Peter Lehmann

Psychiatrie: Mehr Schaden als Nutzen – Risiken und Schäden neuer Neuroleptika und Elektroschocks und ihre Langzeitfolgen im sozialen Leben

Manuskript vom 14. März 2018 zum Vortrag beim Selbsthilfetag (»System Psychiatrie: Mehr Schaden als Nutzen!«) des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V., Berufliches Trainingszentrum (BTZ), Köln-Ehrenfeld, 24. März 2018

Was versteht man unter neuen Neuroleptika und neuen Elektroschocks: Neue Neuroleptika oder sogenannte atypische Neuroleptika sind Psychopharmaka, die primär nicht mehr die typischen, quälenden Muskelstörungen hervorrufen sollen und besser verträglich seien. Sie werden auch »Neuroleptika der 2. Generation« oder »Neuroleptika der 3. Generation« genannt. Es handelt sich um keine pharmakologisch einheitliche Gruppe. Zu den neuen Elektroschocks komme ich in der zweiten Hälfte meines Vortrags.

Herkömmliche und atypische Neuroleptika

Den wesentlichsten Unterschied zwischen typischen und atypischen Neuroleptika sprach Gerhard Ebner 2003 an. Ebner war Mitglied des Advisory Board bei Janssen-Cilag zur Einführung des Risperdal Consta und gleichzeitig Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte. Er sagte:

> »Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien / extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.« (2003)

Mit Frühdyskinesien / extrapyramidalen Nebenwirkungen sind zeitnah zur anfänglichen Verabreichung von Neuroleptika auftretende Störungen von Muskelspannung und unbewussten Bewegungsabläufen gemeint.

Im gleichen Jahr publizierte Walter Müller vom Biozentrum der Universität Frankfurt am Main einen Artikel über die Wirkungsmechanismen herkömmlicher und neuerer Neuroleptika. Man sei, so schrieb er,

> »... im Prinzip wieder einen Schritt zurückgegangen und hat in der letzten Zeit wieder Substanzen entwickelt, die neben dem primär für die Wirkung relevanten Mechanismus noch zusätzliche Mechanismen beeinflussen. Im Gegensatz zu den Altsubstanzen hat man aber hier versucht, gezielt nur noch solche Mechanismen in die Molekülstruktur einzubauen, die bestimmte Nebenwirkungsqualitäten (besonders EPS) abdämpfen. Damit sind die Substanzen aus der neuesten Generation der Neuroleptika im pharmakologischen Sinne ›dirty drugs‹, also Substanzen mit mehr als einem Wirkungsmechanismus.«

3 Beispiele

Es folgen nun 3 Beispiele für die lediglich relativen Unterschiede von Wirkungsweisen und Auswirkungen herkömmlicher und neuer Neuroleptika:

Haloperidol gilt als Referenz-Präparat. Das heißt, Psychiater ziehen es in der Regel heran, um die Wirksamkeiten atypischer und herkömmlicher Neuroleptika zu vergleichen. Haloperidol wird den Neuroleptika der 1. Generation zugeordnet, verkauft unter dem Markennamen Haldol. Die Wirkungsweise besteht vor allem in einer Blockade von Dopamin-Rezeptoren. Laut Herstellern ist mit diesen unerwünschten Wirkungen zu rechnen: sehr häufig Agitiertheit, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Störungen von Muskelspannung und unbewussten Bewegungsabläufen, Hyperkinesie (krankhaft gesteigerte Beweglichkeit der Skelettmuskulatur mit unwillkürlichen, unregelmäßigen und nicht vorhersehbaren Bewegungen der Gliedmaßen, des Gesichts, des Halses und des Rumpfes; häufig Somnolenz, d.h. Benommenheit mit abnormer Schläfrigkeit als leichtere Form der Bewusstseinstrübung unter erhaltener Ansprechbarkeit und Erweckbarkeit, Depressionen, psychotische Störungen, Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, Sehstörungen, gestörte oder fehlende Erektion des Penis bei sexueller Erregung, Gewichtszu- oder -abnahme, Mundtrockenheit oder übermäßige Speichelabsonderung, Erbrechen, Übelkeit, Verstopfung, erhöhte Leberwerte, Unfähigkeit zur Blasenentleerung, erniedrigter oder erhöhter Blutdruck, Blutdruckabfall beim Wechsel in die aufrechte Körperposition, Hautausschlag, Bewegungsarmut, Maskengesicht, ungewöhnlich erhöhte Muskelspannung, Muskelzittern, Dyskinesien (Störungen physiologischer Bewegungsabläufe, Dystonien, d.h. krankhaft gestörte Muskelspannung, einhergehend mit anhaltenden und unwillkürlichen Kontraktionen der Skelettmuskulatur und abnormen Haltungen und Fehlstellungen des Körpers, Augenmuskelkrämpfe, Akathisie, das sind quälende neurologisch bedingte Ruhelosigkeit oder zwanghafter Bewegungsdrang, tardive Dyskinesie (Symptomenkomplex aus chronischen Muskelstörungen (Hyperkinesie, Dystonien und Bewegungsstereotypen).

