

**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 15 (1959)

**Artikel:** Die Pharmakotherapie der endogenen Psychosen

**Autor:** Meyer, H.-H.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-307415>

#### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### 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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### 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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 30.01.2026

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

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität des Saarlandes  
Direktor: Prof. H.-H. Meyer

## Die Pharmakotherapie der endogenen Psychosen

Von H.-H. Meyer, Homburg/Saar

Es ist noch nicht lange her, daß der Psychiater eine Aufforderung, über die Therapie der endogenen Psychosen zu sprechen, mit einem beschämten Lächeln hätte ablehnen müssen, weil er nicht viel hierüber zu sagen gehabt hätte, jedenfalls nichts, was einem Nicht-Psychiater hätte imponieren können. Das ist es, was uns immer das etwas mitleidige Lächeln der anderen Disziplinen eingetragen hat. War es doch vielen Psychiater-Generationen nicht gelungen, über das No-Restraint-System, die Arbeitstherapie, die Fieberbehandlung der progressiven Paralyse, über die *Klaesische Schlafkur u. a.* hinauszukommen – eine sehr bescheidene Bilanz, verglichen mit den glänzenden Fortschritten der Therapie, die nahezu alle anderen Disziplinen der Medizin zu verzeichnen hatten.

Das ist in den letzten 20 Jahren anders geworden, und jeder an der Therapie interessierte Psychiater kann nun mit Stolz über die Erfolge auf seinem Gebiet berichten. Seit 1935 hat sich ein entscheidender Wandel vollzogen; nicht etwa, daß wir das uns vorschwebende Ziel bereits erreicht hätten, d. h. daß es uns schon gelungen wäre, Geisteskrankheiten zu heilen, aber wir sind dem Ziel ein gutes Stück nähergerückt. Die Ergebnisse in der Neurochemie und in der Neurophysik und mancher anderer Spezial-Forschungsgebiete unseres Faches erlauben dem Optimisten, wenn auch noch sehr vorsichtige, so doch hoffnungsvolle Blicke in die Zukunft zu tun, die uns vielleicht einmal in die Lage versetzen wird zu heilen, wo wir uns heute noch mit Helfen begnügen müssen. Viele Hypothesen und Spekulationen liegen in der Luft, etwa die Annahme einer Störung im Eiweiß-Stoffwechsel, im Adrenalin-Stoffwechsel, im Schrankenproblem usw. Eifrig ist man dabei, Stein um Stein in der Forschungsarbeit zusammenzutragen.

Die Situation in der Psychiatrie ist eine ganz besondere, denn das muß ich gestehen, wir wissen heute genau so wenig wie vor 2000 Jahren, um was es sich bei den Geisteskrankheiten eigentlich handelt. Wir kennen den Morbus nicht, glauben aber, daß es sich um eine körperliche

Störung, um eine Krankheit handelt. Viele Umstände berechtigen uns dazu, an diesem Postulat festzuhalten, wenn wir auch den Beweis bis heute nicht erbringen können. Das betrifft die sogenannten «endogenen Psychosen», die schizophrenen und die manisch-depressiven Psychosen, die wir deshalb auch mit *Kurt Schneider* eindeutiger, wenn auch etwas unhandlich, als «körperlich nicht begründbare Psychosen» bezeichnen. Sie sind unsere eigentlichen Sorgenkinder, vor allem was ihre Behandlung betrifft. Dieser Notstand führte verständlicherweise dazu, daß alle somatisch-psychiatrischen Therapien im wesentlichen auf dem Wege der Empirie entwickelt wurden, und die Empirie ist auch heute noch der einzige Weg, den wir beschreiten können. Er erfordert neben einem großen Maß von Geduld und Optimismus ein gleiches Maß an Selbstkritik des Therapeuten.

