

Kraepelins Bedeutung für die Anstaltspsychiatrie¹.

Von

Dr. Adolf Groß

Anstaltsdirektor in Wiesloch.

Meine Damen und Herren! Als ich im Jahre 1898 nach Beendigung meiner Assistentenjahre an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik an die Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz übersiedelte, konnte ich es so recht empfinden, wie sehr ich besser daran war, als andere damals an dieser Anstalt tätige Ärzte, welche über das Rüstzeug der *Kraepelin*-schen Diagnostik noch nicht verfügten. Natürlich durfte man sich nicht darauf beschränken, die Diagnose *Dementia praecox* zu stellen und damit über den Kranken ein geistiges Todesurteil zu fällen. Wir waren aber damals schon vorsichtig geworden. Zwar wenn wir mit Sicherheit die Diagnose manisch-depressives Irresein gestellt hatten, konnten wir wagen, die Prognose günstig zu stellen, aber bei den verschiedenen Formen der *Dementia praecox* drängte sich bald die Überzeugung auf, daß eine derartige Prognostik unvollkommen, um nicht zu sagen dilettantisch wäre. Insbesondere für die akuten katatonischen und die manieähnlichen Schizophrenien lernten wir bald, daß, zumindest bei erstmaligen Anfällen, ein günstiger Ausgang nicht unwahrscheinlich war, daß aber jeder Rückfall schlechtere Chancen gab; doch bedeutete für uns praktische Psychiater die Unterscheidung zwischen manisch-depressivem Irresein einerseits, *Dementia praecox* andererseits schon recht viel, da wir sagen konnten: in jenem Fall sichere Genesung, in diesem die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit der für die *Dementia praecox* charakteristischen Veränderungen verschiedenen Grades, und wir hatten auch gelernt, je nach der Erscheinungsform in der die *Dementia praecox* auftrat, unsere Prognose entsprechend zu variieren. So gab die *Kraepelinsche* Psychiatrie den Anstaltsärzten doch ein erheblich größeres Gefühl der Sicherheit in der fachärztlichen Beratung, und ich glaube auch heute noch, daß sie in dieser Hinsicht den jetzt herrschenden Methoden vorzuziehen ist.

Dasselbe gilt in *didaktischer* Hinsicht. Der ältere Anstaltsarzt wußte ja durch Erfahrung wie die einzelne Psychose wohl verlaufen würde, doch war er im allgemeinen nicht imstande, dies zu motivieren und dem Schüler die Gründe dafür anzugeben, warum bei äußerlich ähnlich erscheinenden Fällen der eine wohl heilen würde, der andere

¹ Vortrag bei der 51. Tagung des Vereins südwestdeutscher Psychiater 1928.

aber nicht. Hier ergab die *Kraepelinsche* Psychiatrie greifbare und lernbare Gesichtspunkte.

Die *Kraepelinsche* Psychiatrie ist aufgebaut auf dem Prinzip des Krankheitsverlaufs. Sie berücksichtigt nicht nur den Querschnitt der Krankheit, wie er sich im Augenblick der Untersuchung darbietet, sondern sie basiert in erster Linie auf dem Längsschnitt durch den ganzen Lebenslauf. Es genügt nicht, diejenige Zeit für die Diagnose zu berücksichtigen, die der Kranke in der Klinik verbrachte, es muß vielmehr auch festgestellt werden, wie die Krankheit weiter verlief, durch Jahre und Jahrzehnte. So entwickelte sich die *Kraepelinsche Katamneseerforschung*, welche *Kraepelin* und seine Klinik in enge Fühlung brachte mit den Landesanstalten. Und hier liegt auch ein wesentlicher Faktor der *Kraepelinschen* Bedeutung für die Anstaltspsychiatrie. *Kraepelin* und seine Schüler zogen über den weiteren Verlauf der Erkrankung von den Landesanstalten, in die die Kranken überführt wurden, schriftliche und vor allem auch persönliche Erkundigungen ein und kamen dadurch in enge Fühlung mit den an den Landesanstalten tätigen Ärzten. Aus dieser Fühlungnahme zur Feststellung der Katamnesen ergaben sich für die Anstaltsärzte vielfache Anregungen zu wissenschaftlichen Arbeiten, in erster Linie zu solchen, die eben nur mit dem Krankenmaterial der Landesanstalten geleistet werden konnten, wobei die Erforschung der Endzustände die Domäne der Anstaltsärzte wurde. *Kraepelin* hat so auf den wissenschaftlichen Betrieb der Anstalten befruchtend gewirkt.

Sicherlich liegt die Hauptbedeutung *Kraepelins* auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Forschung. Doch war er immerhin im Beginn seiner irrenärztlichen Tätigkeit mehrere Jahre Anstaltspsychiater gewesen und stand schon dadurch den praktischen Fragen der Anstaltspsychiatrie näher als mancher andere Kliniker. Nicht lediglich die theoretischen Fragen bewegten ihn, sondern auch die praktischen Angelegenheiten der Irrenbehandlung besaßen immer sein lebhaftes, auch aktiv betätigtes Interesse.

Und wie die Auflagen seines Lehrbuches ein plastisches Bild geben von der Entwicklung seines Lehrgebäudes, so sind sie auch ein treuer Spiegel der wechselnden Möglichkeiten, Ansichten und Gepflogenheiten der praktischen Anstaltspsychiatrie.

Da wüßte ich keinen besseren Weg, einen Überblick über die Entwicklung der Anstaltsbehandlung der Geisteskranken zu geben, als die verschiedenen Auflagen seines Lehrbuchs, von denen die erste vor 45 Jahren, im Jahre 1883, erschienen ist, daraufhin zu durchmustern. Es soll ja eine der Aufgaben dieser Tagung sein, uns Rechenschaft zu geben, wie sich die theoretischen und praktischen Anschauungen und Methoden im Laufe der letzten 50 Jahre, seit diese Klinik steht, gewandelt haben. Dabei wird ein besonderes Augenmerk darauf zu richten sein,

inwiefern *Kraepelin* selbst an der Wandlung und Fortentwicklung dieser Methoden persönlich beteiligt ist.

Wir wollen dabei gesondert betrachten:

1. die medikamentöse,
2. die physikalisch-diätetische und
3. die psychische Behandlung.

Die chirurgischen Behandlungsmethoden können, als von minderer Bedeutung, kurz abgewandelt werden.

Dabei nehmen wir als Stichjahre die Auflagen von
1883, 1893, 1909/1913 und 1927,
wovon letztere zwar nicht mehr von *Kraepelin* selbst, aber durchweg in seinem Geiste redigiert worden ist.

1883.

