

Roland Kuhn:

VERÄNDERUNGEN DER SYMPTOMATIK UND DES
VERLAUFS DER PSYCHOSEN DURCH MEDIKAMENTE.
PHÄNOMENOLOGIE UND PSYCHODYNAMIK DES
THERAPEUTISCHEN VORGANGES

In: Proceedings of the Third World Congress of
Psychopharmacology held in Montreal, Canada,
June 4-10, 1961, Montreal, 1961

S.448-453

46 Bro K29

R. Kuhn

Psychopharmacology 447

MHIZ
46
Bro
K 29

Reprinted from *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*
PRINTED IN CANADA

Bibliothek des
medizinhistorischen
Instituts, Zürich
46 Bro K 29

8802823

VERÄNDERUNGEN DER SYMPTOMATIK UND DES VERLAUFS DER PSYCHOSEN DURCH MEDIKAMENTE. PHÄNOMENOLOGIE UND PSYCHODYNAMIK DES THERAPEUTISCHEN VORGANGES

ROLAND KUHN, *Kantonale thurgauische Heil- und Pflegeanstalt, Münsterlingen, Schweiz*

DAS MEDIZINISCH-BIOLOGISCHE DENKEN unserer Zeit hat die wissenschaftliche Forschung und Berichterstattung auf dem neuen Gebiete der Psychopharmakologie von vorneherein dazu geführt, zählbare, statistisch zu verarbeitende und graphisch darzustellende Ergebnisse vorzulegen. Deshalb wird meist der Einfluss der Psychopharmaka auf Symptome und Verlauf der Psychosen nach einem sehr einfachen Schema beurteilt. Dieses hält sich etwa an die Unterscheidung eines "guten," "mittelmässigen" und "fehlenden" Erfolges.

Man kann das Schema verfeinern. Die Art und Weise, wie einzelne Symptome auf Medikamente reagieren, kann auch statistisch erfasst werden. Es ist jedoch unerlässlich, folgendes zu berücksichtigen.

Der Begriff Symptom hat verschiedene Bedeutungen: Einmal meint das Wort ein *abnormales Verhalten*, das von aussen, ohne Mithilfe des Kranken beobachtet werden kann. Eine Psychologie, die sich nur auf das Verhalten stützt, heisst *Behaviourismus*.

Symptom bezeichnet jedoch ebenfalls ein *abnormes Erleben*, über das wir nur mittels der Sprache vom Kranken selbst Auskunft erhalten können. Eine Psychologie der Erlebnisse wird *Phänomenologie* genannt.

Neben den Problemen des Symptoms müssen wir diejenigen der *Methode*, welche der statistischen Bearbeitung zugrunde liegt, untersuchen. Es handelt sich um ein naturwissenschaftliches Verfahren, das in den weiten Rahmen der *Induktion* gehört. Diese gewinnt allgemein gültige Sätze aus einzelnen Wahrnehmungsurteilen, indem sie diese nach bestimmten Merkmalen ordnet, die vielen Gliedern einer Gruppe gemeinsam sind. Um dies zu ermöglichen, muss zunächst ein Reduktionsverfahren durchgeführt werden, welches geeignete Merkmale heraussondert und andere unberücksichtigt lässt. Da sich nun die gemeinsamen Züge der Menschen mehr im Verhalten zeigen als in dem stets individueller gestalteten Erleben, eignet sich jenes besser für eine induktiv-statistische Verarbeitung. Ja, die individuellen Erlebnisse erweisen sich als dem induktiven Verfahren weitgehend unzugänglich und sie fallen deshalb zu einem grossen Teil dem damit verbundenen Reduktionsverfahren zum Opfer.

Die Psychopathologie ist zwar auch auf Induktion aufgebaut. Sie hat aber erkannt, dass sie die endogenen Psychosen nicht vom Verhalten her erfassen kann. Sie bezieht deshalb seit Jahrzehnten Erlebnisse in ihre Untersuchung ein. Gleichwohl bleiben ihr die endogenen Psychosen rätselhaft, solange sie versucht, auch die Erlebnisse dem generalisierenden Verfahren der Induktion zu unterwerfen (2).

