

Die iatrogenen Krankheiten in der Psychiatrie

Dozent Dr. med. K.A. Achte

Zusammenfassung

Die iatrogenen psychischen Störungen kann man im engeren Sinne als neurotische und Angstreaktionen ansehen, die durch die Äußerungen und die allgemeine Einstellung des Arztes hervorgerufen werden. Der Begriff läßt sich aber auch weiter fassen, indem auch Artefakte, beständige Nebenwirkungen von Arzneimitteln sowie Unterlassungen des Arztes mit einbezogen werden, die alle irgendwie iatrogen den Zustand des Kranken verschlimmern können. Die iatrogenen Störungen werden in dem Artikel bevorzugt im letzteren Sinne aufgefaßt. Es werden die Möglichkeiten iatrogenen Komplikationen behandelt, die mit der Psychotherapie, der Einstellung des Arztes, dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient, der Milieuthherapie sowie mit der Gefahr von Arzneimittelgewöhnung verbunden sind. Zum Schluß werden die Nebenwirkungen der gewöhnlichsten Arzneimittel und einige andere mit den therapeutischen Maßnahmen verknüpfte Aspekte besprochen.

Summary

In a narrow sense, iatrogenic psychic disorders can be regarded as neurotic and anxiety-evoking reactions caused by the physician's words and attitudes. Yet a broader interpretation of the concept is also possible, so as to make it cover artefacts, the persistent side-effects of drugs and the things the physician has left undone, which also may result, in some way or other, in a deterioration in the patient's condition. Here the iatrogenic disorders are considered chiefly from the latter point of view. The possibility of iatrogenic complications associated with the physician's attitudes, the physician-patient relationship, the milieu therapy and the danger of getting accustomed to drugs are discussed in the article. Finally, the most common side-effects of drugs and other iatrogenic viewpoints associated with therapeutic measures are briefly considered.

Der Zusammenhang zwischen iatrogenen Krankheiten und Psychiatrie ist in der Literatur erstaunlich wenig behandelt worden. Die iatrogenen psychischen Störungen kann man im engeren Sinne als neurotische und Angst-Reaktionen auffassen, die beim Patienten durch die Worte und das Verhalten des Arztes hervorgerufen werden. Man kann den Begriff aber auch weiter fassen, indem man auch Artefakte, beständige Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Versäumnisse des Arztes, die ebenfalls den Zustand des Patienten iatrogen beeinträchtigen, miteinbezieht. In der vorliegenden Arbeit werden die iatrogenen Störungen hauptsächlich im letzteren Sinne verstanden.

Psychotherapeutische Gesichtspunkte

Prinzipiell gehört zur Einstellung des Arztes, daß er sich jedem Patienten gegenüber objektiv zu verhalten versucht. Aber seine Stimmung wechselt im Lauf des Tages, und es läßt sich auch nicht verhindern, daß er für manche Patienten Sympathie empfindet, für andere wieder das Gegenteil. Der Arzt ist für viele Patienten eine Autorität, deren Worte und Handlungen absolute Geltung haben. Jeder Arzt betreibt wissentlich oder unwissentlich Psychotherapie, mag er nun wollen oder nicht. Er braucht inneres Gleichgewicht und Selbstkenntnis, weil sie seine Objektivität fördern und die inneren Zwiespältigkeiten vermindern, infolgederen er vielleicht dem Patienten nicht in der richtigen Weise begegnet.

