

Sonderabdruck aus 66. Jahrg. (1954), Nr. 20, S. 345—352

Wiener klinische Wochenschrift

Schriftleiter: L. Arzt und R. Übelhör · Springer-Verlag, Wien

Der Verlag behält sich das ausschließliche Vervielfältigungs- und Verbreitungsrecht aller in der „Wiener klinischen Wochenschrift“ veröffentlichten Beiträge und deren Verwendung für fremdsprachige Ausgaben gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vor.

Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik
der Universität Wien
(Vorstand: Prof. Dr. H. Hoff)

Die Therapie der Schizophrenie*

Von Hans Hoff und O. H. Arnold

Wir halten es nicht für günstig, im Rahmen dieser Gesellschaft über Therapieprobleme zu sprechen, die doch noch keine Lösung gefunden haben. Viel zu häufig werden durch die Veröffentlichung therapeutischer Versuche Hoffnungen im Patienten und in den Angehörigen erweckt, die dann in der Praxis nicht erfüllt werden können. Wenn Ihnen hier doch über die Therapie einer so wichtigen Erkrankung berichtet werden soll, so geschieht dies aus zwei Gründen:

1. Es scheint wichtig zu sein, daß Wien in der Frage der Therapie der Schizophrenie eine recht eindeutige Stellung einnimmt. Der Begriff und die Beschreibung der Schizophrenie ist ja zum Großteil hier in Wien geschaffen worden, und es sind zwei Namen, die vor allen Dingen mit der Beschreibung dieser Erkrankung verbunden sind: Berze und Stransky. Sie haben gemeinsam mit Bleuler eigentlich den Schizophreniebegriff geschaffen. Sie werden sehen, daß heute Bestrebungen am Werk sind, dieses Krankheitsbild zu zersprengen. Aber auch die Therapie dieser Erkrankung hat ihre Wurzeln in dieser Stadt, in der jetzt von H. geleiteten Klinik. Auch hier sind es wieder zwei Männer, die man erwähnen muß. Der eine ist Manfred Sakel, der Begründer der Schocktherapie der Schizophrenie, der andere Prof. Otto Pötzl. Es gehört zu jenen ungeheuer eindrucksvollen Erlebnissen, daß ein Mann wie Pötzl die

* Nach einem am 22. Januar 1954 in der Gesellschaft der Ärzte in Wien gehaltenen Vortrag.

Bedeutung der Idee Sakels richtiger erkannt hat als der Erfinder selbst, seine Klinik und seine Arbeitskraft hinter diese Idee stellt, zu deren Verwirklichung er so ungeheuer viel beigetragen hat, seinen Namen aber von dieser Tat in Bescheidenheit zurückzieht.

Der zweite Grund, weshalb wir heute hier vor Ihnen sprechen, ist folgender: Es scheint, als hätte die Schizophrenie heute zu viele Therapien gefunden, als wäre das Indikationsgebiet nicht scharf genug abgegrenzt, als wäre es möglich, einen Großteil der Schizophrenen so zu behandeln, wie wir heute Neurosen behandeln. Es kommt daher zu häufig vor, daß von uns therapeutische Wunder verlangt werden oder daß durch eine falsch eingeschlagene Therapie der günstige Zeitpunkt einer Schocktherapie versäumt wurde und wir das Wort aussprechen müssen, das uns Aerzten am schwersten fällt: zu spät.

Vielleicht dürfen wir Ihnen zunächst zahlenmäßig die Größe des Problems der Schizophrenie vor Augen führen. Die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises oder vielleicht besser der schizophrenen Reaktion stellen 17 bis 18% aller psychiatrischen Aufnahmen, sowohl auf der Männer- als auch auf der Frauenstation dar. Wenn sie bei den Männern nun mehr in den Hintergrund treten, so geschieht dies nur durch das Emporschnellen der Zahlen der Aufnahmen von Alkoholikern. Noch viel krasser ist das Verhältnis in den Irrenanstalten; da es so viele Schizophrenie gibt, die heute als unheilbar bezeichnet werden müssen, ist es klar, daß sie 20 bis 25% der ständigen Bewohner der Irrenanstalten darstellen. Während die Alkoholiker die Anstalt nach kurzer Zeit verlassen, die Senilen sterben, die Melancholiker geheilt werden, bleibt der Schizophrenie als dauernder Anstaltsinsasse. Die Lebensdauer der Schizophrenen ist kaum geringer als die eines anderen Menschen. Die Zeit ist, Gott sei Dank, vorbei, wo der Schizophrenie durch die Tbc. in den Anstalten dahingerafft wurde. Damit fällt aber auch eine der früher in Betracht gezogenen Ursachen der Schizophrenie, nämlich die Tbc., weg. Es ist richtig, daß der Schizophrenie in über 50% dem leptomorphen Körperbautyp angehört, und dieser neigt häufiger als andere Körperbautypen zur Tbc.

Am Steinhof sind derzeit 737 Patienten mit Schizophrenie in Pflege. Es gibt leider keine Statistik über ganz Oesterreich. Es ist aber aus den angegebenen Zahlen anzunehmen, daß die Zahl der internierten Schizophrenen in Oesterreich mehrere Tausende beträgt.

Nach Luxemburger tragen 0.8 bis 1% der Bevölkerung die volle Anlage zur Schizophrenie. Die Morbidität beträgt aber nur 0.5 bis 0.7%. Auf Grund einer mangel-

haften Statistik nehmen wir an, daß es in Oesterreich zwischen 35.000 bis 45.000 Patienten mit schizophrener Reaktion gebe.

Es ist daher verständlich, daß die Therapie dieser Erkrankung eines der wichtigsten Probleme der alten und der modernen Psychiatrie ist. Der Begriff der Schizophrenie war aber niemals ein völlig umschriebener. Man fand schizophrene Zeichen auch bei anderen Erkrankungen, die offenbar nicht dem schizophrenen Formenkreis angehörten. Wien hielt auch lange am Amentiabegriff fest, der in anderen Ländern gänzlich dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet wurde. Was dem Schweizer schon als Schizophrenie erschien, war bei uns noch lange keine Dementia praecox. Darf hier Wagner-Jauregg zitiert werden, der sagte: Je schlechter der Neurologe, desto häufiger stellt er die Diagnose multiple Sklerose, je schlechter der Psychiater, desto häufiger stellt er die Diagnose Schizophrenie.

Wir haben uns wohl, auf der Basis des klassischen Schizophreniebegriffes stehend, den Anschauungen von Adolf Meyer angeschlossen, der von einer schizophrenen Reaktion spricht. Diese schizophrene Reaktion reicht von der überwertigen Idee, der Paranoia querulans, der Paranoia, der Paraphrenie, zum eigentlichen schizophrenen Prozeß. Aber auch schizophrene Reaktionen bei anderen Erkrankungen werden hier eingeschlossen.

Wir glauben, daß wir die Schizophrenie in drei Gruppen einteilen müssen, die ebenfalls dem klassischen Bild entsprechen: die paranoide Schizophrenie, die Katatonie und die Hebephrenie. Die Statistik der letzten Jahre scheint doch eindeutig dafür zu sprechen, daß die Katatonie voll und ganz in den Bereich der Schizophrenie gehört. Wir glauben auf den Begriff der Schizophrenia simplex der deutschen Autoren verzichten zu können.

Mayer-Gross hat den Begriff der Oneirophrenie gebraucht. Meduna hat dann diese Bezeichnung übernommen. Beide Autoren stellten sich darunter eine Form der Schizophrenie vor, in der traumhafte Inhalte im Vordergrund stehen.

Meduna glaubt nun, daß diese Schizophrenieform mit einer bestimmten Störung des Zellstoffwechsels verbunden ist. Er meinte, daß diese Patienten ein antiinsulinäres Prinzip produzieren, das bewirkt, daß die Oneirophrenen weniger empfindlich für Insulin sind als normale Personen oder andere Schizophrene. Es muß hier betont werden, daß traumhafte Inhalte eigentlich bei allen Formen der Schizophrenie vorkommen und nicht ausschließlich bei der Oneirophrenie.

