

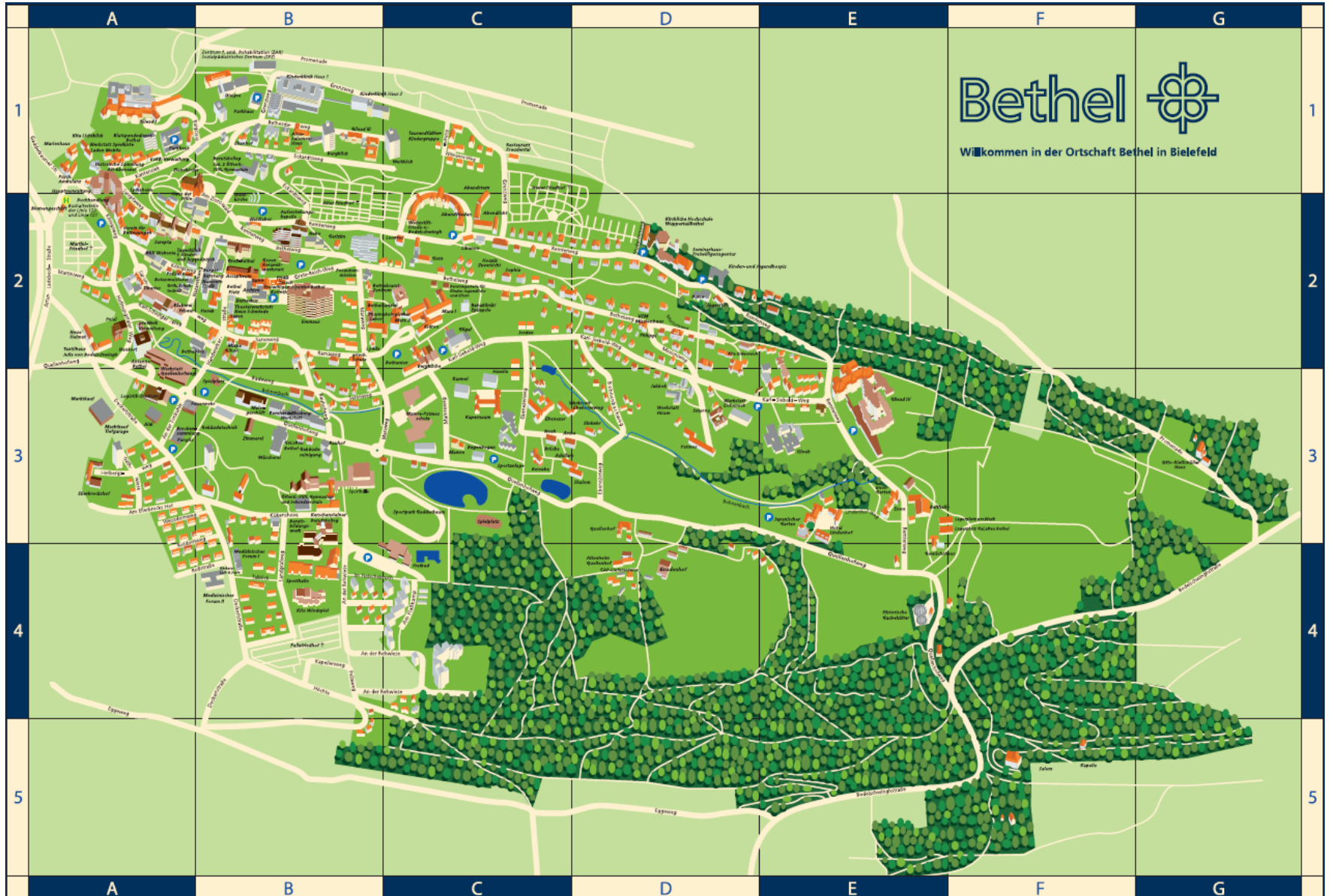
EKT bei geistiger Behinderung

Dr. med. Michael Guhra
Evangelisches Klinikum Bethel
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung für Gerontopsychiatrie

24. EKT-Workshop/DGPPN-Referatstreffen, Münsingen, 05.10.2019



07.10.2019

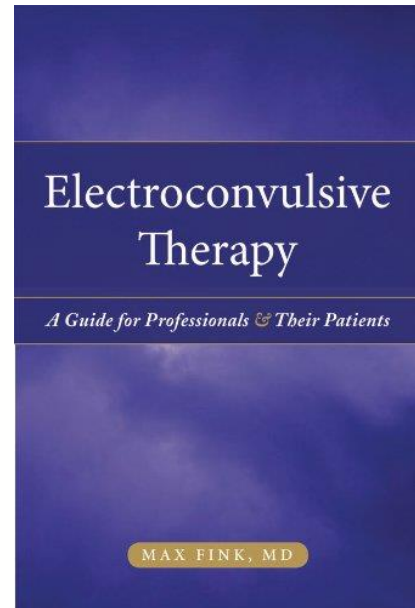


10.5.8 EKT bei geistiger Behinderung

Geistig Behinderte (auch als »mental retardiert« bezeichnet) profitieren bei Vorliegen einer zum Indikationsspektrum gehörigen psychischen Erkrankung ebenso von EKT wie psychoorganisch Gesunde (Reinblatt et al. 2004). Dies gilt für Menschen mit frühkindlicher Hirnschädigung wie für genetische Syndrome, z. B. das **Down-Syndrom**. Es empfiehlt sich ein vorsichtiges Vorgehen, d. h. die Frequenz der Behandlung sollte niedriger gewählt und vorzugsweise eine unilaterale Stimulation vorgenommen werden (Lazarus et al. 1990).



