Elektroschocks als Antwort auf fehlgeschlagene Absetzversuche, Behandlungsresistenz und Einnahmeverweigerung

Peter Lehmann

Zusammenfassung: Seit Jahren nimmt die Zahl verabreichter Elektroschocks in Deutschland, Österreich und der Schweiz stetig zu – ungeachtet chronischer Gedächtnisstörungen, spontan wiederkehrender epileptischer Anfällen und lebensbedrohlicher Folgen für Herz, Kreislauf und Hirngefäße. Elektroschocks auch ohne Einverständnis der Betroffenen zu verabreichen und damit Zusatzeinnahmen zu erwirtschaften ist für viele Kliniken nicht nur ein lukratives Geschäftsmodell. Innerhalb des begrenzten psychiatrischen Weltbildes sind Elektroschocks auch die logische Konsequenz auf die Verweigerung der Einnahme von Antidepressiva und Neuroleptika (beispielsweise durch eigenmächtiges und fehlgeschlagenes Absetzen), deren Unverträglichkeit oder Behandlungsresistenzen (Wirkungsverluste). Dieser Artikel ruft die von den Elektroschockfreunden ausgehende Gefahr ins Bewusstsein und empfiehlt Gegenmaßnahmen.

Elektroschock – Gipfel der Humanität?

Mainstream-Psychiater drängten 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, Rassismus 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 Elektroschocks zu verabreichen (Grözinger u.a., 2012).

Die Propagandisten des Elektroschocks pochen unisono auf schonendere Praktiken der Elektroschockverabreichung. 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 (muskelerschlaffenden 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 Elektroschocks. Einzelne, lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, jedoch bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit unklar. Unter Narkose verabreicht, würden die Betroffenen von den Schocks nichts mitbekommen. 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 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., 2018, S. 313)

Anja Grigoli-Bretschneider (2016) beginnt die Zusammenfassung ihrer Diplomarbeit an der Höheren

Fachschule Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege Zürich mit der Position, die sie nach dem Studium der Literatur der Elektroschockbefürworter eingenommen hat:

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

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

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

Schockzahlen

Der Stromstoß wird in der Regel zwischen 0,5 und 8 Sekunden, manchmal auch bis zu 30 Sekunden lang durch den Kopf verabreicht. Die Stromspannung beträgt ca. 450 Volt, die Stromstärke ca. 0,9 Ampere. (Zum Vergleich: Bei der elektrischen Defibrillation des Herzens zum Beispiel bei einem Herzstillstand dauert der Stromstoß 4 Millisekunden.) Stellt sich der epileptische Anfall nicht wie gewünscht ein, erfolgt in einem Zeitabstand von 60 Sekunden ein erneuter Stromstoß mit einer bis zu 50 %-igen Steigerung der Stromdosis. 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«.

In Deutschland stieg die Zahl der verabreichten Elektroschocks zwischen 1995 und 2008 um das Zweieinhalbfache (Henkel & Grözinger, 2013, S. 17). In der Schweiz verzehnfachte sich zwar die Elektroschockrate von 2007 bis 2010 (Ramseier u.a., 2011), doch im internationalen Vergleich liegt man hier – wie auch in Deutschland und Österreich – nach wie vor am unteren Ende. In Dänemark beispielsweise ist die Rate zehnmal höher als in Deutschland. Der Psychiater Asmus Finzen, Leitender Krankenhausarzt in Wunstorf (1975-1987) und Basel (bis 2003) 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). Entsprechend heftig sind die Anstrengungen der Psychiater in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich, den internationalen Rückstand aufzuholen.

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 Deutschland und Österreich sowie 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 keine absoluten Kontraindikationen, wenn sie Elektroschocks verabreichen wollen (Grözinger u.a., 2016, S. 8f.).