Mangels psychiatrischer Schulung kann der Arzt dazu neigen, die neurotischen Beschwerden des Patienten zu unterschätzen, so als ob psychische Symptome überhaupt keine Beschwerden wären. Aggressive und geringschätzige Einstellung beim Arzt sind nicht selten unbewußte Abwehr eines Gefühls der eigenen Unzulänglichkeit. Der Arzt kann irrtümlich einen Neurotiker für einen Simulanten halten und ihn als Querulanten und minderwertige Person ansehen, die sich nicht zusammenreißen will und mit der er am liebsten nichts zu tun haben möchte. Man kann sich leicht ausmalen, welchen Eindruck dies auf den Patienten macht, der beim Arzt Beistand sucht. Selbst wenn der Arzt vielleicht nicht viel Abhilfe schaffen kann, sollte er doch ernstlich auf die Symptome seines Patienten eingehen. Daß der Arzt den Neurotiker auffordert, nicht weiter an seine Beschwerden zu denken, weil sie doch bloß Produkte seiner Einbildung seien, ist keineswegs angebracht; mit bloßem Willen ist im Gefühlsleben nichts auszurichten.

Bei der Psychotherapie sollte der Arzt alle menschlichen Vorurteile und die Neigung, gewisse Verhaltensformen zu kritisieren und zu mißbilligen, beiseite lassen. Anschuldigungen, Kritik und Moralisieren führen ja bloß dazu, daß die therapeutische Beziehung abreißt; der Patient kann sich dann nicht mehr dazu entschließen, von seinen Angelegenheiten zu reden, obwohl schon dies allein eine Erleichterung für ihn sein könnte. Es ist ein Kunstfehler, wenn der Psychotherapeut bei der Behandlung seine eigene Weltanschauung oder seine politische Meinung vorbringt oder überhaupt von sich selber spricht. Auch abfällige und unkollegiale Einstellung anderen Ärzten gegenüber kann dazu beitragen, daß der Patient noch unsicherer wird. Verhält sich der Therapeut dagegen sachlich, tolerant und zugleich fachmännisch, so erweckt er beim Patienten, der nun jemandem sein Herz ausschütten kann, Zuversicht und Erleichterung. Daß man Neurotikern Placebotabletten verschreibt, ist an sich nichts Unrechtes; ich tue es aber trotzdem nie, denn wenn es herauskommt, führt es immer zu negativer Einstellung dem Arzt gegenüber und erschüttert das Vertrauen. Dies wiederum kann zu einer Verschlimmerung der Symptome und einem allgemeinen Mißtrauen gegen die Ärzteschaft überhaupt führen.

Für die Psychotherapie gibt es keine Kontraindikationen. Ein Arzt, der sich für die Psychotherapie interessiert, dem aber die genügende Schulung fehlt, und der sich gern mit «tiefen» Deutungen abgibt, kann aber doch gelegentlich mit unvorsichtigen Äußerungen die Bedrängnis seines Patienten noch verschärfen, anstatt ihm durch stützenden und beruhigenden Einfluß zu helfen. Der Arzt müßte diejenige Form der Psychotherapie, die er bei seiner Arbeit anwendet, unbedingt beherrschen. Auf jeden Fall haben vor allem die Psychotherapie, die Psychoanalyse und die psychodynamische Einstellung zu den Schwierigkeiten der Patienten weitgehend zur Minderung der Krankenhaus-Artefakte und zur Förderung der Psychiatrie beigetragen.

Eine Vorbedingung für die Hypnosetherapie ist es, daß der Arzt sich über die Persönlichkeit seines Patienten im klaren ist und die psychodynamische Bedeutung des Symptoms kennt, das mit dieser suggestiven Behandlung behoben werden soll. Hypnose sollte niemals bei Kindern angewandt werden, und im allgemeinen sollte man damit bei Psychosen und Grenzzuständen zurückhaltend sein. Der Arzt kann seinem Patienten negative Suggestionen vermitteln und ihn somit iatrogen schädigen. Eine hysterische Lähmung oder sonst eine Konversion läßt sich freilich für eine Zeitlang aufheben, indem man den Patienten zornig anfährt; das Symptom tritt dann aber in einer anderen Form hervor, und es zeigt sich, wie wenig der Arzt begriffen hat, um was es sich eigentlich handelt.

