

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Integration - Möglichkeiten und Grenzen Interdisziplinäre Diskurse

Johann Götschl: Wege zur Integration? Dynamische Zusammenhänge zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Wissenschaftsphilosophische Zugänge

Peter Filzmaier: Integration als politische „Mission impossible“? Ein Thema zwischen Inhalten und Wettbewerbslogik

Klaus Ottomeyer: Flucht, Trauma, Integration in der heutigen Gesellschaft

Rudolf Richter: Integration wohin? Ist Integration in einer globalisierten Welt möglich?

Klaus Dörner: Die Funktion der Ethik für die Integration

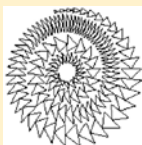
Günter Schiepek: Integration in der Psychotherapie - Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus?

Ilse Orth/Hilarion G. Petzold: Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. Über die Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“

Marianne Springer-Kremser, Katharina Leithner-Dziubas, Alexandra Fritz: Ist die Psychotherapie weiblich? Zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in psychotherapeutischer Praxis und in der Psychotherapieforschung

Christian Pieringer/Walter Pieringer: Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Theorie

Theodor Meißel: Zur Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Praxeologie



INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Begründet von Charlotte Bühler (†) und Hilarion Petzold

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. Dr. *Hilarion G. Petzold*, Düsseldorf/Amsterdam/Paris
Prof. Dr. med. *Anton Leitner*, Krems

Mitherausgeber: Dr. phil. *Renate Frühmann*, Salzburg • Prof. Dr. phil. *Michael Märten*, Ev. Fachhochschule Frankfurt
• Prof. Dr. phil. *Heidi Möller*, Universität Kassel • Dipl.-Sup. *Ilse Orth*, MSc. Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen • Dipl.soz.päd. *Peter Osten*, MSc. Fritz Perls Institut, Düsseldorf • Prof. Dr. med. *Ulrich Sch-
nyder*, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich • Prof. Dr. päd. *Waldemar Schuch* M.A., Donau-Universität
Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec*, MAS

Wissenschaftlicher Beirat: Univ.-Prof. Dr. phil. *Reiner Bastine*, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
• Univ.-Prof. Dr. *Urs Baumann*, Psychologisches Institut der Universität Salzburg • Univ.-Prof. Dr. *Josef Egger*, Univ.
Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz • Univ.-Prof. Dr. *Winfried Huber*, Lehrstuhl f. Klinische
Psychologie der Universität Löwen • Univ.-Prof. Dr. med. *Horst Kächele*, Abt. Psychotherapie der Universität Ulm •
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. *Uwe Koch*, Abt. für Medizinische Psychologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf •
Univ.-Prof. Dr. phil. *Jürgen Kriz*, Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück • Dr. med. *Grete A. Leutz*, Moreno
Institut Überlingen • Univ.-Prof. Dr. phil. *Harry Schröder*, Fachbereich Psychologie der Universität Leipzig

International Board: Approaches to therapy: *George I. Brown*, Santa Barbara, Integrative Pädagogik (Confluent Educa-
tion) • *Ruth C. Cohn*, Düsseldorf, Themenzentrierte Interaktion • *Fanita English*, Philadelphia, Transaktionale Analyse •
Bernd Fittkau, Hamburg, Transpersonale Psychologie • *Stanislav Grof*, Big Sur, Psycholytische Therapie • *Jack J. Leedy*,
New York, Poesietherapie • *Alexander Lowen*, New York, Bioenergetische Analyse • *Ilse Middendorf*, Berlin, Atemthera-
pie • *Zerka T. Moreno*, New York, Psychodrama • *Herbert Otto*, La Jolla, Persönlichkeitsentfaltung (Personal Growth) •
Anne A. Schützenberger-Ancelin, Paris, Gruppendynamik • *Johanna Sieper*, Düsseldorf, Therapeutisches Theater • *Jan
Velzeboer*, Maarsen, Kreativitätstraining • *Carl Whitaker*, Madison, Familientherapie • *Ken Wilber*, Boston, Spektrum-
Psychologie • *Joseph Zinker*, Cleveland, Gestalttherapie

Ehemalige Boardmitglieder: *George Bach* • *Kenneth D. Benne* • *Vladimir N. Iljine* • *Klaus Grawe* • *Hanscarl Leuner* • *Jakob
L. Moreno* • *Lore Perls* • *Virginia Satir* • *Norbert Nagler*

INTEGRATIVE THERAPIE • Erscheinungsweise: viermal jährlich in freier Folge

Bezugspreis: Einzelheft € 11,-, Doppelheft € 22,-, Studentenabonnement €33,-, Jahresabonnement € 42,-, zzgl. Ver-
sandkosten

Schriftleitung: Prof. Dr. H. Petzold, FPI, Achenbachstraße 40, D-40237 Düsseldorf
Prof. Dr. med. Anton Leitner, Dr. Karl Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec* MAS, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Manuskripte und Buchbesprechungen sind an die Schriftleitung in zwei Exemplaren zu senden. Richtlinien zur Erstel-
lung von Manuskripten sind bei der Redaktion erhältlich.