Schließlich haben Hoch in Amerika und schwedische und deutsche Autoren auf eine Art der Schizophrenie hingewiesen, die sie als pseudoneurotische Schizophrenie bezeichnen. Bei dieser Form mischen sich neurotische Symptome mit einzelnen, aber klaren, schizophrenen Zeichen.

Wir haben daher versucht, Grundsymptome festzulegen, die bei jedem schizophrenen Prozeß vorhanden sind, d. h. die also nachweisbar sind von der überwertigen Idee bis zur akuten tödlichen Katatonie. Wir kamen zu folgenden Grundsymptomen:

1. Bei fast allen Patienten fanden wir in höherem oder geringerem Maße das Symptom der Introversion, der Abkehr von der Außenwelt;

2. eine gewisse Regression der libidinösen Beziehungen, und zwar eine Tendenz des Zurückziehens der Libido von der Außenwelt mit Projektion auf den eigenen Körper, also das, was die Psychoanalyse Narzißmus nennt;

3. eine Außenprojektion der eigenen Stimmung, die dann als Wahnstimmung mit von außen kommenden Wahnideen und Halluzinationen erlebt wird;

4. wir fanden bei den meisten Fällen einen Verlust des Realitätsgefühles, Dinge, die uns unwirklich erscheinen und die wir einfach nicht glauben können, werden für diese Menschen real;

5. wir finden einen Zerfall der Persönlichkeit. Ein solcher Mensch lebt in verschiedenen Welten, der Welt der Realität, der Welt des Traumes oder vielmehr mancher Welten des Traumes, die sich alle überschneiden.

Ich glaube, daß diese Grundsymptome eigentlich bei jedem schizophrenen Prozeß vorhanden sind, und daß wir doch von einer Einheit des Prozesses sprechen können.

Wieweit wird diese Einheit nun pathologisch-anatomisch unterstützt? Vogt meint, daß es einen schizophrenen Prozeß gäbe, der sich in bestimmten histologisch erkennbaren Zellveränderungen manifestiere. Wenn man auch im Gehirn eines alten Schizophrenen Zellveränderungen findet, so scheinen diese bei den frischen Fällen doch zu fehlen.

Manfred Bleuler hat in einer glänzenden Studie die zahlreich beschriebenen körperlichen Befunde bei der Schizophrenie einer kritischen Wertung unterzogen und ist zu dem Schluß gekommen, daß man von einer schizophrenen Somatose nicht sprechen könne.

Trotzdem glauben wir, daß die Schizophrenie an einen bestimmten pathologischen Prozeß gebunden ist. Wir begründen diese Meinung durch drei Beobachtungen:

a) Die von Pötzl und Schilder gegründete Wie-

ner Schule versuchte, psychische Veränderungen vom hirnpathologischen und physiologischen und auf der anderen Seite vom tiefenpsychologischen Standpunkt aus zu ergründen. Der Versuch einer Lokalisation muß natürlich außerordentlich 'vorsichtig' vorgenommen werden. Wir haben zu diesem Zweck eine neue Methode angewandt, und zwar die Vergiftung mit LSD 25. Die Lysergsäure ist ein Stoff, der in den Mutterkornalkaloiden vorkommt. Schon geringe Mengen von 10 bis 40 γ des LSD 25 sind, wie u. a. Becker zeigen konnte, imstande, ein Zustandsbild herbeizuführen, das für mehrere Stunden durchaus das Bild einer schizophrenen Psychose aufweist. Die Symptome können manchen Bildern des schizophrenen Prozesses so täuschend ähnlich sein, daß mehrere Psychiater, die nicht wußten, welches die Schizophrenen und welches die lysergsäurevergifteten Versuchspersonen waren, beim Versuch der Trennung beider Gruppen erhebliche Fehler machten. Nun war es naheliegend, daß die Menge von 10 bis 40 γ so gering ist, daß es unmöglich erschien, daß alle Zellen durch das LSD 25 vergiftet sein konnten. Wir müssen daher annehmen, daß das LSD 25 einen bestimmten Angriffspunkt haben muß. Auffallend ist, daß diejenigen Fälle keine Vergiftungserscheinungen aufwiesen, die Schädigungen im hinteren Anteil des Hypothalamus hatten. Wir glauben aber nicht, daß die Schizophrenie eine Diencephalose im Sinne Staehelins ist. Gerade der hintere Anteil des Hypothalamus scheint aber eine wichtige Schaltstelle zu sein. Untersuchungen mittels unter Führung des stereotaktischen Apparates placierter Elektroden haben gezeigt, daß Reizungen in den medialen hinteren Hypothalamuskernen zu „evoked potentials“ im Bereich des dorsomedialen Kernes des Thalamus und dann im Bereich des ganzen Isocortex führen. Reizungen im Bereich der lateralen hinteren Hypothalamuskern und im Corpus mamilare führen zu Aktionspotentialen im Nucleus amygdale und im Bereich des unteren und medialen Temporallappens. Wir bezeichnen diesen Anteil des Cortex als Allocortex. Er ist viel primitiver gebaut als der Isocortex und gehört entwicklungsgeschichtlich einem alten Anteil des Cortex an. Untersuchungen mittels EEG. zeigen, daß im Wachzustand die Aktion des Isocortex überwiegt, während im Traumzustand der Allocortex in den Vordergrund tritt. Die Schaltung zwischen Wach- und Traumzustand scheint dem hinteren Anteil des Hypothalamus zu obliegen. Hier wäre einzufügen, daß Pötzl, wohl mit Recht, gemeint hat, daß die Schizophrenie eine Krankheit sei, bei der der Traum wie ein maligner Tumor den Wachzustand durchsetzt.

b) Daß bei den schizophrenen Symptomen eine Veränderung des Gleichgewichtszustandes zwischen dem Iso- und dem Allocortex zustande kommt, dafür sprechen die Beobachtungen von Gibbs und Penfield. Sie konnten zeigen, daß bei einer Gruppe von Menschen schizophrene Symptome auftreten, bei denen gleichzeitig ein abnormes EEG. nachgewiesen wurde. Penfield hat erst gemeint, daß es sich hier um Herde im Temporallappen selbst handelt. Gastaud hat darauf hingewiesen, daß gerade bei den typischen Fällen Läsionen im Nucleus amygdalae zu finden sind. Der Erfolg der Abtragung des Temporallappens und einer antiepileptischen Therapie in einer Zahl dieser Fälle lassen erkennen, daß es sich hier um ein epileptisches Geschehen handelt, das freilich unverkennbare schizophrene Zeichen zeigt.

c) Wir haben auch versucht, den Platz im Stoffwechsel der Zelle zu bestimmen, an dem das LSD 25 seinen Angriffspunkt hat, um zu sehen, ob nicht auch bei Schizophrenen derartige Veränderungen nachweisbar wären.

Auf der Suche nach Stoffen, die die LSD 25-Wirkung unterbrechen könnten, verwendeten wir zunächst die Glutaminsäure, später aus theoretischen Erwägungen die Bernsteinsäure, da diese direkt im Zitronensäurezyklus steht. Nach unseren Untersuchungen passieren beide Substanzen die Blut-Liquor- (Gehirn-) Schranke, die Bernsteinsäure sogar außerordentlich rasch. Mit beiden Substanzen gelang nun die passagere Unterbrechung des LSD 25-Syndroms. Schließlich ließen sich in bestimmten Fällen von Schizophrenie die aktuelle Symptomatik mittels Bernsteinsäure passager unterbrechen. Wir glauben, aus diesen Versuchen den berechtigten Schluß ziehen zu dürfen, daß bei Schizophrenen und unter LSD 25-Einwirkung eine Störung in der anaerobiotischen Phase des Glukosestoffwechsels bestimmter Nervenzellen besteht.