Eine einseitige Forschung, die nur das Verhalten berücksichtigt, führt dazu, einen Antagonismus anzunehmen zwischen erregenden und hemmenden Kräften. Aus der Störung von deren Gleichgewicht wird die Krankheit erklärt und als therapeutisches Ziel der Ausgleich der gestörten Funktion durch gegenständig wirkende Einflüsse gesucht. Da man stillschweigend voraussetzt, dass sich der Gesunde und der psychisch Kranke Medikamenten gegenüber gleich verhalten und diese eine stets gleichartige Wirkung entfalten, kann man als selbstverständlich annehmen, der müde, gehemmte und traurige Depressive bedürfe eines erregenden Medikamentes, der erregte, ruhelose, gereizte Kranke, ein Manischer oder Schizophrener etwa, ein solches, das eine beruhigende, einschläfernde oder gar narkotisierende Wirkung entfaltet. Wer im Kranken nur einen sich verhaltenden Organismus sieht und Medikamente aussucht, welche diesem eingeschränkten Bild des Kranken entsprechend lediglich erregend oder hemmend wirken, kann wohl sehen, wie gehemmte Kranke unter einem Weckamin oder einem Monoaminoxidasehemmer lebhaft und erregte mit Barbituraten ruhig werden.

Damit ist aber noch gar nichts entschieden über eine Besserung oder gar Heilung der Krankheit. Wohl kommt es vor, dass das Einwirken auf das nach aussen tretende Verhalten gelegentlich auch eine tiefer gehende Umgestaltung des krankhaften Geschehens und Erlebens in Sinne einer Besserung oder Heilung nach sich zieht; dies ist aber nicht immer der Fall und man kann darüber nichts sagen, solange das Erleben des Kranken grösstenteils oder gar ganz unberücksichtigt bleibt. Vielmehr zeigt eine phänomenologische Untersuchung oft, dass die Kranken von solchen Behandlungen gar keine Besserung ihres

Zustandes erleben. Sie berichten etwa: "Vorher war ich bloss depressiv, jetzt bin ich genau so depressiv wie vorher, dazu noch aufgeregt," oder wir hören: "Früher konnte ich wenigstens meine Wut und Erregung nach aussen entladen und mich so erleichtern, nun bin ich durch die Medikamente wie gelähmt, in mir drinnen aber kocht es wie zuvor und ich leide noch mehr."

Was uns als ideale psychopharmakologische Therapie vorschwebt, ist etwas ganz anderes. Wenn es nämlich gelingen würde, eine Beeinflussung der psychotischen Vorgänge selbst herbeizuführen, müssten die Symptome verschwinden, weil die sie ermöglichenden Grundlagen nicht mehr gegeben sind. Derartige Wirkungen würden sich nur durch Erlebnisanalyse beim Kranken, nicht aber am Gesunden und erst recht nicht am Tier beobachten lassen. Voraussetzung dazu ist freilich, dass man phänomenologisch untersuchen kann, was schwierig ist und mühsam während Jahren gelernt werden muss.

Ferner muss man die durch die phänomenologische Psychopathologie gefundenen Abwandlungen des Erlebens, welche als typisch für die endogenen Psychosen erkannt sind, kennen.

Bei den *Schizophrenen* findet der Psychopathologe in der phänomenologischen Analyse einen Verlust der "Mirzugehörigkeit" der psychischen Akte, sodass der Kranke den Eindruck hat, nicht er denke, sondern man gebe ihm Gedanken ein; er fühlt sich beeinträchtigt und klagt darüber, dass man ihm Stimmen, Denkstörungen und ihm selbst fremde Impulse mache und ihn zwingt, sich in einer bestimmten, von ihm selbst gar nicht gewollten Art zu verhalten.

