

**Dr. Christian Meusburger**

## **„Arme Schlucker? - zur Psychodynamik der Psychopharmaka“**

(Vortrag im SAP am 24.9.2018)

### **Das Medikament als Versuch, die Seele in den Griff zu bekommen**

Manuela Di Franco hat in ihrem Buch „Die Seele“ das folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „Das Seelische ist nicht unabhängig vom Körperlichen zu denken, und über das Seelische, das Unkörperliche, kann nicht gesprochen werden, ohne vom Körperlichen zu reden“<sup>1</sup>. Diese Aussage lässt darüber sinnieren, dass es uns vielleicht eingeschrieben ist, dass wir ständig an uns arbeiten müssen, um Veränderungen am Körper, an der Persönlichkeit und der Psyche, an den Beziehungen etc. zu erreichen und dass dies offensichtlich nicht von Natur aus geschieht. „Spätestens seit Anbruch der Moderne sind Anthropotechniken<sup>2</sup>, nicht nur als therapeutische Korrekture zu auftretenden Defekten oder Abweichungen, sondern tendenziell immer auch als psychische, pädagogische und materielle Entwurfs-, Kontroll- und Verbesserungstechniken gedacht worden.“<sup>3</sup>, schreibt der Philosoph Liessmann.

Auch Freud bediente sich dieser Ideen, als er die Triebdynamik und den psychischen Apparat erfand, die durchaus Analogien zur damaligen industriellen Revolution hatten, etwa, wenn vom Triebstau, Triebventilen oder komplizierten Umleitungen der Affekte die Rede war. Es folgten dann historisch noch viele Versuche, den Menschen als mechanisches Wesen zu verstehen. Heutzutage arbeiten daran die „Bioingenieure“, die noch an eine biologische Zukunft glauben, indem sie das genetische Material modifizieren und die „Transhumanisten“, die mithilfe der künstlichen Intelligenz den Menschen überhaupt durch Maschinen ablösen möchten.

Meine These ist, dass auch den Medikamente diese Funktion zugeschrieben wird, nämlich das unfassbar-geheimnisvolle Immaterielle, wie es das Psychische darstellt, durch die materielle Repräsentanz des Pharmakons (*φάρμακον* Gift, Droge, Arznei) in den Griff zu bekommen.

Es ist genau dieses Geheimnisvolle, nicht Greifbare des Psychischen, das den Motor für die ständige Suche nach handfesten, materiellen Antworten antreibt. Diese Suche hat angstbindende Funktion, halten wir Menschen doch Unklarheit, Diffusität und Unerklärliches

---

1 Manuela di Franco, Die Seele, Reclam 2009

2 William Stern, Psychologe, Person und Sache, 1923

3 Konrad Paul Liessmann, Neue Menschen, Zsolnay, 2016

schlecht aus. Vielleicht ist das sogar unbewußt ein wesentlicher Motor für die Entwicklung der Naturwissenschaften.

Die Tatsache, dass neuerdings vor viele wissenschaftliche Kategorien das Präfix „Neuro“ gesetzt wird, soll wohl diesen Prozess beschleunigen und ihm eine wissenschaftliche Seriosität verleihen, die z.B. der Psychoanalyse, aber auch manchen Geisteswissenschaften abgesprochen wird. Das Gehirn wird so zum Symbol für alles menschlich-Materielle gemacht.

Diese Wandelbewegungen zwischen der neurophysiologischen und psychologischen Sichtweise sind auch ganz gut in der Geschichte der Psychiatrie abgebildet, speziell in der Geschichte des Wahnsinns, der aufgrund seiner befremdlichen Struktur für alle Menschen immer eine spezielle Herausforderung darstellt.

*Ich vertrete dabei den Standpunkt, dass es zwei menschliche Urängste gibt: Einerseits die Angst vor dem Sterben und andererseits die Angst verrückt zu werden, was in beiden Fällen bedeutet, die Kontrolle, das Bezugssystem zu verlieren. Während im Wahnsinn der Bezug zur materiellen Welt verloren geht, lösen sich im Sterben alle Bezüge auf.*

Die Psychiatrie hat viele Verwandlungen durchgemacht, bis sie eine modernen Wissenschaft geworden ist: Waren es anfangs die Schamanen und Priester, die die Irren durch Exorzismus heilen wollten, weil sie meinten, dass sie von einer bösen Macht besessen seien, kamen später die Polizisten hinzu, die sie einsperrten, ebenfalls, weil sie den Verhaltensstörungen der Kranken etwas Böses unterstellten und in ihnen eine Gefahr für die Gesellschaften sahen. Erst die naturwissenschaftliche Medizin hielt psychische Auffälligkeiten weder für Besessenheit noch für Delinquenz, sondern versuchte diese als Abnormitäten des Menschlichen zu verstehen, nämlich als *Krankheiten*. Die Erfahrung, dass jede Form des Körperschocks (Eisbäder, Fieber-, Insulin- und Elektroschock) eine Veränderung der Symptomatik einer akuten Psychose bewirkte, ließ auf einen hirnganischen Grund schließen. Die Wirksamkeit der Medikamente, von denen man annimmt, dass sie ausschließlich organisch wirken, bestärkte diese Hypothese.

Allerdings entwickelte Freud bereits 50 Jahre zuvor die Psychoanalyse und legte damit den Grundstein, nicht nur für die gesamte Psychotherapieentwicklung, sondern auch für einen Blick auf das Seelische abseits rein naturwissenschaftlicher Prädiktoren.

Dies bildet sich schön in der Geschichte der Amerikanischen Psychiatrie ab, die in den 50-er Jahren, bevor die 2. biologische Welle in der Psychiatrie begann, in der die modernen Psychopharmaka entwickelt wurden, Psychiatrie und Psychoanalyse weitgehend als Einheit sah und dies auch lehrte, nach der Entwicklung der Medikamente aber wieder ein Zug in Richtung biologischer Sichtweisen entstand, der bis heute anhält, unterstützt von genetischer und neurobiologischer Forschung.

Es gibt allerdings auch Tendenzen die beiden Bereiche wieder zusammenzubringen. Stichworte sind Neuropsychoanalyse, Embodied Cognitive Science<sup>4</sup>, wo versucht wird das Körperliche und Seelische gemeinsam zu denken und experimentell darzustellen.

---

<sup>4</sup> Marianne Leuzinger-Bohleber, Finding the Body in the mind, aus Küchenhoff, 2016

In der täglichen Praxis werden allerdings nach wie vor diesen Bemühungen ignoriert, denn es sind oft die Patienten und Patientinnen, die die Separierung des Körperlichen und Psychischen aufrecht erhalten, wahrscheinlich weil organische Leiden auch mehr Akzeptanz versprechen als seelische.

Dies zeigt sich dann im institutionellen Rahmen, wenn Ärzte und Ärztinnen Medikamente verschreiben und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die seelische Behandlung übernehmen. Die institutionelle Spaltung wird letztlich durch die Einführung von unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Honorarkatalogen für Psychotherapie und Medizin zementiert.

Analog dazu besteht daher die Überzeugung, dass Medikamente, als materielles Agens ausschließlich organisch und Psychotherapie ausschließlich seelisch wirksam sei. Psychotherapie sollte hier als „Therapie mit psychischen Mitteln“ verstanden werden, nicht als „Therapie der Psyche“.