Nun dürfen wir die Lokalisation nicht zu weit treiben. Gerade Vogt hat gezeigt, daß es ein Ansprechen bestimmter Zellen und Zellgruppen auf bestimmte Stoffe gibt, das vorerst auf diese Zellgruppen beschränkt bleibt, daß aber bei einer starken Dosierung auch die übrigen Zellen des Gehirns in ihrer Funktion gestört werden. Wir glauben also, daß bei der Schizophrenie ganz bestimmte Anteile des Gehirns von einer bestimmten Art der Stoffwechselstörung betroffen werden, daß aber am Ende natürlich alle Zellen leiden werden.

Wir nehmen an, daß diese Veränderungen durch einen Erbvorgang bedingt sind. Wir wissen, daß dieser Erbvorgang bei der Schizophrenie in der Regel ein indirekter ist und daß das Erbmerkmal ein rezessives ist. Wir wissen

aber heute, daß die Erbanlage wohl nur die Inklinaton zum schizophrenen Prozeß bedeutet, daß sie an und für sich aber nicht den schizophrenen Prozeß selbst bedingt. Es müssen noch Vorkommnisse im Leben des Patienten hinzukommen, damit aus dieser Anlage ein schizophrener Prozeß wird. Zum Teil sind diese exogenen Faktoren schon durch den schizophrenen Elternteil oder durch Verwandte bedingt. Hat doch Wagner-Jauregg mit Recht gesagt: Der Aszendent schädigt den Deszendenten durch die Vererbung und durch die Erziehung. Der Einfluß des Geisteskranken auf das Kind bedeutet sicher Angst und Aggressionen des Kindes. Betrachten wir die Krankengeschichten Schizophrener, so sehen wir, daß eine gewisse Dynamik vorhanden ist, daß gewisse psychische und körperliche Faktoren sich zu einer Kette aneinanderreihen, die im spezifischen Sinn auf die schizophrene Anlage einwirkt. Schon früher haben Freud und Schilder darauf hingewiesen, daß ganz ähnliche Mechanismen, die zur Neurose führen, auch den schizophrenen Prozeß hervorrufen.

Der Einfluß der Existenzanalyse zeigt sich bei Schweizer Autoren, wie Binswanger, Wyrsch, sowie deutschen Autoren, wie Zutt u. a. Sie kamen zu dem Schluß, daß der schizophrene Prozeß nichts anderes wäre, als daß eine bestimmte Lebenskonstellation, geformt durch die Entwicklung der Persönlichkeit, für diese Persönlichkeit untragbar wird und zu einer Zersprengung der Persönlichkeit führt. Zutt meint, und dagegen läßt sich kaum etwas einwenden, daß es vielleicht gar nicht die Erkrankung des Gehirns wäre, die zum schizophrenen Prozeß führe, sondern daß die Seele, die sich des Gehirns gleichsam bedient, als solche erkrankt wäre. Würden wir diese Anschauungen akzeptieren, dann wäre der schizophrene Prozeß eine Un-erträglichkeitssituation des einzelnen Individuums. Es gäbe dann gar keine schizophrene Reaktion, sondern jede einzelne dieser psychischen Erkrankungen könnte dann nur von der Person und ihrer Lebenssituation verstanden und auch geheilt werden. Damit würde aber auch das Krankheitsbild des schizophrenen Prozesses zusammenstürzen; und doch haben wir gerade gehört, daß Berze, Bleuler und Stransky Reaktionen und Symptome aufgestellt haben, die dieses Krankheitsbild meisterhaft umschreiben.

Unsere Arbeitshypothese ist folgende: Eine bestimmte psychische Konstellation, die auch nicht als einziges Trauma aufzufassen ist, wirkt auf unser Gehirn ein. Auf diese psychische Konstellation reagiert nun die Psyche mit jenen Défensemechanismen, die in einer Außenprojektion der seelischen Ereignisse, in einer Abkehr von der Außen-

welt sich vollzieht und die schließlich in einer Flucht in die Irrealität besteht. All das kann aber auch der Mensch in einer Neurose, ja auch der Gesunde unter bestimmter seelischer Beanspruchung produzieren. Dann kommt aber etwas hinzu, was unserer Meinung nach an der Zelle selbst gelegen ist und das erblich bedingt zu sein scheint. Bestimmte Zellen des Gehirns und später vielleicht alle Zellen des Gehirns verändern ihre Funktion in einer solchen Weise, wie es vielleicht unter der Giftwirkung des LSD 25 geschieht. Es entsteht dann ein Prozeß, den wir als schizophren bezeichnen. In manchen Fällen wird dieser Prozeß rasch fortschreiten. Es entstünde das, was Langfeld die schizophrene Prozeßpsychose nennt. Aber nicht jeder dieser Prozesse muß fortschreiten. Es ist ohne Zweifel, daß, wie überall, auch ausklingende und heilende Faktoren am Werke sind. Es ist daher begreiflich, daß im einzelnen Fall bald der exogene Faktor in seiner Komplexheit der maßgebende im Entstehen der Schizophrenie ist, bald der an der Zelle selbst situierte Erbfaktor zu überragender Bedeutung gelangt.

Die Therapie der Geisteskrankheiten ist eine recht neue. Es ist Ihnen ja bekannt, wie lange es dauerte, den therapeutischen Nihilismus in der Psychiatrie zu überwinden. Es war das große Verdienst Wagner-Jaureggs, hier Licht in dunkle Nacht gebracht zu haben. Aber die progressive Paralyse hatte einen pathologisch-anatomischen Befund und ihre Ursache, die Syphilis, war durch die Arbeiten von Krafft-Ebing und Hirschl bekannt geworden. Bei der Schizophrenie schien die Situation anders zu sein. Hier war es schon E. Bleuler bekannt, daß Erbfaktoren eine große Rolle spielen, aber Erbkrankheiten wurden damals gleichsam als schicksalsbedingte Krankheiten aufgefaßt. Der einzige Anhaltspunkt einer pathologischen Veränderung schien weniger im Gehirn als in den endokrinen Drüsen gelegen zu sein. Es wurden daher die verschiedensten Therapien, endokrine Drüsentransplantationen und -injektionen, mit recht negativen Erfolgen versucht. Die Theorie einer möglichen endokrinen Ätiologie der Schizophrenie hat sich bis vor kurzer Zeit erhalten. Rice in England hat in großangelegten Versuchen auf die Nebennierenveränderungen der Schizophrenen hingewiesen, bis er schließlich zur Ueberzeugung kam, daß die Veränderungen in der Nebenniere die Folge der psychischen Beanspruchung im schizophrenen Prozeß und nicht die Ursache der Erkrankung seien.

Es waren zwei Beobachtungen, deren Wichtigkeit einen neuen Weg zu weisen schienen. Die eine war die von Schilder beobachtete Tatsache, daß — ähnlich wie Don

Quichotte — der sterbende Schizophrene Klarheit erlangen kann. Der Schock des Sterbens brachte bei diesen Patienten die Remission. Eine ungemein bedeutungsvolle Beobachtung wurde von Stransky gemacht, der zeigen konnte, daß ein elektrischer Schock, der einen schizophrenen Patienten bei einem Unfall ereilte, ebenfalls eine Remission seiner Schizophrenie herbeiführte. Es war für Hoff im Jahre 1932 ein großes Ereignis, als er das in einer seiner Vorlesungen vortrug und sich ein unbekannter Emigrant, Dr. Sakel, meldete und darauf aufmerksam machte, daß er im Insulinschock die Möglichkeit eines dosierten Schocks habe und diesen als mögliche Therapie der Schizophrenie vorschlage. Unter Pötzls Leitung entwickelte sich von einem einzelnen Schock eine Schocktherapie mit allen ihren Details und Schwierigkeiten der Technik. Die Zahl der Schocks wurde auf 50 erhöht, und wir sind mit Sakel auch bereit, die Zahl der Schocks noch weiter zu erhöhen. Manche neue Variation der Insulinschockbehandlung wurde dann von Müller in Münsingen und von Braunnmühl in Deutschland angegeben, sie erleichtern sicher die Technik der Insulinschocktherapie, aber die Schocktherapie als solche ist von Sakel aufgestellt worden.

