

Psychotherapeutische Beziehung und Psychopharmakotherapie

■ J. Küchenhoff

Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene, Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Summary

Küchenhoff J. [Psychotherapeutic relationship and psychopharmacology.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2005;156:13–9.

How to effectively combine psychotherapeutic and psychopharmacological treatment in psychiatry remains an important clinical and scientific issue. In the present paper, a threefold perspective is chosen:

- 1) The prescription of psychopharmacological drugs affects and changes the therapeutic relationship, including phantasmatic or unconscious factors.

A dynamic psychopharmacotherapy is needed that allows to correlate interactional and neuro-biological factors. Any prescription of drugs is situated in an interpersonal context which itself represents a therapeutic agent. The biological and interactional effects can best be combined when properly coordinated.

- 2) Psychodynamic therapies could be suitable instruments to assess subtle effects of medication on the patient's emotional and cognitive attitudes, below the level of clinical symptomatology.

Psychotherapy helps to improve psychopharmacological therapies not only by enhancing compliance. It can be used – on principle – to assess the immediate and long-term effects of drugs in the patient's subjective experience (concerning personal identity, vitality, intentionality, etc.).

- 3) Once it has been admitted that psychotherapy and psychopharmacology do not contradict but complement each other, an overarching model is necessary that does not only combine both

additively, but allows to truly integrate them. In the last couple of years, such models have been promoted mainly on a neuro-biological basis. There are hardly any contemporary models relying on psychopathology and psychodynamic theory.

Two new perspectives are suggested:

- *A structural perspective:* It does not represent a fully developed integrative model, but allows to describe complex interactions. The basic idea is: if in a given structure one element is changed, this change will influence any other element of the structure. So any therapy has an impact on the patient. What is important here is to be able to consider not only the immediate but also the more remote and indirect effects.
- *A psychodynamic perspective:* A clinical theory on the integrative use of psychopharmacology and psychotherapy could be based on the most advanced and empirically based psychodynamic diagnostic instrument, the OPD system. A psychodynamic perspective on medication could be systematised according to its four main axes (coping, relationship patterns, psychic conflicts, organisation of personality structure).

The present paper deals with an issue that can be situated within a wider perspective; asking for the links between psychopharmacology and psychotherapy confronts with just one example of the necessity to give a solid theoretical background to the much cited bio-psycho-social model and to take its implementation serious.

Keywords: *psychopharmacology; psychodynamics; psychopathology; combined treatment; psychodynamic research; operationalised psychodynamic diagnostics*

Einleitung

Die Weiterbildungsordnung für den schweizerischen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sieht neben der jeweils spezialisierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Weiterbildung eine «Integrierte psychiatrisch-psychotherapeu-

Korrespondenz:

Prof. Dr. Joachim Küchenhoff
Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene
Psychiatrische Universitätsklinik
Socinstrasse 55a
CH-4051 Basel
e-mail: Joachim.Kuechenhoff@unibas.ch

tische Behandlung» (Punkt 3.2.1.6. der gültigen Weiterbildungsordnung) vor. Dort heisst es unter anderem:

Der Psychiater-Psychotherapeut:

- erfasst sowohl die psychische, wie auch die biologische und soziale Dimension der Erkrankung des Patienten
- formuliert eine umfassende psychiatrische Beurteilung enthaltend: Psychiatrische Diagnose (z.B. ICD-10), psychodynamische Hypothese, systemische Aspekte, Ressourcen des Patienten und seiner Umgebung, Prognose [...].
- er bindet in der Behandlung patientenspezifisch die verschiedenen biologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Elemente und berücksichtigt Interaktionen der einzelnen Verfahren.

In Basel hat eine Arbeitsgruppe ein klinisches und didaktisches Konzept zu dieser integrierten Behandlung vorgelegt, um «Psychotherapie im psychiatrischen Alltag» [1] zu verankern. Die nachfolgende Arbeit untersucht die Integration am Beispiel eines bestimmten Tätigkeitsfelds, der psychopharmakologischen Behandlung. Ihr Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass die wirklich gelingende Integration verschiedener psychiatrischer Therapiemethoden lohnend ist, dass sie aber immer noch schwer zu verwirklichen ist, allen Lippenbekenntnissen zum Trotz. Diese sollen vermieden werden, zum Beispiel solche, die behaupten, es gäbe doch keinen Widerspruch zwischen psychotherapeutischer Beziehung und Psychopharmakologie, beide Zugangsweisen seien anerkannt wichtig, beide liessen sich leicht miteinander vereinbaren.