Es ist jetzt 23 Jahre her, daß nach manchen Vorversuchen *Sackel* die Insulinbehandlung für die endogenen Psychosen einführte, der bald die von *Meduna* angegebene medikamentös ausgelöste Heilkampfbehandlung folgte. Schon einige Jahre später konnten *Bini* und *Cerletti* die elektrische Heilbehandlung, den «Elektroschock» der praktischen Therapie übergeben, der dann im Laufe der Jahre durch manche Neuerungen in Technik und Methodik geeigneter gestaltet werden konnte und der heute praktisch gefahrlos ist, wenn man ihn im Evipanschlaf unter Relaxantienschutz durchführt. Daneben versuchte man tastend, die endogenen Psychosen operativ anzugehen oder mit einer «großen» Psychotherapie die Störung der Geistestätigkeit zu normalisieren. Aber 20 Jahre lang stand die elektrische Heilbehandlung weitaus an der Spitze aller therapeutischen Bemühungen um die endogenen Psychosen, als 1953 durch die französischen Kliniker *Delay* und *Deniker* die Forschungsergebnisse von *Laborit* über die Phenothiazinwirkung in die psychiatrische Therapie eingeführt wurden. Die ganze an der psychiatrischen Therapie interessierte Welt ergriff mit einem Übermaß an Begeisterung diese therapeutische Neuigkeit, bis kurze Zeit darauf eine ganz andersartige chemische Substanz durch ihre Wirkung auf die Psyche aufhorchen ließ. Es war das Reserpin, das vor allem in der Schweiz in intensive klinische Erprobung genommen wurde. Den vielen überschwenglichen Erfolgsmeldungen über die Wirkung dieser beiden Pharmaka folgten aber bald kritischere Berichte, die uns zeigten, daß wir keine Allheilmittel in den Händen hatten. Aus unserer damaligen therapeutischen Situation gesehen, war ein solches Übermaß an Begeisterung wohl selbstverständlich, – war es doch zum erstenmal gelungen, durch ein Pharmakon einen nicht zu übersehenden Effekt auf eine Psychose auszuüben. Nun haben wir seit über 2 Jahren noch eine dritte Substanz, ein Imino-

dibenzyl-Derivat, das hier in der Schweiz von *Kuhn* aus einer großen Zahl von Derivaten durch seine besondere Wirkung auf depressive Verstimmungen heraus gefunden wurde und das sich rasch verbreitete.

So haben denn die letzten 5 Jahre der klinischen Psychiatrie außerordentlich wirksame Medikamente geschenkt. Noch sind wir im Zeitpunkt der Erprobung, noch sind viele Fragen offen, aber ich glaube, daß diese ersten 5 Jahre der «Pharmakotherapieära» eine genügend lange Zeitspanne sind, um über unsere klinischen Erfahrungen etwas vorläufig Abschließendes, nicht aber Endgültiges aussagen zu können.

Jeder therapeutische Versuch, ganz gleich, ob er medikamentöser, physikalischer oder psychologischer Natur ist, bedarf der möglichst kritischen objektiven Beurteilung seines therapeutischen Effektes. Im psychiatrischen Bereich birgt die medizinstatistische Erfassung therapeutischer Bemühungen weit mehr Fehlerquellen als die Auswertung therapeutischer Fragen auf anderen Gebieten. Das hat seinen gewichtigsten Grund darin, daß die klinisch-psychiatrische Diagnostik sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Treiben wir doch, nach *Kurt Schneider*, bei den endogenen Psychosen keine Differentialdiagnose im üblichen Sinne, sondern begnügen uns mit einer Differentialtypologie. Das ist ein leidiger Umstand, der so lange nicht zu umgehen sein wird, bis wir den eigentlichen Morbus kennen werden. Die unterschiedliche Diagnostik führt auch dazu, daß wir fremde therapeutische Erfolgsstatistiken kaum mit den eigenen vergleichen können, und so sind auch die erheblichen Differenzen in den Berichten über die therapeutischen Erfolge und Mißerfolge zu erklären.

Es stehen uns heute neben anderen somatischen Heilverfahren drei chemische Stoffe, die Phenothiazinderivate, das Reserpin und ein Iminodibenzyl derivat zur Behandlung der körperlich nicht begründbaren Psychosen zur Verfügung.