Mary	Depressive melancholia
Robert	Psychotic depression in a 68-year-old scientist
Helen	Pseudodementia and catatonia
Dr. Rosenberg	Suicide risk averted with treatment
Sarah	Acute manic episode
David	Mania with psychosis
Philip	Delirious mania in a 17-year-old adolescent
Gerald	Acute catatonia in a 20-year-old man
Jeffrey	Malignant catatonia: the neuroleptic malignant syndrome
Monroe	ECT in a patient with parkinsonian rigidity
Jefferson	Acute psychotic episode in an 18-year-old
Steven	Chronic schizophrenia
Eric	Toxic psychosis and delirium in a 15-year-old
Peter	Depression in a 16-year-old adolescent
Claudia	Mental retardation in a 23-year-old
Donald	Self-injurious behavior in a 14-year-old
Quinn	Catatonia in autistic spectrum disorder in a 17-year-old



Pubmed-Suche:

ect / electroconvulsive therapy +

- mental retardation
- intellectual disability
- developmental disability

69 Paper 1968 -2019

- keine prospektiven Studien, Fall-Kontroll-Studien oder RCT
- 47 Case reports/Fallserien, 7 Reviews, weiterhin Stellungnahmen (Wirkungsweise, Ethik) und Reviews zur Behandlung psychischer Erkrankungen bei geistig behinderten Patienten
- Publication Bias?!
- 103 Fälle
+ 5 (Knitter 1986) + 20 (Reinblatt 2004) + 22 (?) (Wachtel 2019)

103 case reports

- **M 59 F 44**

- **Alter 8 - 71 (M: 30,8)**

- **Ursache der geistigen Behinderung:**
 Autismus-Spektrum-Störung 14
 Down-Syndrom 12
 Syndrome/org. Erkrankungen 7
 nn 70

- **Schwere der geistigen Behinderung:**
 borderline 4
 borderline - mild 1
 mild 40
 mild - moderate 3
 moderate 31
 severe 3
 profound 2
 nn 19

Schweregrad	IQ
mild	50-69
moderate	35-49
severe	20-24
profound	<20

103 case reports

- **psychiatrische Diagnosen/EKT-Indikationen**

affektive Störungen 61

- unipolare Depression 35
- bipolar (Depression, Manie, gemischt) 26
- + 12 „mood disorders“ (Reinblatt 2004)

Schizophrenie/„Psychose“ 16

- + 5 „Propfpsychosen“ bei Oligophrenie (Knitter 1986)
- + 6 (Reinblatt 2004)

Schizoaffektive Störung 9

MNS 2

organische affektive Störung 1

Epilepsie 1

unklar 4

Katatonie 28

Use of ECT in patients with an intellectual disability: review

Jessica Collins,¹ Neel Halder,^{2,3} Nasim Chaudhry^{3,4}

The Psychiatrist (2012), 36, 55–60, doi: 10.1192/pb.bp.110.033811

¹Salford Royal NHS Foundation Trust;
²Alpha Hospital, Bury; ³University of
Manchester; ⁴Greater Manchester
West Mental Health NHS Foundation
Trust

Correspondence to Neel Halder
(neel.halder@alphahospital.co.uk)

First received 9 Dec 2010, final revision
20 Jul 2011, accepted 14 Sep 2011

Aims and method The literature on the use of electroconvulsive therapy (ECT) in patients with an intellectual disability is scarce, despite a higher prevalence of psychiatric disorders than in the general adult population. We carried out a review of articles published before March 2010. All age ranges, severity of disability and diagnoses were included.

Results We found 72 case reports, a retrospective chart review study and other reviews, but no controlled studies. Most patients (79%) showed a positive outcome following ECT. Complications were seen only in 13% and there were no reports of cognitive decline. Many patients relapsed following ECT (32%) and the majority were maintained with medication at follow-up (71%).

Clinical implications Electroconvulsive therapy is a valuable treatment for this patient group and should be considered earlier as opposed to as a last resort. Obstacles to its use include diagnostic difficulties, ethical and legal issues, a lack of objective measurements and uncertainty about its safety in this population.

Declaration of interest None.