Dass diese Bereiche aber nicht streng getrennt werden können zeigt die Tatsache, dass ca. 20% der Medikamentenwirkung, und zwar aller Medikamente, einen *Plazeboeffekt*, also eine nicht pharmakogene Wirkung haben und auch Psychotherapie körperliche Veränderungen bewirkt, was durch funktionelle MRT-Bilder objektiviert werden kann.

*Um zum eigentlichen Thema „Psychodynamik der Medikamente“ zu kommen, möchte ich die folgenden Bereiche etwas genauer unter die Lupe nehmen, um dann herauszuarbeiten, wie diese Elemente miteinander zusammenhängen, welche Dynamiken bestehen und welche praktischen Konsequenzen sich möglicherweise daraus ergeben:*

- 1. Das Medikament und die Psychiatrie**
- 2. Die Patienten, die Ärzte, die Psychotherapeuten**
- 3. Der Weg zu einer Integration psychopharmakologischer und psychodynamischer Perspektiven**

### **1. Das Medikament und die Psychiatrie:**

Ein positives Vorurteil gegenüber Psychopharmaka ist, unterstützend und regulierend in biologische Prozesse einzugreifen, dadurch das Leben lebenswerter, weniger leidvoll zu machen oder es möglicherweise sogar zu verlängern. Die Pharmaindustrie verhält sich entsprechend, indem sie die Vorteile der Produkte laut hervorhebt, Nachteile im Kleingedruckten mehr oder weniger schamhaft versteckt und negative Studien oft überhaupt nicht publiziert. Selbst pharmakologische Spezialisten können nicht mit Sicherheit sagen, wie welches Medikament genau an welchem Wirkort bei welchen Menschen wirkt, bzw. welche Langzeitfolgen es haben wird.

An diesem Punkt gibt es schon länger die Kritik, dass Medikamente für Kinder nicht Medikamente für Erwachsene nur in kleinerer Dosierung sein können, sondern, aufgrund des eigenen kindlichen Stoffwechsels speziell für Kinder gemacht werden müssten. Auch auf geschlechtsspezifische Medikation oder spezielle Medikamente für alte Menschen wird

in der pharmakodynamischen Forschung erst langsam Rücksicht genommen (Gendermedizin, Altersmedizin).

Daneben gilt es auch noch die genetische Spezifität verschiedener Völker zu beachten, z.B. wenn Ostasiaten aufgrund eines spezifischen Enzymmangels in der Leber Alkohol nicht so gut abbauen können, wie Menschen aus dem Westen, was zu einer schlechteren Alkoholverträglichkeit führt.

Neben dieser *biologischen Variabilität* besteht wegen des individuellen Leidensdrucks, unterschiedlicher Erwartungshaltung an und Vorerfahrungen mit Substanzen auch eine erhebliche *psychische Variabilität* bezüglich der Medikamenteneinnahme. Besondere Ängstlichkeit, Unsicherheit, aber auch Sorglosigkeit, Verleugnung von Gefahren, falsche Analogieschlüsse, die mit der Einnahme verbunden sind und allgemeinen, das was als *Compliance* oder *Adherence* genannt wird, zählen dazu.

Diese Komplexität zeigt sich immer im Verlauf der Behandlung, wobei die Frage schwierig zu beantworten ist, ob die individuellen Reaktionen auf die Medikation nur eine psychische ist oder ob sie nicht auch jene Unschärfe repräsentiert, die jedem Psychopharmakon eingeschrieben ist.

An dieser Stelle lohnt ein Blick in die **Geschichte der Psychiatrie**, die die Ambivalenz zwischen Psychotherapie und biologischen Methoden aufzeigt und deren Repräsentanten auch versuchten beides gleichwertig zu sehen oder kombiniert anzuwenden. Manchmal kam es deshalb dazu, dass primär psychotherapeutisch orientierte Ärzte zu „Biologen“ wurden, etwa ein Dr. Joseph Wortis, der 1934 aus den USA nach Wien kam, um bei Freud eine Lehranalyse zu machen, dann aber, als er die Insulinkur bei Manfred Sakel im AKH kennengelernt hatte, der Psychoanalyse den Rücken kehrte.<sup>5</sup> Zu dieser Zeit war die Amerikanische Psychiatrie ganz auf die Psychoanalyse ausgerichtet, weswegen die psychiatrischen Publikationen fast ausschließlich psychotherapeutische Inhalte hatten, während die biologischen Artikel in neurologischen Journalen publiziert wurden.

Diese Wellen in der Identität der Psychiatrie gibt es bis heute, allerdings in einer viel grösseren Differenziertheit, als vor hundert Jahren.

*Zurück zu den Medikamenten:*

Ganz allgemein kann als Ziel der Medikamentengabe weniger die spezifische Behandlung von *Krankheiten* genannt werden, als die Beeinflussung der durch die Krankheiten entstandenen *Symptome*. Wobei dies auch nicht stimmt, denn die Medikamente wirken streng genommen auch nicht auf Symptome ein, sondern auf bestimmte neurophysiologische Strukturen im Gehirn, also auf Hirnareale. So hemmen oder aktivieren sie z.B. die Qualitäten des limbischen Systems oder erhöhen die Filterfunktion des Thalamus, greifen in Regelkreise der Synapse ein, etc.

Es sind im Wesentlichen drei symptomatische Ziele, die mit der somatischen Therapie verändert werden sollen: **die Erregung, die Schlaflosigkeit und die Antriebsstörung.**

---

<sup>5</sup> Geschichte der Psychiatrie, Edward Shorter, rowohlt's Enzyklopedie, S.319

Die *Sedierung* von erregten Patienten und Patientinnen war immer schon ein therapeutisches Ziel besonders der klinischen Psychiatrie, in der man es meist mit schwer Kranken zu tun hat. Beruhigung soll erreichen, dass sie sich nicht selbst oder andere verletzen und dass wieder vernünftige Gespräche geführt werden können. Dazu gab es vor der modernen psychopharmakologischen Ära eine Reihe von Substanzen, die dazu verwendet wurden.

Dazu zählten:

*Abführmittel gegen Psychosen* mit der Hypothese, dass die in den Gedärmen angesammelten Gifte den Menschen in den Wahnsinn trieben.<sup>6</sup> Sogenannte *Kathartika*, wie das *Crotonöl*. Die Vorstellung der Vergiftung des Körpers und damit des Geistes ist uralt. Diäten, Hungerkuren, Aderlass, Fasten und andere ausleitende und equilibrierende Therapieverfahren haben Tradition. In letzter Zeit ist auch in der Organmedizin das Augenmerk wieder vermehrt auf den Darm gerichtet, dessen Neuronengeflechte neuerdings als „Bauchgehirn“ bezeichnet werden, womit ein Zusammenhang zwischen Verdauung, Ausscheidung, Denken und Fühlen hergestellt werden soll.

*Opium*, das jahrhundertlang den Wohlhabenden als Beruhigungsmittel gedient hatte.

*Nieswurz*, ein pflanzliches Heilmittel, das den Herzschlag verringerte und Übelkeit hervorrief.

