

Reprinted from

NEURO-PSYCHOPHARMACOLOGY

Volume 4

Edited by

D. BENTE AND P. B. BRADLEY



ELSEVIER PUBLISHING COMPANY

AMSTERDAM LONDON NEW YORK

1965

Ayuntamiento de Madrid

DIE PHARMAKOTHERAPIE DER NEUROSEN

J. LOPEZ-IBOR

Madrid (Spanien)

Die Einführung der Psychopharmakologie der Neurosen zwingt uns dazu, neue Probleme über ihre Psychodynamik aufzurollen. Vor einigen Jahren wäre es noch ein ziemliches Abenteuer gewesen, von einer Behandlung der Neurose, die nicht psychotherapeutisch wäre, zu sprechen und auch heutzutage ist dies noch der Fall, trotz der erfolgreichen Wirkung gewisser Drogen. Früher wurde nur der mögliche Nutzen eines Medikamentes im Sinne einer symptomatischen Behandlung in Betracht gezogen. Der Erfolg war im allgemeinen negativ.

FREUD träumte jedoch von der Entdeckung der organischen Grundlage der neurotischen Symptomatologie. In seinen nachgelassenen Schriften besteht er noch mit allem Nachdruck auf dieser Überzeugung und gibt der Versicherung Ausdruck, dass uns die Zukunft die Möglichkeit geben wird, direkt auf die energetische Verteilung des physischen Apparates mittels chemischer Substanzen einzuwirken.

Die Weigerung des Psychotherapeuten, Drogen zu verabreichen, hatte ihren Grund in der Behauptung, dass die Transferenz gehemmt würde. Über diesen Punkt kann man viel diskutieren. Auf alle Fälle ist es richtig, dass eine Störung der psychoanalytischen Transferenz im engeren Sinne hervorgerufen wird. Die Wurzel der psychoanalytischen Transferenz liegt in der Übertragungsneurose. Diese setzt eine Verschiebung der Angst voraus. Die Mobilisierung von Angst gibt ausreichenden Anlass zu neuem Stoff für Angstträume. Der Psychoanalytiker befindet sich so in einem engen Kontakt durch Übertragung mit dem Kranken verbunden und hat ausserdem genügend Stoff, den er auslegen kann. Wenn in solchem Stadium eine angstlindernde Droge die Heftigkeit des Angstzustandes mindert, wird eine regelrechte Deflation der Transferenz hervorgerufen, aber nicht nur das: Die Transferenz bekommt einen anderen Charakter. Diesen Wechsel könnten wir unterstreichen und sagen, dass die Transferenz ärztlicher und dafür weniger psychoanalytisch wird. Obwohl das Phänomen der Transferenz im Grunde immer das gleiche ist, bildet sie sich auf verschiedene Art und Weise. Bei der psychoanalytischen Transferenz liegt das wesentliche Moment in der Vorgeschichte, wenn auch schon in einigen Arbeiten auf ihren prospektiven Charakter hingewiesen wird. Bei JUNG wird vorzugsweise ihr urbildlicher Charakter betont: der Arzt als Zauberer. Das Geheimnis der Transferenz ist die Auflösung des Angstzustandes. Es ist nicht dasselbe, ob dieser durch die Verordnung von Medikamenten verschwindet oder dadurch, dass der Arzt das Leiden deutet.

Trotz dieser Hindernisse gewinnt die Pharmakotherapie an Umfang. In dem "Simposio" von Buenos Aires über die Behandlung von Depressionen hörte ich, wie qualifizierte Psychoanalytiker den Gebrauch von Drogen gegen Depressions- und Angstzu-