Table 1 Psychiatric diagnoses and levels of intellectual disability in the reviewed studies

Diagnosis	Cases, n (%)	Severity, n (%)				
		Mild	Moderate	Severe	Profound	Not stated
Affective disorder	42 (58)	21 (50)	12 (29)	1 (2)	1 (2)	7 (17)
Schizophrenia	6 (8)	3 (50)	2 (33)	1 (17)	–	–
Schizoaffective disorder	7 (10)	6 (86)	1 (14)	–	–	–
Behavioural disturbances	4 (6)	1 (25)	2 (50)	1 (25)	–	–
Catatonia	4 (6)	1 (25)	1 (25)	–	–	2 (50)
Mixed	7 (10)	4 (57)	2 (29)	–	1 (14)	–
Other	1 (1)	–	1 (100)	–	–	–
Not stated	1 (1)	1 (100)	–	–	–	–

Table 2 Range of treatments given within each category of intellectual disability

Level of intellectual disability	Average, <i>n</i> (range)
Mild	8 (1–18)
Moderate	9 (3–21)
Severe	7 (1–12)
Profound	8 (6–10)

Table 3 Outcome of electroconvulsive therapy in the sample

Outcome	Cases, <i>n</i> (%)	Severity, <i>n</i> (%)				
		Mild	Moderate	Severe	Profound	Not stated
Positive (full improvement)	57 (79)	28 (49)	18 (32)	2 (4)	2 (4)	7 (12)
Negative (no improvement)	7 (10)	5 (71)	2 (29)	–	–	–
Mixed (improvement of some symptoms but not others)	5 (7)	2 (40)	1 (20)	1 (20)	–	1 (20)
Not stated	3 (4)	2 (67)	–	–	–	1 (33)

The Efficacy of ECT in Adults With Mental Retardation Experiencing Psychiatric Disorders

Shauna P. Reinblatt, MD, Arthur Rifkin, MD,* and Jon Freeman, PhD†*

n = 20 (12 affektive St., 6 psychotische St., 2 intermittend explosive disorder)

TABLE 3. ABC Scale Scores Between Diagnostic Treatment Groups with ECT

		ABC Scales				
		Irritability	Lethargy	Stereotypy	Hyperactivity	Inappropriate Speech
Mood disorders, mean (SD)	Pre-ECT	17.08 (2.75)	10.08 (3.08)	3.25 (1.42)	22.17 (4.24)	2.08 (0.79)
	Post-ECT	6.92 (2.24)*	3.08 (1.07)	0.83 (0.43)	10.75 (3.32)†	0.83 (0.49)
Psychotic disorders, mean (SD)	Pre-ECT	10.50 (3.89)	9.50 (4.36)	2.67 (2.00)	23.83 (5.99)	1.67 (1.11)
	Post-ECT	6.17 (3.17)*	5.67 (1.52)	1.00 (0.61)	13.67 (4.70)†	0.83 (0.69)
IED, mean (SD)	Pre-ECT	21.50 (6.74)	2.50 (7.54)	0.00 (3.47)	27.50 (10.38)	1.00 (1.93)
	Post-ECT	21.50 (5.49)	3.00 (2.62)	1.00 (1.05)	34.00 (8.14)†	3.00 (1.19)

**P* < 0.03 (pre- and post-ECT comparisons within-group).

†*P* < 0.01, 2-tailed (pre- and post-ECT comparisons within-group).

SD indicates standard deviation; IED, intermittent explosive disorder.

Allen case reports gemeinsam:

- EKT als ultima ratio nach Multimedikation und verschiedensten verhaltens-/milieutherapeutischen Maßnahmen
- oft Konsultation mehrerer Kliniken (oft in mehreren Bundesstaaten)

The Journal of ECT

18(4):218–222 © 2002 Lippincott Williams & Wilkins, Inc., Philadelphia

ECT Use Delayed in the Presence of Comorbid Mental Retardation: A Review of Clinical and Ethical Issues

*†John D. Little, F.R.A.N.Z.C.P., *Jo McFarlane, M.Ed., and ‡H. M. Ducharme, D.Phil.

Gründe für Zurückhaltung gegenüber der EKT-Indikation bei Pat. mit geistiger Behinderung:

- Ängste vor kognitiven Störungen
- Problem der Einwilligungsfähigkeit
- Betonung von funktionellen Aspekten der Verhaltensstörungen („environmental or operant function“)
- wahrscheinlich häufiges Übersehen einer katatonen Störung
- überhaupt diagnostische Unsicherheit

ECT in Mental Retardation: A Review

Jeroen A. van Waarde, M.D., *Joost J. Stolker, M.D., and †Rose C. van der Mast, M.D., Ph.D.

*Department of Psychiatry, Leiden University Hospital, Leiden; *Department Wier, Altrecht Mental Health Care, Den Dolder; and †Mentrum Mental Health Care, Amsterdam, The Netherlands*

PSYCHIATRIC DIAGNOSIS IN MENTAL RETARDATION

Diagnosing psychiatric disorders in people with mental retardation is usually difficult. Because of “atypical” and nonspecific clinical presentations and the frequent assumption that psychiatric symptoms are an inherent part of the underlying mental retardation (“diagnostic overshadowing”), psychiatric disorders are commonly overlooked in these people (5,9). Some authors even think that in mental retardation, distinctive psychiatric disorders exist (3,10).

