

Klaus Grawe

 Institut für Psychologie der Universität Bern

Die VT als eigene Therapierichtung gibt es nun fast 50 Jahre. Sie hat, jeweils mit ein bis zwei Jahrzehnten Verzögerung, die Entwicklungen der Psychologie mitvollzogen. Vom Behaviorismus Wolpes und Skinners ist heute nicht mehr viel übrig. Auf breiter Ebene wurde die kognitive Wende vollzogen. Meichenbaum und Beck stehen der heutigen VT sehr viel näher als Wolpe und Skinner. Die meisten von uns erleben das als Fortschritt. Aaron Beck ist zum meistzitierten Autor der Sozialwissenschaften avanciert. Sein Abstand zum zweiten, Sigmund Freud, wird von Jahr zu Jahr grösser. Aber der grösste Wandel, der sich vollzogen hat, lässt sich nicht an einem bestimmten Namen festmachen. Es ist die störungsspezifische Differenzierung, die Akkumulation des Wissens und Know hows um bestimmte Störungen und Probleme herum. Sie wird von Vielen als so grosser Fortschritt empfunden, dass ein Schritt dahinter zurück heute undenkbar erscheint.

Auch aus der psychotherapeutischen Versorgung ist die VT nicht mehr fortzudenken. Wenn irgendeine Richtung ihrer Anerkennung sicher sein kann, dann sie. Auch der verstockteste Psychoanalytiker stellt sie nicht mehr in Frage. Das ist der VT nicht in den Schoss gefallen. Grundlage für diesen Erfolg sind die unabwiesbaren Wirksamkeitsbelege, die für die kognitiv-behaviorale Behandlung der verschiedensten psychischen Störungen erarbeitet wurden. Da konnte keine andere Therapierichtung mithalten, weder quantitativ noch qualitativ.

Nun sind wir in einer beneidenswerten Position: Wir können wohlgefällig auf unser grosses Arsenal an störungsspezifischen Interventionen schauen und uns im Bewusstsein sonnen, dass niemand es besser macht als wir.

Aber heisst das auch, dass wir selbst es nicht noch besser machen könnten? Sind wir mit dem Erreichten wirklich auf der Höhe der Zeit?

Die Psychologie ist uns jedenfalls schon wieder einen Schritt voraus. Sie macht gerade die nächste Wende durch: die neurowissenschaftliche. Wenn man von der Vergangenheit auf die Zukunft schliesst, dann steht der Verhaltenstherapie die nächste Wende unmittelbar bevor. Die kognitive Verhaltenstherapie wird sich mit grosser Wahrscheinlichkeit zur Neuropsychotherapie entwickeln, so wie sich die behavioristische Verhaltenstherapie zur kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt hat. Ich will Ihnen heute aufzeigen, warum mir diese Entwicklung unausweichlich erscheint, warum wir sie nicht nur geschehen lassen, sondern sie aktiv vollziehen sollten und was diese Entwicklung wahrscheinlich mit sich bringen wird. Einiges davon wird überraschend sein.

Was verstehe ich unter Neuropsychotherapie?

Zum einen kann man Neuropsychotherapie methodisch verstehen, also in dem Sinne, dass Psychotherapie sich neurowissenschaftlicher bedient.

1. Therapieerfolgsmessung: Studie von Furmark et al.

Abb.1

2. 3.

Indikationsstellung  Hilfsmittel für therapeutische Interventionen

-^L_{SEP} für eine bestimmte therapeutische Intervention sind.

Feststellung mit dem Scanner, wann bestimmte Hirnareale aktiviert, d.h. bereit

Abb.2

- Aktivierung bestimmter Hirnareale, z.B. durch Magnetstimulation oder sogar direkt durch Elektrostimulation über Elektroden (Hirnschrittmacher), oder Beeinflussung der Lernbereitschaft durch pharmakologischen Einfluss auf Neurotransmitter.

Aber das sind keineswegs alle und nicht einmal die wichtigsten Einflüsse, die von den Neurowissenschaften auf die Psychotherapie ausgehen werden. Die wichtigsten Einflüsse werden nicht methodischer sondern konzeptioneller Art sein. Sie resultieren aus der Erkenntnis, dass allen unseren psychischen Vorgängen spezifische neuronale Erregungsmuster zugrunde liegen. Der Hirnforscher Joseph LeDoux hat dies prägnant mit dem Titel seines letzten Buches auf den Punkt gebracht: „Synaptic Self: How our brains become who we are“. Der letzte Satz des Buches lautet: „You are your synapses. They are who you are“ (2002, S. 324).

Abb.3

Wenn es stimmt, dass ausnahmslos alles, was wir denken, wissen, glauben, hoffen, fühlen, erleiden, entscheiden oder tun sich bis ins letzte Detail auf die Strukturen unserer Neurone und Synapsen und der Prozesse, die sich zwischen ihnen abspielen, zurückführen lässt, wenn also das, was wir als seelisch bezeichnen, sowohl in seiner Existenz als auch in seiner Beschaffenheit vollständig eine Hervorbringung neuronaler Schaltkreise ist, dann hat das für das Verständnis psychischer Störungen und für die Wirkungsweise von Psychotherapie weit reichende Konsequenzen.

Auf den ersten Blick könnte man meinen, wir Psychotherapeuten müssten nun den Psychopharmakologen das Feld räumen. Aber bei näherem Hinsehen ergibt sich aus den Erkenntnissen der Neurowissenschaften etwas ganz anderes, nämlich eine enorme Bedeutung der Psychotherapie. Das Gehirn entwickelt und verändert sich durch Expression des genetischen Potentials durch die Lebenserfahrungen, die das Individuum in der Interaktion mit seiner Umwelt macht.

Das Gehirn kommt nicht ohne die Erfahrungen aus, die ihm über seine Sinne vermittelt werden. Es ist spezialisiert auf die Verarbeitung von Sinneserfahrungen. Neurotransmitter werden in allererster Linie als Reaktion auf Sinneserfahrungen ausgeschüttet und die neuronalen Strukturen entwickeln sich als Ergebnis dieser Erfahrungen. Wenn es schlechte Erfahrungen sind, haben sie schlechte Auswirkungen. Davor können medikamentös modifizierte Neurotransmitter nicht schützen. Die Erfahrungen, die ein Mensch macht, und welche Bedeutung sie für ihn haben, hängen wesentlich davon ab, was ihn antreibt und was er tut. Die meisten Erfahrungen werden nicht einfach passiv erlitten, auch diejenigen nicht, die zu psychischen Störungen führen und die sie aufrechterhalten. Menschen sind von ihrem ersten bis zu ihrem letzten Atemzug motiviert, nicht nur annähernd, sondern auch vermeidend. Das gilt uneingeschränkt auch für Menschen mit psychischen Störungen.

