

Möglichkeiten der Kurbehandlung der Geisteserkrankungen

Autor(en): **Rehor, J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1981)**

Heft 4

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930458>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Möglichkeiten der Kurbehandlung der Geisteserkrankungen

J. Řehoř

Andeutungen über einige Komponenten der komplexen Balneotherapie, die bei der Therapie der Geisteserkrankungen benutzt wurden, können wir schon aus den Kirchenasylen der alten Ägypter entnehmen. In den griechischen Asklepien benutzte man 1000 Jahre vor unserer Zeitrechnung hydrotherapeutische Mittel, Massagen, Diät und Psychotherapie, und Soranus führte auch in die Therapie die kulturelle Tätigkeit ein (18). Gleichzeitig mit dem allgemeinen Niedergang der ärztlichen Pflege im mittelalterlichen Europa müssen wir die Erholungstherapie der Psychotiker am Ende des 15. Jahrhunderts in Adrianopolis (unter dem Sultan Bajezid II.) erwähnen. Am Ende des 18. Jahrhunderts führten Daquin, Pinnell, Sabler und bei uns später Schroff die Arbeitstherapie der Psychotiker im Rahmen der Institutsbehandlung. Die traditionelle Therapie mittels Beschäftigung im familiären Milieu nach dem Flamen Gheel übernehmen auch Schottland, Deutschland, Schweden und Finnland (10).

Im 19. Jahrhundert, in der Zeit vor der Einführung der aktiven Behandlungsmethoden, werden die Mittel der Hydrotherapie in der Form der warmen langdauernden Bäder auf den unruhigen Abteilungen eine der Methode der Wahl, auch wenn sich die Ansichten hinsichtlich dieser unphysiologischen Methode schon in der damaligen Zeit ziemlich stark unterscheiden (10). Die Erkennung der Bedeutung des Milieueinflusses und der Wichtigkeit der resozialisierenden Behandlungsformen führte einerseits zur Umänderung des Programms der psychiatrischen Bettabteilungen bis zur Einführung des Systems der offenen Tür, andererseits zur Ausnutzung aller Adaptations- und Resozialisationsmöglichkeiten, der Tages- und Nachtsanatorien, der therapeutischen Werkstätten, Dispensairebetreuung bis zur Kurbehandlung (8,9,10,16,17). Die Voraussetzung dieses Aufschwungs ist die Einführung der aktiven biologischen Methode, der wirksamen Psychopharmaka und der Einrichtung der Organisation der psychiatrischen Dispensairebetreuung.

Im Jahre 1956 machte Rubes (16,17) auf die guten Ergebnisse der Koedukation der Neurotiker mit Psychotikern in der Remission

in den Kurbehandlungseinrichtungen vom Sanatoriumstyp aufmerksam und wies auf die übereinstimmend positiven Auswertungen von Dubois aus Saujon und Reinhold aus Jeseník hin. Im Jahre 1958 erhielt die Behandlung der Psychotiker in den tschechoslowakischen Staatsbädern eine gesetzliche Grundlage. Auf der Grundlage der guten Erfahrungen wurde im Jahre 1964 die Behandlung der Psychotiker in der Remission auf weitere Institute erweitert, so daß seit dieser Zeit die Psychotiker in der Remission in fünf Kurorten behandelt werden. Die Behandlungsdauer beträgt 21—28 Tage, nach den neuen Vorschriften vom Jahre 1972 im Rahmen der Nichtkrankschreibung. Als kontraindiziert betrachtet man Zustände, die eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung erfordern, Patienten mit nicht beherrschbaren Suizid Tendenzen, schwereren Oligophrenien und Psychopathien, asoziale Patienten, Alkoholiker und Narkomane. In Übereinstimmung mit den Erfahrungen von Grüner (6) halten wir für die Kurbehandlung endogene Depressionen in der Remission, Schizophrenie in der Remission (simplex, paranoide, residuale), geeignet, für weniger günstig Hebephrenien, für ungeeignet Katatonie, Schizophrenie und fixierte Paranoia.

