

**Zeitschrift:** Fachblatt für schweizerisches Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers

**Herausgeber:** Schweizerischer Verein für Heimerziehung und Anstaltsleitung; Schweizerischer Hilfsverband für Schwererziehbare; Verein für Schweizerisches Anstaltswesen

**Band:** 9 (1938)

**Heft:** 11

**Artikel:** Ueber moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie

**Autor:** Kaiser, Rolf

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-806370>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 21.02.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# FACHBLATT FÜR SCHWEIZER. ANSTALTSWESEN

## REVUE SUISSE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Offizielles Fach-Organ folgender Verbände: - Publication officielle des Associations suivantes:

**SVERHA,** Schweizerischer Verein für Heimerziehung und Anstaltsleitung (Herausgeber)  
**SHVS,** Schweizerischer Hilfsverband für Schwererziehbare  
**SZB,** Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen

**Redaktion:** SVERHA und allgemeiner Teil: E. Gossauer, Waisenhaus Sonnenberg, Zürich 7, Tel. 23.993; SHVS: Dr. P. Moor, Luegete 16, Zürich 7; SZB: H. Habicht, Sekretär der Zentralstelle des SZB, St. Leonhardstr. 32, St. Gallen; Technischer Teil: Franz F. Otth, Zürich 8, Tel. 43.442; Redaktionelle Mitteilungen an **E. Gossauer**, Waisenhaus Sonnenberg, Zürich 7.

**Verlag:** **Franz F. Otth**, Zürich 8, Hornbachstrasse 56, Telephone 43.442, Postcheckkonto VIII 19593; Mitteilungen betreffend Inserate, Abonnements, Briefkasten, Auskunftsdienst, Adressänderungen, sowie alle Zahlungen an den Verlag. Abonnement pro Jahr/par an: Fr. 5.—, Ausland Fr. 10.—

Zürich, November 1938 - No. 11 - Laufende No. 81 - 9. Jahrgang - Erscheint monatlich - Revue mensuelle

## Ueber moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie

von Dr. Rolf Kaiser, Münsingen \*)

Aus mannigfachen Gründen war die Psychiatrie lange ein Stiefkind der Medizin. Wie kaum auf einem anderen Gebiet treffen wir Schwierigkeiten in der Abgrenzung der einzelnen Krankheitsformen, und es ist noch kein halbes Jahrhundert vergangen, seit durch Kraepelin eine einigermaßen übersichtliche und vollständige Einteilung der verschiedenen seelischen Krankheitsbilder eingeführt worden ist. Dazu kommt, daß früher kaum wirksame Behandlungsmethoden bekannt waren. Die Abneigung und das Mißtrauen, mit dem das Publikum den Geisteskranken entgegnet hat und das manchmal auch auf die Einstellung zum Psychiater abfärbte, erleichterte diesem Spezialgebiet der Heilkunde die Entwicklung keineswegs.

In den letzten Jahrzehnten ist nun ein erfreulicher Umschwung eingetreten. Die Zeiten des ergebenen Abwartens sind vorbei. Mit den verschiedensten Methoden geht man die Geisteskrankheiten, die man diagnostisch exakter erfassen gelernt hat, aktiv an.

Es soll hier über einige der erfolgreichsten Verfahren berichtet werden, die zum Teil erst seit wenigen Jahren angewandt werden.

Die erste und wichtigste Art der Behandlung stellt die Psychotherapie dar, der Versuch einer direkten seelischen Beeinflussung, die auch bei allen körperlichen Behandlungsweisen eine wesentliche Rolle spielt. Die Methoden der individuellen Psychotherapie — wie die Dubois'sche Persuasion, die Beeinflussung durch Suggestion, Hypnose usw. — sind zum Teil schon recht alt. Sie führen zu Erfolgen bei Neurosen, Psychopathien und leichteren Fällen von Geisteskrankheit, zum Beispiel leichteren Depressionszuständen. Sie sind aber leider meist

bei schwereren Psychosen ungenügend wirksam, sei es, weil eine engere Fühlungnahme mit dem Kranken an dessen Kontaktschwierigkeiten scheitert, oder weil stuporöse- oder Aufregungszustände die Beeinflussung unmöglich machen, um nur einige der Gründe aufzuzählen.