Methoden

An die Stelle der soeben beschriebenen Lippenbekenntnisse treten drei präzise Ausgangsfragen, die als Leitfäden für die Behandlung des Themas dienen:

- 1.) Kann es eine Psychopharmakotherapie ohne die Notwendigkeit, den Beziehungskontext zu reflektieren, und zwar psychodynamisch zu reflektieren, überhaupt geben?
- 2.) Was kann eine psychodynamische Beziehungskonzeption beitragen zur Analyse der Medikamentenwirkung, und zwar dann, wenn es durch die Gabe von Psychopharmaka während einer Psychotherapie möglich wird, mikroanalytisch zu erfassen, was die Medikation im Erleben verändert?
- 3.) Hat die Psychiatrie als Wissenschaft Modelle, die es erlauben, Psychopharmakawirkung und Psychotherapie konzeptionell aufeinander zu beziehen? Wie werden diese Modelle kommuniziert?

Ergebnisse

Teil I

Die erste Frage ist scheinbar schnell mit «Ja» beantwortet. Die psychodynamischen Konzepte verlieren in der Psychiatrie sichtlich an Bedeutung. Meist spielen psychodynamische Erwägungen bei der Vergabe von Medikamenten faktisch keine Rolle. Andererseits findet keine Behandlung in einem beziehungsfreien Kontext statt; aus der Kommunikationstheorie ist seit langem bekannt, dass es unmöglich ist, in der mitmenschlichen Begegnung nicht zu kommunizieren [2]. So ist auch die Vergabe von Medikamenten ein kommunikativer Akt. Und dies gilt selbst, wenn von dieser Tatsache abgesehen wird. Unabhängig von den persönlichen Überzeugungen und wissenschaftstheoretischen Grundannahmen des Behandlers oder der Behandlerin ist die Vergabe eine Gabe, und als Gabe hat sie eine eigene Wirksamkeit. Das begründet noch nicht die Notwendigkeit einer *psychodynamischen* Reflexion. Nur sie aber ist in der Lage, das komplexe Beziehungsgeschehen nicht nur zu beschreiben, sondern auch in seinen Ursachen und in seinen Auswirkungen zu reflektieren. Gabbard [3] hat von einer *dynamischen Psychopharmakotherapie* gesprochen, und die erscheint in der Tat notwendig. Nachfolgend werden einige Beispiele genannt.

Der medizinische Diskurs

In der Gabe der Medikamente ist der Therapeut Experte, er muss es auch sein. Er muss auswählen, muss empfehlen, muss aufklären und überwachen. Sobald ein Medikament verordnet wird, wird eine medizinische Beratungs- und Expertensituation geschaffen. Arzt und Patient verpflichten sich einem medizinischen Diskurs. Durch die Medikation findet ein Diskurswechsel statt, jedenfalls dann, wenn eine Psychotherapie auf analytischer oder systemischer Grundlage durchgeführt wird; man kann ihn übersehen (wollen), vermeiden lässt er sich nicht.

Übertragungen auf die ärztliche Funktion

Die ärztliche Funktion, die der Medikation inhärent ist, ist eine Folie, auf die Übertragungen projiziert werden; der Therapeut wird zum straffenden Vater, zur behütenden und sorgenden Mutter, zum abwesenden und aus der Ferne machtvoll agierenden Elternteil (u.a. [4]). Dieser Aspekt ist näherliegend als der folgende, der gleichwohl inhaltlich sich eng anschliesst.

Übertragungen auf die Diskursänderung

Ein Therapeut behandelt seinen Patienten eine lange Zeit im Gespräch; der Patient wird immer depressiver, der Arzt entschliesst sich, Antidepressiva zu verordnen. Was vermittelt er dem Patienten? Wiederum entsteht eine Übertragung, die Veränderung in der Beziehung wird auf dem Hintergrund der eigenen lebensgeschichtlichen Beziehungserfahrungen interpretiert. «Mein Therapeut weiss sich nicht mehr zu helfen», «ich bin nicht therapierbar», oder: «er sorgt sich um mein Wohlergehen» oder «er schickt mich weg, er ist das Reden mit mir leid.»

