

chologisch-psychotherapeutische Aspekte der Psychiatrie hervorgehen.»

Kuhns einfache Kategorien überspringen des Denken legte ihm 1958 den Titel «Wissenschaft und Kunst in der Seelenheilkunde» als das Thema seiner akademischen Antrittsvorlesung in Zürich nahe. Roland Kuhn bekennt, dass Wissenschaft und Kunst in seiner Forschung und seiner praktischen Arbeit durch phänomenologisch-daseinsanalytische Methoden verknüpft werden. Gerne zitiert er aus dem Text «Philosophie und Psychiatrie» von Richard Hönlwald, der von «einer künstlerischen Komponente auch schon in der diagnostischen Tätigkeit des Psychiaters gesprochen» hat.

Grundlegend sind seine Studien zur Daseinsanalyse. In seinem gerade erschienenen Buch «Psychiatrie mit Zukunft» setzt er sich für die ästhetischen und ethischen Dimensio-

nen in der wissenschaftlichen Forschung und in der praktischen Arbeit der Psychiatrie ein. Kuhn wünscht sich «den einzelnen leidenden kranken Mitmenschen ... zurückzuholen in eine menschliche Begegnung mit seinem Arzt, die beide in das Ereignis des Staunens führen kann ... Wechselseitiges Staunen zu ermöglichen und zu erfahren jedoch ist die Bewährung des Psychiaterseins!» Für seine daseinsanalytischen und philosophischen Arbeiten erhielt Roland Kuhn die Ehrendoktorwürde der Philosophie an der Sorbonne in Paris.

Das aktuelle Verzeichnis seiner wissenschaftlichen Publikationen umfasst heute 200 Titel, die Liste erweitert sich immer noch von Jahr zu Jahr, da unser Preisträger als sehr gefragter Redner wesentliche Kongresse mitgestaltet. Bis heute ist er genauso wie seine Gattin noch psychiatrisch tätig. Grosse

Aufmerksamkeit widmet er auch seiner umfassenden Bibliothek, die nicht nur reich bestückt ist mit psychiatrischen-philosophischen Fachbüchern, sondern auch mit Werken zu Literatur, Kunst und Religion.

Für dieses gewaltige Lebenswerk verleiht die «Deutschsprachige Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks» heute Professor Roland Kuhn die Hans-Prinzhorn-Medaille.

In der Äneis (9, 252) setzt sich Publius Vergilius Maro (70–19 v. Chr.) mit Ehre, Lohn und Würde auseinander und schreibt:

«Welcher Lohn, ihr Männer,
vermöchte für solche Verdienste
Würdig genug mir scheinen;
Den köstlichsten werden die Götter
Und euer eigenes Bewusstsein
euch spenden.»

Psychopharmakologie gestern – heute – morgen

Vortrag zur Verleihung der Hans-Prinzhorn-Medaille in Berlin am 28. Oktober 2004

■ R. Kuhn

Scherzingen

Einleitung: Hans Prinzhorn – Psychiatrie als Wissenschaft und als Kunst

Der Präsident der «Deutschsprachigen Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks»¹, Manfred P. Heuser, schrieb am 2. August 2004 aus München, mir werde – mein Einverständnis vorausgesetzt – am 28. Oktober 2004 in Berlin die «Hans Prinzhorn-Medaille» verliehen. Hartmann Hinterhuber aus Innsbruck werde dort meine wissenschaftliche Arbeit, die gleichermassen auf dem Gebiet der Philosophie als auch der Psychopharmakologie liege, würdigen. Dem Brief lagen die «Satzung der Gesellschaft» bei und ein Verzeichnis von 36 Personen, die von 1965 an mit der erwähnten Medaille ausgezeichnet worden sind. Deren Werke bestimmen einen beträchtlichen Teil der Psychopharmakologie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Es drängen sich nun zwei Fragen auf. Was hat meine wissenschaftliche Arbeit mit dem Träger des Namens der Medaille «Hans Prinzhorn» und seinem Werk zu tun und inwiefern verbindet sich die Psychopathologie des Ausdrucks mit Kunst?