Die Beherrschung kurzfristiger, stützender Psychotherapie ist nicht nur für den Psychiater von Nutzen, sondern auch dem Allgemeinpraktiker und den Vertretern anderer Fachgebiete ist sie nicht selten ein willkommenes und dankbares Hilfsmittel. Eine für die Psychotherapie geopferte halbe Stunde erweist sich oft als gut ausgenutzte Zeit, die dem Patienten viele Besuche beim Arzt, zahlreiche Untersuchungen und unnötigen Kummer erspart. Jedem Arzt ist die schwere Not bekannt, die mit den Angstzuständen verbunden ist, wo der Patient zu sterben fürchtet, sowie ferner die beginnenden Phobien, bei denen die richtige Diagnose allen Beteiligten viele Mühe erspart.

Die iatrogene Neurose

Etwas sehr Gewöhnliches ist es, daß negative Untersuchungsbefunde bei den Patienten allerlei Mißverständnisse hervorrufen, und nicht selten hört man sagen: «Er hat bei seinen Untersuchungen nichts herausgefunden, aber krank bin ich eben doch.» Vielleicht tut der Arzt bei der Besprechung des negativen Untersuchungsergebnisses, wenn es sich beispielsweise um eine funktionelle Störung handelt, besser daran, darauf hinzuweisen, daß der Befund normal war, als zu sagen, daß «nichts gefunden worden ist». Oder wenn ganz offenbar ein in neurotischen Störungen des Gefühlslebens verankertes Leiden oder Syndrom in Frage steht, erklärt er vielleicht am besten, daß man eine auf dem Boden des

Gefühlslebens zustande gekommene Störung nicht im Reagenzglas, mit dem Röntgenapparat oder mit Hilfe anderer entsprechender Untersuchungsmethoden messen kann, obwohl sie für den Betroffenen genau so viel Pein bereitet wie eine organische Krankheit.

Es mag in diesem Zusammenhang noch daran erinnert werden, daß eine Neurose und irgendeine somatische Krankheit recht gut gleichzeitig auftreten können. Der behandelnde Arzt, der die vielleicht hysterische Anamnese seines Patienten kennt, kann dann schwer entscheiden, wann es sich wirklich um eine schwere somatische Krankheit handelt. Ein Patient, der schon früher über Bauchschmerzen geklagt hat, die als neurotisch angesehen worden waren, und der beim Pflegepersonal wohl bekannt ist, kann u. U. tatsächlich beispielsweise einen akuten Bauch bekommen; wenn dann nicht laparotomiert wird, können die Folgen verhängnisvoll sein.

Andererseits kennen wir alle den als Münchhausen-Syndrom bezeichneten Krankheitszustand, wo der Patient unter oftmals sehr dramatischen Symptomen ständig neue Operationen verlangt. Eine noch engere Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Chirurg dürfte künftig in solchen Fällen auf die richtige Spur helfen.

Besonders leicht kann bei Nachzuständen von Gehirnerschütterung eine iatrogene Neurose aufkommen. Wenn ein Patient mit unkomplizierter Comotio zu langem Liegen verurteilt und allzu lange vor allen möglichen Anstrengungen gewarnt wird, können neurotische Beschwerden zurückbleiben, die durch Frühaufstehen, Rehabilitationsbehandlung, Gymnastik, sozial-psychiatrische Aufklärung der Lebensumstände des Patienten sowie beruhigende und ermutigende Einstellung vermieden werden könnten. Als unerfreuliche Nebenwirkung des Versicherungsschutzes kommen freilich manchmal auch Neurotisierung und unbewußtes Trachten nach sekundärem Nutzen vor.

Allen bekannt ist der hypochondrische Patient, der sich mit medizinischer Literatur befaßt und dort schwere, auf ihn selber zutreffende Symptome findet. Die Angst vor ernstesten Krankheiten bedrückt den hypochondrischen Patienten wie eine Phobie. Nicht selten sind diese Patienten imstande, die Symptome, vor denen sie sich fürchten, zu provozieren; es kann vorkommen, daß der Arzt dem über Herzbeschwerden Klagenden «für alle Fälle» ein Digitalispräparat verschreibt, wonach der Patient mehr als je davon überzeugt ist, daß er an einer schweren organischen Krankheit leidet.