Übertragungen auf das Pharmakon

Ein drittes Element betritt die therapeutische Szene, das Medikament selbst. Es ist nicht nur – sonst gäbe es keine Placebowirkung – chemische Substanz mit neurochemischen und anderen Effekten, sondern auch Bedeutungsträger, Träger einer Selbst- oder einer Objektphantasie: «ich brauche, um vollständig zu sein, eine Krücke, allein bin ich defekt» – so die Phantasie einer Patientin, die die Medikation in ihr Selbstbild integriert, als Bestätigung ihrer Überzeugung, niemals aus eigener Kraft leben zu können. Ein Patient mit der Diagnose einer Schizophrenie, den ich psychotherapeutisch begleite, wünscht ab und zu eine Veränderung der – von ihm insgesamt sehr gut tolerierten – neuroleptischen Medikation. Sobald ich zustimme und noch bevor sie realisiert wird, wird er unruhig: Das Medikament ist ein Rahmen, garantiert so etwas wie eine häusliche Ordnung, die der Patient infolge seiner Psychose gründlich verloren hat. Die Veränderung signalisiert dann: Es ist nicht mehr alles beim Alten, und damit schon der Anfang vom Ende. – Schliesslich die phobische Patientin, die den Tranquilizer in der Handtasche bei sich hat, steuerndes Objekt [5] oder Übergangsobjekt, Erinnerung an den Therapeuten, konkretistisches Element einer Verbindung mit ihm.

Gegenübertragungen

Zur dynamischen Psychopharmakologie gehören die Übertragungen des Psychiaters und die Anleitung seines Handelns durch Gegenübertragungen [6]. Auch der Psychiater überträgt auf das Medikament, das zum Symbol seiner Selbstunsicherheit werden kann, oder zum unerwünschten, aber tolerierten Dritten, Angriff auf sein psychotherapeutisches Ichideal, nur geduldet, nicht wirklich angenommen. Wichtiger noch die Gegenübertragungen. Schon die Indikationen zur Medikation folgen unter Umständen einer Gegenübertragungseinstellung; die Verordnung kann eine Reaktion auf den Hilferuf des Patienten sein, aber auch

ein Versuch, sich seiner zu entledigen; wie doppeldeutig ist doch eigentlich die Formulierung, es werde ein Mensch ruhig gestellt. Das klingt, wörtlich genommen, beruhigend, schonend und hat doch im Sprachgebrauch eine Tönung von Gewalt, von Fremdbestimmung. Damit ist bereits der zweite gegenübertragungsrelevante Bereich neben der Indikationsstellung angesprochen, die Form der Gabe, die die deutschsprachige Medizin – noch einmal klingt in der Sprache die Ambivalenz an – immer noch oft Verabreichung nennt. Der erregte Patient, der ruhig gestellt werden muss, der gleichwohl tobt und im Arzt den Teufel sieht, erzeugt Angst und Aggression, und es erfordert ein hohes Mass an Gegenübertragungsanalyse, zur ursprünglich wohlmeinenden Intention während der Gabe zurückzufinden.

Die erste Frage lautete: Kann es eine Psychopharmakotherapie ohne die Notwendigkeit, den Beziehungskontext zu reflektieren, und zwar psychodynamisch zu reflektieren, überhaupt geben? Ist jetzt das «Nein» besser begründet? Die Therapeuten und Therapeutinnen können den Beziehungskontext übersehen, aber sie stehen trotzdem in ihm. Und ihn im Lichte von Übertragungs- und Gegenübertragungsmustern zu sehen und das Dreieck Patient – Arzt – Medikament unter dem Blickwinkel der Beziehungstriangulierung zu betrachten, ist hilfreich und notwendig, um die unspezifischen Wirkungen der Medikation, die phantasmatischen Seiten der Gabe und die Compliance besser zu verstehen. Die Nicht-Einnahme von Medikamenten beruht zum grossen Teil darauf, dass die Beziehungsdynamik der Medikamentenverordnung nicht reflektiert wird.

Teil II

Die zweite Frage lautet: Was kann die psychoanalytische Erfahrung beitragen zur Analyse der Medikamentenwirkung, und zwar dann, wenn es durch die Gabe von Psychopharmaka während einer Psychotherapie möglich wird, mikroanalytisch zu erfassen, was die Medikation im Erleben verändert?

