No. 10.

Donnerstag, den 9. März 1905.

31. Jahrgang.

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität in Jena. Grundzüge zur Behandlung der Geistes- krankheiten.¹⁾

Von Otto Binswanger in Jena.

M. H.! Wenn ich Ihnen heute in knappem Rahmen einen Ueberblick über die zurzeit maßgebenden Grundsätze für die Behandlung der Geisteskrankheiten geben soll, so muß ich mich selbstverständlich darauf beschränken, Ihnen die allgemeinen Gesichtspunkte vorzutragen, soweit sie sich aus den in den früheren Vorlesungen erörterten Lehren der Aetiologie und Symptomatologie der psychischen Störungen ergeben. Ich kann mir um so mehr diese Beschränkung auferlegen, als ich bei den klinischen Demonstrationen der einzelnen psychischen Krankheitszustände die für den besonderen Fall geeignete Behandlungsmethode mit in den Kreis der Erwägungen hineingezogen habe. Ich habe dabei jedesmal betonen müssen, daß die allgemeine Forderung einer streng individualisierenden Behandlung gerade auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten zur vollsten Anerkennung gelangen muß, und daß bei den oft in stürmischer Folge wechselnden Krankheitserscheinungen die weitgehendsten Anforderungen an die Sicherheit und Schlagfertigkeit des ärztlichen Handelns gestellt werden. Was jetzt gerechtfertigt oder geboten erscheint, kann schon nach wenigen Stunden unwirksam oder sogar schädlich sein. Das Leitmotiv jeder therapeutischen Maßregel bei psychischen Störungen ist das psychologische Verständnis für ihre Wirkungsweise. Das gilt nicht nur für alle psychischen Beeinflussungen, die Psychotherapie im engeren Sinne, sondern auch für alle medikamentösen, diätetischen und physiotherapeutischen Verordnungen. Was ich Ihnen heute geben kann, ist also nur die Zusammenfassung der Einzelvorschriften oder, wenn ich im Gleichnis sprechen darf, ein allgemeiner Grundriß, auf welchem Sie in Ihrer ärztlichen Wirksamkeit je nach der Lage des Terrains, nach der Bodenbeschaffenheit, nach den klimatischen Verhältnissen das Gebäude selbst konstruieren müssen.

Wie uns besonders die Aetiologie der Geistesstörungen lehrt, ist die Gestaltung des einzelnen Krankheitsfalles im we-

sentlichen abhängig von der individuellen Veranlagung der erkrankten Persönlichkeit, welche im letzten Grunde auf der Beschaffenheit der ererbten Keimplasmen beruht. Sie bedingt schon unter normalen Verhältnissen dasjenige, was die individuelle Reaktion auf äußere Ursachen genannt wird. Zu diesen von außen kommenden Schädlichkeiten sind diejenigen äußeren Vorgänge zu rechnen, welche vermöge ihrer psychischen Einwirkungen (psychische Ursachen) das geistige Gleichgewicht stören und, wenn auch nur sekundär, die körperlichen Verrichtungen (Zirkulation, Respiration, Sekretion etc.) krankhaft abändern. Aber auch die Selbstvergiftungen, welche durch bestimmte Störungen des Stoffwechsels (Gicht, Diabetes, Urämie) oder durch Erkrankungen einzelner drüsiger Organe (Morbus Basedowii, Myxödem, Addisonsche Krankheit etc.) entstehen, gehören zu diesen äußeren Ursachen, da die Entstehungsbedingungen der Krankheit außerhalb des Zentralnervensystems gelegen sind.

Die therapeutische Bedeutsamkeit der individuellen Reaktion tritt am klarsten zutage bei der Behandlung der großen diffusen Neurosen (Neurasthenie, einschließlich der Hypochondrie, Epilepsie und Hysterie), welche heute mit Recht als Psychoneurosen bezeichnet werden. Wie machtlos sind wir bei der Bekämpfung ihrer Krankheitsäußerungen, wenn wir nicht die Eigenart des Falles einer sorgsam Prüfung unterzogen haben! Die gleiche Bewertung besitzt die individuelle Reaktion bei der ärztlichen Ueberwachung der körperlichen und geistigen Entwicklung erblich behafteter Kinder,¹⁾ sodann überhaupt bei allen Maßnahmen, welche auf die Verhütung einer ausgebildeten Geisteskrankheit gerichtet sind (allgemeine Prophylaxis).

Weil das Wesen der ererbten psychopathischen Behaftung in einer verringerten Widerstandsfähigkeit gegen körperliche und seelische Schädlichkeiten besteht, so ist die prophylaktische Aufgabe darin gelegen, diese Widerstandskraft durch eine geeignete und methodische Psychopädagogik zu stärken. Welch reiches und fruchtbares Gebiet eröffnet sich hier dem Haus-

¹⁾ Als erbliche Belastung bezeichnet man den Umstand, daß Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie des Patienten überhaupt vorgekommen sind, während mit der Bezeichnung erbliche Behaftung zum Ausdruck gebracht werden soll, daß bei dem zur Untersuchung gelangten Kranken gewisse körperliche oder geistige Merkmale der stattgehabten Uebertragung pathologischer Keimesvariationen vorhanden sind.

