

Die Insulin- und Heilkrampftherapie und ihre Stellung zur Pharmakotherapie der Psychosen*

H.-H. MEYER

Universitäts-Nervenlinik Homburg/Saar (Direktor: Prof. Dr. H.-H. MEYER)

Eingegangen am 15. Mai 1967

Es ist dem aktiven Therapeuten kaum möglich, eine objektive Stellungnahme zu den verschiedenen somatischen Behandlungsverfahren der körperlich nicht begründbaren Psychosen abzugeben; hat doch jeder von uns *seine* Therapeutica und *seine* Indikationsstellung im wesentlichen erworben durch die Empirie, sicher einer der wichtigsten Faktoren der therapeutischen Erfolge des einzelnen. Dieser Weg ist — wie jeder weiß — mühevoll, aber weit wichtiger als der Erwerb von Kenntnissen, die man aus den Berichten des Wertschrifttums entnommen hat. Ein glücklicher Umstand kam mir bei der Erarbeitung der Stellungnahme zu Hilfe, daß ich nämlich zu jener Psychiatergeneration gehöre, die die Insulintherapie (ICT) von ihren ersten Anfängen noch eben miterleben konnte, die dann die Heilkrampftherapie (EKT) — medikamentös und später physikalisch — seit 1938 an betrieben hat, um dann 1953 den Beginn der Pharmakotherapie (PhT) zu begrüßen, die uns neuartige und vielgestaltige Möglichkeiten zur Behandlung der Psychosen an die Hand gab. Heute liegen etwa 30 Jahre größter psychiatrisch-therapeutischer Aktivität hinter uns, ein Zeitraum, von dem man annehmen muß, daß er weit genug gesteckt wäre, um über die therapeutische Wirksamkeit der drei großen somatischen Therapien der Psychosen Abschließendes aussagen zu können. Wenn ich trotzdem nicht alle an mich gerichteten Fragen, die in dem Thema enthalten sind, eindeutig mit Ja oder Nein beantworten kann, — was auch kein erfahrener Psychiater von mir erwartet haben wird — so liegt die tiefere Ursache dieser Unsicherheit letztlich am Gegenstand der Psychiatrie und nicht am Psychiater.

Wenn uns auch die moderne Organisation einer sinnvollen Dokumentation und die exakte medizin-statistische Aufarbeitung eines Krankengutes heute einwandfreiere Methoden zu einer möglichst objektiven Beurteilung therapeutischer Bemühungen an die Hand gegeben haben, so bleiben auch heute manche Fragen ungelöst; gibt es doch zahlreiche Faktoren, die nicht in Zahlen ausdrückbar und auch nicht rubrizierbar

* Nach einem Referat gehalten auf der Jahresversammlung der Bayerischen Nervenärzte in Nürnberg (5. u. 6. 5. 1967).

sind. Hier zeigt sich immer wieder, daß auch die moderne Medizinstatistik ihre Grenzen hat, da die Registrierung von Daten und ihre Gruppierung, so etwa die Erfassung der verschiedenen Therapeutica nach ihrer Art und Dosis oder der Methodik ihrer Anwendung, die Inrechnungstellung des Faktors Zeit und vieles andere mehr, im Bereich der Psychiatrie wenig geeignet ist, alle uns interessierenden Fragen zu beantworten. Die Schwierigkeiten beginnen bekanntlich bereits mit der psychiatrischen Diagnosestellung, oder sagen wir besser mit K. SCHNEIDER mit der Differentialtypologie, die wir bei den nicht begründbaren, den sogenannten „endogenen Psychosen“ betreiben, wozu noch eine Unzahl mehr oder weniger gewichtiger Faktoren somatischer, psychologischer, soziologischer oder anderer Art hinzukommt, Faktoren, die von den erbbedingten Gegebenheiten, genetischer und konstitutioneller Art, bis zu den Einflüssen der Umwelt reichen. Hinzu kommen Eigenheiten des Einzelfalles, das Symptomenbild, die schwer definierbaren Remissionsgrade, die unmittelbaren oder Dauerresultate, „Früh- oder Spätfall“, die Möglichkeit spontaner Remissionen und nicht an letzter Stelle die Stellung des Therapeuten selbst zu einer speziellen Therapie (M. MÜLLER). Das alles erschwert in einem, in anderen Disziplinen unbekannten Ausmaß, eine „objektive“ Beurteilung unserer therapeutischen Bemühungen. Hierin wird keine wesentliche Änderung eintreten, bis wir vielleicht einmal wissen werden, was Schizophrenie oder Cyclothymie ist — erst dann werden wir in der Lage sein, unsere Therapie einer Kontrolle zu unterwerfen in einer Exaktheit, wie sie den anderen Disziplinen heute in vielem bereits möglich ist. Bis zum Jahre 1935 war die Fieberbehandlung der Progressiven Paralyse praktisch die einzige gezielte Therapie in psychiatrischen Kliniken, während alle anderen Anwendungen vom Dauerbad bis zum Opium kaum als eine solche angesprochen werden können. 1935 veröffentlichte SAKEL seine Monographie „Neue Behandlungsmethoden der Schizophrenie“ und eröffnete damit eine neue therapeutische Ära. Wohl hatte diese Methode — wie auch die meisten anderen — eine Reihe von Vorgängern, aber erst SAKEL erkannte ihren besonderen Wert für die Psychosen. Trotz mancher Ablehnung setzte sich die ICT durch und gewisse Erfolge bei den Psychosen wurden fast überall bestätigt, wenn auch nicht in dem Umfang, wie SAKEL es angenommen und wir alle erhofft hatten. Mancherlei unglückliche Umstände behinderten zweifellos sehr bald die stärkere Verbreitung der ICT, so der zweite Weltkrieg mit seiner Insulin- und Zuckerknappheit, so die nicht geringe Gefährlichkeit und Aufwendigkeit der Durchführung dieses Therapeuticums und nicht zuletzt der Umstand, daß schon kurze Zeit nach der Kreierung der ICT die medikamentöse Heilkrampfbehandlung durch MEDUNA und bald darauf die elektrische Heilkrampfbehandlung (EKT) von BINI u. CERLETTI zur Therapie der endo-