Nebenwirkungen/Besonderheiten bei Pat. mit geistiger Behinderung

- häufiger prolongierte Anfälle, Status und tardive Anfälle?
- häufiger postiktale Agitation/Delir?

- überwiegend bitemporale Stimulation
- häufiger niederfrequente Erhaltungs-EKT?



ELSEVIER

medical
hypotheses

<http://intl.elsevierhealth.com/journals/mehy>

Could ECT be effective in autism?

Dirk M. Dhossche^{*,1}, Sara Stanfill²

*Department of Psychiatry and Human Behavior, University of Mississippi Medical Center,
2500 North State Street, Jackson, MS 39216, USA*

There are recent speculations that certain types of autism may be the earliest expression of catatonia and that both disorders have identical risk factors. Therefore, ECT may improve autism and, if started early enough, may prevent further development of autistic symptoms in some children.

GABAerge Dysfunktion bei ASD und Katatonie

Clinical overview

Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an ‘iron triangle’?

Shorter E, Wachtel LE. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an ‘iron triangle’?.

Objective: To explore the possibility that autism, catatonia and psychoses in children are different manifestations of a single underlying form of brain pathology – a kind of ‘Iron Triangle’ of symptomatology – rather than three separate illnesses.

Method: Systematic evaluation of historical case literature on autism to determine if catatonic and psychotic symptoms accompanied the diagnosis, as is found in some challenging present-day cases.

Results: It is clear from the historical literature that by the 1920s all three diagnoses in the Iron Triangle – catatonia, autism and childhood schizophrenia – were being routinely applied to children and adolescents. Furthermore, it is apparent that children diagnosed with one of these conditions often qualified for the other two as well. Although conventional thinking today regards these diagnoses as separate entities, the presence of catatonia in a variety of conditions is being increasingly recognized, and there is also growing evidence of connections between childhood-onset psychoses and autism.

Conclusion: Recognition of a mixed form of catatonia, autism and psychosis has important implications for both diagnosis and treatment. None of the separate diagnoses provides an accurate picture in these complex cases, and when given single diagnoses such as ‘schizophrenia’, the standard treatment options may prove markedly ineffective.

E. Shorter¹, L. E. Wachtel²

¹Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, Canada and ²Neurobehavioral Unit, Kennedy Krieger Institute, Baltimore, MD, USA

Key words: autistic disorder; catatonia; child psychiatry; schizophrenia, childhood; nosology

Edward Shorter, History of Medicine Program, 150 College Street, Room 830, Toronto, Canada M5S 3E2.
E-mail: history.medicine@utoronto.ca

Accepted for publication December 19, 2012

Clinical recommendation

- There is considerable evidence to suggest that autism, catatonia and childhood psychosis may represent three different manifestations of the same underlying brain disorder; indeed, the Iron Triangle may even be the natural form of the disease. Yet this mixed form has been largely overlooked because its clinical features are conventionally seen as separate disorders.

Selbstverletzendes Verhalten bei Pat. mit ASD (D'Agati et al. 2017)

- ca. 25%
- kleine Subgruppe mit extrem hoher Frequenz

- head banging
- Schlagen/Boxen
- Kratzen
- Kneifen
- Reiben/Scheuern
- Beissen

- Folgen: Verletzungen der Extremitäten (inkl. Frakturen), ICB, Augenverletzungen...



Wachtel et al. 2008

Electroconvulsive therapy for self-injurious behaviour in autism spectrum disorders: recognizing catatonia is key

Lee Elizabeth Wachtel^a, Edward Shorter^b, and Max Fink^c

Curr Opin Psychiatry 2018, 31:116–122

Treatment of catatonia in autism spectrum disorders


Wachtel LE. Treatment of catatonia in autism spectrum disorders.

Objective: To review the treatment courses of 22 autistic patients diagnosed with catatonia over a 12-year period, including treatment with benzodiazepines and electroconvulsive therapy.

Method: Retrospective review of inpatient and outpatient records of 22 autistic youth presenting to a neurobehavioral service who were treated for catatonia.

Results: Six girls and 16 boys ranging from ages 8 to 26 years old presenting for neurobehavioral assessment were found to meet criteria for catatonia according to the DSM5 and were treated for such. All but one patient was initially unsuccessfully treated with benzodiazepines in dosages ranging from 1 to 27 mg daily, and all patients underwent electroconvulsive therapy. Mean age of ECT start was 15.6 years old, and the total number of ECT received ranged from 16 to 688, with 13 patients still receiving maintenance ECT at the end of the study period. ECT conferred prominent patient benefit in terms of catatonic symptom reduction, including alleviation of incapacitating, treatment-resistant self-injury.

