

bände — übrigens im Einverständnis mit den Verbandsspitzen! — auf eine auf loser Zusammenarbeit in Form eines gemeinsamen Ausschusses basierende „Arbeitsgemeinschaft Katholischer Studentenverbände“ verwies. Die Möglichkeiten für eine für alle Seiten fruchtbare Zusammenarbeit sind auch hier gegeben und sollten genutzt werden. Es ist nun Aufgabe der Verbände, diesem Modell ihre Zustimmung und Zusicherung zur Mitarbeit zu geben. Eventuelle Absichten, eine Art „Konkurrenzunter-

nehmen“ zur neuen KDSE zu institutionalisieren, gehören hoffentlich der Rubrik „Gerüchte“ an, denn damit wäre im Grunde niemandem gedient. Man kann nur hoffen, daß sich schon bald eine Lösung und endgültige Verständigung über die neue Organisationsform abzeichnet, damit nicht nach der Gärung, hervorgerufen durch Einflüsse von links, nun auch noch eine Gärung der Studentengemeinden, hervorgerufen durch Einflüsse von gestern, kommt.

Funktion und Problem der Psychopharmaka

In der 1938 entstandenen Schrift „Abriß der Psychoanalyse“ schrieb *S. Freud*, von unserer Psyche sei uns zweierlei bekannt, „erstens das körperliche Organ und Schauplatz desselben, das Gehirn (Nervensystem), andererseits unsere Bewusstseinsakte, die unmittelbar gegeben sind und uns durch keinerlei Beschreibung näher gebracht werden können. Alles dazwischen ist unbekannt...“ (Gesammelte Werke, Bd. 17, Schriften aus dem Nachlaß, Imago Publishing Co., London 21946, S. 67). Freud greift weiter aus: „Die Zukunft mag uns lehren, mit besonderen chemischen Stoffen die Energiemengen und deren Verteilungen im seelischen Apparat direkt zu beeinflussen. Vielleicht ergeben sich noch ungeahnte andere Möglichkeiten der Therapie; vorläufig steht uns nichts besseres zu Gebote als die psychoanalytische Technik“ (ebd., S. 108). Seitdem hat die Forschung dieses „dazwischen“ etwas näher bestimmen können, und tatsächlich ist es möglich geworden, den seelischen Apparat mit chemischen Stoffen, den Psychopharmaka, gezielt zu beeinflussen. Die Psychoanalyse jedoch konnte nicht durch die Pharmazie ersetzt werden, wenn letztere auch manche Erleichterung für Patient und Arzt geschaffen hat. Seit Freuds Tod wurden große Fortschritte in der Durchleuchtung des physiologischen Substrats seelischer Vorgänge gemacht, und die Beeinflussung läßt sich immer präziser und gezielter gestalten.

Das „dazwischen“ Freuds ist zum besonderen Forschungsobjekt der Psychopharmakotherapie geworden. Über den Angriffsort von Psychopharmaka können schon einige zuverlässige Aussagen gemacht werden; an bestimmten Stellen der Nervenbahnen und in mehreren Bereichen des Gehirns lassen sich psychopharmakologische Wirkungen genau lokalisieren. Dagegen entzieht sich der eigentliche Wirkungsmechanismus noch weitgehend unserer Kenntnis. Allgemein werden biochemische und elektrische Reaktionen für psychische Veränderungen verantwortlich gemacht. Deutliche Übereinstimmungen zwischen erkennbaren physiologischen Veränderungen und entsprechenden Änderungen in der Stimmungslage legen dies nahe. Allerdings: „Auf diesem Gebiet tapen wir noch weitgehend im Dunkeln“ (so *W. Thiele* in dem neuesten Gesamtüberblick zur Problematik: Kursus der Psychopharmakotherapie, Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski, München-Gräfelfing 1969, S. 11; vgl. auch *W. Pöldinger*, Kompendium der Psychopharmakotherapie, F. Hoffmann-La Roche, Basel 1967, S. 94).

Psychopharmaka sind chemische Substanzen, die Funktionen und Äußerungen der Psyche beeinflussen oder verändern. Sie können in den seelischen Ablauf stimulierend oder hemmend eingreifen, sie vermögen aber auch Er-

scheinungen hervorzurufen, die im Normalfall nicht auftreten. In einem engeren Sinn werden als Psychopharmaka nur jene Medikamente bezeichnet, die der Behandlung von Psychosen dienen. In dem weiteren, in Medizin und Pharmazie allgemein üblichen Sinne sind Psychopharmaka alle jene Mittel, die einen direkten Einfluß auf die Psyche haben. Natürlich wirkt praktisch jedes Medikament in irgendeiner Weise „psychotrop“, am deutlichsten das Analgetikum, das über die Schmerzstillung das Allgemeinbefinden — allerdings indirekt — beeinflusst. Psychopharmaka im eigentlichen Sinne greifen an nervösen Strukturen an, und „diese für neurologische Vorgänge verantwortlichen Strukturen decken bei dem stoffgebundenen Geistwesen Mensch doch zugleich seelische Erscheinungen“ (Thiele, a. a. O., S. 98). *D. Bente* und *H. Hippus* definieren psychotrope Pharmaka als „Stoffe, die durch eine mittelbare oder unmittelbare Beeinflussung zentralnervöser Funktionen bestimmte gerichtete Veränderungen des Erlebens und Verhaltens hervorrufen“ (in: Psychopharmaka in Theorie und Praxis, hrsg. von *D. Gross*, Therapie über das Nervensystem, Bd. 6, Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1967, S. 85). *D. Gross* weist auf die Verantwortung des Arztes angesichts dieses „neuen biochemischen Zugangs zum Innersten des Menschen“ hin, der auf der einen Seite „ein Pfad aus tiefstem Leid und Elend“, auf der anderen „eine breite Straße zu innerer Regungslosigkeit und zu nervösen Schäden“ sein kann (ebd., S. 7f.).

