

Wilfried Ruff SJ
Auswirkungen der Psychopharmaka

Ihre Bedeutung bei psychischen Störungen

Zustände des Getriebenseins und der Selbstentfremdung, der Überwältigung von Traurigkeit und Lust, des Ausgeliefertseins an Visionen und Halluzinationen gehören zu den Störungen des Lebensgeschehens, die meist als Eigentümlichkeiten oder Schrulligkeiten mißdeutet und bagatellisiert werden. Hinter dieser Fehleinschätzung grober psychischer Störungen steht seit altersher die Furcht vor allem Andersartigen und besonders vor dem Unbekannten, das der menschliche Geist dem Menschen ist; eine Furcht, die im Lauf der Geschichte zu unterschiedlichen Reaktionen geführt hat.

In der Antike wurde der Geistesranke nicht selten zur Maske, zum Schallrohr einer Gottheit erhoben. Sein Wahnsinn wurde, wenn er nicht offenkundig in Krankheiten seine Ursache hatte, als „Folge gottbewirkten Heraustretens aus dem gewohnten herkömmlichen Zustand“ gedeutet (Sokrates im „Phaidros“). Im Mittelalter verlagerten sich die Akzente dieser metaphysischen Interpretation: das psychisch Abartige wurde in den zahlreichen Zauberbüchern und Hexenprozessen mehr und mehr verdämonisiert, der Geistesranke als ein von teuflischen Mächten getriebenes Wesen verfolgt, gepeinigt und verbrannt. Eine ähnliche von Astrologie und Rassenwahn getragene Haltung läßt sich auch heute noch finden; die daraus resultierenden traurigen Vorkommnisse sind allerdings selbst Ausdruck schwerer psychischer Störungen.

Unter dem Ansturm rationalistischer Ideen hat sich seit dem vorigen Jahrhundert jedoch allgemein der Standpunkt durchgesetzt, daß psychische Störungen mit Besessenheit oder Verstocktheit nichts zu tun haben. Sie sind vielmehr Krankheiten, deren Ursachen in körperlichen Fehlfunktionen zu suchen sein werden¹.

Heilmittel für den Geist?

Die Behandlung psychischer Störungen mußte den veränderten Erkenntnissen angepaßt werden, was nicht ohne Irrwege abging. Noch im Jahre 1821 wurde beispielsweise in der „Zeitschrift für psychische Ärzte“ mit viel Eifer „die Wirkung des glühenden Eisens zur Heilung des Irreseyns“ propagiert. Daneben wandte man erregende

¹ Eindrucksvoll konnte das anhand einer bestimmten Form hochgradigen Schwachsinn (Phenylketonurie) gezeigt werden, die durch eine massive Störung im Eiweißstoffwechsel hervorgerufen wird.

oder betäubende Getränke und Drogen (wie Opium, Haschisch, Nachtschatten, Alkohol) an, die teilweise schon den Assyrern und Indern im achten vorchristlichen Jahrhundert bekannt waren und die das Mißgeschick vergessen lassen, die Ängstlichkeit zerstreuen oder den Körper drastisch „ausleeren“ sollten².

Erst gegen Ende des vorigen Jahrhunderts begann mit der sich rasch entwickelnden pharmazeutischen Industrie die systematische Nutzung von Substanzen, die zur Ruhigstellung erregter Kranker besser geeignet erschienen. Nach dem Ausmaß ihres Dämpfungseffektes auf die Psyche werden sie heute in Sedativa, Hypnotika oder Narkotika unterteilt. Allerdings wirken diese Mittel auf den ganzen Regulationsapparat des Zentralnervensystems ein, so daß fast alle psychischen Funktionen ungesteuert und in gleicher Weise gedämpft werden. Medikamente dieser Gruppe werden in der von Klaesi 1922 eingeführten Schlafbehandlung von Geisteskranken angewandt.