Beginnen wir mit der *Pharmakotherapie der schizophrenen Psychose*, jener körperlich nicht begründbaren Psychose, die uns therapeutisch die meisten Sorgen bereitet und das sowohl hinsichtlich des jeweiligen Zustandes als auch des Verlaufes. Wir wußten schon aus der Zeit der Heilkrampfbehandlung, daß nicht alle Formen der Schizophrenie auf unsere somatische Therapie in gleicher Weise ansprachen, wie auch die unbehandelten Fälle sehr verschiedenartige Verläufe aufweisen. So kann es nicht Wunder nehmen, daß auch die Phenothiazintherapie einen sehr unterschiedlichen Effekt bewirkt. Bei der Phenothiazinanwendung in der Behandlung schizophrener Psychosen muß man grundsätzlich zwischen zwei Zielen unterscheiden: Einmal geht es um die Ruhigstellung schizophren Erregter und zum andern um eine Einwirkung auf das psychotische Geschehen selbst. Es wird überall bestätigt, daß man jede

schizophrene Erregung mit Phenothiazinderivaten überwinden kann, am besten wohl in Form des lytischen Gemisches (Chlorpromazin + Promethazin + Dolantin). Hierbei kommt uns die potenzierte Wirkung der Phenothiazinderivate sehr zu statten. Zur Ruhigstellung psychotisch Erregerter sind die Phenothiazinderivate heute unbestritten das Mittel der Wahl. Ein weiterer Anwendungsmodus der Phenothiazinderivate ist die gesteuerte Hypothermie mit zusätzlicher Unterkühlung, die wir vor allem bei der infektiös-toxischen Psychose zur Anwendung bringen. Ob diese auch bei den endogenen Psychosen besonders wirksam ist, bedarf noch der weiteren Erprobung. Uns interessiert aber heute vor allem die Phenothiazintherapie anderer psychotischer Erscheinungen und hier ist die Anwendung stets in Form von «Kuren» erforderlich, – das wäre die dritte Form der Anwendungsmöglichkeit. Hierbei kann man, wenn notwendig, gleich mit hohen Dosen beginnen oder, wie mir scheint schonender vorgehen, indem man, mit kleinen Dosen anfangend, täglich um 100 mg bis etwa 4–6–800 mg ansteigt, um dann in der erforderlichen Höhe über einige Wochen intensiv zu therapieren. Dann wird man sich allmählich mit den Dosen herausschleichen, um nötigenfalls auf einer Erhaltungsdosis von etwa 50–100 mg stehen zu bleiben, die über Monate und Jahre ohne Bedenken gegeben werden kann. Dabei zeigt es sich, daß in vielen Fällen die akut-psychotischen Erscheinungen unter der Medikation zurücktreten oder gar verschwinden, d. h. es kommt zum Abklingen der Denk- und Wahrnehmungsstörungen, der Automatismen, der stereotypen und der aggressiven Impulshandlungen, zu einer Abschwächung der Affekte u. a. m. Läßt man das Medikament fort, so treten mitunter die psychotischen Erscheinungen wieder auf. Hier kann man dann erneut Phenothiazin verordnen oder auch einen anderen Heilplan aufstellen. Nachdem wir zu Beginn der «Phenothiazinära» den therapeutischen Effekt zu hoch veranschlagten, weiß man heute, daß auch dieser Therapie Grenzen gesetzt sind.

Die bekannte Reihenfolge in der Therapierbarkeit schizophrener Psychosen ist auch unter der Phenothiazinmedikation die gleiche geblieben. Am günstigsten sprechen die katatonen, am schlechtesten die hebephrenen Psychosen an, während die paranoiden Psychosen eine Mittelstellung einnehmen. Daraus könnte man fälschlicherweise schließen, daß die Wirkung der Phenothiazinderivate auf die schizophrene Psychose doch zum mindesten sehr gering sei. Das ist aber nicht der Fall; sie stellt eine wichtige Ergänzung unseres therapeutischen Rüstzeuges dar, die niemand mehr missen möchte.