Bereits weit über eintausend Psychopharmaka sind im Handel, so daß der einzelne Arzt kaum mehr einen Überblick behalten kann. Zahlreiche nach der Substanz identische Präparate werden unter mehreren Markenbezeichnungen angeboten (vgl. die zweite Auflage des Index Psychopharmacorum von *Pöldinger/Schmidlin*, Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart 1966). Der Arzt wird sich sinnvollerweise auf eine Auswahl von Präparaten beschränken, deren Wirkungen und Nebenwirkungen er zu überschauen vermag. Andernfalls ist er den Werbroschüren der Arzneimittelfirmen ausgeliefert, die immer neue Allheilmittel mit optimistischen Erfolgsbeschreibungen anbieten. So kommt es vor, daß selbst in die „Rote Liste“ unterschiedliche und selbst konträre Indikationsstellungen für pharmakologisch identische Präparate eindringen — nur weil sie unter verschiedenen Markennamen laufen (vgl. *D. Gross* und *J. Wagensommer*, Psychopharmaka in der ärztlichen Praxis — Versuch einer Bestandsaufnahme, in: Psychopharmaka und Psychotherapie in Klinik und Praxis, a. a. O., S. 48—56). Eine Systematik dieser Präparate ließe sich am eindeutigsten nach der chemischen Substanz und Struktur erstellen.

Für die medizinische Praxis hat eine solche Klassifizierung jedoch nur begrenzten Wert, da selbst chemisch unterschiedliche Präparate vergleichbare oder ähnliche Wirkungen haben können, wie auch bereits geringfügige Strukturveränderungen ganz neue Wirkungen auf die Psyche auszulösen vermögen. Aber auch die praktikablere Systematik nach der Wirkung der einzelnen Präparate hat gewisse Mängel aufzuweisen. Das beruht vor allem darauf, daß Uneinheitlichkeit in der medizinisch-psychologischen Terminologie zur Bezeichnung psychischer Störungen herrscht. Darüber hinaus erschweren die bei einem ziemlich hohen Prozentsatz von Patienten ganz paradoxe Wirkungen hervorrufenden Mittel die eindeutige Klassifizierung. Mit Einschränkung dieser paradoxen Erscheinungen haben sich doch gewisse Klassifizierungen bewährt, so daß allgemeine Anhaltspunkte durchaus möglich sind (vgl. P. Kielholz, Hrsg., Psychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis, Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart 1965, S. 15—65).

Klassifikation und Wirkungen

Gegenüber den altbekannten psychotrop wirkenden Mitteln wie Alkohol und Drogen, die eine Dämpfung oder Betäubung des gesamten psychischen Apparates auslösen, kann mit den synthetischen Präparaten zielgerichtet eine bestimmte Gehirnfunktion beeinflusst werden. Thieles Klassifizierung der Psychopharmaka orientiert sich an der Wirkungsweise auf die Psyche. Seine Hauptunterscheidung richtet sich nach dem Kriterium, ob ein Medikament antipsychotisch wirkt oder nicht. Die *Antipsychotika* werden unterteilt in *Neuroleptika* (auch Neuroplegika, Psycholeptika und Major Tranquilizers genannt) und *Antidepressiva* (oder Neuro- und Psychoanaleptika, Thymoleptika und Thymoanaleptika). Diese Mittel dienen fast ausschließlich der Behandlung von Psychosen (bei Thiele ein sehr weitgespannter Begriff) und können nicht durch andere Psychopharmaka ersetzt werden. Die Neuroleptika bewirken eine Hemmung von Antrieb, Trieb und Affekt, setzen also psychische Spannungen herab, rufen eine relative Indifferenz der Umwelt gegenüber hervor und lassen dadurch Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Zwänge und schizophrene Ichstörungen abklingen oder vermindern deren Aktualität. Die Antidepressiva umfassen stimmungsaufhellende, angstdämpfende und hemmungslösende Präparate von starker Wirkung. Mit ihnen wird gegen endogene Depressionen, aber auch gegen Formen schizophrener Prozeßpsychosen angegangen.

Die nicht antipsychotisch wirkenden Psychopharmaka teilt Thiele ein in *Ataraktika* (oder Psychorelaxantia, Minor Tranquilizers), *Psychostimulantia* (oder Psychoenergizers) und *Psychodysleptika* (oder Phantastika, Psychotomimetika, Psycholytika). Die Ataraktika finden Verwendung bei Unruhe, Erregungs- und Angstzuständen, bei den vielfach diagnostizierten „psychovegetativen Syndromen“, aber auch bei allgemeinen Lebensschwierigkeiten, klimakterischen Unruheerscheinungen, bei Examsangst etc. Die kurzfristig wirkenden Mittel der Gruppe Psychostimulantia sollen Erschöpfung und Abgeschlagenheit beseitigen und die Steigerung auch der psychischen Leistungsfähigkeit bewirken. Als Amphetamine oder Weckamine bekanntgeworden, haben diese Präparate durch unsachlichen Gebrauch (sie sind teilweise nicht verschreibungspflichtig) bisweilen zu völliger kör-