So mancher Patient, dem der Arzt mitteilt, er habe «etwas an den Herznerven», faßt diesen Bescheid so auf, als ob er mindestens eine Koronarthrombose oder sonst etwas Ähnliches hätte, woran er jeden Tag sterben kann. Da dem Betreffenden ja die realen Kenntnisse über die Art dieser Krankheit abgehen, stellt er sich u. U. vor, daß irgendwann «seine Herznerven gänzlich versagen, was zum Tode führt». Der Arzt sollte sich wirklich die Zeit nehmen, solchen Leuten die Sachlage klar zu machen und ihnen die funktionellen Be-

schwerden möglichst leichtverständlich und sachlich zu erläutern; er sollte ihnen erklären, welche Rolle das Gefühlsleben bei dieser Störung spielt.

Insbesondere die neurotischen Patienten stehen oft viele Ängste über die Art ihrer Krankheit aus, denen der Arzt mit beruhigender und verständnisvoller Psychotherapie entgegenwirken kann. Bei Angstneurosen hat der Patient nicht selten verschiedenerlei Sensationen von seiten des Herzens, dessen Tätigkeit er ängstlich verfolgt. Wenn die sorgfältige somatische Untersuchung keine Hinweise auf eine organische Krankheit liefert, läßt sich oft viel damit ausrichten, daß man dem Patienten ruhig und geduldig die funktionelle und im Gefühlsleben fußende Genese seiner Symptome auseinandersetzt. Tut der Arzt dagegen sehr geheimnisvoll oder redet er in Fachausdrücken, die der Patient nicht begreift, kommt der letztere zu der Vorstellung, er leide an einer lebensgefährlichen Krankheit, an der er jeden Tag sterben könne. Unvorsichtige Äußerungen des Arztes werden oft falsch aufgefaßt, und derartige Aussprüche zusammen mit mangelnder Information verschlimmern dann iatrogen die Symptome. Es ist allgemein bekannt, daß wegen falscher Deutung der an sich harmlosen systolischen Nebengeräusche vielen Menschen ganz unnötig Kummer gemacht wird. Der Patient braucht auch nicht immer zu wissen, was für ernste Eventualitäten hinter irgendeinem Symptom stecken, ehe die Sache gründlich geklärt ist. Auch sollte man den Schülern Turnen und Sport nur unter wirklich zwingenden Umständen verbieten, weil dieses Verbot zu Minderwertigkeitsgefühlen führen kann.

Chronisierung, Milieuthérapie

Zwei Jahre ständiger Behandlung in einer psychiatrischen Anstalt gilt im allgemeinen als die Grenze, wonach der Kranke sich nur noch schwer im Gemeinwesen einfügen kann. Nach der Statistik des Medizinalamtes waren Ende 1960 von den Insassen unserer psychiatrischen Krankenhäuser 61% über zwei Jahre lang laufend in Anstaltsbehandlung gewesen. Zur Chronisierung trägt außer der Art der Krankheit auch noch das Niveau der Behandlung bei.

Im Lauf der letzten Jahrzehnte hat man beobachten können, daß die psychiatrischen Krankheitsbilder leichter geworden sind, seit man bei der Pflege auf die Hebung der Menschenwürde und des Selbstgefühls Wert legt, und seit man für eine behagliche Umgebung und Rehabilitation nach psychotherapeutischen Gesichtspunkten sowie für neue Behandlungsformen sorgt. Die in den vergangenen Jahrzehnten so häufigen Erregungszustände, Gewalttätigkeiten, verschiedenerlei negativistisches und aggressives Verhalten und Ähnliches sind verschwunden oder zurückgegangen, seitdem man sich bemüht, aus der Pflege die Artefakte abzuschaffen. Die schweren katatonischen Krankheitsbilder, die als Protestreaktionen der Kranken galten, sind heutzutage selten.