Hans Prinzhorn ist bekannt als Autor des Buches *Bildnerei der Geisteskranken*², das sich der *künstlerischen Aktivität psychisch Kranker* widmet. Es ist dies bis heute das

grundlegende Standardwerk jeder Psychiatrie, insofern sie sich nicht mit ihr als *Wissenschaft* befasst, sondern mit jenem Anteil ihrer Aktivität, die sich am besten mit dem Wort «*Kunst*» bezeichnen lässt. Prinzhorn³ stellt Seelenheilkunde als *Begegnung des Arztes mit dem kranken Mitmenschen* dar, welche eine gegenseitige mitmenschliche Beziehung zwischen Arzt und Patient erstrebt und gestaltet. Der folgende Text ist auf dem Hintergrund eines Verständnisses der ärztlichen Aktivität zu sehen, die mit *künstlerischen Aspekten* seines Berufes am besten angedeutet und umschrieben wird.

Elementare Grundlage medizinischen Denkens und Handelns ist das Verbinden von zwei Prinzipien zu einer *einheitlichen Ganzheit*:

- Körperliche Symptome* fordern körperliche, das heisst *medizinische* und in erster Linie *medikamentöse Behandlung*.
- Da jede krankhafte Störung neben körperlichen auch *psychische Erscheinungen* zeigt, sind entsprechende *psychisch-therapeutische Schritte* notwendig.

Die Psychopharmakologie hat seit Prinzorns Zeit eine *stattliche Menge neuer Psychopharmaka* entdeckt und deren *biochemischen Wirkungsmechanismus* erforscht. In dieser Anfangsphase der *Geschichte der Psychopharmakologie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts* ist die Grundlage für das Verständnis ihrer Forschung und Praxis entwickelt worden. Den ersten Schritt zur Aufklärung des Wirkungsmechanismus der Psychopharmaka hat Mitte der 1950er Jahre Arvid Carlsson gemacht, indem er die Bedeutung des *Dopamins* für die Wirkung der Anti-

depressiva erkannte. Rasch wurde die Rolle der anderen Katecholamine *Noradrenalin* und *Adrenalin* entdeckt und die Wege ihrer Entstehung und ihres Abbaus gefunden. Für ihren Beitrag erhielten Carlsson, Greengard und Kandel sehr spät im Jahr 2000 den Nobelpreis⁴. Es entwickelte sich eine Biochemie der Psychopharmaka. Zu den Katecholaminen zeigte sich zusätzlich eine mit ihnen in wechselnder Beziehung stehende Rolle von *Serotonin*.

Auf *katecholinerge* und *serotoninerge Synapsen* wirkende Medikamente stellen

- Diese Gesellschaft ist weltweit verbunden mit wissenschaftlichen Vereinigungen des gleichen Stils.
- Prinzhorn H. *Bildnerei der Geisteskranken*. Berlin: Springer; 1923, 2001.
- Prinzhorn H. *Gespräch über Psychoanalyse*. Heidelberg: Kampmann; 1926.
 - Um die Persönlichkeit. 1927.
 - Nietzsche und das XX. Jahrhundert. 1928.
 - Psychotherapie Voraussetzungen Wesen Grenzen. Leipzig: Thieme; 1929.
 - Versuch einer geistesgeschichtlichen Einordnung der Psychoanalyse. In: Prinzhorn H. *Auswirkungen der Psychoanalyse*. Bd. 1. Leipzig: Der neue Geist; 1928. S. 12–47.
- Reuter H. *Biochemische Reaktionen im gesunden und im kranken Gehirn*. Der Nobelpreis für Medizin und Physiologie 2000. Neue Zürcher Zeitung 6.12.2000, Nr. 285, S. 75.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Roland Kuhn
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Rebaldenstrasse 5
CH-8596 Scherzingen