Ein weiterer Schritt in der Therapie schwerer psychischer Störungen war die Entwicklung von Schockverfahren, durch die ein psychophysischer Umstimmungsvorgang bewirkt werden soll, der zu einer langdauernden Verschiebung nervaler Grundfunktionen führen kann. Die dazu notwendigen Krampfanfälle werden künstlich durch steigende Gaben von Insulin (1935 erstmals von Sakel angewandt) oder Cardiazol (1936 von Meduna empfohlen) ausgelöst; eine heute aber gebräuchlichere Methode ist die von Bini und Cerletti 1938 entwickelte Behandlung mit kurzen elektrischen Stromstößen in Narkose. So wirksam derart erzeugte Delirien im Einzelfall sein mögen, bedeuten sie dennoch einen harten und nur begrenzt anwendbaren Eingriff in den Organismus, weil es gelegentlich auch zu einem eigengesetzlichen und dann schwer beherrschbaren Ablauf kommen kann.

Daher mußte nach Medikamenten gesucht werden, die dadurch, daß sie nur selektiv bestimmte Funktionsgebiete im Zentralnervensystem beeinflussen, weniger schädlich wirken. Die Pariser Psychiater Delay und Deniker entdeckten 1951 eine solche gezielte Wirkung bei einem Phenothiazinderivat, nämlich bei dem schon zur Potenzierung von Narkosen verwendeten Chlorpromazin. Seitdem hat die Entwicklung von psychotrop wirkenden Mitteln, die als Psychopharmaka bezeichnet werden, einen ungeahnten Aufschwung genommen, so daß diese Substanzen heute in einem erheblichen Maß am pharmazeutischen Umsatz beteiligt sind und zu einer kritischen Auseinandersetzung mit ihren Auswirkungen zwingen. Denn indem sie psychische Funktionen beeinflussen, ermöglichen sie nicht nur eine neuartige gezielte Behandlung schwerer psychischer Störungen, sondern auch einen Eingriff in die individuell geprägte Persönlichkeit, so daß grundlegende geistige Fähigkeiten und Verhaltensweisen manipulierbar werden könnten. Zur Beurteilung jener möglichen Auswirkungen der Psychopharmaka ist es aber zunächst notwendig, ihre verschiedenartige Wirkweise innerhalb des psychophysischen Gefüges zu beleuchten.

² K. Beringer, Zur Kulturgeschichte der Rauschgifte, in: Studium generale 1948, Heft 5.

Gemeinsame Wirkweisen der Psychopharmaka

Unter Psychopharmaka versteht man chemische Substanzen, die in erster Linie die psychischen Grundfunktionen von Stimmung und Antrieb beeinflussen, indem sie auf deren morphologisch-funktionelles Substrat eine von der Dosis abhängige, reproduzierbare Wirkung ausüben³. Ihre Abgrenzung gegen andere Medikamente wird dadurch erschwert, daß psychische und somatische Vorgänge eine Funktionseinheit darstellen. So kann jede chemische Substanz in entsprechender Dosis auch auf psychische Funktionen einwirken. Aber auch pharmakodynamisch völlig neutrale Stoffe (Placebos) können psychische und somatische Veränderungen hervorrufen, die allerdings nicht allgemein reproduzierbar sind, weil sie auf bloßer Suggestion beruhen.

Obwohl strukturchemisch außerordentlich verschieden, haben Psychopharmaka eine gemeinsame Wirkweise. Sie besteht darin, daß diese Substanzen zu einem psychophysischen Umstimmungsvorgang führen können. Die daraus resultierende, oft langdauernde Verschiebung psychischer Grundfunktionen kann sich im affektiven Niveau entweder als Dämpfung oder als Anregung von Stimmung und Antrieb zeigen. Auf Grund dieser verschiedenartigen Wirkrichtung lassen sich die Psychopharmaka in zwei Hauptgruppen einteilen:

1. Pharmaka, die einen vorwiegend dämpfenden Effekt auf das Zentralnervensystem auszuüben vermögen; sie werden als *Psycho-leptika* bezeichnet.
2. Pharmaka, die vorwiegend stimulierend auf das Zentralnervensystem wirken; sie werden als *Psycho-analeptika* bezeichnet. In gewisser Weise gehören hierher auch die *Psycho-dysleptika*, die delirant-halluzinatorische Rauschzustände („Modell-Psychosen“) hervorzurufen vermögen.