Sie werden immer, auch wenn sie noch so gut pharmakologisch behandelt werden, eine Anleitung und Unterstützung dafür brauchen, dass sie sich andere, nämlich mehr positive und weniger schädliche Erfahrungen herbeiführen als bisher. Erst durch konkrete positivere Lebenserfahrungen kommt es zu sich selbst aufrechterhaltenden neuen, gesünderen Strukturen und Abläufen im Gehirn. Es wird, auch bei starker Verbesserung der pharmakologischen

Behandlungsmöglichkeiten, zur Behandlung von psychischen Störungen immer eine Berufsgruppe brauchen, die sich genügend Zeit nimmt und die darauf spezialisiert ist, im Einzelfall herauszufinden, welche Art von Erfahrungen der betreffende Mensch machen müsste, dass es ihm besser geht, und die ihn darin anleitet und unterstützt, solche Erfahrungen wirklich zu machen. Psychotherapie wird also durch die Hirnforschung keineswegs überflüssig. Im Gegenteil, ihre Notwendigkeit ergibt sich unmittelbar aus einer neurowissenschaftlichen Sichtweise psychischer Störungen. Sie wird deshalb auch von denen, die ihr bisher skeptisch gegenüberstanden, zunehmend als notwendig und wichtig anerkannt. Das gilt vor allem für die Hirnforscher selbst.

Neuroplastizität ist nicht nur ein Modewort. Der Begriff bringt eine für die Psychotherapie ganz zentrale Erkenntnis zum Ausdruck: Man kann das Gehirn, auch das eines erwachsenen Menschen, durch gezielte psychologische Einflüsse in ganz erheblichem Masse verändern. Die Bedeutung der Neurowissenschaften für die Psychotherapie lässt sich in folgender Weise auf den Punkt bringen:

Wenn allen psychischen Prozessen neuronale Vorgänge zugrunde liegen, dann liegen veränderten psychischen Prozessen veränderte neuronale Vorgänge zugrunde. Wir können als nachgewiesen ansehen, dass psychische Prozesse durch Psychotherapie wirksam und dauerhaft verändert werden können. Daraus ergibt sich, dass Psychotherapie dauerhaft neuronale Prozesse und Strukturen verändern kann. Psychotherapie wirkt, wenn sie wirkt, darüber, dass sie das Gehirn verändert. Wenn sie das Gehirn nicht verändert, ist sie auch nicht wirksam. Oder, in LeDoux's Worten: "Psychotherapy is fundamentally a learning process for its patients, and as such is a way to rewire the brain. In this sense, psychotherapy ultimately uses biological mechanisms to treat mental illness" (LeDoux, 2002, S. 299).

Nach meiner Überzeugung sind die Verhaltenstherapeuten in besonderem Masse prädestiniert, sich diese Erkenntnisse zu eigen zu machen. Für sie ist es besonders leicht, sich als Spezialisten zur Veränderung neuronaler Strukturen durch gezielte Herbeiführung bestimmter Lebenserfahrungen verstehen. Letztlich geht es bei jeder Psychotherapie um Veränderungen neuronaler Erregungsbereitschaften, die in verschiedenen Gedächtnissystemen gespeichert sind. Je mehr wir über die Funktionsweise der verschiedenen Gedächtnissysteme wissen, um so gezielter und wirksamer können wir die neuronalen Erregungsbereitschaften, die problematischem Erleben und Verhalten zugrunde liegen, verändern. Die Verhaltenstherapeuten haben sich schon immer in besonderer Weise mit den Gesetzen des Lernens, also mit Veränderungen des Gedächtnisses beschäftigt

Wir wissen heute viel mehr über die verschiedenen Gedächtnisformen und die mit ihnen verbundenen verschiedene Arten des Lernens im weitesten Sinne als noch vor ein bis zwei Jahrzehnten. Den Begriff des impliziten Gedächtnisses gab es vor zwanzig Jahren noch gar nicht. Heute ist klar, dass die meisten psychischen Vorgänge im impliziten Funktionsmodus, also ausserhalb des Bewusstseins, ablaufen. Das gilt insbesondere auch für die Grundlagen psychischer Störungen. Weil implizite Gedächtnisinhalte nicht erinnerbar sind, können Patienten über die wirklichen Grundlagen ihrer Störungen nur in sehr beschränktem Umfang valide Auskunft geben. Ich erinnere mich noch gut, wie wir in den Anfängen der VT in unseren Explorationen immer nach den lebensgeschichtlichen Ereignissen gesucht haben, in denen die Ängste der Patienten ursprünglich konditioniert worden waren. Diese Bemühungen sind aus heutiger neurowissenschaftlicher Perspektive unglaublich naiv gewesen.

Heute wissen wir viel mehr darüber, wie sich psychische Störungen entwickeln. Aber dieses Wissen ist noch recht jung und die VT steht noch davor, daraus die notwendigen Konsequenzen zu ziehen. Diese Konsequenzen werden weitreichend sein und das Bild der VT nachhaltig

verändern

Ich werde jetzt zunächst ausführlicher darauf eingehen, was wir inzwischen über die Genese psychischer Störungen und ihre Grundlagen im Gehirn wissen. Danach werde ich aufzuzeigen versuchen, wie sich dieses Wissen auf unsere Therapieplanung und auf die konkrete Therapiedurchführung auswirken könnte.

Ich werde hier in meinem mündlichen Vortrag nicht jede Aussage, die ich mache, mit den Untersuchungen und Literaturstellen belegen, auf die ich sie gründe. Stattdessen weise ich an dieser Stelle darauf hin, dass alle Aussagen, die ich nachfolgend mache, empirisch sehr gut fundiert sind. Sie können die dazu vorliegende Forschung in etwa zwei bis drei Monaten nachlesen in meinem Buch Neuropsychotherapie. Es befindet sich gegenwärtig im Hogrefe Verlag im Druck und wird etwa Ende Mai in Buchhandlungen erhältlich sein.