Conclusion: Myriad symptoms of catatonia were seen in this sample of 22 autistic youth. Implementation of anti-catatonic paradigms, particularly electroconvulsive therapy, conferred vast patient benefit.

L. E. Wachtel 

Kennedy Krieger Institute, Baltimore, MD, USA

Key words: autism; catatonia; ECT; child and adolescent psychiatry; treatment

Lee Elizabeth Wachtel, Kennedy Krieger Institute, 707 North Broadway, Baltimore, MD 21209, USA.
E-mail: wachtel@kennedykrieger.org

Accepted for publication October 17, 2018

Table 1. Benzodiazepine treatment

Patient #	LZP Y/N	Max daily dosage	Reason for discontinuation
1	Y	24 mg	discontinued due to 'disability'
2	Y	27 mg	Partial benefit
3	Y	15 mg	Partial benefit
4	Y	Unknown	No benefit
5	Y	14 mg	Partial benefit
6	Y	1 mg	No benefit
7	Y	2–6 mg	Excessive sedation
8	N		
9	Y	3 mg daily	Sedation, unsteady gait
10	Y	4 mg daily	No benefit
11	Y	Unknown	Worsening behaviors
12	Y	Unknown	No benefit
13	Y	1 mg	No benefit
14	Y	26 mg	Worsening behaviors
15	Y	6 mg	Excessive sedation
16	Y	12 mg	Partial benefit
17	Y	6 mg	Partial benefit
18	Y	6 mg	No benefit
19	Y	18.5 mg	Partial benefit
20	Y	15 mg	Partial benefit
21	Y	6 mg	No benefit
22	Y	12 mg	Partial benefit

Significant outcomes

- Benzodiazepines were of unclear benefit in the resolution of catatonia in this autistic patient cohort.
- Electroconvulsive therapy conferred marked benefit in the treatment of catatonia in the same patients.
- Maintenance electroconvulsive therapy was necessary for sustained symptom remission.

Table 2. Electroconvulsive therapy course

Patient #	Age at ECT start	Months of m-ECT	Total ECT to date	Still receiving m-ECT	Electrode placement	ECT frequency
1	17	109	560	N	BL	q5–7 days
2	15	226	688	Y	BL	q7 days
3	19	113	677	Y	BL	q5 days
4	8	50	141	N	BL	q14 days
5	13	93	401	Y	BL	q5–7 days
6	11	83	262	Y	BL	q7–9 days
7	15	76	459	Y	BL	q5–7 days
8	12	70	290	Y	BL	q14 days
9	16	48	118	N	BL	q5–7 days
10	11	3	20	N	BL	Thrice weekly
11	25	49	414	N	BL	q5–7 days
12	15	4	30	N	BL	q5–7 days
13	15	7	40	N	BL	q5–7 days
14	18	25	113	N	BL	q14 days
15	18	30	142	Y	BL	q7 days
16	17	6	42	N	BL	q7 days
17	18	21	76	Y	BL	q14 days
18	15	16	43	Y	BL	q14–21 days
19	26	14	57	Y	BL	q14 days
20	15	14	94	Y	BL	q7 days
21	11	11	38	Y	BL	q7 days
22	13	2	16	Y	BL	q7 days

Catatonia in Down syndrome; a treatable cause of regression

This article was published in the following Dove Press Journal:
Neuropsychiatric Disease and Treatment
2 April 2015
[Number of times this article has been viewed](#)

Neera Ghaziuddin¹
Armin Nassiri²
Judith H Miles³

¹Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan,
²Community Psychiatry, San Jose, California, ³Thompson Center for Autism and Neurodevelopmental Disorders and Department of Child Health, University of Missouri, Columbia, Missouri, USA

Objective: The main aim of this case series report is to alert physicians to the occurrence of catatonia in Down syndrome (DS). A second aim is to stimulate the study of regression in DS and of catatonia. A subset of individuals with DS is noted to experience unexplained regression in behavior, mood, activities of daily living, motor activities, and intellectual functioning during adolescence or young adulthood. Depression, early onset Alzheimer's, or just "the Down syndrome" are often blamed after general medical causes have been ruled out. Clinicians are generally unaware that catatonia, which can cause these symptoms, may occur in DS.

Study design: Four DS adolescents who experienced regression are reported. Laboratory tests intended to rule out causes of motor and cognitive regression were within normal limits. Based on the presence of multiple motor disturbances (slowing and/or increased motor activity, grimacing, posturing), the individuals were diagnosed with unspecified catatonia and treated with anti-catatonic treatments (benzodiazepines and electroconvulsive therapy [ECT]).

Results: All four cases were treated with a benzodiazepine combined with ECT and recovered their baseline functioning.

Conclusion: We suspect catatonia is a common cause of unexplained deterioration in adolescents and young adults with DS. Moreover, pediatricians and others who care for individuals with DS are generally unfamiliar with the catatonia diagnosis outside schizophrenia, resulting in misdiagnosis and years of morbidity. Alerting physicians to catatonia in DS is essential to prompt diagnosis, appropriate treatment, and identification of the frequency and course of this disorder.