perlicher und psychischer Erschöpfung des überbeanspruchten Körpers und wegen des kurzfristig herbeizuführenden Wohlgefühls und der Leistungssteigerung zu Suchtformen geführt. Von den Psychodysleptika hat vor allem das LSD wegen der halluzinogenen Wirkung Berühmtheit erlangt (vgl. Herder-Korrespondenz ds. Jhg., S. 483 ff.). Die Hoffnungen der Psychiatrie, mit Hilfe von psycholytischen Mitteln der Entstehung von Psychosen auf die Spur zu kommen, haben sich jedoch abgeschwächt. Durch die Einnahme solcher Präparate lassen sich psychoseartige Bewußtseinsveränderungen herbeiführen, allerdings mußte man erkennen, daß die „Modell-Pychosen“ doch von den eigentlichen Psychosen qualitativ verschieden sind, da es sich bei den beobachteten künstlich hervorgerufenen Erscheinungen nur um exogene Reaktionen, nicht um die eigentlichen Krankheitsbilder handelt. Die Psychoanalyse hat hingegen gerade mit Hilfe von LSD in zahlreichen Fällen die Behandlung erheblich abkürzen können, was auf die enthemmende Wirkung und Freilegung des Unterbewußten zurückzuführen ist. Es wird allerdings immer wieder betont, Psychosomimetika könnten eine latente Psychose aktualisieren (vgl. dazu Kielholz, a. a. O., S. 144 f.).

Symptombeeinflussung, keine Heilung

Die Behandlung psychotischer und neurotischer Erkrankungen mit synthetischen Präparaten hat noch keine lange Tradition. Die Psychopharmakotherapie begann erst mit der Entdeckung der Chlorpromazins durch französische Forscher Anfang der fünfziger Jahre. Seitdem hat dieses Fach einen ungewöhnlich raschen Aufstieg genommen, wobei sich die Entwicklungskurve jetzt etwas abflacht. Der anfängliche Optimismus hat einer nüchterneren Betrachtung der Möglichkeiten pharmakologischer Beeinflussung psychischer Störungen Platz gemacht. Man hatte anfangs sogar geglaubt, einige Geisteskrankheiten pharmakotherapeutisch ausheilen zu können, jedoch haben sich diese Erwartungen nicht erfüllt. Die Wirkung ist immer noch auf die Symptome beschränkt (vgl. N. Petrilowitsch, in: Psychopharmaka und Psychotherapie in Klinik und Praxis, a. a. O., S. 98). Wenn auch die Psychosen selbst nicht beseitigt werden konnten, so hat die Pharmakotherapie doch großen Einfluß auf deren Erscheinungsbilder genommen (Thiele, a. a. O., S. 109). „So wenig die Psychopharmaka auch in der Lage sind, die Psychosen selbst zu heilen, so vermögen sie doch ihre Phänomenologie und ihren Ablauf entscheidend zu beeinflussen. Kranke mit akuten Psychosen werden rascher traitabel, chronische Verläufe lassen sich besser steuern und zu Endzuständen bringen, die nichts Dramatisches mehr an sich haben, aber auch nicht gleichbedeutend mit geistigem Siechtum sind“ (ebd., S. 93). Immer weniger Patienten müssen stationär behandelt werden, und Asylisierung auf Lebenszeit hat zugunsten ambulanter Behandlung abgenommen. Wenn auch der Kern der Psychose nicht erreicht ist, lassen sich viele Symptome so weit eindämmen, daß zahlreiche Patienten wieder in ihre Familien und ins Berufsleben eingegliedert werden können — wenn auch die Rezidivgefahr bleibt. Auch die nichtklinisch behandelten Depressionen werden durch Psychopharmaka erträglicher für den Patienten, und der Patient wird für den Arzt zugänglicher. Viele der großen Psychosen aus der Gruppe der Manien und Schizophrenien bleiben allerdings immer noch therapieresistent, vor allem den früh-

zeitig beginnenden wird eine ungünstige Prognose gestellt. Dennoch ist die Erfolgsrate der Psychiatrie im allgemeinen steigend. Das Bild der psychiatrischen Klinik hat sich gewandelt (vgl. Kielholz, a. a. O., S. 95—98). Die Tatsache, daß jeder psychischen Fehlentwicklung auch ein faßbares körperliches Substrat entspricht, erfordert die Einbeziehung der psychosomatischen Forschung in die Psychopharmakotherapie. Während eine enge Korrelation zwischen Psyche und Soma nicht mehr bestritten wird, gehen die Meinungen darin sehr weit auseinander, welche Bedeutung dem psychischen Faktor einer sich somatisch auswirkenden Krankheit und bei deren Behandlung zuerkannt werden müsse. So ist es umstritten, ob sich eine psychogene Lungentuberkulose psychotherapeutisch beheben lasse. Weniger umstritten ist dagegen die Möglichkeit, daß Hautkrankheiten, allergisches Asthma oder hormonale Störungen psychische Ursachen haben können und auch psychischer Therapie bedürfen. Deshalb werden in der Dermatologie Tranquilizers verordnet, weil die psychische Entspannung offenbar auch somatisch positive Wirkungen auslöst. „Wir können daraus folgern“, meint *H. Jacobi*, „daß Allergien gegenüber Drogen, Menschen, Pflanzen usw. bestimmte Zustandsbilder maskieren. So ist im Fall des Asthmas immer wieder die fehlende Mutterliebe nachweisbar“ (Psychopharmaka und Psyche, in: *Imago Mundi*, Bd. 1, Schöningh, Paderborn 1968, S. 68). Psychogenes Asthma ist sowohl bei jugendlichen Kriminellen als auch in der Gerontologie kein unbekanntes Phänomen. Man wird sich bei der Ursachenerklärung nicht auf die Mutterliebe beschränken dürfen. Auch darf man ein rein somatisch bedingtes Asthma nicht ausschließen. Die Anwendung der Psychopharmaka hat aber mit Recht in zahlreichen medizinischen Fachgebieten einen festen Platz gefunden. In der Neurologie, in der inneren Medizin, in der Chirurgie (zur Operationsvorbereitung) und Gynäkologie werden regelmäßig Psychopharmaka verordnet. Für die Schmerztherapie konnten die weniger toxisch wirkenden psychotropen Synthetika die suchtfördernden Opiate teilweise ersetzen.