Beim Erscheinen der 1. Auflage, 1883, war von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in erster Linie das Opium in Gebrauch. Man hatte damals bereits ungefähr die jetzt übliche Opiumkur. Erwähnt wird auch eine systematische Morphinbehandlung mit Steigerung bis zu enormen Tagesdosen (0,5 pro die), doch wird hiervor als sehr gefährlich gewarnt. Immerhin wird das Morphin als notwendig bezeichnet für die Behandlung ängstlicher Zustände sowohl, wie von manischen und anderen Aufregungszuständen.

Ferner wird genannt das Hyoscyamin als Ruhebedürfnis und Schlaf erzeugend. Der Erfolg sei unsicher, es mache gelegentlich deliriose Aufregungszustände. Empfohlen wird es besonders bei triebartigen Aufregungen, wobei die epileptischen und paralytischen genannt werden, nicht aber die katatonischen, welche man damals noch nicht als solche diagnostizierte.

Von den eigentlichen Schlafmitteln erscheint nur das Chloralhydrat in Dosen von 1—3 g, dessen Nachteile und Gefahren angeführt werden, ferner das Paraldehyd als damals neuestes Mittel, von dessen Gefahrlösigkeit man noch nicht unterrichtet war. Hiermit war aber die damals vorhandene Auswahl an Narkoticis bereits erschöpft. Man kannte noch die brüske Chloroformierung schwer Erreger und verwandte ferner zur Betäubung des Bromäthyl und das Amylnitrit.

Von Brompräparaten erwähnt die 1. Auflage nur das Bromkali.

Auch die *physikalisch-diätetische Therapie* befand sich 1883 noch in den Anfängen.

Es wird bereits „der große Wert warmer und lauer, besonders verlängerter 3—4 Stunden dauernder Bäder für die Behandlung von Aufregungszuständen“ betont. Nur dann wirken sie aber beruhigend, wenn die Kranken freiwillig darin bleiben. Festhalten durch Wärter, Verschußdeckel und dergleichen wird energisch abgelehnt. Man könne diese Bäder 2 mal täglich anwenden; gegen Abend haben sie schlaf-

machende Wirkung. Bei sehr schwächlichen Kranken werden die Vollbäder zweckmäßigerweise durch hydrotherapeutische Einwicklungen des ganzen Körpers ersetzt.

Bei der Elektrotherapie wird von der erregenden Wirkung des faradischen, der katalytischen des galvanischen Stromes gesprochen.

„Stuporöse und schwer melancholische Formen mit Apathie, vielleicht auch manche Fälle akuten Schwachsinn in späteren Stadien scheinen unter Umständen durch methodische Faradisierung günstig beeinflusst zu werden.“ „Es empfiehlt sich die Anwendung starker Ströme an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche oder die allgemeine Galvanisation.“ Man sieht also, die elektrische Behandlung von dementen Kranken, um sie „anzuregen“, ist schon recht alt.

Weiterhin betont *Kraepelin* die Wichtigkeit passender Ernährung der Geisteskranken vor allem im Beginn der Krankheit. Die Kost müsse leicht verdaulich und nahrhaft sein, um durch die Qualität die mangelnde Quantität auszugleichen. Wichtig sei die Bekämpfung der Obstipation im Beginn der Erkrankung und bei Aufregungszuständen.

Vor allem aber müsse man auf Beruhigung der Kranken bedacht sein. Sehr passend sei hierfür oftmals die Bettlagerung „namentlich anämische und schwächliche Kranke, welche durch Herumlaufen ihre Kräfte zu erschöpfen drohen, zeigen in der Regel in der dauernden Ruhelage eine beträchtliche Besserung“. Das sind die Anfänge systematischer Bettbehandlung.

Von energischer Wirkung, aber mit Vorsicht zu handhaben sei das Beruhigungsmittel der Isolierung, der völligen Abschließung von der Umgebung, die man in geeigneten Fällen mit der Verdunkelung des Raumes verbinden könne. Die Isolierung dürfe aber nicht länger als unbedingt notwendig dauern, da sie sonst entschieden schädlich wirke, die Verblödung und das Einwurzeln übler Angewohnheiten fördere.

Die mechanische Beschränkung wird nur dort für zulässig erklärt, wo die schematische Durchführung des No-restraint ein größeres Übel bedeuten würde als die Beschränkung selbst, wo z. B. das Leben des Kranken in Gefahr schwebt wie bei schweren chirurgischen Verletzungen; aber auch dann dürfe kein mechanisch Beschränkter ohne ständige Aufsicht sein.

Als Ziel der *psychischen Behandlung* bezeichnet *Kraepelin* im Jahre 1883 „einerseits die krankhaften Erscheinungen zurückzudrängen, andererseits die gesunden Vorstellungen und Gefühle zu kräftigen und ihnen schließlich zum Siege über die krankhaften Störungen zu verhelfen“. Die Auffindung des geeigneten Weges und dessen geeignete Verfolgung bleibe bei der Vielfältigkeit der Krankheitserscheinungen im einzelnen Fall der Ansicht und Erfahrung des Arztes überlassen. *Kraepelin* schildert die Eigenschaften, die von einem guten Psychiater verlangt werden müssen, da bei der psychischen Behandlung dieser

Komplexe persönliche Eigenschaften von weitgehendstem Einfluß seien. Im einzelnen weist *Kraepelin* darauf hin, daß im Beginn geistiger Erkrankungen in erster Linie geboten sei, den Kranken *zur Ruhe kommen* zu lassen und erst wenn eine gewisse Beruhigung stattgefunden habe, käme eine *Ablenkung* des Kranken in Frage. Hierzu diene vor allem eine passende, wohl anregende, aber nicht anstrengende Beschäftigung, dazu Lektüre, Spiele usw.

Die Gesamtheit aller körperlichen und psychischen Heilmittel finde sich zu einheitlichem Zusammenwirken vereinigt in dem *Organismus der Irrenanstalt*. „Die Erfahrung hat auf das Unzweifelhafteste erwiesen, daß die Prognose der Geistesstörung sich um so günstiger gestaltet, je früher die Verbringung in ein geschlossenes Asyl geschieht.“ Es wird im einzelnen und in auch jetzt noch zutreffender Weise geschildert, wann man einen Geisteskranken in die Anstalt bringen soll, wie die Verbringung stattzufinden hat, in welcher Weise die Anstalt als Ganzes wirkt, die Wichtigkeit geschulter Ärzte, tüchtigen Pflegepersonals, zahlreicher, für jeden Zustand passender Abteilungen usw. „Je mehr die Anstalt mit chronischen Verlaufsformen der Geistesstörungen zu rechnen hat, desto mehr wird sie in ihrer Einrichtung auf die Ablenkung und Beschäftigung der Kranken Bedacht nehmen müssen, während die Abteilungen für akut Erregte sich kaum wesentlich von denjenigen gewöhnlicher Hospitäler zu unterscheiden brauchen.“

Kraepelin verteidigt bereits in dieser 1. Auflage die Vorzüge des kolonialen Systems der Irrenversorgung, wie es in großem Maßstab und zur Nachahmung auffordernd in Alt-Scherbitz zum erstenmal durchgeführt worden sei, dessen Landwirtschaft gänzlich durch in offenen Villen untergebrachte geistesranke Arbeiter bewirtschaftet werde. Zur Behandlung der frischen Fälle und vorübergehender Aufregungszustände verfüge aber Alt-Scherbitz noch über eine sog. Zentralanstalt mit den entsprechenden Einrichtungen für die klinischen Behandlungsweisen.