Die das Zentralnervensystem dämpfende oder anregende Wirkung der Psychopharmaka betrifft in erster Linie die *Vitalsphäre*, die Antrieb, Grundstimmungen und Triebäußerungen umspannt. Diese niederen psychischen Funktionen sind jedoch nicht isoliert zu denken, sondern stehen mit den höheren Funktionsbereichen des bewußten Erlebens in einem sich gegenseitig beeinflussenden Zusammenhang und bilden so mit ihnen eine Funktionseinheit. Daher muß eine Änderung der psychischen Dynamik auch zu Veränderungen in den Verstandesfunktionen führen. Diese Veränderungen werden je nach der Persönlichkeitsstruktur individuell geprägt sein und sich auswirken können beispielsweise in der Einengung des Wahrnehmungsbereichs und der Reaktionsfähigkeit oder in der Einschränkung der Verfügbarkeit über Erinnerungen und der Verarbeitung von Erlebnissen.

Solche höhere psychische Funktionen treffende *Begleiteffekte* von Psychopharmaka werden allerdings nicht selten übergangen, weil sie wegen ihrer viel stärkeren Abhängigkeit vom Individuum nur schwer zu objektivieren sind. Dagegen sind die sich

³ Manche Autoren sprechen genauer von „Neuro-Psychopharmaka“, da ihr psychotroper Effekt nur durch eine chemische Zustandsänderung an nervalen Strukturen möglich wird.

somatisch ausprägenden unerwünschten Begleitphänomene ausführlich untersucht und beschrieben worden⁴. Sie müssen oft in Kauf genommen werden, um eine gesicherte medikamentöse Wirkung erzielen und steuern zu können. Ihre Skala reicht von harmlosen, nur subjektiv als störend empfundenen Nebenwirkungen bis zu schweren, den Patienten in seiner Existenz bedrohenden Komplikationen. Sie manifestieren sich besonders bei einer langdauernden Behandlung als vegetative (orthostatische Kreislaufdysregulationen, Miktionsstörungen), extrapyramidale (Krämpfe, Parkinsonismus), hämodynamische (Thrombosen), hämatopoetische (Agranulozytosen), allergische (Exantheme) und endokrine Störsyndrome.

Diese grundsätzlichen Bemerkungen lassen vielleicht schon die noch herauszuarbeitenden Feinheiten in den Wirkprofilen einzelner Psychopharmaka ahnen, wodurch die differenzierte Behandlung verschiedener psychischer Störungen erst möglich wird. Dabei darf aber der Unterschied zwischen Krankheitserscheinungen (Symptome) und eigentlichen Krankheiten nicht verwischt werden. Die Wirkung der Psychopharmaka richtet sich nämlich nur auf bestimmte psychische Störungen (krankhaften Antriebsüberschuß, affektive Spannung, Halluzinationen u. a.), die daher als „Zielsymptome“ (Freyhan) bezeichnet werden. Sie wirken jedoch nicht primär auf bestimmte diagnostisch abgegrenzte Krankheitsarten (wie Schizophrenie, zyklotyme Depression), die jenen „Zielsymptomen“ zugrunde liegen. Diese Tatsache erklärt manche Enttäuschungen, die auf überspannte Erwartungen in den Erfolg einzelner Psychopharmaka beruhen.

Psycho-leptika

Die Gruppe der Psycholeptika wird wiederum unterteilt in *Neuroleptika* und *Tranquilizer*, die beide vor allem Stimmung und Antrieb dämpfen. In ähnlicher Weise wirken zwar auch sehr niedrige Dosen der „klassischen“ Beruhigungs- und Schlafmittel (Sedativa und Hypnotika); da sie aber schon in etwas höherer Dosierung auch deutlich das Bewußtsein und Urteilsvermögen beeinträchtigen, werden sie nur im weiteren Sinn zu dieser Stoffgruppe gezählt und daher hier ausgeklammert.