Die Insulintherapie schien zunächst eine recht gefährliche Therapie zu sein. Durch eine entsprechende Beobachtung des Patienten und durch ein gründliches Training des Aerzte- und Pflegepersonals gelang es, die Gefahrenequote zu verringern. Auch heute ist sie nicht völlig ausgeschlossen, aber wir sind trotzdem imstande, mit der gefährlichsten Komplikation, dem prolongierten Schock, fertig zu werden. Die Mortalität schwankt zwischen 0.3 und 0.5%. Wir haben auch gelernt, verschiedene Unterstützungen des Insulinschocks anzuwenden. So geben wir unruhigen Patienten während des Insulinschocks Largactil oder kleine Mengen Luminal. Wir verstärken die Insulinwirkung durch B-Komplex und Atriphos. In manchen Fällen können wir auch eine bessere Wirkung des Insulinschocks durch die Zick-Zack-Methode bekommen. Durch besondere Methoden gelingt es, die Gefahren des Insulinschocks herabzusetzen.

Nachdem Sakel seine Insulinmethode bekanntgegeben hatte, ist 1934 durch Meduna die Cardiazolschockmethode eingeführt worden. Er ging von der Annahme aus, daß Epilepsie und Schizophrenie einander widersprechende Faktoren enthielten und daß die Auslösung epileptischer Anfälle die Schizophrenie zur Heilung bringen kann. Der Gegensatz zwischen Epilepsie und Schizophrenie wird nur mehr von Staehelin aufrecht erhalten. Trotzdem hat die Cardiazolschockbehandlung uns einen Schritt weitergebracht. Schließlich haben 1937 Cerletti und Bini die Elektro-

schockbehandlung in die Therapie der Schizophrenie eingeführt. Der Elektroschock ist viel leichter zu handhaben als der Insulinschock. Vergleichen wir aber, wie es in den folgenden Tabellen geschieht, die Insulin- und die Elektroschockbehandlung, so müssen wir, obwohl das verwendete Material kein gleichartiges ist, sagen, daß die Insulinkur in der Behandlung der Schizophrenie, mit Ausnahme der Katatonie, der Elektroschockbehandlung überlegen ist.

Tab. 1. Von den letzten 200 mit Elektroschock behandelten Schizophrenien waren

Voll und gut remittiert		Teilremissionen		Unbeeinflußt-Anstalt	
♂	♀	♂	♀	♂	♀
25	27	34	29	41	44
52		63		85	

Es wurden schließlich für die verschiedenen Formen der Schizophrenie verschiedene Behandlungsmethoden angegeben, die von Kalinowsky und Hoch in glänzender Weise zusammengefaßt wurden.

Wie Ihnen bekannt ist, unterscheiden wir die paranoide Schizophrenie, die Katatonie und die Hebephrenie. Wir benutzen heute zur Bekämpfung der katatonen Formen den Elektroschock, den wir recht häufig in Schockblocks verabreichen. Die paranoide Schizophrenie ist die Domäne des Insulinschocks.

Wir haben versucht, die Insulintherapie der Schizophrenie durch Kombination mit Elektroschock zu verstärken, indem wir auf der Höhe des Insulinkomas einen Elektroschock aufsetzten und dadurch das Koma unterbrochen haben. Wir haben den Eindruck, daß Cardiazol-injektionen stärker wirken. In manchen Fällen haben wir erst eine kleine Dosis von Cardiazol im Insulinschock gegeben und dann einen Elektroschock daraufgesetzt. Wir versuchen, die Insulinkur so individuell als möglich zu gestalten, bleiben aber immer auf der Basis der klassischen, von Sakel angegebenen Methode.

Wir geben Ihnen nun eine Zusammenstellung unserer Insulinbehandlungserfolge (Tab. 2).

Wir sehen, daß von den 273 Fällen, die in den Jahren 1933 bis 1940 von Sakel und seinen Mitarbeitern bearbeitet wurden, 60% Remissionen hatten, 40% blieben unbeeinflußt. Von diesen 60% hatten 30% Rezidive. Seit den Jahren 1950 bis 1952 haben wir mit einer besseren Technik, nach der alten Methode, 158 Fälle behandelt. Von diesen hatten 85% Remissionen, 15% blieben unbeein-

Tab. 2. Insulinbehandlungserfolge bei Erkrankungsdauer bis zu einem Jahr.

	1933—40 273 Fälle %	1950—52 158 Fälle %	Fremde moderne Statistiken %
Remission	60	85	60—80
Unbeeinflusst	40	15	
Rezidive	30	15	zirka 30

flußt; von den Remissionen hatten 15% Rezidive. Es gelingt uns also, bessere Resultate zu erzielen, als die besten Statistiken des Auslandes aufweisen können. Vielleicht ist das der Fall, weil wir uns um jeden Patienten besonders bemühen. Das Ausland hatte 60 bis 80% Remissionen und davon zirka 30% Rezidive zu verzeichnen. Versuchen wir, diese Zahlen in ein Verhältnis mit den Spontanremissionen zu bringen, so werden wir sehen, daß diese in der ganzen Welt mit 30% angenommen werden. Wir sehen also, daß die von Sakel bearbeiteten Fälle, die ohne Rezidiv blieben, kaum höher waren als die Spontanremissionen. Trotzdem bleibt ein gewaltiger Unterschied. Es ist nicht gleichgültig, ob ein Mensch in den 20 bis 30 Jahren seines Lebens den Großteil dieser Zeit in einer Irrenanstalt zubringt oder ob er, trotz Rezidiven, den Großteil dieser Lebensperiode sozial angepaßt lebt. Wir konnten zeigen, daß eine individuell angepaßte Schocktherapie diese Erfolge wesentlich verbessern kann. Alles hängt davon ab, die Diagnose so frühzeitig als möglich zu stellen.

Sie wissen ja, wie schwierig es ist, gerade die Anfangssymptome der Schizophrenie zu erkennen. Bald haben wir ein neurasthenisches und hypochondrisches Vorstadium, das durch nichts als schizophren zu erkennen ist. Bald treten freilich in diesem Vorstadium Symptome auf, die für eine Schizophrenie verdächtig sind: das Gefühl des Gedankenabreißen (welcher Neurotiker hätte das nicht auch schon gehabt?), das Gefühl des Verändertseins, wobei besonders die Augen und das Genitale verändert erscheinen. Das Gefühl der Depersonalisation, das Initialdelikt, das Stransky so schön beschrieben hat, der Suizidversuch, der den schizophrenen Prozeß einleiten kann, die Liebe par distance, die vielen Manieriertheiten und Absurditäten der Flegeljahre, sie alle können Initialsymptome sein, und deshalb müssen wir rechtzeitig unsere Diagnose stellen, damit wir die Behandlung richtig und korrekt durchführen können.

Wir haben schließlich versucht, Symptome anzuführen, die uns als Zeichen einer schlechten oder guten Pro-

gnose erscheinen. Arnold hat sich dieser großen Mühe unterzogen und aus seinem ungeheuren Material von ungefähr 1000 Schizophrenen 5 Symptome herausgefunden, die unseres Erachtens eine schlechte Prognose geben, und 5 Symptome, die im allgemeinen prognostisch günstig sind.

Prognostisch günstige Symptome der beginnenden Erkrankung:

1. Erleben von Flüchtigkeit im Denken, Gedanken-drängen.
2. Neuartige Gefühlserlebnisse der Begnadung, der Gefühlsambivalenz.
3. Religiös-kosmische Erlebnisse, Weltuntergangssphänomene.
4. Gespannter Stupor.
5. Primäre Erlebnisse offener Bedeutung.

Prognostisch ungünstige Symptome der beginnenden Erkrankung:

1. Durcheinanderkommen der Gedanken.
2. Neuartige Organ- und Körpergefühle.
3. Physikalische Halluzinationen.
4. Stimmenhören in der dritten Person.
5. Affektdissoziation.