1893.

1893 haben wir in der *medikamentösen* Behandlung bereits größere Auswahl.

Nun wird das Hyoscyamin subcutan in Dosen von $\frac{1}{2}$ —1 mg, als „mit unübertrefflicher Sicherheit nach 10—15 Minuten tiefen Schlaf herbeiführend“, gerühmt. Es sei ein äußerst wirksames und dabei im allgemeinen gefahrloses Mittel, um in dringenden Fällen rasch Beruhigung und Schlaf zu schaffen. Jedoch wird nur „wurfweiser“ Anwendung das Wort geredet.

Neben dem Chloralhydrat und Paraldehyd treten als neue Arzneimittel *Merings* Amylenhydrat auf den Plan und dann vor allem das Sulfonal und Trional, welche rasch eine weite Verbreitung gefunden haben. Dabei wird vor dauernder Darreichung, insbesondere des schwer

löslichen Sulfonals gewarnt, jedoch die damit erzielbare über den nächsten Tag hinaus dauernde Müdigkeit und Schwäche als in manchen Fällen erwünscht gerühmt. Als mildes und ungefährliches Mittel wird noch das Urethan erwähnt, in Fällen wo hohes Alter und körperliche Hinfälligkeit die Anwendung anderer Hypnotica verwehren.

Hier wird auch der Alkohol in Dosen von 40—60 g wegen seiner euphorisierenden und beruhigenden Wirkung bei Zuständen innerer Spannung und Depression empfohlen, und zwar in Form von Bier, Grog oder Schlummerpunsch, von Brompräparaten neben dem Bromkali die Erlenmeyersche Mischung. Opium soll eventuell mit Digitalis zusammen gegeben werden zum Zweck der Beruhigung bei Angstzuständen infolge gestörter Herztätigkeit.

In den 90er Jahren entwickelte *Kraepelin* in Heidelberg die Methodik der *Dauerbäder*. Während 1893 noch keine wesentliche Änderung in der Auffassung *Kraepelins* gegenüber 1883 zu verzeichnen ist, finden wir 1896 den Wert der Dauerbäder schon sehr energisch hervorgehoben. „Der große Wert warmer und lauer, selbst tagelang dauernder Bäder für die Behandlung namentlich manischer, aber auch paralytischer Aufregungszustände ist ganz unzweifelhaft. Dadurch ist es gelungen, zahlreiche, äußerst unruhige Kranke dauernd vor der Isolierung zu bewahren. Es gelingt fast immer, abgesehen von Ausnahmefällen, die Kranken so weit zu beruhigen, daß sie gern im Bad verweilen. Die behagliche Wärme des Bades, die Freiheit von allen beengenden Kleidungsstücken, das sich beim Hinausgehen einstellende Unbehagen, wirken hier zum gleichen Ziel der Beruhigung zusammen. Bei einzelnen — besonders bei ängstlichen — Kranken jedoch pflegen solche Bäder eher zu schaden. Man kann die Kranken zu ihrer größeren Bequemlichkeit im Bad auf durchgespannte Decken lagern, sie auf kleinen Tischen essen oder sich sonstwie beschäftigen lassen.“

In bezug auf die Bettbehandlung wird jetzt bündig gesagt: „alle frisch Erkrankten gehören zunächst und unter Umständen für längere Zeit ins Bett“. „Ohne allen Zweifel verlaufen die Aufregungszustände aller Art weit milder im Bett als außerhalb desselben.“

Für schwierige Fälle sinnloser Unruhe sollen Betten mit hochgepolsterten Seitenwänden vorhanden sein.

Der Isolierung steht *Kraepelin* jetzt bereits viel reservierter gegenüber. Immerhin gebe es, namentlich in mangelhaft eingerichteten und überfüllten Anstalten Kranke, bei denen sich die Bettbehandlung nicht durchführen lasse und bei denen man zu diesem Notbehelf greifen müsse; doch müßten immer wieder Versuche gemacht werden, der Isolierung baldigst ein Ende zu bereiten, um das Entstehen von Anstaltsartefacten zu vermeiden.

Auch 1893 steht *Kraepelin* der psychischen Einwirkungsmöglichkeit auf den Verlauf der Geistesstörungen, wenigstens im Beginn derselben,

eher skeptisch gegenüber. Immerhin seien fortgesetzte Bemühungen, die psychischen Schwankungen im Verlauf der Erkrankung durch Zuspruch auszugleichen, vielleicht doch bis zu einem gewissen Grade geeignet, den natürlichen Heilvorgang zu unterstützen. Jedenfalls stehe fest, daß verkehrte psychische Behandlung die krankhaften Zustände nachhaltig verschlimmern könne.

Die Irrenanstalt wird jetzt in besonderem Kapitel abgehandelt. *Kraepelin* sagt: „Die heutige Irrenanstalt ist ein Krankenhaus wie jedes andere. Jede Einrichtung der Anstalt dient in erster Linie dem Heilzweck. Sie erreicht dies einmal, indem sie den Kranken den täglichen schädlichen Reizen entzieht und ihm dafür ein vom Geist des Wohlwollens und der Menschenliebe durchdrungenes Heim bietet. Sehr häufig ist daher auch eine sofortige Beruhigung der rasche Erfolg der Versetzung in die Anstalt.“ Die Aufnahmeformalitäten seien daher nach Möglichkeit zu erleichtern. Nachdem die frühere Trennung in Heil- und Pflegeanstalten als unzweckmäßig fast überall verlassen worden sei, beginne sich eine Scheidung zwischen Stadtasylen und größeren, auf längere Pflege eingerichteten Irrenanstalten herauszubilden. Die wichtigste Abteilung des Stadtasyls sei die Wachabteilung, die etwa $\frac{1}{3}$ bis die Hälfte der Kranken — die Selbstmordsüchtigen, Nahrungsverweigerer, Unreinen, körperlich Kranken, Unruhigen und die frisch Aufgenommenen — aufzunehmen habe.

Neben der kolonialen Behandlung wird jetzt die Familienpflege als eine neue praktische Lösung der Irrenfürsorge hervorgehoben.

Interessant ist, daß *Kraepelin* bereits 1893 betont, daß es Kranke gibt, denen an sich der Anstaltsaufenthalt geradezu schade und bei denen man jede Gelegenheit benutzen soll, um sie wieder in Freiheit zu bringen. Also auch die Frühentlassungen zum Zweck der Therapie sind nichts absolut Neues.