Als das eine Beispiel für sogenannte atypische Neuroleptika nenne ich **Aripiprazol**. Die Substanz wird derzeit vermarktet unter den Handelsnamen Abilify, Alcartis, Arileto, AripiHexal, Aripipan, Aripiprazol und Arpoya. Als Wirkungsweise vermutet man eine teilweise Blockade spezieller Dopamin- und Serotonin-Rezeptoren. Laut Herstellern ist mit diesen unerwünschten Wirkungen zu rechnen: sehr häufig Müdigkeit, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Kopfschmerzen; häufig Ruhigstellung, Schläfrigkeit, Ruhelosigkeit, Agitiertheit, Angstzustände, Aufmerksamkeitsstörungen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühle, Schmerzen und Gewebeverhärtung an der Einstichstelle bei Verabreichung per Spritze, verschwommenes Sehen, gestörte oder fehlende Erektion des Penis bei sexueller Erregung, erhöhte Kreatin-Phosphokinase (für den Energiestoffwechsel der Muskelzellen notwendiges Enzym. Eine erhöhte Kreatin-Phosphokinase gilt als Marker für Schäden an der Skelettmuskulatur und am Herzen. Weiterhin: Gewichtszu- oder -abnahme, Zuckerkrankheit, Mundtrockenheit oder übermäßige Speichelabsonderung, Verdauungsstörung im Oberbauch (einhergehend mit Völlegefühl), Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Muskelzittern, Akathisie.

Als das zweite Beispiel für sogenannte atypische Neuroleptika soll das bereits in Österreich in den Handel gekommene **Cariprazin** genannt sein, Handelsnamen Reagila. Sicher kommt es auch bald

hierzulande auf den Markt. Die Wirkungsweise besteht aus einer Aktivierung spezieller Dopamin- und Serotonin-Rezeptoren.

Laut Hersteller ist bei Cariprazin mit diesen unerwünschten Wirkungen zu rechnen: sehr häufig Akathisie (einschließlich psychomotorischer Hyperaktivität und Unruhe – 19 %), Parkinsonismus, d.h., Verlangsamung der Willkürmotorik und der geistigen Funktionen im Rahmen hirnorganischer Prozesse, Zahnradphänomen, Störungen von Muskelspannung und unbewussten Bewegungsabläufen, Gangstörung, Gelenksteife, Muskelzittern und -starre, Maskengesicht, Steifigkeit des Nackens, der Muskulatur und des Skeletts – 17.5 %); häufig Sedierung, Ermüdung, Angst, Schlafstörungen (z. B. Schlaflosigkeit, abnorme Träume und Alpträume, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, exzessives Tagesschlafbedürfnis, Ein- und Durchschlafstörungen, Schlafwandeln, vorzeitiges Erwachen), Schwindelgefühl, verschwommenes Sehen, Fettstoffwechselstörung, erhöhte Leberenzyme und Kreatin-Phosphokinase, Gewichtszunahme, verminderter oder gesteigerter Appetit, Tachyarrhythmie, d.h. eine Kombination aus Herzrhythmusstörung und schnellem Herzschlag), weiterhin Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen, erhöhter Blutdruck, Dystonie einschließlich Lidkrampf, Muskelspannung, Verkrampfungen der unteren Gesichtsmuskulatur und des Unterkiefers, Schiefhalsstellung, Kieferklemme, weiterhin Gleichgewichtsstörungen, Zähneknirschen, Sabbern, Sprechstörungen, Gangabweichung, verminderte Reflexbereitschaft, Syndrom der ruhelosen Beine, übermäßiger Speichelfluss und Störungen der Zungenbeweglichkeit.

Sind die Angaben zu unerwünschten Wirkungen übertrieben?

Manche Psychiater halten die Angaben der Hersteller für übertrieben und sehen darin eine bloße juristische Absicherung. Dass die am Umsatz interessierten Pharmafirmen Angaben zur Schadenshäufigkeit marketingwidrig nach oben treiben, ist allerdings nicht anzunehmen. Es wäre ähnlich absurd, als würden Autohersteller von sich aus Abgaswerte nach oben manipulieren. Anzunehmen ist eher, dass die von Herstellern genannten Zahlen untertrieben sind.