*Alkaloide*, die bald auch chemisch hergestellt wurden. Das Wichtigste war das *Morphium*, das auch subkutan verabreicht werden konnte und bis heute als Schmerzmittel, Sedativum und Hypnotikum (bei Narkosen) im Einsatz ist.

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts kamen die sog. alkalischen Präparate in Mode, das *Hyosyamin* und davon abgeleitet das *Skopolamin*.

Sehr beliebt, weil man es zu Hause einnehmen konnte und dazu keine Klinik brauchte, war *Chloralhydrat*, das bei unruhigen und depressiven Patienten und Patientinnen wirkte, nicht aber bei psychotischen. Virginia Woolf war eine der berühmten Chloralhydratsüchtigen.

Aus *Morphium* wurden chemisch künstliche Morphinabkömmlinge synthetisiert, z.B. das *Apomorphin*, das als Brechmittel eingesetzt wurde. Das Ziel war, die Patienten und Patientinnen durch das andauernde stundenlange Erbrechen so zu ermüden, dass sie sich dann aus Erschöpfung beruhigten.

Ende des 19.Jhds. wurden die *Bromide* eingesetzt, dessen Salz Schläfrigkeit hervorruft und das in der Epilepsiebehandlung und bei psychogenen Anfällen, zur Suchttherapie und bei Manien verwendet wurde.

---

<sup>6</sup> ebd. S. 297

Die *Barbiturate* waren über die gesamte erste Hälfte des 20. Jahrhundert die wichtigsten Medikamente zur Sedierung und schlafanstoßenden Behandlung. Sie wurden unter verschiedenen Namen von verschiedenen pharmazeutischen Firmen angeboten (Luminal, Veronal, Medinal, ...), wobei es einen sozialen Shift gab. Während die teuren Barbiturate hauptsächlich in Privatkliniken verwendet wurden, wurde in den staatlichen psychiatrischen Kliniken weiterhin das billige Brom und Chloral verwendet. Wegen der hohen Toxizität und der Tatsache, dass die Barbiturate häufig für Suizide verwendet wurden, sind sie heute nur mehr in strenger Indikation verschreibbar. Aus der Psychiatrie sind sie verschwunden.

Zitat des Historikers Shorter: „Das gebräuchteste Anxiolytikum war der Phenobarbitaltrunk. Er war rosafarben und viele Patienten und Patientinnen, meistens Frauen, trugen ihr rosa Medizinfläschchen mit sich herum und nahmen je nach Bedarf einen Teelöffel“<sup>7</sup>

Die Begeisterung für die sedierende Medikation war so gross, dass sie für die *Dauerschlaftherapie* verwendet wurde, wobei man erregte, psychotische Patienten und Patientinnen für mehrere Tage in den Dauerschlaf schickte, um durch die Reizdämpfung eine anhaltende Beruhigung zu schaffen, damit die Patienten und Patientinnen wieder einer psychotherapeutischen Behandlung zugänglich wurden. Ich habe selbst noch Truxal-Schlafkuren als junger Psychiater erlebt. Wegen der starken Nebenwirkungen und der Gefahr von Kreislaufversagen und von Pneumonien ist dieser „bio-psycho-Reset“ heute obsolet.

Nach der „ersten biologischen Psychiatrie“ im 19. Jahrhundert kehrte die „zweite biologische Psychiatrie“ in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wieder auf die Bühne zurück und verdrängte die Psychoanalyse. So wurde die Psychiatrie wieder in die medizinische Tradition eingereiht, aus der sie ja eigentlich kam, in der sie aber immer eine Aussenseiterdisziplin blieb und bis heute ist. Für andere Mediziner oft mysteriös, wenig fassbar und daher nicht zum Establishment der Medizin gehörend erleben sich auch heute viele Fachärzte und Fachärztinnen.

Ich sehe es allerdings gerade als Aufgabe der modernen Psychiatrie, diese Janusköpfigkeit zu akzeptieren bzw. die Ambivalenz des Somatopsychischen oder Psychosomatischen auszuhalten und zumindest in den Behandlungen möglichst aufzulösen, wenn sie schon nicht überwunden werden kann.

Die Entwicklung neuer Medikamente in den 50iger Jahren, die oft auf Zufällen beruhte, hat die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten deutlich erweitert. Waren früher die Patienten und Patientinnen meist auf ein Krankenhaus angewiesen, erlaubte die Medikation eine Freiheit, die vorher nicht möglich gewesen war. Dies führte nicht nur zu einer Entstigmatisierung psychisch Kranker, sondern ganz allgemein zur Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten, wie z.B. der Entwicklung der Sozialpsychiatrie.

Die modernen Psychopharmaka kann man grob in 3 grosse Gruppen einteilen: **die Antidepressiva, die Neuroleptika bzw. Antipsychotika und die Tranquillizer.**

---

<sup>7</sup> ebd, S.307

Der Traum der biologischen Psychiatrie, mit den neuen Medikamenten psychische Krankheiten in ihrer Wurzel zu treffen, um z.B. die Schizophrenie zu heilen, erfüllte sich nicht. Auch das 2004 großangelegte „Manifest der Neurowissenschaftler“ und mit Milliarden Dollar gespickte Programm zur Erforschung des Gehirns, das sich u.a. zum Ziel gesetzt hat, die Ursache psychischer Krankheiten zu erforschen und neue biologische Behandlungsstrategien zu entwickeln, hat nach 10 Jahren eine ernüchternde Bilanz ziehen müssen. Die nach wie vor, allerdings etwas leiser tönenden Stimmen, die in funktionelle MRTs Psychisches hineinsehen und damit den Neuromythos befördern, erweisen sich zunehmend als wissenschaftliches Eidolon.<sup>8</sup> Auch das Versprechen, neue Medikamente zu entwickeln, die psychische Krankheiten heilen würden, wurde nie verwirklicht.

Also bleibt für die vorhandenen Medikamente wieder nur die symptomatische Behandlung von Unruhe, Stimmungsschwankungen, Schlaf- und Antriebslosigkeit, etc.

Wobei sich die Akzeptanz der drei Medikamentengruppen durch die Patienten und Patientinnen deutlich unterscheidet!

**Tranquilizer**, die Nachfahren der oben erwähnten sedierenden Substanzen werden von den Patienten und Patientinnen deutlich besser toleriert, als etwa Antipsychotika. Was nicht verwundert, wirken sie regressionsfördernd, angstlösend, schlafanstoßend und manche auch muskelentspannend, was den psychosomatischen Kreislauf aus Anspannung, Stressreaktion und Verhärtung der autochthonen Rückenmuskulatur durchbricht. Allerdings haben sie, auch wie ihre Vorgänger ein *Suchtpotential*.

Sehr rasch entsteht das Verlangen, den guten, wohligen Zustand der leichten Sedierung zu wiederholen, kommt es doch auch zu einer Wahrnehmungsveränderung für aktuelle Probleme und Sorgen, ähnlich einer Alkoholwirkung. Die orale Einnahme der Tranquilizer ist der unbewusste Anklang an frühe Zustände, wenn der Säugling gerade an der Mutterbrust gesättigt worden ist und sich in einem Hypnoid befindet, kurz bevor er wieder in den traumlosen Schlaf verfällt. Der Wunsch vieler Menschen, sich der harten Realität zumindest für einige Zeit zu entziehen wird auch durch das Trinken von Alkohol erreicht, wobei die Tranquilizer den Vorteil haben, dass sie länger wirken und sozial oft verträglicher sind.