genen Psychose zur Verfügung standen. Von diesem Zeitpunkt an begannen begreiflicherweise allorts die Bemühungen um die Klärung der Frage, ob man einer dieser beiden Methoden — Insulinkoma oder Heilkampf — den Vorrang wegen ihrer besseren therapeutischen Wirksamkeit zu geben habe, wobei begreiflicherweise die Einfachheit der Anwendung, ihre Ungefährlichkeit u. a., in Rechnung gestellt wurden. Die Beantwortung der Frage war dadurch besonders kompliziert, daß bekanntlich die verschiedenen Syndrome bei den Psychosen höchst unterschiedlich auf die Therapie ansprachen, daß die Gruppierung des Krankengutes sehr uneinheitlich war und die Beurteilung vermeintlicher therapeutischer Effekte verschiedener Behandlungszentren kaum Vergleichsmöglichkeiten bot. Dieser Fragenkomplex, der heute noch — wie vor 30 Jahren — zur Debatte steht, ist schließlich erweitert und somit noch erschwert worden, seit zur ICT und EKT die PhT der Psychosen hinzukam, so daß heute drei ganz verschiedenartige Wege dem therapeutisch tätigen Psychiater zur Verfügung stehen, denen wohl allen dreien eine mehr als unspezifische Wirksamkeit nicht abzusprechen ist.

Niemand ist mehr in der Lage, das Schrifttum dieser psychiatrischen Therapeutica zu übersehen, wobei heute die Zahl der jährlichen Veröffentlichungen über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten außerordentlich unterschiedlich ist. Während man über die ICT zur Zeit nur noch wenige wissenschaftliche Arbeiten liest (sie beschäftigen sich vor allem mit methodischen Problemen), findet man, daß die Zahl der Veröffentlichungen über die EKT noch recht umfangreich ist, vielleicht sogar im letzten Jahr eher zugenommen hat. Beide aber werden um ein Vielfaches von Berichten übertroffen, die sich mit der PhT beschäftigen. Wollte man sich an dem Weltschrifttum des letzten Jahrzehnts allein über die Position unserer therapeutischen Möglichkeiten orientieren, so käme man zu keinem rechten Schluß, denn kaum zwei Resultate sind vergleichbar, weder die Meldungen aus den verschiedenen Kontinenten, noch aus einem Kontinent, ja nicht einmal innerhalb des deutschsprachigen Erfahrungsgebietes. Die Beantwortung der Frage nach der Stellung der einzelnen Therapeutica im Behandlungsplan der Psychosen, insbesondere der ICT, konnte deshalb für mich nicht in dem Versuch bestehen, vergleichbare Größen in den Erfolgsstatistiken zu suchen, um so die Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten zu untersuchen. Bemühungen dieser Art waren in großer Zahl bereits immer wieder mißlungen. Dabei steht es außer Zweifel, daß es letztlich unser Ziel sein sollte, mathematisch Korrelierbares zum Vergleich zu erarbeiten. Vielleicht sind wir heute in speziellen Teilgebieten der PhT annähernd so weit, Vergleichbares anzugeben.

Um mir ein Bild über die gegenwärtige Verbreitung der ICT in Deutschland zu machen, und um mir so unter Umständen auf diese

Weise einen Eindruck über die Einschätzung ihrer Wirksamkeit zu verschaffen, habe ich eine Umfrage gestartet, die mir eine grobe Orientierung ermöglichen sollte. Sie kann natürlich keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Ich habe zwei Gruppen von psychiatrischen Behandlungszentren befragt: Die psychiatrischen Krankenhäuser der Länder und die psychiatrischen Kliniken der Universitäten der Bundesrepublik. Unberücksichtigt blieben die Krankenhäuser der Städte sowie die der privaten und charitativen Verbände. Dabei mußte sich die Umfrage auf wenige orientierende Fragen beschränken, um so die Chance einer möglichst vollständigen Beantwortung zu erhöhen und um nach Möglichkeit Fehlerquellen, die allen Umfragen dieser Art unvermeidbar — insbesondere aber in der Psychiatrie anhaften, zu umgehen. (Daß manches neben dem Gefragten mich sehr interessiert hätte, will ich nicht leugnen.) Alle Anfragen wurden beantwortet und nicht selten wurden ergänzende Angaben gemacht, wobei oft sehr temperamentvolle persönliche Stellungnahmen abgegeben wurden. Für diese kollegiale Mitarbeit möchte ich an dieser Stelle noch einmal allen Beteiligten danken.

Was ergab nun diese Umfrage, die die Behandlungsgepflogenheiten an einer 90 000—95 000 Betten umfassenden Behandlungseinheit psychiatrischer Krankenanstalten widerspiegelt? Daß es sich — wenn auch nicht ausschließlich — im wesentlichen um die Therapie der schizophrenen Psychosen handelt, brauche ich wohl kaum zu betonen.