stände empfohlen. BENEDETTI sagt, dass der Psychotherapeut, wenn er sich akuten Symptomen gegenüber sieht und eine hilfsbedürftige, infantile Person behandeln muss, er die gewünschte Hilfeleistung nicht abschlagen darf, da dadurch das Vertrauen zum Arzt gefördert und die Arbeit erleichtert wird; aber in weniger dramatischen und mehr chronischen Fällen muss der Psychotherapeut von jeder Dämpfung des "fruchtbaren" Angstzustandes absehen; dieser muss sich selbst überlassen bleiben, um die psychotherapeutische Arbeit zu bereichern. Wenn sich ein Patient für einen somatisch Kranken hält, wird die Verabreichung einer Droge, wenn auch nur von suggestiver Wirkung, dazu dienen einen Kontakt herzustellen und in seine seelischen Probleme einzudringen. Ebenso kann die Droge in einem gewissen Stadium der Psychotherapie das Weiterumsichgreifen von Unruhe und Verwirrung verhindern, das Zusammenspiel von Übertragung und Widerstand in Bewegung bringen und den Fortschritt der Analyse erleichtern.

Der Vorwurf, den man im allgemeinen vom psychotherapeutischen Standpunkt her der Pharmakotherapie macht, ist der, dass sie eine verdeckte, gleichsam durch eine Maske geschützte Therapie der Konflikte sei. Der Kranke würde sich wohl besser und weniger hilfsbedürftig fühlen, doch habe er sich selbst getäuscht. Diese Verdeckung des Übels verhindere eine tiefere Analyse des zugrundeliegenden Konfliktes, an dem der Patient leidet und der an ihm zehrt. Dieser Einwurf gilt, vorausgesetzt, dass die Neurose eine psychisch abnorme Reaktion auf einen aktuellen oder älteren, von der Persönlichkeit noch nicht überwundenen Konflikt darstellt. Wenn hingegen die Neurosen Veränderungen des Gemütszustandes sind, d.h. durch vorübergehende oder dauernde Erschütterungen des vitalen Grundes der Persönlichkeit bedingt sind, dann ist die Anwendung der Pharmakotherapie vollauf berechtigt und die Psychotherapie muss eine andere Stellung einnehmen. Schon verlangen einige Anhänger der rein psychodynamischen Interpretation der Neurosen einen Wechsel der psychotherapeutischen Postulate, gerade deshalb, weil die neue Pharmakotherapie uns vor neue Tatsachen stellt. Es handelt sich ja nicht mehr um Drogen, die nur eine periphere Wirkung auf den Angstzustand ausüben, d.h. sich darauf beschränken, seine neurovegetative Auswirkung zu vermindern, sondern um Medikamente, die direkt und zentriert, d.h. "anxiolytisch" wirken.

Die Tatsache, dass der vitale Fonds der Neurosen angegriffen wird, bringt diese den Depressionen näher. Der an Depressionen Leidende ist wie ein Gefangener seiner vitalen Beeinträchtigung. Es gibt einen Verlust von Freiheit, und zwar jener Art von Freiheit, die auf einer unversehrten Leiblichkeit beruht. Der Zustand des körperlichen Krankbefindens des Neurotikers äussert sich durch seine veränderte Gemütsbewegung. Er besteht nur aus pathologischem Angstgefühl, das alle Beziehung des Menschen zu seiner Welt durchsetzt. Auf dieser leiblichen Grundstörung bauen sich nun Symptomgestaltungen auf, die unmittelbar aus ihr erwachsen und die, obwohl sie zugleich ein Ausdruck seelischer Probleme sind, auch eine Verteidigung gegen jene doppelsinnige Erfahrung in elementarer Form darstellen. Dieses vitale Moment kann mittels Medikamenten angegriffen werden. Der Mensch hat das schon immer gewusst; deshalb trinkt und raucht er und sucht so viele Drogen, die auf sein Seelenleben einwirken. Das Wort "Stimmung" ist von doppelter Bedeutung: seelische und körperliche Stimmung, jedoch bezieht sich die Einheit des Wortes auf jenen ursprünglich-vitalen Zustand.