Es ist noch nicht lange her, daß ich mit meiner Ansicht, daß die Phenothiazintherapie einen mehr als rein symptomatischen Effekt auf die

schizophrene Psychose ausübe, fast alleine war. Inzwischen aber mehren sich die Stimmen, die mir in dieser Annahme recht geben. Mir scheint es aus mancherlei Beobachtungen außer Zweifel zu stehen. Niemand kann leugnen, daß unter dieser Medikation die akut-psychotischen Erscheinungen zurücktreten und zum Teil verschwinden, wobei ich allerdings eingestehen muß, daß sie nach Fortnahme der Medikation in nicht wenigen Fällen wieder auftreten. Immerhin ist das ein bemerkenswerter Vorgang. Nicht etwa, daß uns ein Schlafzustand oder Bewußtseinsstörungen täuschen, sondern wenn man sich in diesem Zustand, d. h. unter der Einwirkung der Phenothiazinderivate, mit dem Kranken intensiv beschäftigt, so ist nicht zu übersehen, daß oft gerade das sogenannte typisch Schizophrene verschwunden oder zum mindesten gemildert ist, – und gerade dieser Umstand erscheint mir bedeutsam. Hier könnte man spekulieren, daß die Medikation durch Blockade des vegetativ-endokrinen Funktionssystems das Gehirn in die Lage versetzt, bestimmte Aggressionen abzuwehren oder durch Aufhebung der Störung einer Funktion, etwa im Schrankensystem, eine Normalisierung zu erreichen, zum mindesten aber die Störung zu mildern. Vielleicht eröffnen die Erfahrungen, die wir bei der Pharmakotherapie gewonnen haben, neue Wege zur Erforschung der Pathophysiologie der endogenen Psychosen. Gewisse Beobachtungen am Tier sind hierbei nicht unwichtig.

Es sei noch ein Wort zur Dosierung gesagt: Während man mancherorts meinte, daß das Auftreten von dyskinetischen (extrapyramidalen oder parkinsonistischen) Erscheinungen ein Maß für ein Dosierungsoptimum darstelle, weiß man heute, daß diese Erscheinungen nur lästige Begleiterscheinungen sind, die wir unterdrücken können, was wir durch die Kombination von Chlorpromazin und Promethazin (bei uns Megaphen und Atosil) unschwer erreichen.

Hierbei sei noch erwähnt, daß auch andere Komplikationen, wie etwa der Chlorpromazin-Icterus wie auch die Agranulocytose u. a. durch Zusage von Promethazin verhindert werden können. Wir glauben, daß diese Erscheinungen möglicherweise allergischer Natur sind, denn unter unserem großen Krankengut, das wir stets mit Chlorpromazin + Promethazin therapieren, beobachtet man praktisch nicht solche Störungen. Als Maß der Dosierung sollte man stets von den akut-psychotischen Erscheinungen ausgehen und so lange die Medikation steigern, bis diese im wesentlichen zum Verschwinden gebracht sind.

Die Phenothiazintherapie brachte der Behandlung schizophrener Psychosen alles in allem neue Möglichkeiten, aber auch sie konnte unsere Wünsche nicht restlos erfüllen, sondern uns nur dem Ziel näher bringen. So ist es gut, daß uns heute noch ein anderes Pharmakon zur Verfügung

steht, das Reserpin. Die in Zürich vor einigen Jahren abgehaltenen Symposien hatten uns die ersten kritischen Überblicke über die Wirkung des Reserpin gegeben. Inzwischen haben wir gelernt, es in geeigneter Weise anzuwenden; wir kennen seine Möglichkeiten, aber auch seine Grenzen. Während anfänglich reines Reserpin angewendet wurde, kombinieren wir es heute mit Orphenadrine (Rp: Phasein), womit wir praktisch alle unerwünschten Nebenerscheinungen ausschalten können. Auch von der Reserpintherapie möchte ich meinen, daß ihr Effekt über einen rein symptomatischen hinausgeht. Man wendet es bei den schizophrenen Psychosen ebenfalls in Form von «Kuren» über Wochen und nötigenfalls über Monate an. Je nach dem Zustand wird man mit hohen Dosen (nicht über 8 mg täglich) beginnen, um dann mit etwa 3–6 mg täglich über Wochen zu behandeln. Die Erhaltungsdosis liegt zwischen 1–3 mg täglich. Hier wie bei der Phenothiazintherapie sollten die psychopathologischen Befunde die notwendige Höhe der Medikation bestimmen, d. h. man sollte nicht höher, aber auch nicht niedriger dosieren, als bis die akut psychotischen Erscheinungen verschwunden sind, um dann so lange Reserpin zu verordnen, bis beim Zurückgehen mit den Dosen keine akut-psychotischen Erscheinungen mehr nachweisbar sind. Gelingt dies in 4–8 Wochen intensiver Therapie nicht, so muß ein anderer Weg eingeschlagen werden. Wohl ist man in der Lage, mit hohen Dosen von Reserpin auch eine katatonen Erregung zu unterbrechen, aber ich möchte meinen, daß dieses besser der Phenothiazintherapie vorbehalten bliebe.