Ich muß gestehen, daß die Ergebnisse der Umfrage sich nicht unerheblich von dem unterscheiden, was ich persönlich rein eindrucksmäßig erwartet hatte.

Der Fragebogen lautete

Wird an Ihrer Klinik Insulin-Koma-Therapie betrieben?	ja / nein
Wird diese Behandlungsart durchgeführt	ständig / gelegentlich
Glauben Sie, daß wir auf Insulin-Koma-Therapie verzichten können, abgesehen von seltenen, besonders gelagerten Fällen?	ja / nein
Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie angeben könnten, wie viele Kranke (wenn möglich exakte Zahlen, sonst geschätzte Zahlen) jährlich mit Insulin-Koma behandelt wurden?	exakte / geschätzte Zahlen
1964	
1965	
1966	

Hierauf erfolgte die Antwort, daß von 81 psychiatrischen Kliniken der Universitäten und der Länder nur an 11 *ständig* ICT (an 6 Univ.-Kliniken und an 5 Krankenhäusern der Länder) betrieben wird und daß

an zusätzlich 9 ($4 + 5$) gelegentlich, also insgesamt an 20 psychiatrischen Krankenanstalten ICT betrieben wird. Es handelt sich dabei um 10 Kliniken der Universitäten und 10 psychiatrische Krankenhäuser der Länder. Das bedeutet umgekehrt, daß an 61 psychiatrischen Krankenanstalten der Bundesrepublik mit ca. drei Viertel des Gesamtbettenbestandes für psychiatrische Kranke heute keine ICT mehr betrieben wird. Die Gesamtzahl der in 81 psychiatrischen Krankenanstalten mit ICT-Behandelten betrug letzthin nur noch etwa 600—700 auf etwa 90000 Krankenbetten. Es ist also nicht zu leugnen, daß die Zahl der mit IC-Behandelten — gemessen an der in Behandlung stehender

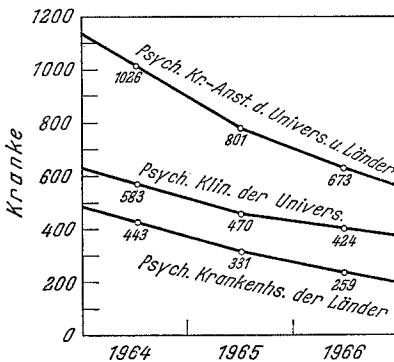


Abb. 1. Zahl der mit Insulin-Koma-Therapie behandelten Kranken in deutschen Krankenanstalten der Universitäten und der Länder

Geisteskranker — auffällig gering ist und weiter augenscheinlich in ständigem Sinken begriffen ist. Sicher ist die Zahl der Anwendung eines Therapeuticums nicht gleichbedeutend einem sicheren Werturteil, aber ich meine, daß diese Entwicklung über einen Zeitraum von 30 Jahren wichtige Rückschlüsse zuläßt. Dabei übersehe ich nicht, daß Mangel an Krankenpflegepersonal, an Ärzten und geeigneten Räumlichkeiten u. a. bei der Häufigkeit der Anwendung in Rechnung zu stellen sind.

Schon 1964 wurden nur noch 1026 Kranke an den befragten 81 Krankenanstalten mit ICT behandelt (583/443), 1965 waren es nur noch 801 (470/331) und 1966 sank die Zahl weiter auf 673 (424/259) (Abb. 1). Nicht uninteressant ist die Verteilung im einzelnen. An fünf Universitäten wurden mehr als zehn Kranke im Jahr (300, 80, 90, 13/?) mit ICT behandelt, d. h. ca. drei Viertel aller in dieser Weise Behandelten, während an den weiteren fünf Kliniken weniger als zehn Kranke jährlich (1, 2, 4, 4, 1) also insgesamt nur zwölf Kranke mit ICT behandelt wurden. Nicht weniger wichtig ist auch die Verteilung an den psychiatrischen Krankenhäusern der Länder. An sechs dieser Krankenhäuser wurden jährlich mehr als zehn Kranke mit ICT behandelt (27, 35, 76, 12, 38, 53), d. h. allein an zwei dieser Krankenhäuser mehr als die Hälfte aller in psychiatrischen Krankenhäusern der Länder mit ICT behandelten Kranken. An vier dieser Krankenhäuser wurden weniger als zehn in dieser Weise behandelt (8, 4, 6, 0). Es wurden also 1966 an zwei Kliniken der Universitäten (380) und an zwei psychiatrischen Krankenhäusern der Länder (129) (d. h. an 4 von 81 psychiatrischen Krankenanstalten) 509 von insge-

samt 673 im Jahre 1966 an diesen vorgenommenen ICT durchgeführt. Die ICT konzentrierte sich also in Deutschland in den beiden bearbeiteten Gruppen psychiatrischer Krankenanstalten im wesentlichen auf vier Behandlungszentren. *Vielleicht ergeben sich aus dieser Feststellung organisatorische Möglichkeiten!*