Die Nichtbeachtung von milieuthérapeutischen Umständen in der psychia-

trischen Anstaltsbehandlung kann als Artefakt gelten. Die letzte und tiefste Ursache für die Schwierigkeiten der psychiatrischen Patienten ist oftmals ein herabgesetztes Selbstgefühl. Wenn die Atmosphäre in der Anstalt vor allem das Gepräge einer Überwachung trägt, wenn die Patienten das Gefühl haben, daß sie ständig gegen ihren Willen und ohne ersichtlichen Grund in der Anstalt gehalten werden, so führt dies zu Protestreaktionen. Jeder weiß, wie sehr ein gut sitzender Anzug das Selbstgefühl zu heben vermag; wie wenig mag es da den Patienten zuträglich sein, wenn man ihnen die schlecht passende und unkleidbare Anstaltstracht aufzwingt.

Bei manchen Erregungszuständen, die im Zusammenhang mit gewissen Intoxikationen auftreten, werden heutzutage in manchen Krankenhäusern Binden angelegt; sie sollen den Kranken davor bewahren, aus dem Bett zu fallen oder sich zu verletzen. In der regelrechten psychiatrischen Behandlung sind solche modernen Zwangsjacken bei Unruhe oder Suizidgefahr jedoch fehl am Platze. Die Angst und innere Bedrängnis wird dadurch nur noch vermehrt, und der Zustand wird iatrogen verschlimmert. Die Erregungszustände müßten durch andere Mittel und Wege beherrscht werden können. Je weniger Aggression das Pflegepersonal den Patienten gegenüber anzuwenden braucht, desto besser. Sofern der Arzt in der psychiatrischen Anstalt sein Personal nicht so zu überwachen vermag, daß die Patienten keiner aggressiven Behandlung ausgesetzt sind, wird dadurch iatrogen eine Verschlimmerung der Symptome hervorgerufen und bei den Patienten Gegenaggressionen provoziert. In Fällen, wo Behandlung auf offener Station im Bereich der Möglichkeit liegt, beeinträchtigt Pflege auf geschlossener Station meistens die Rehabilitation, was seinerseits wiederum iatrogen den Zustand verschlechtert. In England sind in den psychiatrischen Anstalten nur 8% von allen Betten auf geschlossenen Stationen, obwohl dort ebenso schwere Krankheiten behandelt werden wie bei uns. Es wird heutzutage danach getrachtet, im Krankenhaus eine nicht autoritäre therapeutische Atmosphäre zu schaffen, welche die Selbständigkeit und das Verantwortungsgefühl des Patienten fördert; man ist bemüht, den Patienten wieder seiner Familie und seinem Lebensmilieu zuzuführen, sobald dies nach der aktiven Behandlung wieder irgend möglich ist. Ohne effektiv durchorganisierte offene Behandlung läßt sich dieses Ziel freilich nicht verwirklichen.

In den meisten Fällen kann mit der neuzeitlichen Behandlung der Zustand soweit gebessert werden, daß man zu offener Behandlung übergehen und den Patienten wieder seiner Berufsarbeit zuführen kann. Bleibt der Patient jedoch im Krankenhaus, und wird nicht ernstlich für Rehabilitation gesorgt, so tritt in der Anstalt nach einem gewissen Stadium wieder Verschlimmerung ein. Die rechte Zeit ist dann versäumt worden, der Zustand ist chronisch. In unserem Gesetz heißt es, daß der Patient, der in eine psychiatrische Anstalt geschickt wird, «Anstaltsbehandlung nötig haben muß». Dies ist m. E. so aufzufassen, daß es sich nicht lohnt, einen Kranken in die psychiatrische Anstalt zu schicken,