Entsprechend kann man bei manchen Patienten und Patientinnen feststellen, dass die Einnahme eines Tranquilizers der Psychotherapie vorgezogen wird, ist dies doch wesentlich einfacher und sie vermeiden dadurch die mitunter schwierige Arbeit an sich selbst und das Eingehen ambivalenter Beziehungen und Übertragungen, wie sie der psychotherapeutische Prozess darstellt. Ausserdem stellt es für diese Patienten- und Patientinnengruppe einen pseudoautonomen Akt dar, da sie sich bei der Einnahme des Medikaments von niemandem abhängig fühlen. Dass sie sehr wohl abhängig sind, nämlich vom verschreibenden Arzt, wird zähneknirschend zur Kenntnis genommen und möglichst schnell wieder verdrängt.

---

<sup>8</sup> Memorandum „Reflexive Neurowissenschaft“, <http://www.psychologie-heute.de/home/lesenswert/memorandum-reflexive-neurowissenschaft/> (Zugriff 06.03.2018, 15:45)

Die Ambivalenz zu den Tranquilizern beschäftigt besonders Menschen, die sie regelmäßig einnehmen. Sie kämpfen mit der Doppelbödigkeit des Medikaments, das ihnen einerseits Entspannung bringt, sie aber auch mehr oder weniger hilflos und handlungsunfähig macht. Deshalb pseudoautonom, weil durch die Sedierung die Autonomie bewusst aufgegeben wird oder diese Einschränkung zumindest in Kauf genommen wird.

Auf der *Objektbeziehungsebene* nimmt die Tranquilizereinnahme Beziehung zum frühen Introjekt auf, die, wenn sie gelungen war, die Beziehung zur „good enough mother“ nach Winnicott wiederholen soll, wenn sie nicht gelungen ist, einen diesbezüglichen Mangel zumindest kurzfristig auszugleichen hilft. Allerdings können sie auch eine Verdrängungstendenz, bis hin zur Verleugnung begünstigen, die dann meist um den Preis einer Abhängigkeit erkaufte wird.

Insofern werden die Tranquilizer von Patienten und Patientinnen oft idealisiert, was sich daran zeigt, dass statt des Medikamentennamens ein Kosewort verwendet oder sie liebevoll als „*meine* blaue oder rosa Pille“ bezeichnet wird. Die Rolling Stones haben sie als „Mothers little helper“ besungen.

Auch für suizidale und parasuizidale Gesten werden sie häufig verwendet, besonders, wenn es darum geht, einer unerträglichen psychischen Spannung zu entfliehen oder sich einem schlafähnlichen Tod zu nähern. Für einen Suizid sind sie allerdings wenig geeignet, da die Toxizität gering ist.

Im Gegensatz dazu zeigen die **Antidepressiva** eine andere Dynamik. Gemacht, um Stimmungsschwankungen auszugleichen, die somatisch meist über den Serotonin- und Noradrenalinstoffwechsel vermittelt werden, lösen diese Medikamente ein ganz anderes subjektives Gefühl aus. Menschen, die unter einer für sie mehr oder weniger unerklärlichen Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, unter quälenden Ein- und Durchschlafstörungen leiden, die dadurch im Alltag gehemmt sind und gerade deshalb Tag und Nacht von Schuldgefühlen geplagt werden, weil sie die Leistungsfähigkeit eingebüßt haben, wirken im Gegensatz zu den oben beschriebenen Patienten und Patientinnen hilflos, ratlos und präsentieren häufig ihre subjektiv erlebte Wertlosigkeit. Diese Patienten- und Patientinnengruppe ist meist nicht in der Lage, sich selbst zu helfen, sondern braucht aktive Hilfe. Besonders, weil auch die Wahrnehmung mehr oder weniger stark beeinträchtigt ist und sie alles sehr negativ sehen, fordern sie, oft sprachlos, Hilfe ein.

Warum die Antidepressiva helfen ist nach wie vor unklar. Der Placeboeffekt der Medikamente wird auf 80 % geschätzt,<sup>9</sup> trotzdem tritt meist nach ca 14 Tagen Einnahme eine Erleichterung des quälenden Zustands ein. Die circadiane Rhythmik bessert sich, sichtbar am Schlafverhalten und am Aufhellen des sog. Morgentiefs. Einschlafen ist oft wegen der perseverierenden Gedanken schwierig, aber das Durchschlafen gelingt besser und das quälende frühmorgendliche Erwachen wird durch zusätzliche Schlafmedikamente verhindert. Die Gedanken werden wieder freier, kreisen nicht mehr nur um die subjektive Insuffizienz. Der Tag rhythmisiert sich zusehends, was als Stabilisierung der körperlichen Abläufe zu deuten ist. Parallel dazu stabilisieren sich auch die psychischen Instanzen. Wird vorher alles negativ gesehen, ist also psychopathologisch die Wahrnehmung verändert,

---

<sup>9</sup> Strassen et al., 2007; Szegedi et al., 2009)

reguliert sich diese langsam und das zeigt sich auch im sozialen Verhalten. Wollten sich die Patienten und Patientinnen vorher nur zurückziehen, zeigen sie zusehends wieder mehr Interesse an sozialen Kontakten. Diese können dann im Sinne von korrigierenden Erfahrungen helfen die negative Weltsicht zu relativieren.

Interessant an der Antidepressivagabe ist die große Toleranz, die Patienten und Patientinnen gegenüber den Nebenwirkungen der Medikamente zeigen. Am Anfang besteht bei SSRI oft Übelkeit, bei Männern Ejakulationsverzögerungen und bei Frauen eine massive Abschwächung der Libido. Trotzdem werden diese Nebenwirkungen meist in Kauf genommen, was man einerseits dem masochistischen Charakter der Depression zuschreiben kann, andererseits dem Wunsch, dass dieser unerträgliche Zustand, der meist über Wochen und Monate geht, endlich enden möge.

Meiner Erfahrung nach werden Antidepressiva als notwendiges Übel von den Patienten und Patientinnen akzeptiert, manchmal auch lange über die notwendige Einnahmezeit hinaus. Das Motiv dahinter ist die große Angst der Rückkehr der Depression, die manche Patienten und Patientinnen wie eine dunkle Wolke das ganze Leben verfolgt.