1903.

1903 wird auf die psychologische Wirkung des Trionals näher eingegangen: Diese bestehe wesentlich in einer bedeutenden Erschwerung der Auffassung und der Bewegungstriebe, während Vorstellungsverbindungen und Muskelkraft nicht beeinflußt werden. Von neuen Mitteln tauchen jetzt neben dem Dormiol das Hedonal, Ural, Tetronal, Somnal, Isopral und Chloralose auf, die man jetzt nicht oder kaum mehr kennt. Dazu wird das Veronal, welches späterhin so große Bedeutung gewann, kurz erwähnt.

Als Mittel, welche „die Beschaffenheit des Blutes verbessern“ wird das Thyreoidin angeführt und dessen geradezu zauberhafte Wirkung bei Myxödem und Kretinismus gerühmt, während bei anderen psychischen Störungen trotz ausgedehnter Versuche damit kein Ergebnis zu verzeichnen gewesen sei.

Es möge hier erwähnt werden, daß wir bereits Mitte der 90er Jahre in der *Kraepelinschen* Klinik umfangreiche Versuche mit *Merckschen* Organpräparaten aller Art, insbesondere bei *Dementia praecox* gemacht haben, jedoch ohne jeden Erfolg, weshalb Publikationen nicht erfolgt sind.

Kurz gestreift werden hier bereits die Bestrebungen *Wagner-Jaureggs*, durch künstliche Erzeugung von Fieber Besserung oder Heilung von Geistesstörungen zu erreichen. Fiebererzeugendes Mittel war damals das Tuberkulin, und zwar wurde es auf Zustände angewandt, welche *Kraepelin* damals als *Amentia* auffaßte.

1903 schreibt *Kraepelin* noch ausführlicher und begeisterter über die Anwendung der Dauerbäder. „Die Beobachtung, daß verwirrte, sehr heruntergekommene Kranke im Bad bald anfangen sich zu beruhigen, Nahrung zu sich zu nehmen und einzuschlafen, veranlaßte mich, die Bäder hier und da über mehrere Tage auszudehnen. . . .“ Da die anfangs befürchteten bedrohlichen Unfälle gänzlich ausblieben, sei er endlich dazu geschritten, die Bäder auch des Nachts fortzusetzen. . . . „So kam es, daß einzelne Kranke viele Monate lang ohne jede Unterbrechung im warmen Wasser zubrachten.“ In unmittelbarer Verbindung mit den Wachsälen wurden helle, behagliche Baderäume geschaffen. Es mußte für ausreichende Überwachung bei Tag und Nacht gesorgt werden. Endlich mußte den Kranken der Aufenthalt im Bad durch kleine Tischchen usw. angenehm gemacht werden. „Es hat sich unzweifelhaft ergeben, daß die Behandlung erregter Kranker im Dauerbad jedem anderen bisher bekannten Verfahren unvergleichlich überlegen ist.“ Namentlich manische und paralytische aber auch katatonische Erregungszustände, insbesondere *Delirium tremens* eigneten sich vorzüglich für diese Behandlungsweise. Alle diese Kranken werden im Bad ruhig, essen und schlafen besser, sie sind auch weniger gereizt und gewalttätig, Zerreißen und Zerstören fällt ganz fort; ebenso ist der Unreinlichkeit auf die einfachste Weise ein Ziel gesetzt, indem man das schmutzige Badewasser erneuert. Der Erfolg dieser Methode sei: Kein Schmieren und Zerstören mehr, keine unzerreißbaren Kleider, keine festen Strohsäcke; Isolierungen haben vollkommen aufgehört. Ebenso hat der gesamte Geist der Behandlung entschieden gewonnen: Kranke wie Wärter erblicken in der Anwendung des Bades nicht wie so leicht in der Isolierung eine Strafe, sondern eine wohlthätige ärztliche Maßregel. Die Wirkung erklärt sich *Kraepelin* physiologisch durch Erweitern der Hautgefäße und Sinken des Blutdrucks und psychisch als Folge der behaglichen Wärme des Wassers, der Freiheit der Bewegungen und Fortfallen der Reibungen mit der Umgebung. Übelstände seien die Kostspieligkeit der Anlage und des Betriebs, die Entwicklung von Ausschlägen, das Wiederaufflackern alter Ohreiterungen. Das Verbleiben im Bad wird in schwierigen Fällen erreicht durch kleine

Gaben von Sulfonal oder Hyoscin, eventuell auch durch vorhergehende feuchte Einpackungen.

Hier weist *Kraepelin* auch darauf hin, daß die Anwendung der Dauerbäder bei katatonischen Erregungszuständen häufig auf Schwierigkeiten stößt; „glücklicherweise steht uns hier ein Mittel zu Gebot, welches eine vorzügliche Ergänzung der Dauerbäder bildet: die feuchtwarmen Einwicklungen“. *Kraepelin* will sie nicht länger als 2 Stunden ausgedehnt wissen, einmal wegen der Gefahr der Wärmestauung, andererseits damit jeder Anschein einer körperlichen Beschränkung vermieden werde. Widerstrebende Kranke sollen aus der Wicklung herausgenommen werden, allerdings um später den Versuch zu wiederholen. Die erregten Katatoniker sträubten sich höchstens bei der Ausführung der Einpackung, um sich dann bald still zu verhalten. Nachher sei ein Bad anzuschließen oder die Einwicklung zu wiederholen.

Der Alkohol wird jetzt grundsätzlich als Genußmittel aus der Irrenanstalt verbannt, mit der Begründung, daß es in jeder Anstalt Kranke gebe, die des Schutzes vor dem Alkohol dringend bedürfen, namentlich Trinker und Epileptiker.

Die Bettbehandlung hat sich inzwischen, namentlich infolge der Begründung und Befürwortung durch *Neißer*, in Deutschland langsam aber sicher durchgesetzt. Es sei jetzt wohl überall anerkannt, daß alle frisch Erkrankten für längere Zeit ins Bett gehörten; niemand werde sich der auffallenden Erfahrung entziehen können, daß die Aufregungszustände aller Art weit milder im Bett verlaufen als außerhalb desselben. Ruhige Kranke könne man für einige Stunden im Tag aufstehen lassen, oder nach der Empfehlung von *Ganser* massieren.

„Als letztes Mittel bei der Behandlung unruhiger Kranker gilt die Separierung im offenen, oder die Isolierung im geschlossenen Einzelzimmer.“ Die erstere rühmt *Kraepelin*, weil sie äußere Reize bis zu einem gewissen Grad ausschließe. Schließe man aber die Tür, um das Herauslaufen zu verhindern, so verzichte man damit auf Überwachung und man habe dann die Tobzelle mit ihren bekannten schweren Übelständen. „Rechnet man dazu, daß längere Aufenthalte im Isolierzimmer auch den Eintritt der Verblödung begünstigen . . . , so kann darüber kein Zweifel sein, daß die Isolierung ein Übel ist, welches man sobald wie möglich beseitigen sollte.“ Die gänzliche Vermeidung der Einsperrung einzelner Kranker erfordere große Hilfsmittel, sei aber durchaus durchführbar, selbst unter schwierigen Umständen.

