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)

Rubrik: Diskussion

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: 10.12.2025

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

DISKUSSION

R. Kuhn (Münsterlingen): Die Darstellung der *Tofranil-Behandlung vitaler depressiver Verstimmungszustände* kann nach folgenden Gesichtspunkten ergänzt werden:

1. Die Behandlung ist nur dann wirklich erfolgreich, wenn sie bei geeigneten Fällen angewendet wird, d. h. wenn tatsächlich eine vitale depressive Verstimmung vorliegt. Erfolg und Mißerfolg der Behandlung werden damit weitgehend zu einem diagnostischen Problem. Dabei ist zu berücksichtigen, daß besonders leichtere Formen vitaler depressiver Verstimmung schwer zu erkennen sind. Die Kranken sprechen oft nicht davon, die Verstimmung ist maskiert, oft durch die verschiedenartigsten körperlichen Beschwerden, oft durch psychische Symptome anscheinend neurotischer oder psychopathischer Art, unter denen die Depression mühsam gesucht werden muß. Umgekehrt kann es vorkommen, daß andere psychische Erkrankungen, vor allem Schizophrenien, psychotische Phasen von Epileptikern und organische Krankheiten als Depression verkannt werden, ohne daß eine eigentliche vital-depressive Verstimmung vorliegt, oder diese spielt nur eine nebensächliche Rolle im ganzen Zustand. In diesen Fällen wirkt das Medikament gar nicht oder nur sehr unvollkommen. Einzig bei gewissen, vor allem vasculär bedingten Depressionen alter Leute kann man ebenfalls sehr schöne Erfolge sehen.

2. Von oft entscheidender Bedeutung für den Erfolg ist ebenfalls die Dosierung und die Applikationsart. Diese muß sich, streng individualisierend, vorgehend jedem einzelnen Fall anpassen. Vor allem in der ambulanten Behandlung ist zu empfehlen, mit sehr kleiner Dosierung zu beginnen, da sonst gelegentlich Nebenerscheinungen die Durchführung der Behandlung praktisch verunmöglichen. Die Nebenerscheinungen sind aber, so weit man bis heute auf Grund sehr zahlreicher Behandlungen weiß, nicht gefährlich, sofern man innerhalb therapeutischer Dosen bleibt und nicht akute Erregungszustände behandelt, bei denen das Medikament kontra-indiziert ist. Auch Epileptiker sollen nicht damit behandelt werden. Vor allem bei vegetativ labilen jugendlichen Patienten und bei vasolabilen Patienten des höheren Lebensalters ist unter Umständen eine sehr kleine Dosierung angezeigt, d. h. pro Tag nicht über 20–50 mg, wobei eine Verzettelung der Dose durch Verabreichung von Tabletten zu 5 mg zweckmäßig ist.

In bezug auf die Applikationsart gilt allgemein, daß intramuskuläre Injektionen besser ertragen werden als die perorale Therapie. Die Verteilung des Medikamentes über den Tag muß ebenfalls von Fall zu Fall ausprobiert werden. Bei vielen Depressiven wirkt das Medikament als Schlafmittel und die Hauptdose wird mit Vorteil am Abend gegeben. Gelegentlich verhindert es das Einschlafen, und dann muß die Hauptdosis auf Morgen und Mittag verteilt werden.

Auch bei guter Diagnostik gibt es immer wieder Fälle, die nicht oder ungenügend oder nur langsam reagieren. Bei diesen ist oft eine Kombination mit Elektroschock zweckmäßig. Das Medikament wirkt dabei schocksparend und ist geeignet, die frühzeitigen Recidive nach dem Schock zu verhindern. Es gibt aber Fälle, die vollkommen therapieresistent bleiben, ohne daß man bisher wüßte warum.

3. Tofranil wirkt auch bei gewissen Formen von reaktiven Depressionen, falls diese eine vitale Verstimmung zeigen und nicht lediglich durch eine langwierige neurotische Entwicklung bedingt sind. Es ist deshalb geeignet, die Psychotherapie zu unterstützen, es kann diese in gewissen Fällen erst ermöglichen, in andern Fällen kann es sie erleichtern und beschleunigen. Umgekehrt aber unterstützt psychotherapeutische Führung

auch die medikamentöse Wirkung, sei es, daß der Patient angewiesen wird, die Nebenwirkungen auf sich zu nehmen, sei es, daß die durch das Medikament bewirkte Besserung allgemein psychotherapeutisch ausgenützt wird. Wie jede pharmakologische Behandlung überhaupt, sollte auch die Tofranilbehandlung durch eine geeignete psychotherapeutische Führung unterstützt werden.