¹⁾ Nach einem Vortrag, gehalten im ärztlichen Fortbildungskurse im Sommer 1904.

ärzte, welcher bei seinen Schutzbefohlenen die Familiengeschichte, sowie die körperliche und seelische Entwicklung in den Kinder- und späteren Jugendjahren aufs genaueste zu verfolgen imstande ist! Ohne auf die besonderen Merkmale der erblichen psychopathischen Behaftung hier einzugehen, mag nur im allgemeinen darauf hingewiesen werden, daß selbst die scheinbar geringfügigsten Anzeichen einer anormalen Entwicklung bei den Sprößlingen erblich belasteter Familien die weitgehendste Sorgfalt des Arztes beanspruchen müssen. Wenn irgendwo, so gilt hier der Satz: *Principiis obsta!* Um nur einiges hier anzuführen, sei auf die Schlafstörungen (*Pavor nocturnus*, *Noctambulismus*, *protrahierte Enuresis nocturna*), auf die pathologische Schreckhaftigkeit und Furchtsamkeit, Eigensinn und Zornausbrüche hingewiesen, vor allem aber auf die körperlichen Folgezustände (motorische, vasomotorische und sekretorische), welche diese psychischen Krankheitserscheinungen hervorrufen. Nur zu oft werden ausschließlich diese körperlichen Reaktionen und nicht ihre psychischen Wurzeln Gegenstand der ärztlichen Beobachtung und Behandlung und nur Symptome und nicht das Uebel selbst in Behandlung genommen.

Lassen Sie mich in kurzen Strichen ein Bild der prophylaktischen Maßregeln entwerfen, welche bei diesen jugendlichen Patienten mit mehr oder weniger scharf ausgeprägten psychischen Krankheitsmerkmalen notwendig sind.

Das Hauptgewicht ist auf die Psychotherapie zu legen in dem oben erwähnten Sinne, daß das ärztliche Eingreifen in allen seinen Teilen psychologisch motiviert sein muß. In engerer Fassung besteht die Psychotherapie darin, daß der affektive Grundcharakter in geregelte Bahnen gebracht wird und die aus ihm entspringenden individuellen Affektreaktionen (pathologische Neigungen, Triebhandlungen etc.) bekämpft werden; damit geht Hand in Hand eine sorgfältige Ueberwachung und Regelung der intellektuellen Leistungen. Wer weiß, wie geistige Ermüdbarkeit, pathologische Zerstreuung, die Tendenz zu sprungweiser Denktätigkeit, zu bizarrer, widerspruchsvoller und scheinbar motivloser Handlungsweise die Folgewirkung krankhafter Stimmungen ist, der wird die Wichtigkeit einer genauen Tageseinteilung, einer dem Maße der intellektuellen Fähigkeiten genau angepaßten Bestimmung der Arbeits- und Ruhestunden, der Spielzeiten, der Einschaltung von mechanischen Arbeiten (vor allem, bei größeren Kindern, der Gartenarbeit, Schnitz- und Modellierarbeiten) niemals außer acht lassen. Diese Aufgaben der speziellen Psychotherapie zu erfüllen, wird sehr häufig im Bannkreise der eigenen Familie der jugendlichen Patienten äußerst erschwert oder geradezu unmöglich gemacht durch die psychische Beschaffenheit der nächsten Angehörigen, vornehmlich der Mütter. Uebertriebene Aengstlichkeit und Sorge, ein geradezu verhängnisvolles Bemitleiden der „nervösen“ Sprößlinge bringt alle therapeutischen Bemühungen des Arztes zum Scheitern. Die krankhafte Selbstbeobachtung, die Widerstandslosigkeit gegen jede körperliche oder geistige mit Schmerz verknüpfte Anstrengung wird durch die steten Klagen und Befürchtungen dieser überzärtlichen Angehörigen geradezu gezüchtet. Die Kinder versenken sich, wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, nicht nur in ihren Schmerz, sondern sie kokettieren mit ihm, um Liebkosungen, Befreiungen von unbequemen Verpflichtungen und Geschenke zu erlangen. Während wir Aerzte predigen, daß nervöse Kinder den Schmerz ignorieren sollen, krankhafte Aengstlichkeit und Schreckhaftigkeit bekämpfen müssen, indem jede pathologisch gesteigerte Verarbeitung dieser emotionellen Regungen nur neue Krankheitserscheinungen hervorruft, bewirken die unzweckmäßigen Bemühungen der Angehörigen, bewußt oder unbewußt, gerade das Gegenteil. Sobald der Arzt diese Schädlichkeiten erkannt hat, muß der jugendliche Patient aus der Atmosphäre des Elternhauses entfernt werden, sei es, daß gewisse ausgeprägtere Krankheitsäußerungen, wie schwere Angstzustände, Wutausbrüche, hartnäckige Schlaflosigkeit, allgemeine Hyperästhesie und Hyperalgesie etc., direkt eine Anstaltsbehandlung notwendig erscheinen lassen, sei es, daß ein Lehrinstitut gewählt werden kann, welches sich mit der Aufgabe, psychopathisch geartete Kinder zu erziehen, befaßt. Gerade bei uns in Deutschland sind glücklicherweise diese