© Mit der Veröffentlichung in der Zeitschrift gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die
FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Edition Donau-Universität Krems, Dr. Karl-Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Verlag: Krammer Verlag, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Christian Pieringer, Walter Pieringer

Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Zur Theorie

Zur Theorie der Psychotherapie und der Psychopharmakotherapie

Seit dem paradigmatischen Falle „Dr. Osheroff versus Chestnut Lodge, USA“, ist der Streit zwischen Psychotherapie versus Psychopharmakotherapie ein bis zum höchsten Gerichtshof wissenschaftlich und rechtlich durchdiskutiertes, aber letztlich nicht gelöstes Spannungsthema. Die Streitfrage, ob verstehende Psychotherapie oder antidepressive Pharmakotherapie primär zu verordnen war, ist aber nicht erst Folge dieses Konflikts, sondern wurde schon mit ähnlicher Heftigkeit im Dialog Carmides von *Platon* beschrieben: „Siehst Du Sokrates, eben deswegen sind die hellenischen Ärzte so ohnmächtig, weil wenn Du zu einem von ihnen gehst, fängt er sofort an zu trennen, das Auge vom Kopf, den Kopf vom Rumpf und die Seele vom Körper. Deswegen Sokrates: Wenn Du zu einem Arzt gehst und er fängt an zu trennen, so meide einen solchen Arzt; bleibe nur, wenn er Dich einlädt zu einem schönen Gespräch.“ Aus philosophischer, bzw. wissenschaftstheoretischer Sicht unterscheiden sich die Therapieansätze der Psychotherapie und der Psychopharmakotherapie sehr klar; in der neuen biologischen Hirnforschung bekommt diese Klarheit z. T. Bestätigung, z. T. aber auch eine Relativierung. Wenn wir sehr allgemein Psychotherapie als einsichtsgeleitete Veränderung der Selbstwahrnehmung durch persönliche Beziehungserfahrung definieren, wird ein spezifischer Entwicklungsprozess angesprochen. Es wird angesprochen, dass abhängig von der Qualität der Beziehung und ausgerichtet auf die Theorie der jeweiligen Psychotherapiemethode eine spezifische ethische Neuorientierung des Patienten erwirkt werde. Es wird aber damit auch postuliert, dass die therapeutische Wirkung an ein soziales Klima gebunden ist, welches eine emanzipatorische Selbsterkenntnis des Patienten anstrebt. Die einzelnen psychotherapeutischen Traditionen definieren bekanntlich die konkreten Wege der Emanzipation sehr unterschiedlich, die Grundproblematik der „Droge Arzt“ bleibt aber allgemeingültig relevant. Auch Psychotherapie, als Selbsterkenntnis und Entwicklung fördernder Ansatz, kennt als Kontrapunkt zur heilenden Funktion die Abhängigkeit erzeugende Wirkung. *Michael Balint* unterschied in diesem Zusammenhang zwischen gutartiger Regression, welche der Selbsterkenntnis diene, und maligner Regression, welche im Dienste der Befriedigung stehe und weitere Kränkung und Abhängigkeit zur Folge habe. Damit soll festgehalten werden, dass auch der Psychotherapie, wie der Pharmakotherapie, die Gefahr der Verführung und der Erzeugung neuer Abhängigkeit zukomme.

Psychopharmakotherapie ist wissenschaftstheoretisch als chemisch induzierte Veränderung der propriozeptiven Reizsignale im Wahrnehmungsprozess zu

definieren, welche zur Zeit vor allem als Regulierung des zentralen Nervensystems interpretiert wird und damit zunächst zur Wiederherstellung der vor der Erkrankung bestandenen neuronalen und humoralen Verhältnisse führen soll. Diese Wiederherstellung der früheren neuroendokrinen Verhältnisse bedeutet aber gleichzeitig, so die bekannte psychodynamische Kritik, auch eine Wiederherstellung überholter Denkmuster, Stimmungslagen und Handlungsvorstellungen, d. h. eine Wiederbelebung des alten Lebensstils und der überholten Zielorientierung des Menschen. Der psychopharmakologischen Therapie sei es demnach primär inne, Neuorientierung, die Verunsicherung, Angst, „Entsetzen“, jedenfalls Verlust von Stabilität bedeutet hat, zunächst auszublenden und abzuregulieren. Als problematische Folge wird damit der Psychopharmakotherapie zugeschrieben, dass zunächst keine neue Einsicht in neue Zusammenhänge erschlossen werde, keine Entwicklung der Person eingeleitet werde und somit auch keine DNA-Expression im Sinne einer substanziellen neurobiologischen Neuorientierung vor sich gehe. Als bekannte Negativseite der Psychopharmakotherapie ist deswegen die Chronifizierungsgefahr, als problematische Folge einer versäumten Neuorientierung, festgehalten worden. (Bauer 2004)