Nebenwirkungen

Ein unvermeidlicher Nachteil der Psychopharmaka sind die oft sehr unangenehmen Nebenwirkungen (vgl. Kielholz, a. a. O., S. 66—94). Aus praktischen Gründen sei die Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit an erster Stelle genannt. Bekannt ist auch die Potenzierung der Alkoholwirkung durch Psychopharmaka, wie auch umgekehrt die Wirkung der Medikamente durch Alkohol verstärkt werden kann. Diese Erscheinungen sind individuell verschieden stark, was auch für sonstige Nebenwirkungen wie Senkung oder Steigerung des Blutdrucks, Störungen der Herzfrequenz etc. gilt. Von den psychischen Nebenwirkungen fallen gelegentliche Bewußtseinsstörungen bei pharmakologischer Behandlung von Depressionen besonders auf, die sich aber bei Absetzen des Medikaments leicht als „pharmakogen“ erweisen und abklingen. *W. Ruff SJ* hat aufgrund seiner klinischen Erfahrungen auf einen vielfach vernachlässigten Aspekt der Nebenwirkungen hingewiesen. Wenn auch die Psychopharmaka in erster Linie die Vitalsphäre beeinflussen, so dürfe man diese niederen psychischen Funktionen nicht von den höheren Funktionsbereichen des bewußten Erlebens trennen, denn beide bildeten in gegenseitiger Beeinflussung eine „Funktionseinheit“. „Daher muß eine

Änderung der psychischen Dynamik auch zu Veränderungen in den Verstandesfunktionen führen“, ein Umstand, der wegen der starken Abhängigkeit von individuellen Reaktionen nur schwer zu objektivieren ist (Auswirkungen der Psychopharmaka, „*Stimmen der Zeit*“, Januar 1967, S. 46).

Hilfe für die Psychoanalyse

Der an Freud orientierte amerikanische Psychoanalytiker *M. Ostow* betont, daß auch heute noch, mehr als zwanzig Jahre nach Freuds einleitend zitierter Schrift, kein pharmazeutischer Wirkstoff das leiste, was eine Analyse erreichen könne. Es bietet sich aber eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie an. „Ein Medikament kann die Entstellung und den Zerfall des Ichs, die für die Symptome einer akuten neurotischen oder psychotischen Krise verantwortlich sind, rückgängig machen.“ Die Neigung zur Erkrankung wurzele jedoch in frühkindlichen Erlebnissen. „Sie kann durch chemische Wirkstoffe nicht beeinflusst werden, sondern nur durch Psychoanalyse.“ Die Arzneimittel könnten aber „ein fragmentiertes Ich soweit wiederherstellen, daß die Psychoanalyse bei Patienten möglich wird, die sonst dafür zu krank wären“ (Psychopharmaka in der Psychotherapie, Gemeinschaftsverlag Huber/Klett, Bern/Stuttgart 1966, S. 14 f.).

In der begründeten Annahme, daß den Geisteskrankheiten und ähnlich den leichteren psychischen Auffälligkeiten Stoffwechselstörungen im Gehirn zugrunde liegen und daß auch einer jeden psychischen Regung ein biochemischer Prozeß entspricht, die naturwissenschaftlich erkennbar sind, bemüht man sich um chemische Beeinflussung zur Beseitigung der pathologischen Erscheinungen und zur Steigerung der durchschnittlichen Leistungsfähigkeit. Allerdings melden sich Grenzen dieser Betrachtungsweise an, denn ein grob materialistisches Verständnis der psychischen Äußerung als Ausdruck physiologischer Reaktionen wird auch bei fortschreitender Durchleuchtung der menschlichen Gehirnfunktionen nicht genügen können. „Hier stößt man auf die Grenzen der Pharmakopsychologie“, schreibt *H. Lippert*, der als erster im deutschsprachigen Raum das Problem der Psychopharmaka umfassend dargestellt hat. „Oder glaubt jemand, daß man durch Einflößen eines Tränkleins aus einem Atheisten einen Gläubigen machen könnte?“ (Einführung in die Pharmakopsychologie, Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart 1959, S. 23). Wenn Lippert eine direkte pharmakologische Beeinflussung des Bereichs der Sinnwerte in Zweifel stellt, so leugnet er damit nicht die Möglichkeit eines sekundären Einbruchs.

10 bis 15 Milliarden Nervenzellen, individuell geprägt durch Anlage und Auseinandersetzung mit der Umwelt, bilden die materielle Grundlage psychischer Funktionen, aber wie sich an der Nichtübertragbarkeit von Tierversuchen zeigt, genügt die Korrelation von Psyche und Körper nicht zur Erklärung des eigentlichen Menschseins in geistig-seelischer Hinsicht. „Höhere psychische Funktionen lassen sich allerdings nicht schon durch elektrochemische Potentialänderungen an Nervenzellen oder durch mathematisch bestimmbare Abläufe innerhalb biologischer Regelkreise erklären... Ihrem Inhalt und Ausdruck nach sind aber auch sie auf materielle Strukturen gewiesen, d. h. an elektrische und chemische Abläufe in einem Nervensystem gebunden“ (Ruff, Nervensystem