Es gibt aber noch eine andere Art psychotherapeutischer Beeinflussung, wo man sich nicht mehr an den einzelnen Kranken wendet. Gerade in den Heil- und Pflegeanstalten, wo ein großer Teil der Insassen alte Schizophrene sind, feiert die kollektive Psychotherapie, besonders unter der Form der von Simon in Gütersloh betätigten Arbeitstherapie, ihre grossen Erfolge. Simon erkannte als erster, wie zweckmäßig eine regelmäßige Arbeit nicht nur, wie früher angewandt, für ruhige und geordnete Patienten, sondern für beinahe alle Geisteskranken sei. Auch beim Gesunden führt ja langdauernde Untätigkeit zum Nachlassen der geistigen Regsamkeit, was in noch viel höherem Maße beim Geisteskranken der Fall ist. Insbesondere Schizophrene flüchten sich sehr oft aus der Wirklichkeit und ziehen sich in ihre eigene, unwirkliche Welt zurück. Dadurch benehmen sie sich der realen Umwelt gegenüber unsozial und oft aggressiv. Durch ihre Untätigkeit kommen solche Kranke nur in immer schwerere Zustände hinein: Sinnestäuschungen, Wahnideen und daraus resultierendes abnormes Verhalten nehmen zu. Es kann sogar zu schweren Gewalttätigkeiten kommen, ließe man diesem Treiben den Lauf, und die Anstalten würden wieder zu dem, was man sich früher unter dem „Tollhaus“ vorstellte.

Daß Aerzte und Pflegepersonal einem solchen Irrenhausbetrieb früher weitgehend machtlos gegenüber standen, ist auf die damals noch allgemein herrschende irriige Auffassung zurückzuführen, daß Geisteskrankheiten überhaupt nicht beeinflußt werden könnten; die Aufgabe sei, einfach abzuwarten bis von selbst eine Besserung

\*) Nach einem Vortrag, gehalten an der Jahresversammlung des schweiz. Vereins für Heimerziehung und Anstaltsleitung in Münsingen am 24. Mai 1938.

oder dann der Tod eintrete. Auch einzelne Feste und Unterhaltungsabende vermochten daran nichts zu ändern, wenn die Kranken dazwischen wieder tage- oder wochenlang sich selber überlassen blieben und ihre Zeit untätig und ohne jede Anregung von außen in einer Menge von verwehrten zum Teil steif vor sich hinstarrenden Kranken verbringen mußten.

Die moderne Anstalt stellt an alle hierzu geeigneten Kranken die unerbittliche Forderung, zu arbeiten, und zwar so gut und so qualifiziert, als es nur von ihnen verlangt werden kann. Der Patient muß oft neu erzogen werden. Bei dieser Erziehung appellieren wir an die Reste von Gesundheit und Verantwortungsgefühl. Die ganze Anstalt muß beherrscht sein vom Gedanken des Heilzwecks, dem sich Ärzte, das Pflegepersonal und alle Angestellten unterzuordnen haben. Zuversicht, Selbständigkeit, Einfühlungsvermögen und Initiative sind dabei notwendig.

Da durch den Erregungszustand eines einzigen Kranken leicht ein ganzer Saal in Aufregung gebracht werden kann, ist genaues Beobachten nötig. Man muß darnach trachten, einzugreifen, bevor es bei einem Kranken zur Explosion gekommen ist. Tritt trotz allem eine Ruhestörung auf, so sind sofort die nötigen Gegenmaßnahmen zu treffen, beispielsweise kurzdauernde Absonderung von den andern Kranken, lauwarme Bäder, oder eventuell sind Schlafmittel zur Beruhigung zu geben. Alle diese Maßnahmen sollen nicht als Strafe wirken oder aufgefaßt werden, sondern als logisches Verhalten der Umgebung auf das unsoziale Verhalten des Kranken.

Ebenso ist darauf zu achten, daß asoziale Manieren, wie Kratzen, Zerreißen nicht geduldet werden dürfen, und wenn auch tagelang ein Pfleger den Kranken davon abhalten muß.

Zur Arbeit selbst läßt sich folgendes sagen: Sie soll sinnvoll und einigermaßen produktiv sein. Unsinnige Arbeiten darf man auch nicht von einem Schwerkranken verlangen. Nach dem Zustand und der Fähigkeit der Kranken, ihrer Fluchtgefahr, der Selbstmordgefahr usw. müssen möglichst viele Arbeitsmöglichkeiten der verschiedensten Art zur Verfügung stehen. Niemals darf aber der reale Nutzwert der Arbeit dem therapeutischen Effekt vorgezogen werden. Harmlose und nicht fluchtgefährliche Kranke finden leicht im landwirtschaftlichen Betrieb der Anstalten einen dankbaren Arbeitsplatz, andere in der Gärtnerei, in der Küche oder in den verschiedenen Werkstätten. Andere arbeiten in kleinen Gruppen unter einem im betreffenden Handwerk ausgebildeten Pfleger als Maler oder in der Korbberei, wieder andere bei den Handwerkern der Anstalt als Schuhmacher, Schreiner, Schneider oder Sattler.

Für Schwerkranke kommen nur einfachste Arbeiten in Betracht, die ohne weitere Instrumente in den Krankensälen selbst gemacht werden können. So z. B. das Erlesen von Erbsen und Bohnen, das Flechten von Peddigrohr, Ausrippen von Tabakblättern, einfache Papierfalzarbeiten usw. Weibliche Patienten werden besonders zu Hand-

arbeiten angehalten, vom einfachen Stricken und Flickern bis zu kunstgewerblichen Arbeiten.