M. Guhra · B. Rohden · S. Spannhorst · M. Driessen · S. H. Kreisel

Abteilung für Gerontopsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Klinikum Bethel
(EvKB), Bielefeld, Deutschland

Elektrokonvulsionstherapie zur Behandlung therapieresistenter Vokalisationen bei Demenz

Palliating Severe Refractory Neuropsychiatric Symptoms of Dementia: Is There a Role for Electroconvulsive Therapy?

Tyler S. Kaster, M.D., Daniel M. Blumberger, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.



Foto: © Die Klinke e. V.

Referent*innen

Dr.rer.biol.hum. Peter Ansari

Depressionsforscher

Maria Canova

Vorstand Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Pauline Dinkelberg

Vorstand Patientenvereinigung Afbow medicatie

Dr. Peter Groot

Medical Center Maastricht University School for Mental and Neuroscience

Dr.phil.hc. Dipl.päd. Peter Lehmann

Sozialwissenschaftler, Verleger, langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen

Julia Lippert

Erfahrungsexpertin, Vorstand Kellerkinder e.V. Berlin

Dr.med. Wolf Müller

Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Chefarzt a.D.

Paul Harder

Regenboog Apotheek Maastricht

P.D. Dr.med.Dr.phil. Jann Schlimme

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Dipl. paed. Hildegard Weigand

Supervisorin (DGSV) mit langjähriger Berufserfahrung in psychiatrischen Institutionen

Lucia Wolf

Heilpraktikerin und Homöopathin

Moderation: **Dipl. paed. Hildegard Weigand**

Tagung des Vereins „Die Klinke“ e. V.

Verein für psychosoziale Arbeit im Kreis Herford

in Kooperation mit:



der Volkshochschule
im Kreis Herford



Westfälische Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie
(WGSP e. V.)

Fortbildungspunkte werden bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe beantragt.

Anmeldung bitte möglichst bis zum 24.09.2019 bei der VHS im Kreis Herford unter 05221 5905-32 oder www.vhsimkreisherford.de

Veranstaltungs-Nr. 19-71002
01.10.2019, 9:00 - 18:00 Uhr
Herford, VHS, Aula, Münsterkirchplatz 1,
Tagungsgebühr 50,00 €

VHS im Kreis Herford
Münsterkirchplatz 1 | 32052 Herford
Fon: 05221 5905-0 | Fax: 05221 5905-36

info@vhsimkreisherford.de
www.vhsimkreisherford.de

Wege aus der Depression

- „Sanfter Entzug“ – wie geht das?
und
- Wiederkehr des Elektroschocks:
Therapie oder Schädigung?

1. Oktober 2019

Zum 01.10.2019 laden die Veranstalter Die Klink e.V. Herford in Kooperation mit der Volkshochschule im Kreis Herford, der Westfälischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (WGSP e.V.) hiermit zur dritten Tagung zum Thema „Wege aus der Depression“ ein.

Die erste Tagung 2017 hatte die Aufklärung über die Fragwürdigkeit antidepressiver medikamentöser Behandlung und den Schwierigkeiten beim Absetzen dieser Medikamente zum Schwerpunkt. Entzugserscheinungen können quälend und so schwer erträglich sein, dass sich viele Patient*innen gezwungen sehen, die Antidepressiva langfristig in alter Dosierung weiter einzunehmen. Die dauerhafte Einnahme ist aber mit erheblichen gesundheitlichen Risiken und vermehrten depressiven Phasen verbunden.

Die Frage, wie „SSRI-Antidepressiva“ trotz schwerwiegender Entzugserscheinungen auf erträgliche und „sanfte“ Weise reduziert und abgesetzt werden können, wurde auf dieser Tagung noch nicht ausreichend beleuchtet. Wir möchten deshalb am Vormittag der diesjährigen Tagung Experten- und Erfahrungswissen darüber zur Verfügung stellen, wie ein „sanfter“ Entzug gelingen kann.

Im Vorgriff zu dieser Tagung hat am 08.04.19 eine Abendveranstaltung stattgefunden, bei der die Vertreter*innen des Medical Center Maastricht University, School for Mental Health und Neuroscience, Pauline Dinkelberg, Dr. Peter Groot und Paul Harder bereits von ihren Erfahrungen mit sogenannten Taperingstrips berichtet haben. Auch diesmal werden sie ihre Arbeit darüber noch einmal auf dieser Tagung vorstellen. Pauline Dinkelberg wird ausführlicher über die Aufgaben und Erfahrungen

in der Patientenvereinigung Medikamentenreduzierung („Vereniging Afbouwmedicatie“) berichten.

Herr Dr. Peter Ansari und Frau Lucia Wolf berichten von ihren jeweiligen Erfahrungen mit dem „sanften“ Entzug. Was ist dabei wichtig? Und wie kann auch Homöopathie einen Beitrag leisten?