Wenn Sie mich nun fragen: Was soll man zur Bekämpfung der schizophrenen Psychosen wählen, welchem Pharmakon soll man den Vorzug geben, – den Phenothiazinderivaten oder dem Reserpin – so bringen Sie mich in eine recht schwierige Lage. Eine sichere Entscheidung gibt es nicht, aber ich möchte meinen, daß man den Phenothiazinderivaten den Vorzug geben sollte, wenn gleichzeitig eine Beruhigung erzielt werden muß. Man kann beide Medikamente nacheinander versuchen, wenn die Anwendung des einen zu keinem rechten Erfolg führt. Von beiden Medikamenten kann man sagen, daß sie für die paranoiden und auch für die hebephrenen Formen der Schizophrenie geeigneter sind als die uns bisher zur Verfügung stehenden Mittel.

Hier schließt sich eine weitere Frage an: Soll man etwa beide Medikamente gleichzeitig kombinieren, ein Vorgehen, das gewisse Vorteile zur Vermeidung von Nebenerscheinungen bietet. Dies erscheint mir bei der Einstellung auf die Erhaltungsdosis im Anschluß an die intensive Therapie nützlich (wir benutzen dafür das Megaphenum compositum).

Wenden wir uns nun der *Pharmakotherapie der manisch-depressiven Erkrankungen* zu, so liegen hier die Verhältnisse in vielem günstiger.

Kaum jemand wird leugnen, daß man mit der Heilkampfbehandlung die depressive Phase abkürzen kann, so daß kein eigentlicher Notstand im Therapeutischen für uns vorliegt. Man kann aber auch in vielen Fällen durch eine Phenothiazinkur eine depressive Phase beeinflussen, d. h. verkürzen, ebenso durch die Wirkung des Reserpin auf agitierte Bilder im Klimakterium, in der Involution Gutes erreichen, aber eine Überlegenheit über die elektrische Heilbehandlung dieser Erkrankung scheint mir nicht gegeben.

Ein anderes Mittel hat sich hier als dominierend durchgesetzt: Es ist ein Iminodibenzyllderivat (Rp: Tofranil), bei dem *Kuhn* eine eindeutige, von niemandem zu leugnende Wirkung auf die depressive Verstimmung nachweisen konnte. Seit über 2 Jahren haben wir auch an unserer Klinik damit gearbeitet und in vielen Fällen die Beobachtungen von *Kuhn* bestätigt gefunden (*Schmitt*). Unter dieser Medikation tritt oft schon nach wenigen Tagen ein nicht zu übersehender Umschwung ein: Die Hemmung löst sich, die vitalen Leibempfindungsstörungen treten zurück und die tiefe Verstimmung beginnt sich aufzuhellen. Dieser Erfolg ist aber nicht bei allen Formen dieser Erkrankung zu erreichen. Besonders günstig sprechen die Zustände mit Vitalstörungen und die Fälle mit tiefer Verstimmtheit an, während jene Bilder, die mit Agitiertheit einhergehen, und jene mit Wahngedanken schlecht reagieren. Für sie ist die Behandlung mit Phenothiazin oder unter Umständen mit Reserpin erfolgversprechender. Man kann mit hohen Dosen von Tofranil (3–5mal täglich eine Injektion à 25 mg) beginnen und dann allmählich auf eine perorale Medikation übergehen; oder man kann sich durch eine Medikation mit Tabletten langsam einschleichen, um Nebenerscheinungen zu vermeiden. Man gibt dann ansteigend über den Tag verteilt 6–12 und mehr Tabletten à 25 mg. Leichte Nebenerscheinungen, wie Trockenheit im Mund, vermehrtes Schwitzen, Herzklopfen, geringer Tremor, allergische Erscheinungen u. a. werden beobachtet. Ob es gelingt, durch eine Art von «Erhaltungsdosis» von Tofranil das rasche Auftreten neuer Phasen zu verhindern, ist zumindest fraglich. Es scheint mir aber möglich, «Kipp-recidive» hierdurch zu vermeiden. Dieses neue Medikament ist in der Therapie der depressiven Phasen zur Zeit zweifellos unser bestes Mittel. Bei den manischen Phasen und bei den schizophrenen Psychosen versagt es. Tofranil bietet vor allem auch die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung. Hinzu kommt, daß man es, wenn es allein zur Remission einer Phase nicht ausreicht, mit einer Heilkampfbehandlung kombinieren kann, wobei es zweifellos schocksparend wirkt, d. h. bei gleichzeitiger Tofranil-Behandlung ist die Zahl der zur Remission notwendigen Heilkämpfe geringer, ein Umstand, der nicht unwichtig ist. Jeder Psychia-