pädagogischen Aufgaben in neuerer Zeit mit Eifer und Verständnis aufgenommen worden. Ich verweise hier nur auf die Entstehung der Landes-Erziehungsheime und anderer Erziehungsanstalten, die zugleich Gartenbau und landwirtschaftliche Tätigkeit in ihr Programm aufgenommen haben. Der Körperpflege, einschließlich der Ernährung, ist die gleiche Sorgfalt zu widmen. Diese Aufgabe gewinnt eine besondere Bedeutung bei jenen konstitutionell psychopathisch veranlagten jugendlichen Patienten, bei welchen eine verzögerte oder geradezu verkümmerte körperliche Entwicklung mit den psychischen Entwicklungsstörungen gewissermaßen gleichen Schritt hält. Diese Sorgenkinder mit zartem Skelettsystem, dürrig entwickelter Muskulatur und anämischer Beschaffenheit und mannigfachen Verdauungsstörungen beanspruchen die sorgfältigste Pflege und Behandlung, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden soll. Ebenso kann ich hier bei diesen allgemeinen Betrachtungen die besonderen therapeutischen Indikationen außer acht lassen, welche bei der Behandlung psychopathischer Kinder mit organischen Gehirnerkrankungen (Lähmungen, Kontrakturen, Epilepsie, Sprachstörungen etc.) gegeben sind. Nur auf eine Gruppe möchte ich hier Ihre Aufmerksamkeit noch lenken, nämlich auf jene Kinder, bei welchen die Entwicklungsstörungen auf dem Gebiete der koordinierten Muskelbewegungen gelegen sind. Es besteht hier eine Reihe von Abstufungen zwischen einfach muskelträgen, ungeschickten und unbeholfenen Kindern bis zu jenen mit choreiformen Bewegungsstörungen und tickartigen Krankheitserscheinungen. Hier ist die Beschäftigungstherapie ganz besonders am Platz, welche bald in der Form einfacher gymnastischer Uebungen (passive Gymnastik mit und ohne Widerstände, Zimmerturnen), bald in Form zweckmäßiger, einen Teil der Psychotherapie bildender Hand- und Gartenarbeiten in den Kurplan einzufügen ist.

Am dringendsten sind diese Aufgaben in der Zeit der Pubertätsentwicklung, welche bekanntlich die verhängnisvollste Klippe für viele psychopathisch veranlagte Kinder bildet. Sie wissen, wie leicht in dieser Entwicklungsperiode nicht nur ein vorzeitiger Abschluß des geistigen Ausreifungsprozesses, sondern geradezu ein Rückgang der geistigen Fähigkeiten stattfindet, welcher zu den symptomatologisch so vielgestaltigen Krankheitsbildern der *Dementia praecox* führt. Da aber nur ein Bruchteil der psychischen Krankheitszustände während und bald nach dem Pubertätsalter (die Hebephrenie) zu diesem traurigen Abschlusse führt, so muß dringend davor gewarnt werden, die Hände untätig in den Schoß zu legen, in der fatalistischen Meinung, daß doch alle Mühe umsonst sei. Sie haben ja bei den klinischen Demonstrationen dieser jugendlichen Patienten vielfach Gelegenheit gehabt, zu sehen, daß selbst schwerste Krankheitsschübe mit stürmischen und höchst zusammengesetzten Krankheitserscheinungen einen guten Verlauf nehmen können, und daß auch die Gefahr zahlreicher Nachschübe mit dem Ausgange in Verblödung durchaus nicht in allen diesen Fällen zutrifft. Daß schwere Krankheitsfälle dieser Art nur in eigens dazu eingerichteten Anstalten behandelt werden können, liegt auf der Hand. Für Sie, die Sie draußen in der ärztlichen Praxis stehen, besteht die vornehmlichste Aufgabe darin, die Anfänge oder die leichtesten Grade derartiger Störungen zu behandeln. Vergessen Sie niemals, daß die Fälle juveniler Neurasthenie und Hypochondrie, leichter melancholischer Verstimmung, protrahierter geistiger Hemmungen (stuporöse Zustände), sowie endlich episodisch auftretende motorische Erregungszustände mit primärer Inkohärenz, Halluzinationen und Illusionen nur allzu oft die Vorboten und Anfangsstadien schwerer geistiger Hemmungen sind. Hier haben Sie mit all den Hilfsmitteln vorzugehen, welche uns die psychischen, medikamentösen und hydriatrischen Behandlungsmethoden an die Hand geben.