Die Einstellung zu diesen Medikamenten ist sicherlich ambivalent. Einerseits schätzt man den aktivierenden und normalisierenden Effekt der Medikation, weswegen sie dem neurotischen oder natürlichen Anpassungswunsch der meisten Menschen entgegen kommen. Andererseits lösen sie auch Schuldgefühle aus, bzw. prolongieren die durch die Depression erzeugten Schuldgefühle, weil (Zitat einer Patientin) „man nur mit den Medikamenten so sein kann, wie man eigentlich sein sollte“. Manche fragen sich auch, wie ihr Serotoninstoffwechsel so durcheinander kommen kann und welchen Anteil sie daran eventuell hätten (Omnipotenzphantasien). Dagegen, nämlich als Abwehr der Omnipotenzphantasien, kann alles als Begründung gelten, was die Patienten und Patientinnen an sich selbst kritisieren und schlecht finden: Essgewohnheiten, Bewegungsmangel, soziale Inkompetenz. Interessanterweise finden sich in diesen Selbstvorwürfen Ratschläge wieder, die von der Medizin gebetsmühlenartig als gut gemeinter paternalistischer Rat an die Bevölkerung formuliert wird! Diese hoch schuldbeladenen Selbstvorwürfe sind für die Depression bezeichnend und sollen vom gegenteiligen Wunsch ablenken, nämlich sich nicht anzupassen. Das Ziel der Behandlung muss sein, dass diese abgewehrten Wünsche und die damit abgewehrte Aggression überhaupt Zugang zum Bewusstsein der Patienten und Patientinnen findet, wobei das antidepressive Medikament in seiner Ambivalenz sowohl diesen Vorgang befördern, als auch hemmen kann, je nachdem, ob die Person schon bereit ist, sich aus der Unterwerfung und lähmenden Anpassung zu befreien oder nicht.

Das Absetzen der Medikation macht oft mehr Schwierigkeiten, als die Erstverschreibung. Dies hängt mit dem oben beschriebenen Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt zusammen, vielleicht auch mit der Symbolik des Medikaments, das magische Heilmittel zu sein, das den Menschen davor bewahrt in die unerträgliche Einsamkeit der Depression zurück zu fallen. Die Pille als Schlüssel zum Tor zur Welt?

Hier wird das Antidepressivum so stark idealisiert (man denke an den hohen Placeboeffekt!), dass die latente Angst besteht, ohne es könnte dieses Tor wieder zugehen. Es wird umso

mehr idealisiert, je stärker es in Konkurrenz zum Ideal-Ich kommt und je grösser die Zweifel sind, dieses Ziel ohne Medikament zu erreichen!

Hier ist der Charakter des Pharmakons als ambivalentes *Übergangsobjekt* deutlich sichtbar. Da diese Substanzen nicht abhängig machen und längere Zeit eingenommen werden müssen, stellen sich viele Patienten und Patientinnen früher oder später die Frage, ob *sie selbst* es sind, denen es besser geht, oder ob das durch das Medikament nur simuliert wird. Anfangs besteht noch eine relativ klare Subjekt-Objekt-Trennung zwischen Patient und Pharmakon, die mit zunehmender Einnahmedauer aber verschwimmt. Die Identifikation mit der stabilisierenden Pille nimmt zu, so dass sie nach Jahren der Einnahme manchmal gar nicht mehr hergegeben werden kann. Absetzen würde in diesem Fall *Trennungsängste* reaktivieren, die durch die depressive Symptomatik und die Antidepressivaeinnahme verleugnet werden.

Niemand käme auf die Idee, sich zu fragen, ob das künstliche Kniegelenk seine Persönlichkeit verändere, bei der Einnahme von Antidepressiva, die bestenfalls auch nur die aktuelle Situation stabilisieren und das Alltagsleben verbessern sollen, stellt sich diese Frage häufig, was den identifikationsfördernden Charakter der Antidepressiva unterstreicht. Hier wäre es wichtig, aus dem Wissen um die Dynamik der Depression und die pharmakologischen Möglichkeiten des Antidepressivums diese Zweifel eher der Grunderkrankung zuzuordnen und mit der Selbstwertproblematik in Bezug zu setzen und die Phantasien über die Medikation als Verschiebung bzw. Projektion zu verstehen.

Zum Beispiel lassen plötzlich auftretende Nebenwirkungen nach längerer Behandlung (Nebenwirkungen treten üblicherweise in den ersten 2-3 Wochen der Therapie auf und verschwinden dann wieder) den Verdacht entstehen, dass aus dem zuerst als hilfreich erlebten Medikament ein negatives Introjekt geworden ist und ein akuter Absetzwunsch bevorsteht.

In diesem Zusammenhang ist auch auf mögliche negative Übertragungen zum Arzt oder zur Ärztin zu achten, da er oder sie ja für die Verschreibung der Substanz verantwortlich gemacht wird. Die abgewehrte Aggression wird in der Gegenübertragung spürbar und muss in den medizinisch-therapeutischen Prozess eingebracht werden. Wird sie nicht spürbar, kann dies im pharmakotherapeutischen Prozess als Gegenübertragungsaggression agiert werden in Form von Überdosierung, Polypragmasie oder dem ständigen Weiterverschreiben der gleichen Medikation.

Auch bei *Therapieresistenz*, wenn „kein Mittel wirkt, obwohl ich schon alles ausprobiert habe“, wie es eine Patientin weniger mir gegenüber vorwurfsvoll, als auf ein fernes Schicksal gerichtet, ausgedrückt hat. Die dahinterliegende Botschaft war hier deutlich in einer vollkommen abgewehrten Aggression, die sich hinter massiven Schuld- und Schamgefühlen versteckt hat, zu lesen. Hier sollte über die Entwertung des Pharmakons die Botschaft an mich, dass ich unfähig sei, ihr zu helfen versteckt und gleichzeitig die depressive Position gefestigt werden. Erst als diese unbewusste Konstellation bearbeitet war und die übertriebenen Wünsche an das Ideal-Ich gelockert waren, veränderte sich auch die Haltung

zum Medikament hin und es konnte mit dem ständigen Auf- und Abdosieren und den Präparatewechseln aufgehört werden.

Die dritte grosse Gruppe von Psychopharmaka stellen die **Antipsychotika** oder **Neuroleptika** dar. Anders als die Antidepressiva, die auf die Affekte ausgleichend, aber auch einengend wirken, haben die Antipsychotika folgende Hauptwirkung auf die Psyche: Stärkung der Ich-Grenzen, womit eine bessere Abgrenzung gegen die Umwelt erreicht wird, Verbesserung der Realitätsprüfung und Abpuffern heftiger Emotionen. Phantasieprozesse werden gebremst, die Wahrnehmung gefiltert.<sup>10</sup> Gegen diese Wirkungen gibt es innere und äussere Widerstände.

Die *inneren Widerstände* bestehen darin, dass sich die Patienten und Patientinnen gegen diese strukturierende Wirkung wehren, weil sie die Phantasie einschränken und sie den Eindruck haben, eine innere Zwangsjacke zu tragen und dadurch massiv eingeschränkt zu sein. Das wird dann verständlich, wenn man die psychotischen Prozesse als Abwehr gegen das Eindringen des Realitätsprinzips versteht, wie Mentzos formuliert hat, der Psychose also eine Art selbstheilende Wirkung unterstellt wird.

Besonders gut kann man dies auf geschlossenen Akutstationen beobachten, auf denen diese Medikamentengruppe sicherlich einen Hauptanteil der Psychopharmakotherapie ausmacht. Erregte manische Patienten und Patientinnen wehren sich vielleicht am Stärksten gegen diese Medikation, da man ihnen unterstellt, keine Krankheitseinsicht zu haben und auch keinen bis wenig Leidensdruck. Damit ist eben die Einsicht in die Behandlung meist nicht gegeben, weswegen eine freiwillige orale Medikation oft nicht möglich ist. Die hochagitierten, teilweise zur Gewalt neigenden Patienten und Patientinnen müssen dann gegen ihren Willen mediziert werden, wogegen sie sich natürlich mit aller Kraft zur Wehr setzen.