eine *Einheit* dar. Es ist zweckmässig, die Behandlung mit einem auf katecholinerge Synapsen ansprechenden Stoff zu beginnen, da die grosse Mehrzahl der Kranken darauf reagiert. Oft ist es möglich, dabei zu bleiben. Es kann sich als nützlich erweisen, eine auf serotoninerge Synapsen wirkende Substanz hinzuzufügen oder ganz auf eine solche überzugehen. Die psychopharmakologische Behandlung soll nämlich nicht nach einem vorgegebenen Schema verlaufen, sondern sie ist dem konkreten Fall anzupassen und erfordert einen *dauernden Kontakt des Arztes mit dem individuellen Kranken*. Wenn man nur Substanzen verwendet, die lediglich auf serotoninerge Synapsen wirken, ist es oft schwierig zu beurteilen, ob tatsächlich ein optimaler Effekt erzielt wird. All das gilt für jedes Lebensalter, vor allem auch für Kinder und ältere Kranke, bei denen die Dosierung oft recht schwierig ist. Je besser indiziert die Behandlung ist, desto weniger treten störende Nebenwirkungen auf.

Die Psychopharmakologie zeigt zwei *gegensätzliche Richtungen*:

1. Ursprüngliche Auffassungen der antidepressiven Wirkung

Meine 1957 entwickelte ursprüngliche Auffassung, die *Wirkung von Imipramin* sei als *antidepressive Therapie* in Zusammenhang mit ihren biologischen und psychologischen Aspekten – das heisst mit ihren *vitalen Strukturen* – zu verstehen, hat sich bis heute bewährt. Das gilt sowohl für die praktische Anwendung wie für die wissenschaftliche Forschung⁵.

2. Die gegenwärtigen Auffassungen über Indikationen der antidepressiven Therapie

a) Im *Vordergrund* des gegenwärtigen psychopharmakologischen Denkens stehen Betrachtungs- und Arbeitsweisen, die bald nach der Entdeckung der antidepressiven Wirkung von Imipramin auftauchen und eine der meinigen entgegengesetzte Auffassung darstellen. Diese Forscher entfalten eine *grundsätzlich andere Psychiatrie*, obgleich auch sie von der Frühzeit der Geschichte der modernen Psychopharmakologie ausgeht, wie sie *Frank J. Ayd Jr. und Barry Blackwell*⁶ im Jahre 1970 an einem Symposium in Baltimore kenntnisreich dargestellt haben. Ihr Buch enthält neben meinem eigenen Beitrag Referate der an den damaligen Entdeckungen beteiligten Forscher. Damit gelingt wohl die Entwicklung von Medikamenten mit analoger Struktur und Funktion im Vergleich zu den bereits bekannten Substanzen. *Entscheidend neue Einsichten* in die Funktionsweise der psychopharmakologischen Wirkung werden jedoch auf diesem Weg *nicht* gewonnen. Rein psychologisch-psychopharmakologisch-psychotherapeutische Überlegungen ersetzen die ursprünglich bewährten biologisch-psychologischen Auffassungen. Dabei werden die *vitalen – das bedeutet, die biologischen und die dazu gehörenden psychopathologischen – Aspekte* der Medikamentenwir-

kung in den Hintergrund gedrängt und verschwinden sogar in den 1990er Jahren ganz. Dokumentiert ist diese Entwicklung in dem zur selben Zeit von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen *Manual der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen*. Dort heisst es unter F30–F39 über *affektive Störungen*: «Die hier als «somatisch» bezeichneten Symptome könnten ebenso «melancholisch», «vital», «biologisch» oder «endogenomorph» genannt werden; die wissenschaftliche Absicherung dieses Syndroms ist in jedem Fall etwas fragwürdig. ... Wenn gewünscht, erlaubt die Klassifikation die Verwendung dieses somatischen Syndroms. Es kann aber auch ohne Verlust jeglicher sonstiger Information darauf verzichtet werden.»⁷ Die Behandlung depressiver Zustände erscheint nur noch unter psychologisch-psychopathologischen und psychotherapeutischen Gesichtspunkten.

