

Martina JESZNER**Ungebetene Gäste?****Psychopharmaka im psychoanalytischen Setting**

(Vortrag im SAP am 5.3.2012)

Einleitung:

Die Motivation meiner Arbeit besteht darin, zu reflektieren, in welchem Spannungsfeld ich mich als Psychiaterin und Psychoanalytikerin befinde, wenn es um die Anwendung von Psychopharmaka geht. Bei psychischen Erkrankungen wird vielfach angeraten, Psychopharmaka und Psychotherapie miteinander zu kombinieren, um optimale Ergebnisse zu erreichen und um schwerere psychische Erkrankungen behandeln zu können. Zum Teil konkurrieren diese Methoden stark miteinander und es kommt immer wieder zu Polarisierungen. Speziell in Psychoanalysen wird daher empfohlen, möglichst wenige Parameter einzuführen.

Die Psychodynamik von Psychopharmaka ist dabei auch für die Psychoanalyse ein spannendes Thema. Über die subjektiven Erlebensweisen von Psychopharmaka ist bis jetzt noch wenig geschrieben worden, häufig wird in Therapien diesem Thema zuwenig Bedeutung beigemessen. Seit Einführung der Psychopharmaka hat sich in der neurobiologischen Forschung sehr viel getan, was sich auch auf einige psychoanalytische Konzepte und Theorien befruchtend ausgewirkt hat.

Mein beruflicher Erfahrungshintergrund :

Seit ca. 6a arbeite ich als niedergelassene Psychiaterin und Psychoanalytikerin i.A.u.S. in freier Praxis, nachdem ich zuvor die Facharztausbildung in der Christian Dopplerklinik abgeschlossen habe. Meine ersten Prägungen habe ich auf Akutpsychiatrischen Abteilungen erfahren, wo die medikamentöse Behandlung oft im Vordergrund stand, auf verschiedenen Stationen war die psychodynamische Sichtweise von der Wertigkeit sehr unterschiedlich. Gleichzeitig begann ich mit meiner psychoanalytischen Ausbildung.

In meiner Praxis habe ich einen großen Spielraum, biete sowohl psychiatrische Behandlung als auch Psychotherapie im engeren Sinne an.

In den Erstgesprächen nehme ich meistens die Rolle der Ärztin ein, führe damit einen ärztlichen Diskurs. Zur ärztlichen Tätigkeit gehört es, ein Krankheits- und Gesundungsmodell mit dem Patienten zu erarbeiten und den Patienten über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten zu informieren. Oft muss auch die Scham bearbeitet und der Patient dazu ermutigt werden, seine Erkrankung zu akzeptieren, dabei ist die Vermittlung von Orientierung und Sicherheit sehr wichtig. Die Beratung über die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung ist ebenfalls Teil der Erstgespräche.

Die Erstgespräche gestalte ich sehr offen. Sie ähneln dem psychoanalytischen Erstinterview mehr als der psychiatrischen Exploration. Dabei ist es mir wichtig, möglichst viel Verständnis von der Psychodynamik des Patienten zu gewinnen. Zusätzlich biete ich als Ärztin auch medizinisches Wissen an und veranlasse körperliche Abklärungen, um biologische Ursachen erkennen und auch mitbehandeln zu können.

Patienten äußern oft den Wunsch, bei mir sowohl eine Psychotherapie zu beginnen und gleichzeitig die Medikamente bei mir verschrieben zu bekommen und überwachen zu lassen. Über diese Erfahrungen und die damit verbundene Problematik möchte ich in dieser Arbeit berichten.

Historischer Überblick

Freud

Freud hatte als Mediziner eine Ausbildung als Neurobiologe genossen und auf Grundlage der entwickelten Neuronentheorie eine umfangreiche Schrift mit dem Titel „Entwurf einer Psychologie“ verfasst, diese allerdings aufgrund von damals fehlenden Untersuchungsmethoden nicht veröffentlicht. Der damalige Versuch einer neurobiologischen Grundlegung der Psychoanalyse war unter den begrenzten biologischen Kenntnissen allerdings zum Scheitern verurteilt. Freud hat sich sehr unbefangen mit den damals in der Psychiatrie verwendeten Medikamenten und mit Kokain beschäftigt. Weiters hat er sich für die zeitgenössische Endokrinologie interessiert und sich Gedanken über zukünftig mögliche Psychopharmaka gemacht (Briefe Freud, Pfister 1963).

Ostow

Bereits 1962 wies Mortimer Ostow (Neurologe und Psychoanalytiker mit starkem Interesse an der Beziehung zwischen Neurobiologie und Psychoanalyse) auf die Nützlichkeit des Einsatzes von Medikamenten im Verlauf einer Psychoanalyse hin. Er beobachtete, dass Psychopharmaka insbesondere auf die Affekte wirken. Affekte würden das Verhalten und die Krankheit häufig maßgeblicher bestimmen als die bewusste Interpretation. Er hebt die Bedeutung von Veränderungen unbewussten prozeduralen Wissens als Indikatoren des therapeutischen Erfolgs hervor. Veränderungen der unbewussten inneren Repräsentationen eines Patienten können dem positiven Verlauf einer Therapie zuträglich sein, auch wenn sie das Bewusstsein des Patienten nicht erreichen.

Indikationen zur Verwendung von Psychopharmaka in einer Therapie seien ein pathologisch veränderter, erhöhter oder verminderter Libidogehalt in Relation zur jeweiligen persönlichen Ich-Stärke, sodass wesentliche Ich-Funktionen beeinträchtigt sind. Bei der Kombination von Psychopharmaka mit analytischer Psychotherapie sieht er zwar mögliche Beeinträchtigungen der psychotherapeutischen Möglichkeiten, die Beeinträchtigung durch die Vermeidung von Psychopharmaka seien aber wesentlich größer und komplizierter.