Abb. 4

1. Was sagt uns die neurowissenschaftliche Forschung darüber, wie psychische Störungen entstehen?

Schon ehe ein Mensch zur Welt kommt, sind die ersten Weichen dafür gestellt, ob er später in seinem Leben einmal psychische Störungen entwickeln wird. Die einen Menschen kommen mit einer Tendenz zu negativen Emotionen und zur leichten Aktivierbarkeit des Vermeidungssystems zur Welt (Tellegen et al., 1988). Daran sind mehrere Gene beteiligt. Die Stärke dieser angeborenen Tendenz hängt davon ab, wie viel von diesen Genen man mitbekommen hat (Baker et al., 1992). Eines dieser Gene ist das von Lesch et al. (1996) identifizierte Serotonin-Transportergen. Wer hier das weniger effiziente „kurze“ HTT-Allel ererbt hat, bei dem kommt es wahrscheinlich zu einer geringeren Expression dieses Gens und in der Folge zu einer geringeren serotonergen Funktion (Bennett et al., 1998). Serotonin hat eine ausgleichende, beruhigende Wirkung. Ein Säugling mit einem kurzen Allel des Serotonin-Transportergens ist daher viel schwerer zu beruhigen. Er stellt höhere Anforderungen an seine Betreuungspersonen.

Die Eltern des Säuglings stehen ebenfalls vor der Geburt schon fest. Sie bringen Merkmale mit, die sie zu mehr oder weniger guten Bindungspersonen machen. Wer selber eine unsicher gebundene Mutter hatte, entwickelt mit grosser Wahrscheinlichkeit ebenfalls einen unsicheren Bindungsstil und gibt diesen seinen eigenen Kindern weiter (Main, Kaplan und Cassidy, 1985; Ricks, 1985). Eine unsicher gebundene Mutter zu haben, ist für ein Kind ein ebenso schwerwiegendes Risiko, wie die Tendenz zu einem Vermeidungstemperament ererbt zu haben. Ein zweites starkes Risiko für das Kind von Elternseite her sind psychische Störungen der Eltern, insbesondere schwere Depressionen (Gaensbauer et al., 1984; Radke Yarrow et al., 1985, Zahn Waxler et al., 1984).

Wenn beide Risiken, ein ererbtes Vermeidungstemperament und eine Mutter, die es aus dem einen oder anderen Grund schwer hat, dem Kind sichere Bindungserfahrungen zu ermöglichen, zusammenkommen, sind die Weichen für die weitere Entwicklung in eine ungünstige Richtung gestellt. Weil seine Erregung nicht durch die Interaktion mit der Mutter herunterreguliert wird, erlebt das Kind nur selten Entspannung, Ausgeglichenheit, Zufriedenheit und Geborgenheit. Stattdessen befindet es sich oft auf einem hohen negativen Erregungsniveau. Es versucht mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln, am meisten mit Schreien, Kontrolle zu erlangen und sichere Nähe herzustellen, ist damit aber nur selten erfolgreich. Es macht fast permanent Inkongruenzerfahrungen im Hinblick auf sein Bindungsbedürfnis, sein Kontrollbedürfnis und im Hinblick auf das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Die Mutter gerät ihrerseits in

einen ungünstigen negativ emotionalen Zustand, weil auch sie dauernd Inkongruenzerfahrungen macht. Sie fühlt sich überfordert, zweifelt an sich als Mutter, wird manchmal auch wütend auf ihr so frustrierendes Kind, das doch eigentlich etwas Schönes für sie werden sollte. Auf beiden Seiten kommt es zu negativen Emotionen, die sich gegenseitig hochschaukeln.

Währenddessen ist das Kind unentwegt am Lernen. Es macht Lebenserfahrungen, die tiefe Spuren in seinem impliziten Gedächtnis hinterlassen. Es lernt aber nicht, was es eigentlich während dieser Zeit lernen sollte, nämlich die Erwartung, dass zuverlässig jemand für es da ist, der erkennt, was es gerade braucht; dass es Nähe haben kann, wenn es sich nach Nähe sehnt; dass es Einfluss auf seine Umgebung ausüben kann, und zwar so, dass es bekommt, wessen es bedürftig ist; dass es allmählich in ersten Ansätzen lernt, seine eigenen Emotionen selbst zu regulieren. Die interaktive Regulation der Emotionen und Bedürfniszustände in der Bindungsbeziehung ist die Grundlage für das Einspielen intrapersonaler neurophysiologischer Regelkreise (Hofer, 1984, 1987), in denen die autonome Erregung mit ihren verschiedenen neurophysiologischen Parametern durch negative Rückkopplung in einem für den Organismus zuträglichen Bereich gehalten wird. Eine schlechte interaktive Regulation der Emotionen in der Bindungsbeziehung wird zur Grundlage einer späteren Tendenz zur intrapsychischen Dysregulation. Eine Dysregulation autonomer Erregung, d.h. das Fehlen gut etablierter negativer Rückkopplungskreise ist ein hervorstechendes Merkmal aller Angststörungen. Diese Grundlage wird in den allerersten Lebensmonaten und Lebensjahren auf der Basis der genetischen Voraussetzungen gelegt.

Bei der Kombination ungünstiger Anlagen mit einer schlechten Bindungsbeziehung lernt das Kind also Vieles von dem nicht, was später eine gute psychische Gesundheit ausmacht. Stattdessen finden ganz andere Bahnungen statt. Neuronale Erregungsmuster, die immer wieder aktiviert werden, werden besonders gut gebahnt. In diesem Fall ist es die Bereitschaft zu negativen Emotionen. Das Kind wird sensitiviert für negative Emotionen. Es braucht immer weniger, um sie auszulösen. Durch die dauernden Bahnungen entstehen immer übertragungsbereitere Synapsen. Die mit negativen Emotionen befassten Hirnregionen entwickeln sich besonders gut. Das sind in erster Linie bestimmte Teile der Amygdala und der ventromediale und dorsolaterale Teil des rechten präfrontalen Cortex. Im Alter von zehn Monaten hat sich aus dieser Anlage und diesen Lebenserfahrungen bereits eine dauerhafte neuronale Struktur herausgebildet, aufgrund derer man voraussagen kann, wie ein Kind auf belastende Situationen wie kurze Trennungen von der Mutter reagieren wird (Davidson und Fox, 1989). Diese Struktur bleibt längerfristig stabil. Sie besteht immer noch mit 36 Monaten und ermöglicht in diesem Alter die Voraussage gehemmten Verhaltens (Davidson, 1993). Das Behavioral Inhibition System (Gray, 1982) kann bei diesen Kindern praktisch lebenslang besonders leicht aktiviert werden. Es hat bis ins Erwachsenenalter hohe Stabilität (Costa und McCrae, 1988).