Die Elektroschockbehandlung wird folgendermaßen durchgeführt: Man gibt in der Regel zirka 20 Elektroschocks. Recht häufig stellt sich darnach ein verblüffender Erfolg ein, der freilich nicht zu lange andauert. Während heute die Elektroschockbehandlung sicher das Feld des manisch-depressiven Irreseins erobert hat, scheint es, daß sie auf dem Gebiet der Schizophrenie nur bei katatonen Formen bestehen bleiben wird, und daß häufig auch bei dieser Form der Schizophrenie erst eine nachfolgende Insulinkur zu Erfolgen führen wird.

Ein Ausnahmegebiet im Bereich der schizophrenen Reaktionen muß erwähnt werden, weil hier die Elektroschockbehandlung zu einem völligen Umschwung geführt hat. Gemeint ist die akute tödliche Katatonie, eine Psychose, über deren Behandlung Arnold hier an dieser Stelle berichtet hat. Diese Erkrankung, die einen plötzlichen Beginn hat und dabei recht häufig hysterische Symptome aufweist, geht in einen Erregungssturm mit Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten über. Sie ist meist mit schwersten vegetativen Symptomen gepaart und führt unter den Zeichen einer körperlichen und psychischen Erschöpfung zum Tode. Ein Schockblock, bei dem 3 Schocks im Intervall von je 15 Minuten gegeben werden, führt praktisch immer zur Unterbrechung dieses gefährlichen Zu-

standsbildes; so hat heute die „tödliche“ Katatonie kaum eine in Prozenten auszudrückende Todeszahl.

Die besonders schlechten Behandlungserfolge bei der Hebephrenie haben uns u. a. derzeit zu laufenden Versuchen geführt, das aktuelle Zustandsbild des Hebephrenen mittels LSD 25 in ein mehr katatonisches oder paranoid nuanciertes zu verwandeln und dann im gegebenen Zeitpunkt einer Elektroschockbehandlung zu unterziehen, wie es scheint, nicht ganz erfolglos.

Nach der Elektroschockbehandlung kommt es sehr häufig zu einem Verlust des Gedächtnisses, was man als amnestisches Syndrom bezeichnet. Um dieses amnestische Syndrom zu verhindern, hat Reiter einen Apparat konstruiert, den er als „Elektronarkose“ anpries. Hier handelt es sich aber um keine Elektronarkose, sondern um eine Serie von Elektroschocks. Die Methode ist gefährlich und im Erfolg reicht sie an die Elektroschockbehandlung nicht heran. Es wurden dann noch andere Schockbehandlungen angegeben. So hat Meduna Schockbehandlungen mit Stickstoff versucht. Auch diese Methode scheint uns keinen Vorteil gegenüber der Elektroschockbehandlung zu haben. Schließlich hat Fiamberti die Azetylcholinschockbehandlung, die von Lopez Ibor bei Angstpsychosen angegeben wurde, zur Behandlung der Schizophrenie versucht. Die Erfolge dieser Methoden stehen weit hinter denen der Insulin- und Elektroschockbehandlung zurück.

Da nun die Schockbehandlung nicht genügend erfolgreich schien, Rückfälle häufig vorkamen und eine große Gruppe von Schizophrenen zu spät zur Behandlung kam, stand die Frage nach einer anderen Behandlung der Schizophrenie offen. Edgar Moniz hat sie 1935 mit einer operativen Methode zu beantworten getrachtet. Moniz konnte zeigen, daß es durch Verquirlung des Stirnhirns gelingt, die Emotionsstörungen der Psychose zum Abklingen zu bringen. Diese Methode wurde später von Walter Freeman in eine Durchschneidung der Verbindungen zwischen Stirnhirnpol und dorso-medialen Kern des Thalamus umgeformt. Es gelingt in vielen Fällen tatsächlich, die Patienten zu beruhigen und die Spannungen und Wahnideen zum Abklingen zu bringen. Wenn wir solche Patienten betrachten, so sehen wir, daß sie sich in ihrem Wesen geändert haben. In manchen Fällen entwickeln sich nach der Lobotomie pseudoparalytische Zustandsbilder, in manchen Fällen verschwinden gewisse Feinheiten der Persönlichkeit. Wir haben in folgender Tabelle die Psyche eines Lobotomierten in Punkten vor Augen zu führen getrachtet (Tab. 3).

Tab. 3. Psyche des Lobotomierten

1. Physisch gesund, ißt und trinkt gerne
2. Euphorisch, glücklich und zufrieden
3. Hohe Meinung von sich selbst
4. Pflichten werden leicht genommen, manchmal Vernachlässigung
5. Aktives und ruheloses Leben
6. Gesellschaftlicher Kontakt wird gesucht, leichte Vergnügungen werden bevorzugt
7. Das Leben wird leicht genommen
8. Leichte Anpassung, gutstehen mit jedermann

In manchen Fällen haben sich Wahnideen nicht weiter entwickelt. Der Patient war von seinen Wahnideen nicht mehr belastigt, er war anpassungsfähig, wenn auch gewisse Feinheiten der Persönlichkeit verlorengingen. Das Absinken der Persönlichkeit nach der Lobotomie machte es notwendig, nach anderen Methoden zu suchen, bei denen der Erfolg der gleiche wie bei der klassischen Lobotomie wäre, ohne daß Persönlichkeitsveränderungen so stark in den Vordergrund treten würden. Es kam dann zur Top-ektomie, bei der nur gewisse Anteile des Stirnhirnpols entfernt wurden. Es stellte sich aber heraus, daß die Top-ektomie auf einer zu lokalisierten Vorstellung des Problems basierte. Um einen psychochirurgischen Erfolg zu erzielen, war es notwendig, ein gewisses Quantum an Großhirnrinde zu entfernen. Wurde dieses Maß nicht erreicht, dann war der operative Eingriff ein Fehlschlag. Es kam also nicht nur auf den Platz an, der entfernt werden sollte, sondern auch auf das Größenausmaß des zu entfernenden Hirn-anteiles. Nachdem die Topektomie nicht befriedigte, versuchte Scornville, durch Unterschneidung großer Hirnrindenanteile einen Erfolg zu erzielen. Es scheint, daß sich diese Methode in einem gewissen Sinn bewährte, denn hierbei treten die geringsten Persönlichkeitsveränderungen auf. Jedenfalls hat man sich entschlossen, zunächst den kleineren Eingriff vorzunehmen und dann auf den größeren überzugehen. Eine andere Methode bestand darin, die Verbindung zwischen Stirnhirn und Thalamus schon im dorso-medialen Kern des Thalamus zu unterbrechen. Diese Methode stammt von Spiegel und Wycis. Hier wird mit Hilfe eines stereotaktischen Apparates eingegangen und ein Teil des dorso-medialen Kernes zerstört. Die Methode wurde mit Begeisterung aufgenommen. Je häufiger sie ausgeführt wird, desto größer sind die beschriebenen Folgeerscheinungen, die auch nach dieser Methode auftreten, und desto geringer sind die Erfolge.

Nun müssen wir uns mit der Psychochirurgie auseinandersetzen. Sie hat ihre operativen Schwierigkeiten, und man kann sehr gut verstehen, daß namhafte Neurochirur-

gen der Schule Schönbauer es ablehnen, Operationen dieser Art ohne die Kontrolle des Auges durchzuführen. Sie lehnen auch die Methode ab, in der mit einem Eispickel die obere Orbitalwand durchstoßen und dann der basale Anteil des Stirnhirns zerstört wird. Die Erfolge der Psychochirurgie gegenüber dem schizophrenen Prozeß sind sicher gegeben, aber wir haben, wie bereits erwähnt, für diese Erfolge mit einer Herabsetzung der Persönlichkeit zu zahlen. Eine Anzahl von Fällen zeigt nach einiger Zeit Rückfälle. Auf einmal treten wieder Wahnideen bzw. Halluzinationen auf, die sich von denen der Periode vor der Operation kaum unterscheiden. Meist sind die Patienten nach der Operation stiller und ruhiger. Unsere medikamentöse Behandlung der Unruhe der Geisteskranken ist heute so gut, daß wir es ablehnen müssen, operative Methoden als Beruhigungsmittel zu verwenden. Es wurde manchmal mit Erfolg versucht, nach der Lobotomie eine Elektroschockbehandlung anzuschließen.