Ostow befürwortet auch klar eine Psychopharmakotherapie in der Hand des ärztlichen Psychotherapeuten. (vgl. Ostow 1954, 1962)

Danckwardt

Joachim Danckwardt hat sich 1977 ebenfalls zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie geäußert. Im Gegensatz zum trieb-psychologischen Ansatz von Ostow vertritt Danckwardt mehr den objekt-beziehungstheoretischen Ansatz. Ihm fällt auf, dass Medikamente bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen eine sehr unterschiedliche Wirkung zeigen, Persönlichkeitszüge und „Selbstkonzepte“ können entwicklungspsychologisch als Niederschlag wichtiger Objektbeziehungen angesehen werden. In einer lesenswerten Kasuistik stellt er eine Patientin mit einer ausgeprägten Objektbeziehungsstörung vor, die eine Psychotherapie ablehnte und sich nur auf eine medikamentöse Therapie einlassen konnte. Die Patientin konnte durch die geglückte Arzt-Patient-Beziehung das Medikament als gutes Objekt inkorporieren. Die vom Therapeuten vermittelte Funktion des Reizschutzes - Gefühle der Sicherheit, des

Vertrauens und der Hoffnung durch fürsorgliche Anwesenheit - , wurde auf ein Kleinstes, das Medikament, verschoben. Die dem Arzt zugeschriebene Omnipotenz wurde durch Zerstückelung (Dosierung) und Kontrolle, durch Entpersönlichung gefügig gemacht. Für Danckwardt stand dies im Spannungsverhältnis mit einer höchst persönlichen Beziehung im psycho-therapeutischen Prozess, der deshalb als gefährlich erschien, weil die Patientin damit sowohl mit den guten als auch mit den versagenden Aspekten einer lebendigen Beziehung konfrontiert würde. Das Medikament erfuhr damit eine symbolische Bedeutung. Danckwardt äußert sich kritisch bezüglich der Medikamente, betont, dass sie die Affekte sowohl reduzieren aber auch als Signifikanten einer je bestimmten Situation verfälschen können, die dann nicht richtig verstanden und folglich nicht durchgearbeitet werden kann. (vgl. Danckwardt, 1977)

Eric Kandel und die moderne Hirnforschung

Kandel war ein Vorreiter in der modernen Hirnforschung, der sich sehr für die Psychoanalyse und Psychiatrie interessierte und die Idee verfolgte, über die Struktur des Geistes psychoanalytische Schlüsselideen in biologische Begriffe zu fassen. Zwischenzeitlich hat sich die Neurobiologie sehr weiterentwickelt. Kandel betonte in seinen Schriften, wie wichtig es sei, dass die meisten Mutterdisziplinen eine Art Gegendisziplin haben. In der Zeit von 1920 bis 1960 bezog die Psychiatrie ihren hauptsächlichsten intellektuellen Antrieb von der Psychoanalyse. Während dieser Zeit waren ihre stärksten Gegendisziplinen die Philosophie und die Sozialwissenschaften. Seit 1960 hat die Psychiatrie begonnen, die Biologie als ihre hauptsächlichste intellektuelle Herausforderung zu begreifen, und zwar mit dem Ergebnis, dass die Neurobiologie in die Position einer neuen Gegendisziplin zur Psychiatrie gedrängt wurde. Die moderne Neurobiologie entfaltete ihre erste Wirkung auf die Psychiatrie, als sie Einsichten in die Wirkung v. Psychopharmaka lieferte. Die Gegendisziplin könne die Mutter-disziplin erfolgreich revitalisieren und reorientieren.

Kaplan-Solms und Solms glauben, dass sich die Stärke der Psychoanalyse von ihrer Fähigkeit ableite, geistige Prozesse aus einer subjektiven Perspektive zu untersuchen. Aus der modernen Genetik wissen wir nun, dass Umwelteinflüsse zwar nicht in das genetische Material eingreifen, allerdings das Ablesen der Gene, die sogenannte Genexpression beeinflussen. Auch die Psychotherapie greift in die Aktivierung von genetischen Material ein, also indirekt in die biologischen Prozesse. Medikamente verändern die biologischen Reaktionsmuster direkt. So entsteht eine Ergänzungsreihe

indirekter und direkter biologischer Veränderungen im Gehirn (Gabbard 2000). Entwicklungstraumatisierungen verändern ebenfalls die Hirnfunktion: Frühe lebensgeschichtliche Schwerstbelastungen schlagen sich im neuronalen Netzwerk nieder. Diese biologischen Narben erzeugen eine somatische Vulnerabilität, die empfindlicher und weniger resistent macht, sodass leichtere negative psychosoziale Erfahrungen wie Retraumatisierungen erlebt werden. Die Psychotherapie arbeitet dann an der erfahrungs-bestimmten Vulnerabilität, die Medikation an der biologischen Labilität, gewissermaßen an zwei pathogenetisch zu unterscheidenden Zeitpunkten in der Genese des Krankheitsbildes (vgl. Mentzos 1991)

Welchen Stellenwert haben Psychopharmaka heute:

In der Psychiatrie haben Psychopharmaka einen hohen Stellenwert in der Behandlung von psychischen Erkrankungen. Vielfach wird zu einer Kombination von Psychotherapie mit Psychopharmakotherapie angeraten. Laut Leitlinien erweisen sich Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei leichten bis mittelschweren Depressionen als gleichwertig, bei schweren Depressionen gilt die Psychopharmakotherapie als überlegen.

Laut neueren Studien aus den USA besteht bei 25-30% der Psychoanalysen eine gleichzeitige Psychopharmaka Einnahme. (Cabaniss&Roose 2005)

Psychiatrische Leitlinien empfehlen bisweilen eine langfristige Einnahme von Medikamenten(z.B. bei rezidivierenden Depressionen bereits nach der 2. Episode), weiters bei bipolar affektiven Störungen und schizophrenen Psychosen. Dies kann für Patienten nicht unbedingt eine große Motivation für eine Psychotherapie sein. Antidepressiva werden heute sehr breit eingesetzt, da sie vergleichbar wenige Nebenwirkungen besitzen, so auch oft bei Burnout-Syndromen und bei Angsterkrankungen.

Bei leichteren Beschwerdebildern ist abzuwägen, ob man Psychopharmaka verwenden will.