Da es möglich ist, die vitale Kernstörung medikamentös zu behandeln, ist es unbe-

dingt erforderlich, die Eigenschaften solcher Medikamente näher zu untersuchen. Die Möglichkeiten, die sich hier der pharmakologischen Forschung eröffnen, sind ungeheuer gross. Bisher hat die Neuropharmakologie nur mit Tieren und pharmakologischen Tests gearbeitet, die wenig mit der klinischen Wirklichkeit gemeinsam haben. Dies ist die erste Stufe in der Forschung. Andererseits reichen die klinisch-statistischen Arbeiten, die veröffentlicht werden, nicht aus. Was fehlt, ist ein Zwischenglied, nämlich die ausführliche Analyse der medikamentösen Wirkung in jedem einzelnen Fall, entsprechend der Phänomenologie der endothymenten Störungen und ihrer Rückwirkungen auf die Persönlichkeit.

Der Widerstand

Zweifellos besteht ein Widerstand gegen die Behandlung von nervösen Erkrankungen. Dieses Wort hat eine sehr weitgehende Bedeutung. Die Psychoanalytiker sprechen von einem Widerstand gegen die Analyse, es gibt jedoch auch einen Widerstand gegen die Pharmakotherapie. Einer meiner Kranken z.B. kam, um mich wegen seiner Schlaflosigkeit zu konsultieren. Diese Schlaflosigkeit stand mit einem Ehekonflikt in Verbindung. Die Tage, an denen der Patient Auseinandersetzungen mit seiner Frau hatte, schlief er nicht. Die Auseinandersetzungen wurden durch seinen gespannten Gemütszustand hervorgerufen. Die soziale Einstellung der Ehepartner war verschieden. Die Frau liebte Geselligkeit, der Mann ein natürliches und geordnetes Leben, ohne sich gesellschaftlichen Verpflichtungen unterziehen zu wollen. Er glaubte, dass ein "natürliches" Leben ihm den ersehnten Schlaf wiedergeben würde. Durch die Schlaflosigkeit wurde er gereizt, vor allem in den Nächten, in denen er wachte. Anfangs verweigerte er jegliches Schlafmittel. Er hatte eine regelrechte und nicht zu besiegende Abscheu vor jedem Medikament, auch vor schwach wirksamen.

In seinem Innern quälten ihn Vorstellungen aus der Kindheit. Sein Vater starb in einer Irrenanstalt; bevor er darin verblieb, wohnte er längere Zeit mit seiner Frau und seinem Sohn zusammen, letzterer krank, als einziger Sohn. Es war nicht möglich rückwirkend eine Diagnose über die Psychose des Vaters zu stellen. Sicher ist, dass er ausreichend mit Luminal behandelt wurde, bevor er in die Irrenanstalt kam. Der Kranke hörte als Kind seine Mutter oft sagen, dass einschläfernde Medikamente, wie Luminal, seinen Vater krank gemacht hätten. Die Mutter lebt noch und hält an dieser Äusserung fest. Diese Erinnerungen aus der Kindheit erklären, warum unser Patient alle Medikamente abwies. Im Volk besteht eine Voreingenommenheit gegen sie, eine Abneigung, die auch von Ärzten oft gefördert wurde und die zur Atmosphäre gehört, von der der Psychiater noch oftmals umgeben wird. So wird seiner Handlungsweise Widerstand entgegengesetzt und man gibt ihm die Schuld. Das ist auch beim praktischen Arzt so: wie oft beschuldigt man ihn moralisch wegen einer schlecht ausgelauenen Krankheit oder einer therapeutischen Unzulänglichkeit.

Aber in diesem Falle ging es um etwas mehr. Eine tiefe Sorge war der Grund der Schlaflosigkeit, aber der Patient liess diese Sorge als solche nicht aufkommen. Er sagte einfach: "Ich bin nicht krank." Wenn die Anderen, vor allem seine Frau, sich änderten, wäre auch er wieder gesund. Aber die Sorge war nun eben da und er konnte sie nicht loswerden. Nach und nach gelang es mir, in seine seelische Verfassung einzudringen und den Zustand des Patienten zu ändern. Der Angstzustand wurde als solcher und in seiner eigentlichen Struktur erkannt, einschliesslich aller Triebe, die eine Ausflucht aus ihm suchten. Was er im Grunde am meisten fürchtete war, dass er ver-

rückt werden würde. Das Angstgefühl war wie eine Art Lebensbejahung. Nach und nach konnte ich dem Patienten die Unabhängigkeit von Konfliktsituation und seiner Angst begreiflich machen. Andererseits begann ihm auch die Beziehung von Angstgefühl und Schlaflosigkeit klar zu werden. Innerhalb seiner Krise kündete die Schlaflosigkeit das Anwachsen des Angstgefühls an. Die Medikamente veränderten seine Persönlichkeit nicht mehr.