Wenn Psychotherapeuten Erfolge sehen, nehmen sie als selbstverständlich an, die Wirkung sei ihren Anstrengungen zuzuschreiben. Dagegen sind nun aber wesentliche Einwände zu machen! Angesichts des oft *phasischen Verlaufs* ist es schwierig oder unmöglich zu entscheiden, ob nicht in vielen Fällen, wenn nicht gar immer das *spontane Geschehen* dem Therapeuten einen Erfolg vorgaukelt, an dem zu zweifeln ihm gar nicht in den Sinn kommt. Alles Bemühen um exakte Erfassung einer derartigen Behandlung lässt jedoch im unklaren, ob tatsächlich die psychotherapeutische Aktivität für den Ausgang der Behandlung entscheidend ist. Ja, angesichts des phasischen Verlaufs spricht die *Wahrscheinlichkeit für ein spontanes Geschehen!* Dagegen sträubt sich eine durch alte Gewohnheit eingeschliffene Art zu denken, die meint, ohne gezieltes aktives Eingreifen im Sinne psychotherapeutischer Gespräche sei keine Veränderung einer depressiven Verstimmung zu erzielen. Dagegen sind grundsätzliche Einwände zu machen. Depressivität ist ebenso ein *biologisches* wie ein *psychisches Phänomen!* Depressive Hemmung, Erschwerung, Verlangsamung körperlicher und psychischer Leistungen weisen wohl auf körperliche Aspekte hin. Diese enthalten jedoch eine psychische Komponente, und das Ganze ist als *psychophysisches Phänomen* aufzufassen. Die körperliche Komponente ist deshalb wesentlich, weil sie die biologische Ansprechbarkeit durch Medikamente verständlich erscheinen lässt.

Die einseitig psychologisch ausgerichtete Einstellung hat beträchtliche *Konsequenzen*: Statt die Kranken sogleich einer optimalen psychopharmakologischen und das heisst spezifisch antidepressiven Therapie zuzuführen, die die Symptome rasch zum Verschwinden bringt, wird ein grosser psychotherapeutischer Aufwand mit oft kostspieligen Arbeitsausfällen und Erholungsaufenthalten in Sanatorien betrieben. Es ist dies ein geradezu klassisches Beispiel dessen, was *Eugen Bleuler* als *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin*⁸ bezeichnet hat.

b) Im *Hintergrund* bleibt diese der gegenwärtigen Situation zugrunde liegende biologisch-psychologische, das heisst vitale Betrachtungsweise erhalten und wird sogar

weiterentwickelt, was die Therapeuten nicht zur Kenntnis nehmen. Es sind nämlich wesentliche zusätzliche Einsichten in den Wirkungsmechanismus der Psychopharmaka gewonnen worden. Sie bestehen vor allem darin, die *obligatorische Rolle von Kofermenten* für die Medikamentenwirkung zu erkennen, und zwar für die Synthese von Dopamin und Serotonin durch zweiwertiges Eisenion und von Noradrenalin durch zweiwertiges Kupferion⁹. In der Praxis entsteht daraus eine Schwierigkeit, weil es sich keineswegs von selbst ergibt, ob in einer konkreten Situation die Indikation für Eisen oder für Kupfer gegeben ist. Wenn ein Kupfermangel besteht, ist die Wirkung der spezifischen Antidepressiva beschränkt oder entfaltet sich nicht. Dann ist Eisen durch Kupfer zu ersetzen. In geeigneten derartigen Fällen kann eine Anpassung der Therapie innerhalb von Stunden eine völlige Remission bewirken, vielleicht sogar bei schwer depressiver, auf Antidepressiva und Eisen nicht ansprechender Symptomatik.