In Österreich ist der Zugang zur Psychotherapie erschwert, die Patienten tragen bei den Kosten einen hohen Selbstkostenanteil, sodass es für diese oft leichter ist, nur Medikamente einzunehmen und zum Facharzt zu gehen.

Allerdings können Psychopharmaka oftmals eine Psychotherapie erst ermöglichen, indem sie den Patienten ausreichend für eine Psychotherapie stabilisieren. Schwere psychische Erkrankungen waren früher ungeeignet für eine Psychoanalyse, durch die

gleichzeitige Behandlung mit Medikamenten können heutzutage auch Menschen mit schwereren psychiatrischen Erkrankungen psychotherapeutisch behandelt werden.

Es ist nicht zu leugnen, dass Medikamente sowohl fördernd als auch hindernd auf den analytischen Prozess einwirken können. Fördernd, indem sie den Patienten ausreichend für eine Psychotherapie oder Psychoanalyse stabilisieren, hindernd, indem sie den akuten Leidensdruck nehmen können und den Kernpunkt der Symptome „glätten“.

Wirkung der Psychopharmaka

Es gibt unterschiedliche Substanzklassen von Psychopharmaka, und zwar Antidepressiva, Neuroleptika, Anxiolytika und Stimmungsstabilisatoren. Die Medikamente beeinflussen spezifische Symptome, wirken aber nicht kausal auf die Krankheitsbilder.

Medikamente entfalten ihre Wirkung auf unterschiedliche Weise:

- a) sie haben eine pharmakogene Wirkung
- b) sie verändern die Beziehung zum Therapeuten/Arzt
- c) sie induzieren eine Übertragung
- d) sie wirken unterschiedlich bei verschiedenen Persönlichkeitstypen
- e) sie können die Abwehr stärken oder schwächen

Psychopharmaka verändern den Gehirnstoffwechsel, indem sie eines oder mehrere Neurotransmittersysteme beeinflussen. Die indirekte oder direkte Stimulation der Rezeptorsysteme führt auf der Ebene der intrazellulären Second-messenger-Systeme und der nachgeschalteten Genexpression zu einer Fülle von adaptativen Vorgängen, die man mit der antidepressiven Wirkung in Zusammenhang bringt. Zusätzlich stehen die verschiedenen Neurotransmittersysteme miteinander in funktionellen Beziehungen, sodass bei Beeinflussung eines Systems eine indirekte Wirkung auf weitere Systeme ausgeübt werden kann.

Die primäre Medikamentenwirkung ist anfangs ein vager hirnorganischer Vorgang, der sich im Gegensatz zum Placebo durch einen tatsächlich zentralnervösen Vorgang auszeichnet. Dies kann zum Beispiel Entspannung bedeuten oder Verringerung von Ängsten. Der Patient spürt, dass etwas in ihm vorgeht, anders ist. Anfangs ist dieses Gefühl noch unbestimmt, bekommt allerdings zunehmend eine Ausrichtung. Der Arzt hat zuvor im Idealfall ausführlich beschrieben, welche Wirkungen, manchmal auch unerwünschte speziell zu Beginn der Behandlung, zu erwarten sind. Dies gibt dem

Patienten Sicherheit. Bezüglich des Medikamentes gibt es zum einen bewusste Erwartungen, Hoffnungen bzw. auch Befürchtungen, andererseits sind viele Erwartungen oft auch unbewusst und schwerer greifbar.

Biologische Wirkungen verändern sich mit den Erwartungen und bekommen damit oft eine symbolische Bedeutung. So kann das Medikament zu einem Übergangsobjekt werden, welches den Patienten vor Trennungsängsten schützt bzw. kann es auch die Selbstrepräsentanzen stärken. Somit wird die primäre somatische Medikamentenwirkung sekundär psychisch verarbeitet.

Placeboeffekte sind positive Veränderungen der subjektiven Befindlichkeit und von objektiven messbaren körperlichen Funktionen, die der symbolischen Bedeutung einer Behandlung zugeschrieben werden. Unterschiedliche Behandlungsmodalitäten beeinflussen die Erwartungshaltung, so wecken invasive Maßnahmen eine höhere Erwartungshaltung als oral gegebene Medikamente. Bei den Medikamenten beeinflussen auch die Eigenschaften wie Größe, Farbe, Preis, Art der Verabreichung und Geschmack die positiven Erwartungshaltungen.

Als **Noceboeffekte** bezeichnet man alle negativen körperlichen Reaktionen und Veränderungen der subjektiven Befindlichkeit, die nicht auf die Wirkung und Nebenwirkung einer Behandlung zurückzuführen sind, sondern auf den psychosozialen Kontext der Behandlung. Es kann ungünstig sein, dem Patienten alle möglichen Nebenwirkungen aufzuzählen, da dies die positive Erwartung schwer beeinträchtigen kann.

Psychopharmaka können auch pharmakogene Nebenwirkungen haben, die sich negativ auf die Beziehung und auf die Behandlung auswirken können, besonders wenn Patienten vorher nicht darüber informiert worden sind oder diese nicht ausreichend besprochen werden.

Es ist hinreichend beobachtet worden, dass Medikamente bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich wirken können. Forrest hat psychoanalytische Persönlichkeitstypologien und lebensphasentypische Konfliktmuster zum Ausgangspunkt genommen, um die Ansprechbarkeit auf Psychopharmaka analytisch zu reflektieren. (Forrest 2004). Mintz&Belnap (2006) betonen die unbewusste Reaktion auf die Medikation, die ihre Wirkung verhindert oder verringert, z.B. wenn die Medikation die Abwehr in Frage stellt. Es wurde auch schon mehrfach angeregt, das psychoanalytische Verfahren als Erkenntnisinstrument zu nutzen, um die subjektiven Folgen der Psychopharmakotherapie genauer zu untersuchen.