Die zweite Tagung 2018 widmete sich zunächst folgerichtig der Auseinandersetzung mit erprobten Behandlungsalternativen zur medikamentösen Behandlung. Auch diesen Faden greifen wir noch einmal auf dieser Tagung

auf: Wir setzen uns am Nachmittag kritisch mit der Wiederkehr der Anwendung des Elektroschocks als einer fragwürdigen „Behandlungsalternative“ auseinander. Wir konnten Julia Lippert gewinnen, uns über ihre Erfahrungen im Diagnose- und Behandlungsdschungel mit der Anwendung der Elektrokrampfanwendung zu berichten.

Dr. Wolf Müller wird uns von seinen Erfahrungen am Landeskrankenhaus Gütersloh in den 70er Jahren mit der Anwendung von Elektroschocks berichten. PD Dr. Jann Schlimme und Dr. Phil. h.c. Peter Lehmann werfen ihren kritischen Blick auf die aktuelle Entwicklung.

Es wird bei den Vorträgen Zeit für Nachfragen, Anmerkungen und Diskussion geben. Psychiatrieerfahrene und Genesungsbegleiter sind unsere Tagungsbeobachter. Sie lassen uns am Ende wissen, wie sie die Tagung erlebt haben.

Das Duo „Klanggeflüster“ bereichert unsere Tagung mit einem hör- und fühlbaren Klangerleben obertonreicher, heilsamer Instrumente – mal ruhig und entspannend, dann wieder lebendig, kraftvoll und belebend.

Programmablauf

8:00	Einlass und Kaffee
9:00 - 9:15	Wolf Müller Maria Canovai Begrüßung, Einführung in die Tagung Begrüßung durch WGSP, Hinweise
9:15 - 9:30	Hildegard Weigand Hilfllosigkeit der Psychiatrie – Beziehung als Kern der Behandlung
9:30 - 10:15	Dr. Peter Ansari „Sanfter“ Entzug – Wie geht das
10:15 - 10:30	Kaffee-Pause
10:30 - 10:45	Klanggeflüster Musikalische Einlage
10:45 - 11:45	Pauline Dinkelberg, Dr. Peter Groot Paul Harder, Verantwortungsvolle Reduzierung von Medikamenten – Unterstützung durch den Verein für Medikamentenentzug Maastricht
	Ausschleichen von Antidepressiva mit Tapering-Strips
11:45 - 12:15	Lucia Wolf Einsatz von Homöopathie – Unterstützung des Entzugs von Antidepressiva
12:15 - 12:30	Klanggeflüster Musikalische Einlage
12:30 - 13:30	Mittagspause
13:30 - 13:45	Klanggeflüster Musikalische Einlage
13:45 - 14:15	Julia Lippert Diagnose- und Behandlungsdschungel: „EKT“ am eigenen Leib – Erfahrungswissen
14:15 - 14:45	Dr. Wolf Müller Klinische Praxis: Elektroschocks in den 70er Jahren – Expertenwissen
14:45 - 15:30	PD. Dr. Jann Schlimme Zur Studienlage der Anwendung der „EKT“ – die Psychiatrie braucht die „EKT“ nicht
15:30 - 15:45	Klanggeflüster Musikalische Einlage
15:45 - 16:15	Kaffee-Pause
16:15 - 17:00	Dr. Peter Lehmann Wiederkehr des Elektroschocks – Argumente gegen den Einsatz der sogenannten Elektrokonvulsions – „Therapie“
17:00 - 18:00	N. N. Alte Beobachtungen zur Tagung von Psychiatrie-Erfahrenen Gespräch und Diskussion mit dem Publikum

Wege aus der Depression

Fazit nach Studienlage

Der Einsatz elektrisch ausgelöster Krampfanfälle kann bei ca. 50% von Personen mit (schweren) Depressionen eine deutliche Verbesserung innerhalb von Tagen auslösen (= Response). Führt die EAK-Serie zur stabilen Besserung, haben dennoch ca. 50% im Verlauf einen Jahres eine erneute depressive Verstimmung.

Langfristige Vergleiche zwischen einer Unterstützung dieser Besserung durch sog. „Antidepressiva“ ist n. Studienlage streng genommen nicht möglich, da alle Personen in den Placebo-Gruppen vormediziert waren. Dennoch wäre vorstellbar, dass bestimmte Substanzen (z.B. Lithium) einen phasenprophylaktischen Effekt im Rahmen ihrer auch sonst beschriebenen, individuell unterschiedlichen Möglichkeiten haben.

Fazit / nach wissenschaftlicher Studienlage:

Das Narkoserisiko kann im Interesse schwerwiegendster Nebenwirkungen nicht umgangen werden.