Seit dem Jahre 1966 wuchs die Zahl der behandelten Psychotiker im Verhältnis zu anderen Geisteserkrankungen ständig (19). Im Jahre 1966 betrug der Anteil der im Kurort behandelten Psychotiker 9,8% von der Gesamtzahl der im Kurort behandelten Geisteserkrankungen, im Jahre 1967 dann 10%, ein Jahr später 11,6%, im Jahre 1969 schon 12,6%, im Jahre 1970 17,4% und im Jahre 1971 19,3%.

In der Kurheilstätte Vráz bei Písek wurden in den Jahren von 1969 bis 1971 insgesamt 7724 Patienten behandelt. Von diesen blieben nach Ausschluß der Grenzfälle aus dem Bereich der kleinen Psychiatrie insgesamt 446 bestätigte Psychosen (5,77%)—184 Männer (41,25%) und 262 Frauen (58,75%). Am häufigsten waren die Jahrgänge 41—50 Jahre vertreten (35,65%), weiter 51—60 Jahre (25,56%), 31—40 Jahre (21,52%), 21—30 Jahre (12,56%), 61—70 Jahre (3,81%) und endlich 15—20 Jahre (0,90%). Nach den Diagnosen überwogen bei Männern und Frauen, in Übereinstimmung mit Prokůpek (12), die manisch melancholischen Psychosen (58,07%), weiterhin die schizophrenen Psychosen (34,98%), die Involutionspsychosen (3,59%) und endlich die psychogenen Psychosen (3,36%).

Die Psychotiker in der Remission wurden

mit Neurotikern, Pseudoneurasthenikern, vorwiegend arteriosklerotischer Ätiologie, und mit Patienten mit spastischen und schlaffen Paresen gemeinsam behandelt. Die Anwesenheit der leichteren und schwereren und auch der schwer beweglichen Patienten führte bei der Einhaltung des festgelegten Tagesprogramms nicht zu negativen Schwankungen, im Gegenteil, nach Dubois und Tabarka (4,15) meinen wir, daß das den Geisteszustand des Psychotikers im Sinne des Vergleiches der Lebensbewertung stärkt, das Selbstvertrauen festigt und teilweise einen «Schutzwall» um die Patienten mit größeren Beschwerden bildet. Die freundliche Aufnahme und ausführliche Erstuntersuchung wirkt auf den Psychotiker positiv; sie soll nicht verschoben werden. Bei den Jugendlichen sollte sie besonders noch bei Anwesenheit des begleitenden Familienmitgliedes durchgeführt werden, um eine objektive Anamnese zu bekommen.

Der Eintritt des Psychotikers in das neue Milieu ist für diesen oft eine große Belastung, deswegen ist es nötig, im voraus eine passende, zu Anfang auch erhöhte Medikation festzulegen (4,5), welche die nötige Adaptation und die Regulierung des Schlafes im neuen Milieu gewährleistet. Bei unserer Gruppe haben wir Psychopharmaka bei 95% der Patienten benutzt. Zur Psychotherapie nützen wir Kontrolluntersuchungen in der Sprechstunde aus, außerdem können wir eine Gruppenpsychotherapie für das entsprechende Thema (4) ausnützen. Beim Kurbeginn machen wir den Patienten mit dem Tagesprogramm bekannt, wir empfehlen ihm Spaziergänge — ohne Aufsicht, aber lieber in einer frei gebildeten Gruppe. Die Medikamente nehmen die Patienten vor der Schwester im Dienstzimmer ein, ebenso Hypnotika zur Nacht. Den Patienten geben wir keine Medikamente als Vorrat. Die mitgebrachten Medikamente deponieren wir für ihn. Wir kontrollieren die Teilnahme an den Mahlzeiten und den Appetit, ebenfalls die Ruhezeit, besonders den Schlaf. Die Patienten sind zum größten Teil in Zweibettzimmern untergebracht, möglichst im Erdgeschoß.