Beziehungsdynamik der Medikamentenverordnung:

Die Verschreibung eines Medikamentes beeinflusst die Beziehungsdynamik zwischen Analytiker und Patient. Egal ob der Analytiker selbst die Medikamente verschreibt oder den Patienten überweist, es ändert sich die therapeutische Beziehung. Die Überweisung an einen Dritten führt mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Delegation der mit der Medikamentengabe verbundenen Problematik, die dann in der Analyse nicht mehr aufgegriffen wird. Auch wenn das Medikament von einer dritten Person verschrieben wird, beeinflusst dies die Psychotherapie, es ist ein Rivalisieren möglich, der Analytiker sollte daher unbedingt die Auswirkungen in der Therapie zum Thema machen. (vgl. Küchenhoff 2011)

Mit der Verschreibung eines Medikamentes betritt ein 3. Element die therapeutische Szene, sowohl Patient als auch Analytiker übertragen ihre Phantasien auf das Medikament, die Übertragung ist eingebettet in eine einmalige Beziehung. Das Medikament wird zu einem Bedeutungsträger, ist Träger einer Selbst- oder Objektphantasie. Praktisch alle Ängste und Wünsche, die eine psychotherapeutische Situation auslöst, können auf ein Medikament verschoben werden.

Für den **Patienten** kann das Medikament bedeuten, ich bin allein nicht lebensfähig, ich brauche eine Krücke, kann aber auch helfen, das Selbstwertgefühl zu regulieren.

Für den **Analytiker** kann das Medikament zum Symbol seiner Selbst-unsicherheit werden oder zum unerwünschten aber tolerierten Dritten. Spezielle Gegenübertragungsreaktionen können beim ärztlichen Analytiker eine Medikamentenverordnung bewirken. Grundsätzlich werden alle verdrängten Motive ärztlichen Handelns aktiviert, wenn durch die Medikamentenverordnung die Arztrolle betont und ausgeübt wird. Schwager-Scheinost (1995) beschreibt, wie die Verordnung von beruhigenden Medikamenten vor allem der Beruhigung des Therapeuten dienen kann. Der Therapeut kann Medikamente auch verordnen, um zu versuchen, seine Illusion von allmächtiger Kontrolle zu retten. Ein anderer Versuch kann sein, die Einheit mit dem Patienten aufrecht zu halten und störende Elemente wie Auftauchen von primärprozesshaftem Material und subtile Zeichen für den Wunsch nach Beendigung der Behandlung beim Patienten zu unterdrücken (vgl. dazu Meißel 1996).

Die Verordnung kann eine Reaktion auf den Hilferuf des Patienten sein, aber auch ein Versuch, sich seiner zu entledigen. (vgl. Küchenhoff 2011)

Küchenhoff stellt eine kombinierte Behandlung einer depressiven Patientin vor: „Was ich zum Zeitpunkt der Gabe nicht gewusst hatte: indem ich in den psychiatrischen Diskurs überwechselte, vermittelte ich eine Haltung, die derjenigen der Lehrer entsprach: sich kümmern und wachsam sein für die Stärken und Schwächen, dann aber rasch „fachlich“ handeln. Damit war gleich zu Beginn der Analyse eine Distanz geschaffen worden zwischen uns. Ich konnte der vorsichtig positiven Übertragung sicher sein. Frau Z arrangierte sich mit den Medikamenten, nahm sie als Beziehungersatz an. Sie waren - wie die intellektuellen Leistungen der Schulzeit - ein „objektiver“ Faktor, der es ihr ermöglichte, sich auf andere Sicherheiten als nur Beziehungen zu verlassen. Erst in der Analyse und lange nach dem Absetzen des Medikamentes wurde es möglich, die Enttäuschung zu bearbeiten, die mit dem „Abspeisen“ verbunden gewesen war, so hilfreich die Medikation auch gewesen war.“

OPD als Hilfsmittel zur Reflexion der psychodynamischen Aspekte der Psychopharmakologie

Küchenhoff regt an, OPD als Hilfsmittel zur Reflexion der psychodynamischen Aspekte der Psychopharmakologie einzusetzen. So schlägt er vor, die Wirkung der Medikamente auf die einzelnen Achsen zu beleuchten.

z.B. Achse 1: wie beeinflusst ein Medikament die subjektive Krankheitstheorie, Krankheitseinsicht und Krankheitsverarbeitung?

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

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?

Psychoanalytisches und Psychiatrisches Rollenverständnis

Bei meiner psychiatrischen Tätigkeit ist mir meine psychoanalytische Identität eine große Hilfe. Die gleichzeitige Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragung und das szenische Verstehen helfen mir, ein besseres Verständnis vom Patienten zu gewinnen. Weiters komme ich dadurch in eine gute Distanz und kann das

Beziehungsgeschehen und meine Gegenübertragung besser verstehen. Sie schützt mich auch davor, zuviel zu tun.

Die **ärztliche psychiatrische Rolle** ist oft mit Handeln und Aktivität verbunden, vielfach ist es in akuten Situationen wichtig, möglichst rasch einen großen Leidensdruck zu verbessern und Sicherheit und Orientierung zu vermitteln. Oft ist es wichtig, den Patienten massiv zu entlasten, indem er krankgeschrieben wird und Angehörige miteinbezogen werden.

Zur ärztlichen Tätigkeit gehört auch, biologische Ursachen zu erkennen und mitzubehandeln. Die Verschreibung von Medikamenten ist ebenfalls oft erforderlich, um den Patienten zu stabilisieren. Nicht nur die rasche Symptomreduktion ist ein Ziel, sondern auch die längerfristige Stabilisierung des Patienten und die Vermeidung eines Rückfalls. Dazu ist es notwendig, ein Krankheits- und ein Gesundungsmodell gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln, wobei der Patient zunehmend Eigenverantwortung übernehmen und in der Therapie aktiv teilnehmen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im psychiatrischen Setting zu Beginn oft große Aktivität von Seite des Psychiaters notwendig ist, diese jedoch im Laufe der Behandlung abnimmt.

Die **psychoanalytische Grundhaltung** im klassischen Setting unterscheidet sich auf den ersten Blick gravierend von der ärztlich psychiatrischen Tätigkeit. Hier werden Neutralität und Abstinenz des Analytikers gefordert, Ziel ist es, beim Patienten durch Einsicht Veränderung und Entfaltung zu ermöglichen.