Chronische und gelegentlich oder selten auftretende lebensbedrohliche Schäden *atypischer* Neuroleptika inkl. ihrer Vorzeichen finden Sie in meinem Artikel »Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und atypischer Neuroleptika«. Er ist enthalten in dem Buch »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks« (Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2017), das ich im letzten Jahr gemeinsam mit Volkmar Aderhold , Marc Rufer und Josef Zehentbauer verfasste. Hier fehlt die Zeit, diese Frühwarnzeichen zu nennen. Ich meine Delire, Suizidalität und Hirnschäden, zum Beispiel den Abbau der grauen Hirnsubstanz oder Defizit-Syndrome. Mit Letzterem ist eine bleibende Antriebslosigkeit gemeint und eine Verminderung der Willensstärke, der Spontaneität, emotionaler Regungen und der Zuwendung zur Umwelt. Ich beschreibe in meinem Artikel auch Vorzeichen für Neuroleptika-bedingte Schlaganfälle, weiterhin allergische Reaktionen, Augenschäden, Hormon- und Sexualstörungen bis hin zur Bildung von Tumoren in den Brustdrüsen, Herzschäden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, Leber- und Nierenschäden, Blutdruck- und Gefäßstörungen, Zahnschäden, Toleranzbildung, Verstärkung und Chronifizierung von Psychosen, bedingt durch Veränderungen des Rezeptorensystems. Diese sind die Ursachen von Supersensitivitätspsychosen sowie tardiven, das heißt im Lauf der Neuroleptika-Verabreichung, beim Absetzen oder danach auftretenden Psychosen.

Entzugserscheinungen und Chronifizierung von Psychosen

Beim Absetzen von Neuroleptika können Entzugserscheinungen aller Art auftreten, zum Beispiel emotionale Instabilität, Depressionen, Unruhe-, Angst- und Verwirrtheitszustände, Aggressionen, manische Zustände, Halluzinationen, Rebound- und Entzugspsychosen, kognitive Störungen von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, übermäßige Schmerzempfindlichkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, grippeähnliche Symptome, Herzjagen, Magen-Darm-Störungen, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, Bluthochdruck, Schweißausbrüche und Schwindelzustände, Kreislaufkollaps, Herzjagen, abnorme unwillkürliche Bewegung des Gesichts, von Lippen, Kiefer, Zunge, Armen, Handgelenken, Händen, Fingern, Beinen, Knien, Gelenken, Zehen, Nacken, Schultern und Hüften, Muskelzittern und vieles mehr. Depressionen und Bewegungsstörungen (sofern sie nicht gar chronisch sind) und vegetative Reaktionen können durchaus bis zu eineinhalb Jahren fortdauern.

Die Entzugssymptome können Angehörige und Ärzte an Rückfälle und die Betroffenen an die Notwendigkeit einer Dauerbehandlung mit Neuroleptika glauben lassen. Rudolf Degkwitz, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPPN), wies schon vor einem halben Jahrhundert auf die Folgen für die Betroffenen hin:

> »Solche Patienten steigern die Dosis nicht, glauben aber, ohne die ›Krücke‹ des Psycholeptikums nicht mehr existieren zu können. Es handelt sich hierbei offenbar nicht um eine Sucht, sondern um eine aus der eigenen Unsicherheit resultierende Abhängigkeit vom Medikament.« (1967)

Mit Psycholeptika meinte Degkwitz Antidepressiva und Neuroleptika. 1965, zwei Jahre zuvor, hatte Degkwitz zusammen mit seinem Kollegen Luxenburger offenbart:

> »Man weiß jetzt ferner, dass es bei einem Teil der chronisch Behandelten wegen der unerträglichen Entziehungserscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich wird, die Neuroleptica wieder abzusetzen. Wie groß dieser Teil der chronisch behandelten Fälle ist, ist ebenfalls nicht bekannt.«

Auch sogenannte atypische Neuroleptika können Dopamin-Rezeptoren verändern und damit Psychosen auslösen, verstärken und chronifizieren. Ihre Wirkung ist verbunden mit einer Toleranzentwicklung gegenüber der sogenannten antipsychotischen Wirkung. Frank Tornatore von der University of Southern School of Pharmacy, Los Angeles, und Kollegen warnten 1991:

> »Unter der Langzeittherapie mit Neuroleptika wurden Verschlechterungen psychotischer Verläufe mit Aktualisierung der Wahnsymptomatik und verstärkten Halluzinationen beobachtet. Die betroffenen Patienten sprachen typischerweise auf niedrige oder mittlere Dosen von Neuroleptika zunächst gut an; Rückfälle machten jeweils Dosissteigerungen erforderlich, bis die Symptomatik schließlich nur noch durch Gabe von Höchstdosen beherrschbar war. Es würde sich also um eine Toleranzentwicklung gegenüber der antipsychotischen Wirkung handeln.«

Mit Supersensitivitätspsychosen einher gehen eine weitere Toleranzentwicklung gegenüber Neuroleptika, eine Verschlechterung psychotischer Symptome auch bei kontinuierlicher Neuroleptika-Verabreichung, verkürzte Intervalle zwischen psychotischen Episoden, vermehrte sogenannte Positiv-Symptomatik bei Rückfällen und sogenannte psychotische Restsymptomatik

danach. Die Empfindlichkeit gegenüber Stress ist deutlich erhöht, bereits geringe psychosoziale Belastungen verstärken psychotische Symptome oder können einen Rückfall auslösen.