Diese verschiedenen Operationsmethoden werden in der letzten Zeit in angelsächsischen Ländern so kritiklos angewendet, daß namhafte Psychiater in diesen Ländern gegen die wahllose Anwendung dieser Methode Einspruch erhoben haben. In vielen Fällen gelingt es auch ohne Operation, Erfolge zu erzielen, in vielen Fällen werden einfach die Mißerfolge nicht bemerkt, weil nach kurzer Zeit einer Besserung die Patienten in den vielen Anstalten großer Länder verschwinden. Wir, in Wien, waren mit der Indikation der Lobotomie immer sehr streng.

Wir haben uns nur unter folgenden Bedingungen zu einem operativen Eingriff entschließen können:

1. Wenn andere Methoden der Behandlung erfolglos waren.
2. Wenn die Zeit von 1½ Jahren, in der eine andere Behandlung erfolgreich sein könnte, vorüber ist.
3. Wenn die Patienten noch an inneren Spannungen leiden, die wir eventuell im psychologischen Test nachweisen können.

Nur in Einzelfällen treten wir für die Frühlobotomie ein:

1. Fixierte paranoide Systembildung ohne Zerfallsneigung.
2. Starke affektive Spannung und dadurch bedingte soziale Unanpaßbarkeit (Selbstgefährdung, Gemeingefährlichkeit).
3. Kein oder nur, sehr geringer Persönlichkeitszerfall. Das entspricht im allgemeinen den Fällen von:
 - a) Spät-Paranoia,
 - b) Paranoia erotica nach dem 32. Lebensjahr.

Wir hatten daher viel weniger Operationen als in Amerika und England. Von unseren 121 Fällen sind aber 67 Patienten draußen im Leben, unter ihnen befinden sich ein Apotheker, ein Arzt und ein Künstler. Sie sind vollwertige Menschen geworden, obwohl sie eine Periode hatten, in der es zu einem deutlichen Abbau ihrer Persönlichkeiten gekommen schien. Wir haben uns überlegt, welche Faktoren es sind, die gerade bei diesen Fällen zum Erfolg führten. Wir fanden, daß es neben unbekannten Faktoren, die wohl in der Natur der Erkrankung gelegen sind, zwei Punkte sind, die unserer Meinung nach maßgebend für den Heilerfolg waren. Der erste war, daß diese Menschen in ein Milieu zurückgingen, das für sie vorbereitet war. Sie wurden von Angehörigen empfangen, die sie liebten und die ihre Schwächen kannten, sie wurden mit Schonung an einen Arbeitsplatz gebracht, so daß ihr anfängliches Versagen nicht zum Zusammenbruch führen konnte. Daß dies möglich war, verdanken wir unseren Fürsorgerinnen, die in vielen Besprechungen den Boden für diesen therapeutischen Erfolg ebneten.

Ein zweiter Punkt war der Patient selbst. Wir haben ihn langsam wieder aufwachsen lassen. Wir haben ihn nicht direkt in die Schwierigkeiten des Lebens hineingestellt, denen er zunächst nicht gewachsen war. Wir fanden, daß eine Wiedererziehung solcher Menschen möglich ist, und schließlich bekamen wir eine Persönlichkeit, die sich in nichts von der prämorbidem Persönlichkeit unterschied. Dabei waren die Operationen gewiß nicht weniger eingreifend als die der anderen Patienten. Diese Erfahrungen bestätigen unsere Beobachtung an Hirnverletzten im allgemeinen. Es ist selbstverständlich, daß der Ausfall, der durch eine Hirnverletzung zustande kommt, von der Lokalisation dieser Hirnverletzung abhängig ist. Wir verstehen es auch, daß er zu dem Gesamtzustand des Gehirns in Beziehung steht. Wir finden aber, daß Hirnverletzte, die in den Beruf zurückkehren, den sie lieben, und die von Angehörigen aufgenommen werden, die ihr Versagen verstehen können, viel geringere Ausfälle zeigen als solche, bei denen diese Umstände nicht eintreten.

Es waren hier besonders die paranoid-schizophrenen Prozesse, die erfolgreich waren, während die hebephrenen Prozesse, schon weil die innere Spannung sehr bald abnahm, sich wenig erfolgreich erwiesen. Wir stehen also nicht auf dem Standpunkt unserer russischen Kollegen, die die Lobotomie aus prinzipiellen Gründen ablehnen. Wir müssen aber auch die operative Polypragmasie mancher westlichen Kollegen ablehnen, die sich, meist auf Basis schlechter psychiatrischer Krankengeschichten und unge-

nügend beobachteter Patienten, zu relativ schweren Eingriffen entschließen. Wenn man hört, daß als operative Methode der Wahl eine Elektroschockbehandlung angepriesen wird, bei der die Elektroden im Gehirn selbst eingepflanzt werden, so findet man weder eine physiologische noch therapeutische Begründung dieses Vorganges. Versuchen wir, die Indikationen dieser operativen Methoden festzulegen, so sehen wir, daß es oft aus den publizierten Krankengeschichten nicht einmal ersichtlich ist, an welcher Form der Schizophrenie der Patient gelitten hat. Wenn Walter Freeman die Ansicht vertritt, daß ohne Lobotomie die meisten Menschen an der Schizophrenie zugrunde gegangen wären, so scheinen ihm die doch recht beträchtlichen Erfolge der Insulinbehandlung der Wiener, deutschen und Schweizer Schule unbekannt geblieben zu sein.

Schließlich folgte als Reaktion auf die rein organische Behandlung der Schizophrenie, die doch nicht genug befriedigend war, die Psychotherapie des schizophrenen Prozesses, wie sie von Schultz-Henke, Frieda Fromm-Reichmann u. a. angegeben wird. Sie beruht auf einer größtenteils richtigen Anschauung der Dynamik des schizophrenen Prozesses.

Wir haben betont, daß psychogene Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie eine wichtige Rolle spielen. In manchen Fällen werden sie der wichtigste Teil sein. Es wäre daher durchaus vorstellbar, daß in manchen Fällen es zu Beginn einer Psychose möglich ist, durch psychotherapeutische Maßnahmen allein eine Heilung des schizophrenen Prozesses herbeizuführen. In den meisten Fällen wird das aber mißlingen und der schizophrene Prozeß wird eine Mauer um den Patienten aufrichten. Die Introversion wird zum Abschneiden der Verbindungen der Außenwelt mit der Persönlichkeit des Patienten führen, das Leben in einer irrationalen Traumwelt wird uns kaum mehr Kontakt zur Persönlichkeit des Patienten erlauben. Es muß daher erst der Weg zum Patienten geöffnet werden. Solche psychotherapeutische Versuche sind daher auch an zwei Gruppen von Patienten durchgeführt worden. Die eine war die Gruppe der katatonen Psychosen. Es liegt im Wesen der Katatonie, daß sie weitgehende Remissionen hat und daß oft die freien Intervalle viele, viele Jahre dauern. Wir können auch niemals sagen, wann eine solche Remission auftritt. Behandeln wir genügend lange, so werden wir in einigen Fällen das Glück haben, den Zeitpunkt einer solchen Remission zu erreichen und dann glauben, daß unser Aufwand an Zeit und Mühe zum Erfolg geführt hat.