Zur spezifischen Wirkung von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Auch wenn Psychotherapie sehr allgemein als emotionsgeleiteter Prozess emanzipatorischer Selbsterkenntnis definiert ist, unterscheiden sich die einzelnen Traditionen wissenschaftstheoretisch doch sehr deutlich bezüglich ihrer spezifischen Intention. Psychoanalytische und tiefenpsychologische Ansätze versuchen durch Bewusstwerdung, durch ein über den Prozess der Übertragung eingeleitetes, ins Bewusstsein Führen von unbewussten Spannungen und verdrängten Konflikten, Ich-Verantwortlichkeit und damit Arbeits-, Handlungs- und Liebesfähigkeit zu erzielen. Die neurobiologische Skizzierung dieses Prozesses wird zurzeit vielseitig versucht und faszinierend bis phantasievoll beschrieben (Gerhard Roth 2004, Hans-Peter Kapfhammer 2007). Die Bedeutung der Spiegelneurone für die Entwicklung von sozialer und neuronaler Resonanz, Übertragung, Selbstbesinnung und Selbsterkenntnis wird relativ homogen diskutiert (Vittorio Gallese 2007), die Bedeutung störungsspezifischer neuronaler Regelkreise eher heterogen. So wird bei Zwangsstörungen und somatoformen Zwangsäquivalenten eine verringerte modulatorische Aktivität im Striatum - Globus pallidus-System angegeben, die einerseits mit einer thalamischen, andererseits mit einer orbitofrontalen Überaktivität einhergeht. Die heilsame Rückbildung erhöhter Aktivierungsmuster im orbitofrontalen Cortex, im anterioren Cingulum und im Nucleus caudatus wird sowohl für Psychotherapie, wie für Psychopharmakotherapie (SSRI) postuliert. Wie weit aber darüber hinaus über eine therapeutische Beziehung wirklich Urvertrauen und damit eine grundsätzliche Änderung der theory of mind des Patienten, über eine neuronale Modulierung der Amygdala und eine spezifische DNA-Expression

erwirkt werden könne, ist umstritten (M. Siegal 2002, P. Shaw 2004). J. LeDoux (1998) bezweifelte die Ansicht, dass das limbische Erfahrungsgedächtnis, als Speicher emotionaler Erfahrungen und emotionaler Anlagen, überhaupt „vergisst“ und meint, dass das bewussteinfähige cortico-hippocampale System nicht in das limbische System eingreifen könne und für Therapieerfolg auch gar nicht müsse.

Verhaltenstherapeutische Ansätze vertreten nach wie vor als Fokus ihres Anliegens, inadäquate Lernerfahrungen zu erkennen, diese zu löschen und neue zeitgemäße Verhaltensmuster einzuüben. Diese psychologisch kritisch untersuchten Muster haben in der modernen Neurobiologie gute wissenschaftliche Bestätigung gefunden (Eric Kandel 2006, Klaus Grawe 2004). Die systemischen Ansätze wiederum erkennen Erkrankung insgesamt nicht als Problem der Einzelperson, sondern als Zeichen einer nötigen Änderung des Gesamtsystems und verstehen den Kranken eben vor allem als Indikator und Voraustaster einer zeitgemäßen Neuorientierung. Die neurobiologische Definition dieses Therapieansatzes ließe viele Wege zu. Die humanistischen Ansätze schließlich erkennen hinter jeder Erkrankung den schmerzlichen Versuch des Lebens, auch unter ungünstigen Bedingungen eine kreative Antwort zu suchen; d. h. sie sehen Erkrankung als Kunstgriff des Lebens, als gewagten noch unverantworteten Schritt in eine mögliche persönliche Zukunft. Die spezifische biologische Auswirkung dieser humanistischen Ansätze wird ebenfalls in vielen neurobiologischen Studien zurzeit untersucht. Vor allem Gerald Hüther (2005) und Joachim Bauer (2004, 2006), haben dazu Beiträge geliefert.

Zusammenfassend zeigen die unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätze zum Teil auch unterschiedliche primäre Erregungsmuster im zentralen Nervensystem; gemeinsam postulieren alle Ansätze die Induktion einer neuronalen Plastizität und damit die Induzierung einer spezifischen Genexprimierung, als Kriterium einer substantiellen Neuorientierung im Leben. Die wissenschaftstheoretisch dazu konträren psychopharmakologischen Ansätze und Wirkungen gilt es ebenfalls differenziert zu diskutieren. Den drei großen Gruppen der Psychopharmaka, den Anxiolytika, den Antidepressiva und den Neuroleptika, werden nicht nur unterschiedliche zentralnervöse Wirkungen, sondern auch sehr spezifische psychodynamische Auswirkung zugeschrieben.