Neben der Sensitivierung im Sinne der immer leichteren Auslösbarkeit negativer Emotionen finden fortwährend Konditionierungen statt, d.h. negative Emotionen können durch immer mehr Reize ausgelöst werden. Auch dies fördert, dass das Kind immer öfter in einen negativ-emotionalen Zustand gerät.

Es werden aber in dieser Zeit nicht nur Bereitschaften zu negativen Emotionen gebahnt, sondern begleitend dazu entwickeln sich die ersten Grundlagen für die Motivationalen Schemata.

Abb. 5

Was ein Kind, wie es zuvor geschildert wurde, während dieser Zeit erlebt, ist sehr oft mit starken Inkonsistenzspannungen verbunden. Sie sind die Grundlage für Vermeidungslernen. Das Kind

wird versuchen, die negativen Zustände zu vermeiden und zu beenden und dafür irgendwelche Mechanismen herausbilden, die durch negative Verstärkung gebahnt werden. Die sich entwickelnden Vermeidungsziele haben eine hohe „motivationale Salienz“ im Sinne von Berridge und Robinson

(1998). Ihre Aktivierung ist von einer Dopaminausschüttung begleitet, die zur besonders guten Bahnung all dessen führt, was die negativen Emotionen und Inkonsistenzspannungen reduziert (Rada, Mark und Hoebel, 1998). Die Vermeidungsziele erhalten ihre auf bestimmte Situationen bezogenen Mittel. Es kommt zur Ausbildung von Vermeidungsschemata. Mit der Herausbildung Motivationaler Schemata trägt das Kind allmählich immer mehr selbst zu den Interaktionen mit der Umgebung bei. In dem Ausmass, in dem es Vermeidungsschemata entwickelt, ist seine psychische Aktivität dann nicht konfliktfrei auf Annäherung ausgerichtet und das beeinträchtigt die Befriedigung seiner Bedürfnisse.

In den ersten Lebensmonaten und Lebensjahren entwickeln sich nicht nur die neuronalen Strukturen für negative Emotionen und Vermeidungsschemata, sondern auch grundlegende Regulationsprozesse im neurophysiologischen System. Erfahrungen unkontrollierbarer Inkongruenz sind regelmässig von der Ausschüttung von Stresshormonen begleitet. Normalerweise spielen sich sehr früh in der Entwicklung negative Rückkopplungsmechanismen ein, welche die Ausschüttung von Stresshormonen drosseln, wenn sie einen zu hohen Level erreichen. Das Gehirn schützt sich mit dieser negativen Rückkopplung vor den Schädigungen, die es durch einen dauerhaft zu hohen Cortisolspiegel erfährt. Zu diesen Schädigungen gehört insbesondere eine Schrumpfung des Hippocampus, die seine Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Neben der Bildung expliziter Gedächtnisinhalte ist seine wichtigste Funktion die Verortung allen Geschehens in Raum und Zeit. Ohne eine gut funktionierende Verortung emotionaler Reaktionen in Raum und Zeit treten sie nicht nur auf in solchen Situationen, in denen sie angemessen sind, sondern es kommt immer wieder zu überschüssenden emotionalen Reaktionen und Stressreaktionen auch in Situationen, die objektiv nicht gefährlich sind, wie es etwa bei Angststörungen der Fall ist.

Bei andauernder unkontrollierbarer Inkongruenz kommt es also zusätzlich zu den anderen bereits aufgeführten negativen Effekten zu einer Sensitisierung für Stress, die lebenslang bestehen bleibt. Heim (2001) hat bei erwachsenen Frauen, die als Kinder missbraucht worden waren, eine immer noch um das Sechsfache erhöhte Stressreaktionen auf eine mittlere soziale Belastung im Vergleich zu Frauen ohne Missbrauchserfahrungen gefunden. Bezeichnenderweise hatten viele dieser Frauen eine Depression entwickelt. Der geschrumpfte Hippocampus, den wir bei Depressiven regelmässig vorfinden, gibt Zeugnis von dieser Vorgeschichte der Depression.

Die Entwicklung muss aber nicht zwangsläufig in eine ungünstige Richtung gehen, wenn ein Kind anlagemässig ein Vermeidungstemperament mit auf die Welt bringt. Wenn ein solches Kind Glück hat, trifft es auf eine besonders feinfühlig, gelassene und kompetente Mutter, die sich durch seine Störanfälligkeit und Tendenz zu negativen Emotionen nicht irritieren lässt, sich zuverlässig liebevoll dem Kind zuwendet und ihm so trotz seiner schlechten Voraussetzungen ganz überwiegend positive Wahrnehmungen im Hinblick auf sein Bindungs- und Kontrollbedürfnis ermöglicht. Suomi (1987,1991) hat mit eindrucksvollen Untersuchungen an Rhesusaffen gezeigt, dass sich solche Kinder prächtig entwickeln können und später eher noch besser dastehen als Kinder mit besseren Erbanlagen, die von einer durchschnittlichen Mutter grossgezogen werden. Auch wenn man ein kurzes Allel des Serotonintransportergens ererbt hat, kann es zur Expression der serotonergen Funktion kommen. Sie ist nur erschwert, nicht unmöglich. Das genetische Handicap kann mehr als ausgeglichen werden durch eine günstige Umwelt. Wenn es durch die besonders fürsorgliche Bindungsperson über längere Zeit zu

positiven Bindungs- und Kontrollerfahrungen kommt, entwickeln sich positive neuronale Strukturen und Regulationsmechanismen, die sich dann selbst aufrechterhalten. Das genetisch angedrohte Schicksal kann also durch positive Erfahrungen in der frühen Kindheit zum Guten gewendet werden. Das Kind entwickelt eine gute Stresstoleranz und Emotionsregulation und bleibt lebenslang weit unempfindlicher gegenüber Belastungen, als es bei seinen Erbanlagen mit einer weniger fürsorglichen Mutter geworden wäre. Ausserdem werden bei ihm die Annäherungsschemata klar die Vermeidungsschemata dominieren, so dass es im Verlauf des späteren Lebens weniger leicht zu erhöhter motivationaler Inkonsistenz kommt. Es ist damit weit weniger gefährdet, später eine psychische Störung zu entwickeln.