Cremerius berichtet in seinem Werk „Die Bedeutung des Dissidenten für die Psychoanalyse“ über die Kämpfe innerhalb der analytischen Bewegungen um die reine Lehre und weist auf viele Widersprüchlichkeiten im analytischen Gedankengebäude hin. Die Kontroverse zwischen den Vertretern des passiven Zuhörens und denen aktiver Strategien und Taktiken lebe von den Gegensätzen zwischen Spiegelhaltung und Ziel-Mittel-Vorstellung. Freud habe die Spiegel-Chirurgen-Metapher etabliert, die dann Eingang in die offizielle Technik der Psychoanalyse gefunden hat, habe aber die psychoanalytische Technik völlig anders praktiziert.

Freuds praktische Handhabung der psychoanalytischen Technik habe bis heute keine offizielle Anerkennung gefunden und sei ebenfalls eine dissidente Technik: Praktiziert von ihm wurde auch die Umkehrung des Heilungsvorganges: anstatt den Weg zur Veränderung über Deutung, Einsicht, Durcharbeiten zu wählen, wie die Regel es vorschreibt, beginnt der Weg mit der Veränderung, in der Hoffnung, dass erst sie die

Voraussetzung für Deutung und Einsicht schafft. (S 381) Zur Erreichung seiner Ziele experimentierte Freud nach dem Muster von „Versuch und Irrtum“: der Analytiker, forderte er, habe die optimale Intensität der Übertragungsliebe, die optimale Intensität von Widerstandsdeutung, den günstigsten Zeitpunkt für gewisse Interventionen, das beste Verhältnis von Versagen und Gewähren herauszufinden, den Angstpegel und den Spannungsgrad auf günstigem Niveau zu halten und seine Technik ganz generell nach dem Krankheitsfall und den vorhandenen Trieben zu modifizieren. (1910, S 108; 1918, S191) Freud ging noch weiter, indem er forderte, dass der Analytiker den Patienten in jene psychische Situation zu versetzen habe, „welche für die erwünschte Erledigung des Konfliktes die günstigste ist“ (1919, S 187)

Freud hat folgende theoretische Forderung aufgestellt: „ Eine Psychoanalyse ist eben keine tendenzlose wissenschaftliche Untersuchung, sondern ein therapeutischer Eingriff: sie will an sich nichts beweisen, nur etwas ändern.“ (1909, S 339)

Diese Art der Technik ist der Spiegel-Chirurgen-Metapher völlig entgegen-gesetzt, leider hat Freud den Widerspruch dieser Techniken nicht problematisiert und aufgelöst.

Cremerius schreibt: “Ich sehe das Psychoanalytische an dieser tabuierten Technik Freuds darin, dass sie vom Analytiker die Übernahme einer therapeutischen Funktion für den Patienten fordert. Diese Funktion ist durch den Gebrauch aller jener Mittel definiert, die Einsicht in Ängste und Widerstände vermitteln, die das Ziel verfolgen, Veränderungen herbeizuführen und Entfaltung möglich zu machen. Sie ist demzufolge aktiv und arbeitet mit der Ziel-Mittel-Methode. Sie ist konsequent therapeutisch und gibt die Fiktion einer möglichen objektiv-objektivierenden Experimentalanordnung auf.“ (S 390) Und weiter: „ Vollzieht sich diese Wendung von der Pathologie des Patienten zu einer Pathologie der Interaktion, wandelt es sich, um mit Balint zu sprechen, von der Einpersonenpsychologie zur Zweipersonenpsychologie, dann kann der analytische Prozess nur noch dialektisch begriffen werden. Wenn dem so ist, kann nicht mehr wie in jenem ridikülen Streit gefragt werden, ob Freud, als er dem Rattenmann ein Frühstück servieren ließ, analytisch oder unanalytisch gehandelt hat. Dann heißt die Frage: Was bedeutet diese Aktion an diesem Punkt des analytischen Prozesses für das Verständnis der Interaktion und welche Funktion hat sie in diesem Prozess für den Patienten wie für den Analytiker?“(S 390)

Sowohl Psychiater als auch Analytiker formulieren therapeutische Ziele für den Patienten und beide handeln.

Neutralität und Abstinenz bedeuten, dass der Analytiker sich zurücknimmt, die Therapieziele auf den Patienten abstimmt und nicht eigene narzisstische Bedürfnisse auf den Patienten überträgt. Weiters hinterfragt der Analytiker normative Gesellschaftshaltungen und ermöglicht dem Patienten durch das zur Verfügung stellen seiner analytischen Fähigkeiten psychische Entwicklung und Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit.

Eigenes Praktisches Vorgehen bei der Kombination von Psychoanalyse und Psychopharmakotherapie:

Im Rahmen des Erstgespräches erwäge ich auch eine mögliche Einnahme von Psychopharmaka, diese orientiert sich an der Schwere der Symptome sowie an der Diagnose. Bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen ist eine begleitende medikamentöse Behandlung unbedingt erforderlich und auch als Voraussetzung für eine psychoanalytische Behandlung anzusehen. Die Einstellung des Patienten ist dabei wesentlich: ein Medikament löst bereits im Vorfeld Phantasien beim Patienten aus und ich versuche diese zu erfragen.

Anschließend kläre ich den Patienten auf, welche Wirkungen vom Medikament zu erhoffen sind und wie diese den therapeutischen Prozess unterstützen können. Selbstverständlich ist es auch erforderlich, die Grenzen eines Medikamentes aufzuzeigen und den Patienten über mögliche Nebenwirkungen zu informieren. Das Auftreten dieser kann die therapeutische Beziehung sehr beeinträchtigen: so kann eine Gewichtszunahme und sexuelle Nebenwirkungen heftige negative Reaktionen bewirken. Ein Medikament kann große Erwartung auslösen, wie ein Geschenk und eine Gabe wirken, es ist zu Beginn oft ungewiss, ob ein Medikament die „gute“ oder die „vergiftete Muttermilch „ sein wird. Zum einen löst ein Medikament Wünsche aus, zum anderen können alte Beziehungserfahrungen wiederholt werden.