Jede Arbeit ist ihres Lohnes wert, und die Kranken sehen ihre Arbeitsleistung gerne anerkannt. So können die arbeitenden Kranken entschädigt werden durch Extrazulagen zum Essen, eventuell wird ihnen zum Ansporn auch ein Wochen- oder Monatsgeld ausgesetzt. In einigen ausländischen Anstalten gibt es ein eigenes Anstalts-geld, mit dem die Kranken zu bestimmten Stunden in einem kleinen Kramladen in der Anstalt kaufen können was das Herz begehrt. Außerhalb der Anstalt hat das Geld keinen Wert, man kann es deshalb den Kranken zur Aufbewahrung überlassen, ohne befürchten zu müssen, daß damit etwa eine Flucht finanziert werden könnte.

Es ist aber in einer modern geleiteten Anstalt nicht allein der Reiz der Belohnung, der die Kranken zur Arbeit anspornet. Es geschieht dies vielmehr durch die von den Kranken gebildeten Arbeitsgemeinschaften; alle werden vom Willen zur Arbeit erfaßt. Abseitsstehende fühlen sich isoliert, wenn alle andern arbeiten, sie wollen nicht weiter zurückstehen und greifen schließlich auch zu. Gerade das aber ist das Ziel der kollektiven Psychotherapie.

Die Beschäftigung der Kranken ist aber nicht die einzige Aufgabe im Zug der Simon'schen Therapie. Ebenso wichtig ist es auch, die Freizeit möglichst anregend zu verbringen. Man darf nicht plötzlich in den Arbeitspausen, nach den Mahlzeiten und an Sonn- und Feiertagen die Kranken völlig sich selber überlassen. Es sind ihnen Zeitungen und illustrierte Hefte zur Verfügung zu stellen, und die Pfleger haben sich zu überzeugen, daß sie wirklich lesen oder die Bilder anschauen.

Auch hier ist es besonders wichtig, die Gemeinschaftsbildung zu fördern. Man veranstaltet Spiele unter den Kranken. Zur Sichelten und Sylvesterfeier werden möglichst viele Kranke in den Festsaal versammelt. Tanz, Gesellschaftsspiele und weitere Attraktionen bringen die Kranken in eine gesellige Stimmung. Auch ist darauf zu halten, daß durch Kinovorführungen und Lichtbildervorträge, musikalische Darbietungen, Zirkustruppen usw. recht oft der sonst leicht eintönige Gang des Anstaltslebens unterbrochen wird. Einmal im Jahr wird ein Ausflug organisiert, zu dem auch möglichst viele Kranke mitgenommen werden. Rundfahrten auf dem Thuner See, eine gelegentliche Fahrt auf die Petersinsel mit dem dazugehörigen guten Essen, bleiben als Glanzpunkte des Lebens auf Jahre hinaus im Gedächtnis des Kranken.

Es gehört auch zur Simon'schen Therapie, daß die Aufenthaltsräume der Kranken recht wohnlich und gefällig eingerichtet werden. Größere Säle werden durch hohe Bänke unterteilt, damit nie größere Gruppen von Kranken zusammen sind; auf den Zwischenwänden stehen Blumen. Für den Erfolg ist wichtig, daß möglichst alle Kranken in diese Lebensgemeinschaft eingefügt werden. Zu dieser organisierten Massenbildung ist eine einheitliche Leitung der Anstalt nötig. Vom

Direktor bis zum letzten Pfleger und Verwaltungsangestellten muß jeder von seiner Aufgabe den Kranken gegenüber durchdrungen sein und muß an den noch vorhandenen gesunden Rest in jedem Kranken und an die Möglichkeit, diesen zu beeinflussen, glauben.

Wie wirkt nun die kollektive Behandlungsart auf den Kranken? Er lernt sich wieder in die Gemeinschaft der Menschen um ihn einfügen, etwas, was der schizophrene Geisteskranke ganz besonders verloren hat. Man zwingt ihn damit, seine eigenen Krankheitserscheinungen zu ignorieren, was ihm, wenn es gut gelingt, oft die Rückkehr zu seinen Angehörigen erlaubt.

Es besteht bei der Arbeitstherapie die Gefahr, daß der Kranke ähnlich einem Haustier abgerichtet zu einem Arbeitsautomaten wird, wie auch andererseits durch Hervorheben des Gesunden und der Verantwortlichkeit leicht in Zwangsarbeit das Heil gesucht werden könnte. Simon hat das auch erkannt und vor einer solchen schematischen Erstarrung gewarnt.

Die beste Arbeitstherapie ist immerhin die Arbeit im täglichen Leben außerhalb der Anstalt. Und deshalb muß man stets nach der Möglichkeit trachten, einen Geisteskranken so früh als sein Zustand es irgendwie erlaubt, aus der Anstalt zu entlassen. Die Heilanstalt soll möglichst nur Durchgangsstation bleiben, in der die Kranken den Anschluß an das Leben und die Wirklichkeit wieder finden.