Von besonderem Interesse ist die Frage der Schuldproblematik. Wenn auch Depressionen mit Wahnideen häufig schwerer oder gar nicht auf Tofranil ansprechen, so sieht man doch in gewissen Fällen, vor allem, wenn es sich nicht um Schizophrene handelt, den depressiven Versündigungswahn unter Tofranil verschwinden. Es fragt sich deshalb, ob Tofranil moralische Haltungen und Entscheidungen nicht ungünstig beeinflussen könnte und ob nicht unter dem Einfluß des Medikamentes ein moralisches Versagen entstehen muß. So weit die bisherigen Erfahrungen in Psychotherapien reichen, scheint dies nicht der Fall zu sein. Man kann sogar eher beobachten, wie eine Einsichtslosigkeit in eigene Verschuldung unter der Behandlung einer Einsicht weicht und wie es dabei zu einer Auseinandersetzung mit moralischen Problemen kommt, denen der Patient ohne Behandlung aus dem Weg gegangen ist. Allerdings muß darauf hingewiesen werden, daß hier noch große Forschungsaufgaben zu lösen sind. Es sind dies aber Aufgaben höchster Dringlichkeit.

O. Briner (Solothurn): *Erfolg der Pharmakotherapie im psychiatrischen Krankenhaus und dessen Anpassung an die neuzeitlichen Behandlungsmethoden.*

Als Chefarzt der hiesigen Heilanstalt gestatte ich mir, zu Ihnen darüber zu sprechen, wie sich die neuen Behandlungsmethoden mit psychotropen Pharmaka im Betrieb eines psychiatrischen Krankenhauses mittelgroßen Umfangs auswirken. Die Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit erlaubt es nicht, ausführlich darauf einzugehen; ich muß mich begnügen, nur eine Seite der erzielten Fortschritte hervorzuheben, die den Klinikleiter besonders interessiert, nämlich wie groß die Zahl der im Laufe eines Jahres aufgenommenen Kranken ist, welche an Schizophrenie leiden und die monatelang bzw. dauernd in den Anstalten hängen bleiben und so zur bekannten chronischen Überfüllung derselben beitragen. 1937, als man hier gerade anfing, die ersten Schockkuren mit Insulin und Cardiazol bei vereinzelten Fällen zu machen, verblieben von den zum ersten oder wiederholten Male aufgenommenen Schizophrenen 59% mehr als 6 Monate im Krankenhaus, davon volle 33% bis heute bzw. bis zu ihrem Lebensende. 1947, also zu einer Zeit, da Insulinkuren und Elektrokrampf intensiv angewandt wurden, waren diese Zahlen auf 42% bzw. 23% gesunken, und im vergangenen Jahre waren es noch 17% der Aufgenommenen, die länger als ein halbes Jahr wegen ihrer schizophrenen Erkrankung in stationärer Behandlung waren, wobei ein gutes Drittel inzwischen bereits auch wieder entlassen ist. Alle anderen konnten in einem kürzeren Zeitraum entlassen werden. (Diese Zahlen beziehen sich nur auf Fälle von reiner Schizophrenie. Sobald Komplikationen mit gleichzeitigem Schwachsinn deutlichen Grades oder Altersabbau dazu kommen, ändert sich natürlich das Bild, so daß solche Patienten für diese Statistik nicht verwertet wurden.) Statistiken müssen mit Vorsicht bewertet werden. Aber aus den wenigen Zahlen geht doch deutlich und einwandfrei hervor, wie sehr sich die Verhältnisse in den letzten 20 Jahren verändert haben: Nur noch ein kleiner Prozentsatz der an Schizophrenie erkrankten Aufgenommenen wird zu eigentlichen Anstaltsinsassen. Rund 90% verlassen das Krankenhaus in wenigen Wochen bis Monaten. In anderen psychiatrischen Krankenhäusern dürften die Resultate analog sein.

Diesem Wandel muß in der Gestaltung des psychiatrischen Krankenhauses Rechnung getragen werden und damit komme ich zum 2. Punkt, über den ich mich äußern möchte, weil die hiesige Heilanstalt durch den Bau einer neuen Aufnahme- und Behandlungsabteilung erweitert wird. Es handelt sich dabei nicht um ein nur lokales Interesse, sondern um ein Problem, das von allgemein medizinischer Bedeutung ist. Unsere alten Heil- und Pflegeanstalten waren zur Zeit ihrer Errichtung in erster Linie zur Pflege und Versorgung von chronisch Kranken eingerichtet. Auch in Zukunft wird ein Teil der