«Die Wirkung von Psychopharmaka ist zwar teilweise auf Molekularebene geklärt, wie ein Psychopharmakon jedoch auf die seelische Befindlichkeit einzuwirken vermag, bleibt letztlich unverstehbar und unheimlich» [7]. Was verändert sich durch die Medikation an der Gestimmtheit, am Selbsterleben, an der erlebten Vitalität, und zwar jeweils unterhalb der Schwelle der klinischen Symptomatik? Diese erlebnisreaktive Seite der Behandlung mit Psychopharmaka bestimmt einer-

seits über das Behandlungsergebnis mit, andererseits bestimmt es die Compliance. Wer aber ist in der Lage, diese differenzierten Befunde zu erheben? Das neue interdisziplinäre Arbeitsgebiet der Neuropsychanalyse kann sich dafür anbieten. Einer ihrer wichtigen Exponenten ist M. Solms; er hat das psychoanalytische Verfahren als Erkenntnisinstrument genutzt, um die veränderte Erfahrungs- und Erlebniswelt des hirnnorganisch Kranken zu untersuchen. Bei aller Kritik, die sein Ansatz erfahren hat (v.a. dass seine neurobiologischen Konzepte zu sehr an Neuroanatomie und zu wenig an Neuropsychologie orientiert seien), ist er doch sehr bedeutsam, er weist darauf hin, dass die psychotherapeutische, auch und gerade die psychoanalytische Beziehung, einen Zugang zur subjektiven Welt der Patienten erlaubt, der anders nicht zu gewinnen ist. Die Psychoanalyse ist ja gerade dort für die Neurowissenschaften interessant geworden, wo es mit ihrer Hilfe gelingt, nicht nur kognitive, sondern auch affektive Neurowissenschaft zu betreiben.

Bekanntlich ist die Sprechweise in der klinischen Routine ungenau und unzureichend, zum Beispiel die Annahme, dass Medikamente auf Krankheiten wirkten. B. Woggon hat in diesem Sinne betont: «Psychopharmaka wirken gegen Symptome, nicht gegen Krankheiten» [8]. Aber nicht einmal dies gilt; sie wirken natürlich nicht *auf* Symptome, sondern auf bestimmte neurophysiologische Systeme, sie verändern die Systeme des Gehirns, die der Aktivierung dienen, sie verändern die Qualitäten des limbischen Systems, sie erhöhen die Filterfunktionen des Thalamus usw. Diese Kenntnisse werden immer subtiler; wir wissen mehr und mehr darüber, wie sich ein Medikament synaptisch, hirnfunktionell und neuroregulatorisch auswirkt. Zwischen den biologischen Wirkmechanismen auf der einen Seite und den psychiatrischen Behandlungsindikationen andererseits aber klafft eine Lücke. Wenig Aufmerksamkeit wird den unmittelbaren Erlebniseffekten der Psychopharmakologie gewidmet, und zwar den direkten Auswirkungen auf das Erleben: Welche Qualität hat eine medikamentös behandelte Depression im Erleben? Ist die Antriebssteigerung, die mit der Medikamentenwirkung einhergeht, gepaart mit einer Aktivierung der Intentionalität, oder wird die Aktivität vielmehr als Unruhe empfunden? Wie ist das Selbsterleben von hochpotenten Neuroleptika geprägt; ist die Lebendigkeit des Identitätsgefühls beeinträchtigt? Wird die Dämpfung der Affektivität und des Begehrens als Herunterschrauben der Vitalität oder umgekehrt als Entlastung einer bis dahin unkontrollierbaren Impulsivität erlebt? Wie affiziert ein Neuroleptikum das Traumerleben, die

Traum inhalte? M.a.W.: die Psychotherapie kann – zumindest prinzipiell – der Psychopharmakologie helfen, nicht nur indem die Compliance gefördert wird, sondern auch indem sie die subjektive Erlebnisseite der Medikamentenwirkung überhaupt subtil erfassen hilft und zu einer Mikropsychopathologie der Medikation beiträgt. «Die Untersuchung von Patienten, die solche Medikamente nehmen, erlaubt ein weiteres Mal korrelative Beobachtungen zwischen neuronalen Variablen (in diesem Fall: neurochemischen) und psychoanalytischen. Die systematische Untersuchung einer Vielzahl von Patienten könnte es möglich machen, empirische Verbindungen zwischen zum Beispiel verminderter innerer Aggression und erniedrigter Serotonin-Wiederaufnahme zu beobachten» [9].

Teil III

Die dritte Frage lautet: Welche Modelle erlauben es, Psychopharmakawirkung und Psychotherapie konzeptionell aufeinander zu beziehen?

Bisher wurde in dieser Arbeit untersucht, wie sich Psychotherapie und Psychopharmakotherapie miteinander verschränken: Wie greift das Medikament in die Beziehung ein? Wie gestaltet sich die therapeutische Beziehung zum Psychotherapeuten und zum Pharmakotherapeuten? Wie sehr erlaubt Psychotherapie eine Aufklärung der Medikamentenwirkung?