Ich gelange damit zu der Besprechung derjenigen therapeutischen Aufgaben, welche überhaupt dem praktischen Arzte in der Hauspraxis oder bei der Tätigkeit an einem allgemeinen Krankenhause zufallen und sich naturgemäß nur auf solche Fälle geistiger Erkrankung beziehen können, welche noch in der Entwicklung begriffen sind. Aber auch diejenigen Fälle psychischer Erkrankungen, welche während ihres Ver-

laufes keine das Leben des Kranken selbst (Selbstmordtendenz) gefährdenden oder für seine Umgebung bedrohlichen (Gemeingefährlichkeit) Symptome darbieten, gehören unter gewissen Voraussetzungen zur Domäne des praktischen Arztes. Wenn wir zuerst die Behandlung der Anfangsstadien einer geistigen Störung, und zwar ohne jede Rücksichtnahme auf die klinische Gestaltung des vollentwickelten Krankheitsbildes ins Auge fassen, so kommen vornehmlich zwei Gruppen von Krankheitserscheinungen in Betracht: die initialen Stimmungsanomalien und die intellektuellen Ermüdungssymptome. Rufen Sie sich, bitte, ins Gedächtnis zurück, was ich über die weittragende nosologische Bedeutung des Gefühlslebens, sowohl bei den affektiven Störungen im engeren Sinne (Manie, Melancholie) als auch bei allen anderen akut und chronisch verlaufenden Geistesstörungen, einschließlich der organischen Gehirnerkrankungen (z. B. Dementia paralytica), gesagt habe. Ohne hier nochmals auf die Entstehungsbedingungen dieser Gefühlsstörungen¹⁾ (einschließlich der Gemütsbewegungen und Affekterregungen) und ihre Bedeutung für die formale und inhaltliche Denkarbeit einzugehen, möchte ich hier nur auf die Erfahrung Gewicht legen, daß jede Aenderung des körperlichen und geistigen Befindens mit einer gemüthlichen Reaktion verbunden ist und daß sowohl für den Kranken selbst als auch für seine Umgebung diese Störungen der Gefühlsreaktion meist in der Form pathologischer Stimmungen die sinnenfälligsten Merkmale der beginnenden Geistesstörung sind. Man muß hier freilich den Begriff der Geistesstörung so weit wie möglich fassen und alle rein formalen und nicht nur inhaltlichen Störungen der geistigen Vorgänge schon hinzurechnen. Der Arzt, der ausschließlich objektive Merkmale der Erkrankung sucht und diesen der Selbstbeobachtung des Kranken entstammenden Äußerungen des gestörten Gleichgewichts keine oder nur eine geringe Bedeutung beimißt, wird diese Anfangsstadien einer psychischen Erkrankung einfach nicht bemerken. Indem er gewisse Begleit- und Folgeerscheinungen, z. B. Störungen der Herzzinnervation, der Verdauung, der Sexualvorgänge etc., für das Wesentliche oder sogar für das Ausschlaggebende des Leidens hält und ausschließlich seine Kunst auf die Bekämpfung dieser Symptome verwendet, wird er sehr bald am Ende seiner Erfolge angelangt sein. Die Behandlung der Neurasthenie, die ja heutzutage allgemein als eine Psychoneurose erkannt worden ist, bietet hierfür genugsam Belege. Wer die Stimmungsanomalien dieser Kranken nicht kennt oder nicht berücksichtigt und seine Therapie in erster Linie nicht auf ihre Bekämpfung richtet, hat keine Aussicht, dauernden Nutzen zu stiften. Dabei soll einer verständigen, das Gesamtleiden berücksichtigenden Lokalthherapie durchaus nicht ihr Wert abgesprochen werden. Denn es ist ja bekannt, wie jede Lokalerkrankung und die mit ihr verbundenen pathologischen Organempfindungen und -gefühle die weittragendste Wirkung auf die psychischen Vorgänge der Neurastheniker besitzen. Was für diese Ihnen geläufigste Nervenerkrankung, die ja so häufig nur das Anfangsstadium schwerer geistiger Erkrankung bildet, gilt, kann in gleicher Weise auf die gemüthlichen Depressionszustände, die einfachen melancholischen Verstimmungen mit mehr oder weniger scharf ausgeprägten Angstgefühlen und Angstaffekten angewandt werden. Bitte, vergegenwärtigen Sie sich die Tatsache, daß sowohl die reizbare Verstimmung der Neurasthenie als auch die melancholische Depression die ersten Anfänge einer Hebephrenie, einer Amentia, einer Paranoia oder, um wiederum einen Blick auf die Geistesstörungen mit nachweisbaren materiellen Erkrankungen des Gehirns zu werfen, einer progressiven Paralyse oder einer arteriosklerotischen Hirndegeneration ankündigen können. Nur so oft verdeckt ja die Stimmungsanomalie die übrigen Krankheitssymptome, was sich am besten an den im beginnenden Senium auftretenden Geisteskrankheiten nachweisen läßt. Für jeden Fall erwächst dem Arzt die Pflicht, gegen diese krankhaften Stimmungszustände sofort