Ferner gibt es jene bereits erwähnte eigentümliche

Gruppe von Fällen, die wir als pseudoneurotische Schizophrenie bezeichnen. Gerade diese Gruppe wurde von Hoch in Amerika und von schwedischen und deutschen Autoren in der letzten Zeit besonders betont. Es handelt sich um Patienten, die alle Zeichen einer Neurose zeigen, aber mit einzelnen oder mehreren Symptomen schon den Boden der Realität verlassen haben und deutliche Anzeichen des schizophrenen Prozesses manifestieren. Diese Patienten werden, zum Unterschied von den wirklichen Schizophrenen, die für die Behandlung notwendige Uebertragung haben. In einzelnen Fällen gelingt bei ihnen die psychotherapeutische Heilung. In anderen Fällen wird ein Uebertragungsverhältnis mit einem vernünftigen Arzt den Patienten sozial angepaßt erhalten. Inwieweit diese Patienten aber der Schizophrenie anzurechnen sind, kann man nicht sagen.

Die psychotherapeutischen Versuche gingen also zunächst nicht von der Klinik aus, sondern sie wurden bereits von außen an die Klinik herangetragen. Dabei muß daran erinnert werden, daß schon vor Jahrzehnten Freud und später Schilder bemüht waren, psychologische Deutungen der Inhalte und Abläufe von Psychosen auf Grund analytischer Versuche zu geben, ohne allerdings daraus eine Zugänglichkeit psychotischer Kranker für eine Therapie zu folgern. In den letzten Jahren sind vor allem die Namen Rosen, Schultz-Henke, Sechehaye zu nennen, die sich bemüht haben, Psychosen nur mit Psychotherapie zu behandeln. Einheitlich ist die Erkenntnis, daß die klassische Form der Psychoanalyse nicht für solche Fälle geeignet ist, da die Patienten auf die analytische Situation und die dafür notwendige Disziplin nicht eingehen können. Die psychotherapeutischen Bestrebungen können von zwei Gesichtspunkten aus gesehen werden:

1. Wir versuchen, die Angst des Patienten herabzusetzen, wobei besonders Rosen durch ein direktes Deuten versucht hat, auf den Patienten einzuwirken. Diesen und anderen Versuchen liegt der Gedanke zugrunde, daß es für den Patienten erleichternd und befreiend wirkt, wenn er sich in seinem Verhalten und seinen Aussagen verstanden sieht.

Freilich muß gesagt werden, daß dieses Deuten oft sehr willkürlich ist, und Frieda Fromm-Reichmann wendet sich gegen diese oft recht willkürliche Art der Deutung, die — nach ihrer Meinung — dem Patienten häufig aus der akuten Psychose heraushilft, wohl aber nicht imstande ist, den schizophrenen Prozeß als solchen zu beeinflussen. Fromm-Reichmann sieht im schizophrenen Prozeß ein Zurückziehen, eine Abwehr und Furcht vor dem Zurückgewiesenwerden, ferner ein Mißtrauen

gegen andere und Angst vor der eigenen Feindseligkeit, die nach Vergeltung strebt. Da die Behandlung sich eigentlich über den ganzen Tag erstreckt, ist es selbstverständlich, daß sie nicht vom Arzt allein bewältigt werden kann, und Menninger in Topeca legt großen Wert darauf, daß auch das Pflegepersonal in die Behandlungsführung einbezogen wird. Er zieht es vor, unter Aerzten und Pflegern schizoide Persönlichkeiten zu haben, da er meint, daß diese leichter in Kontakt mit den Schizophrenen kommen, als völlig gesunde Personen. Sie erhoffen sich dadurch auch ein größeres Verständnis der schizophrenen Probleme. Menninger selbst geht vielleicht sogar weiter als Rosen und Fromm-Reichmann. Er meint, daß die Hauptsache die intensive Beschäftigung mit der Persönlichkeit des Patienten sei, die therapeutisch eine solche Wirkung hätte. Unsere Erfahrungen mit schizoiden Pflegern und Aerzten sind eigentlich konträr denen der amerikanischen Autoren. Wir haben immer gefunden, daß ein psychisch Gesunder sich am besten in die schwierigen Gedankengänge des Schizophrenen einfühlen kann und daß beim Schizoiden viel häufiger Angst im Verkehr mit Schizophrenen auftritt, manchmal aber auch das Uebersehen wesentlicher Symptome.

2. Das Streben, das mit dem ersten Hand in Hand geht, ist charakterisiert durch den Versuch, eine Beziehung zu dem Patienten zu gewinnen, wobei — im Gegensatz zur analytischen Behandlung der Neurose. — man nicht die Uebertragung langsam wachsen läßt, sondern die Entstehung einer positiven Uebertragung bis zu einem gewissen Grad forciert. Hier ist Rosen so weit gegangen, daß er sich bemüht hat, ständig um den erregten Kranken zu sein, d. h. an seinem Bett zu sitzen, wenn er aufwacht, und erst wegzugehen, wenn er eingeschlafen ist. Rosen hat gemeint, daß man an eine solche Psychotherapie eine Analyse anschließen muß, die er von einem anderen Arzt durchgeführt sehen wollte. Er fand allerdings, daß die stark positive Uebertragung zu ihm einer Uebertragungsbildung in der Analyse im Wege stünde. Schultz-Henke hat in einem von ihm publizierten Fall die klassische Analyse selbst angeschlossen. Wichtig ist, daß die geschilderten Fälle durchwegs den Charakter katatonen Verlaufsformen der Schizophrenie zeigen und damit die Frage des zeitlichen Zusammentreffens einer Psychotherapie mit einer Spontanremission offen bleibt. Die Umständlichkeit der Methode ermöglicht keine Vergleichsserien ähnlicher Fälle. Es ist selbstverständlich, daß alle diese Autoren große Schwierigkeiten hatten, wirklichen Kontakt mit den schizophrenen Patienten zu bekommen, der na-

mentlich in der initialen Phase der Psychotherapie außerordentlich schwierig ist. Der Arzt soll ja gleichsam eine Brücke zwischen dem Patienten und der Wirklichkeit formen. Die Methoden, wie ein solcher Kontakt mit dem Patienten herzustellen ist, sind die, die jedem Irrenanstaltsarzt bekannt sind. Wir sehen so häufig, daß zwei Schizophrenen eine Freundschaft eingehen, die in skurriler Weise oft jahrelang weitergeführt wird. Manchmal ist es ein Eingehen in die Traumsprache des Schizophrenen, manchmal der Versuch, mit dem Schizophrenen zu spielen. Frieda Fromm-Reichmann versuchte, angeblich mit Erfolg, einen Patienten, der mit Kot schmierte, dafür Schokolade anzubieten. Alle diese Versuche des Kontaktes haben wir ja in früherer Zeit und auch gegenwärtig so häufig gemacht. Wir haben versucht, Schizophrenen mit jungen Ärzten aufs Land zu schicken. Sie ließen sich auch alle für eine gewisse Zeit führen, dann aber brach doch dieser Kontakt ab. Würden wir die Psychotherapie der Schizophrenie von wenigen Fällen auf viele übertragen, dann würde dieses Abbrechen des Kontaktes viel häufiger sein als in den Einzelfällen, die jetzt einer psychoanalytischen Therapie zugeführt werden. In manchen Fällen haben wir beim Versuch einer analytischen Therapie oft das Aufkommen schizophrener Reaktionen gesehen. Wir sind gegen diese therapeutischen Versuche, die uns jedoch zweifellos viel Neues gelehrt haben, und die uns zeigen konnten, wie sehr auch der schizophrene Prozeß nicht als Fremdkörper, sondern aus der Dynamik des Menschen gesehen werden muß.

In späterer Zeit wurde aber die psychotherapeutische Behandlung auch von namhaften Kliniken im Einzelfall übernommen. Bleuler hat die Meinung vertreten, daß jede Schizophrenie nur als Einzelfall verstanden werden kann und hat daher versucht, jeden Fall psychotherapeutisch zu behandeln. Auch Kretschmer hat die Schizophrenie psychotherapeutisch zu behandeln versucht. In manchen Fällen haben diese psychotherapeutischen Versuche Erfolg gehabt. Im allgemeinen aber ist eine solche Therapie schon praktisch nicht durchführbar. Es bedeutet, daß sich ein Arzt und die Pflegepersonen auf einen einzelnen Patienten völlig konzentrieren müssen. Es bedeutet, mit dem Patienten zusammenzuleben, auf seine Gedanken einzugehen. Es ist selbstverständlich, daß eine solche Therapie eine außerordentliche Beanspruchung des einzelnen Arztes ist, fast müßte man sagen, daß hier das Scherzwort Wagner-Jaureggs richtig werden müßte: daß die Psychiatrie eine Kunst wäre, wo ein Arzt von einem Patienten leben könnte.