Die zu den Psycholeptika im engeren Sinn gehörenden Substanzen unterscheiden sich sowohl in ihrer chemischen Struktur wie auch in ihrer spezifischen Wirkweise. Die *Tranquilizer* – auch *Ataraktika* genannt, weil sie Stille, Ruhe, Ausgeglichenheit, Gleichmut vermitteln sollen – haben eine so große Verbreitung und Beliebtheit gefunden, daß man sie „happy-pills“, „modernes Aspirin“ oder „Sonnenbrille der Psyche“ genannt hat⁵. Dazu hat wesentlich das von der pharmazeutischen Industrie propagierte breite Indikationsspektrum dieser Substanzen geführt: durch Beseitigung affektiver

⁴ H. Kranz u. K. Heinrich (Hrg.), Begleitwirkungen und Mißerfolge der psychiatr. Pharmakotherapie (Stuttgart 1964); Wandrey u. Leutner, Neuro-Psychopharmaka in Klinik und Praxis (Stuttgart 1965).

⁵ Es sind Glycerin-, Glykol-, Carbinol-, Diphenylmethan- oder Benzodiazepin-Derivate, die z. B. unter den Firmennamen „Tolserol“, „Miltaun“, „Atarax“ und „Librium“ bekannt wurden.

Spannungen könnten Tranquilizer Angstzustände lösen und dadurch den natürlichen Einschlafmechanismus fördern, durch Dämpfung eines psychomotorischen Antriebsüberschusses könnten sie innere Unruhe und psychisch überlagerte Organerkrankungen beseitigen, durch Minderung der Ansprechbarkeit auf Reize könnten sie die Erregungsverarbeitung fördern und dadurch Neurosen verhindern und heilen.

Bewährt haben sich Tranquilizer allerdings nur bei strenger Indikationsstellung, und zwar besonders in der Therapie nervöser Verhaltensstörungen. Wir verstehen darunter psychophysische Reaktionen, die entweder kurzzeitig nach stark wirkenden Reizen oder langdauernd bei einem entsprechend disponierten Nervensystem auftreten; sie manifestieren sich meist als Angstzustände, Schlafstörungen, motorische Unruhe, Menstruationsbeschwerden, Konzentrationsschwäche, Tics, Stottern u. ä. Hier können Tranquilizer das psychotherapeutische Vorgehen einleiten und erleichtern, indem sie den verhängnisvollen Kreis festgefahrener Mechanismen durchbrechen und eine geordnete Verarbeitung von Umweltreizen wieder ermöglichen helfen. Da aber bei Tranquilizern die Gefahr der Sucht und des Mißbrauchs in besonderem Maß besteht, muß eine solche die Psychotherapie unterstützende Behandlung auf möglichst kurze Zeitspannen beschränkt bleiben.

Während Tranquilizer eher Adjuvantien bei der Psychotherapie nervöser Verhaltensstörungen sind, stehen die *Neuroleptika* im Mittelpunkt der Behandlung von psychotischen Symptomen, die den eigentlichen Geisteskrankheiten zugrunde liegen. Diese das Nervensystem „ergreifenden“ Mittel sind ebenso wie die Tranquilizer strukturell chemisch recht unterschiedliche Substanzen⁶. Sie führen zunächst zu einer Spannungsminderung im Bereich der Affektivität, d. h. zu einer Antriebs- und Stimmungsdämpfung. Daraus resultiert eine Drosselung der Erlebnisfähigkeit und der Bildung von bedingten Reflexen, ohne daß das Wachbewußtsein tiefgreifend beeinflusst würde. Die damit verbundenen vegetativen Veränderungen zeigen sich u. a. im Absinken des Blutdrucks und der Temperatur. An dieses Initialstadium kann sich eine gegenregulatorische Phase der Erregung anschließen, bis endlich ein Zustand der Stabilisierung erreicht wird, in dem der Kranke Abstand zu seiner psychotischen Symptomatik gewinnt und sich mit ihr auseinanderzusetzen vermag. Dabei wird also nicht primär „der gedankliche Inhalt des krankhaften Erlebens“, sondern „die emotionale Form, von der dieser Inhalt getragen und getönt wird“, beeinflusst und so verändert, daß jener Inhalt die Resonanz im Erleben des Kranken verliert⁷.