Nicht weniger aufschlußreich als die Feststellung der Zahl der mit ICT behandelten Kranken in den letzten 3 Jahren scheint mir die ärztliche Aussage von 81 Leitern von psychiatrischen Krankenanstalten, die fast ohne Ausnahme eindeutig Stellung bezogen. Sie waren gefragt: „Glauben Sie, daß wir auf ICT verzichten können, abgesehen von seltenen, besonders gelagerten Fällen?“ Die Antwort wurde von 61 von 81 Leitern, d. h. von drei Viertel der Gefragten mit *Ja* beantwortet. Zählt man zu diesen 61 jene 9 Leiter hinzu, die nur gelegentlich ICT anwenden wollen, so entsteht ein Verhältnis 70/81, d. h. nur 11 von 81 Leiter psychiatrischer Krankenanstalten glauben, derzeit auf eine ständige Anwendung einer ICT nicht verzichten zu können. Hier war ausdrücklich nicht gefragt, ob der einzelne ICT durchführt oder nicht, sondern nur danach, ob der Befragte glaube, daß diese Therapieform (ICT) heute unentbehrlich sei. Die Antworten sind auch in diesem Sinne gewertet worden. In solcher Weise gefragt, erscheint mir die sachkundige Antwort von 81 Leitern psychiatrischer Krankenanstalten, denen über 90 000 psychiatrische Krankenbetten anvertraut sind, doch höchst wichtig, in vielem aufschlußreich und beachtenswert. Bei dieser Frage und ihrer Beantwortung werden exogene Faktoren, die die Ausübung einer solchen Therapie behindern können, wie wir sie oben andeuteten, kaum ins Gewicht fallen. Nur 11 von 81 Leitern psychiatrischer Krankenanstalten hielten bei dieser Umfrage in der Bundesrepublik eine ständige Anwendung einer ICT für unentbehrlich.

Eine ganz andere Bedeutung hat die Beantwortung der Frage nach der Zahl der in praxi durchgeführten ICT. Hier haben eine Reihe nicht wissenschaftlicher Momente Einfluß auf die Verbreitung eines Therapeuticums ausüben können. Dazu gehört der Anreiz des Neuen und seine Propagierung, die Einfachheit der Anwendung, die Harmlosigkeit einer Methode, die Einwilligungsprozedur, finanzielle Fragen u. a. Nicht zuletzt scheint mir auch die Gleichartigkeit einer psychiatrischen Therapie mit der auch in anderen Disziplinen üblichen Weise, Medikamente in Form von Tabletten, als Injektion oder Infusion zu verabreichen, und somit frei zu sein von den in Mißkredit geratenen und den Laien beunruhigenden Bezeichnungen wie Schock- oder Krampfbehandlung wichtig zu sein. Kaum je gibt es bei der PhT mit Kranken oder Angehörigen Schwierigkeiten in der Einwilligung zur Durchführung einer solchen Therapie. All dieses aber darf für die Beurteilung des Effektes einer Therapie nicht von Bedeutung sein und darf bei der

Frage nach dem therapeutischen Wert der ICT *nicht* berücksichtigt werden.

Die Diskussion über die therapeutische Wirksamkeit der uns zur Verfügung stehenden drei somatischen Behandlungsmöglichkeiten und ihrer Position im Gesamtbehandlungsplan der „körperlich nicht begründbaren Psychosen“, die in einem schier unübersehbaren Schrifttum Niederschlag gefunden hat, begann vor 30 Jahren und hat bis heute kein Ende gefunden, d. h. die Fragen sind nach wie vor höchst aktuell. Nach Beendigung des zweiten Weltkrieges diskutierte man bereits 1950 auf dem I. Internationalen Psychiaterkongreß in Paris gleiche Probleme. Damals sprachen SAKEL, MEDUNA und CERLETTI zur ICT und EKT und erst vor wenigen Monaten standen die Indikationen der verschiedenen Behandlungsmethoden gegen die Psychosen wiederum zur Diskussion beim IV. Weltkongreß für Psychiatrie in Madrid (KALINOWSKI; HEIMANN; NYSTRÖM; ØDEGARD u. a.). Jetzt war auch die PhT in die Auseinandersetzung einbezogen. Zwischen dem I. und II. Weltkongreß für Psychiatrie liegen 17 Jahre intensiver praktischer und wissenschaftlicher Bemühungen um die Beurteilung der somatischen Therapie der Psychosen, ohne daß — 30 Jahre nach Einführung der ICT und EKT und 15 Jahre nach Beginn der PhT — klare Entscheidungen möglich waren. FEUERLEIN berichtete 1958 über eingehende katamnestiche Untersuchungen Insulinbehandelter. Er fand, daß unmittelbar nach der ICT-Behandlung sich 32% der Kranken in einem Zustand der Vollremission bzw. guter Sozialremission befanden. Fast 80% von ihnen waren remittiert, über 90% günstig beeinflusst. In den „Frühfällen“ 44,4%, von den „Spätfällen“ 22% und 30% der „Frühfälle“ waren 5 Jahre lang rezidivfrei und gut sozialremittiert geblieben gegenüber 14% der „Spätfälle“. Diese Zahlen stimmten im großen und ganzen mit anderen Veröffentlichungen des Weltschrifttums überein und zeigen uns — und wohl niemand zweifelt daran — daß die ICT einen gewissen — wenn auch nur einen gewissen — Einfluß auf die Psychosen ausübt. 1956 berichteten KOLLE und RECKDESCHEL, daß die Zahl der nach ICT-Behandlung eingetretenen Remissionen höchstens um 5–10% höher liege als die der unbehandelten Kranken. M. MÜLLER hatte schon 1952 in einer sehr eingehenden Beurteilung darauf hingewiesen, daß nach 16 Jahren ICT die Wahrscheinlichkeit dafür spräche, daß sich die Behandlungsergebnisse und Spontanverläufe mit den Jahren annäherten, daß aber die Dauerresultate der Behandlungsremissionen doch einen gewissen Vorsprung hielten. Die unmittelbaren Ergebnisse der ICT genügten allein schon, um die Behandlung für geeignete Fälle zu rechtfertigen. Diese Ansicht von einem nicht übersehbaren, wenn auch wohl nur geringen therapeutischen Effekt wird wohl von den meisten Psychiatern akzeptiert werden. Die Verfechter der ICT meinen, daß diese

