

*Reprinted from*

# NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY

VOLUME 3

Edited by  
P. B. BRADLEY  
F. FLÜGEL and P. HOCH



ELSEVIER PUBLISHING COMPANY

AMSTERDAM - LONDON - NEW YORK

1964



## MEDIKAMENTÖSE WIRKUNG UND BEHANDLUNGSVERFAHREN PSYCHO- UND SOZIO THERAPEUTISCHER ART

J. LÓPEZ-IBOR

Madrid (Spanien)

Bis zu diesem Zeitpunkt ist es uns nicht mit absoluter Sicherheit gelungen, zu ergründen, ob die Statistik auf die Frage nach der Wirksamkeit psychotropischer Medikamente eine endgültige Antwort geben kann. Die letzten Arbeiten, die mir in die Hände gefallen sind und im Mai-Nummer von *The American Journal of Psychiatry* veröffentlicht wurden, sind widersprechend. BRILL UND PATTON veröffentlichen eine statistische Analyse der Veränderungen in der Zusammensetzung der Krankenhäuser des Staates New York seit der Einführung psychotropischer Medikamente. Die Ziffern des Staates New York sind, so sagen sie, ein gutes Beispiel, weil sie mit der allgemeinen, auf dem nationalen und internationalen Sektor beobachteten Tendenz übereinstimmen und dieselbe Natur, Grad und Grösse aufzuweisen scheinen. Der Umschwung erfolgte 1956 und fiel zusammen mit der Einführung der psychotropischen Medikamente in grossen Mengen. Die Zunahme der Krankenhausinsassen, die in den fünf vorhergehenden Jahren (1950-1955) beobachtet worden war, verkehrt sich in Abnahme in den nachfolgenden Jahren (1956-1961), und die Verhaltensstörungen der Kranken erleiden während dieser letzten 5 Jahre eine beträchtliche zahlenmässige Verminderung. Der Prozentsatz der zahlenmässigen Verringerung der Krankenhausinsassen beträgt 1.5% pro Jahr. Die Abnahme ist in der einen Gruppe von Kranken spürbarer als in der anderen; sie ist stärker bei den Schizophrenen, wenn auch zur gleichen Zeit die Zahl der Einlieferungen wegen Schizophrenie angestiegen ist. In diesen letzteren Fällen ist die Abnahme grösser bei Personen im Alter von 24-44 Jahren und bei denen, die einen ein- bis vierjährigen Krankenhausaufenthalt aufweisen. Auch bei anderen funktionellen Psychosen erfolgte eine Verringerung, dagegen nahmen die Einlieferungen wegen alkoholischer Psychosen zu. Die Zahl der chronischen Fälle, die in den Krankenhäusern verbleiben, sinkt fortschreitend pro Jahr von 27 auf 100,000 Einwohner im Jahre 1955 auf 20 auf 100,000 Einwohner im Jahre 1961 ab. Das bedeutet für die Zukunft einen verminderten Bettenbedarf für chronisch Kranke. BRILL bestätigt somit die in einer vorausgegangenen Arbeit bekanntgegebenen Ergebnisse. Ähnliche Schlussfolgerungen können aus vielen anderen Veröffentlichungen abgeleitet werden, von denen ich nur die von FREYHAN herausgreife, die auf die im Krankenhaus von Delaware gemachten Erfahrungen eingeht.

EPSTEIN, MORGAN UND REINHOLD kommen in den Hospitälern des Staates Kalifornien zu anderen Resultaten. Es wurden zwei Gruppen von Schizophrenen, von denen die eine Gruppe medikamentös behandelt und die andere nicht medikamentös behandelt wurde, die in den Jahren 1956 und 1957 in 9 grosse Krankenhäuser eingeliefert worden waren, statistisch ausgewertet. In beiden Gruppen sind die Ziffern der im

Krankenhaus Verbliebenen praktisch gleich. Man könnte sagen, dass die Dosierung der Medikamente hinauslief auf Dosen zum Unterhalt des Kranken und nicht auf Dosen zur Behandlung, oder dass die Ärzte diejenigen Fälle für die Behandlung auswählten, die sie für bedenklicher und schwieriger prognostizierbar hielten, oder dass die medikamentös behandelten Kranken wegen der Nebenwirkungen der Arzneien und der Langwierigkeit ihrer Einstellung länger im Krankenhaus verblieben. Um dieses Problem bestmöglich zu erhellen, vergleichen die Autoren die Aufenthaltsziffer bei einer Gruppe von 3 in der pharmakologischen Behandlung sehr aktiven Krankenhäusern und von 3 Krankenhäusern, in denen diese Medikamente weniger eingesetzt werden. In den ersteren wurden 49% der Kranken behandelt und in den letzteren nur 26%. In beiden Gruppen beobachtet man, dass die medikamentös behandelten Kranken länger im Hospital verbleiben. Die nicht medikamentös behandelten Kranken verbleiben annähernd dieselbe Zeit in beiden Gruppen von Krankenhäusern. Wenn man die Ziffer der zurückgehaltenen Kranken in den Jahren 1950, 1956 und 1957 beobachtet, sieht man, dass sie gesunken ist, was besagen will, dass in dieser Zeitspanne etwas in den Psychiatrischen Anstalten geschieht, was die Entlassungsziffer begünstigt und die chronischen Fälle vermindert; aber gemäss den bekannt gewordenen Resultaten ist es schwierig, dieses "Etwas" mit der pharmakologischen Behandlung in Beziehung zu bringen.