ter weiß, daß die Heilkampfbehandlungen bei den manischen Phasen nur wenig von Erfolg begleitet waren, so daß wir hofften, daß auch hier die Pharmakotherapie Besseres erzielen würde. Während das Reserpin hier kaum etwas leistete, zeigte es sich, daß die Phenothiazinbehandlung in Kuren doch nützlich und zumindest der Heilkampftherapie überlegen ist. Dabei muß man mit den Dosen oft sehr hoch gehen, bis 1000 mg oder höher, stets kombiniert mit Promethazin und Sedativa. Eine solche Kur muß sich über 6–8 Wochen hinziehen. Es gelingt durch ein solches Vorgehen nicht nur eine Ruhigstellung der manisch Erregten, sondern darüber hinaus vielleicht auch eine Verkürzung der Phase selbst. Die Zahl der Manien ist so gering, daß Abschließendes noch nicht gesagt werden kann.

Wenden wir uns noch einmal dem Problem der *Kombinationsbehandlung* im allgemeinen zu und stellen wir uns die Frage, ob sie schonender ist und bessere Erfolge verspricht. Das betrifft sowohl die Kombination der verschiedenen Pharmaka miteinander als auch die gleichzeitige Pharmakotherapie und Heilkampftherapie. Was das erstere angeht, so ist es ohne Bedenken möglich, d. h. man kann Chlorpromazin und Promethazin mit Reserpin und Orphenadrine kombinieren, wenn es für die Dauermedikation wichtig erscheint. Ob der Heilerfolg dadurch wesentlich gesteigert wird, scheint mir zum mindesten fraglich. Solange ein Medikament noch in der Erprobung steht, sollte man auf eine solche Kombination verzichten, damit uns nicht die Möglichkeit der Objektivierung in der Beurteilung des Einzeleffektes genommen wird. Dies gilt auch für die Kombination der Pharmakotherapie mit der Psychotherapie.

Wir kommen nun zur Beantwortung der Frage, ob eine Pharmakotherapie mit anderen somatischen Heilbehandlungen kombiniert werden soll. Ein solches Vorgehen ist möglich mit Ausnahme der Kombination zwischen Heilkampftherapie und reiner Reserpinbehandlung, die stets kontraindiziert ist.

Unsere Vermutungen scheinen sich zu bestätigen, daß eine gleichzeitige Anwendung der Pharmakotherapie und der elektrischen Heilbehandlung in den Fällen, bei denen man mit reiner Pharmakotherapie nicht auskommt, nicht nur schocksparend, sondern auch am erfolgversprechendsten, am schonendsten und am zeitsparendsten ist. Die ersten statistischen Überprüfungen ergeben, daß die Zahl der Heilkampfbehandlungen, die bis zur Remission notwendig sind, bei gleichzeitiger Pharmakotherapie erheblich niedriger liegt als bei reiner Schockbehandlung. Wir würden also heute, wenn nach dem Zustandsbild von vorneherein eine reine Pharmakotherapie keinen ausreichenden Erfolg verspricht oder ihre Anwendung keine Remission brachte, eine Kombina-

tionsbehandlung, d. h. gleichzeitig oder nacheinander Heilkampftherapie und Pharmakotherapie durchführen.