Behandlungsart derzeit noch nicht aufgegeben werden könne, und zwar nicht etwa nur um die „therapeutische Situation“ geeigneter zu gestalten, wie HEIMANN in Madrid meinte, sondern um einen therapeutischen Effekt zu erzielen, auf den wir zur Zeit nicht verzichten könnten, auch wenn die Fragen nach kausaler oder symptomatischer Wirkungsweise der ICT einstweilen unbeantwortet bleiben müssen. Ich meine, daß es — was die unbekannte Wirkungsweise therapeutischer Eingriffe bei den „körperlich *nicht* begründbaren Psychosen“ betrifft — um die Deutung somatischer Bemühungen zumindest nicht schlechter, als um die der psychotherapeutischen steht. Niemand wird leugnen — und ich will es hier nur eben erwähnen — daß die Psychotherapie im weitesten Sinne wichtig ist. Sie sollte zur Selbstverständlichkeit — auch während einer somatischen Therapie — werden und durch geeignetes und zahlenmäßig ausreichendes Personal gesichert sein. Dazu gehört alles von Trost und Beruhigung bis zur Aufmunterung und Aktivierung, hierzu gehört Rehabilitation, Milieuthherapie und Arbeitstherapie, oder wie man es sonst nennen will.

HEIMANN berichtete auf dem Weltkongreß für Psychiatrie 1966, daß die Insulinbehandlung auch in der Schweiz abgenommen hätte, aber sehr viel auffälliger schien ihm, daß eine Indikationsänderung eingetreten sei. Während vor der PhT-Ära die katatonen Schizophrenen einen wesentlichen Indikationsbereich dargestellt hätten, die Hebephrenen aber nur selten mit ICT behandelt wurden, hätte sich jetzt das Verhältnis nach Einführung der Psychopharmaka umgekehrt. Ich glaube kaum, daß diese Feststellung für unser Krankengut in Deutschland zutrifft. Hier galt der symptomarme Hebephrene stets als besonders der ICT bedürftig, gelegentlich auch die paranoid Schizophrenen. Bei diesen war auch nach den Berichten von HEIMANN kein Indikationswandel zu verzeichnen. HEIMANN kam zu dem Schluß, daß weder durch PhT, noch durch andere somatische Behandlungsverfahren der Wert einer ICT wesentlich beeinträchtigt worden sei. Ähnlich lauteten die Angaben von EHRHARD, der auf der II. Internationalen Konferenz der Sakel-Foundation in New York berichtete. Auch er verzeichnete 1962 bereits eine eindeutige Abnahme der ICT in Deutschland, meinte aber, daß sie einstweilen noch unentbehrlich sei. Die Mehrzahl aber der Psychiater aller Welt — und das ist in keiner Weise zu übersehen — die damals in New York versammelt waren, waren der Ansicht, daß man auf die ICT als *ständiges* Therapeuticum bereits verzichten könne. Die Zahl der mit ICT behandelten Kranken war auch schon nach den damaligen Berichten (1962) nahezu auf der ganzen Welt eindeutig und sehr erheblich zurückgegangen. Bemerkenswerterweise gleichen die Zahlen, die aus Deutschland stammen, sehr denen des Auslandes.

Die EKT (MEDUNA, BINI und CERLETTI), die bald nach der ICT Eingang in die klinische Psychiatrie fand, ist niemals solchen Angriffen

ausgesetzt gewesen wie die ICT, insbesondere, nachdem durch die Änderung der Methode ihre Anwendung praktisch gefahrlos geworden ist. Wohl gab es seit Einführung der PhT eine Verschiebung der Indikationsstellung, aber von wenigen Ausnahmen abgesehen ist die EKT auf der ganzen Welt — wenn auch im ganzen seltener — in Anwendung geblieben. Die verhältnismäßige Einfachheit der Anwendung, die imponierende Wirksamkeit mit oft höchst auffälligen raschem Verschwinden akut-psychotischer Phänomene begünstigte die EKT gegenüber der ICT. Hinzu kommt die geringe, bescheidene personelle Belastung, die praktische Gefährlosigkeit bei kunstgerechter Durchführung, was auch für die Prozedur der Aufklärung der Kranken und seiner Angehörigen wichtig ist. Ihre Anwendung ist jedoch seit der PhT zurückgegangen. An Hypothesen über die Wirkungsweise der EKT fehlt es nicht. Zweifellos ist die EKT von eindrucksvollen Erfolgen gekrönt. Niemand, der Erfahrung mit dieser Behandlungsmethode hat, kann sie leugnen. Ihr Indikationsbereich ist ein anderer als der der ICT. Akute Erregungszustände und andere akute Prozesse mit Sinnestäuschungen, Stuporen u. a. reagieren besser als paranoide oder hebephrene Zustandsbilder (KALINOWSKI; MÜLLER; PAULEICKHOFF usw.).