wenn keine Aussicht darauf besteht, daß er durch die Behandlung dort gebessert werden kann. Die psychotischen Symptome an sich sind ebenfalls kein Hindernis für die Entlassung aus dem Krankenhaus, sofern für offene Behandlung gesorgt werden kann. Andererseits sind natürlich auch die häuslichen Verhältnisse in Betracht zu ziehen, und manchmal muß mit Rücksicht auf die Familie von offener Behandlung abgesehen werden. Natürlich soll nicht gesagt sein, daß alle Patienten heimgeschickt werden dürften, ehe man alle aktiven Behandlungsmethoden versucht hat. Die effektive Behandlung in therapeutischer Atmosphäre, individuelle und Gruppentherapie, Beschäftigungstherapie, klinische Behandlung usw. können u. U. sehr lange Zeit in Anspruch nehmen; wenn aber nicht alle diese Möglichkeiten genügend berücksichtigt werden, und die Behandlung zu einem bloßen Aufenthalt auf der Station wird, ist zu erwarten, daß der Zustand sich aus iatrogenen Gründen verschlechtert. Die schizophrene Psychose dürfte nicht immer ein statischer Zustand sein, der nicht beeinflußt werden könnte. Zu jedem psychiatrischen Behandlungsprogramm gehört auch planmäßige Rehabilitation. Hier ist der Kontakt mit Berufsberatern und den Arbeitseinsatzbehörden erforderlich. Sehr zu begrüßen ist die bei uns geplante, im Zusammenhang mit den psychiatrischen Anstalten einzurichtende Industrietherapie, wobei die Patienten auch etwas Gehalt bekämen, sowie ferner die schützenden Werkstätten. Auch die Weiterentwicklung von Tageshospitälern und Rehabilitationsanstalten sowie die Erweiterung des Netzes der psychiatrischen Polikliniken werden in Zukunft sicherlich dazu beitragen, daß die Zahl der chronischen Patienten abnimmt. Behandlung im Sinne der Rehabilitation ist Teamwork, wo der Arzt die Verantwortung mit dem übrigen Personal teilt und bemüht ist, mit Hilfe ständiger Fortbildung ein gutes Behandlungsniveau zu erzielen.

Opiate und Stimulantia

Mit der Verabreichung von opiathaltigen Schmerzmitteln bei chronischem Kopfweg oder sonstigen Schmerzzuständen sollte der Arzt äußerst vorsichtig sein. Mit Recht gilt es als ein Kunstfehler, daß man einem an chronischen Kopfschmerzen leidenden Patienten opiathaltige Mittel verschreibt. Indem man den Kranken an derartige Medikamente gewöhnt, führt man leicht eine iatrogene Narkomanie herbei, von welcher der Patient sehr schwer wieder loskommt. Die opiathaltigen Schmerzmittel gehören zur postoperativen Behandlung in den Krankenhäusern und sind aus humanen Gründen bei manchen schweren oder zum Tode führenden Krankheiten gerechtfertigt. Sonst ist von ihnen aber eher abzuraten.

Das gleiche gilt für die Stimulantia. In letzter Zeit ist in der Literatur darauf hingewiesen worden, daß es verfehlt ist, die starken Stimulantia der Amphetamingruppe, die zu Gewöhnung führen, als Abmagerungsmittel zu verschrei-

ben. Das gleiche läßt sich mit einigen wenigen Ausnahmen auch von den entsprechenden Depressionsmitteln sagen. Heutzutage steht uns eine so große Auswahl von Thymoleptika zur Verfügung, daß man auf die Amphetamine im allgemeinen verzichten kann. Auch für die Verwendung derartiger Präparate bei Neurosen gilt das gleiche. Ein Arzt, der selber Arzneimittelmißbrauch treibt, verführt leicht auch andere zum gleichen Elend.