Nun, gerade in der Möglichkeit eines psychotherapeutischen Erfolges in ganz wenigen auserwählten Fällen besteht eine gewisse Gefahr für die Indikationsstellung. Es ist selbstverständlich, daß eine Schockbehandlung der Schizophrenie keine angenehme Kur ist. Einen Elektroschock mitanzusehen, ist selbst für den Arzt eine nervliche Belastung, und die Schockbehandlung wird immer Gefahren haben. Der Laie wird sich unter Psychotherapie etwas viel Harmloseres vorstellen, da hier nur geredet wird. Die Angehörigen werden diese daher der Schockbehandlung vorziehen. Damit verliert aber in vielen Fällen die Schockbehandlung den Zeitpunkt ihrer optimalen Wirksamkeit, die — wie bereits erwähnt — auf das erste Jahr bis höchstens 1½ Jahre nach Ausbruch der Psychose beschränkt sein kann. Vergeht diese Zeit mit einer erfolglosen Psychotherapie, dann stehen wir nicht selten vor der Tatsache, daß eine wirksame Therapie erst zu spät begonnen werden kann.

Wir sind nun folgenden Weg gegangen: Da die Schockbehandlung allein in ihren Erfolgen doch nicht unseren Erwartungen gerecht wurde — wir konnten ja zeigen, daß viele Fälle schließlich doch wieder in der Anstalt landeten —, haben wir lange darüber nachgedacht, bis uns jene Mechanismen des schizophrenen Prozesses klar wurden, die wir früher als Arbeitshypothese erwähnten. Wenn exogene Faktoren im schizophrenen Prozeß in so hohem Maß beteiligt sind, wie wir es vermuten und wie es die große Ueberzahl der Psychiater der Welt annimmt, dann muß die Schockbehandlung vielleicht eine andere Stellung haben, als sie bisher hatte. Wir glauben, daß die Schockbehandlung die Tür zum Patienten öffnet, eine Tür, die durch den schizophrenen Prozeß geschlossen war, aber durch diese Tür muß sich jemand zu dem Patienten begeben. Tut er es nicht, dann fällt die Tür wieder zu, und wir sind an jenen Punkt angelangt, von dem wir ausgegangen sind. Wir glauben nicht, daß die Schockbehandlung, wie Schilder annahm und wie es nun Alexander glaubt, nur als Bestrafung wirkt, und daß hier nur Uebertragungsmechanismen masochistischer Art wirksam sind, sondern daß die Schockbehandlung offenbar einen direkten Angriffspunkt am Stoffwechsel der Zelle hat, der uns auf Grund unserer Experimente beim schizophrenen Prozeß alteriert zu sein scheint.

Wir haben daher beschlossen, jeden Patienten, den wir mit Insulin behandelt haben, nachher einer Psychotherapie zuzuführen. Von 35 Fällen, die mit Insulin und Psychotherapie behandelt wurden, ist nur 1 Patient rezidiv geworden. Das Rezidiv war kurz, und es gelang uns, alle

Patienten bisher sozial angepaßt zu erhalten. Schindler hat die Behandlung dieser Patienten übernommen und wurde darin von Hift unterstützt. Sie haben die Patienten in eine Gruppe zusammengefaßt und auf tiefenpsychologischer Basis nach Einzelbearbeitung die Patienten einer Behandlung unterzogen. Es war wichtig, daß Schindler dieser Gruppe eine Dynamik geben konnte. Diese verhinderte, daß die Gruppentherapie nicht einfach eine Belehrung der Patienten wurde, sondern daß auf die Probleme der verschiedenen Patienten in einem oft recht komplizierten Wechselspiel eingegangen wurde. Es ist selbstverständlich, daß diese Gruppen immer klein gehalten werden müssen und daß die Dauer der Behandlung recht unbestimmt ist. Schindler hatte die Idee, daß es sinnlos wäre, wenn man die Patienten allein behandeln würde. Der Patient kommt dann in ein Milieu zurück, das für ihn mit Konflikten geschwängert ist, in eine Umgebung, die seine Probleme nicht verstehen kann. Er hat daher auch die nächsten Angehörigen zu einer Gruppe vereinigt und dadurch ein Problem gelöst, das uns Psychiatern schon lange vor Augen schwebte. Wir alle wissen, daß die Eltern und Angehörigen von Schizophrenen oft ganz besonders schwierige Menschen sind, und es war klar, daß die Schwierigkeiten vielleicht im Wechselspiel zwischen Patienten und Angehörigen beträchtlich waren. Der Mensch ist nicht aus sich allein heraus zu verstehen, seine Reaktionen sind nur in einem ständigen Spiel zwischen ihm und seinem Milieu verständlich. Das Milieu hilft den Menschen formen, und der Mensch formt sein Milieu. Wir haben daher auch das Milieu beeinflußt. Schindler nennt seine Methode die bifokale Therapie der Schizophrenie.

Es ist selbstverständlich, daß wir diese Prozeduren auch mit einem weiteren wichtigen therapeutischen Faktor verbunden haben. Es ist dies die Arbeitstherapie. Es ist wichtig, daß der Patient sich in der Arbeitstherapie frei ausleben kann. Er gewinnt wieder Selbstvertrauen, er schafft wieder etwas. Wenn nun in dieser Periode der Neugestaltung des Lebens auch eine entsprechende soziale Fürsorgegruppe eingeschaltet ist, die auch dem Patienten in der Schaffung einer neuen Existenz beisteht, dann wird in vielen Fällen Erfolg vorhanden sein, wo wir bisher nur Mißerfolge melden konnten.

Die Schwierigkeit der Schizophreniebehandlung besteht unserer Meinung nach heute nicht mehr im Suchen neuer therapeutischer Mittel. Vielleicht werden wir jenen Stoffwechselanteil der Nervenzelle, die erkrankt ist, besser definieren können. Es scheint ohne Zweifel, daß die Schockbehandlung hier zum Teil angreift. Vielleicht können wir

sie noch verbessern. Was wichtig ist, besteht aber darin, daß wir versuchen, den richtigen Weg zu gehen.

Wir glauben, daß die Psychochirurgie sicher ihren Platz gewonnen hat, daß aber ihr Platz nur dann gewahrt sein wird, wenn sie jene Begrenzungen auf sich nimmt, die in der Natur der Sache gelegen sind. Wir dürfen nicht glauben, daß eine Verletzung des Gehirns eine völlige Aenderung der Persönlichkeit herbeiführen kann. Die gleichen Probleme werden auf ein geschädigtes Gehirn einwirken und zum Mißerfolg der Therapie führen. Nur wenn wir auch hier auf die Gesamtpersönlichkeit eingehen, wird die Psychochirurgie so erfolgreich sein, wie wir es wünschen. Die Operation als solche kann und wird immer nur ein Teil des Heilvorganges sein. Die Krankheit ist kein Fremdkörper, sondern eine falsche Reaktion der Gesamtpersönlichkeit.

Auf diese Gesamtpersönlichkeit müssen wir aber psychotherapeutisch einwirken. Nur wenn wir die Dynamik des Krankheitsgeschehens durchbrechen können, dürfen wir hoffen, einen Dauererfolg zu haben. Vor allem dürfen wir aber eines nicht vergessen: daß wir, was immer wir tun, auf die Gesamtpersönlichkeit des Patienten eingehen müssen, daß es ein ganzer Mensch ist, der vor uns steht, mit allen seinen Schwierigkeiten und Nöten, ein Mensch in seinem Milieu und in seiner Zeit.