So wichtig diese Gesichtspunkte sind, so unbefriedigend bleiben sie. Denn bislang wurden die beiden Behandlungsformen lediglich aufeinander in ihren Voraussetzungen und Effekten bezogen. So entsteht ein Interaktionsmodell von Psychotherapie und Psychopharmakologie, das beide aufeinander bezieht, aber doch scharf voneinander trennt. Wichtig zum Verständnis des Verhältnisses wäre ein integriertes Modell, das beide in ihren Wirksamkeiten und in ihren Wechselwirkungen begreift und umgreift. Auf der Suche nach einem solchen Modell können wir entdecken, dass solche integrierten Modelle in den letzten Jahren vermehrt auf neurobiologischer Grundlage entworfen worden sind, mit dem Ziel, die neurobiologischen Effekte der Psychotherapie und der Pharmakotherapie zusammen zu denken. Als Beispiele seien genannt:

- Die auf der modernen Genetik basierenden Modelle, die genetische Determiniertheit und peristatische Einflüsse verknüpfen, indem sie Umwelteffekte nicht auf das genetische Material, aber doch auf das Ablesen der Gene, auf die sogenannte Genexpression beziehen; sie erlauben es, die Wirksamkeit von Psychotherapie als indirekte Veränderung der biologischen

Prozesse durch die von ihr bewirkte veränderte Genexpression, die Wirkung der Medikamente als direkte Veränderung der biologischen Reaktionsmuster in eine Ergänzungsreihe zu stellen [10].

- Die Modelle des Zusammenhangs zwischen Entwicklungstraumatisierung und Veränderung der Hirnfunktionen; sie können zeigen, dass Umwelt auf die neurobiologischen Lebensgrundlagen einwirkt, dass gerade die frühen lebensgeschichtlichen Schwerstbelastungen sich im neuronalen Netzwerk niederschlagen. Diese biologischen Narben erzeugen eine somatische Vulnerabilität, die empfindlicher und weniger resistent macht, so dass geringere negative psychosoziale Erfahrungen wie Retraumatisierungen erlebt werden und schliesslich zu neurobiologischen Dekompensationen führen. Die Psychotherapie arbeitet dann an der erfahrungsbestimmten Vulnerabilität, die Medikation an der biologischen Entgleisung, gewissermassen zwei pathogenetisch zu unterscheidende Zeitpunkte in der Genese des Krankheitsbildes [11].
- Die Modelle einer gemeinsamen Endstrecke von Psychopharmaka- und Psychotherapiewirkung; sie gehen von den empirischen Befunden aus, die aufzeigen können, dass sich die neurobiologischen Wirkmechanismen von Psychotherapie und Psychopharmakologie gleichen [12]. So werden die Effekte von beiden vergleichbar, weil sie zu identischen oder zumindest ähnlichen biologischen Folgen führen.

Seltener sind Modelle, die von einem psychopathologischen oder einem psychodynamischen Ausgangspunkt her kommen, die also die Krankheitsentstehung als dynamischen psychologischen Vorgang zu begreifen versuchen und nach Kenntnis der Psychopathogenese die Therapieeffekte erklären beziehungsweise die vorhandenen Befunde in die Krankheitstheorie einschreiben:

- Janzarik, einer der grossen Psychopathologen der deutschsprachigen Psychiatrie, hat in seinem psychopathologischen Konzept der Struktur- und Dynamik die Medikamentenwirkung beschrieben. In der Dichotomie von Struktur und Dynamik, die die Grundlage seines Konzepts darstellt, wirken Psychopharmaka auf die Dynamik, nicht direkt auf die Struktur – und auf diese nur insofern, als zum Beispiel die Reduktion der Dynamik es ermöglicht, dass Struktur sich neu festigt. «Grundsätzlich erreichbar für Psychopharmakotherapie ist nur die dynamische Entgleisung» [13]. So wird verständlich, dass ein Wahn nicht medikamentös zu beeinflussen ist – er gehört der Sekundär-

bearbeitung, der Umformung der Struktur an, wenn er nicht mehr dynamisch ist. Psychotherapie – so könnte man über Janzarik hinaus formulieren – arbeitet ebenfalls an der Dynamik, also an den Affekten, aber auch an den Strukturen, die sie einerseits – aufdeckend – wieder verflüssigt, andererseits – stützend – zu stabilisieren hilft.