Zudem ist bei *prämenstrueller Verschlimmerung* der Depression der *Wasserstoffwechsel* von Bedeutung¹⁰. Eine depressive Symptomatik, die nur prämenstruell auftritt oder sich in dieser Phase verschlimmert, kann durch eine Förderung der Diurese, etwa mittels Hygroton, unterdrückt werden. Umgekehrt verhält es sich mit einer Steigerung der Depressivität *nach der Menstruation*. Dann ist die depressive Symptomatik Ausdruck eines durch den Blutverlust bedingten Eisenmangels, der rechtzeitig ausgeglichen werden muss.

Das soeben geschilderte Denken ist nicht dasjenige der Psychopharmakologen, das heute allgemein verbreitet ist. So verschwindet mit dem Verlassen meiner Betrachtungsweise auch mein Name.

3. Die sich abzeichnende Rückkehr zur ursprünglichen Auffassung

Im ganzen gesehen ist die soeben dargestellte aktuelle Situation der Psychopharmakologie mit ihren grossen Zahlen von Einzelfällen und deren statistischer Verarbeitung wohl

5 Kuhn R. 5 Jahre medikamentöser Behandlung depressiver Zustände mit Iminodibenzylderivaten. *Schweiz Med Wochenschr* 1964;94:590–601.

6 Ayd FJ Jr, Blackwell B. *Discoveries in Biological Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott; 1970.

7 Weltgesundheitsorganisation. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10*. Bern: Huber; 1991. S. 120.

8 Bleuler E. *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung*. Berlin: Springer; 1919, 1962.

9 Kuhn R. Stilfragen wissenschaftlicher Forschung und praktischer Behandlung in Psychiatrie und allgemeiner Medizin. In: Kuhn R. *Psychiatrie mit Zukunft*. Basel: Schwabe; 2004. S. 119.

10 I.c. 121f.

geeignet, mit modernen Antidepressiva Ergebnisse zu liefern. Dies gilt auch mit neuen Medikamenten, die sich in ihrer chemischen Formel oder pharmakologischen Wirkung an diejenigen bekannter Substanzen anlehnen. Immer deutlicher zeigt sich jedoch eine Stagnation in der Erkenntnis des Wirkungsmechanismus der Antidepressiva. Von einem Fortschritt auf diesem Gebiet kann keine Rede sein. Diese Einsicht hat sich in den 1990er Jahren gemeldet:

Vom 25. bis 27. Oktober 1995 fand in Paris ein Symposium des Institut Pasteur über die Bedeutung der antidepressiven Pharmakotherapie im Hinblick auf das 21. Jahrhundert statt. An diesem Kongress sagte *Alain Puech* von der Salpêtrière in Paris: «*Unfortunately, no improvement in efficacy has been seen for the past 30 years.*»¹¹

Am 6. Dezember 1997 hat *Konrad Maurer* von der Psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt am Main gemeinsam mit Novartis Deutschland zum 40jährigen Jubiläum der Einführung von Imipramin (Tofranil®) ein Symposium organisiert mit dem Leitbild: «Ein Antidepressivum verändert die Welt». Es sprach unter anderen *Karl Rickels* von der University of Pennsylvania in Philadelphia. Er kam zum Schluss, die offensichtlich ungenügenden Fortschritte der Erkenntnisse rufen nach «*Ideen und gute[r] Primärbeobachtung aus der Klinik: Wir brauchen mehr Kuhns!*»¹²