Minimaldosierung und Langzeitfolgen

Trotz alledem machen manche Betroffene die Erfahrung, dass sie innerhalb ihrer Lebensverhältnisse derzeit ohne Neuroleptika nicht zurechtkommen. Die Gründe sind vielfältig. Es können organische Gründe vorliegen, zum Beispiel bei Hirnschäden, die mit psychischen Störungen einhergehen, es kann mit fehlenden humanistischen Alternativen zu tun haben, mit fehlgeschlagenen oder unterbliebenen Selbsthilfeaktivitäten, mit mangelhaften psychotherapeutischen Angeboten oder Anstrengungen, mit ausgebildeten Rezeptorenveränderungen, mit katastrophalen Lebens- und Familienverhältnissen usw. In solchen Fällen, wenn es anders partout nicht geht, wäre eine Minimaldosierung hilfreich, siehe Volkmar Aderholds Artikel »Minimaldosierung und Monitoring bei Neuroleptika« im erwähnten Buch »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika«.

Die Langzeitfolgen insbesondere bei kontinuierlicher Einnahme von Neuroleptika in den üblichen Dosierungen und gar Kombinationen sind immens, denken wir an ein danieder liegendes Sexualleben, extrem hohe Arbeitslosigkeit, Abgleiten in finanzielle Armut, körperlicher Erkrankung (zum Beispiel Fettleibigkeit), soziale Isolation, fehlende Lebensperspektiven und Planungsmöglichkeiten, Wohnungsverlust, Heimunterbringung, Beschäftigung an Behindertenarbeitsplätzen, Entrechtung mittels Zwangsbetreuungen, ungenügende Hilfen bei der Wiedereingliederung, Verweigerung von Hilfen beim Absetzen. Der finanzielle Aufwand zur Betreuung chronisch erkrankter Psychiatriebetroffener und zur Behandlung der psychiatrisch verursachten Krankheiten ist riesig. Die Normalbevölkerung zahlt dafür mit ständig steigenden Versicherungsbeiträgen und Sozialabgaben, die Behandelten mit drastisch verringerter Lebensqualität und verringerter Lebenserwartung. Das Reservoir an Ersatzpatienten ist allerdings unerschöpflich, notfalls werden sie per PsychKG zwangsweise rekrutiert.

Die Wiederkehr von Elektroschocks

Was den Betroffenen neben der Dauerverabreichung von Neuroleptika angeboten wird, sind in den letzten Jahren zunehmend Elektroschocks. 2012 erging ein Aufruf der DGPPN an Psychiater und ihre Einrichtungen, sie mögen vorbeugend, konsequent und kontinuierlich Elektroschocks verabreichen.

Alexander Sartorius vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim beschreibt die Wirkungsweise von Elektroschocks:

> »Grundlage der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist ein für wenige Sekunden am Kopf des Patienten angelegter elektrischer Wechselstrom, der idealerweise so beschaffen ist, dass er einen generalisierten, epileptischen Krampfanfall auslöst (…). Die Induktion eines epileptischen Anfalls ist also notwendig für eine antidepressive, aber auch die antikonvulsive, antimanische, antikatatone und antipsychotische Wirkung.« (2013)

Die modernste Variante von Elektroschocks ist die Auslösung epileptischer Anfälle mit sogenannten Rechteckimpulsen, d.h. sich periodisch wiederholenden Stromstößen mit steiler

Amplitude. Elektrotechniker sehen darin einen Fortschritt; für die Betroffenen bleibt es allerdings beim epileptischen Anfall als Wirkprinzip, als conditio sine qua non, d.h. unerlässliche Voraussetzung für die Wirkung.

Indikationen für Elektroschocks

Elektroschocks werden unter psychiatrischen, neurologischen und internistischen Indikationen verabreicht, allen voran schwere Depressionen, depressive Episoden mit psychotischen Merkmalen, Schizophrenie, Wochenbettpsychose, Katatonie, Manie, Zwangsstörungen und Anorexie. Auch Menschen mit Demenz bekommen Elektroschocks verabreicht, ebenfalls Kinder im vorpubertären Alter und Menschen mit geistiger Behinderung, mit frühkindlicher Hirnschädigung oder Down-Syndrom. So lasse sich ein aggressiv-agitiertes Verhalten verbessern. Zu den internistischen Indikationen zählen das maligne neuroleptische Syndrom (Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung) und die »febrile Katatonie«. Dies bedeute aber auf keinen Fall, dass Elektroschocks Ultima ratio seien, schreiben die Elektroschocker Berthold-Losleben und Grözinger:

> »Die Darstellung der EKT als Ultima Ratio ist unwissenschaftlich, medizinisch unangemessen und faktisch unrichtig. Sie ist deshalb grundsätzlich abzulehnen.« (2013)

Frauen und ältere Menschen als Hauptzielgruppe für Elektroschocks

Seit Mitte der 1980er Jahre führte das Ausbleiben der Reaktion auf Antidepressiva und Neuroleptika zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Wiederbelebung des Elektroschocks. Zahlenmäßig am häufigsten elektrogeschockt werden Frauen und Menschen ab 50 Jahre.

Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« werden besonders starke und viele Elektroschocks verabreicht. In diesen beiden Büchern finden sich die Informationen, die Elektroschock-Psychiater untereinander austauschen:

- Michael Grözinger / Andreas Conca / Thomas Nickl-Jockschat et al. (Hg.) (2013): »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag
- Otto Benkert / Hanns Hippius (Hg.) (2017): »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie«, 11. Aufl., Berlin / Heidelberg: Springer Verlag

Es ist nicht ratsam, solche Bücher vor dem Schlafengehen zu lesen.

In meinem Artikel »Wiederkehr des Elektroschocks«, siehe die Anmerkung unten, sind die Informationen aus diesen beiden Büchern komprimiert zusammengefasst.

Wie oft sollen Elektroschocks verabreicht werden?

Wenn sich Psychiater für Elektroschocks entscheiden, sollen zunächst einmal 20 Schocks verabreicht werden, um zu sehen, ob die Patienten auf die Schocks »ansprechen«:

> »Bei schizophrenen Störungen wird überwiegend bitemporal und bevorzugt mit einer etwa 2- bis 4-fachen Krampfschwellendosis stimuliert. Die notwendigen Stimulationssitzungen werden mit 6-20 (2-3 Sitzungen pro Woche) angegeben...« (Müller & Benkert, 2017)

> »Bei einer therapieresistenten paranoiden Schizophrenie muss von einer höheren Anzahl an Behandlungen ausgegangen werden. Von einem Nichtansprechen kann erst nach 20 EKT-Sitzungen gesprochen werden.« (Grager & Di Pauli, 2013)

> »Bei Indikationen aus dem schizophrenen Formenkreis können auch deutlich mehr, bis zu 30 Behandlungen erforderlich sein.« (Sartorius et al., 2013)

Als weitere Anlässe für Elektroschocks gelten unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika und Phasenprophylaktika, »Versagen einer Behandlung mit atypischen Neuroleptika«, insbesondere »Nichtansprechen« von Clozapin (Handelsname Leponex) oder gar dessen Ablehnung sowie Kontraindikationen zu Neuroleptika. Bei Behandlungsresistenz seien selbstverständlich und unvoreingenommen Elektroschocks zu verabreichen:

> »Ebenso wie eine EKT als bewährte Methode bei der Behandlung einer therapieresistenten (!) Depression selbstverständlich eingesetzt wird, ist ein solcher Einsatz bei einer therapieresistenten Manie genauso unvoreingenommen wünschenswert.« (Finzen et al., 2017)

Elektroschocks, wenn Antidepressiva und Neuroleptika nicht mehr wirken

Behandlungsresistenz gilt als häufigste Indikation für Elektroschocks. Gemäß »S3-Leitlinie Unipolare Depression« kann sie für Antidepressiva leicht festgestellt werden:

> »Wenn zwei lege artis *(nach den Regeln der ärztlichen Kunst)* durchgeführte Behandlungen mit Antidepressiva unterschiedlicher Wirkstoffklassen zu keiner Besserung geführt haben, ist eine Behandlung mit EKT indiziert.« (DGPPN et al., 2017)

Die potenziell Depressions-chronifizierende Wirkung von Antidepressiva und Psychosen-chronifizierende Wirkung von Neuroleptika lässt Psychiatern Elektroschocks als Ausweg erscheinen, wenn ihre Standardmethoden ausgereizt und psychische Probleme chronisch geworden sind. Dann scheinen drastische Maßnahmen vonnöten. Schon 1960 hatte Helmut Selbach, seinerzeit Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin-West, seine Methode der Wahl bei Toleranzbildung gegenüber dem Antidepressiva-Prototyp Tofranil (Wirkstoff Imipramin) kundgetan:

> »Die Wirksamkeit des Tofranil kann mit zunehmender Zahl der depressiven Phasen sinken. Bekanntlich wird die Auslenkung im Lauf des Lebens flacher, wobei aber das kranke System nicht selten zur Therapieresistenz erstarrt und die Fähigkeit zu spontaner oder therapeutisch provozierter Gegenregulation einbüßt oder stark vermindert ist. Hier können oft nur einer oder wenige Elektroschocks eine Auflockerung der gegenregulatorischen Insuffizienz *(Minderfunktion)* oft mit auffallend schneller Homeostasierung *(Selbstregulierung im dynamischen Gleichgewicht)* bewirken. Der Krampfanfall bewirkt in Sekundenschnelle mit extremer Amplitude also das gleiche, was ebenso unspezifisch das Tofranil mit gedehnter und flacher Amplitude über weit längere Zeit, aber schonender erreicht.« (S. 267)

Für Neuroleptika-bedingte Erstarrungszustände hatte Selbach dieselbe Lösung:

> »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)

Selbstverständlich verabreichen Psychiater Elektroschocks auch augmentativ, das heißt zur Wirkungsverstärkung ihrer Psychopharmaka. Die kombinierte Verabreichung von Elektroschocks und Neuroleptika sei der jeweiligen Monotherapie überlegen und führe zu einer höheren Reaktionsrate und zu einem schnelleren »Ansprechen der Symptomatik«. Folgt man der psychiatrischen Argumentation, wird es nicht mehr lange dauern, bis Psychiatriepatienten sofort bei Klinikaufnahme systematisch Psychopharmaka kombiniert mit Elektroschocks verabreicht werden.