Wenn wir noch einige körperliche Behandlungsmethoden eingehender darzustellen versuchen, so kann es sich auch wieder nur um eine willkürliche und kleine Auswahl handeln. Zunächst sei hier kurz die Malaria-Behandlung bei der progressiven Paralyse erwähnt, dann die Schlafkuren und endlich die Cardiazol- und Insulinschockbehandlung bei der Schizophrenie. Alle diese Methoden beanspruchen für sich modern zu sein. Ihre allgemeine Anwendung geht auf höchstens zwei Jahrzehnte, zum Teil auf wenige Jahre zurück.

Eine Hauptschwierigkeit müssen wir leider gleich hier erwähnen, die allen diesen körperlichen Behandlungsmethoden gemeinsam ist: Der Widerstand und die Ablehnung des Geisteskranken, dem ja meistens die Krankheitseinsicht fehlt und der eben aus diesem Grunde jegliche Behandlung ablehnt.

Die Malaria-Therapie der progressiven Paralyse geht zurück auf den Wiener Nobelpreisträger Wagner-Jauregg. Die Gehirnerweichung widersteht den gebräuchlichen Heilmitteln gegen die Syphilis, wie Quecksilber, Bismut und Arsenpräparate. Die Erreger der Krankheit, eine Spirochaetenart, sind im zentralen Nervensystem vor der Einwirkung der Medikamente geschützt, diese Mittel haben sich als unwirksam erwiesen. Dagegen läßt sich der Krankheitsprozeß in der großen Mehrzahl der Fälle abstoppen, wenn es gelingt, den Körper mit gewissen Krankheitserregern zu infizieren.

In jahrzehntelangen Beobachtungen hatte Wagner-Jauregg öfters die Erfahrung gemacht, daß

gewisse schwere Geisteskrankheiten sich auffällig besserten, wenn der Kranke eine heftige körperliche Infektionskrankheit durchmachte, zum Beispiel einen Typhus oder eine Wundrose. Schließlich wagte er es, im Sommer 1917 einen Paralytiker absichtlich zu Heilzwecken mit Malaria zu infizieren. Diese, eine in den Tropen gefürchtete Krankheit, hat sich am besten dafür bewährt. Die Malaria kommt bei uns nicht vor, weil die Ueberträger der Infektion, die Stechmücke *Anopheles*, in unserem Klima nicht gedeihen. Künstlich kann ein Mensch infiziert werden, wenn man ihm Blut eines Malariakranken unter die Haut einspritzt. Dies ist auch die Art, wie man die Paralytiker behandelt. Da an großen Kliniken ständig dieser oder jener Patient in einer Malariakur sich befindet, kann man sich von dort fast jederzeit infiziertes Blut verschaffen. 8—14 Tage nach der Einspritzung dieses Blutes geht die Malaria an. Sie verläuft in einzelnen Fieberattacken, die sich durchschnittlich alle 48 Stunden wiederholen. Der Anfall beginnt mit Schüttelfrost, das Fieber steigt innert kürzester Zeit auf 39—41 Grad Celsius, nach 1—2 Stunden fällt es unter starkem Schweißausbruch wieder ab. Befindet sich der Patient körperlich in einem guten Zustand und ist das Herz leistungsfähig, so läßt man bis 10 solcher Fieberanfälle vorbeigehen. Andernfalls, wenn Gefahr droht, unterbricht man die Kur vorzeitig, um sie eventuell später fortzusetzen. Zur Unterbrechung verwendet man das Heilmittel, das sich auch gegen die in den Tropen vorkommende natürliche Malaria als das zuverlässigste erwiesen hat, das Chinin. Die Anreizung der Abwehrkräfte des Körpers, die durch diese heftige Infektion provoziert wird, vermag meist den paralytischen Krankheitsprozeß zum Stillstand zu bringen, und man pflegt nach dieser Kur noch die üblichen antiluetischen Mittel anzuwenden. Da die Paralyse aber mit einer Zerstörung der Hirnsubstanz, vor allem der zellreichen Rindenschicht einhergeht, ist zu verstehen, daß durch die Malariabehandlung nicht gut gemacht werden kann, was bereits endgültig zerstört ist. Sie führt nur zu einem Stillstand der weiteren Zerstörung. Deshalb ist festzuhalten, daß nur bei möglichst frühzeitigem Einsetzen der Behandlung erfreuliche Erfolge zu erwarten sind. Wenn wir uns aber vor Augen halten, daß früher jeder Paralytiker nach mehrjährigem Siechtum unweigerlich dem Tod verfallen war, können wir den Wert der Malariatherapie nicht hoch genug schätzen.

Die übrigen modernen Behandlungsmethoden, die wir noch anführen, dienen zum Teil, wie z. B. die Schlafkur ganz allgemein bei Aufregungszuständen — vorwiegend aber sind es moderne Waffen im Kampf gegen die Schizophrenie.