Die Gegenüberstellung der beiden kürzlich veröffentlichten Forschungsarbeiten zeigt die Schwierigkeiten einer statistischen Lösung des aufgeworfenen Problems. Es gibt kaum eine Statistik, gegen die sich nichts einwenden liesse. Bei eben dieser Gegenüberstellung müsste man die Aufmerksamkeit auf die Tatsache lenken, dass EPSTEIN sich auf die Jahre 1956 und 1957, BRILL unterdessen auf die Fünfjahresperiode 1956-1961 bezieht, und darauf hinweisen, dass genau im Jahre 1956 in den Krankenanstalten die authentische "psychotropische Ära" beginnt; man könnte auch noch hinzufügen, dass man bei der Lektüre der Arbeiten den Eindruck gewinnt, dass in Kalifornien diese Medikamente in geringerem Umfang gebraucht werden als in New York *etc., etc.*

Jedenfalls muss man akzeptieren, dass in diesen statistischen Widersprüchen ein Problem steckt, welches die Statistik selbst vielleicht nicht lösen kann. Wahrscheinlich müssen in all diese Berechnungen viel mehr variable Grössen eingeführt werden, als gewöhnlich gehandhabt werden, und in einem solchen Fall, das heisst, wenn diese variablen Grössen eingeführt werden, ist der Wert der statistischen Ergebnisse weniger sichtbar. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an eine Monographie von DEDICHEN über die Wirksamkeit des Elektroschocks bei der Behandlung von Depressionen. Eine 5 Jahre nach Beginn der depressiven Phase gemachte Katamnese zeigte, dass die Ergebnisse bei den mit Elektroschock behandelten Fällen dieselben waren wie bei den nicht behandelten. Wenn man aber in Betracht zieht, was jeder beliebige Kliniker weiss, nämlich das spontane Nachlassen der Depressionen, den Nicht-Einfluss des Elektroschocks auf die zylothymische Tendenz einiger Fälle, usw., usw., kann das Ergebnis der Katamnese nicht verwundern; jedoch, auf ihr aufbauend, die Wirksamkeit des Elektroschocks in der Behandlung der Depressionen zu verneinen, bedeutet, das statistische Instrument unangemessen anzuwenden. Es ist nicht dasselbe, 9 oder mehr Monate in der Hölle der Depression zu verbringen wie sich in wenigen Wochen oder Tagen davon befreit zu sehen. Die klinische Erfahrung jedes Einzelnen kann also nicht dem ungemässen Gebrauch statistischer Wertungen aufgeopfert werden. Und in der ganzen Welt spricht die klinische Erfahrung für den Ge-

brauch psychotropischer Medikamente. Seit 20 Jahren leite ich dieselbe Psychiatrische Klinik. Es handelt sich um eine an ein grosses Allgemeines Krankenhaus angeschlossene Klinik mit 140 Betten für klassifizierte und entsprechend behandelte Kranke. Die Kranken, die nicht genesen oder bei denen die Therapeutik scheitert, werden in eine in der Umgebung der Stadt gelegene Heilanstalt eingewiesen. Vor 20 Jahren wurden in diese Anstalt 48% der Kranken überwiesen, heute dagegen 12%. Auch in der Diagnose der überwiesenen Kranken beobachtet man eine Verschiebung. Die Zahl der Schizophrenen hat stark abgenommen; dagegen ist die Zahl der Senilitätspsychosen angestiegen.

Der Titel des uns vorgeschlagenen Rapports sagt genau: Medikamentöse Wirkungen in Beziehung auf psychologische und soziale Behandlungsverfahren. Wenn man an der Wirksamkeit der Medikamente zweifelt, würde ich es wagen zu fragen: Haben wir denn statistische Gründe, um von der Wirksamkeit der psychologischen und sozialen Behandlungsarten überzeugt zu sein?

Was die psychologischen Behandlungsverfahren angeht, ist deren Mangel offenbar. Nach mehr als einem halben Jahrhundert verschiedener Formen der Psychotherapie wissen wir immer noch nicht, woran wir uns bezüglich deren statistischer Resultate halten sollen. Und das, wenn wir uns auf die Neurosen beziehen und die beginnende Psychotherapie der Psychosen beiseite lassen. STOKVIS bot auf dem letzten Psychotherapie Kongress in Wien einige nicht sehr ermutigende Ziffern. "Zusammenfassend kann man sagen, dass die Resultate der Psychotherapie nicht ermutigend gross sind. Es hat keinen Zweck, die Ziffern zu beschönigen. In vielen Fällen sind die Ergebnisse gering und häufig gleich null." Niemand wird es jedoch wagen, die Bedeutung der Psychotherapie in der therapeutischen Situation der heutigen Medizin zu bestreiten; es ist so, dass in der therapeutischen Situation viele statistisch nicht fassbare Faktoren existieren. Solche Faktoren stehen innerlich zueinander in Wechselbeziehung. Die therapeutische Haltung, die der Gebrauch der Medikamente voraussetzt, begreift die Betonung der psychologischen Heilungsfaktoren ein und erleichtert die Tätigkeit der sozialen Faktoren, das heisst die Tätigkeit des Krankenhauses als therapeutische Gemeinschaft. Als er von der "Anstaltspsychiatrie" spricht, warnt ein so erfahrener Autor wie SCHULTE, langjähriger Direktor von Gütersloh, vor dem übertriebenen Wert, den man der "Erfolgsstatistik" zuschreibt. Es geht nicht darum, sich mittels Ziffern zu rechtfertigen. Die Zunahme der Entlassungsziffern stellt kein absolutes Urteil über den Wert einer therapeutischen Methode dar. Kein Behandlungsverfahren bietet dem Elektroschock ähnliche Statistiken, und dennoch wird es als Fortschritt angesehen, den Elektroschock auf ein Minimum zu reduzieren.