Bei nicht allzuschwer Kranken, welche die Fähigkeit noch haben, zu diesen Erlebnissen Distanz zu gewinnen, ohne sie freilich ganz objektivieren zu können, lässt sich zeigen, dass Chlorpromazin und andere (nicht alle) Phenothiazine, sowie mit gewissen Einschränkungen auch Reserpin, zu einer Abwandlung des krankhaften Erlebens führen; das Ich gewinnt wieder an Macht über sich selbst. Das erscheint auf den ersten Blick gesehen sonderbar; denn die hypnotischen, das Bewusstsein trübenden Eigenschaften der erwähnten Medikamente wirken eher in der entgegengesetzten Richtung. Deshalb stellt sich der relativ spezifische, therapeutische Effekt erst nach einiger Zeit ein, wenn die unspezifischen Wirkungen auf das Bewusstsein und die neurovegetativen Wirkungen der Medikamente zurücktreten.

Mit dem Wiedergewinnen der Ich- oder Mirzugehörigkeit der psychischen Akte kann sich das Ich von seinen krankhaften Erlebnissen distanzieren. Eine exaktere, phänomeno-

logische Beschreibung zeigt, dass dabei die Stimmen in die Ferne rücken, von weiter her zu kommen scheinen und leiser tönen. Der Wahn erscheint weniger bedrohlich und der Zwang, entsprechend den krankhaften Erlebnissen zu handeln, tritt zurück. Zugleich wird der Gedankengang geordneter. All das hängt mit der Macht und Ohnmacht des Ich zusammen.

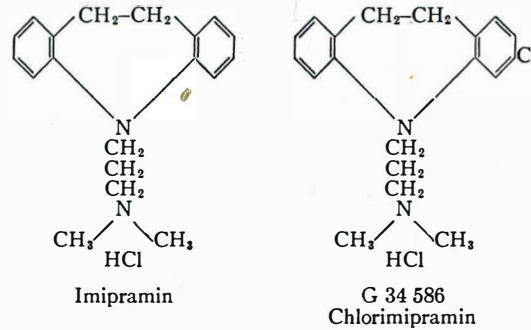
Die Erlebnisanalyse solcher Kranken lässt nun aber auch die Grenzen des Einflusses der Medikamente erkennen. Ausser in Fällen, die an sich eine gute Prognose haben, tritt das krankhafte Erleben meist nicht ganz zurück. Es bleibt ein Residualwahn, oder der Wahn und die Halluzinationen gestalten sich bloss um. So treten etwa neue Verfolger auf, während alte unbeachtet bleiben. Gerade Arzt und Pflegepersonal werden in die Auseinandersetzung der Kranken mit sich selbst und ihrer Welt einbezogen. Das ist für psychotherapeutische Eingriffe von Bedeutung.

Beim *Depressiven* oder *Melancholiker*, wie wir auch sagen, liegt ein vom Schizophrenen vollständig verschiedenes Erleben vor. Dieses ist viel leibnäher. Der Kranke ist müde, gehemmt, verlangsamt im Denken und im Handeln. Er fühlt sich leiblich und seelisch bedrückt, beengt und hat die Fähigkeit, sich zu freuen, verloren. Diese Symptome zeigen meist Tagesschwankungen mit morgendlicher Verschlimmerung und eine Periodizität im weiteren zeitlichen Verlauf. Der Kranke hat aber nie den Eindruck, dass andere ihm die Hemmungen oder die Gedanken machen. Die Phenothiazine die man heute kennt, wirken nicht auf die Depression, ausser bei agitierten Formen, deren Erregung sie wie irgendein Schlaf- oder Betäubungsmittel dämpfen. Reserpin verschlimmert oft sogar die Depression, was wieder eigene, interessante Probleme aufwirft. Bei Depressionen wirkt nun aber ein chemisch anders gebauter Stoff, das Imipramin. Dieses hat beim Gesunden, in therapeutischen Dosen wenigstens, keine euphorisierende Wirkung, eher das Gegenteil. Deutlicher ist ein sedativ-hypnotischer Effekt bei neuen, von der J. R. Geigy A.G. synthetisierten Stoffen, gewissen Stilbenderivaten, die chemisch zwischen den Iminodibenzolen und den Phenothiazinen stehen, den therapeutischen Effekt auf Depressionen aber trotz der sedativen Wirkung haben. Das Erlebnis der Wirkung von Imipramin und andern Iminodibenzolen wie dem Chlorimipramin und verschiedenen Stilbenen besteht in der Befreiung von Müdigkeit, Hemmung; Druck, insofern diese depressive Symptome sind, und der Rückkehr der Fähigkeit, sich zu freuen. Je reiner die Depression im vitalen Bereich erlebt