1) Es kann nicht oft genug betont werden, daß die Begriffe: Gefühle und Empfindungen streng auseinanderzuhalten sind. Während die Empfindungen die Elementarphänomene des Bewußtseins sind, welche auf äußere, dem wahrnehmenden Subjekt (Komplex der Ich-Vorstellung der Persönlichkeit) gegebene Gegenstände bezogen werden, repräsentieren die Gefühle die subjektiven Bewußtseinsinhalte und dienen zum Aufbau desjenigen Bewußtseinsinhaltes, welcher sich auf den Zustand des Subjekts selbst bezieht.

vorzugehen, mit denen fast durchweg als ein fast gleichwertiges Anfangssymptom die Schlafstörungen verbunden sind. Dem mißgestimmten, ärgerlich und zornig erregten Patienten gegenüber wird in erster Linie die Ruhe, die Gleichmäßigkeit und Ueberlegenheit des ärztlichen Handelns zur Geltung kommen müssen. Je launenhafter, unzufriedener und widerwilliger der Patient, desto bestimmter sei der Arzt! Sobald es sich um schwerere, entwickeltere Stimmungsanomalien dieser Art handelt, desto weniger sind Diskussionen mit dem Patienten über die einzuschlagende Behandlung am Platz. Der psychotherapeutische Gesichtspunkt hat alle anderen ärztlichen Maßnahmen zu beherrschen. Das Heer quälender, schmerzhafter Empfindungen, die in die verschiedensten Körperregionen und Organe lokalisiert werden, die innere, ruhelose Spannung werden nicht beseitigt durch Verordnungen, welche ausschließlich auf eine Zerstreuung und Ablenkung gerichtet sind. Deshalb sind die ärztlichen Ratschläge, einen Patienten mit beginnender Psychose, bei welcher die reizbare Verstimmung im Vordergrund des Krankheitsbildes steht, planlos auf Reisen zu schicken, fast immer zu verwerfen. Die schädlichen Früchte derartiger Ratschläge kann ich hier in Thüringen, der großen „Sommerfrische“ Mittel- und Norddeutschlands, nur allzu oft wahrnehmen. Wie viele dieser Kranken stranden schon nach kurzer Zeit in der psychiatrischen Klinik! Heftige Angstanfälle. Selbstmordversuche, akute Verwirrheitszustände etc. signalisieren die Weiterentwicklung des Leidens. Da die genannten Symptome ja nur der Ausdruck einer gestörten Hirnfunktion sind, so ist es ja viel näherliegend, die Summe von zufließenden Empfindungen, von denen jede einzelne eine Quelle gemüthlicher Erregung sein kann, möglichst einzuschränken und damit auch die geistige Arbeit, die Notwendigkeit von Entschlüssen und Handlungen herabzumindern. Das Richtige ist, die Kranken sofort zu Bett zu legen und ihre Gehirnarbeit möglichst ruhig zu stellen. Hierzu sind die hydriatrischen Behandlungsmethoden in ihren verschiedenen Anwendungsformen am geeignetsten. Jeder, der sich längere Zeit mit der Hydrotherapie beschäftigt hat, weiß, daß schablonenhafte Vorschriften nicht gegeben werden können. Dem Einen bringen prolongierte warme Vollbäder, dem Anderen Vollpackungen, dem Dritten die lokalen, fraktionierten Wasseranwendungen Beruhigung. Das muß eben ausprobiert werden.

Unter den Arzneimitteln nehmen die Brompräparate die erste Stelle ein. Bei schwächlichen, anämischen, erschöpften Patienten wird die Brombehandlung zweckmäßig mit Darreichung von Chinin, Arsen, Eisen verbunden. Bei hartnäckiger Schlaflosigkeit wird man vor der Darreichung von Hypnoticis (Amylenhydrat, Paraldehyd, Veronal etc.) nicht zurückschrecken. Doch rate ich, es zuerst mit einfacheren, harmloseren Mitteln, vor allem mit den Präparaten der Radix valeriana, kleinen Dosen Phenacetin zu versuchen, die sehr wohl neben der Bromtherapie verwandt werden können. Bei der melancholischen Depression mit Angstzuständen ist unverzüglich mit einer systematischen Opiumtherapie einzusetzen. Ich sage mit voller Absicht systematisch. Denn eine unzweckmäßige, ärztlich nicht genau kontrollierte, dem Willen des Patienten untergeordnete Opiumbehandlung führt nicht zum Ziele. Die genaueste Dosierung und die allmähliche, sorgfältig vorgeschriebene Steigerung der Opiumgaben wird am leichtesten durch die Darreichung in Pillenform erzielt. Ich habe Ihnen bei der Melancholie diese methodische Opiumbehandlung geschildert. Sie finden in jedem neueren Lehrbuch der Psychiatrie genaue Vorschriften darüber.