Diese Angst vor einer Veränderung einer Persönlichkeit, die durch Drogen hervorgerufen werden kann, ist bei vielen Patienten latent. Die Tatsache des Missbrauchs von Drogen trägt hierzu bei. Es gibt offenbar Leute, die sich in Drogen flüchten, als wollten sie sich selbst entfliehen. Früher traf dies im wesentlichen nur für die grossen Morphiumdosen zu. Jetzt ist die Epidemie der Beruhigungsmittel eine Massenerscheinung unserer Gesellschaft. Man flüchtet sich in die Drogen, um den Kampf mit dem Leben und seinen Widerwärtigkeiten zu vermeiden. In diesem Falle beeinträchtigt die Droge die Persönlichkeit und entzieht ihr Werte. Alle diese Tatsachen, verbunden mit der Literatur darüber, führen zu einer furchtbaren Angst vor den Drogen. Eine besondere Krisensituation innerhalb dieses Vorganges ist durch die schlimmen Erfahrungen mit Contergan geschaffen worden.

Diese Mentalität, die in der Droge ein Giftmittel sieht, das eine Abstumpfung und einen Verlust des persönlichen Profils hervorrufen kann, finden wir unter gewissen Typen der unter Angstzuständen Leidenden, nämlich bei solchen, die schon beim geringsten Anlass Furcht vor dem Wahnsinn bezeugen und durch ein solches Hirngespinnst immer abgestumpfter und dümmer werden, als wollten sie die schöpferische Kraft, die sie davor bewahrt, verlieren. Das war der Fall bei meinem Patienten und vielen Anderen. Eine geduldige und tiefe psychotherapeutische Arbeit war notwendig, um zu erreichen, dass er seine Haltung änderte und damit gelang es, ihn zur Annahme des Medikamentes zu bringen. Die Schlaflosigkeit verschwand, die Angstzustände milderten sich. "Ich bin ein anderer Mensch geworden". Der Ehekonflikt bestand zwar weiterhin, aber der Patient war jetzt besser disponiert ihm gegenüber zu treten. Es wurde nun möglich, auf den anderen Teil der Ehepartner Einfluss zu gewinnen, ein Fall von Konflikt der Persönlichkeiten, der auf der einen Seite eine lange und psychotherapeutische Behandlung erforderlich machte. Ich habe nur diesen ersten Teil der klinischen Geschichte wiedergegeben, um den verbissenen Widerstand gegen Medikamente zu kennzeichnen, wie auch die Art, sich diesen gegenüber zu verhalten. Je nach der psychoanalytischen These ergibt sich der Widerstand aus der Verneinung, den Zusammenhang zwischen Symptomen und Konflikten auf Grund der analytischen Deutung anzunehmen oder aus der nicht hergestellten Übertragungsneurose.

Andererseits besteht ein "natürlicher" Widerstand der Nervenkranken gegen ihre Heilung; umgekehrt gesagt, es können natürlich nicht alle Nervenkranken geheilt werden. In diesem Punkt wie in vielen anderen unterliegen die Nervenkranken den allgemeinen Gesetzen der Pathologie: Einige Nervenkrankheiten bedeuten Krisen, andere Phasen und ein Teil wird chronisch, d.h. sie können nicht geheilt werden. In dem Chronischwerden der Nervenkrankheiten finden wir die verschiedensten dynamischen Ausdrucksformen. Der Widerstand ist in vielen Fällen eine "Widerstandsgruppe": ein Symptom wird abgeschwächt, lebt aber wieder auf. Die Angstwelle, welche die sie begleitenden zunehmenden Veränderungen kristallisierte, ist vorüber. Der Kranke ist wieder geheilt, wenigstens "fast" geheilt, nimmt seine Tätigkeit wieder auf und führt praktisch ein normales Leben. Doch hin und wieder hört er in sich den Ruf