Ich glaube, dass die Mehrheit der Psychiater der Welt sich mit Bezug auf die aktuelle therapeutische Situation über verschiedene Prinzipien einig ist, und dies können ungefähr die folgenden sein:

Die Zahl der eingelieferten Kranken und derer, die in die psychiatrische Sprechstunde kommen, hat zugenommen; trotz dieser Zunahme hat die Zahl derjenigen, die als chronische Fälle interniert bleiben, abgenommen, nimmt ab oder wird wenigstens im Verhältnis nicht grösser. Heute ist es ausserdem möglich, eine grössere Anzahl von Kranken in ambulanter Behandlung zu betreuen, ohne dass ihre Einlieferung in die Anstalt notwendig wird. Es ist auch möglich, eine bessere soziale Anpassung der ausscheidenden Kranken zu erreichen. In den psychiatrischen Anstalten hat sich die Atmosphäre verändert. Die verschiedenen Formen der Soziotherapie sind wirksamer

und weniger kostspielig, wenn sie mit der Pharmakotherapie kombiniert werden. Die individuelle Erfahrung ist in diesem Sinne klar und deutlich. Vor und nach dem Erscheinen der (psychotropischen) Heilmittel habe ich mit denselben Mitarbeitern und denselben Mitteln dieselbe psychiatrische Anstalt geleitet, und nach meiner eigenen Erfahrung ist die Verschiedenheit der erreichten Ergebnisse augenscheinlich. Deshalb halte ich den Augenblick für gekommen, sich mehr mit konkreten Problemen zu befassen, die uns einen besseren Überblick ermöglichen über das Eingreifen der verschiedenen Faktoren, die in der Therapeutik von Einfluss sind, als uns länger mit globalen Schätzungen aufzuhalten.

Wählen wir als Muster die manisch-depressive Psychose oder Zykllothymie, die Schizophrenie und die Neurosen. Endogene Depressionen sind die Krankheiten, die der Psychotherapie und der Soziotherapie den grössten Widerstand entgegensetzen. Wer die psychotherapeutische Behandlung einer authentischen endogenen Depression versucht hat, wird sich mit Leichtigkeit davon überzeugen. Es ist merkwürdig, dass eine psychodynamischen Auslegungen so zugängliche Krankheit sich gegenüber psychodynamischen Therapeutiken so undurchdringlich erweist. Es ist leicht, die Depression psychoanalytisch zu interpretieren, sobald sie erst einmal auf das Gleis der psychoanalytischen Interpretationen geschoben ist. Noch verführerischer erscheint, wenigstens vor meinen Augen, die anthropologisch-existenzielle Interpretation der Depression. In ihr treten die grossen Themen des menschlichen Lebens auf. Der Kranke drückt, oft nur mit einem Blick, seine Dankbarkeit dafür aus, dass er sich so tiefinnerlich verstanden fühlt, dass er sieht, dass jemand da ist, der sich über die bodenlose Tiefe seines Leidens Rechenschaft gibt. Das Bemühen, den Kranken zu verstehen, ist also im ärztlichen Sinne nicht unnütz. Das anzunehmen, würde bedeuten, eine sehr ärmliche Auffassung von dem zu haben, was Arzt-sein ist. Das Verstehen der sozialen Struktur, in der die Depression erscheint, vollzieht sich auf derselben Ebene. Aber es ist etwas mehr nötig. Und dieses "Mehr", die Heilung der Phase, oder, wenn man vorsichtiger sein will, ihre Milderung macht die biologische Therapeutik erforderlich, sei sie elektrisch oder chemisch. Es ist auch offenbar, dass der Elektroschock wirksamer ist als die pharmakologische Therapeutik; aber das will nicht nur nicht besagen, dass diese unnütz sei, sondern dass sie in vielen Fällen, verglichen mit dem Elektroschock, keinen Vorrang hat. Es ist noch mehr: das statistische Studium zeigt, dass die Depressionen länger in der Klinik verbleiben, wenn sie pharmakologisch behandelt werden, als wenn der Elektroschock angewandt wird. Auch die Psychiater sind sich über die praktische Unschädlichkeit dieser therapeutischen Methode einig. Es sind also nicht die Gefahren, die die Einschränkung des Elektroschocks in der Behandlung der Depressionen bestimmen, und noch weniger seine Unwirksamkeit (angenommen, dass sie grösser ist), sondern andere psychologische und soziale Faktoren, welche die psychotropischen Heilmittel in der Therapeutik der Depressionen aufzwingen, zu bekannte Faktoren, als dass ich mich mit ihrer Beschreibung aufhalten müsste. Heute ist nicht nur die ambulante Behandlung vieler Depressionen möglich, das ist schon mittels des Elektroschocks möglich, sondern die Behandlung in der eigentlichen familiären Umgebung. In unsere Ambulanz kommen viele Depressive, die in mehr oder weniger weit von Madrid entfernten Dörfern wohnen. Für einige ist die Krankenhausaufnahme angezeigt, für andere der Aufenthalt in der Stadt zwecks Behandlungskontrolle in der Ambulanz selbst, aber in anderen Fällen kehrt der Kranke nach Hause zurück, in ein kleines Dorf, und sein Hausarzt verfolgt die Zwischenfälle in der Behandlung gemäss