Neurowissenschaftliche Forschung und Bindungsforschung lassen keinen Zweifel daran, dass die Grundlagen für psychische Störungen bereits in der allerfrühesten Kindheit gelegt werden, in einem Lebensabschnitt, an den sich kein Mensch später erinnern kann. Diese Grundlagen sind niedergelegt in impliziten Gedächtnissystemen und prinzipiell nicht erinnerbar, auch nicht nach vielen Jahren auf der Couch und auch nicht in Hypnose. Sie sind nie so kodiert worden, dass sie im expliziten Funktionsmodus verarbeitet werden könnten. An die Grundlegung der eigenen Persönlichkeit kann sich kein Mensch erinnern.

Es ist dieses implizite Selbst, das letztlich unser Erleben und Verhalten bestimmt. Auf die Art und Weise, in der es das tut, haben wir prinzipiell keinen introspektiven Zugriff. Subjektiv sind die meisten von uns der Meinung, dass ihr bewusstes Ich bestimmt, was sie tun. Das gehört zu den unser Kontrollbedürfnis befriedigenden positiven Illusionen. Psychische Störungen werden nicht als vom bewussten Ich bestimmt erlebt, sondern als von ihm erlitten. Sie sind aber ein Teil von uns selbst, nämlich unseres impliziten Selbst, auch wenn sie vom bewussten Ich heftig abgelehnt werden. Sie sind eine aktuelle Hervorbringung unseres Gehirns. Es sind wir selbst, die sie unfreiwillig hervorbringen. Ihre Grundlagen entziehen sich dem introspektiven Zugang, aber was wir bewusst über uns denken, erfasst ohnehin nur einen kleinen Teil unseres impliziten Selbst.

Psychische Störungen entstehen aus dem, wie wir sind. Sie sind ein integraler Teil von uns selbst, auch wenn wir noch so sehr unter ihnen leiden. Sie gehören zu uns wie unser Lebenslauf. Ihre Grundlagen reichen zurück ganz an seinen Anfang. Sie waren schon von Anfang an ein Teil von uns. In dem Moment, wo eine psychische Störung aktuell entsteht, ist dieser Teil gerade besonders aktiv.

Die Erfahrungen der frühen Kindheit brechen nicht plötzlich ab, sondern gehen in der Regel kontinuierlich fort. Längsschnittuntersuchungen von Main, Kaplan und Cassidy (1985), Sroufe, Carlson und Shulman (1993) und von Grossmann und Grossmann (1991) haben gezeigt, dass unsicher gebundene Kinder ihre früh erworbenen Handicaps in alle nachfolgenden Altersabschnitte weitertragen. Sie haben ein geringeres Selbstvertrauen und geringere Selbstwirksamkeitserwartungen, ein schlechteres Selbstwertgefühl, eine schlechtere Resilienz (Robustheit) bei Belastungen. Ganz besonders nachteilig unterscheiden sie sich von sicher gebundenen Gleichaltrigen in ihrem zwischenmenschlichen Beziehungsverhalten und der Qualität ihrer Beziehungen mit Peers. Sie werden von Peers und Lehrern als weniger sozial orientiert, als weniger beziehungsfähig, empathisch und beliebt eingeschätzt als sicher gebundene Kinder und Jugendliche. Sie können ihre Impulse, Wünsche und Gefühle schlechter zum Ausdruck bringen, insbesondere auch negative Gefühle.

In diesen Ergebnissen kommt eine grosse Tragik zum Ausdruck. Während diese Kinder anfangs durch ungünstige Lebensbedingungen und/oder eine ungünstige genetische Mitgift objektiv benachteiligt waren, sind sie es nun inzwischen selbst, die die ungünstigen Erfahrungen der Kleinkindzeit perpetuieren und in andere Lebensbereiche wie Schule und Paarbeziehungen

hineintragen. Grundlage dafür sind die inzwischen entstandenen Motivationalen Schemata. Ihre Vermeidungsschemata sind stärker entwickelt als bei Kindern, die zuvor sichere Bindungserfahrungen gemacht haben.

Die frühkindlichen Lebenserfahrungen bestimmen also über die Motivationalen Schemata, die sich im Kleinkindalter entwickeln, in hohem Masse die Erfahrungen, die die betreffenden Kinder in den nachfolgenden Lebensabschnitten machen. Bei Kindern in etwas weiter fortgeschrittenem Alter kommen noch Verletzungen des Selbstwertbedürfnisses als weitere Inkongruenzquellen hinzu. Bei der Fülle von negativen Erfahrungen, die Kinder mit einem ungünstigen Entwicklungsverlauf in ihren ersten zehn bis fünfzehn Lebensjahren machen, ist es nicht erstaunlich, dass viele von ihnen schon im Kindes- und Jugendlichenalter psychische Störungen entwickeln.

Psychische Störungen entstehen nach dem hier aufgezeigten Entwicklungsverlauf nicht aus heiterem Himmel. Sie entstehen aus einer hochbelasteten psychischen Konstellation mit einer Vorgeschichte, die sich Schritt für Schritt bis vor die Geburt zurückverfolgen lässt. Verletzungen des Bindungs- und Kontrollbedürfnisses, später auch des Selbstwertbedürfnisses spielen in diesem ungünstigen Entwicklungsprozess eine entscheidende Rolle. Nach einer Metaanalyse von Dozier, Stovall und Albus haben (1999) haben fast 90% psychisch gestörter Patienten irgendeine Form von unsicherem Bindungsstil, wobei der Typ des unsicheren Bindungsstils sich teilweise nach Störungen unterscheidet. Von 528 von Schauenburg und Strauss (2002) untersuchten stationären Psychotherapiepatienten hatten über 90% einen unsicheren Bindungsstil.