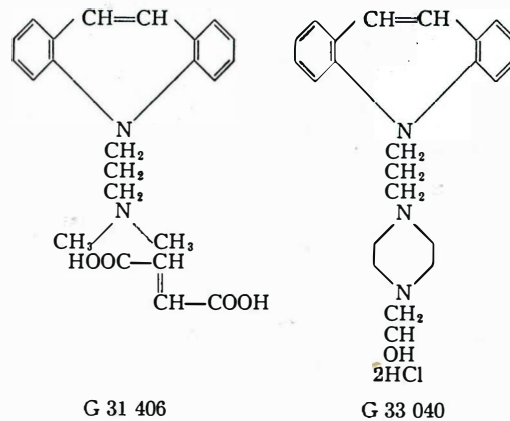
und je weniger sie psychisch ausgelegt und verarbeitet wird, etwa im Sinne von Selbstanklagen und des Versündigungswahnes, desto eindeutiger und durchsichtiger ist die Wirkung dieser Substanzen.

Die Bedeutung der phänomenologischen

Antidepressive Wirkung vorhanden:

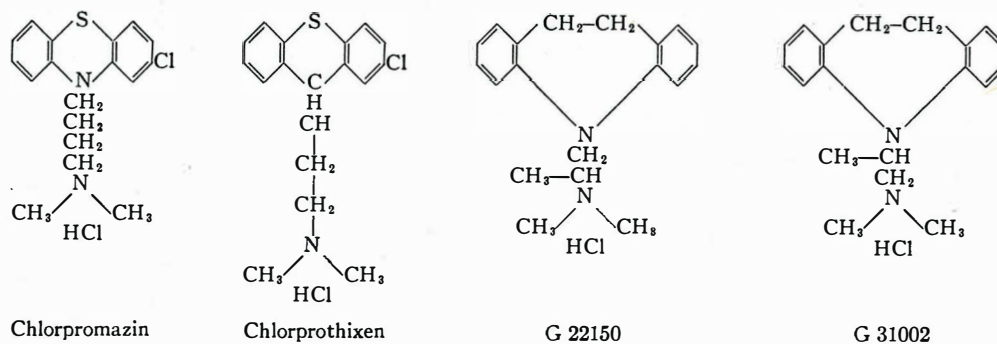


Imipramin und G 34 586 antidepressiv ohne oder mit geringem, sedativem Effekt



G 31 406 und G 33 040 antidepressiv mit deutlichem bis starkem, sedativem Effekt

Keine antidepressive Wirkung:



G 22150 und G 31002 zeigen unter gewissen Bedingungen hervorragende, sedative Wirkungen ohne irgendeinen antidepressiven Effekt

Erlebnisanalyse tritt noch deutlicher hervor in wissenschaftlichen Untersuchungen. Als Beispiel seien die Ergebnisse einiger Prüfungen verschiedener Substanzen auf ihre Wirkung auf Depressionen tabellarisch zusammengestellt.

Man könnte sich fragen, warum hier im Rahmen einer Phänomenologie der Wirkung psychopharmakologischer Medikamente nicht in erster Linie von der Angst gesprochen wurde. Darauf ist folgendes zu erwidern: So sehr sich die Angst als Symptom von psychischen Störungen in den Vordergrund drängt und soviel auch davon in der wissenschaftlichen und populären Literatur geschrieben wird, so ungeeignet ist die Angst, um in Praxis oder Forschung als Leitsymptom für die Anwendung oder Prüfung von Medikamenten zu dienen, da es sich um ein ganz unspezifisches Symptom handelt.