Falls die Patienten eine Psychotherapie benötigen, schicke ich sie zur Psychotherapie weiter, außer sie äußern den Wunsch, bei mir beide Therapien in Anspruch zu nehmen. Damit gebe ich dem Patienten beide Wahlmöglichkeiten.

Falls ein Patient beide Therapien bei mir machen möchte, werden die Rahmenbedingungen und die vorläufigen Zielvorstellungen besprochen und die voraussichtliche Dauer der Medikamenteneinnahme thematisiert. Das Setting wird bei Bedarf verändert.

Bei einer Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie verwende ich die ersten Minuten einer Stunde damit, zu erfragen, wie es dem Patienten mit den Medikamenten ergeht, führe mehr den ärztlichen Diskurs, immer im Sitzen. Vielfach wird die die Pharmakotherapie noch weiter modifiziert. Im Verlauf der Behandlung erkundige ich mich regelmäßig nach der Verträglichkeit der Medikamente und bekomme dadurch zusätzlich wertvolle Informationen für die psychoanalytische Behandlung. Weiters versuche ich, die Auswirkungen des Medikamentes auf die Patient-Therapeut-Beziehung und mein Mitagieren zu reflektieren.

Fallvignetten:

Nachfolgend möchte ich gerne einige Fallvignetten skizzieren, um ein vielseitigeres Bild aus meiner Praxis zu bieten. Es besteht dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit, die folgenden Beispiele zeigen verschiedene Facetten in der Behandlung.

Fallbeispiel: 45a Patientin mit schizoaffectiver Störung will Medikamente nicht mehr hergeben

Fr. M. kam nach einem 3 Monate dauernden Klinikaufenthalt (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) zu mir und berichtete, dass sie zuvor bei ihrer Arbeit „gemobbt“ worden sei. Vor der Klinikeinweisung in den geschlossenen Bereich hätten sich ihre Eltern und Bekannten von ihr im Fernseher verabschiedet.

Nach wie vor würden die Arbeitskollegen sie beobachten und verfolgen. So erkenne sie auch beim Fernsehen bekannte Menschen, die ihr Mitteilungen machten. Auf der Straße werde sie ebenfalls beobachtet und verfolgt, sodass sie es weitgehend vermied, hinauszugehen.

Fr. L. äußert den Wunsch, bei mir sowohl die Medikamente einstellen zu lassen, als auch eine Psychotherapie zu machen. Es gebe einiges, was sie sehr belaste. Sie beteuert mehrfach, dass sie sehr hoffe, regelmäßig zu mir kommen zu können, andererseits befürchte sie, dass ich sie als Patientin nicht haben wolle.

Ich entwickelte bald große Sorge um sie und den starken Wunsch, ihr zu helfen und ihr einen sicheren Ort zur Verfügung zu stellen. Anfangs musste ich ihr auch einige Male

nachtelefonieren, da sie nicht zum Termin erschienen war, angeblich hatte sie die Zeit übersehen.

Fr. M. erzählte, dass sie eine 4a ältere Schwester hat, die bis ca. 15a bei der Stiefmutter mütterlicherseits aufgewachsen sei, nachdem die Mutter anfangs berufstätig war. Sie sei bei ihren Eltern aufgewachsen. Die Mutter hatte ihre leibliche Mutter sehr früh verloren und hatte eine sehr schwierige Kindheit, da die Stiefmutter ihre eigenen Kinder bevorzugte. Die Mutter habe immer sehr viel gearbeitet und sich untergeordnet. Der Vater habe in der Familie eine Vormachtsstellung inne gehabt, sei sehr besonnen und ein gebildeter Mensch.

Die Patientin hatte das Gymnasium abgebrochen und anschließend eine Lehre gemacht. Im Alter von 15a habe sie wegen angeblicher Probleme mit einer Lehrerin eine Anorexie entwickelt und war 3 Monate in der Jugendpsychiatrie stationär. Danach arbeitet sie im Pharmagroßhandel. Im Alter von 19a heiratete sie, ihr Sohn kam 2a später zur Welt. Aufgrund von Drogenproblemen und Gewalttätigkeiten ihres Mannes ließ sie sich einige Jahre später scheiden. Als der Sohn in der Pubertät war, kam er vorübergehend zum Vater, da die Patientin die Abendmatura nachholte.

Anfangs wollte die Patientin rasch wieder in den Arbeitsprozess zurück, sie erfand dann in letzter Minute Ausreden, warum es nicht gehe. Sie machte sich Druck und brach dann wieder ab.

Fr. M. thematisiert bald, dass sie große Schuldgefühle habe, da sich mehrere Frauen in ihrer Umgebung das Leben genommen hätten und sie sich dafür verantwortlich fühle. Diese Geschichte klang sehr unglaubwürdig, dennoch hatte ich zu Beginn mehrfach die Sorge, sie könne die von mir verwendeten Medikamente in suizidaler Absicht verwenden und mich in die Rolle der gutgläubigen, ahnungslosen Ärztin bringen. Längere Zeit war die Patientin latent suizidal.

Fr. M. versicherte mir immer wieder, wie dankbar sie sei, zu mir kommen zu können, andererseits habe sie große Angst, ich könnte schlecht von ihr denken und sie abschieben.

Fr. M. legte dann mehrere Beichten ab, es war ein innerer Kampf für sie, denn sie fürchtete gleichzeitig, dass ich sie bestrafen könnte: einmal rief sie mich nach einer Stunde an und fragte mich, ob sie nun ins Gefängnis müsse. Mein gestreifter Pulli habe ihr vermittelt, dass sie nun hinter Gittern müsse. Fr. M. tat mir dabei sehr leid, ich versicherte ihr, dass dies nur ein Zufall sei. Ich sah Fr. M. vorwiegend in der Opferrolle und versucht ihre Schuld zu mildern. Fr. L. fühlte sich lange Zeit auf der Straße verfolgt,

wenn Menschen mit dem Handy telefonierten, hatte sie das Gefühl, diese verständigten ihren Exarbeitsgeber. Verzweifelt ging sie einmal zur Polizei und fragte, ob etwas gegen sie vorliege. Vor einem geplanten Urlaub gebrauchte ich, ohne zu überlegen, folgende Worte: „ Falls sie rot sehen, wenden Sie sich bitte an die Klinik.“ Fr. M. war daraufhin 1halbes Jahr davon überzeugt, dass Menschen mit bunten, knalligen Kleiderfarben ihr nachstellten. Intuitiv hatte ich die Farbe rot gewählt, welche vielleicht ihre mörderischen Impulse ansprach. Die Patientin projizierte diese in Form der Verfolger nach außen.