- Mentzos [11] hat in seinen psychodynamischen Konzepten der Psychosentherapie die medikamentösen Effekte so beschrieben, dass die emotionalen Übererregungen eingeschränkt werden, mit der Folge, dass psychotische Abwehrvorgänge überflüssig werden, und – darüber hinaus – dass eine chemisch einsetzende Ich einschränkung die Wahrnehmungsfähigkeit retardiert und einschränkt, im Grunde also ein chemischer Ersatz für Abwehrmechanismen bereitgestellt wird. Der Druck der Emotionen weicht, das Ich ist weniger durchlässig – mit der Folge einer Rekompensation, die dann psychotherapeutische Arbeit wieder ermöglicht.

Diese Ansätze sind nicht mehr neu, sie bleiben bedeutsam, weil sie so wenig Nachfolgemodelle haben. Hier macht sich das Verschwinden einer differenzierten Psychopathologie ebenso ungünstig bemerkbar wie die zunehmende Behinderung psychodynamischen Denkens. Notwendig sind weiterhin integrierte Modelle, eben auch von der Seite des subjektiven Erlebens her, in die die Medikamentenwirkung eingetragen wird.

Ein eigener Beitrag [14] zum Verständnis komplexer Zusammenhänge stellt noch kein neues Modell des pharmako-psychotherapeutischen Zusammenhangs dar. Aber er beschreibt die Verschränkung der Effekte beider Verfahren. Wenn er als strukturelle Perspektive beschrieben wird, dann hat Struktur eine etwas andere Bedeutung als bei Janzarik; Struktur meint hier nicht mehr die gebildete Persönlichkeitsstruktur, sondern allgemeiner eine spezifische Form des Zusammenhangs zwischen Elementen. *Strukturen* sind Gebilde dynamischer Wechselwirkung. Strukturen beschreiben nicht die Interaktion von Elementen, die für sich isoliert betrachtet werden könnten, sondern das Verhältnis der gegenseitigen Anweisung oder Angewiesenheit zueinander; Strukturen sind immer dialektische Gebilde, weil das eine Element der Struktur sich definiert durch jeweils andere Elemente, oder, anders gesagt, Strukturelemente konstituieren sich gegenseitig durch den Strukturzusammenhang. Eine solche Strukturvorstellung hat entscheidende Auswirkungen. Es lässt sich kein Teil auswechseln, ohne alle anderen Teile in irgendeiner Weise mit zu beeinflussen. Unter struk-

turalen Gesichtspunkten verändert sich die Frage nach dem Zusammenspiel von Psychopharmakologie und Psychotherapie, aber auch der Streit zum Beispiel zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Als Beispiel kann die Behandlung eines depressiven Menschen dienen. Zunächst ist es leicht zu beschreiben, wo die verschiedenen Therapieverfahren schwerpunktmässig ansetzen, *psychoanalytische* Verfahren zum Beispiel an der Wiederbelebung von aggressionsvermeidenden Beziehungserfahrungen und den mit ihnen verknüpften Affekten, die *kognitive* Therapie an den bewussten Einstellungen, die beim depressiven Menschen eingeengt sind, die *medikamentöse* Therapie schliesslich an der biologischen Basis von Antrieb und Gestimmtheit, die in der Depression reduziert sind. Im Sinne des Strukturmodells gedacht, macht es keinen Sinn anzunehmen, dass Strukturen nur von einem Punkt aus verändert werden können. Es ist nicht verwunderlich, vielmehr selbstverständlich, dass Um- oder Restrukturierungen von allen Punkten einer Struktur aus unternommen werden können. Die Veränderung der Kognition oder des Verhaltens, veränderte Beziehungserfahrungen, umgestimmte Affektivität, der veränderte Antrieb, alle erlauben sie andere, neue Erfahrungen. Die Diskussion zur Wertigkeit einzelner Psychotherapieverfahren müsste demzufolge von anderen Kriterien ausgehen; zu fragen wäre nicht nur, wo ein Verfahren ansetzt, sondern inwieweit es erlaubt, die durch eine Therapiemassnahme angestossenen strukturellen Umwandlungen zu reflektieren und therapeutisch zu bearbeiten. Ebenso wie eine allein störungsbezogene Behandlung reicht die Symptomveränderung durch medikamentöse Behandlung als Therapie nicht aus; ein Medikament heilt nicht die Depression an sich, sondern verändert Erlebniselemente, und ein Kriterium jeder Therapie muss sein, ob sie die Fernwirkungen auf alle Aspekte des Erlebens, die Möglichkeiten, die sich durch die Veränderung eines Teils ergeben, mit dem Patienten zusammen reflektiert [1].