den Massstäben, die ihm von der Ambulanz aus übersandt werden, bis der Augenblick der Entlassung gekommen ist, ausser wenn irgendein anderer Umstand eine erneute Untersuchung des Kranken erforderlich macht. Ob man will oder nicht, all das ist ein grosser, ein ungeheurer Fortschritt in der Therapeutik. Für viele Kranke gibt es keine bessere Umgebung als die eigene Familie, keine liebevoll besorgteren Menschen, um ihm in seinem Leiden zur Seite zu stehen, als seine Familienangehörigen. Die Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt ausserdem mit grösserer Leichtigkeit, eben weil die pharmakologischen Therapeutiken das Verbleiben des Kranken in seiner eigenen familiären und sozialen Umgebung ermöglicht haben. Das, ohne das Eingreifen anderer Faktoren in Betracht zu ziehen wie zum Beispiel die Schwierigkeiten der Reintegration in den Arbeitsprozess, wie sie der psycho-organische Postelektroschock schafft.

Es kann nicht geleugnet werden, dass eine derartige therapeutische Problemstellung vom Psychiater bei den Indikationen ein grösseres Feingefühl fordert; aber es kann auch nicht bestritten werden, dass der soziale Aktionsradius der Psychiatrie grösser und seine Beziehung zum praktischen Arzt enger ist. Die psychotropischen Heilmittel eröffnen also für den Tätigkeitsbereich des Psychiaters viele soziale Möglichkeiten.

Etwas Ähnliches geschieht bei den Schizophrenien. Seit Jahren haben wir in der ambulanten Behandlung der Schizophrenie auf unseren Krankenstationen grosse Erfahrungen gesammelt. Die Einlieferungen in die Stationen werden auf zwei Kanälen vorgenommen: der eine ist offiziell; jeder Geisteskranke wird auf sein Ersuchen oder auf Ersuchen seiner Familie von den Erste-Hilfe-Stationen (Casas de Socorro) aus, die über den ganzen Perimeter der Stadt verteilt sind, in die Krankenstation eingeliefert. Der andere Kanal ist der, von dem aus der Kranke in die externe Sprechstunde kommt und wegen der Notwendigkeit einer Behandlung oder der Notwendigkeit sozialen Beistands von dem ihn empfangenden Arzt eingewiesen wird. Nun gut, nur 8% der Einweisungen erfolgen auf diesem Wege. Sicher ist, dass die akuten und schweren Fälle den anderen Weg nehmen; aber es ist auch sicher, dass diese Tatsache allein nicht den Unterschied erklärt, sondern dass dieser auf die Intensität der ambulanten Behandlung zurückzuführen ist. Der Aktionsbereich dieser ambulanten Behandlung hat sich erweitert, und viele Anfänge von Schizophrenie können unter den vorher für die Depressionen aufgezeigten Bedingungen dank der Heilmittel behandelt werden. Der Nutzen, den dies für die Persönlichkeit des Kranken bedeutet, ist unberechenbar.

Wenn uns eine gewisse Wirkung der Heilmittel unanzweifelbar scheint, müssen wir nunmehr versuchen, die klinischen und psychopathologischen Richtungen genau zu bestimmen, in denen sich die besagte Wirkung entfaltet. Nehmen wir als Beispiel die Schizophrenie. Die modifizierende Wirkung der Symptome in den akuten Schüben der Krankheit ist offenbar; aber wir müssen uns sofort fragen, welches die vorherrschend veränderten Symptome sind. In der Schizophrenie sind häufig primäre und sekundäre Symptome unterschieden worden; aber für jeden Autor haben diese Fachausdrücke einen verschiedenen Sinn gehabt. Für K. SCHNEIDER sind die primären Symptome der Schizophrenie, oder besser gesagt, die Symptome ersten Ranges die, die wir auf andere Art pathognomonische Symptome nennen könnten, das heisst die, welche das Erkennen der Krankheit durch ihre blosse Anwesenheit erlauben. Aber das will nicht besagen, dass sie der Grundstörung näher sind, die der Krankheit als Grund dient, das heisst, dass sie ein direkterer Ausdruck derselben seien. Die patho-