Die Nutzung einer Serie von elektrisch ausgelösten Krampfanfällen geht mit dem sehr häufigen ($\leq 1/10$) Risiko einher, dass die eigene kognitive Leistungsfähigkeit über einen Zeitraum von bis zu 3 Monaten mehr oder weniger stark beeinträchtigt wird. Dies muss das Befinden nicht zwingend negativ beeinflussen. Verbesserungen des Befindens können eine kompensierende Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit mit sich bringen.

Außerdem bestehen zumindest sehr häufig Gedächtnislücken für frühere Ereignisse / Lebensereignisse (individuelles Ausmaß), die vor der EAK-Serie lagen. Diese halten unklar lange an, sehr häufig zumindest 1 Jahr.

Die genauen Hintergründe dieser Nebenwirkungen sind unklar (Diskussion).

Persönliches Fazit / nach wissenschaftlicher Studienlage:

In der Abwägung von Vorteilen (erwünschte Anwendungswirkungen) und Nachteilen (unerwünschte Anwendungswirkungen) steht es jedem frei, EAK-Serien für sich abzulehnen oder als Behandlungsoption anzunehmen. Ich persönlich lehne EAK aufgrund des Überwiegens der Nachteile gegenüber den Vorteilen ab - und biete das auch nicht an.

Ein Verbot der EAK i.S. des Primats der Nicht-Schädigung ist auf der Basis der Studienlage aber nicht möglich.

Peter Lehmann

Zur Wiederkehr der Elektroschocks – Argumente gegen den Einsatz der sogenannten Elektrokonvulsions-»Therapie«

Tagung »Wege aus der Depression: ›Sanfter‹ Entzug von Antidepressiva – wie geht das? Und: Zur Wiederkehr des Elektroschocks: Therapie oder Schädigung?«

Die Klinke e.V. Herford in Kooperation mit der Volkshochschule im Kreis Herford und der Westfälischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (WGSP e.V.)

Volkshochschule Herford, 1. Oktober 2019

www.peter-lehmann.de/herford2019

1. Wirkprinzip epileptischer Anfall

»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.« (S. 98)

Sartorius, Alexander (2013): »Technische Grundlagen der EKT«, in: Michael Grözinger / Andreas Conca / Thomas Nickl-Jockschat et al. (Hg.): »Elektrokonvulsionstherapie kompakt«, Berlin / Heidelberg: Springer Verlag, S. 97-108

1. Wirkprinzip epileptischer Anfall

Asmus Finzen, Leitender Krankenhausarzt in Deutschland (Wunstorf 1975-1987) und der Schweiz (Basel bis 2003):
50.000 Patientinnen und Patienten – null Elektroschocks:

- beim Elektroschock »ganz klein wenig Strom«:
480 V, 0,9 A, 1-6 sec
- bei elektrischer Defibrillation des Herzens:
4 mS (siehe Video, Teil 1, 1:32-2:38)

Lehmann, Peter / Schlimme, Jann E.: »Die Wiederkehr des Elektroschocks: Legitime Therapie oder verantwortungslose Schädigung?«, Symposium der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Magdeburg, 15. November 2018; Online <https://vimeo.com/323741155> (Teil 1), <https://vimeo.com/323745443> (Teil 2)

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Auswertung medizinischer Literatur zu Elektroschocks

- Auswirkungen der chronischen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und der kognitiven Fähigkeiten machen jeglichen kurzfristigen Nutzen der Elektroschocks auf Dauer zunichte

Robertson, Harold / Pryor, Robin (2006): »Memory and cognitive effects of ECT«, in: Advances in Psychiatric Treatment, Band 12, S. 228-238

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Befragung Betroffener durch Lucy Johnstone von der University of the West of England in Bristol

»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.« (S. 69)

»Ich denke, einen Menschen festzuschnallen und ihm einen Stromschlag zu versetzen ... erinnert doch sehr an Frankenstein, nicht wahr?« (Zitat, S. 79)

Johnstone, Lucy (1999): »Adverse psychological effects of ECT«, in: Journal of Mental Health, Band 8, S. 69-85

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Zeitgeist

Schnelle Wirkung auf Knopfdruck

Medizinische Maßnahme als Lifestyle-Methode

- Fett absaugen
- Nase zurechtbiegen
- Lippen aufblasen
- Brüste vergrößern
- Penis verlängern
- Schamlippen verkleinern
- Depression wegschocken

Verzweiflung überragt alle Bedenken

www.peter-lehmann.de/herford2019

5. Bewertung von Vor- und Nachteilen

Bei Abrechnung nach PEPP («Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik«):

- Stationärer Klinikaufenthalt pro Tag: 300 €
- Erster Elektroschock: 297 € (zusätzlich)
- Jeder weitere Elektroschock: 220 € (zusätzlich)
- 1:1-Betreuung, falls nötig: 1000 € pro Tag (zusätzlich)

Vinzenz von Paul Hospital gGmbH (27. Dezember 2017): »Pflegekosten. PEPP-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPflV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6 BPflV«, Rottweil; Internet-Ressource www.vvph.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Kostentarife/PEPP-Entgelttarif_Klinik_Psychiatrie.pdf