Kontraindikationen für Elektroschocks sind Fehlanzeige

Elektroschockfreunde sehen keinerlei Kontraindikationen:

> »Keine Kontraindikationen für die EKT sind sehr hohes oder jugendliches Alter, Herzschrittmacher, Gravidität *(Schwangerschaft)*, Osteoporose *(Knochenschwund)*, Glaukom *(Grüner Star)* oder länger zurückliegende Herz- oder Hirninfarkte.« (Kayser et al., 2013)

In ihrer Ratgeberbroschüre für Patienten und Angehörige wirbt die DGPPN:

> »Absolute Hindernisse gegen eine EKT-Behandlung gibt es nicht. (...) Sie ist wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher und im Verhältnis zur Schwere der behandelten Erkrankungen nebenwirkungsarm.« (Grözinger et al., 2016)

Behandlungsschäden

Behandlungsschäden durch Elektroschocks sind vielfältig. Langanhaltender oder dauerhafter Gedächtnisverlust gilt als verbreitete, ernste und häufig vorkommende Auswirkung des Elektroschocks und betreffe mindestens ein Drittel der Behandelten, so psychiatrische Fachveröffentlichungen. Manche Psychiater nennen Häufigkeitsraten von über 50 %.

Kopfschmerzen, Sprachversagen und Agnosie (beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung), anhaltende epileptische Anfälle von mindestens mehreren Minuten (Status epilepticus), spontane Anfälle einhergehend mit Atemstillstand sind weitere unerwünschte Wirkungen, die sich im zentralen Nervensystem bemerkbar machen. Es kann nach der Verabreichung von Elektroschocks zu ein bis zwei epileptischen Anfälle pro Woche auf Dauer kommen.

Psychische Schäden sind nicht weniger gefährlich. Im Vergleich mit nicht elektrogeschockten Klinikpatienten ist in der auf Elektroschocks folgenden Woche die Suizidrate um das Fünffache erhöht. 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 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)

Einige der Interviewten hätten darauf hingewiesen, dass Elektroschocks qualitativ anders einzuschätzen seien als Psychopharmaka, nämlich als brutalen Angriff auf die Person an sich. Eine Frau meinte:

> »Ich denke, einen Menschen festzuschnallen und ihm einen Stromschlag zu versetzen ... erinnert doch sehr an Frankenstein, nicht wahr?« (ebd.)

An vegetativen und Organschäden sind sehr langsamer Herzschlag mit einer Frequenz unter 50 Schlägen pro Minute mit gestörtem Rhythmus zu nennen. Solche und andere Herzrhythmusstörungen kommen in einer Häufigkeit bis zu 10 % vor, insbesondere wenn gleichzeitig die üblichen, potenziell kardiotoxischen, d.h. schädlich auf das Herz wirkende Begleitmedikamente verabreicht werden.

Weiterhin auftreten können Lungenentzündungen infolge Ansaugung von Fremdkörpern in die Lunge, Komplikationen der Lungenfunktion wie Asthmaanfälle sowie Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, ebenso Schwindelzustände, Übelkeit, Einkoten, Einnässen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut. Im »Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie« sind die Ergebnisse der »risikoarmen« Verabreichung von Elektroschocks an Schwangere nachzulesen:

> »In einer Übersichtsarbeit bei 169 schwangeren Frauen, die mit EKT behandelt wurden, zeigte sich eine sehr hohe Rate an unerwünschten Ereignissen (in 29 % der Fälle kam es zu einem Abfall fetaler Herzraten, zu uterinen *(Gebärmutter-)* Kontraktionen oder zu frühzeitigen Geburten zwischen der 29. und 37. SSW (*Schwangerschaftswoche)*. Die kindliche Mortalität *(Sterblichkeit)* lag bei 7,1 %.« (2017)

Psychiater berichten intern auch von tödlichen Schäden am Gehirn, am Atemapparat, am Herzen und an den Blutgefäßen des Kreislaufs.

Im Verlauf einer Serie von Elektroschocks erhöht sich die Krampfschwelle. Älteren Menschen wird grundsätzlich eine höhere Krampfschwelle zugesprochen. Die gilt ebenso für Frauen (Eberlein, 1983). In anderen Worten, mit der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, mit zunehmendem Alter und mit zunehmender Anzahl von Elektroschocks ist das Risiko für Schäden an Gehirn und Herz noch einmal erhöht.