Die Schlafkur oder Dauernarkose ist eine Methode, die seit bald 20 Jahren angewandt wird. Wohl wurden schon um die Jahrhundertwende ähnliche Versuche durchgeführt. Die damals verwandten Medikamente erwiesen sich aber als zu gefährlich. Es ist das große Verdienst von Klaesi, dem jetzigen Ordinarius für Psychiatrie

in Bern, die Dauerschlafbehandlung in der Psychotherapie eingeführt zu haben. Er fand im Somnifen einen geeigneten Stoff, mit dem man ohne größere Gefahr erregte Geistesranke für 6—7 Tage, gelegentlich noch länger in Schlaf versetzen kann. Sie sind dabei aufweckbar, können selbst essen und ihre Bedürfnisse besorgen, um nachher sofort wieder einzuschlafen.

Die Technik ist sehr einfach. Es werden meist zweimal täglich 2ccm des Medikamentes unter die Haut eingespritzt. Bei vorsichtiger Durchführung der Kur sind die Gefahren gering. Im Laufe der Zeit haben sich noch andere Schlafmittel zur Erzielung eines Dauerschlafes geeignet gezeigt. So vor allem das Dial, das auch in gleicher Weise eingespritzt werden kann. Neuerdings hat eine von Cloetta in Zürich zusammengesetzte Mischung von Schlafmitteln, gleichzeitig mit Herz- und Gefäßmittel kombiniert, vielerorts Eingang gefunden. Diese Lösung wird nicht mehr eingespritzt, sondern als Klysma eingegeben. Der Schlaf kann dabei so tief gehalten werden, daß die Kranken keine Nahrung mehr aufnehmen. Die notwendige Nahrungsaufnahme und besonders die notwendige Flüssigkeitsmenge wird dann auch als Einlauf in den Darm gegeben.

Ueber den Wirkungsmechanismus des Dauerschlafes sind verschiedene Theorien aufgestellt worden. Bei mehr psychologischer Betrachtung wird man das Hauptgewicht auf die durch die künstliche Krankmachung bewirkte erhöhte Hilfs- und Anlehnungsbedürftigkeit beim Kranken legen und diese Situation folgerichtig psychotherapeutisch auszunutzen versuchen. Beim Erwachen aus einem so langen Schlaf fühlt sich der Kranke schwach und hilflos, man kann viel leichter Kontakt mit ihm bekommen als früher und dadurch gelingt es oft, ihn aus seiner früheren Abkapselung herauszureißen.

Eine andere Theorie legt das Hauptgewicht auf den Umstand, daß mit einer gewaltsamen und länger dauernden Beruhigung die ständige Aufregung einmal scharf unterbrochen wird. Ihr liegt die Vorstellung zu Grunde, daß die motorische Erregung jeweilen durch die dabei immer wieder entstehenden Empfindungen weiter gesteigert werde. Dieser *Cirulus vitiosus* wird durch die zentrale Anaesthesierung des Gehirns ausgeschaltet. Daneben gibt es Betrachtungsweise, die die Vorgänge im Körperlichen als als das wesentlich dabei betrachten. Durch seine phamakalogische Wirkung auf den Körper soll das Schlafmittel eine Umstellung des Organismus herbeiführen. Dabei wird das Schlafmittel als „Reizkörper“ betrachtet. Bekanntlich wurden ja schon die verschiedensten, teilweise sogar fiebererzeugenden Mittel dem Kranken eingespritzt, um eine sogenannte Umstimmung herbeizuführen. Man suchte dabei aus der oft gemachten Beobachtung Nutzen zu ziehen, daß Geistesstörungen durch schwere körperliche Erkrankungen gelegentlich auffallend günstig beeinflusst werden. Mit den verschiedensten Mitteln hat man das nachzuahmen versucht. Erwähnen wir nur den alten Terpentinsabsceß, die Einspritzung von Protein-

körpern wie nucleinsaures Natrium, Milch, Pyrifur und die Einspritzung von Bakteriengiften wie z. B. das Koch'sche Tuberkulin.

Diesen Medikamenten würde sich bei einer derartigen somatischen Betrachtungsweise auch das Somnifen und Dial nähern. Man denkt dabei vor allem an eine Einwirkung auf den Hirnstamm. Gleichzeitig findet man einen vermehrten Zerfall des Körpereiwisses, eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen und eine Steigerung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, alles Momente, die auf eine recht tiefgreifende körperliche Einwirkung des Schlafmittels schließen lassen. Sehr gut im Sinne dieser Theorie läßt sich auch die Tatsache deuten, daß der wesentliche Umschwung zum Bessern oft erst zwei bis drei Tage nach Abbruch der Kur gesehen wird.

Welches auch im Einzelfall der Wirkungsmechanismus der Schlafkur sein mag, so sieht man jedenfalls oft derartige Besserungen, daß kein Psychiater sie in seinem Rüstzeug gegen gewisse Formen von Erregungszuständen mehr missen möchte.

Nun zu den neuesten Methoden: Cardiazol und Insulin sind Medikamente, die ursprünglich nicht für den psychiatrischen Gebrauch geschaffen worden sind.