Nachdem wir nun über den Einfluss der Psychopharmaka auf die Symptome der Psychosen, auf Verhalten und Erleben der Kranken gesprochen haben, bleibt die andere, sehr viel schwierigere Aufgabe, den Verlauf und damit das, was man heutzutage gerne "Psychodynamik" nennt, darzustellen. Die beiden Begriffe decken sich zwar keineswegs. Der erstere kann naiv und klinisch gefasst werden, der zweite ist ein aus der Psychoanalyse Freuds stammender, wissenschaftlich-technischer Begriff, dessen Sinn in den letzten Jahren sich mannigfaltig gewandelt und verflacht hat.

Wir betrachten zunächst den klinischen Verlauf der sicheren Schizophrenien unter Ausschluss der unklaren oder wahrscheinlich organisch bedingten Psychosen und der epileptischen und manisch-depressiven Erkrankungen mit äusserlich ähnlichen Manifestationen. Viele Schizophrenien heilen völlig spontan, teilweise oder ganz, ab, trotz mehr oder weniger zweckmässiger, ärztlicher oder anderer Massnahmen. Sie kehren oft wieder oder bleiben ganz oder teilweise geheilt. Ob ein absolut oder relativ günstiger Ausgang mit Medikamenten häufiger eintritt als ohne, weiss man heute mit hinreichender Sicherheit nicht. Entsprechende Untersuchungen sind sehr schwer durchzuführen und erfordern vor allem jahrelange Beobachtungen. Sicher nehmen aber nach wie vor trotz der Pharmakotherapie, wie schon bei allen früheren Behandlungen, viele Schizophrenien den bekannten, katastrophalen Verlauf. An schweren, chronischen Zuständen können zwar die neuen Medikamente manches bessern, aber grundsätzlich nichts ändern. Wenn zutrifft, was wir vorhin über eine Beeinflussung der vermutlichen, schizophrenen Grundstörung durch Phenothiazine und Reserpin gesagt haben, dann fragt es sich, ob eine geschickt geführte, sehr lange, vielleicht lebenslang fortgesetzte Behandlung nicht doch wenigstens einzelne Kranke vor dem Versinken in ein chronisch-unproduktives Stadium bewahren kann, vorausgesetzt, dass die Medikamente über genügend lange Zeit wirksam

bleiben. Vielleicht verhält sich Reserpin in dieser Beziehung günstiger als die meisten Phenothiazine.

In Bezug auf den Verlauf von Depressionen unter den bisher einzig sicher, relativ spezifisch wirkenden Substanzen der Iminodibenzyl- und Stilbengruppe kann man zusammengefasst sagen: Die Wirkung ist insofern rein symptomatisch, als beim Absetzen des Medikamentes während der Zeit, welche die Psychose bei spontanem Ablauf gedauert hätte, mit einem Rückfall zu rechnen ist. Es gibt jedoch Fälle, bei denen es nach längerer Dauer nur eines äusseren Anlasses bedarf, um den Kranken aus der Depression zu reissen. Diese bleiben nach kurzer Behandlung geheilt.

Vorläufig haben wir keine Anhaltspunkte dafür, dass Depressionen, die mit Imipramin behandelt werden, häufiger zu Rückfällen neigen als solche, die ohne Therapie verlaufen. Der Umschlag von einer depressiven in eine manische Phase scheint weitgehend konstitutionell bedingt zu sein und sich bei entsprechender Veranlagung unter Imipramin gerade so zu vollziehen, wie im spontanen Verlauf oder nach Elektroschock. Chronische Depressionen machen eine Dauermedikation mit Imipramin notwendig.