Und nun zur dritten großen somatischen psychiatrischen Therapie. Bemühungen, mittels Arzneimittel Einfluß auf den seelischen Zustand zu gewinnen, sind sehr alt, aber erst mit E. KRAEPELIN kann man von einer wissenschaftlichen Pharmakopsychiatrie sprechen (1892). Sie aber war damals weder von therapeutischen, noch ätiologisch klärenden Erfolgen gekrönt. Beobachtungen bei Mescaline (1927) und Lyserginsäure (1943) brachten ihr nur eine bescheidene Aktivierung und erst das Jahr 1952 schuf völlig neue Aspekte dadurch, daß die Therapie wiederum auf empirischem Wege in den Mittelpunkt der pharmako-psychiatrischen Forschung gestellt wurde und ihn bis heute nicht verlassen hat. Die Namen von LABORIT, DELAY und DENIKER u. a. standen 1952 am Beginn der Forschung, an der sich später die Wissenschaftler der ganzen Welt beteiligten und an der auch die deutsche Psychiatrie Verdienste um die weitere Entwicklung in nicht unerheblichem Ausmaß hat. Nicht nur ihrer leichten Anwendbarkeit und ihrer fast völligen Unschädlichkeit hat sie ihre rasche Verbreitung zu verdanken, der Hauptgrund war und ist — und das können auch diejenigen nicht leugnen, die ihr ablehnend oder zumindest sehr skeptisch gegenüberstehen — entscheidend war die Unzufriedenheit mit den therapeutischen Erfolgen der uns bis zu dieser Ära der PhT zur Verfügung stehenden Methoden (ICT und EKT). Weder die eine — die ICT — noch die andere — die EKT — war geeignet, unsere therapeutischen Bemühungen auch nur annähernd zu befriedigen. So ist der zweifellos unkritische Optimismus erklärlich und vielleicht auch verzeihbar, in den man verfiel, als sich neue Wege

zur Behandlung eröffneten. 15 Jahre sind seither vergangen, eine ausreichend lange Zeit, um Grenzen und Möglichkeiten dieser neuen Therapie abzustecken, und lange genug, um Erfahrungen zu sammeln und um zu zeigen, daß die Bäume auch hiermit nicht in den Himmel wachsen. Niemand, der mit der PhT umzugehen weiß, möchte sie missen, auch nicht bei der Behandlung schizophrener Psychosen. Niemand aber auch, der über Erfahrung verfügt, wird weder behaupten, daß die PhT die Schizophrenie zu heilen heute in der Lage sei, noch daß sie in allen Fällen den anderen therapeutischen Möglichkeiten stets überlegen sei. Die therapeutischen Hoffnungen, die wir alle hegen, sind auch durch die PhT heute nur bedingt erfüllt worden. Aber sie hat uns eine neue Möglichkeit an die Hand gegeben — eine, an der allerorts und unentwegt gearbeitet wird, und zwar sowohl auf der Suche nach neuen Medikamenten oder neuen Kombinationen, als auch nach exakter Indikationsstellung für eine PhT oder ihrer Kombination mit anderen therapeutischen Möglichkeiten.

Während wir bei der Therapie der cyclothymen Depression schon ein gutes Stück therapeutischer Sicherheit gewonnen haben, läßt sie bei den schizophrenen Psychosen noch viel zu wünschen übrig. Fast täglich bringt die pharmazeutische Industrie neue Mittel auf den Markt. Das ist gut so, denn wir suchen nach wirkungsvolleren. Aber es erschwert die kritische Beurteilung der einzelnen Droge. Immerhin verfügt wohl jeder von uns heute bereits über ein gewisses Repertoire an wirkungsvollen Medikamenten. Die Wirkungsweise der PhT der Psychosen ist unbekannt, ihr Effekt aber nicht zu übersehen. Dabei ist es unwichtig, ob der eine glaubt, daß sie nur eine günstige Situation für eine wirkungsvolle Psychotherapie erreichen lasse, oder daß sie lediglich eine chemische Leukotomie darstelle, oder daß man ihr einen mehr als rein symptomatischen Effekt zuerkennt, an dem ich persönlich niemals gezweifelt habe. Es ist und wird vielfach der PhT vorgeworfen, daß die persönlich-ärztliche Zuwendung, die die ICT und in gewisser Weise auch die EKT Behandlung fordere, bei ihr entfalle, d. h. daß irgend jemand, irgendwann, irgendwelche Tabletten reiche. Ich kann diesen Vorwurf *nicht* akzeptieren, zumindest nicht, seit die Pharmakotherapie nicht gleichbedeutend einer Schlaftherapie ist. Das Gegenteil ist der Fall. Keine andere somatische Behandlungsart gibt so viel Raum zum ärztlichen Einsatz, zur Milieu- und Psychotherapie im weitesten Sinne wie die Pharmakotherapie. Ihn auszunützen ist eine Frage des guten Willens und der Organisation!

Nach diesem Überblick über die drei großen somatischen Behandlungsverfahren bei Psychosen, über die heute die klinische Psychiatrie verfügt, will ich versuchen, ihren derzeitigen Stand im Behandlungsplan zusammenfassend zu skizzieren. Die ICT, am längsten in der Erprobung,

hat im Laufe von 30 Jahren an Häufigkeit ihrer Anwendung — allein oder in Kombination mit EKT — immer mehr verloren; sie wird heute nur noch in einer sehr geringen Zahl der psychiatrischen Krankenanstalten der ganzen Welt betrieben. Ihre therapeutische Wirksamkeit auf die Psychose ist nicht zu übersehen, aber doch gering. Die EKT, etwa gleich lange in der Erprobung, ist heute, von wenigen Ausnahmen abgesehen, überall dort in Anwendung, wo psychiatrische Therapie betrieben wird. Ihre Erfolge, insbesondere bei der Behandlung der akuten Psychose sicher der ICT überlegen, werden allgemein günstig bewertet.