Schlussfolgerungen

Das Fehlen von oder der Mangel an schlüssigen integrierten Modellen wirkt sich auf die Praxis aus. Er ist – umgekehrt betrachtet – an einer Unsicherheit in der Praxis ablesbar. Wie werden Patienten über ihre Krankheit aufgeklärt? Welches Krankheitsmodell bekommen sie vermittelt? An dieser Frage scheiden sich die Geister, entscheidet sich, wie ernst es mit der Verbindung von Psychotherapie und Psychopharmakologie gemeint ist.

Dank des «decade of the brain» ist für viele Psychiater das Krankheitsmodell letztlich biologisch, die Medikation die einzige kausale Therapie. Psychotherapie übt, stützt, nimmt seelsorgerisch Anteil. Sie hat freilich keine wirkliche theoretische Chance. Wenn so die Aufklärung des Patienten erfolgt, wird eine stringente psychotherapeutische Therapie sehr schwer sein, jedenfalls dann, wenn sie eigene Effekte für sich reklamieren möchte. (Nur sehr selten wird gesehen, dass auch und gerade für die Aus- und Weiterbildung ein komplexes Krankheits- und Behandlungsmodell notwendig ist, vgl. [15].)

Viele Psychoanalytiker oder psychodynamische Psychotherapeuten haben ihrerseits oft genug eine dynamische Konzeption, in der Medikamententherapie nur als Ultima ratio zugelassen ist, gleichsam als Versagen der eigenen Möglichkeiten, über das zudem noch geschwiegen wird – Medikamente sind nötig, aus rechtlichen Gründen zwingend. Eine merkwürdige Stummheit umgibt diese zusätzliche Behandlung, die fast schamvoll verschwiegen wird, nicht zum Gegenstand des therapeutischen Gesprächs wird. (Nach Untersuchungen des psychoanalytischen Ausbildungsinstituts der Columbia Universität haben immerhin etwa 20% der Lehranalytiker und 30% der Kandidaten ihren Analysanden Medikamente verschrieben [16, 17].)

In beiden Fällen gilt: Das bio-psycho-soziale Modell wird theoretisch vielleicht bejaht, aber es wird nicht konsequent umgesetzt. Auch wenn Psychotherapie und Psychopharmakologie gemeinsam angewendet werden, und das ist häufig, so werden sie doch meist nicht beide zugleich ernstgenommen. Psychotherapie im einseitig biologischen Modell wird zur seelsorgerischen Begleitmusik; Psychopharmakologie in der strikt analytischen Praxis wird zum schuldbeladenen Sündenfall oder zum schamvoll zu verleugnenden therapeutischen Seitensprung.

Pragmatismus ist an dieser Stelle nicht gesagt; er ist Ausdruck einer intellektuellen Unschärfe, Ausdruck einer Scheu, theoretische Konsequenzen zu ziehen aus einer oftmals dringenden Praxis. Nur wenn die Therapeuten für sich ein Konzept der Methoden-Kombination haben, können sie ihr eigenes Handeln den Patienten gegenüber vertreten.

Eine «Theorie der integrativen Technik», die Cahn [18] für die institutionelle Behandlung insgesamt fordert, fehlt nach wie vor; sie ist auch für den vergleichsweise kleinen Ausschnitt der hier behandelten Thematik, der Integration von Psychotherapie und Psychopharmakologie, zu fordern. Die Theorie der integrativen Technik lässt sich gut mit dem soeben eingeführten strukturalen

Gesichtspunkt verknüpfen. Beachtung der strukturellen Fernwirkungen bedeutet ja genau das: Zu wissen, wie die Elemente der oft genug notwendig heterogenen therapeutischen Praxis sich zusammenfügen und beeinflussen. Dass diese Theorie die Gestalt einer «psychoanalytischen Metamethodologie» [18] haben sollte, dass ein psychoanalytisches Denken dazu besonders geeignet ist, eine verstehende Klammer zu bilden zwischen verschiedenen therapeutischen Einflussfaktoren, hat viel für sich – auch wenn die schlechte wissenschaftliche und versorgungspolitische Presse der Psychoanalyse ebenso wie ihre eigene institutionelle Borniertheit, die den Blick ohne Not einengt, wenig Hoffnung machen, dass ihre grossen Möglichkeiten angemessen genutzt werden.