gnomonischen Symptome sind häufig den verschiedenen therapeutischen Methoden gegenüber sehr zugänglich. Sie zeigen eine gewisse schöpferische und gestaltende Aktivität des Prozesses an, der nur durch jene Symptome durchsichtig wird. Diese Symptome verschwinden manchmal, wenn der Anfang (der Krankheit) trotz seiner Schärfe eine gute Prognose verspricht, und andere verändern sich in andere, die, obwohl den vorherigen sehr ähnlich, jedoch eine verschiedene Struktur zeigen. Die Symptome sind, um es so zu sagen, vom Zentrum der Person (der persönlichen Mitte) ausgegangen und haben sich in die Peripherie verlagert, sie haben sich dem besagten Zentrum der Person entfremdet. Diese topologische Verschiebung legt einen grösseren Widerstand gegenüber der Therapeutik bloss. Die Halluzinationen setzen sich fort, die Wahnideen dauern an. Die Tatsache ist paradox. Zur gleichen Zeit, wie diese Symptome vom Zentrum des Ich sich entfernt haben, werden sie unbeweglicher, eben weil dieses Ich ein anderes ist. Die Persönlichkeit hat sich verändert. Die heutigen pharmakologischen Heilverfahren erweisen sich viel weniger wirksam gegenüber dieser Mutation der Persönlichkeit als gegenüber dem Gedeihen der "typischen" Symptome der Krankheit. BRILL UND PATTON sagen: Bis zum gegenwärtigen Augenblick haben sich die Medikamente wirksamer erwiesen, die aktiven positiven Symptome zu reduzieren, als die negativen zu kontrollieren, wie Arbeitsunlust, Untauglichkeit zu innerem Berufesein, fehlende Initiative für eine konstruktive Tätigkeit." Es wird also eine Heilung mit Defekten erreicht; hier eben muss die rehabilitierende Therapeutik in ihrem vollem Ausmass eingesetzt werden. Das Ziel des Psychiaters darf nicht nur darin bestehen, das interne Leben der Krankenhäuser umzuformen, sondern zu erreichen, dass die Kranken ausserhalb der Anstaltsmauern leben können, mit einem breiteren Spektrum vitaler Möglichkeiten, als man das mit der Therapeutik *intra muros* erreichen kann. Eine solche Möglichkeit wächst an, je weniger zerstört die Persönlichkeitsstruktur des Kranken ist, und diese Strukturzerstörung ist umso geringer, je kleinere pathologische Bildungen fort dauern, die aus den aktiven Perioden der Krankheit stammen. Die heutige Psychotherapie der Schizophrenen geht aus von der Basis, dass der Schizophrene ein Mensch ist, dem es an vitalen Bindungen fehlt. Die Krankheit bedroht in Wirklichkeit die Integrität seiner Person. Vor dieser Bedrohung verteidigt es sich, indem er die bedrohenden Instanzen in die äussere Welt versetzt. BENEDETTI zielt als Psychotherapeut darauf ab, sich in den Wahn des Kranken zu versetzen. Die Wahnübertragung kann, so sagt er, die symbolische Verwirklichung der verdrängten Spannungen ermöglichen, die sich auf objektive Weise nicht entladen können. Der Arzt tritt wie irgendeine Gestalt auf die Szene der Psychose; aber ich frage mich, ob es nicht wirksamer ist—und vielleicht menschlicher—die dramatische Spannung dieser Szene herabzusetzen ("Nicht-Habenkönnen psychotischer Erlebnisse"—v. BAYER), indem man sie mittels pharmakologischer Beruhigung von bedrohlichen Gespenstern befreit, und wenn diese Medikation nicht fähig ist, eine vitale Übertragung zu schaffen, wie BARAHONA sagt, soll sie wenigstens den Arzt und den Kranken in ihrer transferenziellen Beziehung zueinander auf eine realere Ebene stellen.

Es ist oft gesagt worden, dass die Heilmittel wirksam sind, weil sie das Interesse der Ärzte am Kranken verstärken. In Wirklichkeit handelt es sich nicht darum, dass die Mittel mehr oder weniger Interesse oder Begeisterung bei den Ärzten hervorrufen und dass diese Begeisterung wie ein Heilungsfaktor wirkt, sondern dass durch sie eine neue therapeutische Situation geschaffen wird und dass sich aus dieser neuen Situation heraus neue und breitere Perspektiven ergeben für die psychologische und soziale

Tätigkeit der Ärzte und ihrer Mitarbeiter. Wir müssen so vereinfachende Formulierungen der Probleme vermeiden wie entweder Drogen oder Psychotherapie oder Rehabilitation.

Wir können also nicht bestätigen, dass die Drogen direkt den Prozess beeinflussen, den wir Spaltung der schizophrenen Persönlichkeit nennen könnten, obwohl es wahrscheinlich ist, dass sie seine zerstörerischen Tendenzen lindern. Das aber zeigt die Notwendigkeit des Fortschreitens der pharmakologischen Forschung an, und wir dürfen die Hoffnung hegen, unser Ziel mit neuen Heilmitteln und neuen Heilmethoden zu erreichen, obwohl wir wahrscheinlich noch weit von ihnen entfernt sind.