Es gilt nun, die Konsequenzen aus Mängeln der heute allgemein verbreiteten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu ziehen. Anstelle grosser Statistiken mit zahlreichen Patienten und stets der gleichen Methode und Fragestellung muss eine *Rückkehr zum einzelnen Kranken* erfolgen. Dies geschieht in einem *freien Gespräch* zwischen Patient und Arzt, der sich nach bisherigen Krankheitserscheinungen und über die Wirkung bereits eingeleiteter Behandlungen erkundigt. Seine Erfahrungen mit den gegenwärtigen Medikamenten dienen ihm zur Orientierung seines Fragens und Überlegens. Daraus ergibt sich die Art und Weise der bisherigen Behandlung und ihrer Ergebnisse. Es gelingt so, eine *Einheit medikamentöser und psychischer Therapie* herbeizuführen, die in möglichst kurzer Zeit die Auswahl, Dosierung und Verabreichung der Medikamente zu beurteilen gestattet. Je genauer der Kranke erforscht wird, desto grösser sind die Aussichten auf einen Erfolg mit minimalen störenden Nebenwirkungen. Dabei spielen verschiedene Faktoren eine Rolle wie die ganze familiäre und berufliche Situation.

Eine gutindizierte Behandlung greift *zuerst* immer am *biologischen Aspekt* des Zustandsbildes an. Je stärker dieser die Krankheit allein bestimmt, desto einfacher ist der Verlauf. Das Problem ist, inwiefern neben der vital-depressiven biologischen Grundlage psychische, paroxysmale, neurotische, schizoide und organische Faktoren hereinspielen. Bei länger dauernden Entwicklungen und bei schwerwiegenden äusseren Lebensumständen, welche den Verlauf komplizieren, können Verzögerungen des Wirkungseintrittes erfolgen. Das Bereinigen einer vitalen Komponente kann auch bei anderen als

depressiven psychiatrischen Zustandsbildern eine erstaunliche Besserung herbeiführen. Von grossem Gewicht ist bei vielen Phobien und Ängsten eine spezifisch antidepressive Therapie, auch wenn in deren Symptomatik eine vital-biologische Grundlage scheinbar keine wesentliche Rolle spielt. Halluzinationen und Wahnideen können bei hospitalisierten Schizophrenen mit einer verbesserten vitalen Komponente an Aktualität verlieren. Gelegentlich ist sogar eine Entlassung der Patienten mit relativ leichtem Defekt möglich.

Besonders ausgesprochen sind diese Aspekte bei *Zwangskranken*. Geschickte medikamentöse Führung durch die vor allem auf serotoninerge Synapsen wirkenden Medikamente schwächt Zwangerscheinungen ab oder sie verschwinden ganz. Zum mindesten gewinnen die Patienten auf diese Weise die Fähigkeit, mit ihren Zwängen im alltäglichen Leben und sogar bei besonderen Belastungen gut zurechtzukommen. *Hysterische Manifestationen* verlieren weitgehend ihre sozial störenden Aspekte. Die Behandlung der vitalen Komponente *organischer Erkrankungen* kann oft störende Funktionsausfälle kompensieren, was den Kranken gestattet, mit erhaltenen Funktionen den Anforderungen des alltäglichen Lebens gewachsen zu sein.

Eine besondere Gruppe stellen die *Oligophrenen* dar; bei ihnen kann das Beheben einer vitaldepressiven Komponente eine erstaunliche Besserung, vor allem auch der sozialen Leistungsfähigkeit herbeiführen.

Die ganze Psychiatrie wird durch eine *kompetente Behandlung der vitalen Komponenten* einfacher. Die Belastungen für die Kranken, besonders aber auch für die Familie, den Arzt und das Pflegepersonal werden geringer.

Eine besonders reizvolle Betrachtungsweise würde darin bestehen, die alte Griesingersche Idee der primären depressiven Verstimmung als Ausgangspunkt und Grundlage praktisch jeder psychischen Krankheit vom heutigen Standpunkt aus zu überlegen. Zu fragen wäre dann, welche Bedeutung *Griesingers* ursprüngliche Auffassung bei der heutigen Sichtweise gewinnen würde.