Eine dritte Gruppe von Geistesstörungen, welche für die Behandlung in der eigenen Familie, aber auch hier vorwiegend nur in den Entwicklungsstadien der Erkrankung, geeignet sind, bilden die mit einer krankhaften Apathie, das ist einer allgemeinen Herabsetzung der gemüthlichen Erregbarkeit, verbundenen primären Denkhemmungen. Sie wissen, daß es unter Umständen außerordentlich schwer sein kann, einfache melancholische Verstimmungen oder die Initialstadien schwerer Melancholien von diesen apathischen Zuständen des primären Stupors zu trennen. Ebenso bekannt ist es, daß neurasthenische, resp. hypochondrische Patienten in diesen apathischen Zustand versinken können. Für die Behandlung ist es aber von größter

Wichtigkeit, die melancholischen, mit sekundären Denkhemmungen einhergehenden Krankheitszustände von diesen apathischen Zuständen diagnostisch zu unterscheiden. Denn die pathologischen Verschiebungen der Gefühlsreaktionen bei der melancholischen Depression (einseitige Steigerung der Unlust- und Schmerzreaktionen mit Angstgefühlen) verlangen, wie wir vorstehend gesehen haben, eine sowohl die Gefühlsqualität (Opiumbehandlung) als auch die Intensität der Gefühlserregung beeinflussende, sedative Behandlung, während umgekehrt bei den primären Apathien direkt eine anregende Therapie geboten ist. Die reinsten Fälle dieser Art bilden diejenigen Formen des Erschöpfungs- und Intoxikationsstupors, bei welchen die Krankheitserscheinungen sich ganz allmählich bis zur völligen gemüthlichen und intellektuellen, einschließlich der psychomotorischen, Leistungsunfähigkeit ausbilden. Der klinisch-symptomatologischen Uebereinstimmung dieser Bilder entspricht auch die ätiologisch-klinische Verwandtschaft, indem auch die cerebralen Erschöpfungszustände im letzten Grunde auf einer Art Selbstvergiftung infolge der gestörten Ernährung beruhen müssen. Hier ist eine Opiumbehandlung durchaus unzweckmäßig, vielmehr gilt es, Massage, passive und aktive Gymnastik, allgemeine Faradisation, hydriatrische Prozeduren, die mächtigere Hautreize bilden und energische vasomotorische Wirkungen hervorrufen, zur Anwendung zu bringen. Aber diese Prozeduren sind nur mit aller Vorsicht in den Behandlungsplan einzuführen. Denn die Erfahrung lehrt, daß bei den Erschöpfungs- und den toxischen Psychosen ganz unvermittelte Uebergänge schwerer stuporöser Zustände zu heftigsten Erregungsphasen mit Inkohärenz, Illusionen, Halluzinationen und motorischer Agitation (Amentia) auftreten können. Man wird deshalb sofort mit einer derartigen, die Arbeitsleistungen anregenden und steigernden Behandlungsmethode aufhören müssen, sobald sich Reizsymptome der vorstehend geschilderten Art einstellen.

Ich habe hier absichtlich die Behandlung der Gefühlsstörungen in den Vordergrund gestellt, weil sie die besten Angriffspunkte für die Tätigkeit des praktischen Arztes bilden. Es bedarf wohl keiner ausführlicheren Darlegung, daß wir damit nur einzelnen, wenn auch bedeutsamen, Symptomen der Geistesstörungen wirksam begegnen können, und daß allerdings die genannten Hilfsmittel (vielleicht die Opiumbehandlung ausgenommen) durchaus keine ausschließliche Wirkung auf die Gefühlsstörungen besitzen. Speziell bei den stuporösen Zuständen ist die Herabsetzung der gemüthlichen Erregbarkeit nur ein Nebensymptom; das Wesentliche ist hier in den Störungen der assoziativen Vorgänge zu suchen, die durch eine in ihrer Intensität sehr schwankende primäre Dissoziation der Denkvorgänge gekennzeichnet sind. Daß in all diesen Fällen die ausgiebigste Ruhigstellung der geistigen Tätigkeit vonnöten ist, versteht sich fast von selbst. Und damit kommen wir auf die praktisch wichtige Frage: Unter welchen Voraussetzungen kann der Arzt die Behandlung dieser äußerlich ruhigen und im Hinblick auf die leichteren melancholischen Krankheitszustände geistig ganz geordneten Patienten übernehmen und durchführen? Die Antwort ist leicht zu finden: Im eigenen Hause nur dann, wenn es sich um Patienten der wohlhabenderen Klassen handelt, bei denen die geeigneten Räume (Isolierung des Kranken), Beschaffung eines psychiatrisch geschulten Pflegepersonals und ausgiebige Verwertung der medikamentösen und physikalisch-diätetischen Heilmethoden auf keine äußeren Schwierigkeiten stößt. Die ärmeren Klassen werden dieser Wohltat nur in einem Krankenhause theilhaftig werden können. Aber auch da wird der behandelnde Arzt darauf dringen müssen, daß sie im Einzelzimmer und unter stetiger Kontrolle eines psychiatrisch geschulten Pflegepersonals gehalten werden.