Wir haben also jetzt, um 1903, die Technik der Kombination von Bettruhe, Bädern, Einwicklungen, Absonderung und Schlafmitteln bei *Kraepelin* als System vollkommen ausgebildet.

In der Wachabteilung solle man den Kranken nach Möglichkeit gewähren lassen und ihn nicht kleinlich bevormunden. Unter keinen Umständen soll irgendeine vom Arzt angeordnete Maßnahme den

Anschein der Disziplinierung tragen. Auch nach Bestrafung aussehende Erziehungsversuche seien zu vermeiden, denn nichts erbitterte die Kranken mehr und befestige im Personal die ohnedies nur allzu feste Wunschvorstellung, daß die Kranken schon artig sein könnten wenn sie wollten.

Bei akuten Zuständen müsse auf jede Beschäftigung verzichtet werden, da das erkrankte Gehirn zu seiner Genesung durchaus der Schonung bedürfe. Für den Wert der Arbeit bei den langsam verlaufenden Geistesstörungen, den krankhaften Veranlagungen und namentlich bei der *Dementia praecox* hat dagegen *Kraepelin* warme Worte. Während das Nichtstun diese Zustände entschieden verschlechtere, räume die planmäßige Erziehung zur Arbeit nach und nach die Hemmungen aus dem Wege, wecke die Freude am Schaffen und gebe das Gefühl der eigenen Leistungsfähigkeit, sagt *Kraepelin*.

Die Weiterentwicklung der Irrenfürsorge sei durchaus abhängig von dem Verständnis und der Leistungsfähigkeit des irrenärztlichen Standes. Besonderer Nachdruck sei darauf zu legen, daß die Zahl der selbständigen und behaglichen Lebensstellungen, die dem Irrenarzt erreichbar sind, vergrößert werde, und daß mit allen Hilfsmitteln den Anstaltsärzten die stetige, lebendige Fühlung mit den wissenschaftlichen Bestrebungen erhalten werde, durch wissenschaftliche Hilfsmittel, Büchereien, Fortbildungskurse, wissenschaftliche Reisen. Nur die wissenschaftliche Betrachtung seines Faches sei imstande, den Irrenarzt einigermaßen für die Schattenseiten seines Berufes zu entschädigen, ihm die Frische zu erhalten und ihn vor einer handwerksmäßigen Erledigung der Tagesgeschäfte zu bewahren, sagt *Kraepelin* und weiterhin: „Sache der Kliniken wird es sein, für diese Tätigkeit die Anregungen zu geben, wie umgekehrt viele klinische Aufgaben von allergrößter Wichtigkeit nur durch die Anstaltsärzte geklärt werden können.“

Der Spielraum für *operative Eingriffe* ist nach *Kraepelin* bei Geisteskrankheiten kein großer. Damals, um 1900, spielte die Auffassung, durch gynäkologische Operationen Geistesstörungen der Frauen zu heilen eine große Rolle. Die gynäkologische Behandlung geistiger Störungen wurde hauptsächlich durch *Bossi* und in Deutschland durch *Schultze* vertreten. *Kraepelin* rät jedoch, solche Eingriffe auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen sie der *körperliche* Zustand erforderlich macht, die Hoffnung auf eine günstige Beeinflussung des Irreseins aber nicht hochzuspannen, womit er Recht behielt. Von der Einleitung des Aborts oder der künstlichen Frühgeburt hat *Kraepelin* niemals einen Heilerfolg feststellen können, er lehnt daher die Auffassung ab, daß Melancholie bei schwangeren Frauen das Anzeichen zur Einleitung des Aborts sein könnte.

Wichtig erscheint die Empfehlung von Kochsalzinfusionen bei schweren Erschöpfungszuständen. Es werden 5–700 g auf 37 bis 39° Celsius erwärmter, physiologischer Kochsalzlösung nach der üblichen

Technik unter die Haut eingespritzt. „Wir greifen zu den Kochsalzinfusionen vor allem bei sehr entkräfteten Kranken; damit haben wir bei Versagen der Herztätigkeit häufig vortreffliche Erfolge gehabt“ sagt *Kraepelin*. — Ich habe selbst als *Kraepelins* Assistent bei völlig erschöpften Paralytikern mit tiefem Decubitus, anscheinender völliger Verblödung und schwerster verwirrter Erregung durch über Wochen fortgesetzte systematische Kochsalzinfusionen in Verbindung mit Dauerbädern an Heilung grenzende Remissionen erlebt. Wir dachten dabei auch an Entgiftung des gesamten Organismus, was vielleicht gar nicht so abwegig war.

1913.

1913 werden Versuche *Wolfs*, mittels Trional einen Dauerschlaf zur Behandlung von Aufregungszuständen herbeizuführen, zitiert. Die Diäthyl-Barbitursäure, das Veronal, hat sich inzwischen rasch Eingang verschafft. Auch das später unter dem Namen Medinal sehr gebräuchlich gewordene Natronsalz des Veronals wird erwähnt.

In dieser Auflage wird die Gestaltung der *Dauerbäder*, wie sie in der psychiatrischen Klinik in München inzwischen eingerichtet worden sind, ausführlich beschrieben. Bei der Schilderung der Wirkungsweise der Dauerbäder wird auf die Untersuchungen von *Busch* und *Plant* bezug genommen, daß trotz Müdigkeitsgefühl von einer wirklichen Herabsetzung der psychischen Leistungen keine Rede sein könne. „Die warmen Bäder würden demnach im Gegensatz zu den eigentlichen Schlafmitteln, welche regelmäßig eine Auffassungs- und Willenslähmung erzeugen, nur ein Ruhebedürfnis ohne Schädigung des Seelenlebens herbeiführen.“

Auch dem Turnen, gymnastischen Übungen und Sport wird ein bedeutsamer Wert unter den Behandlungsmitteln zugebilligt. Bei frischen und schweren Geistesstörungen bedürfe das erkrankte Gehirn allerdings in erster Linie der Ruhe. In der Genesungszeit jedoch und nach Abschluß ungeheilter Erkrankungen wird die ärztlich überwachte körperliche Betätigung nicht nur für den Wiedererwerb verlorener Kraft, sondern auch zur Erziehung des Willens von größter Wichtigkeit sein.

Unzweifelhaften Nutzen gewähre ferner der reichlich bemessene Aufenthalt in Sonne und frischer Luft, für die kräftigeren Kranken in Form von Spaziergängen und für die körperlich Kranken und Schonungsbedürftigen als Liegekuren im Freien.