Cardiazol ist ein synthetisch hergestelltes chemisches Präparat, das in der Medizin als Herz- und Gefäßmittel und ebenfalls zur Anregung des Atemzentrums Eingang gefunden hat. Es wird in den gleichen Fällen als belebendes Mittel bei Kreislaufschwäche angewendet, wie der Campfer und das bei uns bekanntere Coramin.

Spritzt man die 5—10fache Dosis der in der inneren Medizin üblichen Weise angewandten Cardiazolmenge in eine Vene ein, so führt dieses innert wenigen Sekunden zu einem schweren epileptischen Anfall.

Wozu diese scheinbar so grobe Prozedur? Es ist eine den Psychiatern längst bekannte Tatsache, daß Kombinationen von Spaltungsirresein — wie der deutsche Name für Schizophrene gewöhnlich heißt — und Fallsucht auffallend selten sind. So zeigte eine Arbeit von Glaus aus dem Burghölzli beispielsweise, daß von 6000 Schizophrenen dieser Heilanstalt nur 8 gleichzeitig Epileptiker waren. Oft unterscheiden sich Epileptiker und Schizophrene auch im Körperbau. Schizophrene fallen nach der Kretmer'schen Körperbaulehre in der Mehrzahl unter das Bild des leptosomen Typs. Sie sind lang, schmal, Bindegewebe und Muskulatur ist bei ihnen schwach entwickelt. Bei den Epileptikern dagegen finden wir auffallend viele muskelkräftige, grobknochige, athletische Typen.

Es ist deshalb naheliegend, an einen gewissen Antagonismus sowohl im Körperlichen wie auch im Psychischen zwischen Epilepsie und Schizophrenie zu denken und diese Ueberlegung liegt der Cardiazolschockbehandlung denn auch tatsächlich zu Grunde. Zur Provozierung epileptischer Anfälle wurden zahlreiche Mittel verwen-

det, unter anderen z. B. auch Absinth und Campher. Im Cardiazol fand Meduna in Budapest einen Stoff, der relativ ungefährlich mit großer Sicherheit zu einem epileptischen Anfall führt. Die Behandlung ist denkbar einfach und stellt an Arzt und Pflegepersonal zeitlich sehr geringe Anforderungen, wird aber gelegentlich von den Kranken unangenehm empfunden, da in der kurzen Zeit zwischen Injektion und Anfall Angstgefühle auftreten können. Für den Anfall selbst besteht dagegen eine völlige Erinnerungslosigkeit.

Durchgeführt wird die Kur so, daß der Kranke am Morgen nüchtern bleibt, dann seine Einspritzung bekommt und dadurch anschließend den Krampfanfall erleidet, nach welchem er sich aus begreiflichen Gründen oft müde und geschlagen fühlt. Gelegentlich stellt sich nachher auch Brechreiz ein. Das ist auch der Grund, warum die Kranken eben vorher nüchtern bleiben müssen. Nach einigen Stunden Bettruhe stehen die Patienten wieder auf. Die Einspritzungen werden meist zweimal wöchentlich vorgenommen bis zu 30—40 im Laufe der Kur. Gleichzeitig sind die Kranken aber psychotherapeutisch auch zu beeinflussen. Die Gefahren der Behandlung sind recht gering, nur schwere Herzmuskel oder Gefäßschädigungen müssen als absolute Kontraindikationen gelten. Auch bei großen, auf die Luftröhre drückenden Kröpfen und bei Verdacht auf Tuberkulose ist eine gewisse Vorsicht angebracht. Und nun die Erfolge: Wie bei der Insulinschockbehandlung sehen wir auch hier, daß relativ frische Krankheitsfälle bessere Aussichten auf Erfolg bieten als alte Fälle, bei denen die Krankheit schon viele Jahre angedauert hat. Bei Krankheitsdauer unter einem Jahr sind an die 50 Prozent Heilungen und 30 Prozent Besserungen beobachtet worden. Ein sehr erfreuliches Resultat gegenüber den Statistiken aus der Zeit vor den neuen Behandlungsmethoden! Auch bei älteren Fällen sieht man mitunter noch recht gute Ergebnisse. Erfahrungsgemäß reagieren auch Spätschizophrenien und solche mit hypochondrisch-depressivem Einschlag recht gut.

Nun zur Insulinbehandlung! Sie ist mit Münsingen besonders eng verknüpft, ist hier doch der Ort, wo die in Wien von Sakel 1933 zuerst angewandte Methode erstmals in der Schweiz nachgeprüft wurde. Dir. Müller sah in der Wiener-Klinik die Insulinschockbehandlung in ihren Anfangsstadien und erkannte die große Bedeutung, die dieser Methode für die Behandlung der Schizophrenie zukommt. Im Sommer 1935 hatten wir für zwei Monate einen Assistenten der Wiener-Klinik hier, da im Gegensatz zur Cardiazolbehandlung die Methode nicht einfach ist und ohne große Erfahrung leicht Unglücksfälle eintreten können.