Zur Psychodynamik der Anxiolytika (Tranquilizer)

Anxiolytika, synonym auch Tranquilizer benannt, werden als chemische Stoffgruppe verstanden, welche einen Angst lösenden, emotional entspannenden und psychomotorisch beruhigenden Effekt, durch eine bottom-up-Regulierung neuronaler Netze (vor allem GABA – Rezeptoren zum Thalamus) anregen sollen. Ihre spezifische psychodynamische Funktion wird als die einer Ich-Beruhigung und Über-Ich-Entspannung charakterisiert und durch eine vegetative Nivellierung sympathikotoner und parasympathikotoner Impulse begründet. Wenn wir die

Funktion des Sympathikus als Aktivierungssystem und die des Parasympathikus als Regenerations- und Geborgenheitssystem charakterisieren, so erwirken Tranquilizer eine Brückenfunktion zwischen diesen beiden konträren systemischen Strebungen. Wie weit Beruhigung aller Ichfunktionen, oder wie weit nur spezifische Ichfunktionen durch Sedative erreicht werden und erreicht werden sollen, ist bislang nicht gut geklärt. Nachdem Unruhe ein Prinzip des Lebens ist, welches nach spezifischer ichtonymer Veränderung und Neuorientierung strebt, kommt dieser Frage große ethische Bedeutung zu. Das zurzeit bekannte pharmakologische Wirkungsprinzip vermittelt die Annahme einer eher allgemeinen Wirkung. Benzodiazepine vermitteln, laut gängiger Meinung, ihre pharmakologische Wirkung dadurch, dass sie modulierend auf die Bindungsstelle des Neurotransmitters GABA (Gammaaminobuttersäure) am GABA_A-Rezeptor einwirken. Dadurch werde die Wirksamkeit des inhibitorischen Neurotransmitters GABA verstärkt, was zur Folge habe, dass die Permeabilität des Chlorid-Kanals erhöht und somit auch der Einstrom der Chlorid-Ionen in die Nervenzelle, was schließlich zu einer geringeren Erregbarkeit der Neuronenmembran führe.

Als kritische Anmerkung aus der Position der Psychotherapie gilt demnach, dass die Verordnung von Tranquilizern, damit mit der Abnahme der Erregbarkeit nicht gleichzeitig eine beruhigende Entmündigung des Patienten eingeleitet werde, nur dort ethisch zu verantworten sei, wo in der therapeutischen Beziehung zunächst die Unruhe als Prinzip des Lebens, welches sich neu orientieren will, reflektiert wurde.

Zur Psychodynamik der Antidepressiva (Thymoleptika)

Aus phänomenologischer und psychodynamischer Sicht ist die Vielfalt der Symptome einer Depression, die durch Antidepressiva behandelt werden sollen, insgesamt Zeichen des menschlichen Ringens um Selbstachtung, Selbstwert und soziale Anerkennung. Die beiden synonym verwendeten Begriffe Antidepressiva bzw. Thymoleptika charakterisieren die angestrebten Hauptwirkungen dieser Arznei: gegen die Depression und die Stimmung aufhellend zu wirken. Neben diesen beiden Hauptwirkungen können sie auch antriebssteigernde, oder antriebsdämpfende, sowie beruhigende und angstlösende Wirkung erzielen. Pharmakologisch werden Antidepressiva zurzeit als chemische, bottom-up-Regulierung der Person, durch eine Regulation vor allem serotonerger, dopaminerger und noradrenerger neuronaler Netze definiert. Diesen Regulierungsfeldern entsprechend werden vor allem folgende Gruppenbezeichnungen differenziert: Trizyklika, Serotonin-Reuptakehemmer und Noradrenalin-Reuptakehemmer.

Die Trizyklika, wie das die Antidepressiva-Epoche einleitende Imipramin (1956) und das 1962 auf den Markt gebrachte Amitriptylin sind als unselektive Hemmstoffe der Monoamine-Rückaufnahme aus dem synaptischen Spalt beschrieben. Ihre antidepressive Wirkung wird durch diese damit eingeleitete Veränderung der

Konzentrationsverhältnisse von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin erklärt. Die eher nur als unangenehme Nebenwirkung bekannte anticholinerge Funktion von Amitriptylin ist psychodynamisch aber auch als Dämpfung, bzw. Entlastung der zur Qual gewordenen persönlichen Sinnsuche zu interpretieren. Gilt doch das cholinerge neuronale System als objektive Nervenleitung der subjektiven Intentionalität und Sinnsuche des Menschen (*Cloninger Robert* 1993, *Hüther Gerald* 2005).