Aus dieser Wirkweise der Neuroleptika ergeben sich ihre Zielsymptome: affektive Verspannungs- und psychomotorische Erregungszustände, psychotische Wahnideen und Trugwahrnehmungen. Da diese Krankheitserscheinungen das besondere Kennzeichen

⁶ Neben den schon geraume Zeit bekannten Rauwolfia-Alkaloiden (z. B. „Sedaraupin“) und Phenothiazin-Derivaten (z. B. „Megaphen“) wurden die mit letzteren verwandten Azaphenothiazine (z. B. „Taxilan“) und Thioxantheme (z. B. „Taractan“), sowie die Butyrophenone (z. B. „Haloperidol“) entwickelt.

⁷ H.-W. Janz, *Psyche und Pharmakon* (Göttingen 1963).

der schizophrenen Psychosen und der manischen oder agitiert-depressiven Phasen von zyklischen Psychosen sind, liegt hier auch der wichtigste Anwendungsbereich für Neuroleptika.

Psycho-analeptika

Eine den Neuroleptika und Tranquilizern entgegengesetzte Wirkung zeigt die Gruppe der Psycho-analeptika. Sie umfaßt mit den *Thymoleptika*, *Psychotonika* und *Psychodysleptika* Substanzen, die stimulierend auf die psychische Dynamik einwirken und die so eine Steigerung des vitalen Antriebs und eine Hebung des Lebensgefühls vermitteln.

Der Wirkungsbereich der *Thymoleptika* umfaßt Antriebsstörungen und Verstimmungen, so daß sie vor allem den Ablauf der manisch-depressiven Krankheit günstig beeinflussen können. Sie werden deswegen auch *Antidepressiva* genannt und in ihrer Wirkung der Gruppe der Neuroleptika gegenübergestellt. Dies gilt allerdings nur mit Einschränkungen, da es zwischen den psychisch anregenden und den psychisch dämpfenden Pharmaka fließende Übergänge gibt, insofern manche Neuroleptika in niedriger Dosierung antidepressiv und viele Thymoleptika in höheren Dosen neuroleptisch wirken⁸.

Unter dem Einfluß thymoleptischer Medikamente verschwindet nicht nur die traurige, dumpfe Grundstimmung, die in der depressiven Phase zyklisch verlaufender Psychosen ohne äußeren Anlaß auftritt und oft Monate andauert, sondern auch die körperlich damit verbundenen Mißempfindungen der Mattigkeit, Zerschlagenheit und Schwere in allen Gliedern. Die durch die Antriebsgehemmtheit bedingte Entschlußunfähigkeit, Schwunglosigkeit und Gedankenarmut lockert sich, und es kommt zu einer nicht mehr durch Selbstvorwürfe belasteten Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der Umwelt.

Auch die in depressiven Phasen oft auftretende Selbstmord-Gefahr läßt sich durch Thymoleptika in kurzer Zeit abwenden. Ein großer Teil der verübten Selbstmorde – in Westdeutschland sind es jährlich mehr als zehntausend⁹ – hat seine Ursache in depressiven Verstimmungszuständen auf dem Boden einer krankhaften Gemütsstörung. Leider erkennt die Umgebung nicht selten die Gefahr, in der sich der Kranke befindet, weil sie seine düstere Verstimmung und seinen Antriebsmangel für Spielarten einer normalen Temperamentslage hält und die Inhalte seiner depressiven Gedankengänge, die sich besonders mit Sünde, Vergehen und Schuld beschäftigen, aus dem allgemeinen Er-