Wir wissen nach dem zuvor Gesagten, auf welchen verletzenden Erfahrungen ein unsicherer Bindungsstil beruht und was er für die weitere Entwicklung bedeutet. Fast alle Patienten mit schweren psychischen Störungen haben eine Vorgeschichte von Verletzungen ihres Bindungs- und Kontrollbedürfnisses in ihrer frühen Kindheit, wie es in einem unsicheren Bindungsstil zum Ausdruck kommt. Ihr Problem lässt sich deshalb nicht auf die zuletzt entwickelte Störung reduzieren. Sie ist nur ein letztes Glied in einer langen Kette verletzender Erfahrungen, die schliesslich zu so hoher Inkonsistenz geführt haben, dass ein qualitativ neues Mittel zu ihrer Reduktion erforderlich wurde. Für die Patienten selbst ist es auch klar, dass die psychopathologische Störung im engeren Sinn nur einen Teil ihrer behandlungsbedürftigen Probleme ausmacht. Nur 9% aller Patienten geben die Besserung ihrer Störung als einziges Therapieziel an. Drei von vier Patienten geben Probleme zwischenmenschlicher Natur als eines ihrer drei wichtigsten Probleme an (Grosse Holtforth und Grawe, 2002). Das entspricht der grossen Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen als Ort von Verletzungen der Grundbedürfnisse.

Wie wir gesehen haben, unterscheiden sich Menschen, die eine psychische Störung entwickeln, von jenen, die keine entwickeln, schon vor Ausbruch der Störung in vielfältiger Weise. Sie neigen (im Durchschnitt) stärker zu negativen Emotionen; sie können, wenn einmal negative Emotionen entstanden sind, diese schlechter wieder herunterregulieren; sie reagieren mit überschiessenden Stressreaktionen schon auf mittlere Belastungen und die Stressreaktionen halten lange an. Ihr autonomes Nervensystem ist sehr oft übererregt. All dies hat sich von klein auf bei ihnen innen abgespielt. Es haben sich entsprechende neuronale Schaltkreise gebildet. Ihre Amygdala spricht auf alles, was irgendwie bedrohlich sein könnte, ausserordentlich leicht und stark an und bringt diese Schaltkreise in Gang, ohne dass dafür das Bewusstsein beansprucht wird.

Die schlechte Emotionsregulation und geringe Stresstoleranz geht mit schlechtem Coping und wenig adaptiven Konsistenzsicherungsmechanismen einher. Es besteht bei ihnen eine erhöhte

Gefahr, dass es immer wieder zu sehr starken Inkonsistenzspannungen kommt, auch schon unter Bedingungen, die für andere Menschen noch gut zu bewältigen wären.

Es sind vor allem Situationen erhöhter Inkonsistenz, in denen sich neue neuronale Erregungsmuster herausbilden. Die hohe Inkonsistenzspannung hält ein hohes Verstärkungspotential bereit, dass diejenigen neuronalen Erregungsmuster differenziell verstärken wird, die zu einer Abnahme der Inkonsistenzspannung führen.

Menschen mit einer Vorgeschichte von vielen negativen Bindungs-, Kontroll- und Selbstwerterfahrungen bringen für die adaptive Bewältigung solcher kritischen Inkonsistenzsituationen schlechte Voraussetzungen mit. Bei ihnen sind in dieser Situation akut erhöhter Inkonsistenzspannung die Erregungsbereitschaften zu überschüssenden negativen Emotionen und Stressreaktionen aktiviert, denn die Situation beinhaltet eine starke, bisher nicht kontrollierbare Inkongruenz im Bezug auf wichtige Motivationale Ziele. In dieser Situation wird alles negativ verstärkt werden, was dem Betreffenden irgendeine Art von Kontrollerfahrung ermöglicht, denn das würde die Inkonsistenzspannung etwas reduzieren.

Es könnten einem in einer solchen Situation unerträglicher Inkonsistenzspannung z.B. „verrückte“ Gedanken durch den Kopf schiessen wie dem eigenen Kind die Augen auszustechen, sich am Türgriff mit einer tödlichen Krankheit zu infizieren oder den Gashahn offengelassen zu haben. Horowitz (1975) hat in empirischen Untersuchungen gezeigt, dass sich solche aufdringlichen Gedanken vor allem unter Stress und bei starken negativen Emotionen einstellen. Auch normalen Menschen schiessen manchmal solche verrückten Gedanken durch den Kopf, aber sie sind flüchtig und der Betreffende ergreift keine Gegenmassnahmen. In einer solchen Situation starker Inkonsistenzspannung, in der negative Emotionen aktiviert sind, für die man keinen Grund erkennt, passt ein solcher Gedanke aber genau zu den negativen Emotionen. Der Betreffende erlebt sie als tiefe Unruhe. Es drängt ihn, etwas gegen die grosse Gefahr zu tun und das kann er ja auch. Er kann den Gashahn immer wieder kontrollieren, um ganz sicher sein zu können, dass von ihm keine Gefahr droht. Er kann die Türklinke reinigen oder vermeiden, sie anzufassen, und sich gründlich waschen, um sicher zu gehen, dass er sich nicht ansteckt. Er kann Schere und Messer wegschliessen, um ganz sicher zu gehen, dass sich seine aggressiven Impulse nie in die Tat umsetzen. Er kann sich ganz fest vornehmen, solche schlimmen Gedanken nicht hochkommen zu lassen, sie nicht zu denken (was erst recht dazu führen wird, dass er sie wieder denkt).