Um das zu verstehen, lohnt ein Exkurs in die Psychologie der *Manie*, wie sie von Lewin<sup>11</sup> gut dargestellt wurde. Ich zitiere aus einem Artikel von Danzinger/Marksteiner:<sup>12</sup>

Lewin zufolge gibt es drei Arten oraler Wünsche:

1. *Den Wunsch, zu verschlingen, alles an sich zu reissen, der häufig auch mit dem Begriff „kannibalisch“ belegt wird.*
2. *Die Sehnsucht, aber auch Angst verschlungen zu werden, ein passiv-masochistischer Wunsch*
3. *Schließlich die Aufgabe des eigenen Ich beim Einschlafen, dem tiefen traumlosen Schlaf des gesättigten Säuglings vergleichbar.*

---

<sup>10</sup> Psychopharmaka und Psychotherapie, Danzinger Rainer, aus Schizophrenie und Psychotherapie, R. Strobl (Hrsg.), Edition Pro Mente, 1996

<sup>11</sup> Lewin, B.: Das Hochgefühl, Frankfurt, 1982, zit. nach Danzinger, Marksteiner: Der Widerstand manischer Patienten gegen die Einnahme von Neuroleptika, Springer, 1991

<sup>12</sup> Danzinger, Marksteiner: Der Widerstand manischer Patienten gegen die Einnahme von Neuroleptika, Springer, 1991, S57

In der Manie wird nun der erste der drei Wünsche, alles zu verschlingen, massiv ausgelebt, während der zweite und der dritte Wunsch, die passiv-oralen Wünsche durch Verleugnung abgewehrt werden. Klinisch lassen sich diese abgewehrten Wünsche in der Regel nur in Form von Ängsten und Symptomen erkennen. Beispielsweise in der Angst vor einem „einschläfernden“ Medikament. Überhaupt ist der Schlaf in der Manie ein Feind, den man mit allen Mitteln bekämpfen muss. Die Angst vor dem Kontrollverlust im Schlaf ist oft so übermächtig, dass trotz Übernächtigkeit die manische Aktivität nicht gebremst werden kann. Während sich also der depressive Patient, wenn er Tranquilizer nimmt, nach der beruhigenden Droge als Ersatz für die einschläfernde Muttermilch sehnt, fürchtet sich der Maniker davor, wie der Teufel vor dem Weihwasser.

Warum? Ich zitiere weiter: „Zum einen bedeutet er (der Eingriff, die zwangsweise Gabe eines Neuroleptikums) auf der psychologischen Ebene der Interaktion die Introjektion eines bösen und bedrohlichen Objektes. Dieses Objekt wird intrapsychisch mit dem durch die Manie unterdrückten und verleugneten strafenden depressivogenen Objekt in Verbindung gebracht. Dementsprechend wird das Neuroleptikum als Strafe, als Gift und als Selbstentwertung aufgefasst. Dazu kommt noch die pharmakodynamisch beruhigende Wirkung, welche ebenfalls den Abwehrmechanismus der Verleugnung auszuschalten droht.“

Interessanterweise wird die oft so dramatische Situation der unfreiwilligen Behandlung, die meist auch mit einer Fixierung einhergeht im Nachhinein von den Patienten und Patientinnen gar nicht so negativ gesehen. Wenn sie wieder in der Lage sind, sich gut zu artikulieren, berichtet etwa die Hälfte der Patienten und Patientinnen, dass sie die Medikation nicht negativ, sondern als Erleichterung erlebt hätten. Offenbar war in diesen Fällen die zweite Seite der Ambivalenz, der positive Charakter der passiv-oralen Wünsche für die Patienten und Patientinnen wieder spürbar geworden. Auch die Schamgefühle, die nach jeder manischen Phase auftreten, weisen auf diese Konstellation hin. Sind diese sehr stark und unerträglich, dann können sie entweder im Sinne einer masochistischen Unterwerfung in eine Depression münden, oder durch eine neuerliche Manie verleugnet werden.

Bei *schizophrenen Psychosen*, bei denen die Antipsychotika primär eingesetzt werden, wird die beruhigende Wirkung, die die Halluzinose dämpft und angstmachende Wahnideen beruhigt eher geschätzt. Trenkmann hat in einer Befragung von Patienten und Patientinnen ein Gefühl von Dumpfheit, Depressionen, das Abblocken von Emotionen und die Dämpfung von Gefühlen bei gleichzeitiger innerer Unruhe als wichtigste psychische Nebenwirkungen erfasst.<sup>13</sup> Diese Aussage hat sich allerdings auf die sog. alten Neuroleptika der 1. Generation bezogen. Die neueren Präparate, die entsprechend jetzt Antipsychotika der 2. und 3. Generation heißen, zeichnen sich durch eine wesentlich bessere Verträglichkeit aus. Besonders die sehr störenden und stigmatisierenden extrapyramidalen motorischen Störungen, die zu Gang-, Bewegungsstörungen und Speicheln geführt haben, gibt es kaum noch.

---

<sup>13</sup> Psychopharmaka und Psychotherapie, Danzinger Rainer, aus Schizophrenie und Psychotherapie, R. Strobl (Hrsg.), Edition Pro Mente, 1996

Im grundlegenden schizophrenen Dilemma, das von so vielfältigen Symptomen wie Spaltungsvorgängen, psychotischen Projektionen, paranoiden Ängsten, Verschmelzungswünschen und den Alltag stark beeinträchtigende Wahrnehmungsverzerrungen geprägt ist, kann es nicht *ein* Mittel geben, das diese Problematik vollständig auflöst, um ein halbwegs zufriedenes Leben zu ermöglichen. Bei kaum einer anderen Erkrankung ist das Beziehungssystem, in dem das Medikament verschrieben wird so wichtig. Die Pille, die unerträgliche Halluzinationen dämpft, kann einmal als gutes Objekt gesehen werden, ein anderes Mal als verfolgendes, das den Fluss der inneren Stimmen unterbricht und den Patienten und Patientinnen mit seiner inneren Leere alleine lässt. Ich erinnere mich an die Aussage gleich mehrerer Patienten, die um eine Medikation gebeten haben, um die Stimmen zu beruhigen. Ich sollte ihnen aber nicht so viel geben, dass sie ganz verschwänden...