des Symptoms, der ihn beunruhigt, da dies ein Beweis ist, dass der Prozess von neuem aufflammt. In diesem Falle müssen die die Angstzustände mildernden Medikamente für lange Zeit fortgesetzt werden.

In anderen Fällen verlieren die Symptome ihr endothymes Feuer und gehen auf den physischen Plan über, als handle es sich um eine Depression, die sich in eine depressive Haltung verwandelt. Was zum endothymen Grund gehörte, hat sich im Charakter aufgelöst. Bis zu welchem Punkt dies eine mechanische Schutzmassnahme sein mag, darüber wird noch diskutiert. Jedenfalls stossen wir in der somatischen Medizin auf ähnliche Prozesse. Ein Heilverfahren wäre nur angebracht, wenn eine endothyme Störung vorhanden wäre.

El estudio de la personalidad se ha desarrollado en los últimos años de una manera extraordinaria, tanto en el campo teórico como en el práctico. Este desarrollo se debe a la creciente importancia que se le ha dado en la medicina y en la psicología. En este sentido, el estudio de la personalidad se ha convertido en una disciplina esencial para comprender el comportamiento humano y para aplicar estos conocimientos en el tratamiento de los trastornos psicológicos.

En el presente artículo se abordará el estudio de la personalidad desde una perspectiva teórica y práctica. Se comenzará con una definición de personalidad y se describirán los principales enfoques teóricos que se han desarrollado en esta disciplina. Posteriormente, se analizarán los métodos utilizados para el estudio de la personalidad y se discutirán las aplicaciones prácticas de estos conocimientos en el campo de la psicología clínica y en el tratamiento de los trastornos psicológicos.

La personalidad se define como el conjunto de características psicológicas que determinan el comportamiento de una persona. Estas características incluyen tanto rasgos heredados como rasgos adquiridos a lo largo de la vida. El estudio de la personalidad busca comprender cómo estas características interactúan entre sí y cómo influyen en el comportamiento de una persona en diferentes situaciones.

Existen varios enfoques teóricos para el estudio de la personalidad. Uno de los más conocidos es el enfoque de los rasgos, que propone que la personalidad está determinada por un conjunto de rasgos heredados. Otro enfoque es el de los tipos, que propone que la personalidad se divide en tipos diferentes basados en características específicas. También existe el enfoque de la psicodinámica, que propone que la personalidad está determinada por procesos inconscientes.

Para el estudio de la personalidad se utilizan diversos métodos. Entre ellos se encuentran los cuestionarios, las entrevistas, las pruebas proyectivas y los estudios experimentales. Cada método tiene sus propias ventajas y limitaciones, por lo que es importante utilizarlos de manera adecuada y en combinación con otros métodos para obtener una visión más completa de la personalidad de una persona.

El estudio de la personalidad tiene numerosas aplicaciones prácticas. En el campo de la psicología clínica, el conocimiento de la personalidad de un paciente es esencial para comprender sus problemas y para diseñar un tratamiento adecuado. También es importante en el campo de la psicología industrial y organizacional, donde se utiliza para seleccionar y formar a los empleados y para mejorar el clima organizacional.

En conclusión, el estudio de la personalidad es una disciplina esencial para comprender el comportamiento humano y para aplicar estos conocimientos en el tratamiento de los trastornos psicológicos. Este artículo ha abordado el estudio de la personalidad desde una perspectiva teórica y práctica, describiendo los principales enfoques teóricos y métodos utilizados. Esperamos que este artículo haya sido útil para comprender mejor esta importante disciplina.

PRINTED IN THE NETHERLANDS

Ayuntamiento de Madrid