Sie versuchte, sich ihrer Schuld zu stellen. Ich verwies die Patientin allerdings in die Krankenrolle. Ich wehrte mich dagegen, ihre mörderischen Impulse zu sehen und anzusprechen.

Fr. M. versuchte sich möglichst unauffällig zu kleiden. Sie gab sich harmoniebedürftig und konfliktscheu.

Fr. L. hatte bereits in der Klinik schlecht auf die Medikamente angesprochen. Sie erhielt zuletzt ein Neuroleptikum, welches vorwiegend bei Therapieresistenz verschrieben wird, regelmäßige Blutbildkontrollen müssen durchgeführt werden, sonst können tödliche Nebenwirkungen auftreten. Eine Medikamentenumstellung wegen Therapieresistenz führt zu einer Verschlechterung der Verfolgungsideen. Im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes erhält Fr. L. 2 zusätzliche Neuroleptika. Sie lässt die Blutbildkontrollen oft aus, wodurch die Medikamente zu mörderischen Waffen werden können.

Obwohl die Verfolgungsideen in den Hintergrund treten, will Fr. M. die Medikamente keinesfalls reduzieren, sie bedeuten offensichtlich einen narzisstischen Gewinn für sie. Die Medikamente sind stabile Objekte geworden, die nicht sterben oder dement werden. Der Vater verstarb weit über 80 Jahren während der Behandlung an einem Herzinfarkt, die Mutter kommt wegen ihrer Demenz und ihrer Pflegebedürftigkeit ins Seniorenheim.

Fr. M. hat zwischenzeitlich mehr Stabilität gewonnen, sie arbeitet halbtags, hält Menschenansammlungen vorübergehend aus. Weiters besucht sie mehrfach wöchentlich ihre Mutter im Seniorenheim, die sehr depressiv geworden ist seit dem Tod ihres Mannes, welcher offensichtlich ein stabiler Faktor war. Die Mutter kapselt sich im Heim ab und macht den Töchtern Vorwürfe.

Fr. M. bemüht sich, ihren Sohn wieder auf den rechten Weg zu bringen und hofft, dass er irgendwann wieder auszieht und länger eine Arbeit behält. Sie ist sich bewusst, dass sie ihren Sohn früher stark vernachlässigt hat und versucht, einiges wieder gut zu machen.

Fr. M. ist mit der jetzigen Situation zufrieden, sie kam zuletzt in 3-Wochen- Abständen zu mir. Ich schätze sie schon länger nicht mehr suizidal ein. Dennoch bin ich etwas unzufrieden. Die Medikamente haben für die Patientin immense Bedeutung gewonnen, sie geben ihr Sicherheit und Halt. Die hochambivalente Beziehung zum verlorenen oder enttäuschenden Objekt ist bis dato nicht aufgelöst.

Die Angst, dass Nähe zur Vernichtung führen kann, ist vorerst gebannt. Aus Schuld ist Krankheit geworden.

Fallbeispiel: 31a Patientin mit Erschöpfungssyndrom

Fr. B. kommt vordergründig wegen eines schweren Erschöpfungssyndroms. So berichtete sie über ausgeprägte Müdigkeit seit mehreren Jahren, zuletzt seien auch starke innere Unruhe, Panikattacken, Gereiztheit, Schlafstörungen und eine depressive Befindlichkeit dazugekommen. Weiters klagt sie über Konzentrationsstörungen und diverse Schmerzen.

Die Patientin arbeitete seit über 7a als Buchhalterin in einem chaotischen Betrieb, indem sie sich total engagiert hatte, der Betrieb funktionierte für sie als Familienersatz. Durch einen Führungswechsel in der Chefetage hatte sich das Klima im Betrieb verschlechtert, trotz vieler Überstunden bekam sie keine Anerkennung und stellte zuletzt einen Leistungsabfall fest.

Fr. B. fühlt sich bei mir gut aufgehoben und will bei mir auch eine Psychotherapie machen.

Fr. B. leidet sehr darunter, dass sie als Einzelkind die Hauptstütze ihrer Mutter ist, die Eltern sind getrennt. Ihre Mutter leidet seit Jahren an Depressionen und chronischen Schmerzen und erwartet, dass ihre einzige Tochter sich intensiv um sie kümmere. Sie ist sehr vorwurfsvoll, wenn die Tochter zu wenig Zeit hat. Ich schlage der Patientin auch eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum vor, um die erheblichen Symptome zu verbessern. Fr. B. neigt auch zur Sucht, ist Raucherin und betrieb in den letzten Jahren immer wieder einen Missbrauch v. Kokain und Alkohol.

Fr. B. verhält sich mir gegenüber eher kumpelhaft, gelegentlich flirtet sie, sie versucht, witzig zu sein, hält mich dann immer wieder auf Distanz. Seit dem Alter von 17 a bekennt sie sich zu ihrer Homosexualität. Sie hatte mehrere Beziehungen meist zu älteren, erfolgreichen Frauen, die etwas darstellten, fühlte sich von ihnen dann ausgenützt und fallengelassen.

Ihre jetzige Freundin ist ca. 7 a jünger, studiert und jobbt daneben in ihrer alten Firma. Das Antidepressivum tut ihr gut. Die Schlafstörung und die innere Unruhe bilden sich zurück, Fr. B. fühlt sich ausgeglichener. Sie hört nach einigen Wochen zum Rauchen auf. Gleichzeitig kann sich Fr. B. zunehmend auf die Psychotherapie einlassen. Fr. B. spricht erstmals über traumatische Erfahrungen im Kindesalter und kann diese schrittweise bearbeiten. Von Seiten beider Elternteile kam es zu Grenzüberschreitungen und emotionalen Erpressungen.