»Erhaltungs«-Elektroschockserien

Auch wenn – aus welchem Grund auch immer – nach den verabreichten Elektroschocks die ursprünglichen psychischen Probleme in den Hintergrund getreten oder abgeklungen sind, bedeutet dies nicht, dass Psychiater von der weiteren Verabreichung von Elektroschocks ablassen wollen. Jetzt kommen EEKT ins Spiel, »Erhaltungs-Elektrokrampf-Therapien«. Vorsorglich fortgesetzte Elektroschocks in verminderter Frequenz böten den besten Schutz vor Absetzproblemen und Rückfällen:

> »Ebenso wenig wie ein Pharmakon, das zu Remission geführt hat, sollte auch die EKT nach erfolgreicher Remission nicht abrupt abgesetzt werden.« (Di Pauli & Grözinger, 2013)

Di Pauli und Grözinger empfehlen dieses

> »Behandlungsschema für die EEKT
> 6- bis 12-mal im wöchentlichen Abstand
> 4-mal im Abstand von 2 Wochen

> 4-mal im Abstand von 3 Wochen
> Anschließend monatlich (Ausnahme Schizophrenie).« (ebd.)

Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« sollen nicht so lange auf den jeweils nächsten Elektroschock warten müssen:

> »Zur Weiterbehandlung der Schizophrenie wird empfohlen, einen Behandlungsabstand von 3 Wochen nicht zu überschreiten.« (ebd., S. 165)

Auswirkungen von Elektroschocks auf das soziale Leben

Die Auswirkungen von Elektroschocks und insbesondere Elektroschockserien auf das soziale Leben können Sie sich selbst ausmalen. Alleine der Gedächtnisverlust hat vielfältigste Dimensionen. Die Menge des Lebens, das ihr zum Opfer falle, könne nicht vorhergesagt werden, schreiben Harold Robertson und Robin Pryor in den *Advances in Psychiatric Treatment*, nachdem sie die medizinische Literatur zu Elektroschocks durchforscht hatten. Der Gedächtnisverlust könne sich auf zehn bis 20 Jahre ausdehnen und beschränke sich nicht nur auf Informationen über einzelne leicht rekonstruierbare Ereignisse oder Tatsachen wie Termine und Telefonnummern, sondern umfasse alle mit der ausgelöschten Zeitperiode verbundenen Gedanken, Gefühle, Beziehungen, Bildung und Qualifikationen.

Traumatisierung, Hirn- und sonstige organische Schäden sind alles andere als optimale Ausgangsbedingungen für Recovery und Wiedereingliederung in ein normales, erfülltes Leben.

Psychiatriebetroffene, die bis Ende 1975 auch mit E-Schocks misshandelt und geschädigt wurden, erhalten derzeit von der Stiftung Anerkennung und Hilfe Entschädigungen in Höhe von 9000 €. Die Peiniger, beispielsweise Uwe Hendrik Peters, von 1979 bis 1996 Direktor der Nervenklinik an der Universität Köln, der an der Universitätsklinik Mainz, wo er vorher arbeitete, jungen Frauen wie Kerstin Kempker – siehe ihr Buch »Mitgift – Notizen vom Verschwinden« (Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2000; www.peter-lehmann.de/buecher/mitgift.htm) – Insulin- und Elektroschocks ohne informierte Zustimmung verabreichte, sitzen im Ethikbeirat der DGPPN.

Aufklärung über Behandlungsrisiken?

Was Psychiater »Aufklärung« über Behandlungsrisiken nennen, besteht im Allgemeinen aus der Information, Elektroschock würden kurzfristig und vorübergehend zu Gedächtnisproblemen führen. Die in der Fachliteratur wiedergegebenen erheblichen Risiken und Schäden werden den Betroffenen vorenthalten. Gleichzeitig findet vor der Verabreichung von Antidepressiva und Neuroleptika keinerlei Aufklärung statt über das Risiko, dass diese Substanzen zur Toleranzbildung und Behandlungsresistenz führen und demzufolge Elektroschocks nach sich ziehen können.

Elektroschockfreunde halten eine detaillierte Aufklärung über Risiken und Schäden von Elektroschocks tendenziell für schädlich; medizinische Einzelheiten könnten manche Patienten emotional oder intellektuell überfordern, die Aufklärung könnte zu einer nicht zu bewältigenden psychischen Belastung führen und Leben oder Gesundheit der Patienten ernstlich gefährden und sie in einen für die Gesundheit schädlichen Angstzustand versetzen.

Patientenverfügungen habe der Arzt lediglich zu berücksichtigen. Lägen jedoch begründete Zweifel vor, dass die verfügten Regelungen noch dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen, wenn sie

vor längerer Zeit errichtet wurden und wenn die medizinische Entwicklung Maßnahmen ermögliche, die in der Verfügung nicht vorhergesehen wurden: Dann sei dem Arzt empfohlen, auch bei an sich eindeutigen Patientenverfügungen evtl. verbleibende Zweifel auf einen gemutmaßten Willen des Patienten zu stützen und sich zur eigenen Absicherung »in dubio pro vita« (»im Zweifel für das Leben«), das heißt für die gewaltsame Verabreichung von Elektroschocks zu entscheiden – so der Medizinrechtler Dirk Olzen und der Psychiater Nickl-Jockschat (2013) in ihrer höchstpersönlichen Auslegung des Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit, der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und des Bürgerlichen Gesetzbuchs zur Notfallbehandlung, die an den Wünschen der Betroffenen ausgerichtet sein muss.