Meprobamata, Schlafmittel und andere Sedativa

In den letzten Jahren hat man immer wieder feststellen müssen, wie groß beim Gebrauch von Meprobamaten und auch Barbituraten die Gefahr der Gewöhnung ist, und wie oft es vorkommt, daß die Patienten süchtig werden. Deswegen sollte der Arzt mit dem Verschreiben solcher Medikamente und ganz besonders mit der Erneuerung des Rezepts sehr zurückhaltend sein. Erneuert man das Rezept routinemäßig durch Vermittlung der Apotheke, ohne den Zustand des Kranken zu kontrollieren, kann es iatrogen zu Narkomanie kommen. Verschreibt man einem zu Suizid neigenden Patienten wiederholt große Mengen Schlafmittel, so ebnet man ihm ja sozusagen den Weg für seine Absichten. Man sollte sich also stets die Gefahr von Mißbrauch oder Selbstmord vor Augen halten; falls man einmal wirklich gezwungen ist, die betreffenden Medikamente zur Linderung schwerer Symptome immer wieder zu verschreiben, so ist ständige persönliche Überwachung unbedingt erforderlich. In letzter Zeit sind Fälle beobachtet worden, wo bei Patienten, die laufend die doppelte oder drei- und sogar vierfache therapeutische Dosis von Meprobamaten eingenommen haben, paradoxal die Angstzustände schlimmer wurden. Gelingt es, diese Patienten dem Mittel zu entwöhnen, so bessert sich die Gemütsverfassung, und die Angst läßt nach. Werden die Präparate unvermittelt abgesetzt, so kann es zu epileptischen Anfällen oder Verwirrungszuständen kommen, und die ständige Anwendung großer Dosen wiederum kann außer der von der Intoxikation verursachten depressiven Geistesverfassung noch zu deliriösen Psychosen führen. Andererseits freilich ist es begreiflich, daß die depressiven Patienten oftmals beruhigende Mittel brauchen, und eine radikal ablehnende Einstellung in dieser Hinsicht dürfte auch nicht das Richtige sein. Demgegenüber sollte man aber auch wieder die suggestive Wirkung der Arzneimittel, die so oft außer acht gelassen wird, nicht vergessen.

Nebenwirkungen der Arzneimittel

Nebenwirkungen sind bei neuroleptischen Arzneimitteln bedauerlicherweise sehr gewöhnlich. Es ist die Aufgabe des Arztes, sie in Betracht zu ziehen, damit durch die Behandlung kein Schaden angerichtet wird. In letzter Zeit ist in der Literatur öfter darüber geschrieben worden, wie der ständige Gebrauch von

Neuroleptika insbesondere bei älteren Personen, die zugleich vielleicht eine zerebrale Schädigung haben, zu irreversiblen Dyskinesien führen kann, von denen wohl das bucco-linguo-mastikatorische Syndrom am bekanntesten ist. Das Aufkommen des Parkinsonismus-Syndroms ist ein ernstes Zeichen, dessen Nichtbeachten u. U. bleibende extrapyramidale Schäden herbeiführt. Die Kontraindikationen gegen Phenothiazin, also Gallenkrankheiten, Herzinsuffizienz und Hypertonie, sollten bei der Planung antipsychotischer Therapie stets bedacht werden. Vorsicht ist auch bei der Behandlung von Epileptikern mit Phenothiazinen geboten. Im Sommer sollte der Arzt nicht vergessen, seine Patienten, die Neuroleptika gebrauchen, vor dem Baden zu warnen, weil immer wieder Ertrinkungsunfälle vorkommen, die offenbar mit diesen Medikamenten zu tun haben. Agranulozytose ist bei allen Phenothiazinderivaten beobachtet worden. Im allgemeinen dürfte es das Beste sein, daß man nur einige wenige Medikamente verschreibt, die man am besten kennt, ohne ständig mit neuen Präparaten zu experimentieren, über deren Nebenwirkungen man dann nicht recht im klaren ist und die man nicht genügend beherrscht.