Nachdem es der Patientin zunehmend besser geht und sie auch deutlich an Gewicht zugenommen hat, beschließen wir, das Medikament langsam abzusetzen. Fr. B. fühlt sich durch das Medikament etwas zu ruhig gestellt, ihrer Freundin erscheine sie oft zu gelassen, sie könnten nicht mehr miteinander streiten, weiters beklage sie sexuelle Nebenwirkungen. Der Freundin wurde sie quasi mit dem Medikament untreu. Die Freundin war den Medikamenten gegenüber sehr negativ eingestellt.

Anfangs schützte es sie vor einer Überschwemmung durch ihre Affekte und ermöglichte es ihr, eine affektive Distanz zu ihren Symptomen zu bekommen. Dadurch konnte sie besser über die Bedeutung ihrer Symptome nachdenken. Schließlich wurde das Medikament zum bedrohlichen Objekt, das sie ruhig stellte.

Kurze Zeit nach Absetzen des Medikamentes fiel Fr. B. wieder in eine antriebslose und depressive Stimmungslage. Ich war unsicher und versorgte sie wieder mit einem Rezept. Nach der Stunde war mir klar, dass ich einen Fehler gemacht hatte und ärgerte mich sehr über meinen Fehler. Ich hatte Fr. B. nicht ernst genommen und wollte mich nicht näher mit ihrer Lähmung und ihrem latent feindseligen Verhalten auseinandersetzen. Fr. B. hatte sich deutlich stabilisiert und es war unser Ziel, sich weiterhin mit ihren Konflikten auseinanderzusetzen. Ihr oft langes Schweigen und ihre Passivität waren freilich für mich oft anstrengend und ermüdend. Ich nahm mir vor, der Patienten den Fehler einzugestehen. In der nächsten Stunde lachte Fr. B. und teilte mir mit, dass sie das Medikament nicht eingenommen habe. Ihre Freundin habe ihr eine laute Moralpredigt gehalten, das Medikament verteufelt und es mit einer Droge gleichgesetzt. Schmunzeln. Natürlich habe sie das Rezept behalten, für alle Fälle, als Sicherheit, aber sie will es, wenn möglich, nicht gebrauchen. Das Rezept war zum Übergangsobjekt geworden!

Fr. B. schwärmt über Kokain, nach Absetzen des Medikamentes hatte sie einmal Besuch einer alten Bekannten, welche die Droge mitbrachte. Unter dem Einfluss dieser

Droge sei sie endlich gesprächig, voller Ideen und fühle sich großartig. Ihre Freundin habe ganz anders darüber gedacht...

Abschließende Überlegungen zur begleitenden Medikamenteneinnahme:

Die Empfehlung einer Medikamenteneinnahme weist darauf hin, dass die Möglichkeiten des psychoanalytischen Verfahrens mitunter begrenzt sind. Zum einen sind schwere psychiatrische Krankheitsbilder ohne begleitende Medikamente nicht geeignet für eine psychoanalytische Behandlung. Bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern kann es vorübergehend zu schweren Entgleisungen kommen, die ebenfalls eine Stabilisierung durch Medikamente erfordern.

Eine begleitende Medikamenteneinnahme kann in vielerlei Hinsicht sinnvoll sein und den analytischen Therapieprozess ergänzen.

Im analytischen Prozess geht es letztlich auch um den Gewinn von neuen Einsichten, um das Erleben von emotional korrigierenden Erfahrungen und um die Erschaffung neuer Bedeutungszusammenhänge.

Medikamente können Symptome mildern, die Ich-Struktur stärken, überschießende Affekte dämpfen und dadurch den Patienten die Erfahrung von Veränderung und Neubeginn ermöglichen.

Eine Integration beider Therapiemethoden bedeutet, dass hier biologische Ursachen und Begrenzungen ebenso anerkannt werden wie das Wissen, dass Lernen und anhaltende Struktur- Veränderungen nur durch intensive zwischenmenschliche Erfahrungen geschaffen werden können.

Literatur:

Danckwardt, J.F (1978): *Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie*. In :Psyche 32, 114-154

Freud, S. Pfister, O.(1963)*Briefe 1909-1936*, Fischer, Frankfurt/Main

Freud, S., 1909 *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. GW VII, S.241-377

Freud, S., 1910 *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie*. GW Bd 8,103-115

Freud, S., 1918 *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*. GW Bd 12

Freud, S., 1919 *Wege der psychoanalytischen Therapie*. GW Band 12

- Kandel ,E.R.(2008) *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. Surkamp
- Kaplan-Solms,K., Solms, M.(2000), *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*, Madison
- Küchenhoff, J.(2010), *Zum Verhältnis von Psychopharmakologie und Psychoanalyse-am Beispiel der Depressionsbehandlung*. In Psyche 64. Jg.
- Meißel, T. *Das Psychopharmakon im Handlungsdialog-psychoanalytische Überlegungen zur Verwendung von Psychopharmaka in der Psychosentherapie*. In Texte 1997,2
- Mentzos,S.(1991), *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen(Vandenhoeck&Ruprecht)
- Mintz, D.&Belnap,B.(2006): *A review from Riggs: Treatment resistance and patient authority III. What is psychodynamic psychopharmacology? An approach to pharmacologic treatment resistance*. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 34, 581-601
- Ostow,M.(1954a),“ *The psychoanalytic contribution to the study of the brain function, I: frontal lobes*“ in: Psychoanal. Q.23, S. 317-338
- Ostow, M.(1954b), “*The psychoanalytic contribution to the study of brain function ,II: he temporal lobes; III :synthesis*” in: Psychoanal. Q.24, S.383-423
- Ostow, M.(1962), *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York
- Schwager-Scheinost, M. (1995): „*Psychoanalytische Bemerkungen zur Medikamentenverordnung*.“ Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrages im Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse, Wien, 3.10.1995