und Psyche, „Stimmen der Zeit“, Mai 1967, S. 374). Erfolgreiche Sachbücher über Drogen und Pharmaka haben verständlicherweise die Thematik der Psychodrogen für ein breites Publikum aufgegriffen und eindrucksvolle Zukunftsprognosen über Möglichkeiten der Manipulation des Menschen mit Chemie und Elektrizität entworfen. Dabei tauchen dann Vorstellungen auf, als habe man nun das Wesen des Menschen mit seiner biophysischen Struktur analysiert. Gefühle wie Zuneigung und Wut, Angst und Wonne, heißt es da, „lassen sich seit jüngster Zeit auch unabhängig von äußeren Umständen mit der Präzision eines chirurgischen Eingriffs im Gehirn künstlich hervorrufen. Damit scheint es nur noch eine Frage der Zeit zu sein, bis wir sogar Vertrauen und Hoffnung, ja den Glauben an etwas in Form einer chemischen Substanz ins Gehirn träufeln oder als Medikament zu uns nehmen können“ (Th. Löbsack, Die unheimlichen Möglichkeiten oder Die manipulierte Seele, Econ-Verlag, Düsseldorf/Wien 1967, S. 9). Eine solche „Anthropologie“ journalistischer Provenienz läßt sich Extrapolationen zuschulden kommen, die sich in den Fachbüchern der Pharmakotherapie nirgends finden. So heißt es weiter in dem zitierten Buch: „Schwerer wiegt, daß uns Gott auch als Geistwesen nicht mehr glaubwürdig erscheint, seit wir erkannt haben, daß die Seele nichts anderes sein kann als eine Funktion des Körperlichen.“ Daß es der Autor sogar ernst meint, beweist er mit der Feststellung: „Was blieb, sind mehr oder weniger nebelhafte Definitionen der Theologen wie die, Gott sei ‚Der ganz Andere‘ oder ‚Die Tiefe der Wirklichkeit‘.“ Man fliehe jetzt in einen „Erfahrungsbereich“, der angeblich „jenseits des wissenschaftlichen Zugriffs“ liege. Man poche auf das transzendente Erleben schlechthin, „auf die unveräußerlichen Werte unserer Gefühle“. „Welchen Stürmen ist nun aber auch diese Bastion des christlichen Glaubens ausgesetzt?“, steigert sich der Autor: „Wenn Liebe und Haß, Vertrauen und Angst zurückgehen auf chemische Umsetzungen im Gehirn, wenn sie unabhängig von äußeren Erlebnissen steuerbar, wenn sie beliebig hervorzurufen oder ‚abstellbar‘ sind, wenn man einem Menschen Glück und Schmerz eingeben kann wie eine Arznei oder aufzwingen kann durch einen elektrischen Reiz in seinem Gehirn — was bleibt dann noch von der ‚Göttlichkeit‘ zurück, die der ‚transzendente Erfahrungsbereich‘ angeblich offenbart? Dann ist Gott auch aus diesem Rückzugswinkel verdrängt“ (S. 9—12).

„Physiologischer Reduktionismus“

Wie bereits erwähnt, finden sich solche Äußerungen nicht in den einschlägigen Fachwerken über Psychopharmaka. Und die Theologie wird von solchen Analysen des Gottesbildes nicht gerade in Bedrängnis gebracht. Damit ist nicht gesagt, daß die biochemische Beeinflussbarkeit des Menschen keine ethischen oder anthropologischen Probleme aufgabe. Tatsächlich werden Begriffe wie Persönlichkeit, Psyche, Freiheit erneut zur Diskussion gestellt, nachdem ein dualistisches Verständnis von Geist/Seele und Körper nicht mehr tragbar ist, und andererseits ein neuer Materialismus im Sinne Löbsacks aufzutauchen scheint. C. B. Bahnson (Gegenwärtige Strömungen in der psychosomatischen Forschung und Skizzierung eines komplementären theoretischen Modells, in: Psychopharmaka und Psychotherapie in Klinik und Praxis, a. a. O., S. 11—44) bezeichnet diese Strömung als „physiologischen Reduktionismus“, glaubt jedoch, jedenfalls für den US-

amerikanischen Bereich, daß sich bereits eine Wandlung anbahnt. „Obwohl das Pendel zur Zeit seinen physiologisch-somatistischen Höhepunkt erreicht hat, gibt es doch viele Hinweise darauf, daß die Ungeduld über den physiologischen Reduktionismus jetzt sehr schnell wächst und daß sich jetzt eine allgemeine Bewegung in Richtung auf einen holistischeren und besser integrierten Gesichtspunkt entwickelt“ (S. 19).

„Despiritualisierung des Seelischen“

Im deutschsprachigen Raum hatte sich insbesondere Prof. H.-W. Janz, selbst praktizierender Nervenarzt, mit der philosophisch-weltanschaulichen Problemstellung der Psychopharmaka auseinandergesetzt. In seiner vielzitierten Schrift „Psyche und Pharmakon“ (Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1963) wendet er sich gegen eine Betrachtung der Seele als bloßen Ausfluß körperlicher Erscheinungen, gegen die vielfach stillschweigend vorausgesetzte Überzeugung, „daß die in der ‚Natur‘ des Körperlichen herrschenden Gesetzmäßigkeiten auch in der ‚Natur‘ des Seelischen gültig seien“ (S. 20). Zwar sei die Psyche „auf eine spezifische moderne Art verfügbar geworden“ (S. 21), dennoch könnten die Gesetze des Reagenzglases und des Tierversuches nicht auf den Menschen übertragen werden, der auf künstliche Eingriffe qualitativ anders reagiere, als es in Versuchsanordnungen der Verhaltensforscher feststellbar sei. Verkenne man dies, führe es zu einer materialistischen Betrachtung, zu einer „Despiritualisierung des Seelischen“ (S. 22). Die experimentelle und therapeutische „Chemisierung des Seelischen“ beleuchte grell die „Abtrennung des Begriffes ‚Psyche‘ von seiner ursprünglichen Verbundenheit mit der Transzendenz im überlieferten Sinne, mit der Geistes- und Glaubenswelt“ (S. 23). Wer an einem traditionellen Seelenverständnis festhalte, könne sich wohl kaum dem Eindruck entziehen, die „Chemisierung“ der Seele sei gleichbedeutend mit einer „Verkörperlichung“, die wiederum mit einer Einbuße an Freiheit parallel laufe.