Reserpin und Elektroschock dürfen nicht gleichzeitig gegeben werden. Das Reserpin setzt nämlich die Krampfschwelle herab, erhöht aber den CO²-Gehalt des Atemzentrums, weshalb die apnoische Phase verlängert wird. Für den Gebrauch von Tetrabenazin und Amitriptylin ist der Grüne Star eine absolute Kontraindikation wegen der starken anticholinergischen Wirkung dieser Stoffe. Kontraindikationen gegen Imipramin sind außerdem noch Atherosklerose, insbesondere Koronarsklerose, Phlebitis, Hepatitis, Polyneuritis und chronischer Alkoholismus. Verabreichung von Imipramin unmittelbar nach einer MAO-Inhibitortherapie ohne eine Pause von ein oder zwei Wochen ist kontraindiziert, weil es manchmal zu einem Störungssyndrom kommt, wo verschiedene motorische, psychische und vegetative Störungen zum Tode führen können. Selbstverständlich ist es ferner, daß man MAO-Inhibitoren nicht gleichzeitig mit Imipramin geben darf. Imipramin sollte bei Schizophrenikern oder in diesbezüglich suspekten Fällen nicht gegeben werden, weil es die schizophrenen Symptome aktiviert. Sofern mit der schizophrenen Psychose ein depressiver Affekt kombiniert ist, dürfte das Präparat in manchen Fällen am Platze sein, aber die Behandlung sollte dann mit Phenothiazinen gestützt werden.

Weitere iatrogene Gesichtspunkte zu den therapeutischen Maßnahmen

Die Elektroschockbehandlung wird heutzutage bei schweren Depressionen und gewissen Verwirrungszuständen sowie bei schweren Angstzuständen angewandt. In der Praxis sollte der Elektroschock nicht bei Neurosen gegeben werden, weil ständige Elektroschocks Hirnatrophie und Demenz herbeiführen. Die Behandlungsform darf man nicht ohne die Zustimmung des Kranken anwenden, und die Maßnahme muß so ausgeführt werden, daß der Patient keinen Horror davor

bekommt. Der Insulinschock wird noch bis zu einem gewissen Grad in der Behandlung der Schizophrenie geübt, obwohl man in manchen Ländern schon gänzlich davon abgekommen ist. Auch diese Therapie soll man nicht gegen den Willen des Kranken vornehmen, weil die Resultate nicht entsprechend aussichtsreich sind.

Die Indikationen für die Lobotomie müssen mit aller Sorgfalt erwogen werden, und die Observationszeit muß viele Jahre lang gedauert haben, ehe man sich zu diesem Eingriff entschließt, der die Persönlichkeit des Kranken vielleicht sehr weitgehend verändern kann. Diese Methode mag bei manchen schweren Zwangsneurosen, die dem Patienten das Leben unerträglich machen, und wo mit anderen Mitteln nichts auszurichten ist, gerechtfertigt sein.

Wenn alte Leute in einer Anstalt isoliert werden, ohne daß schwerwiegende klinische oder soziale Gründe vorliegen, verschlechtert sich nicht selten ihr Zustand. Bei Greisen werden die Symptome meistens in der Anstalt und in fremder Umgebung schlimmer, und die Anstaltsbehandlung sollte nicht länger hinausgezogen werden als unbedingt nötig. Barbiturathaltige Schlafmittel sind meistens schlecht geeignet für alte Leute und vermehren eher noch die Verwirrtheit, weil sie die Sauerstoffzufuhr zum Gehirn beeinträchtigen.

Hinweise auf erbliche Veranlagung sowie darauf, daß wenig Aussicht auf Besserung besteht, sollten in ärztlichen Gutachten in der Psychiatrie lieber vermieden werden. Auch in schweren Fällen ist es besser, daß man dem Kranken wenigstens noch einen Hoffnungsschimmer läßt.

Adresse des Autors: *K.A. Aché*, Hesperia-Krankenhaus, Helsinki, Finnland