Die Aufgabe des praktischen Arztes wird bei den geschilderten Krankheitsgruppen sofort beendet und die Ueberführung in eine Heilanstalt mit den speziellen Einrichtungen für die Behandlung psychischer Kranker notwendig sein, sobald die Krankheit trotz aller aufgewandten Mühe und Sorgfalt unaufhaltsam fortschreitet. Wir haben schon oben der Selbstmordgefahr Erwähnung getan. Ich möchte hier nur noch einmal Ihnen dringend ans Herz legen, keine Melancholien zu Hause

zu behandeln, welche auch die leisesten Anzeichen der Selbstmordtendenz dargeboten haben. Meine Erfahrung lehrt mich, daß die Schuld an solchen Unglücksfällen immer dem Arzte in die Schuhe geschoben wird; er ist der Prügelknabe für alle Fehler und Unterlassungssünden, welche Angehörige und Pflegepersonal begangen haben. Das Gleiche gilt für offene Nervensanatorien, welche in ihrer ganzen baulichen Einrichtung und der Art des Verkehrs der Kranken in und außer dem Hause die Sicherheit zum Schutze selbstmordverdächtiger Kranker nicht bieten können. Neben den Melancholien bieten die Neurasthenien mit schwerer hypochondrischer Verstimmung das größte Kontingent der selbstmordverdächtigen Kranken. Hier wird die Aufgabe des Arztes noch viel schwieriger, weil ja bei diesen Patienten die Angstanfälle viel episodischer und viel unvermittelter sich einstellen. Besonders möchte ich Sie warnen, die im beginnenden Senium so besonders häufig auftretenden melancholisch-hypochondrischen Krankheitszustände längere Zeit im Hause zu behandeln, da hier neben der Gefahr des Selbstmordes immer der Verdacht einer unter dem Deckmantel einfacher Stimmungsanomalie einsetzenden und verlaufenden Verblödung besteht. Die geeignetsten Fälle für die häusliche Behandlung sind die melancholischen Verstimmungen junger Frauen (ich erinnere hier nur an die Graviditätsmelancholien), sowie die periodischen melancholischen Depressionen oder endlich die melancholische Phase einer zirkulären Psychose, alles selbstverständlich nur unter den Einschränkungen, die aus dem Vorhergehenden ersichtlich sind.

Von einer häuslichen Behandlung oder von einer solchen in einem gewöhnlichen Krankenhause oder offenen Sanatorium kann bei maniakalischer Exaltation kaum die Rede sein. Die Kranken sind durch ihr aufgeregtes, unruhiges, zu Widerspruch und Streit, zur Intrige und zur Begehung von Exzessen in Baccho et Venere geneigtes Wesen jederzeit in Gefahr, nicht nur in ihrer sozialen Stellung unmöglich zu werden, sondern auch geradezu mit dem Strafgesetz in Konflikt zu kommen. Das Allergefährlichste ist, Patienten mit periodischer maniakalischer Exaltation (ebenso in der maniakalischen Phase einer zirkulären Geistesstörung) auf Reisen zu schicken, da sie fast durchweg Schiffbruch leiden. Hier heißt es, die Mühen und auch den Undank auf sich zu nehmen, welche mit der Verbringung derartiger Kranker in eine geschlossene Anstalt immer verknüpft sind. Ebenso ist es fast selbstverständlich, daß alle akuten Erregungszustände mit schwereren Bewußtseinsstörungen (Inkohärenz, Illusionen, Halluzinationen, allgemeiner Unorientiertheit) und stürmischen motorischen Reizerscheinungen sofort einer psychiatrischen Anstalt zugeführt werden müssen. Ich mache hier hauptsächlich auf die puerperalen Psychosen, auf die epileptischen und hysterischen Dämmerzustände aufmerksam.

Die Ueberführung Erreger in die Irrenanstalt verursacht durchweg große Schwierigkeiten. Es empfiehlt sich, um wenigstens während des Transportes eine Beruhigung des Kranken herbeizuführen, größere Arzneidosen zu geben. Ich nenne hier Amylenhydrat (per os und per clysmata) in Dosierungen von 4,0–6,0, Choralhydrat 3,0 mit Morphin 0,03 oder Injektionen von Hyoscinum hydrobromicum (0,0005 pro dosi).

Die größte Schwierigkeit bereitet die Frage, unter welchen Umständen und wie lange Paralytiker in der eigenen Häuslichkeit oder in offenen Sanatorien behandelt werden können. Die Tatsache ist feststehend, daß im Verlaufe der Paralyse die früherhin als klassische Form bezeichneten maniakalischen, sowie die agitierten, verwirrten Krankheitszustände neuerdings an Häufigkeit bedeutend zurückgetreten sind gegenüber einfach dementer Verlaufsrichtung. Man täusche sich aber nicht über die zivil- und strafrechtliche Bedeutung auch dieser mit einer langsamen Einschmelzung der intellektuellen Kräfte einhergehenden Art der Erkrankung. Die meist bei schärferem Hinsehen deutlich erkennbare Euphorie, die moralische Haltlosigkeit, die Beeinflußbarkeit durch fremde Personen führen nur zu oft auch beim Mangel heftiger affektiver motorischer Erregungszustände zu zweckwidrigen, die materielle Existenz der Familie gefährdenden oder sogar vernichtenden Handlungen. Ich gebe deshalb immer den Rat, ruhige, schwachsinnige Paralytiker nur dann in Familienpflege zu behalten, wenn die

Entmündigung stattgefunden hat. Unter den strafrechtlichen Handlungen dieser Kranken stehen Sittlichkeitsdelikte, Betrug (betrügerischer Bankrott, Wechselfälschungen!) und bei den niederen Volksklassen Eigentumsvergehen im Vordergrund. Den gleichen Gefahren sind die mit Altersblödsinn Behafteten ausgesetzt. Es ist deshalb auch hier ein rechtzeitiges Einschreiten des Arztes erforderlich.