Der pharmakologische Prozess fordert ständigen Kontakt mit der Klinik. Auf der Suche nach neuen Heilmitteln würden wahrscheinlich bessere Ergebnisse erreicht, wenn wir Kliniker uns mehr bemühten, ihre psychopathologische Wirkung zu beachten und uns nicht zufriedengäben mit einer blossen statistischen Schätzung. FREYHAN warf das Problem des "target symptom" auf. Das Schlüsselsymptom braucht nicht das charakteristische Symptom zu sein. In den Depressionen trifft man vielleicht ein Zusammenfallen von beiden an. Das Schlüsselsymptom für die Therapeutik ist die vitale Traurigkeit, die ihrerseits das charakteristische Symptom stellt, wenigstens der archetypischen Formen der endogenen Depression. In der Schizophrenie sind die charakteristischen Symptome (Symptome ersten Ranges nach K. SCHNEIDER) z.B. nicht die Schlüsselprobleme im therapeutischen Prozess. Die charakteristischen Symptome sind Emanationen einer Veränderung auf dem Grunde der Persönlichkeit, welcher dem phänomenologischen Verstehen gegenüber weniger zugänglich ist. Die Symptome erscheinen in einer Atmosphäre, die bei anderer Gelegenheit als Wahnstimmung bezeichnet worden ist. Die anthropologischen Orientierungen (BINSWANGER, ZUTT) suchen die Unzulänglichkeit dieser phänomenologischen Beschreibungen zu übergehen. Es ist gewiss, dass Wahnideen, Beeinflussung, subjektive Störungen des Denkens usw., in dem Masse verschwinden, wie die Medikamente fähig sind, auf den Grund Einfluss zu nehmen, aus dem sie stammen oder auf die Atmosphäre, in der sie wie Kristallisationen eines besonderen Gemütszustandes auftreten. Das geschieht in der ersten Phase des Prozesses (akinetische-abulische Dämpfungssyndrome im Sinne von FLÜGEL). Wichtig für die Zukunft des Kranken ist es, zu entdecken, ob hinter diesen Symptomen die Persönlichkeit eine Mutation erleidet oder nicht, was einer Spaltung oder einem Bruch (rexis) der Persönlichkeit gleichkommt. Danach neigt der Prozess zur Stabilisierung, und die heute bekannten Drogen begünstigen diese Stabilisierung mit einem Minimum an Aufwand, erweisen sich aber als untauglich, wenn die Mutation der Persönlichkeit stattgefunden hat.

In den Depressionen existieren auch psychopathologische Probleme, welche die pharmakologische Therapeutik aufwirft. Es bestehen Depressionen, in welchen die vitale Traurigkeit viel weniger sichtbar ist. Zwangsvorstellungen, Schuldgefühle oder auf Schuld, Ruin oder Hypochondrie zurückgehende Wahnideen bedecken die Szene. Bei einigen dieser Kranken beobachten wir, wie die Therapeutik noch wirksam ist; bei anderen ist sie es dagegen nicht. Die klinische Beobachtung lässt vermuten, dass alles davon abhängt, ob das Symptom sich der vitalen Schicht der Persönlichkeit mehr oder weniger verhaftet zeigt. In dem Masse, wie das Symptom durch eine Art Metabasis von der vitalen Schicht auf die psychische übergeht, wird es gegenüber der Therapeutik widerstandsfähiger.

Es ist also notwendig, eine engere Zusammenarbeit mit der Klinik zur Auswertung der pharmakologischen Wirkungen der Drogen zu fordern, wobei sich diese Auswertung nicht auf die blosse Mitteilung einiger statistischer Resultate beschränken darf. Diese sind notwendig und sogar unumgänglich, reichen aber nicht aus.

Noch vor wenigen Jahren hätte man es für eine Art Gotteslästerung gehalten, bei der Neurosenbehandlung auf die Drogen anzuspielen. Sie wären nur zur Behandlung der sekundären, vegetativen Symptome akzeptiert worden, und auch nur in kleinsten Mengen. Der Verzicht auf jedes pharmakologische Mittel von Seiten des Psychoanalytikers ist Sache einer guten psychoanalytischen Orthodoxie, weil es die Übertragung stören kann. In dem ausgezeichneten und erschöpfenden Buch von DELAY UND DENIKER über die "Méthodes chimiotherapiques en Psychiatrie" finden sich nur flüchtige Indikationen über die pharmakologische Behandlung der Neurosen. Dieselbe Vorsicht üben KALINOWSKI UND KOCH in ihrem Buch.

Es ist jedoch eine feststehende Tatsache, dass die Analeptica und einige Thymoleptica sich bei der Behandlung vieler Neurosen sehr wirksam gezeigt haben, während die Wirkungen der neuroleptica nicht von derselben Art sind. Intensive Zwangsvorstellungs-Neurosen, die andernfalls eine lange Psychotherapie erfordert hätten, haben mit relativer Leichtigkeit nachgelassen, nämlich nach nur einer pharmakologischen Behandlung und wenn mehr nötig war, einer unterstützenden Psychotherapie. Nach meiner Ansicht muss uns diese aussergewöhnliche Tatsache vielleicht dazu bringen, das Problem der Neurosen neu zu stellen. Bis heute wurden die Tatsachen, kurz schematisiert, so ausgelegt: die Neurosen sind abnorme Erlebnisreaktionen gemäss dem üblichen Ausdruck der deutschen Psychiatrie oder Ergebnisse von äusseren oder inneren Konfliktreaktionen, wie man es in anderen psychiatrischen Kreisen formuliert. Die Anomalie der Reaktion liegt, wie es allgemein akzeptiert wird, in den mehr oder weniger traumatischen Einwirkungen, die das Subjekt im Laufe seines Lebens und besonders im Kindesalter empfängt. Das heisst, die Neurosen sind reine Psychodynamik. Diese Interpretationen der neurotischen Dynamik übersehen verschiedene Tatsachen, auf die ich, wenn auch kurz, die Aufmerksamkeit lenken möchte. Vom Gesichtspunkt des Verlaufs aus ist es eine durch die klinische Erfahrung bewiesene Tatsache, dass ein grosser Teil der Syndrome, welche in der Neurose diagnostiziert wurden, und viele psychosomatische Störungen spontan auf phasische Art verlaufen (LÓPEZ-IBOR; ERNST). Oft hat der Psychotherapeut den Eindruck, dass das Verschwinden der Neurosen auf eine seinen eigenen Bemühungen fremde Weise geschieht. Täglich werden die Übergangsformen zwischen den Neurosen und den Depressionen besser erkannt (Endo-reaktive Dysthymien von WEITBRECHT), thymopathische Dysthymien von LÓPEZ-IBOR, reaktive vitalisierte Depressionen von STAEHELIN, usw.).