Allerdings weist Janz gerade darauf hin, daß die Fesselung psychischer Störungen durch stoffliche Mittel, „das Prinzip der Unfreiheit im Stofflichen“ also, der „Idee der Freiheit im Menschlichen“ diene (S. 24). Hier ruhen Macht und Verantwortung des Arztes. M.-P. Engelmeier rechtfertigt den Eingriff des Arztes mit dem „Außer-sich-Sein“ des Patienten. Wenn jemand seiner Persönlichkeitswerte beraubt sei, sei das Recht des Menschen überhaupt, das „Bei-sich-Sein“ und auch das Recht des Mitmenschen gefährdet. Der Psychiater sei berechtigt, die Verantwortung zu übernehmen, weil „Personalität ein sozialer Begriff ist“ (Chemische Eingriffe in die Person, „Wort und Wahrheit“, 22, S. 518).

Janz bezweifelt sogar, ob jemals eine seelische Erkrankung mit einem spezifischen Medikament angegangen werden könne, denn er hält es für unwahrscheinlich, daß nur bestimmte biochemische Störungen die alleinige Ursache der Krankheit seien. „Psychosen gehen vielmehr immer aus einem Komplex von Entstehungsbedingungen hervor, in dem sich körperlich und seelisch konstitutionelle, dispositionelle, lebensgeschichtliche, nicht selten soziale und unter Umständen auch zeitgeschichtliche Komponenten durchflechten“ (S. 26). Endogene Psychosen seien „spezifisch menschliche Krankheiten“, und es wäre eine zwar „konsequent naturwissenschaftliche“, aber „allzu naive Hypothese“, wollte man annehmen, das

spezifisch Menschliche sei jemals mit chemischen Methoden erfassbar. Die Wirkung eines Pharmakons lasse sich nicht einseitig von der Einwirkung auf den Menschen her verstehen, man müsse sich auch die „weit unbequemere Frage“ stellen: „Was macht die Persönlichkeit mit dem Medikament?“ (S. 33). Die „Kluft zwischen der stofflichen Wirkung der Arzneien und der Antwort der Person auf sie“ sei letzten Endes nicht ein erfahrungswissenschaftliches Problem, sondern ein „metaphysisches und ontologisches“ und somit ein „ständiger Herd der Unruhe für unser Denken“.

Mißbrauch und Gefahren

Soweit ein antipsychotisches oder genereller psychotrop wirkendes Medikament in seinen Wirkungen und Nebenwirkungen erforscht ist, sich als überwiegend nützlich ausgewiesen hat und sachgerecht verordnet wird, dürfte sich keine weitere Diskussion um die Berechtigung pharmakotherapeutischer Behandlung ergeben. Umfragen unter der Ärzteschaft haben jedoch ergeben, wie wenig Fachkenntnisse gerade bei den praktischen Ärzten vorhanden und wieviel Mißbrauch und falsche Verschreibungen üblich sind (vgl. Gross und Wagensommer, a. a. O.). Es ist keine Seltenheit, daß antipsychotische Mittel bei Alltagsschwierigkeiten und leichteren neurotischen Erscheinungen verordnet werden. Da gerade der praktische Arzt bei seiner täglichen Beanspruchung sich kaum mehr über alle Neuerscheinungen des Arzneimittelmarktes zu informieren vermag und der geschäftstüchtigen Werbung mehr oder weniger ausgeliefert ist, wird immer wieder gefordert, die Verschreibung potenter Psychopharmaka den Neurologen und Psychotherapeuten vorzubehalten. (Vgl. dazu auch C. H. Brieskorn, Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln aus ethischer Sicht, in: Naturwissenschaft vor ethischen Problemen, Katholische Akademie in Bayern, Band 49, Kösel-Verlag, München 1969, S. 13 bis 30.)

Der steigende Verbrauch von Beruhigungs- und Schlafmitteln wird zwar bislang vor allem von den Krankenkassen bedauert, hat aber viel gravierendere Konsequenzen als die finanzielle Belastung. E. Gabriel spricht geradezu von einer „iatrogenen Komponente bei der Entstehung der Arzneimittelsuchten“, weil die Ärzte geneigt seien, bei psychogenen Erkrankungen das notwendige Gespräch durch ein Rezept zu ersetzen, daß sie außerdem dem Drängen der Patienten nach höheren Dosen und stärkeren Pharmaka nachgäben (Die Süchtigkeit. Psychopathologie der Suchten, Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg 1961, S. 115; vgl. auch H. Sattes, Die Medikamentensucht und ihre Ursachen, in: Das bedrohte Leben, Hoheneck-Verlag, Hamm 1967, S. 107—115).

Im Jahre 1957, also noch am Anfang der Psychopharmakotherapie, sprach sich C. G. Jung in Gesprächen mit dem amerikanischen Psychologen R. I. Evans sehr skeptisch über die chemische Beeinflussung des Menschen aus. Jung konnte die positive Entwicklung, insbesondere zugunsten der unter schweren Psychosen Leidenden, nicht voraussehen. Er wies jedoch mit Recht auf die Gefahren der psychischen Abhängigkeit von Tranquilizern hin, ohne die vielen eine Lebensbewältigung unmöglich erscheint. Heute ist dieses Problem nicht mehr auf die Vereinigten Staaten beschränkt. Jung äußerte damals: „In Amerika gibt es all die kleinen Pülverchen und Tabletten. Glücklicherweise sind wir noch nicht so weit. Sehen Sie, das

