzellen. Einzelne lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit jedoch unklar. Und viele Patienten würden zwangsläufig verabreichte Elektroschocks im Nachhinein befürworten.

Wie wirkt der Elektroschock?

Bei Elektroschocks geht es nicht darum, dass man den Betroffenen mit Stromstößen Schocks zufügt, sondern in deren Gehirnen mit elektrischen Stromstößen Krämpfe bewirkt, die sich in epileptischen Anfällen äußern. Die Methode und ihre Bezeichnung als Elektroschock wurden 1938 von Psychiatern im faschistischen Italien unter Mussolini eingeführt. Hintergrund ist der Glaube, Epilepsie und die sog. Schizophrenie würden sich ausschließen. Heutzutage benutzen Psychiater harmloser klingende Begriffe wie Elektrokrampftherapie, Elektrokonvulsionstherapie, abgekürzt EKT, oder elektrische Durchflutungstherapie oder Elektrostimulation. Am Wirkprinzip des Elektroschocks hat sich allerdings nichts geändert.

Sofortige Wirkung, konsequente Schockserien

Psychiater schätzen am Elektroschock die hohe Responserate, das heißt seine Wirkung auf Knopfdruck. Der epileptische Anfall tritt sofort ein, die psychischen Probleme treten erst mal in den Hintergrund.

Der eigentliche Elektroschock beginnt mit der Einleitung einer Narkose. Ist nach ca. 30 bis 60 Sekunden eine hinreichende Nar-kosetiefe erreicht, verabreicht man ein muskelerschlaffendes Mittel (in der Regel Succinylcholin). Die Elektroden platziert man einseitig oder an beiden Schlafenseiten. Neuere Positionen sind beidseitig vorne an der Stirn und vorne links und an der rechten Schläfenseite.

Dann wird per Schalter das Gehirn »angeregt«, wie man sagt, das heißt, der Hirnkrampf, also der epileptische Anfall ausgelöst. Der Hirnkrampf findet statt, auch wenn die Schleuderbewegungen der Gliedmaßen durch muskelerschlaffende Mittel unterdrückt werden, auch wenn die Patientin bewusstlos ist – vergleichbar einer Vergewaltigung unter K.-o.-Tropfen, die die Betroffene ebenfalls nicht bewusst erlebt und die dennoch stattfindet... und ihre Spuren hinterlässt.

Behandlungsschäden

Die bekanntesten Behandlungsschäden sind Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und Gedächtnisstörungen. Manche Patienten vergessen nach Elektroschocks, dass sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen, wie alt sie sind. Der amerikanische Neurologe Sydney Sament äußerte 1983, er habe viele Patienten nach der Verabreichung von Elektroschocks gesehen und keine Zweifel, dass die Auswirkungen des Elektroschocks mit denen einer Kopfverletzung identisch seien. Nach einer Elektroschockserie leide der Patient unter Symptomen, die denen eines ehemaligen Boxers nach mehreren Kopftreffern gleichen.

Weitere Behandlungsschäden sind Unruhezustände und delirante Zustände. Verwirrtheitszustände können über Stunden anhalten, die Patienten schlagen um sich, sie können sich verletzen oder aufstehen und stürzen. Hinzu kommen Kopfschmerzen, Sprachversagen und beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung. Auch anhaltende epileptische Anfälle von mehreren

Minuten (Status epilepticus) können auftreten, ebenso spontane Anfälle einhergehend mit Flüssigkeitsansammlung in der Lunge und Atemstillstand. Dass nach Elektroschocks auf Dauer ein bis zwei epileptische Anfälle pro Woche auftreten können, ist Ärzten schon lange bekannt. Bekannt aus medizinischen Veröffentlichungen sind auch 5-fach erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche sowie ernsthaftere Suizidversuche nach Elektroschocks im Vergleich zu Antidepressiva.



Elektroschocks als Jungbrunnen

Intern beschreiben Psychiater und Neurologen Hirnschäden durch Elektroschocks. In der Öffentlichkeit verneint man diese mit Vehemenz. Elektroschock würden das Erinnerungsvermögen nicht verschlechtern, sondern – im Gegenteil – es mittel- und langfristig stärken.

Chronischer Gedächtnisverlust nach Elektroschocks gilt Psychiatern jetzt als möglicherweise psychisch bedingt, Status epilepticus mit einhergehenden Hirnschäden als nicht existent, eine hirnzelenschädigende Blutung als harmlos.

Offenbar kommt der Elektroschock fast einem Jungbrunnen gleich, folgt man der Sichtweise der DGPPN. In ihrem Ratgeber für Patienten und Angehörige steht, es gebe keinerlei Hinweise für Schäden des Hirngewebes durch Elektroschocks.

Aufklären, Gesetze befolgen?

Mainstream-Psychiater halten eine detaillierte Aufklärung über Risiken und Schäden von Elektroschocks tendenziell für schädlich. Die Aufklärung könnte zu einer nicht zu bewältigenden psychischen Belastung führen und Leben oder Gesundheit ernstlich gefährden und die Patienten in einen für die Gesundheit schädlichen Angstzustand versetzen

Alternativen zu Elektroschocks

Selbst Befürworter von Elektroschocks nennen intern Alternativen. Es handele sich mitnichten um die Ultima Ratio, also das letzte Mittel bei Lebensgefahr. Tatsächlich gebe es in der Praxis immer eine Alternative zu Elektroschocks, auch wenn sie vielleicht weniger wirksam sei. Im Fall einer ablehnenden Haltung könnten psychopharmakologische und psychotherapeutische Interventionen intensiviert oder modifiziert werden.

Die febrile Katatonie, auch akute lebensbedrohliche Katatonie ge-

nannt, war lange Zeit die klassische Ultima-Ratio-Indikation von Elektroschocks. Es handelt sich um ein Symptomenkomplex aus Fieber und Störungen der Motorik, die gelegentlich von extremer Erregung zu extremer Passivität wechseln. Dass man dieses Syndrom mit Medikamenten behandeln kann, schrieben Psychiater schon 1982. Die Versorgung der akuten lebensbedrohlichen Katatonie sei von ihren Kollegen weitgehend unbemerkt in die Verantwortung der Inneren Medizin, teilweise auch der Neurologie und Anästhesie übergegangen. Mit dem krampflösenden Medikament Dandrolen oder mit Benzodiazepinen wie Lorazepam und eventuell in Kombination mit der Zufuhr von Elektrolyten könne man Menschen mit febriler Katatonie risikoarm aus ihrem lebensbedrohlichen Verspannungszustand heraushelfen.

Über den Autor

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, Berlin. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. 2011 Bundesverdienstkreuz. Seit 2013 Schirmherr der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P). Diverse Buchpublikationen, u.a. »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen« (6. Aufl. 2010), »Schöne neue Psychiatrie« (bearb. E-Book-Ausgabe 2018), »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern« (4. Aufl. 2013), »Statt Psychiatrie 2« (Hg. 2007 mit Peter Stastny).

Mehr unter www.peter-lehmann.de

Peter Lehmann

ThuLPE



Thüringer Landesverband
Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geduld -
unterwegs zu Dir selbst

AUSGABE 29/2020