Das Imipramin führt bei längerem Gebrauch oft, sicher nicht immer, zur Gewöhnung (und dementsprechend zu Abstinenzerscheinungen), nicht aber zur Sucht. Vielleicht tritt die Gewöhnung vor allem ein, wenn es im freien Intervall genommen wird und das Medikament kann einen Rückfall im Allgemeinen nicht verhüten. Es ist ferner möglich, dass es aus denselben Gründen gelegentlich beim zweiten behandelten Schub nicht mehr ebensogut wirkt wie beim ersten. Durch parenterale Verabreichung, Kombination mit Elektroschock, intermittierende Reserpinbehandlung und wahrscheinlich auch durch interkurrente Erkrankungen mit Fieber oder durch künstlich erzeugtes Fieber kann die Substanz wieder wirksam werden. Die Stilbene beheben Abstinenzerscheinungen von Imipramin nicht und sind wirksam bei Kranken, die an Imipramin gewöhnt sind.

Wir müssen uns nun der schwierigen Frage nach dem psychodynamischen Aspekt der Wirkung psychopharmakologischer Medikamente auf Psychosen zuwenden.

Haben wir irgendwelche Anhaltspunkte dafür, dass die Psychopharmaka in die dynamisch-ökonomischen Vorgänge im Sinne der psychoanalytischen Theorie Freuds eingreifen oder gar, ob sie auf diesen Wegen ihren Einfluss auf die Psychose ausüben? Die Phenothiazine, Reserpin und Imipramin können die Triebhaftigkeit des Menschen beein-

flussen. Einzelne Stoffe steigern oft das Bedürfnis nach Nahrungsaufnahme und gelegentlich auch den Geschlechtstrieb, in andern Fällen setzen sie den letzteren herab und führen zu Potenzstörungen. Dann wieder sehen wir eine durch Depressionen bedingte Impotenz und Homosexualität unter Imipramin verschwinden. Die Wandlungen im Antrieb haben in psychoanalytischer Sicht ihre dynamisch-ökonomische Seite und hängen mit dem Triebleben zusammen.

Nun stellt aber in der Psychoanalyse die dynamisch-ökonomische Betrachtungsweise mit der "deskriptiven", die sich einer phänomenologischen Erlebnisanalyse nähert, eine Einheit dar. Wenn wir den Begriff "Psychodynamik" möglichst ohne theoretische Voreingenommenheit fassen, können wir sagen, er zielt auf jene Mächte, welche die Erlebnisse konstituieren und damit die Bewegung des Seelenlebens in Gang halten. So liegt es denn nahe, zu fragen, ob Erlebnisse an der Entstehung von Psychosen beteiligt seien und in welchem Wechselspiel sie mit triebbedingten Kräften stehen. Erst dann könnte gefragt werden, ob und wie Psychopharmaka psychodynamisch wirken. Ueber all das ist noch sehr wenig bekannt, sodass wir uns mit wenigen Andeutungen begnügen müssen.

Wir betrachten zunächst die Depressionen. Diese entstehen zwar meist endogen, doch gibt es auch durch schwerwiegende Erlebnisse, Todesfälle geliebter Angehöriger, Liebesenttäuschungen und materielle Verluste ausgelöste. Die Erscheinungsbilder dieser Depressionen unterscheiden sich von endogenen oft nicht und Kranke, die zu reaktiven Depressionen neigen, erkranken im weiteren Verlauf ihres Lebens nicht selten auch an endogenen. Imipramin wirkt auch auf die reaktiven Depressionen, und das heisst, auf die eine abnorme Verarbeitung von Erlebnissen bedingenden und ermöglichenden, offenbar letztlich biologisch bestimmten Gegebenheiten, über die wir kaum etwas wissen.

Bei den Schizophrenen sind die Verhältnisse an sich schon viel undurchsichtiger als bei den Depressiven und ebenso die durch Medikamente aufgegebenen Probleme.