Die Isolierung lehnt *Kraepelin* nunmehr ganz ab. Er schreibt, daß er seit 7 Jahren keinen Kranken mehr isoliert habe. Dies beweise, daß unter günstigen Umständen die Isolierung grundsätzlich aufgehoben werden könne, womit ein unvergleichlicher Fortschritt in der Krankenbehandlung erreicht sei.

1913 kannte *Kraepelin* bereits die günstigen Erfolge, welche man, nach Ablauf der schweren Krankheitserscheinungen, nicht selten durch einen völligen Wechsel der Umgebung erzielte. Namentlich Kranke mit *Dementia praecox* seien solchen Einflüssen zugänglich. Diese Wirkung könne erreicht werden durch Versetzung in andere Abteilungen, durch Heranziehung zur Arbeit, durch Übersiedlung in eine andere Anstalt; „wiederholt habe ich es erlebt“, sagt *Kraepelin*, „daß Kranke, deren häusliche Verpflegung mir gänzlich unmöglich erschien, in ihrer Familie sich sofort der gewohnten Tätigkeit zuwandten und keine Spur der bis dahin bestehenden schweren Krankheitserscheinungen (Stummheit, Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, Unruhe) mehr boten“. Allerdings wurde die Konsequenz einer systematischen Anwendung dieser Erfahrungen von *Kraepelin* noch nicht gezogen.

Sehr affektiv schildert *Kraepelin* die Nachteile jeder Erschwerung des Aufnahmeverfahrens, ist aber andererseits für möglichste Freiheit für die Kranken im Verkehr mit der Außenwelt. Er sagt in dieser Richtung: „Es scheint mir ein wichtiges Mittel zur Beseitigung eingewurzelter Vorurteile zu sein, Besuchen ohne weiteres in jeden Raum der Anstalt, unter Umständen selbst ins Dauerbad Einblick zu gewähren. Das schlimmste was sie irgendwie sehen mögen, ist immerhin noch nicht so schlimm, wie die Vorstellungen, mit denen der Laie die Anstalt zu betrachten pflegt.“

Bemerkenswert ist auch, daß *Kraepelin* schon damals über die Einrichtung des ärztlichen Dienstes in den Landesanstalten sagt: „Mit Recht ist darauf hingewiesen worden, daß keine andere ärztliche Laufbahn in gleichem Maße die Schattenseiten langdauernder Unselbständigkeit mit sich bringt.“ Zum Zwecke der Erhaltung der Arbeitsfreudigkeit müsse, soweit nicht durch Verkleinerung der Anstalten die Karriere verbessert werden könne, durch kollegiale Umgestaltung des ärztlichen Dienstes den älteren Ärzten größere Selbständigkeit und Verantwortlichkeit eingeräumt werden. Ähnliche Auffassungen sind später in den Richtlinien des Reichsverbandes formuliert worden.

Kraepelin hält jetzt gegenüber früher die Schädigungen des Pflegepersonals durch den Dienst als solchen nicht mehr für unvermeidlich. Mit der Bett-, Bade- und Arbeitsbehandlung und namentlich mit dem Fortfall der Isolierungen habe die Unruhe der Kranken, wie ihre Neigung zu Unsauberkeit und Gewalttätigkeiten in geradezu erstaunlicher Weise abgenommen. Die Reibungsflächen zwischen Kranken und Pflegepersonal seien weit geringer geworden. Rechne man noch dazu die Ausgestaltung des besonderen Dienstes für die Nacht, so könnten — nach Auffassung *Kraepelins* — die Beschwerden des Dienstes mit denjenigen, die unser Personal noch 15—20 Jahre vorher zu ertragen hatte, gar nicht verglichen werden.

Kraepelin ist auch für weibliche Pflege der männlichen Kranken, abgesehen von der Pflege gewalttätiger und geschlechtlich erregter Kranker, da die weibliche Pflege einen äußerst wohltätigen Einfluß ausübe, Ordnung, Sauberkeit und Behaglichkeit fördere und Ruhe und Zufriedenheit in höherem Maße hebe als „unter den rauen Sitten des männlichen Personals“. Am leichtesten lasse sich die weibliche Pflege männlicher Kranker mit Ordensschwestern durchführen.

Sehr beachtenswert sind die Ausführungen *Kraepelins* gegen übermäßige räumliche Ausdehnung der modernen, im kolonialen System angelegten Anstalten, deren schwerwiegendster Nachteil die Erschwerung des ärztlichen Dienstes sei, weil die ärztliche Überwachung der einzelnen Abteilungen Not leide, so daß das Pflegepersonal ein unerwünscht großes Maß von Selbständigkeit erhalte. Deshalb müssen die Wachabteilungen, namentlich für unruhige Kranke in größeren Häusern vereinigt, oder doch durch gedeckte Gänge miteinander verbunden sein. Es handelt sich hier um Ausartungen des Pavillonsystems, in Form immer weiterer Zerstreuung der Bauten, während in Alt-Scherbitz die Zentralanstalt eng zusammengebaut ist und nur die Landhäuser zerstreuter gelegen sind.

Kraepelin ist auch ein Gegner der Riesenanstalten, bei denen die wirtschaftlichen, überwiegend zweifelhaften Vorteile durch ihre Nachteile weitaus überwogen würden. Große Anstalten hätten ein großes Gebiet zu versorgen, seien also für viele Kranke und Angehörige schwer zu erreichen. Der Betrieb werde unübersichtlich, die rein technischen und Verwaltungsrücksichten gewännen unerwünschte Bedeutung gegenüber ärztlichen Maßnahmen. „Der große Betrieb macht den Kranken immer mehr zur Nummer, während das Eingehen auf die einzelne Persönlichkeit notgedrungen zurücktritt.“

Auch die übertriebene Kostspieligkeit beim Bau der Anstalten wird getadelt. Für viele Kranke genügten, wie Alt-Scherbitz zeige, ganz einfache Einrichtungen.

Alle Fortschritte des Irrewesens seien nur den Irrenärzten zu danken, die sie zum Teil im Gegensatz zur öffentlichen Meinung erkämpft haben.

1927.

So hatte die Therapie der Geistesstörungen, zum großen Teil unter der Ägide *Kraepelins*, vor dem Ausbruch des Krieges einen hohen Stand erreicht. Glänzende Kliniken, darunter an der Spitze die von *Kraepelin* selbst erbaute Münchener Klinik, zahlreiche neue Landesanstalten, welche vollkommenste Einrichtungen für die Behandlung und Pflege der Geisteskranken aufwiesen, legten hiervon Zeugnis ab.