All das ermöglicht im Augenblick eine gewisse Kontrolle. Er kann wenigstens irgendetwas tun. Die Kontrollerfahrung reduziert ein bisschen die Inkonsistenzspannung. Das Kontrollverhalten wird dadurch negativ verstärkt, d.h. besonders gut gebahnt. Es wird bei der nächsten starken Inkonsistenzspannung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit wieder auftreten, wieder verstärkt werden usw. Aber nicht nur das Kontrollverhalten wird gebahnt, sondern alle in diesem Moment aktivierten synaptischen Verbindungen. Das sind die situativen Wahrnehmungen, die starken negativen Emotionen, die Kognitionen und das Kontrollverhalten. Sie werden mit der Zeit zu einem neuronale Erregungsmuster zusammengebunden, das so vorher noch nie aufgetreten ist. Es hat eine emergente Qualität. Es ist etwas qualitativ Neues entstanden, nämlich die Anfänge einer Zwangsstörung. Wenn die Inkonsistenzspannung anhält, weil sich an der Konstellation der Motivationalen Schemata und der Lebenssituation, aus deren Interaktion die Inkonsistenz resultiert, nichts ändert, wird dieses neue Mittel der kurzfristigen Inkonsistenzreduktion immer wieder auftreten und immer besser gebahnt werden. Schliesslich kann es nicht nur durch aktuelle Inkonsistenzspannungen aktiviert werden, sondern auch durch daran assoziierte Situationen, Gedanken, Erinnerungen, Emotionen. Das Störungsmuster ist zu einem gut gebahnten Gedächtnisbesitz geworden, der nun eine Eigenleben führt, auch ohne Funktion zur Reduktion von Inkonsistenzspannungen. Solange diese anhalten, wird das Störungsmuster aber

auch seine Funktion zur Inkonsistenzenreduktion behalten und immer dann besonders intensiv auftreten, wenn die Inkonsistenzspannungen stark werden.

Das Störungsmuster trägt natürlich immer nur kurzfristig zu einer Reduktion der Inkonsistenzspannung bei. An ihren eigentlichen Ursachen ändert es nichts. Im Gegenteil: Die Störung wird selbst wieder als Kontrollverlust erlebt, sie ist unangenehm und abträglich für das Selbstwertgefühl. Die Störung erhöht also über den Augenblick hinaus noch die Inkonsistenz im psychischen Geschehen, führt zu einem noch intensiveren Auftreten der Symptomatik, zu ihrer weiteren Verstärkung, zur Erhöhung des längerfristigen Inkonsistenzniveaus usw. Der Teufelskreis, der viele psychische Störungen kennzeichnet, ist im vollen Gange.

Analog können wir uns die Entstehung der meisten anderen Angststörungen vorstellen. Bei allen Angststörungen gibt es eine wichtige Komponente, bei der das Bemühen um Kontrolle zentral ist. Angststörungen haben bekanntermaßen eine hohe Komorbidität. Nachdem sich eine Angststörung entwickelt hat, entwickeln 40% der Angstpatienten noch eine weitere Angststörung hinzu (Schulte 2000). In diesen Fällen muss es einen fruchtbaren Nährboden für die Entwicklung weiterer Störungen geben. Das ist eine dauerhaft hohe Inkonsistenzspannung mit ihrem hohen Verstärkungspotential für alles, was ein bisschen Kontrolle ermöglicht. Komorbidität kann daher als Hinweis auf eine dauerhaft hohe Inkonsistenzspannung bei dem betreffenden Menschen angesehen werden. Tatsächlich habe wir auch empirisch gefunden, dass Patienten mit hoher Komorbidität besonders hohe Inkongruenzwerte haben.

Angst ist ein Alarmsignal. Sie tritt auf, wenn ein Organismus sich bedroht fühlt. Die Depression ist ein logischer nächster Schritt, wenn alle Bemühungen, die Bedrohung dessen, was einem so wichtig ist, abzuwehren, scheitern. Wenn man trotz verzweifelter Kontrollbemühungen in wichtigsten Bedürfnissen, Werten und Zielen immer weiter verletzt wird, was bleiben einem dann noch für Reaktionsmöglichkeiten? Wie soll man sich davor schützen?

Es gibt einen Weg: Wenn man alles Wünschen und Wollen aufgibt, wenn man gar keine Gefühle mehr entstehen lässt, wenn man alle Ansprüche aufgibt, wenn man sich vor der Umwelt ganz klein macht und selbst abwertet, wenn man sich in seinen Lebensfunktionen total reduziert, indem man nicht einmal mehr isst, wenn man alles aufgibt, was einem Spass gemacht hat, wenn man sich von allen Menschen zurückzieht, wenn man alles aufgibt, was einem wichtig war, wenn man jedes Hineinwirken in die Umgebung sein lässt, dann ist man recht gut vor weiteren Verletzungen geschützt.

Die Depression ist aus dieser Sicht eine generalisierte Schutzhaltung, ein auf die Spitze getriebenes Vermeiden von Verletzungen. Das einzige, was bei einem Depressiven noch aktiv ist, ist sein Vermeidungssystem. Die Amygdala und der ventromediale und dorsolaterale PFC, also die mit Vermeiden und negativen Emotionen befassten Hirnteile, sind bei ihm permanent aufs Höchste aktiviert. Der ACC, der für die Transformation von Emotionen in klar erlebte Gefühle und für das Monitoring von Inkonsistenzquellen, die aktives Hinwenden und Handeln erfordern, wichtig ist, ist bei ihm aber völlig deaktiviert. Der Depressive hat aufgegeben. Er hat sich in den Schutz der Krankenrolle zurückgezogen, sein Annäherungssystem abgeschaltet und das Vermeidungssystem auf höchste Stufe gestellt. So erreicht er, dass er keine weiteren Schläge mehr einstecken muss. Das ist keine bewusst verfolgte Strategie, sondern diesen Veränderungen im Erleben und Verhalten liegen Veränderungen in den neuronalen Strukturen zugrunde, die man nicht durch bewussten Entschluss herbeiführen kann. Das generalisierte Vermeidungsverhalten wird negativ verstärkt durch Vermeiden von noch mehr Inkongruenz. Das sind Vorgänge im impliziten Funktionsmodus. Das totale Vermeiden ist die einzige Form der Kontrolle, die dem Depressiven noch geblieben ist, und die kann ihm so leicht keiner nehmen.

Die Depression ist diejenige Störung, bei der es am klarsten ist, dass es über die Symptombehandlung hinaus eine Inkonsistenzbehandlung braucht, wenn es zu nachhaltigen Veränderungen kommen soll. Inkonsistenz ist nicht zu trennen von den konkreten Lebensvollzügen des betreffenden Menschen. Um dauerhafte Behandlungserfolge zu erzielen, muss man sich mit dem Leben depressiver Patienten befassen. Deswegen werden medikamentöse Depressionstherapien alleine nie zu wirklich befriedigenden Therapieerfolgen führen. Das Lebensglück und -unglück ist nicht nur eine Frage der richtigen Mischung von Neurotransmittern, sondern eine Frage der Lebenserfahrungen, die ein Mensch macht.