Das Insulin ist ein Stoff, der normalerweise im menschlichen Körper vorkommt. Er wird in den Langerhans'schen Inseln der Bauchspeicheldrüse gebildet. Es ist ein Drüsenprodukt der inneren Sekretion, das auf den Körper so einwirkt, daß der Zuckergehalt im Blut sinkt. Funktionieren diese Langerhans'schen Inseln ungenügend, so

steigt der Blutzuckerwert im Blut abnorm. Die Nieren vermögen den Zucker nicht zurückzuhalten, er wird im Urin ausgeschieden und wir haben das Bild der Zuckerkrankheit vor uns.

Das Insulin wurde 1922 von Banting und Best in Amerika erstmals isoliert und zur Behandlung von Zuckerkranken gebraucht; wie kaum ein anderes Heilmittel vermag es mit Sicherheit den Tod bei einer in schweren Fällen sonst absolut hoffnungslosen Krankheit zu verscheuchen. Und dieses für die Diabetiker heilbringende Mittel wird nun auch in der Psychiatrie angewandt, freilich von ganz anderen Voraussetzungen ausgehend. Schon in der Entdeckungszeit des Insulins wurde festgestellt, daß das Mittel nicht absolut ungefährlich sei. Geeicht wurden die verschiedenen Insulinpräparate sogar so, daß man bestimmte, welche Menge nach der Einspritzung eben noch den Tod des Versuchskaninchens bewirkt. Und auch Menschen beobachteten bei starker Dosierung unangenehme Störungen, wie Schweißausbruch, allgemeine Schwäche und psychische Alterationen. Bei der ganzen Diabetesbehandlung muß man darauf ausgehen, durch sorgfältige Dosierung solche Zustände zu vermeiden.

In der Psychiatrie wurde Insulin etwa verwendet zu Mastkuren, bei Nahrungsverweigerung und auch schon zur Beruhigung, z. B. von Steck in Lausanne zur Beruhigung von Alkoholdeliranten. Nach den Lehren der inneren Medizin vermied man aber dabei ein tieferes Absinken des Blutzuckerspiegels.

Sakel, der die beruhigende Wirkung des Insulins bei Entziehungskuren von Morphin-Süchtigen kennen lernte, wagte es dann, entgegen den bisherigen Anschauungen den Zuckergehalt des Blutes durch Insulin erheblich unter die Norm zu senken. Dabei sieht man, daß sich die Kranken müde und matt fühlen, leicht schwitzen und allmählich in tiefen Schlaf fallen. Sind sie dabei nicht mehr aufweckbar, so spricht man von einem Coma. Gelegentlich treten vorher noch motorische Reizerscheinungen auf, unter Umständen sogar Krampfanfälle wie bei der Epilepsie und bei der Cardiazolschockbehandlung.

Der Zustand der Zuckerverminderung des Blutes kann behoben werden durch die Zufuhr von Zucker. Man läßt den Kranken stark zuckerhaltigen Tee trinken, oder wenn er das infolge eines Komas nicht mehr kann, gibt man ihm diesen süßen Tee mit der Magensonde direkt in den Magen. Nach wenigen Minuten erwachen die Kranken meist mit einem wohligen Gefühl, wie nach normalem Schlaf. Eilt das Aufwecken infolge irgendwelcher Störungen der Zirkulation oder der Atmung, so kann eine sterile Zuckerlösung in eine Vene eingespritzt werden. Es ist erstaunlich zu sehen, wie rasch — innert wenigen Sekunden — die Kranken daraufhin aus dem eben noch besorgniserregenden Zustand aufwachen. Eine intravenöse Einspritzung ist auch dann nötig, wenn die Kranken nach Aufnahme von Zucker innerhalb einer gewissen Zeit nicht auf-

wachen, weil es sich dabei eventuell um eine mangelhafte Resorption vom Magen aus handelt.

Die Technik der Behandlung ist leider ziemlich kompliziert. Die Kranken bedürfen von der Injektion des Insulins bis mindestens 30 Minuten nach Unterbrechung durch Zuckerezufuhr ständiger Ueberwachung durch dafür geschultes Pflegepersonal. Auch ist zu verlangen, daß während dieser ganzen Zeit ein Arzt anwesend ist. Mehrere Todesfälle sind darauf zurückzuführen, daß diese Bedingungen nicht strikte erfüllt wurden. Die Behandlung kann deshalb nicht in ambulanter Praxis, sondern nur in Krankenanstalten durchgeführt werden. Die Kranken werden zur Kur am besten aus allen Abteilungen in eine einzige Station versammelt, wo ein Arzt und alle erforderlichen Einrichtungen und Medikamente vorhanden sind. Durchgeführt wird die Behandlung so, daß man den Kranken jeden Werktag morgens nüchtern die vorher festgesetzte Insulinmenge intramuskulär injiziert und sie unter ständiger Beobachtung bis gegen Mittag im Zustand der Zuckerverarmung läßt. Da die zu einem tiefen Schlaf (Coma) führende Dosis bei jedem Menschen verschieden ist und im Verlauf der Kur bei jedem Kranken selbst wechselt, geht man so vor, daß man in einer ersten Phase mit kleinen Insulinmengen beginnt und jeden Tag die Dosis um wenige Einheiten steigert, bis man die Schockdosis erreicht hat. Bei gegen Insulin besonders resistenten Kranken haben wir spezielle Verfahren, um sie zum Koma zu bringen.