Anstalt zur Aufnahme von langfristig versorgten Kranken reserviert bleiben müssen. Der wesentliche Bestandteil jedoch, die Aufnahme- und Behandlungsstation, soll und muß den Charakter eines Krankenhauses tragen, und zwar so, daß der Aufgenommene von allem Anfang an fühlt, in einem Spital zu sein, an einem Ort, wo er als Leidender betrachtet wird, der einer Behandlung bedarf und dem eine solche auch zukommt. Er soll fühlen, daß man ihn weder als Verrückten nimmt, der gelegentlich Tobsuchtsanfälle bekommen könnte und bei dem entsprechende Sicherheitsmaßnahmen notwendig sind, noch als einen zwar relativ harmlosen, aber immerhin nur sehr beschränkt urteilsfähigen Menschen, den man zum Schutze seiner Umgebung auf unbestimmte Zeit in der Anstalt festhalten muß und dem man für die lange Aufenthaltsdauer durch wohnliche Gestaltung der Abteilung eine «heimelige» Atmosphäre schaffen will. Die spitalmäßige Art der psychiatrischen Krankenhausgestaltung ist von grundlegender Wichtigkeit und hat meiner Überzeugung nach einen ganz wesentlichen Anteil am therapeutischen Erfolg. Sobald der neu eintretende Patient vom Fluidum der Spitalatmosphäre umgeben wird, nimmt er seinen Zustand als Krankheit und nicht als Andersartigkeit eher an. Dementsprechend ist er auch viel eher bereit, sich als Kranker zu fühlen und eine eigentliche Behandlung über sich ergehen zu lassen. Ein modernes Spital für psychisch Kranke soll demnach betont sachlich ausgestattet sein, versehen mit allen medizinischen, hygienischen und wohnlichen Einrichtungen, die ein Mensch der heutigen Zeit von einem Krankenhaus erwartet. Ohne Sicherungsmaßnahmen an Fenstern und Türen wird man – leider muß man das sagen – auch heute noch nicht völlig auskommen, aber sie sollen nur sparsam und so wenig wie möglich auffallend angebracht sein. So wird das zukünftige Krankenhaus wirklich Spitalcharakter haben. Leider muß man sich noch in den meisten Anstalten mit Behelfslösungen begnügen, wie es z. B. in Solothurn bis dahin auch der Fall war. Sicher hat sich auch dadurch viel erreichen lassen, aber man wird sich m. E. auf die Dauer der Forderung nach Schaffung von neuzeitlich gestalteten Aufnahmekliniken nirgends mehr entziehen können. Mit der baulichen Umgestaltung ist es aber nicht getan, es bedarf auch einer anderen geistigen Einstellung. Noch immer haben wir gegen alte Vorurteile anzukämpfen, noch immer spukt der alte Anstaltsgeist hinter den vergitterten Fenstern, der schwerer zu bekämpfen ist als das Kranksein selber. Immer wieder müssen wir Ärzte und das Pflegepersonal zu unserer Beschämung konstatieren, daß dieser Geist noch teilweise in uns und um uns herrscht, ohne daß wir es immer bemerken. Unablässig müssen wir uns anstrengen, uns wirklich daran zu gewöhnen, daß wir in den Kranken, die uns anvertraut sind, nicht Anstaltsinsassen, sondern Patienten sehen, die gegenüber den somatisch Kranken nicht minderwertig sind und die in genau gleicher Weise wie diese unserer ärztlichen Fürsorge und Zuwendung bedürfen. Das tönt so einfach und selbstverständlich, daß der Nichtfachmann sich wundern mag, warum man überhaupt davon spricht. Der Eingeweihte weiß aber, wie schwer und langsam eine solche Umstellung vor sich geht. Der enge Kontakt mit unseren Kollegen der andern Disziplinen und die Tätigkeit des Anstaltspsychiaters auch außerhalb der Mauern, sollen und müssen ihm helfen, den alten Anstaltsgeist zu überwinden, und sind daher eine unbedingte Notwendigkeit.