Die heute weiterhin sehr geschätzte Anwendung der Trizyklika in der Schmerztherapie wird darüber hinaus in der Aktivierung des absteigenden schmerzhemmenden noradrenergen neuronalen Systems erklärt.

Die antidepressive Wirkung der Serotonin-Reuptake-Hemmer (SSRI) wird spezifisch durch die Erhöhung der Konzentration des Neurotransmitters Serotonin im synaptischen Spalt, durch Hemmung der Wiederaufnahme über einen Transporter erklärt. Der Mangel an Serotonin insgesamt wird dabei nicht aufgehoben, wohl aber eine zahlenmäßige Verringerung der Serotoninrezeptoren und eine Veränderung ihrer Empfindlichkeit erzielt. Psychologisch ist diese Wirkung als Wiederherstellung des vor der Erkrankung herrschenden dynamisch-dialektischen Befundes und Befindens des Menschen zu erklären und als Wiedererstellung dieser eher dienenden Selbstwertbegründung und aufopfernden Ich-Identitätshaltung zu interpretieren. Emanzipatorische Selbsterkenntnis, welche zu dienender und herrschender sozialer Funktion befähigt, wäre dadurch noch nicht angeregt. So gilt aus psychotherapeutischer Sicht die bekannte Kritik, dass antidepressive pharmakologische Behandlung erst dort ethisch vertretbar wäre, d. h. für die Entwicklung der Person als gut bezeichnet werden könne, wo Selbstwert und Selbstwerverleben als soziales Phänomen einer dialektisch-dialogischen Begegnung in der Arzt/Patientenbeziehung konkret erkennbar war.

Die pharmakologische Wirkung der Noradrenalin-Reuptake-Hemmer (NARI) ist als selektive Erhöhung von Noradrenalin im synaptischen Spalt durch Hemmung seiner Wiederaufnahme in der Nervenzelle und damit durch Wiederherstellung früherer noradrenerger Verhältnisse erklärt. Aus entwicklungspsychologischer Sicht fokussiere und vermittele das noradrenerge neuronale System vor allem die frühgenitale Psychodynamik, welche für soziales, erotisches Rollenspiel, herzliches Werbeverhalten und sanguinische Selbstinszenierung zuständig sei (*Cloninger*). Die psychische Wirkung von NARI wird dementsprechend als Wiederbelebung des spontanen, kindlichen Rollenspieles, sozialer Fertigkeiten und offener Selbstdarstellung beschrieben. So erfreulich diese Wiederherstellung von Rollenverfügbarkeit sein mag, ethisch verantwortlich, d. h. der Entwicklung der Person dienlich, ist dies aus psychodynamischer Sicht erst, wo menschliches Rollenspiel als Initiation menschlicher Kultur, auch in der Arzt/Patientenbeziehung als zu verantwortende Selbstdarstellung erkennbar wurde.

Die Psychodynamik von Antipsychotika (Neuroleptika)

Aus psychodynamischer Sicht sind die vielfältigen Symptome, die durch Antipsychotika behandelt werden sollen, im Kern Zeichen verlorener Ich-Identität, verlorener Fähigkeit zur Selbstbesinnung und „verrückter“ Selbstachtung. Unter Antipsychotika oder Neuroleptika („Nervendämpfende Mittel“) versteht man psychotrope Substanzen, die akute psychotische Trugwahrnehmung und Verwirrungen, sowie akute Angst- und Erregungszustände dämpfen, bzw. bewältigen helfen sollen. Hauptindikationsgebiet stellt dementsprechend auch die Behandlung der Schizophrenie dar. Pharmakologisch wird unter hochpotenten, mittelpotenten und niedrigpotenten Antipsychotika unterschieden, wodurch eine Differenzierung bezüglich antipsychotischer und extrapyramidaler Begleitwirkung bzw. beruhigender, sedierender Wirkung aufgezeigt wird. Hochpotente Antipsychotika weisen einen starken antipsychotischen, wahn-dämpfenden Effekt, in Verbindung mit einer ausgeprägten extrapyramidalen Begleitwirkung und geringen sedierenden Wirkung, auf. Niedrigpotente haben einen geringen antipsychotischen Effekt, aber eine stark beruhigende Wirkung. Diese, für Antipsychotika lange Zeit als typische Begleitwirkung bekannte, unangenehme Aktivierung extrapyramidaler Motorik führte zur Bezeichnung Typika. Die heute meist zur Anwendung kommenden Atypika zeigen diesen Nebeneffekt nicht. Sowohl Typika wie Atypika entfalten ihren antipsychotischen Effekt vor allem über eine Blockade bestimmter Dopamin-Rezeptoren im mesolimbischen System. Dabei werde die sogenannte Positivsymptomatik der psychotischen Erkrankung, wie Wahn, Halluzination und Ich-Störung, auf eine dopaminerge Hyperaktivität der mesolimbischen Bahn und die Negativsymptomatik, wie Affektverflachung, sozialer Rückzug und Minderung der Initiative auf eine dopaminerge Hypoaktivität im mesokortikalen System zurückgeführt. Eine interessante Sonderstellung innerhalb der Antipsychotikadiskussion nimmt zurzeit Aripiprazol ein, indem dieser Substanz eine kontrapunktische Dopaminwirkung zugeschrieben wird: Im Sinne einer Toposelektivität wirke Aripiprazol bei niedriger dopaminergener Aktivität (Minussymptomatik) als Agonist und bei hoher Aktivität (Plussymptomatik) als Antagonist.