Ist die zum Koma führende Insulinmenge bekannt, so wird die Kur solange fortgesetzt, bis eine möglichst weitgehende Besserung eingetreten ist, was oft nach einigen Wochen bereits der Fall ist. Ist der Erfolg versagt, so führt man die Kur drei, höchstens vier bis fünf Monate weiter, weil wir öfters in hartnäckigen Fällen nach so langer Zeit noch eine Besserung gesehen haben. Interessant ist dabei, öfters beobachten zu können, daß die Kranken im Verlauf der Kur empfindlicher gegen das Insulin werden, so daß man ein Koma erzielen kann mit einer Dosis, die im Anfang vielleicht überhaupt unwirksam war. Abgeschlossen wird die Kur durch eine sogenannte 4. Phase, in der während zirka einer Woche kleine Mengen Insulin gespritzt werden, ohne daß noch ein tiefer Schlaf damit erzeugt wird. Es soll dies, wie man sich ausdrückt, zur Stabilisierung des erreichten Erfolges dienen.

Die Gefahren der Behandlung sind weitgehend abhängig davon, wie sehr die Technik beherrscht wird. Zweifellos bringt man die Kranken über Wochen hindurch täglich an den Rand des Todes. Trotzdem sind Todesfälle nicht sehr häufig. In Münsingen haben wir bisher das Glück gehabt, noch keinen unserer an die 200 zählenden Insulinpatienten zu verlieren. Doch zeigen

andere Statistiken eine Mortalität von ca. 1—2 Prozent, das heißt: sie ist praktisch sehr gering wenn man bedenkt, ein wie schweres und langwieriges Leiden die Schizophrenie darstellt.

Mit kleinen Schwankungen stimmen die Resultate aus den verschiedenen Ländern, in denen diese Behandlungsart nachgeprüft worden ist, recht gut überein. Eine im letzten Jahre vorgenommene Zusammenstellung der bisher aus der Schweiz bekannt gewordenen Zahlen ergab, wenn der Beginn der Erkrankung nicht weiter als ein halbes Jahr zurück liegt in 73,8 Prozent Heilungen, respektive vorsichtig ausgedrückt, Entlassungen in berufsfähigem Zustand. Liegt der Erkrankungsbeginn höchstens ein Jahr zurück, so ist der Prozentsatz der berufsfähigen Entlassungen etwas geringer, beträgt aber immer noch 71 Prozent. Sind dagegen seit Ausbruch der Krankheit bereits wenigstens zwei Jahre verflossen, so kann man nur mehr mit 15 Prozent berufsfähigen Entlassungen rechnen. Sie sehen aus diesen Zahlen, daß wir allen Grund haben, auf möglichst frühzeitige Behandlung zu dringen und daß es verfehlt ist, mit der Insulinbehandlung zuzuwarten in der Hoffnung, es werde von selbst gut werden, während man damit die kostbarste Zeit verliert. Gelegentlich haben wir Rückfälle bei unseren entlassenen Insulinpatienten gesehen. Doch ist dies keine häufige Erscheinung, und auch bei solchen Rückfällen haben wir erlebt, daß eine neue Insulinkur wieder zu baldiger Entlassung führen kann.

Die schwächste Seite der ganzen Insulinbehandlung ist zweifellos noch ihre Theorie. Die Behandlung ist aus der Empirie hervorgegangen und die Erklärungsversuche sind bisher alle noch wenig befriedigend. Man hat ähnlich wie bei der Schlafkur daran gedacht, daß der Kranke durch diese eingreifende Kur zugänglicher für den Arzt und das Pflegepersonal werde. Richtiger erscheinen die Theorien, die in einer Umstellung der inneren Sekretion den wesentlichen Angriffspunkt der neuen Behandlung sehen.

Jedenfalls aber dürfen wir nicht die Kranken ihrem Schicksal überlassen und auf die Insulinschockbehandlung verzichten einfach aus dem Grunde, weil noch keine Theorie uns die tieferen Vorgänge erklärt, die sich dabei im Körper abspielen. Schließlich ist noch zu erwähnen, daß man bei bestimmten Fällen oft mit gutem Erfolg zu einer Kombination zwischen Insulin- und Cardiazolschockbehandlung greift. Diese beiden neuesten Methoden schließen sich demnach nicht etwa aus, im Gegenteil ergänzen sie sich oft sehr gut.

Ein abschließendes Urteil über diese Methoden wird erst in einem späteren Zeitpunkt möglich sein und es ist nur zu wünschen, daß alle Aerzte, die sie anwenden, sie mit sachlicher Kritik, aber ohne Voreingenommenheit prüfen.