Die Therapie war eine äußerst aktive geworden. Diese Aktivität erstreckte sich auf *alle* Behandlungsweisen. Ausgehend von Alt-Scherbitz und fußend auf den bewährten *Paetzschen* Prinzipien umfaßte die

Beschäftigungsbehandlung alle diejenigen Kranken, für die sie geeignet und fördernd erschien, also vor allem das Gros der chronischen Kranken und, in vorsichtiger Handhabung und Dosierung, auch manche akuten Fälle. Man kannte die Wirkungsweise der Bettbehandlung, der Dauerbäder und der feuchten Einwicklungen genau und wendete sie, bewußt ihrer Vorzüge und Gefahren, da an, wo sie indiziert erschienen. Man verpönte Einsperrungen in der Zelle, da man ihre Gefahren kannte, war aber im allgemeinen weit entfernt davon, in doktrinärer Stellungnahme eine vorsichtige Absonderung da abzulehnen, wo sie im Interesse der Behandlung zu liegen schien. Die Wirkungsweise der üblichen beruhigenden Medikamente kannte man, zum Teil dank der Forschungen *Kraepelins*, genügend und verwandte sie da, wo ihre Vorteile die Nachteile überwogen. Auch die Therapie des künstlichen Fiebers war bereits in den Bereich unserer ärztlichen Hilfsmittel gezogen worden.

Vor allem herrschte in Kliniken und Anstalten der Geist des Wohlwollens und des Verständnisses; die Entäußerungen psychischer Krankheit wurden als Ausfluß seelischer Störung hingenommen und gaben keineswegs zu moralisierender Betrachtungsweise noch zu Repressionen Anlaß. Die Behandlung war eine durchaus individualisierende. Man suchte dem Zustand eines jeden Kranken durch Auswahl der geeigneten Behandlungsmittel gerecht zu werden. Man ließ den Geisteskranken, entsprechend der Auffassung *Kraepelins*, innerhalb Abteilung und Anstalt so viel Freiheit, als sich mit den eigenen Interessen und denjenigen ihrer Umgebung vertrug.

Es ist dies das Bild der Anstaltsbehandlung, wie es mir von meiner Rufacher Tätigkeit her in der Erinnerung steht, wo jedes „laissez aller“ verpönt war und für jeden Kranken ein überlegter Heilplan aufgestellt wurde, in der klinischen Behandlung fußend auf *Kraepelins* Auffassungen, in der Arbeitsbehandlung auf den *Paetz*schen Traditionen. Der Grenzen unserer Wirkungsmöglichkeiten waren wir uns dabei wohl bewußt.

Es kam die tiefe Zäsur der Kriegs- und Revolutionsjahre, in welchen, wie manches andere, auch unsere Anstaltstherapie von der erreichten Höhe absank. Das darf nicht wundernehmen. Wo das Notwendigste vielfach nicht zu beschaffen war, man oft von einem Tag zum andern nicht wußte, wo die Nahrung für die Kranken hernehmen, wo die Kohlen für die Herstellung warmer Bäder fehlten und aus Mangel an Mitteln die Kranken oft nichts anzuziehen hatten, wo Ruhr, Unterernährung und Tuberkulose Massenopfer forderten, da war für eine systematische Therapie kein Platz mehr. Man mußte froh sein, wenn es gelang, die Anstalten durch die Nöte des Tages hindurchzusteuern.

Wir waren vor allem materiell lahmgelegt, während die geistige Arbeit der wissenschaftlichen Forschung weiterging; und auch nach Stabilisierung der Währung dauerte es noch geraume Zeit, bis die Anstaltspsychiatrie wirtschaftlich die Hände soweit frei bekam, um

wieder freier arbeiten zu können. Sobald dafür nur einigermaßen die Mittel vorhanden waren, regte sich allgemein in den Anstalten ein frischeres Leben. Die alten Behandlungsweisen wurden wieder aufgegriffen, weiterentwickelt und umgestaltet.

Die chemische Industrie hatte uns inzwischen eine überwältigende Fülle neuer Medikamente bereitgestellt, von denen nur wenige herausgegriffen werden sollen: Das Veronal behielt seine beherrschende Stellung; dazu kam in erster Linie das Luminal und dessen Natriumsalz als Spezificum gegen die Anfälle der Epileptiker. Mit der Dauernarkose mittels Somnifen nach *Kläsi* hat man in München keine befriedigenden Erfolge gehabt; die Methode wurde zudem als gefährlich erkannt und die Paraldehyd-Skopolamin-Dauernarkose nicht minder. Die Versuche *Weichbrodts* Salicyl- und Chinolinpräparate bei verschiedenen endogenen Erregungszuständen anzuwenden, insbesondere das Hexophannatrium brachten nach eigenen Erfahrungen der Münchener Klinik ebenfalls keine überzeugenden Ergebnisse. Versuche *Bergers*, Stuporzustände durch größere Cocaingaben vorübergehend zu lösen, erinnern an frühere Bestrebungen, dasselbe Ergebnis mit großen Alkoholdosen zu erreichen.

Die guten Eigenschaften des Alkohols als schlafherzeugendes Mittel werden von *Kraepelin* auch jetzt noch anerkannt, er gibt aber nicht mehr wie früher Grog und Punsch, sondern aus prinzipiellen Gründen an Stelle der gebräuchlichen Getränke lediglich Alkoholmixturen.

Zusammenfassend wird in *Kraepelins* Lehrbuch jetzt über Schlafmitteltherapie gesagt, man solle sich stets vor Augen halten, daß es sich um gefährliche Gehirngifte handle, bei denen nicht nur die Gefahr der akuten Vergiftung bestehe, sondern auch diejenige der Gewöhnung und der Süchtigkeit. Man werde daher versuchen, ohne Schlafmittel oder doch mit geringsten Gaben auszukommen, das leichtere dem schwereren Mittel vorzuziehen und vor allem dort, wo es sich um eine Einschlafstörung handelt, solche Mittel verwenden, die besonders das Einschlafen erleichtern, wie vor allem das Paraldehyd und das Adalin. Sei eine nachhaltige Wirkung erforderlich, so werde man nach Möglichkeit nicht längere Zeit hindurch das gleiche Mittel geben, sondern einen Wechsel eintreten lassen, wobei es zweckmäßig sei, nicht in der gleichen chemischen Gruppe zu bleiben.

Diese Auffassung wird man vorbehaltlos unterschreiben können.

Selbstverständlich hat auch *Kraepelin* einen außerordentlich tiefgehenden Eindruck empfangen von den glänzend zu nennenden Erfolgen, die *Wagner-Jauregg* bei der Behandlung der progressiven Paralyse mit Malariaimpfung erzielte; dazu kam die von *Plaut* und *Steiner* eingeführte Recurrenthherapie dieser bisher für unheilbar gehaltenen Krankheit.

Auch die physikalisch-diätetischen Behandlungsmethoden wurden, sobald die Anstaltsfinanzen dies erlaubten, wieder aufgegriffen.