Psychologisch sehen wir diese antipsychotische Wirkung der Dopaminregulierung in der Dämpfung linearer Welterklärungsversuche. Nach unserer Literaturinterpretation und in Übereinstimmung mit *Cloninger* würde das dopaminerge neuronale System besonders empirisch-analytische Denkschemata modulieren, welche zu guter Sacharbeit befähigen, aber ungeeignet sind, um die Welt an sich zu verstehen. Hinter dieser Annahme steht auch die phänomenologische Einsicht, dass der Versuch des Menschen, die Welt zu verstehen, ihn in existentielle Grenzsituation führe, in welcher der Mensch nicht sachlich-bewusst bestehen könne, sondern entgrenzende Angst erfahre (*Karl Jaspers* 1984). In der existentiellen Grenzsituation sich befindend, ist es ihm nur möglich, über gleichnishafte Bilder eine gewisse „irdische Währung“,

bzw. subjektive Weltinterpretation zu wagen. Sprachgeschichtlich kommt Wahn tatsächlich von wöhnen, im Sinne von meinen, für wahr halten.

Aus psychodynamischer Sicht gilt demnach die lange bekannte Kritik, dass eine ethisch korrekte Verordnung von Antipsychotika an eine ästhetische (phänomenologische) Grundhaltung in der Arzt/Patientenbeziehung gebunden sei. Die ästhetische Grundhaltung ermögliche eine Atmosphäre, in welcher „die Welt nicht verstehen“, als gemeinsame menschliche Realität, Bejahung erfahren kann und damit – so paradox es klingt - eine gemeinsame Existenzbegründung und persönlichen Kohärenzsinn möglich mache. (Walter Pieringer 2005)

Diskussion

Diese medizinspsychologischen Reflexionen und phänomenologischen Annäherungen an eine unauf lösbare Kontroverse in der Medizin sehen wir als nötige philosophisch-ethische Auseinandersetzung für die Praxis der Medizin. Die wissenschaftlich zu differenzierenden unterschiedlichen Ziele und Wirkungen von Psychotherapie und Psychopharmakologie erfahren in der Praxis meist eine Relativierung. Damit diese Relativierung aber nicht zu einer unkritischen Verflachung in der klinischen Praxis führt, gilt es stets neu, die unterschiedlichen Intentionen und Wirkungen zu untersuchen. Die derzeit forciert geförderte Neurobiologieforschung scheint insofern hilfreich zu sein, als sie eine substanzielle Abstimmung von qualitativer Psychotherapieforschung und klinischer Psychopharmakaforschung zu ermöglichen vermag (Günter Schiepek 2003). Was heute noch von manchen, vor allem auch psychoanalytischen Psychotherapeuten, als Gehirnmythologie abgewertet wird, zeigt gleichzeitig innovative Modulierung in beiden Lagern. Psychotherapie, deren subjektive Wirkung sehr spezifisch über neurobiologische Untersuchungen objektiv nachvollziehbar wird, verändert ebenfalls sehr spezifisch ihre politische Position. Dies bezieht sich nicht nur auf die gesellschaftliche Rolle der Psychotherapie, die bislang eher als „weiche“, aber gesellschaftskritische Disziplin galt, sondern auch auf das Selbstverständnis von PsychotherapeutInnen. Psychotherapie, als Disziplin mit emanzipatorischen Anliegen, wird in der oppositionellen gesellschaftlichen Rolle bleiben müssen und bleiben wollen; professionelles Selbstverständnis, welches innerhalb der Medizin an substanzielle Strukturen gebunden ist, sollte aber dabei nicht schaden. Als zentrale Frage dieser Auseinandersetzung zwischen den Zielen und Indikationen für Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bleibt die der Priorität. Gibt es, wie im Fall „Dr. Osheroff versus Chestnut Lodge“ zu klären versucht wurde, objektive Befunde, die exklusiv für eine psychotherapeutische Behandlung sprechen und wo eine psychopharmakologische Behandlung als Chronifizierungsfaktor ein Behandlungsfehler wäre? Und umgekehrt, gibt es psychisch kranke Menschen, wo Psychotherapie primär als Fehler anzusehen ist? Unsere Antwort dazu ist: Ja, es gibt beide Konstellationen. Die ethisch gute Entscheidung ergibt sich aber immer