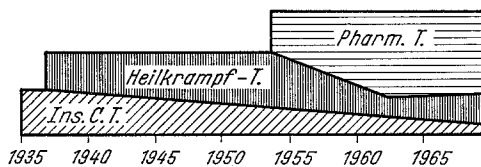


Abb. 2. Somatische Therapie der Schizophrenie

Zahlenmäßig wird sie nicht mehr so häufig angewandt wie vor der PhT-Ära, die seit über 15 Jahren uns neue Möglichkeiten der Therapie der Psychosen eröffnete. Auch sie wird auf der ganzen Welt betrieben und niemand möchte sie missen. Ihr Effekt — noch nicht endgültig abzuschätzen — ist zweifellos allen anderen bisher uns zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten überlegen (Abb. 2). Allen drei therapeutischen Möglichkeiten ist gemeinsam, daß ihre Resultate noch in keiner Weise unsere therapeutischen Bemühungen befriedigen, weder in der Anwendung nur einer dieser Methoden, noch in ihrer Kombination. Die Zahl jener Kranker, denen wir nicht oder nur gering, d. h. nicht ausreichend helfen können, ist groß und verpflichtend. Jede therapeutische Möglichkeit muß uns recht sein, wenn sie Hilfe bringt. WEITBRECHT wies 1962 mit Nachdruck — und mit Recht — darauf hin, daß bei der Bedrohlichkeit einer schizophrenen Psychose ein Remissionszuwachs — wenn er auch nur 10% betrage — „eine ungeheure Chance für den einzelnen darstelle“ und daß es seines Erachtens überhaupt nicht diskutiert werden könne, die Methode (gemeint war die ICT) preiszugeben, bevor es etwas Besseres gebe. Wir stimmen wohl alle dieser Forderung zu, d. h. niemand wird und darf auf eine therapeutische Möglichkeit gegen die „körperlich nicht begründbaren Psychosen“ verzichten. Es geht aber heute um die Frage, ob nicht andere Therapeutica (heute denkt man vor allem mehr an die PhT) nicht in der Lage sind, mindestens Gleiches zu leisten. Die Erfolgszahlen, die wir mit ICT allein, oder mit EKT kombiniert erreichen, d. h. die erwähnten 5–10%, sollen nicht verschenkt sein, aber sind sie nicht in den Erfolgen der PhT allein oder mit EKT kombiniert enthalten? Nur wenn dieses bejaht wird —

und es werden zweifellos die größte Zahl der Psychiater sein, die es tun werden — was nicht bedeutet, daß sie nicht irren können — kann auf die ICT in zunehmendem Maße verzichtet werden. Die anderen — und niemand wird sie deshalb kritisieren — werden nach wie vor die ICT betreiben und betreiben müssen, weil ihre ärztliche Moral, begründet auf ihrer persönlichen Empirie — es ihnen gebietet.

Zu diesem Zeitpunkt ist die PhT der Psychosen, die noch „in Bewegung“ ist, unleugbar unser gewichtigstes Therapeuticum, begleitet von EKT, die wir heute immer noch nicht entbehren können, und es bleibt die ICT für verhältnismäßig seltene, besonders gelagerte Fälle, insbesondere für jene, bei denen uns die anderen therapeutischen Möglichkeiten im Stich gelassen haben.

Zusammenfassung

Der Stand der einzelnen somatischen Behandlungsverfahren (ICT, EKT und PhT) im gesamten Therapieplan der körperlich nicht begründbaren Psychosen, der sogenannten endogenen Psychosen, ist schwierig festzulegen. Auch neuzeitige Dokumentation und exakte medizin-statistische Aufarbeitung des Krankengutes sichern in der Psychiatrie nicht eine einwandfreie Beurteilung therapeutischer Bemühungen, da viele Faktoren, die für den Verlauf der endogenen Psychosen eine Rolle spielen können, nicht registrierbar sind. Eine Umfrage an deutschen psychiatrischen Krankenhäusern der Länder und der Universitäten ergab, daß die ICT in Deutschland in immer geringerem Ausmaß zur Anwendung kommt. Dieser Umstand ist auch in anderen in- und außer-europäischen Ländern in gleicher Weise festzustellen. Die ICT bleibt praktisch nur noch für verhältnismäßig seltene, besonders gelagerte Fälle reserviert, während die Methode der Wahl die PhT der Psychosen ist. Die EKT kann derzeit noch nicht entbehrt werden.

Literatur

- ABEL, P.: Quello che ci ha insegnato e quello che ancora ci insegna la terapia convulsivante. *Folia psychiat.* (Lecce) **7**, 1—12 (1964).
- ARNOLD, O. H.: Fortschritte in der Behandlung der endogenen Psychosen. *Wien. Z. Nervenheilk.* **21**, 13—38 (1964).
- BAEYER, W. v.: Die moderne psychiatrische Schockbehandlung. Stuttgart: G. Thieme 1951.
- BRAUNMÜHL, A. v.: Insulinschock und Heilkrampf in der Psychiatrie. Stuttgart: Wissensch. Verlagsgesellsch. 1947.
- BRONISCH, F. W.: Klinische und psychopathologische Anmerkungen zur gegenwärtigen Stellung der Elektro-Krampfbehandlung im therapeutischen Gesamtplan. In: *Psychopathologie heute*. Hrsg. v. H. KRANZ. Stuttgart: G. Thieme 1952.
- DUNLOP, E.: The place of insulin in psychiatric treatment. *Dis. nerv. Syst.* **22**, 687—691 (1961).