Aus den soeben dargelegten Gedanken folgt eine *grundsätzliche Richtung* der praktischen Behandlung und der wissenschaftlichen Forschung. Grosse Patientenzahlen behindern die Forschung mehr, als sie nützen. Je mehr Patienten nach einer einheitlichen Methode untersucht und beurteilt werden, desto mehr verlieren die Ergebnisse gerade jene Aspekte, die für eine wirksame Therapie bei minimalen störenden Nebenwirkungen ausschlaggebend sind. Vor allem das Eingehen auf die individuelle Vorgeschichte mit ihrer spezifisch hereditären und familiär sozialen Komponente erleichtert die zweckmässigste Wahl der Medikamente, ihre Dosierung und die Verteilung ihrer Einnahme über den Tageslauf in Zusammenhang mit den physiologischen Besonderheiten und Reaktionsweisen, die in Wirklichkeit viel individueller gestaltet sind, als man sich das üblicherweise vorstellt. So sind all jene Faktoren zu berücksichtigen, welche das sympathikotone und vagotone Wirkungsprofil

beeinflussen. Zum Beispiel sind die Wirkungsunterschiede der Verabreichung eines Antidepressivums vor oder nach dem Essen, am Morgen oder am Abend, vor oder nach biologischer Arbeitsleistung und Ruhephasen verschieden. Eine Verordnung, wie sie alltäglich geschieht, nach dem Schema, dreimal täglich eine Tablette einzunehmen, kann zwar respektable, oft aber keineswegs optimale Erfolge erzielen. Zudem sind einzelne Medikamente eher schlafanstossend und andere eher weckend. Die Reaktion des einzelnen Kranken gibt dem Arzt zweckmässige Hinweise, um die für ihn besonders geeignete Therapie herauszufinden. Das kann aber nur entschieden werden bei Berücksichtigung des physiologischen Wechsels zwischen Wachen und Schlafen. All das zeigt: Nur eine *dauernde individuelle Führung der Behandlung* durch den Arzt leistet Gewähr für ein optimales Resultat.

In *diagnostischer* Hinsicht ist zusätzlich zu bemerken: Nicht nur klassische Depressionen und Manien, sondern auch deren häufige *Mischzustände* und *manisch-depressive Komponenten anderer psychischer Störungen* – wie endogener und organischer Psychosen, Zwangskrankheiten, Hysterien, hypochondrische Entwicklungen und Angstsymptomatik sowie der zahlreichen «*psychosomatisch*» genannten Erkrankungen – werden durch eine antidepressive Medikation günstig beeinflusst. Das gilt auch für eine depressive Symptomatik, die nur aus der Anamnese ersichtlich ist. *Jede manisch-depressive Komponente ist mit geeigneten Medikamenten zu behandeln, auch wenn sie in einem aktuellen Zustandsbild nur eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint* oder hinter anderen sich aufdrängenden Aspekten fast ganz verschwindet. Sie ist immer *primär biologisch begründet*. Dies gilt auch, wenn psychogene Aspekte im Vordergrund stehen.

Um der Gefahr einer Vermischung irrtümlich falscher und wertvoller richtiger Aussagen zu entgehen, ist es notwendig, deren Begründung zu prüfen, bis die depressive Grundlage einer Symptomatik klar dargestellt ist.

So kehren wir denn am Schluss unserer Überlegungen an den Anfang zurück und hoffen, durch Klärung der gegenwärtigen Situation deren noch durchaus fragwürdige Aspekte zu durchbrechen und für die weitere Forschung zu eröffnen. Das würde Fortschritte wesentlicher Art bringen für die Behandlung depressiver, allgemein psychischer, psychosomatischer Zustandsbilder und von Krankheiten überhaupt, das heisst von Störungen in all ihren Erscheinungsformen.

11 Programmheft der Euro-Conferences am Institut Pasteur vom 23. bis 25. Oktober 1995, 28, rue du Docteur Roux, F-75724 Paris Cedex 15.

12 Rickels K. Akten Jubiläumssymposium 40 Jahre Imipramin.

Prof. K. Maurer, Psychiatrische Universitätsklinik, Frankfurt a. M., 6. Dezember 1997.