Im Mai 1960 werden es 100 Jahre sein seit der Eröffnung der hiesigen Heilanstalt. Bis zu diesem Zeitpunkt wird das neue Aufnahmegebäude mit Behandlungstrakt bezugsbereit sein. Es ist zur Aufnahme von 60 unruhigen und 40 ruhigen Kranken bestimmt. In seiner massiven, nüchternen, ganz auf Sachlichkeit und Zweckmäßigkeit ausgerichteten Form soll der Bau eine neue, und wie man auf Grund der Fortschritte der letzten Jahre erwarten darf, in der Behandlung von seelisch Leidenden erfolgreiche Zeit symbolisieren. Freilich sind diese Fortschritte teuer erkauft. Die psychiatrischen Anstalten sind nicht nur in baulicher und therapeutischer Hinsicht zu Spitälern geworden, sondern auch der Betrieb hat sich entsprechend sehr verteuert. Der nicht ganz 200 000 Einwohner zählende Kanton Solothurn wird jährlich für sein psychiatrisches Krankenhaus einen Staatsbeitrag von über 2 Millionen Franken zu tragen haben. Wenn man sich aber abschließend nochmals vor Augen hält, daß noch vor 20 Jahren ein

Drittel der aufgenommenen Schizophrenen zu Dauerinsassen wurden und heute weniger als 10%, so darf man wohl sagen, daß der große Aufwand an ärztlichem Bemühen und die große finanzielle Belastung nicht umsonst sind.

F. Georgi (Basel): In den interessanten Referaten des heutigen Nachmittags wurde als Test für die Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit von Präparaten lediglich auf die psychische Seinsweise abgestellt. Daß gleichzeitig in der Psycho-Pharmakologie, in Anbetracht der psycho-physischen Korrelationen, die Einflußnahme auf die somatische Seinsweise, also u. a. humorale Veränderungen bei gesunden Probanden und bei Kranken, beachtet werden sollte, versteht sich von selbst. Herr *Garrone* hat in diesem Sinne alte Beobachtungen von uns über den Cholesterinhaushalt angeführt. Die diesbezüglichen Ergebnisse, insbesondere in bezug auf die endogene Depression, wurden – wie Herr *Garrone* schon hervorhob – bestätigt. Ich muß aber präzisieren: Es handelt sich dabei nicht um die Feststellung einer einfachen Hyper-Cholesterinämie, sondern um eine Umkehr des 24-Stunden-Rhythmus des Cholesterinhaushalts. Bekanntlich stellt sich bei Gesunden ein morgendlicher Anstieg, namentlich bei entsprechender Belastung, ein; bei endogenen Depressionen beispielsweise – im Gegensatz zu reaktiven Depressionen – tritt das Gegenteil, eine morgendliche Senkung, ein. Es hat sich nun gezeigt und wurde vielfach bestätigt, daß nach Schock-Kuren, wie sie nach den heutigen Berichten leider immer noch zum Teil notwendig erscheinen, der Cholesterin-Test einen zuverlässigeren Indikator für die Sanierung – oder noch nicht erfolgte Sanierung – darstellt, als das psychische Zustandsbild. Namentlich letzteres kann trügen, und bei vorzeitigem Abbrechen der Kur erfolgt dann «überraschenderweise» ein Rückfall, während der humorale Test einen zuverlässigeren Hinweis für eventuell erzielte Remission darstellt.

Inzwischen haben wir festgestellt, daß auch der Eiweiß-Stoffwechsel einen Tag- und Nachtrhythmus aufweist, der bei Depressiven ebenfalls alteriert ist. Es steht zu hoffen, daß die jetzt aufblühende Psychopharmakologie sich diese Beobachtungen zu nutze macht, damit Erfolg oder Nicht-Erfolg der therapeutischen Bemühungen noch besser als bisher beurteilt werden kann.

W. Pöldinger (St. Urban [LU]): Bezugnehmend auf das sehr interessante Referat von Herrn *Stoll* möchte ich von einer Beobachtung berichten, die mir auch Herr *Kuhn* anläßlich eines Reserpinsymposions in Nonnenhorn anfangs dieses Monats bestätigte. Herr *Stoll* sprach davon, daß sich die Patienten, unter Phenothiazinwirkung stehend, nicht mehr abreagieren können. Wir haben in letzter Zeit mit Chlorperphenazin gearbeitet, das unter den Firmenbezeichnungen Trilafon und Dezentan im Handel ist. Unruhige, erregte Patienten zeigten nach Behandlung mit diesem Medikament eine sehr rasche motorische Ruhigstellung, jedoch dauerte es meist 2–3 Tage länger, bis auch eine psychische Beruhigung eintrat und diese Diskrepanz wurde von einer Anzahl von Patienten auch subjektiv als sehr unangenehm beschrieben. Einer der Patienten äußerte: «Es wäre mir leichter wenn ich etwas zusammenschlagen könnte, aber ich kann es nicht». Auch bei einem neueren, noch in klinischer Erprobung stehenden Thiopropazat konnten wir die gleiche Beobachtung machen, wenn auch nicht in der ausgeprägten Form wie bei Chlorperphenazin. Beide Substanzen gehören zu der Gruppe von Phenothiazinen, die in der Seitenkette einen Piperazinring aufweisen.