- FAHY, P., N. IMLAH, and J. HARRINGTON: A controlled comparison of electroconvulsive therapy, imipramine and thiopentone sleep in depression. *J. Neuropsychiat.* **4**, 310—314 (1963).
- FEUERLEIN, W.: Die Erfolgsaussichten bei der Insulinbehandlung der Schizophrenie. Katamnestische Erhebungen nach mindestens 5 Jahren. *Nervenarzt* **6**, 255—260 (1958).
- FUNK, F.: Die modifizierten Krampfbehandlungen 1940—1961. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **32**, 1—30 (1964).
- GIERCKE, K., u. U. KLEINPETER: Vergleichende Untersuchungen über Behandlungserfolge bei psychiatrischen Kranken zur Zeit der Konvulsivtherapie und der Psychopharmaka. *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* **15**, 331—337 (1963).
- GISSEN, L. D.: La dynamique de l'efficacité immédiate du traitement des malades de schizophrénie (appréciation comparative des diverses méthodes de traitement). *Zb. Nevropat. Psikhiat.* **63**, 1563—1569 (1963) mit franz. Zus.fass. (Russisch).
- GLATZEL, J.: Zur Frage der schizophrenen Verläufe unter der Pharmakotherapie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **209**, 87—100 (1967).
- GRINSPOON, L., and M. GREENBLATT: Pharmacotherapy combined with other treatment methods. *Comprehens. Psychiat.* **4**, 256—262 (1963).
- HEIMANN, H.: Der Einfluß der Psychopharmaka auf die Indikationsstellung der Insulintherapie und der Psychochirurgie. *Excerpta med. (Amst.)* **117**, 81 (1966).
- HESHE, JORGEN: Elektroschockbehandlung. Modifikationen, Komplikationen und eine Abgrenzung des heutigen Indikationsbereichs der Behandlung. *Nord. psykiat. T.* **19**, 490—499 (1965) (Dänisch).
- HUBER, G.: Zur Langstreckenbehandlung endogener Psychosen. Separatum. Basel, New York: S. Karger 1960.
- KALINOWSKY, L. B.: Electric convulsive therapy after ten years of pharmacotherapy. (EK-Behandlung nach 10 Jahren Pharmakotherapie.) *Amer. J. Psychiat.* **120**, 944—949 (1964).
- Indikationen der verschiedenen Behandlungsmethoden der Psychosen. *Wien. Z. Nervenheilk.* **21**, 1—12 (1964).
- Somatic treatments in psychiatry. *Amer. J. Psychiat.* **123**, 3 (1966).
- MCDONALD, I. M., M. PERKINS, G. MARJERRISON, and M. PODILSKY: A controlled comparison of amitriptyline and electroconvulsive therapy in the treatment of depression. *Amer. J. Psychiat.* **122**, 1427—1431 (1966).
- MCCNEILL, D. L. M., and J. R. A. MADGWICK: A comparison of results in schizophrenics treated with (1) insulin, (2) trifluoperazine "stelazine". *J. ment. Sci.* **107**, 297—299 (1961).
- MEYER, H.-H.: Die Therapie der endogenen Psychosen. *Dtsch. med. Wschr.* **82**, 76—80 (1957).
- Die Therapie der manisch-depressiven Erkrankungen. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II, S. 73. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.
- MEYER, J. E., G. SIMON u. D. STILLE: Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960. — Vergleichend-statistische Untersuchungen an einer Universitätsnervenklinik und einem Nervenkrankenhaus. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **206**, 165—179 (1964).
- MÜLLER, M.: Die körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. Bd. I: Die Insulinbehandlung. Stuttgart: G. Thieme 1952.
- Die Therapie der Schizophrenien. In: *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. II, S. 1. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1960.

- NYSTRÖM, S.: Present indications for electric convulsive therapie. *Excerpta med.* (Amst.) **117**, 82 (1966).
- ØDEGARD, Ø.: The impact of older and newer somatic treatments in psychiatry. *Excerpta med.* (Amst.) **117**, 83 (1966).
- PATERSON, A. SP.: Electrical and drug treatment in psychiatry. Amsterdam, London, New York: Elsevier Publ. Comp. 1963.
- PAULEIKHOFF, B.: Ist die elektrische Behandlung bei endogenen Psychosen heute entbehrlich? *Nervenarzt* **32**, 329—33 (1961).
- QUANDT, J., u. H. SOMMER: Zur Frage der Hirngewebsschädigungen nach elektrischer Krampfbehandlung. — Eine tierexperimentelle Studie. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **10**, 513—548 (1966).
- RIDDEL, S. A.: The therapeutic efficacy of ECT. A review of the literature. *Arch. gen. Psychiat.* **8**, 546—556 (1963).
- RINKEL, M.: Biological treatment of mental illness. *Proceedings of the II. Int. Conference of the Manfred Sakel Foundation...* New York: L. C. Page & Co. 1963.
- SAARMA, J.: Prognosis of insulin therapy in schizophrenia based on higher nervous activity data. *Int. J. Psychiat.* **2**, 431—445 (1966).
- SANDFORT, J. L.: Electric and convulsive treatments in psychiatry. *Dis. nerv. Syst.* **27**, 333—338 (1966).
- WEITERECHT, H. J.: *Psychiatrie im Grundriß*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1963.
- IV. Weltkongreß für Psychiatrie. *Excerpta med.* (Amst.) **117**, 000 (1966).

Prof. Dr. H.-H. MEYER
Universitäts-Nervenklinik
665 Homburg/Saar