Wir geben der Hydrotherapie vor der Elektrotherapie den Vorzug, ob stimulierend oder sedativ, ja nach dem Zustand der Psychomotorik und des körperlichen Zustandes des Patienten. Die Übersichtlichkeit vor allem über die hydrotherapeutischen Abteilungen ist dabei notwendig. Die Hydrotherapie wählen wir zur Dämpfung der häufigen vegetativen Dysfunktionen. Bei der zur

symptomatischen Behandlung benutzten Elektrotherapie achten wir auf die erhöhte Empfindlichkeit auf UV-Strahlung der unter Phenothiazin-Derivaten stehenden Patienten. Grüner macht auf die Benutzung des Elektroschlafes bei den Depressionen und leichteren Schizophrenien aufmerksam.

Auf die Bedeutung der Heilgymnastik bei Psychotikern wiesen viele Autoren hin. Die Gymnastik wurde im Prager Institut für Schwachsinnige schon im Jahre 1851 eingeführt. Schmid und Roubíček (13, 14) empfehlen vor allem die Konditionsheilgymnastik bei Depressionen. Sie beobachteten die gleichzeitige Herabsetzung des Verbrauches der Hypnotika und die Verkürzung der Behandlungsdauer. Beaujean (3) betont den Einfluß der Sportspiele beim Übergang zur Arbeitstherapie und für die Verbesserung der Perzeption. Klukan und Maolcan (7) weisen auf die Möglichkeiten der Verbindung der Heilgymnastik und der Musiktherapie je nach dem emotionellen Zustand hin. In unserer Praxis bewähren sich die morgendlichen 20 Minuten dauernden Konditionsübungen, bzw. Ballspiele am Nachmittag unter der Aufsicht der Heilgymnastin.

Die Arbeitstherapie akzeptieren die Patienten bei der Kurbehandlung nicht gern, eine Ursache dafür ist der Mangel an geschultem Personal, auch die Kürze der Behandlungsdauer spielt eine Rolle. Wir können die Saisonarbeit in der freien Natur, im Kurpark, in der Gärtnerei und ähnliches ausnützen.

Die Diättherapie ist in den Kurorten mehr antisklerotisch ausgerichtet. Eine besondere Bedeutung sehen wir bei der Behandlung der mentalen Anorexien, die zu Asthenien führen. Wir versuchen, mit Hilfe peroraler Anabolika, Stomachika, bzw. durch Verabreichung von 5—10 Einheiten Insulin 1 Stunde vor der Hauptmahlzeit, eine Normalisierung zu erreichen (5).

Die freie Zeit des Patienten muß man im Rahmen der Kulturtherapie zu Kulturausflügen, Vorträgen, Musikprogrammen, Theater- und Kinovorstellungen ausnützen (5). Besonders die depressiven Patienten sollten im voraus mit dem Charakter der Vorstellung bekannt gemacht werden. Das Verhalten der Patienten während der Programme kann der Arzt zur Klassifikation der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit und auch des Zustandes der Erkrankung ausnützen. (Das freie, auch mit Takt geregelte Leben des Psychotikers in der Gesellschaft, welche er sich allein wählen kann, die Komfortausstattung der Heil-

stätte, welche ihm die Möglichkeit gibt, praktisch an allen sozialen Tätigkeiten teilzunehmen, die benachbarte Natur und das ganze Kurortmilieu bieten den Psychotikern gute Voraussetzungen zu einer schnellen Readaption und Resozialisierung.)

Die Forderung von Tabarka (17), die Kurbehandlung an die erfolgreich beendete Krankenhausbehandlung anzuknüpfen, betrachten wir als richtig. Bis zu einem Jahr nach der letzten Krankenhausbehandlung wurde die Kurbehandlung von 68,61% der Patienten unserer Gruppe ausgenutzt, bis zu 2 Jahren von 8,74%, bis zu drei und mehr Jahren von 13,68%. Nur nach ambulanter Behandlung wurden im Kurort 8,97% Patienten behandelt.