wieder nur aus der individuellen Beziehung und Auseinandersetzung im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung. Unter der Bezeichnung „Shared Decision Making“ soll dieser Ansatz einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient, bei der Auswahl von Behandlungszielen und Behandlungsmethoden, die mögliche persönliche Entwicklung und Emanzipation des Patienten fördern. *M. Balint* hat zur allgemeinverständlichen Skizzierung dieses Problem der individuellen Entscheidungsfindung, die Differenzierung zwischen maligner und benigner Regression eingebracht. Im Rahmen jeder Erkrankung, ja als Merkmal jeder Erkrankung, finde sich zunächst ein Zustand von Kränkung und Regression, als Rückzug auf sich selbst, als Rückzug auf sein Selbst. (Dem Selbst der Psychotherapeuten stehe biologisch der individuelle, genetische Code des jeweiligen Individuums gegenüber.) Während nun maligne Regression den Zustand der Kränkung, der noch nach weiterem Rückzug und weiterer Befriedigung dränge, darstelle, verkörpere die benigne Regression jene Selbstzentrierung, die über Selbstbesinnung zu Selbsterkenntnis und Neuorientierung im Leben leite (DNA-Expression). Vorrangige Funktion des Arztseins sei es, Erkrankung auch als Kränkung und Regression zu erkennen und wenn möglich, aus der malignen Regression zur benignen Regression zu begleiten. In diesem ersten diagnostisch-therapeutischen Prozess könne sich die Entscheidung zwischen verstehendem Ärztlichen Gespräch und pharmakologischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung klären (*Balint*). *Hermann Faller* problematisiert die verschiedenen historisch bekannten Behandlungsschritte mit diesen Worten: „Während im paternalistischen Modell der Arzt im besten Interesse des Patienten entscheidet und damit dessen Partizipation einschränkt und seine Autonomie nicht ausreichend berücksichtigt, wird im Gegensatz hierzu im informativen Modell vorausgesetzt, dass der Patient seine Ziele gut kennt und vom Arzt lediglich Information benötigt, um souverän Entscheidungen zu treffen. Im interpretativen Modell hilft der Arzt dem Patienten, seine Werte zu identifizieren und zum Ausdruck zu bringen. Im deliberativen Modell schließlich engagieren sich Arzt und Patient in einer offenen Diskussion über die Werte, die der Patient anstrebt. Der Arzt kann seine eigenen Präferenzen einbringen, und konflikthafte Wertvorstellungen werden offen diskutiert. Auf diese Weise soll der Patient in die Lage versetzt werden, zwischen alternativen Zielen und Behandlungsmaßnahmen auszuwählen (Empowerment). Dieses Modell bildet die Grundlage des Shared Decision Making. Mehr Partizipation sollte beim Patienten in einem größeren Gefühl der Kontrolle, mehr Zufriedenheit mit der Behandlung, besserer Compliance und stärkerem Transfer in die Alltagsroutine des Krankheitsmanagements und infolgedessen auch besseren Behandlungsergebnissen resultieren. Wenn es auch noch weitgehend unbekannt ist, ob diese Ergebnisse auch erreicht werden, so kann doch indirekte Evidenz aus systematischen Reviews und Metaanalysen gewonnen werden, die zeigen, dass ein ärztliches Gesprächsverhalten, welches es dem Patienten erleichtert, seine Fragen, Erwartungen und Befürchtungen einzubringen und die gewünschte Information und emotionale Unterstützung zu

erhalten, zur Verbesserung des psychischen und körperlichen Gesundheitszustands führte.“(H. Faller 2003)

Dass gerade im Bereich der Kontroverse Psychotherapie versus Psychopharmakotherapie eine zentrale ideologische Spannung der Kultur zum Tragen kommt, ist gut bekannt und macht diese Auseinandersetzung besonders politisch wertvoll (Christian Fazekas 2006). Denn Ärzte und Patienten benötigen um Shared Decision Making sinnvoll gestalten zu können, pragmatische, bzw. kritische, allgemeinverständliche Kenntnisse und Formulierungen, sowohl der psychotherapeutischen, wie der psychopharmakologischen Theorie. Sobald diese zunächst abstrakten Theorien, durch beherzte Auseinandersetzung allgemein verständlich, zu einem gesellschaftlichen Thema werden, tragen sie bei, dass aus den Klagen der Patienten Impulse für Neuorientierung der Person und der Mitmenschen werden. Die kritische Theorie geleitet gute Praxis!