Worauf könnte eine solche Theorie der integrativen psychopharmako-psychotherapeutischen Technik aus psychoanalytischer Sicht aufbauen? Sie könnte sich auf die operationalisierte psychodynamische Diagnostik stützen, die OPD, und gemäss den Achsen der OPD [19] fragen:

- 1.) Was verändert sich durch Medikamentengabe in der subjektiven Krankheitstheorie, in der Krankheitseinsicht und in der Krankheitsverarbeitung? (Perspektive der Achse 1)
- 2.) Wird die durch Medikation veränderte Therapeut-Patient-Beziehung in ein habituelles Beziehungsmuster eingebaut, und wenn ja: in welches, oder bleibt sie dynamisch neutral? (Perspektive der Achse 2)
- 3.) Steht das vorherrschende Konfliktmuster in Einklang oder in Dissonanz zur Medikamentengabe? Befriedigt es zum Beispiel eine passive Variante des Versorgungs-Autarkie-Konfliktes, gefährdet sie die aktiv kompensierten Autonomie-Abhängigkeits-Probleme? (Perspektive der Achse 3) Schliesslich:
- 4.) Wie wirkt sich ein Medikament auf Elemente der Persönlichkeitsintegration, der Struktur im OPD-Sinn, aus? Beeinflusst es die Toleranz für negative Affekte? Verstärkt es die Fähigkeit zur Selbststeuerung oder trägt es seinerseits zur Übersteuerung bei? Erlaubt es, ein stärkeres Gefühl der eigenen Identität festzuhalten, oder macht es umgekehrt gleichgültig gegenüber den zeitlich-biographischen Wurzeln der Identitätserfahrung? (Perspektive der Achse 4)

Erst wenn der psychodynamisch denkende Psychiater in dieser oder in vergleichbarer Weise weiss, warum er dieses oder jenes Medikament nicht der Behandlung überstülpt, sondern in sie aufnimmt, kann er mit dem Patienten über das Medikament reden. Das psychodynamische Denken übernimmt hier die integrative Tradition der Psychopathologie, um die es noch stiller geworden

ist als um die Psychoanalyse. Empirische Untersuchungen zur Psychodynamik der medikamentösen Therapie in der Psychiatrie auf der Basis der OPD fehlen allerdings bislang, sie sind dringend erforderlich.

Literatur

- 1 Küchenhoff J, Mahrer Klemperer R, Herausgeber. Psychiatrie im psychiatrischen Alltag. Stuttgart: Thieme; 2000.
- 2 Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien: Huber; 1974.
- 3 Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. Br J Psychiatry 2000;177:117–22.
- 4 Kapfhammer HP. Psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Ansätze in der Behandlung von depressiven Störungen. In: Buchheim P, Herausgeber. Psychotherapie und Psychopharmakologie. Stuttgart: Schattauer; 1997. S. 31–54.
- 5 König K. Charakter und Verhalten im Alltag. Hinweise und Hilfen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1995.
- 6 Rubin J. Countertransference factors in the psychology of psychopharmacology. J Am Acad Psychoanal 2001;29:565–73.
- 7 Dubach M. Psychotherapeutische Aspekte des Behandlungsplans. In: Küchenhoff J, Mahrer Klemperer R, Herausgeber. Psychiatrie im psychiatrischen Alltag. Stuttgart: Thieme; 2000. S. 49–59.
- 8 Woggon B. Behandlung mit Psychopharmaka. Aktuell und massgeschneidert. Bern: Huber; 1998.
- 9 Solms M, Turnbull O. The Brain and the Inner World. New York: Other Press; 2002.
- 10 Gabbard G. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 3rd edition. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- 11 Mentzos S. Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1993.
- 12 Viinamäki H, Kuikka J, Tiihonen J. Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case control study. Nordic J Psychiatry 1998;52:39–44.
- 13 Janzarik W. Struktur-dynamische Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke; 1988.
- 14 Küchenhoff J. In Strukturen denken. Strukturkonzepte in Philosophie, Psychiatrie und Psychoanalyse und ihre praktischen Auswirkungen. In: Rudolf G, Grande G, Henningsen P, Herausgeber. Die Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2002. S. 68–80.
- 15 Etzensdorfer E. Integration von Wissensvermittlung und emotionaler Auseinandersetzung. Zeitschrift für Hochschuldidaktik 1996;3/4:23–7.
- 16 Donovan S, Roose S. Medication use during psychoanalysis: a survey. J Clin Psychiatry 1995;56:177–8.
- 17 Roose S, Stern R. Medication use in training cases: a survey. J Am Psychoanal Assoc 1995;43:163–70.
- 18 Cahn T. Beyond the treatment contract: psychoanalytic work in the public mental hospital. In: Pestalozzi J, et al., editors. Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings. London: Karnac; 1998. p. 1–24.
- 19 OPD Arbeitskreis. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern: Huber; 1998.