Noch sind wir recht weit von dem uns vorschwebenden Ziel entfernt, Geisteskrankheiten heilen zu können; noch haben wir kein spezifisches Mittel in der Hand. Aber ganz gleich, was es einst sein wird, bleiben wird die Notwendigkeit des ganzen Einsatzes des Therapeuten.

### *Zusammenfassung*

Alle somatischen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie sind auf dem Wege der Empirie entwickelt worden, was seinen wesentlichsten Grund darin hat, daß die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten nicht bekannt sind. Etwa 25 Jahre lang stellten die Insulin- und die Heilkampfbehandlungen allein unser therapeutisches Rüstzeug dar. Das Jahr 1953 brachte die Pharmakotherapie in die Psychiatrie (Phenothiazinderivate, Reserpin, Iminodibenzyldeivate u. a.). Bei der Phenothiazinderivattherapie verfolgt man zwei Ziele: Einmal geht es um die bloße Ruhigstellung psychomotorisch Erregter und zweitens um die Therapie der Psychosen selbst. Die Anwendung erfolgt je nach Lage des Falles in Form des lytischen Gemischs oder in 4-6wöchiger Kur oder als Hypothermie mit zusätzlicher Unterkühlung. Dyskinetische Erscheinungen, Leber- und Blutbildveränderungen, die wohl allergischer Natur sind, vermeiden wir durch Kombination mit Promethazin. Reserpin gibt man am besten in Kombination mit Orphenadrine, üblicherweise in Form von «Kuren». Die Höhe der Medikation und ihre Dauer entscheidet der psychopathologische Befund. Sowohl die Wirkung der Phenothiazinderivate als auch des Reserpin geht unseres Erachtens über einen rein symptomatischen Effekt hinaus. Fragen nach der geeigneten Wahl eines Pharmakons, nach der bestmöglichen Kombination verschiedener Medikamente miteinander oder mit anderen somatischen Heilverfahren müssen im Einzelfalle entschieden werden. Bei der zyklothymen Depression ist heute das Tofranil, ein Iminodibenzyldeivat, für einfache und leibnahe Depressionen das Mittel der Wahl, während für die agitierten und paranoiden Formen die Phenothiazinderivate, das Reserpin oder die Heilkampftherapie die günstigste Wirkung versprechen. Bei den Manien sind die Schlafkuren mit Phenothiazinderivaten allen anderen bisher bekannten Therapieversuchen vorzuziehen.

### *Résumé*

Tous les traitements curatifs appliqués en psychiatrie ont été développés empiriquement, ce qui est dû en grande partie aux faits que l'on con-

naît si mal les modifications physiques, qui sont à la base des maladies mentales. Durant un quart de siècle, les cures d'insuline et les traitements spastiques ont formé l'essentiel de notre arsenal thérapeutique psychiatrique. L'année 1953 a vu apparaître la pharmacothérapie dans la psychiatrie (dérivés de la phénothiazine, réserpine, dérivés de la iminodibenzyl, etc.). Le traitement par les dérivés de la phénothiazine poursuit deux buts: d'abord un apaisement des excitations psychomotrices, puis le traitement de la psychose elle-même. Son application dépendra de chaque cas, soit sous forme du mélange lytique, soit sous forme de cure de 4-6 semaines, soit comme hypothermie avec refroidissement concomitant. Par l'adjonction simultanée de promethazine, on peut éviter les manifestations dyskinétiques, ou les modifications hépatiques ou sanguines, qui sont vraisemblablement de nature allergique. La réserpine se donne de préférence avec de l'orphénadrine, et sous forme de «cures». La dose de médicament et la durée de la cure dépendent de l'état psychopathologique. A notre avis, l'effet des dérivés de la phénothiazine et de la réserpine dépasse celui d'une simple action symptomatique. C'est dans chaque cas particulier qu'il faut se poser la question du médicament le plus indiqué, de la meilleure combinaison de médicaments entre eux, ou parallèlement à un traitement somatique approprié. Dans les dépressions cyclothymiques, le Tofranil est aujourd'hui le médicament de choix, c'est un dérivé iminobenzyllique, qui s'administre de préférence dans les dépressions simples, alors que dans les formes paranoïdes ou agitées, ce sont les dérivés de la phénothiazine, la réserpine ou les traitements par chocs qui exercent le meilleur effet. Dans les manies ce sont les cures de sommeil avec les dérivés de la phénothiazine qui doivent être préférées à tout autre traitement.