Zusammenfassung: Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Zur Theorie

Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie gilt als unauflösbarer wissenschaftlicher und ethischer Streit in der Medizin. Seit der klassischen, auf *Asklepios* zurückgeführten Orientierung in der Medizin: „zuerst heile durch das Wort, erst dann durch die Arznei“, gilt es jeweils neu, die Zieldefinition und Indikation für Psychotherapie wie für Psychopharmakotherapie kritisch und individuell zu bestimmen. Allgemein wird Psychotherapie als einsichtsgeleitete Veränderung der Selbsterkenntnis durch persönliche Beziehungserfahrung, als top-down-Entwicklung definiert, welche eine authentische Neuorientierung im Leben einleiten soll. Demgegenüber stellt Psychopharmakotherapie, als primär chemische Beeinflussung der propriozeptiven Reizsignale des Wahrnehmungsprozesses, eine bottom-up-Regulierung dar, wodurch eher eine Wiederherstellung des Zustandes vor der Erkrankung erreicht werden soll. Diese unterschiedlichen Therapieziele für einen individuellen Therapieplan aufeinander abzustimmen, wird nach dem Konzept „shared decision making“ diskutiert.

Schlüsselwörter: Selbsterkenntnis, neuronale Plastizität, Beziehung, Psychotherapie, Psychopharmakotherapie

Summary: The controversy between psychotherapy and psychopharmacotherapy. To Theory

The controversy between indication of psychotherapy versus indication of psychopharmacology continues to be discussed as a scientific and ethical dispute. In general, based on the quality of the client- therapist relationship psychotherapy is intended to help the client gain self-knowledge. By this way psychotherapy aims

to facilitate personally adequate self-regulation as a subjective top-down process. By contrast, psychopharmacologic interventions are primarily based on biological mechanisms leading to biochemical changes in the state of the person. Thus, bottom-up phenomena can be expected to be experienced differently. Shared decision making is suggested as one appropriate way to decide whether psychotherapy, psychopharmacology or both approaches should be chosen.

Keywords: Self-knowledge, neuronal plasticity, relationship, psychotherapy, psychopharmacotherapy

Literatur

- Balint, Michael (1980):* Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta, 5. Auflage
- Bauer, Joachim (2004):* Das Gedächtnis des Körpers. Piper
- Bauer, Joachim (2006):* Warum ich fühle, was du fühlst. Hoffmann & Campe, Hamburg.
- Cloninger, Robert; Przybeck, Thomas. R.; Svrakic Dragan (1993):* A Psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Damasio, Antonio R. (2003):* Der Spinoza-Effekt. List, München.
- Fazekas, Christian (2006):* Psychosomatische Intelligenz. Springer, Wien.
- Faller, Hermann (2003):* Shared Decision making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 42: 129-135
- Gallese, Vittorio; Morris, Eagle; Paolo, Migone (2007):* Intentional Attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *J. American Psychoanalytic Ass.* 55, 133-176
- Grawe, Klaus (2004):* Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen.
- Hütber, Gerald (2005):* Mein Körper – das bin ich. *Psychoanalyse und Körper* 4(2): 7-24
- Jaspers, Karl (1984):* Philosophische Autobiographie. Piper, München.
- Kandel, Eric (2006):* Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Siedler.
- Kandel, Eric (2006):* Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Suhrkamp.
- Kapfhammer, Hans Peter (2007):* Diagnose und Therapie von Zwangsstörungen. *Spektrum Psychiatrie*, 4/07, 20-27
- LeDoux, Joseph E. (1998):* Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. Hauser, München.
- Pieringer, Walter; Fazekas, Christian; Pieringer Christian (2005):* Die schizophrene Psychose als existentielle Erkrankung. *Fortschr Neurol Psychiat* 73, 25-31
- Roth, Gerhard (1996):* Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Suhrkamp, Frankfurt.
- Roth, Gerhard (2001):* Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. *Suhrkamp, Frankfurt*
- Schiepek, Günter (2003)(Hg.):* Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart.
- Siegal, Michael; Varley, Rosemary (2002):* Neural systems involved in „theory of mind“. *Nature Reviews Neuroscience* 3 (6), 463-471
- Shaw, Philip; Lawrence Emma J.; David, Anthony S. (2004):* The impact of early and late damage to the human amygdale on “theory of mind” reasoning. *Brain*. 127 (Pt 7) 1535-1548

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Christian Pieringer
Landesnervenklinik Sigmund Freud

Wagner-Jauregg-Platz
8053 Graz
Österreich

OA Dr. Christian Fazekas
Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 43
8036 Graz
Österreich

Univ.-Prof. Dr. Walter Pieringer
Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 43
8036 Graz
Österreich

E-Mail-Adresse:

walter.pieringer@meduni-graz.at