Eine paranoide Patientin, die sehr unter der vermeintlichen Verfolgung durch einen ehemaligen Psychotherapeuten litt, der ihr nicht nur Botschaften durch das Fernsehen schickte, sondern sie auch direkt körperlich durch Strahlung beeinträchtigen konnte und alle Menschen in ihrer Umgebung gegen sie aufgebracht hatte, was sie aus deren zögerlicher Haltung schloss, war nur zu einer Medikation mit Antipsychotika bereit, weil diese eine für sie unspezifische, stärkende Wirkung hatten, die sie besser gegen die Beeinträchtigungen schützen konnten. Distanzierung ja, aber sie wollte auf keinen Fall das verfolgende Objekt aufgeben, auf das sie alles Böse in ihrem Leben projiziert hatte, obwohl sie so darunter litt, sich damit aber stabilisierte. Das Medikament hatte bei dieser Patientin eine distanzierende Funktion, half ihr die Kontrolle zu bewahren, wenn die „Anfeindungen“ zu stark zu werden drohten. Es versteht sich von selbst, dass sie die Dosierung und die Einnahme ganz alleine geregelt hat. Eine Dauereinnahme war für sie aus ersichtlichen Gründen undenkbar. Auch der Frage, wie häufig sie das Mittel genommen hatte, wich sie aus, als würde sie sich dafür schämen.

## **2. Die Patienten, die Ärzte, die Psychotherapeuten**

Wie aus dem Gesagten beschrieben, kommt den Patienten und Patientinnen natürlich eine besondere Aufmerksamkeit zu, wenn es um die Verschreibung von Medikamenten geht. Das ist keineswegs selbstverständlich. Denn üblicherweise wird in der Medizin gelehrt, dass die richtige Medikation sich in erster Linie an den Symptomen orientiert, die in der Anamnese erfragt werden müssen. Je klarer diese geschildert werden können, umso genauer wird die pharmakologische Antwort ausfallen. Patienten und Patientinnen werden sozusagen nur als die Symptomträger gesehen. Ihre Aufgabe, nämlich die der Kranken, ist es im diagnostischen Prozess ihre Symptome möglichst genau nach zeitlichem Auftreten, Lokalisation, Schweregrad und Veränderung zu schildern. Eine persönliche Geschichte, subjektive Befindlichkeiten oder gar Hypothesen zur Erkrankung werden eher als störendes Rauschen empfunden. Noch immer herrscht weitgehend das militärische Paradigma in der Medizin vor, dass die Krankheit, die sich in den Symptomen zeigt als Feind denunziert werden muss, um mit den Medikamenten als Waffe besiegt zu werden. Die Sprache der Medizin, etwa, wenn *Antibiotika*, übersetzt „gegen das Leben gerichtet“ gegen Keime

eingesetzt werden oder der Magenkeim *Helicobacter pylori* „eradiziert“, also ausgerottet werden muss, ist diesbezüglich verräterisch.

Heute wird die Schilderung der Patienten zunehmend unwichtig, weil viele Parameter sozusagen aus dem Körper „ausgelesen“ werden können: Röntgen, MRT, Laborbefunde, EKG, EEG, etc. Diese erzeugt harte Fakten, gegen die die Geschichten der Patienten und Patientinnen nicht ankommen können.

Bei der *psychiatrischen Anamnese* funktioniert dieses entfremdet-strukturierte Schema nicht. Patienten und Patientinnen mit psychischen Störungen gelingt es zumindest in der akuten Phase der Krankheit nicht sich selbst zu objektivieren. Symptome werden, mit mehr oder weniger Leidensdruck, oft sehr konkret geschildert, wobei sich die Sprache und die Narration natürlich von Patient zu Patient unterscheidet, ist sie doch stark an die persönliche Geschichte, die Symbolisierungsfähigkeit, die psychische Struktur, Entwicklung und die Sprache gebunden.

Eine *psychodynamisch orientierte Psychiatrie* wird darauf Rücksicht nehmen und es als Möglichkeit nutzen, den Patienten und Patientinnen möglichst in ihrer Ganzheit zu verstehen, was sowohl die Körperlichkeit, als auch den seelischen Bereich erfasst und nicht nur die Symptome erkunden.

Aus dieser Haltung heraus hat sich das Konzept eines *Gesamtbehandlungsplanes* entwickelt, das neben der psychotherapeutischen Behandlung u.U. eine medikamentöse und sozialpsychiatrische einschließt. Der gedankliche Überbau, dem das andere eingeordnet wird, muss aber der *psychodynamische Diskurs* sein.

In diesem Denkmodell taucht das Medikament als Dritter in der Beziehung von Patient und Arzt auf. (Dies gilt aber genauso für die Beziehung in einer Psychotherapie und ev. anderer Personen, die am Gesamtbehandlungsplan beteiligt sind!).

Auf dieses Dritte werden unweigerlich und unbewusst Phantasien gerichtet, an die sich unterschiedliche Übertragungsphantasien anknüpfen können. Ist der Psychotherapeut gleichzeitig derjenige, der das Medikament verschreibt, dann kann die ärztliche Funktion, die dieser Medikation inhärent ist, zu einer Folie werden, auf die Übertragungen projiziert werden, meint Küchenhoff.<sup>14</sup> Der Analytiker wird u.U. zur nährenden Mutter, der die Tablette als Säuglingsmilch verabreicht, die, wenn es sich z.B. um Tranquilizer handelt als kleine Portionen am Nachtkästchen liegend den Therapeuten repräsentieren, den man sich Stück für Stück einverleiben kann, bis man friedlich entschläft.

Oder das Medikament wird als ein distanzschaffendes Objekt eingesetzt. Dies kann sowohl als unbewusste Phantasie im Patienten entstehen, etwa dann, wenn er sich aus einer depressiven Selbstsicht heraus als Zumutung für den Arzt erlebt („dann schlucke ich halt, habe es nicht besser verdient“), als auch im verschreibenden Arzt, der hilflos oder genervt den Rezeptblock als Waffe einsetzt oder resignativ durch die Verschreibung sich selbst beruhigt, ohnehin alles getan zu haben.

---

<sup>14</sup> Küchenhoff Joachim, Die Analyse der therapeutischen Beziehung und die Psychopharmakotherapie, aus Psychoanalyse und Psychopharmakologie, Kohlhammer, 2016

Wird das Medikament von einem Arzt ausserhalb der Psychotherapie verschrieben, so ist das Medikament quasi der Stellvertreter des abwesenden Dritten im psychotherapeutischen Prozess dabei, auf den sich dann ebenfalls vielfältige Übertragungen richten können.

Meines Erachtens spricht nichts dagegen, wenn der Analytiker selbst die Medikation verordnet, es muss aber in der Behandlung auf diese Übertragungsbeziehungen eingegangen werden.

### **Verordnungsstile und Pharmakotrope Gegenübertragung:**

Verschiedene Psychiater zeichnen sich durch charakteristische Verordnungsstile, sozusagen durch eine Art Handschrift bezüglich der Auswahl und Dosierung sowie der Kombination von Medikamenten aus. Laut Strobl<sup>15</sup> könne man diese grob folgendermaßen einteilen:

1. **an Fachliteratur orientierte Psychiater** halten sich streng an die jeweiligen Richtlinien,
2. **Traditionalisten** bleiben bei für sie bewährten Rezepten, die sie oft so lange beibehalten, bis die Medikamente aus dem Verkehr gezogen werden, sind neueren medikamentösen Entwicklungen gegenüber skeptisch
3. **Polypragmatische Kombinierer** bieten meist einen Mix aus verschiedenen Medikamentengruppen an, die sie gleichzeitig geben
4. **Unsichere Niedrigdosierer** dosieren wenige Medikamente langsam hoch und beobachten dabei mehr oder weniger ängstlich die Reaktionen der Patienten und Patientinnen
5. **Häufige Umsteller:** Wenn eine Strategie nicht sofort greift, wird diese verworfen und zu einem anderen Medikament gegriffen
6. **Radikale Hochdosierer** fahren sozusagen mit voller Power hinein, verschreiben Hochdosen, unabhängig davon, wie die Patienten und Patientinnen darauf reagieren.