### *Riassunto*

Tutti i procedimenti terapeutici somatici in psichiatria si sono sviluppati empiricamente per il motivo essenziale che le basi somatiche delle malattie mentali non sono note. Per circa 25 anni il nostro arsenale terapeutico era costituito unicamente dalla insulino- e shockterapia. Nell'anno 1953 ebbe inizio in psichiatria l'era della farmacoterapia (derivati della fenotiazina, reserpina, derivati iminodibenzilici etc.) Due sono gli scopi che si propone la terapia fenotiazinica: da un lato il puro effetto sedativo in pazienti con eccitazione psicomotoria, dall'altro la cura delle psicosi stesse. Tali preparati vengono impiegati, secondo la natura del caso, sia sotto forma di miscuglio litico, sia in cure di 4-6 settimane, sia infine nell'ipotermia con procedimenti concomitanti di refrigerazione. Grazie all'uso combinato di prometazina possiamo evitare i fenomeni dis-

cinetici, e le alterazioni epatiche ed ematiche che sembrano essere di natura allergica. La reserpina viene ottimamente usata in combinazione con l'orfenadrina, abitualmente in «cure». Dosi e durata della somministrazione dipendono dal reperto psicopatologico. A nostro avviso tanto i derivati fenotiazinici, quanto la reserpina, hanno una azione che va oltre il puro effetto sintomatico. I problemi della scelta del farmaco appropriato, della migliore associazione medicamentosa delle differenti sostanze fra loro e con i procedimenti fisici di cura, vanno risolti caso per caso. Nelle depressioni ciclotimiche il medicamento d'elezione è il Tofranil, un derivato iminodibenzilico, specialmente nei casi di depressione semplice e su base somatica. Nelle forme agitate e paranoidi invece ci si attende l'effetto più favorevole dai derivati fenotiazinici, dalla reserpina o dalla shockterapia. Nelle manie le cure di sonno con derivati fenotiazinici sono da preferire a tutte le altre terapie fin'ora note.

### *Summary*

All somatic methods of treatment in psychiatry have been developed empirically, principally owing to the fact that the physical basis of mental diseases is not known. For about 25 years, treatment with insulin and cramps were the only therapeutic weapons. In 1953 pharmacotherapy entered the field of psychiatry (phenothiazin derivatives, reserpin, imino-dibenzyl derivatives, etc). In the therapy with phenothiazin derivatives, two aims are pursued: firstly simply the quietening of the psychomotor excitation and secondly therapy of the psychosis itself. The procedure, depending on the state of the individual case, is either in the form of a lytic mixture, or of 4-6 weeks cure, or of hypothermia with additional cooling. Dyskinetic symptoms, liver and blood picture changes, which are certainly allergic in nature, can be prevented by combining the treatment with promethazin. Reserpin is best given in combination with orphenadrine, usually in the form of «cures». The degree of medication and its duration depend on the psychopathological findings. Both the action of phenothiazin derivatives and of reserpin, extend beyond a purely symptomatic effect. The question of the most appropriate choice of pharmacon, and the best possible combination of different medicaments with each other or with other somatic modes of therapy, must be decided for each individual case. In cyclothymic depression, Tofranil, an imino-dibenzyl derivative, is the appropriate choice of drug for simple and bodily-connected depressions, while for agitated and paranoid forms phenothiazin derivatives, reserpin or cramp treatment give the most favorable results. In mania, a sleeping cure with phenothiazin derivatives is preferable to all other attempts at therapy as yet known.