Bei (unterstellter) Fremdgefährdung bleibe eine psychiatrische Patientenverfügung unbeachtlich, meinen sie. Die »höhere« Wirkung des Elektroschocks habe vor den »nur geringfügig größeren Nebenwirkungen« Vorrang, deshalb sollten bei Notfall-Indikationen, die auf Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr hinweisen, Elektroschocks rasch verabreicht werden, zudem immer bilateral und mit einer zunächst hohen Behandlungsfrequenz; die gerichtliche Einwilligung könne hinterher immer noch eingeholt werden. Bei zwar einwilligungsfähigen, aber »psychisch kranken« Personen sowie bei Minderjährigen sei die Einwilligung sowieso nicht nötig (Sartorius et al., 2013; Olzen & Nickl-Jockschat, 2013), so die Autoren von »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«.

Zwangsweise Elektroschocks und Widerstand

Aktuell diskutieren Psychiater, inwieweit gewaltsam verabreichte Elektroschocks sinnvoll sind. Ein Argument dagegen ist, sie würden dem Ansehen des Elektroschocks schaden. Gleichzeitig wird Psychiatern, die zwangsweise verabreichte Elektroschocks ablehnen, unethisches ärztliches Handeln vorgeworfen. Die Diskussion ist nachzulesen in den Zeitschriften *Psychiatrische Praxis* und *Der Nervenarzt*.

Man kann sich vorstellen, wie die Entwicklung weitergeht, wenn das Ansehen des Elektroschock – oder der Elektrokrampftherapie, wie er von den Freunden des Elektroschocks beschönigend genannt wird – gefestigt und der Widerstand ins Leere gelaufen ist. Für Psychiater gibt es dann keine Argumente mehr gegen gewaltsam verabreichte Elektroschocks.

Einen ersten Schritt wider die Wiederkehr des Elektroschocks stellt das Symposium »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?« dar, das der Autor dieses Artikels gemeinsam mit Jann E. Schlimme am 15. November 2018 bei der Jahrestagung der DGSP in Magdeburg leiten wird. Im Monat davor wird P.L. bei der Jahrestagung des BPE (12.-14. Oktober in Kassel) den Vortrag »Die schleichende Wiederkehr des Elektroschocks« halten und potenziell Betroffene warnen, sie mögen sich rechtzeitig mit einer differenzierten und sorgfältig formulierten Psychosozialen Patientenverfügung vor unerwünschten Elektroschocks schützen.

Dass man mit Vorausverfügungen nicht umfassend Vorsorge für alle Eventualitäten treffen kann, versteht sich von selbst. Die mit zwangsweiser bzw. ohne Einwilligung erfolgte Verabreichung von Elektroschocks einhergehenden Risiken sind jedoch absehbar und vielleicht auch abwendbar – sofern man rechtzeitig Vorsorge trifft. Allerdings besteht eine Kluft zwischen Recht haben und Recht bekommen – insbesondere für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Um gesetzeswidrigen psychiatrischen Praktiken wirksam zu begegnen, wäre es von großer Bedeutung,

wenn rechtsstaatlich orientierte psychiatrisch Tätige anfangen, Zivilcourage zu entwickeln, vorsätzlich schädigende Behandlungsstrategien mit Elektroschocks publik machen und den Strafverfolgungsbehörden anzeigen. Und wenn die Betroffenen, ihre Angehörigen und Anwälte sowie couragierte Politiker und Journalisten Druck machen, der weiteren Ausbreitung dieser verantwortungslosen psychiatrischen Menschenrechtsverletzung Einhalt zu gebieten.

Anmerkung

Quellenangaben der zitierten Literatur finden Sie in: Peter Lehmann: »Wiederkehr des Elektroschocks«, in: Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer / Josef Zehentbauer: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2017, S. 125-151 (E-Book 2026)

Über den Autor

Peter Lehmann ist Psychiatrie-Überlebender, Dipl.-Pädagoge, Autor und Inhaber des Antipsychiatrieverlags in Berlin. 1991 Mitbegründer und langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, 1994-2000 Vorstandsmitglied des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 1996 Mitbegründer vom Weglaufhaus Berlin. 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde in Anerkennung des »außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener« durch die Aristoteles-Universität Thessaloniki. 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« (1986, 6. Auflage 2010; E-Book 2026), »Schöne neue Psychiatrie« (1996, E-Book 2026), »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen« (2017, gemeinsam mit Volkmar Aderhold, Marc Rufer und Josef Zehentbauer), »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Hg. 1998; E-Book 2026) und »Statt Psychiatrie 2« (Hg. 2007 mit Peter Stastny; E-Book 2026).

Mehr siehe www.peter-lehmann.de

Copyright 2018 by Peter Lehmann, Berlin. Alle Rechte vorbehalten.