In nicht wenigen Therapien kann es durch Stillstand, Therapieresistenz und unbewusste Widerstände auf Seiten der Patienten und Patientinnen auch dazu kommen, dass sich der Verordnungsstil des verschreibenden Psychiaters ändert, was als Gegenübertragungsagieren gedeutet werden sollte. Der Patient manipuliert unbewusst den Psychiater durch mehr oder weniger dramatisch geschilderte Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten, dieser reagiert unbewusst darauf und fragt sich nachher, woher sein Unwohlsein kommt, aggressive Gefühle oder Angst um den Patienten, etc.

Der häufigste Fall dürfte aber die Konstellation sein, dass Patienten und Patientinnen in Psychotherapie sind und ihre Medikamente von einem auswärtigen Psychiater verschrieben bekommen. Dann entstehen auf beiden Seiten, also des Psychotherapeuten und des verschreibenden Psychiaters unweigerlich Phantasien über die andere, abwesende

---

<sup>15</sup> Psychopharmaka und Psychotherapie, Danzinger Rainer, aus Schizophrenie und Psychotherapie, R. Strobl (Hrsg.), Edition Pro Mente, 1996

Therapie. Diese Triangulierung muss beachtet werden, weil sie eine nicht unwesentliche psychodynamische Turbulenz erzeugen kann, wobei das Medikament das Symbol für die Beziehungen sein kann.

Spätestens dann, wenn es den Patienten hoffentlich besser geht, stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit. Wirken die Deutungen oder ist es das Medikament, das den Fortschritt anzeigt? Mit dieser Frage wird direkt auf die reale Triangulierung angespielt und spätestens an dieser Stelle muss sie gedeutet werden und verweist auf des Erreichens einer *depressiven Position* in der Therapie.

Anders im umgekehrten Fall: Wer ist schuld, dass sich der therapeutische Prozess dahinschleppt, dass nichts weitergeht, sich nichts bewegt? Die Insuffizienz des Psychotherapeuten oder die des verschreibenden Psychiaters, das Versagen der Methode oder des Medikaments? Ist der Patient nicht therapierbar? Auch hier wird die Triangulierung im therapeutischen Prozess sichtbar. Wenn sich diese Frage stellt, dann ist eine *paranoide Position* eingenommen, aus der es kein Entrinnen geben kann, ausser die psychotische Projektion kann aufgelöst werden.

Meares und Hobson<sup>16</sup> sind hier wenig hoffnungsvoll, beschreiben sie diese Konstellation als „Verfolgungsspirale“, wenn der narzisstisch gekränkte Psychiater noch mehr verordnet, radikale Umstellungsmanöver macht (also den Verordnungsstil radikal ändert) oder der in seiner Omnipotenz verletzte Therapeut die Krankheit und Defizite des Patientienten hervorhebt, der sich dann seinerseits immer hilfloser fühlt.

Nur die konsequente Analyse der Gegenübertragung und der Übertragung kann hier einen Ausweg liefern. Das naheliegende „kollegiale Gespräch“ kann zwar zur Klärung beitragen, den Grundkonflikt aber nicht lösen, ausser es beinhaltet das Reden über das Übertragungsgeschehen.

### **3. Der Weg zu einer Integration psychopharmakologischer und psychodynamischer Perspektiven:**

Küchenhoff<sup>17</sup> regt an, die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) als Hilfsmittel zur Reflexion der psychodynamischen Aspekte der Psychopharmakologie einzusetzen und schlägt vor, die Wirkung der Medikamente auf einzelnen Achsen zu beleuchten:

**Achse 1:** *Wie beeinflusst ein Medikament die subjektive Krankheitstheorie, Krankheitseinsicht und Krankheitsverarbeitung?*

**Achse 2:** *Wird die durch Medikamente veränderte Therapeut-Patient-Beziehung in ein Beziehungsmuster eingebaut?*

---

<sup>16</sup> Meares & Hobson, 1977

<sup>17</sup> Küchenhoff Joachim, zum Verhältnis von Psychopharmakologie und Psychoanalyse , Psyche 2010

**Achse 3:** *Steht das vorherrschende Konfliktmuster in Einklang oder in Dissonanz zur Medikamentengabe?*

**Achse 4:** *Wie wirkt sich ein Medikament auf Elemente der Struktur aus?*

Diese Einteilung bietet die theoretische Möglichkeit in psychoanalytischen Psychotherapien die verschiedenen Referenzsysteme zu berücksichtigen, die mit dem psychiatrischen und psychoanalytischen Rollenverständnis verbunden sind.

Grundsätzlich gilt, dass eine begleitende medikamentöse Behandlung gerade bei mittelschweren oder schweren psychischen Störungen eine Psychotherapie erst ermöglicht! Indem die Medikamente überschüssende Affekte dämpfen, Wahrnehmungs- und Denkstörungen verringern, werden für den Patienten und die Patientin neue Erlebnisweisen und Erfahrungen möglich, was indirekt auch die Ich-Struktur beeinflussen kann.

Aber allen Strukturierungswünsche zum Trotz: Die Notwendigkeit einer Integration des psychopharmakologischen in den psychotherapeutischen Prozess ergibt sich schon alleine aus der Tatsache, dass der schon mehrfach erwähnte Plazeboeffekt die aus der Geschichte der Heilkunst altbekannte Erfahrung in den Vordergrund rückt, dass die *Suggestion* ein wesentliches Agens in der Behandlung darstellt.

Bei allen komplizierten und komplexen technischen Überlegungen, die wir über Medikamente, Wirkorte, Synapsen, Rezeptoren, Psychotechniken, Beziehungen, Übertragungen, Verhaltensstörungen, kognitive Umdeutungen, etc. anstellen, wirkt das gesprochene Wort nicht immer so, wie wir es wollen. Dies sollte uns klar sein, so dass dem therapeutischen Prozess letztlich immer etwas Rätselhaftes anhaftet, egal ob es sich um Psychotherapie oder somatische Therapie handelt.

Zum Abschluss zitiere ich noch einmal Manuela Di Franco<sup>18</sup>: *„Die Seele ist sehr vieles nicht - sie ist weder fassbar noch körperlich, und vielleicht ist sie nicht einmal vergänglich. Sie entzieht sich geradezu der eindeutigen Bestimmbarkeit von Raum und Zeit und hat demnach wenig Gemeinsamkeit mit den Dingen der Realität. Will sie sich dennoch auf welche Weise auch immer zu diesen gesellen, muss sie zumindest sprachlich identifiziert werden können. Nach dem Vorhergesagten scheinen der Möglichkeit der Identifikation des Seelischen alle Türen oder vielmehr eine unseren Zwecken vollkommen ausreichende Hintertüre offen zu stehen“*

---

<sup>18</sup> Manuela di Franco, Die Seele, Reclam 2009