amerikanische Leben ist in gewissem Sinne so einseitig, so enturzelt, daß die Menschen bei Ihnen drüben einen Ersatz für das Erdhafte brauchen. Sie müssen ihr Unbewußtes auf der ganzen Linie beruhigen, weil es sich in hellem Aufruhr befindet“ (R. I. Evans, Gespräche mit C. G. Jung, Rhein-Verlag, Zürich 1967, S. 121). Der amerikanische Psychopharmakologe R. H. Blum schätzt, daß in den USA so viele psychoaktive Drogen — ohne Alkohol und Opiate — produziert werden, daß für jeden Einwohner jährlich über 60 Dosen zur Verfügung stehen. Außerdem nähmen Produktion und Verbrauch jährlich um etwa 10% zu. Blum argumentiert jedoch, man müsse bei der Bewertung einer solchen Entwicklung „der Realität Rechnung tragen“: „Der Gebrauch von Pharmazeutika gehört nun einmal zu der technischen Entwicklung einer urbanen Gesellschaft — genauso wie die Verzweiflungs- und Spannungszustände, zu deren Behebung sie eingesetzt werden“ (Die heutigen psychischen Drogen und ihre Auswirkung, „Universitas“, März 1969, S. 277—284).

Ataraktika als „Nahrungsmittel“

Hier bahnen sich offenbar Entwicklungen an, wie sie A. Huxley in Brave New World als Science-fiction projiziert hat. Die Diskussion dreht sich um die Frage: Ist der Mensch noch fähig, die Belastungen durch die technisierte Umwelt ohne pharmazeutische Hilfe überhaupt zu ertragen, oder ist es ein gefährliches Ausweichen in eine Scheinwelt, wenn der Mensch zum Psychopharmakon greift? Das „Zeitalter der Psychopharmakologie“ schafft sich vielleicht einen Ersatz für die abnehmende Instinkt- und Gefühlssicherheit. „Geschichtlich gesehen, ist das ein Ausdruck der technizistischen Lebensordnung“ (Janz, a. a. O., S. 50). Die einseitige Beanspruchung des Menschen in seiner Umwelt, die Gemütskräfte unterbeansprucht und unerfüllt läßt, das Einspannen in eine „systemgerechte Rationalität“ (Engelmeier, a. a. O., S. 519) führen zur Hinwendung zum Psychopharmakon. Thiele stellt unter Berufung auf H. Bürger-Prinz die Frage (a. a. O., S. 108), „ob es nicht überhaupt ein brutaler Eingriff sei, wenn der Arzt dem Menschen mit Pillen das elementare Erlebnis der Angst nehme, das doch auch seinen Sinn im Leben habe“. Janz warnt vor einer „Nivellierung“ des Seelischen durch die „chemische Abhoblung“. „Das Verlangen nach ‚Entlastung‘ als profanisierter Erlösung aber birgt die gefährliche Möglichkeit, daß mit dem ‚Ideal‘ der personalen Spannungslosigkeit etwas preisgegeben wird, was zu den Bedingungen der Geschichtlichkeit des Menschen gehört: die Fähigkeit, durch innere Spannungen zu reifen!“ (a. a. O., S. 56).

Engelmeier setzt sich mit der zugespitzten Argumentation zugunsten der Psychopharmaka auseinander, wie sie J. Huxley (Glück und Wohlbefinden seien immer noch wichtiger als die Frage nach dem Woher der Gefühle) oder Ludwig Marcuse („Ehre deinen Körper, auf daß es dir wohlgehe auf Erden — und ernähre ihn nicht nur nach dem üblichen Diätzettel, sondern auch mit den Wunderdrogen der fortschrittlichen Biochemiker“) geäußert haben. Psychopharmaka, als Nahrungsmittel genommen, führten zu regelrechten Verwüstungen an Organsystemen, betont Engelmeier. „Durch direkte Einwirkung auf das Gehirn und durch Einübung einer Verhaltensweise, welche äußere und innere Schwierigkeiten nicht mit Tat sondern mit Traum beantwortet, kommt es zu meist sehr schwer behebbaren Störungen des Persönlichkeitskernes“ (a. a. O.,

S. 520). Er verlangt deshalb strenge Indikation, wenn er auch „soziale Ausnahmesituationen“ einräumt. Engelmeier geht auch auf L. Marcuses Einwand ein, der ein Versagen von Religion, Erziehung und Politik konstatiert und die „viel bescheidenere — und wirksamere Chemie“ als Heilmittel anbietet. In einem müsse er Marcuse wohl recht geben: „Sollten sich wirklich Glaube und Vernunft, Wissenschaft und Politik als unfähig erweisen,

den Massen, besonders den aus Feudalkulturen in die technisch-bürokratische Zivilisation geschleuderten Massen, ein Ziel zu weisen, eine Hoffnung zu geben; sollte Religion wirklich durch die Erschlaffung der Gläubigen zu einer Art ‚Opium fürs Volk‘ degenerieren, dann wird dem Volk in der Sinnlosigkeit seiner Existenz nichts übrigbleiben als die Flucht in das Opium oder andere Betäubungsmittel.“

Die außerordentliche römische Bischofssynode (II)

Die außerordentliche römische Bischofssynode, die Papst Paul VI., in schlichterem Rahmen als bisher bei solchen Anlässen üblich, durch eine Konzelebration mit Synodalvätern am 11. Oktober 1969, am siebten Jahrestag des Beginns des Zweiten Vatikanischen Konzils, in der Sixtinischen Kapelle eröffnete, dauert zur Zeit, da dieser Bericht niedergeschrieben wird, noch an. Der Chronist befindet sich deshalb in einer dreifach unangenehmen Verfassung. Denn erstens wird die Synode zu Ende sein, noch bevor das vorliegende Heft in die Hände des Lesers gelangt. Die Ereignisse stimmen nun einmal mit den Redaktionsterminen nicht überein. Über ein Ereignis zu berichten, das noch nicht ans Ziel gekommen ist, stellt den Schreiber aber vor die Unmöglichkeit, mit ihm Schritt zu halten. Zweitens ist er, auch wenn er sich auf die hervorstechendsten Fakten beschränkt, zu Bilanzen gezwungen, die gewiß noch nicht das hergeben, was sie im Rückblick auf den Gesamtverlauf des Geschehens ergeben könnten. Und drittens ist er im gegenwärtigen Augenblick auf einen Gegenstand festgelegt, der nach Meinung mancher Synodalväter eigentlich zu entbehren gewesen wäre.