⁸ Das drückt sich auch in der diesen Substanzen gemeinsamen trizyklischen Grundstruktur aus. Neben solchen trizyklisch gebauten Pharmaka – den Dibenzocycloheptadien- (z. B. „Laroxyl“) und Dibenzazepin-Derivaten (z. B. „Tofranil“) – gibt es die Monoaminoxidase-Hemmer (z. B. „Marplan“), die zwar den bisher stärksten antidepressiven Effekt zeigen, aber so toxisch wirken, daß ihre Anwendung immer mehr in den Hintergrund tritt.

⁹ Nach der Polizeilichen Kriminalstatistik des Jahres 1963 kommen zu den 10822 Selbstmorden noch 13902 bekannt gewordene Selbstmord-Versuche.

fahrungskreis zu erklären versucht. Der Kranke aber kann sich wegen seiner mangelnden Tatkraft und Willenshemmung nicht zur Therapie entschließen und verübt den Selbstmord als vermeintlich einzigen Ausweg.

Einen Ausweg anderer Art scheinen Psychotonika und besonders Psychodysleptika anzubieten. *Psychotonika* – auch *Psychoenergizer* oder *Stimulantien* genannt – sind Aufputzmittel, wie z. B. das Coffein und die Weckamine. Sie sollen über Ermüdung und Leistungsabfall hinweghelfen und bilden somit den vergleichbaren Gegenpol zu den Tranquilizern.

Die Wirkung der *Psycho-dysleptika* greift dagegen wesentlich tiefer, weil sie die Persönlichkeit in qualitativer Weise zu verändern vermögen. Unter dem Einfluß dieser Pharmaka, zu denen die bekannten *Phantastika* Meskalin und Lysergsäure-diäthylamid (LSD-25) zu rechnen sind, können rauschartige Bewußtseinsveränderungen mit Halluzinationen von starker Intensität auftreten, die als Zerfall und Verlust des eigenen Ich erlebt werden. Daher wurden diese Zustände „unaussprechlicher Seligkeit“, aber auch qualvoller Angst als „Modell-Psychosen“ bezeichnet und mit verschiedenen Formen der Schizophrenie verglichen. Im Ablauf von Modellpsychosen besteht zwar eine kurzfristige erlebnismäßige Übereinstimmung mit Schizophrenien, die sich aber durch das Wissen um die Ich-Entfremdung von den echten Psychosen unterscheidet. Ein weiterer Unterschied besteht darin, daß sich auch beim Tier Modellpsychosen auslösen lassen, daß aber eigentlich schizophren nur der Mensch werden kann.

Versuche in der Psychoanalyse, mit Psychodysleptika vergessene oder verdrängte Erlebnisse bewußt werden zu lassen, sind noch umstritten und scheinen nicht ungefährlich, da die Anwendung solcher Substanzen zu einer Aktivierung latenter Geisteskrankheiten führen kann¹⁰.

Erfolge und Grenzen in der Behandlung geistig Kranker

Die aufgezeigten Wirkungen verschiedener Psychopharmaka haben die Psychiatrie aus ihrer Isolierung von den übrigen medizinischen Disziplinen befreit und die Möglichkeiten geschaffen, unseren Heilstätten für Geisteskranke eine ruhige Atmosphäre zu geben. Da die Entwicklung der Psychopharmaka erst einen Zeitraum von andert-halb Jahrzehnten umfaßt, sind weitere Erfolge zu erwarten, obwohl zunächst die wissenschaftliche Aufarbeitung der gewonnenen neuen Erfahrungen und ihre Umsetzung in die Praxis vordringlich erscheinen.