Wirkprinzip epileptischer Anfall

Auch wenn Mainstream-Psychiater heutzutage harmloser klingende Begriffe wie »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »elektrische Durchflutungstherapie«, »Elektrokonvulsionstherapie«, »Hirnstimulation« oder »Fibrillation« benutzen und unkritische Journalisten gelegentlich von einer »Hightech-Schockbehandlung« sprechen: 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 75 Jahren in der technischen Ausführung fundamental verändert, wenngleich das Grundprinzip der Behandlung gleich blieb.« (2019)

Insofern benutzen Hersteller und Händler weiterhin auch den Begriff »Elektroschock« mit größter Selbstverständlichkeit (FBI, 2005, S. 15f.).

Nach Einleiten einer Narkose und der Gabe eines Muskelrelaxans platziert man die Elektroden einseitig oder an beiden Schläfenseiten. Dann wird per Schalter das Gehirn »angeregt«, das heißt, mit Stromstößen der epileptische Anfall, also der Hirnkrampf ausgelöst. Dieser

findet statt, auch wenn der Patient oder die Patientin bewusstlos ist. Hier drängt sich der Vergleich mit einer Vergewaltigung unter K.-o.-Tropfen auf. Von dieser bekommt die Betroffene ebenfalls direkt nichts mit, aber sie hinterlässt dennoch ihre Spuren. Vergleichbares beim Elektroschock, auch wenn der Hauptangriffspunkt nicht der Genitalbereich ist, sondern das Gehirn.

Indikationen für Elektroschocks

Als Hauptindikation für die Verabreichung von Elektroschocks gilt die sogenannte Behandlungsresistenz, das heißt der Wirkungsverlust von Antidepressiva und Neuroleptika. Bekanntlicherweise kann sich im Lauf deren Verabreichung eine Toleranz bilden, ein Nachlassen der Wirkung und schließlich auch eine Tachyphylaxie, das heißt ein auch durch Dosiserhöhungen nicht mehr ausgleichbarer Wirkungsverlust (Kaufmann & Lehmann, 2019). Auch unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika (sogenannten Antipsychotika) und Stimmungsstabilisatoren, deren Unverträglichkeit oder Ablehnung können Psychiater veranlassen, Elektroschocks verabreichen zu wollen. Die früher vertretene Position, Elektroschocks seien im Wesentlichen eine Ultima Ratio, speziell bei febriler Katatonie (eine 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-Elektrokrampf-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).

Behandlungsschäden

Die bekanntesten Behandlungsschäden sind kognitive Störungen sowie Gedächtnisstörungen. Manche Patientinnen und Patienten vergessen nach Elektroschocks, dass sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen und wie alt sie sind. Der deutsche Psychiater Nils Greve und Kolleginnen räumten 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)

Amnesie, das heißt Verlust des Gedächtnisses hinsichtlich zurückliegender Ereignisse, 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 über 50 % auf (Squire & Slater 1983). Erfahrungswissenschaftlich orientierte kritische Berichte von Betroffenen wie beispielsweise der Autorin Kerstin Kempker (2000) oder deren Angehörigen wie beispielsweise Astrid Krause (siehe Hannig 2019) werden von Freunden des Elektroschocks ignoriert – es sei denn, die Betroffenen sind dankbar für die erhaltenen 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: 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 Ansaugung von Fremdkörpern in die Lunge, Asthmaanfälle, Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, Schwindelzustände, Übelkeit, Einkoten, Einnässen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut (Übersicht siehe Lehmann, 2017, S. 141-151). Werden Schwangere geschockt, liegt die kindliche Sterblichkeit bei 7,1 % (Paulzen & Benkert 2017, S. 928).