Ich glaube, damit die Aufgaben des praktischen Arztes bei der Behandlung geistiger Störungen in groben Umrissen Ihnen vorgeführt zu haben. Ich wiederhole, daß ich nicht auf jede einzelne klinische Krankheitsform hier eingehen konnte. So habe ich auch die angeborenen Schwachsinnszustände, sowie die leichteren und schwereren Formen des erworbenen Schwachsinns, welche die Ausgänge abgelaufener jugendlicher Psychosen sind, nicht genauer berücksichtigt. Denn hier ist mit einigen Andeutungen kaum etwas genützt. Die Feststellung des Grades des Schwachsinns, sowie seine besondere individuelle Ausprägung, seine Beziehungen zu den auf ethischen Vorstellungen und Gefühlsreaktionen beruhenden Handlungen (moralischer Schwachsinn) beanspruchen eine so eingehende und auf einer besonderen wissenschaftlichen und praktischen Durchbildung beruhende Würdigung, daß allgemeine, für den praktischen Arzt verwertbare Indikationsstellungen des ärztlichen Handelns kaum gegeben werden können. Nur vor dem einen möchte ich Sie hier warnen! Schicken Sie schwachsinnige Jünglinge oder Mädchen, die in der eigenen Häuslichkeit nicht bleiben können, nicht in Familien von Geistlichen und Lehrern, in welchen unerwachsene Kinder sich befinden! Ohne hier auf einzelne Beispiele einzugehen, möchte ich Ihnen nur meine Erfahrung mitteilen, daß sexuelle Vergehen gerade von dieser Kategorie von Kranken, einschließlich der Epileptischen und Schwachsinnigen, verübt werden.

Ueber die Grundzüge der Behandlung psychischer Störungen in psychiatrischen Anstalten will ich mich an dieser Stelle nur auf einige Bemerkungen beschränken. Zuerst möchte ich Sie bitten, das in Laienkreisen noch vielfach herrschende Vorurteil gegen die Irrenanstalt durch Belehrung aufs energischste zu bekämpfen. Die modernen Anstalten dieser Art unterscheiden sich von anderen Krankenhäusern nur dadurch, daß sie Sicherheitsmaßregeln gegen Selbstbeschädigungen und gegen die Gefährdung anderer in ihren baulichen Einrichtungen und ihren Verwaltungsprinzipien haben. Die Behandlungsmethoden sind durchaus andere geworden. Die Zwangsmaßregeln, die wochen- und monatelangen Einsperrungen in Zellen sind völlig geschwunden. Bei jeder akuten Psychose, sowie bei den Erregungszuständen chronischer Kranker tritt die Bettbehandlung ein; die ersten Anfänge der Erregung werden mit Dauerbädern und anderen hydriatrischen Prozeduren bekämpft. Die medikamentöse Behandlung wird überall genau der Krankheitsform angepaßt. Der Beschäftigungstherapie, welche besonders bei rekonvaleszenten Kranken eine so bedeutsame Rolle spielt, ist der größte Spielraum eingeräumt. Das alte Abschließungssystem der Kranken von der Außenwelt und damit der mysteriöse Nimbus, welcher der Irrenanstalt anhaftete, sind beseitigt. Dadurch, daß die Zahl der Aerzte und des Pflegepersonals überall in den letzten Jahrzehnten bedeutend vermehrt worden ist, ist die praktische Durchführung dieser Behandlungsgrundsätze gesichert.

Lassen Sie mich mit dem Wunsche schließen, daß die emsig fortschreitende wissenschaftliche Erforschung der Ursachen und der Erscheinungen geistiger Störungen uns immer größere Klarheit und eine weitere Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel verschaffen möge. Die Untersuchungen, welche schon gegenwärtig über die Zusammenhänge akuter und chronischer geistiger Krankheiten mit dem großen Heere der Infektionskrankheiten und der Selbstvergiftungen ein tieferes Verständnis herbeigeführt haben, sind jetzt an dem Punkte angelangt, daß die auf anderen Gebieten erprobten Methoden der Organotherapie und der Verwendung im tierischen Körper erzeugter Antitoxine auch für die Therapie der Geistesstörungen nutzbringend gemacht werden. Freilich stehen wir hier noch in den ersten Anfängen. Aber der Weg ist vorgezeichnet!