Kraepelins prinzipielle Stellungnahme zu der Frage der Dauerbäder hat sich nicht geändert, wenn er auch die möglichen Nachteile deutlicher hervorhob. So verkannte er nicht, daß durch die oft unvermeidliche Zusammendrängung einer ganzen Anzahl schwer Erregter in *einen* Baderaum die Erregung des einzelnen Kranken manchmal nicht gelindert, sondern eher gesteigert wird, eine Erfahrung, die ich seinerzeit als antitherapeutische Wirkung gekennzeichnet habe, und der ich in Rufach dadurch begegnet bin, daß ich die Dauerbäder durch Betonzwischenwände in einzelne, leicht übersehbare Kabinen teilte. *Kraepelin* zieht daraus den Schluß, daß bei größeren Abteilungen mindestens 2 Dauerbäder vorhanden sein müssen.

Die feuchten Einwicklungen, welche mangels warmen Wassers während des Kriegs oft an Stelle der Dauerbäder hatten treten müssen, konnten wieder auf ihr eigentliches Indikationsgebiet zurückgeführt werden: die Behandlung der zwangsmäßigen und impulsiven Erregungszustände katatonen Natur.

Auch die Bettbehandlung, welche während des Kriegs und der darauffolgenden Jahre vielleicht in allzu schematischer Weise angewandt und eine übertriebene Ausdehnung gewonnen hatte, wurde auf ihr eigentliches Indikationsgebiet beschränkt: auf die Behandlung Melancholischer, schwer Erregter, Erschöpfter, Verwirrter und körperlich Kranker.

In diese langsame Entwicklung kam stürmischere Bewegung durch die Lehre von Gütersloh, welche, alle anderen Behandlungsmethoden, wenn auch nicht absolut verneinend, doch in die zweite Reihe schiebend, alles Heil von einer fast restlosen Beschäftigung sämtlicher Kranken vom Tage der Aufnahme ab erwartete. Ausgehend von der Hypothese, daß die Geisteskranken als nicht völlig unzurechnungsfähig anzusehen, sondern bis zu einem gewissen Grade für ihr Tun und Lassen verantwortlich zu machen seien, vertritt der Schöpfer dieses Systems, *Simon*, den Standpunkt energischster Repression gegenüber allen krankhaften Entäußerungen unserer Kranken, indem er gleichzeitig nicht davor zurückschreckt, die Kranken auch unter Anwendung von Zwang, unter Zufügung bestimmter Übel, die man als Strafmaßnahmen bezeichnen muß, zur Arbeit zu bringen. Nur durch körperliche Leiden bedingte Unfähigkeit soll von der Arbeit dispensieren können.

Zwar wird formell die Zulässigkeit anderer Methoden, insbesondere der Bett- und Badebehandlung nicht geleugnet, doch werden diese Methoden sichtlich als Methoden zweiten Rangs gekennzeichnet. Die einzige vollwertige Behandlungsweise, die turmhoch über jeder anderen stehe, sei die Arbeit.

Man wird dem Wert der *Simonschen*, vielfach mit Begeisterung aufgenommenen und mit Enthusiasmus nachgeahmten Methode nicht zu nahe treten, wenn man deren Allgemeingültigkeit mit aller Energie

ablehnt und sie vielmehr als das wertet, was sie in Wirklichkeit darstellt: als eine Reaktion, und zwar eine einseitige Reaktion auf die während des Kriegs und der Inflation notgedrungen herrschende Inaktivität auf therapeutischem Gebiet im allgemeinen.

Solche Erfolge wie in Gütersloh seien, sagt *Kraepelin*, wohl nur in Heil- und Pflegeanstalten mit einer beschränkten Zahl von Neuaufnahmen und einem vorwiegenden Bestand von Schizophrenen möglich. „Ich möchte es ablehnen“, fährt er fort, „zu Strafmaßnahmen zu greifen und vor allem Melancholische mit Arbeit zu quälen, so lange die Hemmung selbst qualvoll empfunden wird. Akuten seelischen Krankheiten darf man wohl überhaupt nicht anders begegnen als körperlichen Leiden. Solche Kranke gehören ins Bett, wo sie sich vielfach auch weitaus am wohlsten fühlen.“

Kraepelin würdigt auch die wertvollsten Errungenschaften der neuen praktischen Psychiatrie: die Frühentlassungen und die offene Fürsorge. Er warnt dabei vor gefährlichen Experimenten bei der Frühentlassung manisch Depressiver und vor allem Melancholischer, auf die man sich nur im Notfall bei sehr lebhaftem Drängen der Angehörigen oder immer erneuten reaktiven Verstimmungen unter dem Einfluß krankhaften Heimwehs, unter günstigen Bedingungen und mit großer Vorsicht einlassen dürfe. Wesentlich liberaler könne man aber bei einem großen Teil der Schizophrenien verfahren. Wo keine Symptome eines akuten, krankhaften Gehirnvorgangs mehr vorliegen, wo Gemeingefährlichkeit nicht mehr anzunehmen ist und die Einstellung des Kranken auf die Außenwelt es nur einigermaßen zulasse, da sollte der Arzt selbst nach Möglichkeit auf frühzeitige Entlassung hinweisen. Eine Verblödung lasse sich am besten in der altgewohnten Arbeit und Umgebung, insbesondere in der eigenen Familie hintanhaltend. Darüber hinaus habe er nicht selten auch bei katatonen Erkrankungen mit schweren Zustandsbildern bei einem Entlassungsversuch überraschende Besserungen gesehen. Die größte Schwierigkeit liege in der Bestimmung des geeigneten Zeitpunkts für die Entlassung. Psychopathen dagegen sollten so rasch wie möglich wieder an die Arbeit.

Diesem reservierten und das Für und Wider besonnen berücksichtigenden Standpunkt wird man sich vollinhaltlich anschließen können.

Kraepelin war kein Freund der psychoanalytischen Behandlungsmethode, verhielt sich vielmehr ihr gegenüber im wesentlichen ablehnend. Die Anstaltspsychiatrie habe wohl nur abschreckende Beispiele hiervon gesehen, vor allem bei Schizophrenen und manisch Depressiven, nicht selten aber auch bei Psychopathen, die nicht genug von den Qualen endloser vergeblicher psychoanalytischer Maßnahmen zu berichten wußten.

Wir sind am Ende unserer Darlegungen und können zusammenfassend feststellen:

Bei der Entwicklung und dem Wiederaufbau der Anstaltspsychiatrie war die Bedeutung *Kraepelins* sicherlich nicht gering. Sein Werk ist — um nur das Wichtigste zu wiederholen — die Schöpfung der für die Anstaltspsychiatrie besonders wertvollen Verlaufsdiagnostik — die damit verbundene Technik der Katamnesen, durch welche der wissenschaftliche Geist und die wissenschaftlichen Betätigungsmöglichkeiten in den Landesanstalten gefördert wurden — und vor allem die systematische Ausbildung der hydrotherapeutischen Behandlungsmethoden, insbesondere der Dauerbäder.