Der Kern der Neurose ist die Angst, wie schon Freud sagte. Bei der Genese der neurotischen Angst müssten jedoch viele Unterschiede gemacht werden. Die Angst einer angsterfüllten Melancholie ist an die vitale Traurigkeit des Kranken gebunden. Sie ist ein Gefühl seiner Natur selbst, seiner ganzen Eigenart. Es ist also keine psychogenetisch bestimmte Angst. Andererseits bestehen, wie ich soeben gesagt habe, klinische Bilder, die als Übergangsformen zwischen den Neurosen und den Depressionen angesehen werden können. Die Ähnlichkeit ist grösser, als uns die psychiatrische Tradition ahnen lässt. Es ist also nicht ungerechtfertigt, zu denken, dass die Angst in vielen neurotischen Bildern eine vitale Angst ist in derselben Weise, wie bei den De-

pressionen als fundamentales Symptom, eine vitale Traurigkeit besteht. Der vitale Charakter der Traurigkeit oder der Angst ist gegeben durch ihre phänomenologische Eigenschaft, aber die klinische Erfahrung zeigt ausserdem, dass dieser vitale Charakter vom phänomenologischen Gesichtspunkt aus zu tun hat mit dem vitalen Tonus des Subjekts oder dem Biotonus, wie EWALD sagte. Wenn die Tatsachen so liegen, dann wird uns weniger wundern, dass auch die Neurosen pharmakologisch gesehen eine zugängliche Seite zeigen, ähnlich der, die die Depressionen bieten: das heisst, dass es in ihnen neben einer Psychodynamik eine Physiodynamik gibt.

Diese neue Problemstellung wirft eine neue Perspektive auf all die Mechanismen, die in den Aufbau der Neurose eingreifen, wie die Verdrängung, die Stärke und die Abwehr des Ich, die Transferenz usw., usw. Die Verdrängung kommt nicht von der Angst, sondern die Angst erzeugt die Verdrängung, sagte Freud. In den Neurosen bestehen Perioden, die Symptome hervorbringen und andere Perioden, in denen diese schöpferische Kraft vermindert ist; solche Schwankungen hängen ab von dem Druck, den die Angst ausübt. Die Transferenz ist andererseits ein Phänomen der Absorption der Angst. Die Stärke des Ich hängt davon ab, ob das Ich von der Angst mehr oder weniger überschwemmt ist usw., usw. Zusammengefasst, die neurotische Symptomatologie ist ein Verfahren, die Angst zu metabolisieren. Wie müssen wir diese Probleme sehen, wenn wir zu dem Schluss kommen, dass die ganze Angst des Kranken oder ein guter Teil davon eine physiodynamische oder neurodynamische Basis hat?

Auf keinen Fall erlaubt uns dieser Gesichtspunkt, dem Problem der neurotischen Persönlichkeit auszuweichen. Im Gegenteil, es wirft neue Lichter auf ihre Struktur. Warum verschwindet in einem Fall die vitale Angst, und die Neurose bietet einen phasischen Verlauf, und warum steigt sie in anderen Fällen, um es so auszudrücken, von der vitalen Ebene auf die psychische und verbleibt dort wie ein Entwicklungsstadium der Angst, definitiv oder fast definitiv der Persönlichkeit einverleibt? Es ist nicht möglich, vor Ihnen die Menge von Fragen zu exponieren, die dieser Gesichtspunkt bietet. Ich möchte nur die Aufmerksamkeit lenken auf die Tatsache, dass eine pharmakologische Untersuchung des Neurosenproblems und wenn man will, gewisser Neurosen, nicht etwas ist, das theoretisch ungerechtfertigt scheint, sondern das ausgezeichnete Perspektiven eröffnet, obwohl diese vielleicht zu einer Reform der Neurosentheorie verpflichten könnten.