Wie das Entstehen, so überblicken wir auch das Abklingen einer Depression besser als das Vorübergehen eines schizophrenen Schubes (2). Die Heilung einer Depression kann sich wie diejenige einer körperlichen Krankheit vollziehen und als einfache Tatsache wie selbstverständlich hingenommen werden. In andern Fällen wird die Heilung als äusserst beglückend erfahren, wobei meist eine mehr oder weniger ausgesprochene Tendenz zum Umschlag in eine maniforme oder manische

Phase vorliegt. Endlich gibt es eine dritte Gruppe von Kranken, auf die Kraepelin (3) hingewiesen hat, deren Verhalten zwar eine deutliche Besserung anzeigt, die eine solche aber bestreiten und offenbar in ihrem Erleben nicht vollziehen können, obschon die biologischen Grundlagen scheinbar nicht mehr bestehen. Ferner ist der spontane Verlauf durch grosse Schwankungen in der Endphase ausgezeichnet, wobei eine recht gute Besserung wieder durch schwere Rückfälle gestört wird. Genau dasselbe findet sich bei der Imipraminbehandlung, was darauf hinweisen mag, wie nahe sich offenbar doch der spontane Verlauf und der durch Imipramin ausgelöste therapeutische Effekt stehen.

Wenn Imipramin eine Depression zum Verschwinden gebracht hat, sehen wir beim einen Kranken eine vollständig normale Verarbeitung schwerer Erlebnisse wie eines Todesfalles in der Familie oder einer Liebesenttäuschung, während andere Kranke unter diesen Umständen mit einem Rückfall reagieren, der dann als reaktive Depression erscheinen kann.

Es wäre nun von der Bedeutung der Psychotherapie für die Führung und Unterstützung der psychopharmakologischen Behandlung zu sprechen und umgekehrt die Rolle zu erörtern, welche die Medikamente in der Psychotherapie zu spielen berufen sind. Nur die intensive, psychotherapeutische Ueberwachung des Kranken kann letztlich Aufschluss geben über die eigentlich bewegenden Mächte, die zusammen mit den Medikamenten die Besserung und Heilung herbeiführen oder diese trotz Medikamenten versagen. Die psychoanalytischen Vorstellungen sind lediglich eine erste Annäherung an die Probleme. Sie formulieren diese oft in einer dem Wesen der Sachverhalte nicht angepassten Sprache und führen damit in die Gefahr, die Zusammenhänge eher zu verhüllen als zu klären. Vorläufig wissen wir noch viel zu wenig, um bereits bestimmte Aussagen machen zu können. Es scheint sich aber anzudeuten, dass die Psychopharmaka und die Psychotherapie sich recht nahe begegnen. Durch die neuartigen Medikamente ergeben sich im Verlauf der Psychotherapien Umgestaltungen, welche diese nicht nur erleichtern und oft sogar erst ermöglichen, sondern auch viel eingreifender gestalten, weshalb eine Psychotherapie unter Medikamenten ganz besondere Vorsicht erfordert.

Wir schliessen mit einigen Sätzen aus den Aphorismen von Goethe, welche die gegenwärtige Situation in Forschung und Praxis der Psychopharmakologie treffend beleuchten, geht es doch in der Wissenschaft immer um dieselben Probleme: "Man kann

von verschiedenen Seiten in eine Wissenschaft herein- oder auch zu einem einzelnen Phänomen herankommen, und von dieser ersten Ansicht hängt sehr oft die ganze Behandlung des Gegenstandes ab. Gibt man hierauf in der Geschichte des Wissens wohl acht, bemerkt man genau, wie gewisse Individuen, Gesellschaften, Nationen, Zeitgenossen an eine Entdeckung, an die Bearbeitung eines Entdeckten herankommen, so klärt sich manches auf, was ausserdem verborgen bliebe oder uns verwirrt machte."

LITERATUR

1. WYRSCH, J. Geschichte der endogenen Psychosen (Thieme, Stuttgart, 1956); Die Person des Schizophrenen (Haupt, Bern, 1949).—2. Vgl. zu diesem Punkt ENGELMEIER, M. P. Zum Erlebnis der Behandlung und der Besserung bei depressiven Kranken. In La Revue Lyonnaise de Médecine, Sondernummer über "Therapeutische Gespräche deutscher und französischer Psychiater," S. 81-9.
- 3. KRAEPELIN, E. Psychiatrie, Bd. III, Teil 2, 8. Auflage (Leipzig, 1913), S. 1283.