Die Auswertung des Effektes der Kurbehandlung am Ende des Aufenthaltes ist immer schwierig (1,2,6). In der Weltliteratur treten die Objektivisationsmethoden sporadisch auf und betreffen mehr die Auswertung der vegetativen Reaktivität. Bei unserer Auswertung neigten wir zu zwei Kriterien. Erstens bewerteten wir die Verbesserung der einzelnen Symptome. Bei dieser, ziemlich subjektiven Auswertung, wurden 427 Patienten gebessert (174 Männer und 253 Frauen, insgesamt 95,74%), unverändert blieben 2,69% (7 Männer und 5 Frauen), verschlechtert wurden 1,57% (3 Männer — Anfall von Manie bei praeseniler Psychose in inkompletter Remission der manischen Phase, Depressionen bei periodisch depressiven Psychosen in teilweiser Remission und 4 Frauen — akutes haluzinatorisches paranoid-depressives Syndrom bei teilweiser Remission der psychogenen depressiven Psychose, Dekompensation der paranoiden Schizophrenie und der manischdepressiven Psychose in ungenügender Remission am Anfang der Behandlung.) Diese 7 Patienten mußten in die psychiatrische Heilstätte verlegt werden.

Weiterhin haben wir die Patienten mit der Klassifikation nach Serejskij (5) bewertet. Das gesamte Klassifikationsbild am Anfang der Behandlung war: 11 Patienten der Gruppe A (2,47%), 343 Patienten der Gruppe B (76,9%) und 92 Patienten der Gruppe C (20,63%). Am Ende der Behandlung hat sich das Bild gebessert: 146 Patienten der Gruppe A (32,74%), 247 Patienten der Gruppe B (55,38%), 46 Patienten der Gruppe C (10,31%) und 7—(1,57%). Bei 71 beobachteten Fällen hatten wir die Möglichkeit, den Zustand während 3—5 Jahren beobachteten Fällen hatten wir Möglichkeit, den Zustand während 3—5 Jahren

hintereinander zu überprüfen. Die Besserung der Symptome dauerte mindestens immer ein halbes Jahr nach der Kurbehandlung an, das war bei 70 Fällen so, der Zustand einer Patientin verschlechterte sich wiederholt (paranoide Schizophrenie). In 31 Fällen (43,6%) kam es allmählich auch zur Besserung der Klassifikationsgruppe nach Serejskij.

Nun zur Frage des Auffangens der Rezidive der psychotischen Erkrankungen im Verlauf der Kurbehandlung. Das prodromale Stadium dauert nach Janč fast immer einige Tage. Es liegt an den Möglichkeiten einer genügenden Aufsicht durch das Personal in den Kurorten. Wir müssen diese Prodrome abfangen und durch eine passende Medikation nach Möglichkeit sanieren (in unserer Gruppe ist es in 9 Fällen gelungen, in 7 nicht). Es liegt auch an der genauen psychiatrischen Kontrolle des Patienten kurz vor dem Antritt der Kur, so daß nicht Patienten in subkompensiertem oder sogar dekompensiertem Zustand zur Kur geschickt werden sollten (in unserer Gruppe waren es drei Patienten).

In den letzten Jahren entscheiden wir immer öfter über die ambulante Behandlung der Psychotiker in unseren Kureinrichtungen. In Übereinstimmung mit Hruba betrachten wir eine ambulante Behandlung der Psychotiker, getrennt von den Familien, als ziemlich riskant, im Rahmen der gemeinsamen Familienerholung im Kurort aber als geeignet.

Mittels der günstigen Resultate (der Gruppe der in Jahren 1969—1971 behandelten 446 Patienten in der Kurorthelstätte Vraž bei Pisek) bewerten wir die individuelle komplexe Kurbehandlung der richtig indizierten Psychotiker als nützlichen Adaptationsfaktor in der Dispensairebetreuung.

Zusammenfassung

Der Autor erwähnt kurz die Ansichten über die Kurbehandlung bei Geisteserkrankungen, vor allem bei Psychosen, und informiert über die derzeitigen Möglichkeiten der Kurbehandlung der Psychotiker. Er analysiert die einzelnen Komponenten der komplexen Kurbehandlung im Rahmen des Tagesprogramms der Patienten und macht auf einige Schwierigkeiten der benutzten therapeutischen Methoden aufmerksam. Er gibt eine Übersicht über die Behandlungsergebnisse nach diagnostischen Gruppen bei 446 Patienten an, welche in den Jahren 1969—1971 in der Kurorthelstätte Vraž bei Pisek behandelt wurden.