Schmale doktrinale Basis

Gemeint ist damit der erste, vornehmlich lehrhafte Teil des Synodalschemas, die sog. „*introductio doctrinalis*“, deren Inhalt wir bereits im letzten Heft (vgl. ds. Jhg., S. 481) kurz skizzierten, der aber innerhalb einer Thematik mit vornehmlich *praktisch-pastoraler* oder, wie man besser sagen würde, institutionell-organisatorischer Zielrichtung eigentlich keinen rechten Platz hat. Zumal zugegeben werden muß, daß gerade in diesem Teil unter deutlicher Hervorhebung der Prärogativen des Primats hauptsächlich die Kollegialitätslehre des Zweiten Vatikanums (durch eine fast verdächtige Überfülle von Zitaten) wiederholt und die Kontinuität oder gar Identität zwischen dem Ersten und Zweiten Vatikanum mit Zuspitzung auf die „*communio hierarchica* unter dem Papst“ herausgestellt wurde. Also ein so wenig eminent neuer Zug, daß die Desillusion bei denen, die trotz zwingender Erfahrung von gesamtkirchlichen Konsultationsverfahren (ein solches ist gegenwärtig die Synode) immer noch Kraftakte erwarten, schon vor der Synode einsetzte. Zudem ist in den letzten Jahren die Lehre von der Kollegialität, wie sie in Ansätzen vom Zweiten Vatikanum entwickelt wurde, selbst bereits so sehr in Fluß oder besser an die Grenzen ihrer vorläufigen gesamtkirchlichen Aus-sagbarkeit geraten, daß ein Teil der Synodalväter, wenn auch nicht selten aus entgegengesetzten Gründen, zum Schluß kam: Die Frage sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt und für ein theologisch eher dürftig ausgestattetes Gremium wie die außerordentliche Bischofssynode (Peri-

ten wurden entgegen der Forderung mancher Bischofskonferenzen, u. a. der deutschen, nicht berufen) nicht spruchreif, sie bedürfe noch des weiteren gründlichen Studiums durch eine Expertenkommission.

Dennoch beschäftigte die *introductio doctrinalis* mit der wesentlich besser beurteilten *Relatio* des Kardinals Šeper, des Präfekten der Glaubenskongregation, die Väter während der ganzen ersten Arbeitswoche, nahm also fast die Hälfte der gesamten Beratungszeit in Anspruch. So mag es trotz drohender Fehlanzeige nicht abwegig sein, über diesen Teil der Debatte eigens zu berichten, während ein Gesamtüberblick über die Synode aus terminlichen Gründen vorläufig noch verschoben werden muß. Ein Legitimationsgrund dafür ist wohl auch die Tatsache, daß die Tages- und Wochenpresse gerade auf diesen Teil der Debatte, trotz erstaunlicher Quantität, sehr punktuell und eher unsicher reagierte und sich im übrigen mehr auf Nebenschauplätze (klimatische Impressionen, Kontestationsmomente, Aktionen der Priestergruppen) konzentrierte. Der Leser möge das Verständnis haben, wenn wir uns hier auf die Analyse des lehrhaften Teils beschränken und einen Abschlußbericht über die Synode mit ihren begrenzten Konsequenzen für die kirchliche Praxis und ihre römischen Begleiterscheinungen (Gruppenversammlungen, Kontaktgespräche der Präsidenten der Bischofskonferenzen mit den Leitern einzelner römischer Dikasterien: Bischofs-, Klerus- und Erziehungs-[Seminar-]Kongregation, Tagung der Priestergruppen) erst für das nächste Heft ankündigen. Die besondere Hervorhebung der *introductio* erweist sich auch aus methodischen und sachlichen Gründen als legitim, insofern sich bereits in der Aussprache über den doktrinalen Teil und vielleicht deutlicher als bei der späteren Diskussion über Fragen der praktischen Zusammenarbeit zwischen Episkopat und Papst, zwischen Bischofskonferenzen und Heiligem Stuhl und zwischen den Bischofskonferenzen untereinander die Meinungsvielfalt, die kaum auf wenige Nenner, geschweige denn auf einen zu bringen war, widerspiegelte. Jedenfalls gewann man diesen Eindruck nach den ersten Berichten aus den „*circuli minores*“, den neun Sprachgruppen, die für die Debatte über den zweiten Teil (über die „*engere Verbindung zwischen den Bischofskonferenzen und dem Apostolischen Stuhl*“) und den dritten Teil (über „*die engere Verbindung unter den Bischofskonferenzen selbst*“) gebildet worden waren. Dieser Eindruck bleibt freilich punktuell, da nur die Berichte der „*Relatoren*“ der einzelnen Sprachgruppen, nicht aber die Diskussion in den Sprachgruppen selbst zugänglich wurde, während für die Vollversammlungen des Plenums während der ersten Woche ein *secretum* praktisch nicht bestand. Allerdings kann nicht übersehen werden, daß die Diskussion in den Sprachgruppen, schon wegen der relativ geringen Teilnehmerzahl (neun