Selbst wenn Elektrogeschockte erhebliche Schäden davontragen und diese von Neuropsychologen bescheinigt werden, streiten Psychiater die Schäden ab und stellen die Betroffenen als unglaubwürdig dar. Dies widerfuhr beispielsweise der britischen Kinderärztin Sue Cunliffe, die nach den verabreichten Elektroschocks nicht mehr in der Lage war, weiterhin zu praktizieren, und die über ihr Schicksal im Internet berichtete:

> »Wie Tausende anderer EKT-Opfer gab ich meine Einwilligung, nachdem man mir versichert hatte, die EKT sei ungefährlich. Doch ich erlitt derart schwere Gehirnschäden, dass ich nicht einmal mehr zu einfachen Aufgaben imstande war. Mir zitterten die Hände, ich sprach verwaschen. Mein Erinnerungsvermögen war beeinträchtigt, Alltägliches konnte ich nicht mehr bewältigen, etwa mit Geld umgehen oder Gesichter erkennen. Damit habe ich die Fähigkeit, zu arbeiten und unabhängig zu leben, für immer verloren.« (zitiert nach Speth, 2019)

Grözinger merkte dazu an:

> »Sehe man den zugehörigen Videoauftritt der Patientin im Internet, gewinne man durchaus nicht den Eindruck fehlender Wirkung und extremer Nebenwirkungen. Im Gegenteil belege der Mitschnitt geradezu exemplarisch den guten antidepressiven Effekt der Behandlung und lasse keine Anzeichen von schweren Gehirnschäden erkennen.« (ebd.)

Dass im Umkehrschluss Betroffene – im Gegensatz zu Sue Cunliffe – aufgrund von Elektroschäden nicht mehr in der Lage sein könnten, von ihren Schäden zu berichten, und wie groß deren Zahl sein könnte, ist für Grözinger verständlicherweise kein Thema.

Beschreiben Psychiater intern Hirnschäden durch Elektroschocks, verneinen sie diese außerhalb ihrer Fachveröffentlichungen mit Vehemenz. 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 Gøtzsche, 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 febrile Katatonie, ein mit Fieber, Verstummen und Bewegungsarmut bis hin zur Erstarrung einhergehendes lebensbedrohliches Krankheitsbild, lässt sich mit dem krampflösenden Medikament Dandrolen oder mit Benzodiazepinen wie Lorazepam und in Kombination mit Elektrolyten risikoarm behandeln (Spieß-Kiefer & Hippius, 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. Hier zwei Beispiele aus der Schweiz: 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 Verwirrtheitszustände 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)

Noch deutlichere Worte findet die US-amerikanische Herstellerfirma Somatics, wenn sie von teilweise »verheerenden kognitiven Folgen« spricht (2002).

Fazit

Es ist allen Betroffenen und Angehörigen geraten, denen Elektroschocks schmackhaft gemacht werden, 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.« Eine Übersicht steht im Internet unter www.peter-lehmann.de/ekt. Sinnvoll wäre auch eine eindeutige Erklärung in einer Patientenverfügung, wie sie beispielsweise in der Psychosozialen Patientenverfügung vorgeschlagen ist (siehe http://bit.do/psychpav).

Überlegen Sie es sich dreimal, ob Sie sich auf die dauerhafte Verabreichung von Antidepressiva und Neuroleptika einlassen wollen, wenn als Konsequenz Behandlungsresistenz und schließlich Elektroschocks drohen, und gehen Sie beim Absetzen von Psychopharmaka vorsichtig vor, damit Ihnen psychiatrische Strafmaßnahmen, Klinikunterbringungen, erneutes Hochsetzen der Dosierungen oder Elektroschocks erspart bleiben.

Anmerkungen

Die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern sowie die Übersetzungen aus dem Englischen stammen vom Autor. Die Literaturangaben stehen im Internet unter www.peter-lehmann.de/document/eschock-psychexit.

Copyright by Peter Lehmann 2019

Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und
Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.

Dokumentation

Vierte Expertenrunde:
Psychexit - Auf dem Weg zum Kompass

„Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“

6. September 2019 | 10.00 - 17.00 Uhr
in den Räumen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands
– Landesverband Berlin e.V.

© Reinhard Wojke

Tagung und Druck finanziert aus Mitteln der LOTTO-Stiftung Berlin
& des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e.V.

DER PARITÄTISCHE BERLIN