Wo die Pharmakotherapie zusammengeht mit einer verständnisvollen, die individuelle innere Situation der Kranken berücksichtigenden Gestaltung des Milieus, wird es möglich, die geschlossenen Pflegeanstalten, in denen der Kranke nur unter dem Gesichtspunkt einer sichernden Isolierung untergebracht war, langsam umzuwandeln in

¹⁰ H. Leuner, Die experimentelle Psychose (Berlin 1962).

vorwiegend *offene Heilstätten*, die eine rasche Wiederherstellung und Rückführung des Patienten in seine Familie und an seinen Arbeitsplatz anstreben¹¹. Die Folgen dieser Entwicklung beginnen sich heute schon in einer höheren Resozialisierungsquote und selteneren Rückfalltendenz zu zeigen. Nach dem Bericht des Landschaftsverbandes Rheinland aus dem Jahr 1964 werden fast 90 % der Neuaufnahmen einer psychiatrischen Klinik innerhalb eines Jahres wieder entlassen; davon sind 65 % nur bis zu drei Monate in stationärer Behandlung. Diese Zahlen besagen allerdings nichts über die Schwierigkeiten, die der „nachgehenden Fürsorge“ bei der Wiedereingliederung des Patienten in seine gewohnte Umgebung erwachsen. Auch heute noch dauern die herkömmlichen Vorurteile einer wenig einsichtsbereiten gesunden Umwelt unvermindert an, die den psychisch Kranken oft als gefährliches, unheimliches Wesen betrachtet und sich von ihm in grausamer Weise distanziert. Wenn dann ein Geistesgestörter auf einem Schulhof mit Flammenwerfern Amok läuft oder von einem Turm auf Wehrlose schießt, so scheint jene Haltung der Distanz und Ablehnung bestätigt und gerechtfertigt. Tatsächlich sind diese furchtbaren Taten jedoch oft Zeichen des Versagens einer Umwelt, deren mangelndes Verständnis und deren geringe Fürsorge die rechtzeitige Therapie eines Sonderlings verhindert hat.

Allerdings läßt auch die Behandlung schwerer psychischer Störungen trotz der unbestreitbaren Erfolge noch manche *Wünsche* offen. Beispielsweise reichen die bisher bekannten Psychopharmaka zur Kupierung des akuten Schubs einer Geisteskrankheit nicht aus, so daß sie initial meist mit einer elektrischen Gehirndurchflutung in Kurznarkose kombiniert werden. Darüber hinaus ermöglichen Psychopharmaka keine eigentliche Ausheilung psychischer Krankheitsbilder, sondern beeinflussen nur deren Erscheinungsformen. Denn auch wenn die akuten Krankheitszeichen völlig abgeklungen sind, muß der Patient regelmäßig eine „Erhaltungsdosis“ eines Psychopharmakons weiter einnehmen, und selbst nach mehrjähriger Symptombefreiheit besteht beim Absetzen des Medikaments die Gefahr des Rückfalls in die Psychose. Daher ist die Entscheidung, ob die regelmäßige Einnahme der Medikamente außerhalb der Klinik gewährleistet ist, im Einzelfall nicht leicht zu treffen¹².

Trotz dieser Einschränkungen sind die Psychopharmaka also zu einem bedeutenden und unumstrittenen Bestandteil in der Therapie psychischer Störungen geworden. Durch ihre relativ gezielte Wirkung auf psychische Funktionen haben sich neue Möglichkeiten ergeben, die aber auch *beunruhigende Fragen* aufwerfen, die in einem folgenden Artikel zur Sprache kommen sollen.

¹¹ H. Hippus u. H. Selbach, Versuche zur Verwirklichung der psychiatr. Rehabilitation an einer Großstadtklinik, in: Probleme d. pharmakopsychiatr. Kombinations- und Langzeitbehandlung (Basel 1966).

¹² So wies ein Berliner Gericht im Sommer 1966 einen gerade entlassenen 21jährigen Jungen, der an Schizophrenie litt und zwei Jahre zuvor unter dem Eindruck von Wahnideen seiner 78jährigen Zimmerwirtin die Kehle durchgeschnitten hatte, wieder in eine psychiatrische Klinik ein, weil die regelmäßige Einnahme der Medikamente unter Aufsicht der Mutter nicht ausreichend gesichert erschien.