Ich weiss schon, dass es in etwa an Irrglauben grenzt, von "pharmakologischen Medikamenten in den Neurosen" zu sprechen; noch delikater ist das in dem Augenblick, in dem unglücklicherweise eine Beruhigungsdroge entdeckt worden ist, die am menschlichen Embryo schwere Anomalien verursachen kann. Noch mehr, die uneingeschränkte Verbreitung des Gebrauchs von Beruhigungsmitteln und "Ataractica" unter der Bevölkerung ruft strenge und berechtigte Kritik hervor (JANZ und andere mehr). Dies ist einer der dringendsten sozialen Aspekte bei Gebrauch und Verbreitung der psychotropischen Heilmittel. Wir Psychiater müssten ein Schema revidieren, von dem wir unbewusst ausgehen. Das des sachten und ständigen Übergangs von der Normalität zur Anormalität. Das Schema erlaubt, von der Angst des normalen Menschen überzugehen auf die Angst des Neurotikers und die Angst des Psychosekranken, ohne mehr zu tun, als die Menge allmählich zu erhöhen. Wenn das so ist, hat der Mann von der Strasse das Recht, den Weg umgekehrt zu beschreiten; wenn die Angst des Neurotikers ist wie die meine, denkt er, warum nicht eine Pille nehmen, um sie zu

mildern? Auf diese Weise setzen wir uns der Gefahr aus, zu Komplizen einer Art "Pharmakologie des Wohlbefindens" zu werden. Ich glaube, dass wir vom Gesichtspunkt der psychiatrischen Klinik aus besser daran täten, uns zu bemühen, die Unterschiede zu finden, die zwischen der normalen Angst, der neurotischen und der psychotischen Angst bestehen. Die Angst des normalen Menschen ist notwendig, damit er seinen Gang durch die Geschichte fortsetzt. Die Psychiatrie steht heute, wie die andere Wissenschaften, vor einem methodischen Problem grösster Tragweite: vor dem, ihre eigenen Grenzen zu finden.

Die pharmakologischen Heilmittel sind demzufolge nicht nur in der Therapeutik der Kranken, sondern in der Therapeutik der Psychiatrie selbst von Nutzen. Es ist oft von Krise in der Psychiatrie gesprochen worden. Von einer Krise, wenn auch aus Wachstumsgründen. Nun denn, die pharmakologische Therapeutik gelangt dazu, zu vermeiden, dass das Wachstum der Psychiatrie monstruöse Formen annimmt, da es in nur einer Richtung erfolgt. Die psychologischen und sozialen Aspekte der Krankheit sind an ihrer Struktur selbst beteiligt wie die neurodynamischen Aspekte. Eine Hypertrophie jener würde die Psychiatrie entstellen. Ich erinnere mich an den Kommentar zwei eminenten Psychiater nach der Eröffnungsrede eines Kongresses für Geisteshygiene. Ich würde es nicht wagen, meine Meinung zu äussern. Sie jedoch, weniger befangen, fassten die ihre so zusammen: Auf diesem Wege vergessen wir, dass unsere grundsätzliche Sendung als Ärzte die ist, Kranke zu behandeln. Und eben das ist es, was der Psychiater niemals vergessen darf. In Abänderung des Satzes, mit dem KOLLE seine *Psychiatrie* beschliesst, könnten wir sagen: "Wissen und Können des Psychiaters sind eingebettet in seine Persönlichkeit, die nicht nur im Reiche des Geistes, sondern auch im Reiche der Natur fest verankert sein soll."



11  
2

ähnlich) Auf diese Weise setzen wir uns nicht einfach dem, was Kropotkin einer Art "Pharmakologie des Wohlbehagens" zu nennen, ich würde sagen, das wir vom Gesichtspunkt der psychiatrischen Klinik aus besser bezeichnen könnten, sondern versuchen, die Unterschiede zu finden, die zwischen der "normalen" Angst der ungeschulten und der psychischen Angst bestehen. Die Angst des ungeschulten Menschen ist notwendig, damit er seinen Gang durch die Geschichte fortsetzt. Die Psychiatrie steht heute, wie die andere Wissenschaften, vor einem methodischen Problem größerer Tragweite, vor dem, ihre eigenen Grenzen zu finden.

Die pharmakologischen Heilmittel sind demzufolge nicht nur in der Therapeutik der Kranken, sondern in der Therapeutik der Psychiatrie selbst von Nutzen. Es ist oft von Krise in der Psychiatrie gesprochen worden. Von einer Krise, wenn auch aus Wachstumsgründen. Nun denn, die pharmakologische Therapeutik gelangt dazu, zu verhindern, dass das Wachstum der Psychiatrie monströse Formen annimmt, da es in nur einer Richtung erfolgt. Die psychologischen und sozialen Aspekte der Krankheit sind an ihrer Stelle selbst beteiligt von der neurodynamischen Aspekte. Eine Hypertrophie jener würde die Psychiatrie unterkriegen. Ich erwähne mich an den Kommentar zwei emmentaler Psychiater nach der Eröffnung eines Kongresses für Geisteshygiene: Ich würde es nicht wagen, meine Meinung zu äußern, Sie jedoch, weniger befähigt, fasst sie ihre so mächtig. Auf die wir Weise vergessen wir, dass unsere grundsätzliche Stellung als Ärzte, deren Status zu bezweifeln. Und eben das ist es, was der Psychiater niemals vergessen darf, in Abhängigkeit dessen, mit dem Kultur seine Psychiatrie beschließt. Krankheit vor allem. Die Grenzen des Psychiaters sind eingebettet in seine Persönlichkeit, die nicht nur im Bereich des Geistes, sondern auch im Bereich der Natur für sie stehen.



PRINTED IN THE NETHERLANDS