Viele psychische Störungen gehen mit Depressionen einher. In allen diesen Fällen ist das ein starker Hinweis darauf, dass bei diesem Menschen ein erhöhtes Inkonsistenzniveau vorliegt. Das gilt aber auch für Komorbidität überhaupt. Wo Komorbidität herrscht, muss es über längere Zeit Bedingungen für die Hervorbringung psychischer Störungen gegeben haben.

Inkonsistenz schafft gewissermassen den Raum, in dem sich psychische Störungen entwickeln können. Wer in seinem Leben ganz überwiegend bedürfnisbefriedigende Erfahrungen gemacht und eine Struktur Motivationaler Schemata entwickelt hat, die solche Erfahrungen immer wieder hervorbringt, hat per Definition ein geringes Inkongruenzniveau. In seinen psychischen Abläufen herrscht Konsistenz vor. Sie werden hauptsächlich durch gut entwickelte Annäherungsschemata bestimmt. In einer so beschaffenen Psyche gibt es keinen Raum für psychische Störungen. Es fehlen die Grundlagen für ihre Entwicklung. Erst dort, wo Inkonsistenz in den psychischen Abläufen herrscht, wo sie also nicht von mächtigen, auf positive Erfahrungen ausgerichteten Ordnungsmustern bestimmt werden, entsteht ein Raum, der von psychischen Störungen eingenommen werden kann. Inkonsistenz ist daher die wichtigste aktuelle Bedingung für die Entstehung psychischer Störungen. Wenn man diesen Raum eng macht, indem man die Konsistenz der psychischen Abläufe verbessert, gibt es keinen Platz mehr für psychische Störungen. Kongruenz und Konsistenz sind die natürlichen Gegenspieler psychischer Störungen. Kongruenz und Konsistenz beziehen sich aber auf das motivierte psychische Geschehen. Man muss sich in einer Psychotherapie mit dem motivierten psychischen Geschehen befassen, wenn man den Raum eng machen will für psychische Störungen. Wenn es gelingt, die Konsistenz im psychischen Geschehen zu erhöhen, werden die psychischen Störungen zurückgedrängt. Wir haben hohe negative Korrelationen zwischen Motivationaler Inkongruenz und vielen Aspekten psychischer Gesundheit gefunden.

Abb.5

Natürlich beeinträchtigen auch psychische Störungen selbst die Konsistenz im psychischen Geschehen. Wenn die neuronalen Grundlagen einer psychischen Störung einmal so gut gebahnt sind, dass sich die Störung verselbstlicht, d.h. vom motivationalen Geschehen abgekoppelt hat, müssen die neuronalen Störungsgrundlagen verändert werden, damit Konsistenz im psychischen Geschehen herrschen kann. Zur Veränderung dieser Störungsgrundlagen braucht es störungsspezifische Interventionen. Störungsbehandlung und Inkonsistenzbehandlung sind keine Gegensätze, sondern einander zuarbeitende therapeutische Strategien. Wie ihr optimales Verhältnis in einer konkreten Therapie sein sollte, kann nur im Einzelfall bestimmt werden. Um die jeweils besten Ansatzstellen für therapeutische Interventionen zu identifizieren, muss in jedem Einzelfall sowohl eine Störungsanalyse als auch eine Inkongruenzanalyse durchgeführt werden.

Abb. 6

Eine der wichtigsten Folgerungen aus einer neurowissenschaftlichen Sicht psychischer Störungen ist also die, dass man sich in der Therapie nicht nur mit den Störungen selbst,

sondern auch mit den neuronalen Strukturen befassen sollte, welche die Störungen ermöglichen und hervorbringen. Das gilt ganz besonders dann, wenn mehrere Störungen gleichzeitig vorliegen, was eher die Regel als die Ausnahme ist. Die neuronalen Schaltkreise, die den Störungen unmittelbar zugrunde liegen, sind Teil eines umfassenderen neuronalen Netzwerkes. Dieser neuronale Kontext der Störung ist ihr eigentlicher Nährboden. Die nachhaltigste Behandlung psychischer Störungen ist diejenige, die der Störung ihren Nährboden entzieht, indem sie die Konsistenz im gesamten neuronalen/psychischen Geschehen verbessert.

Tatsächlich ist empirisch eine Abnahme von Inkongruenz eng verbunden mit Verbesserungen in allen möglichen klinischen Parametern, wie Symptombelastung, Wohlbefinden, interpersonalen Problemen usw.

Abb. 7

Um Störungen zu reduzieren, kann man also nicht nur an den Störungen selbst ansetzen, sondern auch in ihrem Umfeld, den Quellen von Motivationaler Inkongruenz. Interventionen in diesem Umfeld können sich über eine Verringerung des Inkongruenzniveaus auf die Störungssymptomatik auswirken.

Die heutige VT mit ihren störungsspezifischen Manualen ist nach dieser Betrachtungsweise zu sehr auf die Störungen selbst fokussiert. Das gilt nicht nur für die Therapieziele und Ansatzstellen der therapeutischen Interventionen, sondern auch für die Durchführung der Therapie und den Therapieprozess.

Auch in der Therapie selbst macht ein Patient unentwegt Erfahrungen im Hinblick auf seine Grundbedürfnisse. Wenn diese Erfahrungen positiv sind,

- wenn er sich also bei einem feinfühligem, empathischen, engagiertem und kompetentem Therapeuten gut aufgehoben fühlt,

- wenn er positive Kontrollerfahrungen macht, weil das therapeutische Vorgehen transparent ist und so gestaltet wird, dass er dabei gut mitmachen und mitbestimmen kann,

- wenn er sich nicht nur von seinen problematischen Seiten zeigen kann, sondern immer wieder auch in seinen positiven Seiten wahrgenommen und darin ausdrücklich bestätigt sieht,

- wenn er in der Therapie positive Gefühle erleben, wenn er darin auch einmal ganz entspannt sein und mit dem Therapeuten gemeinsam lachen kann,

dann sind dies alles Erfahrungen, die seine akut aktivierten Grundbedürfnisse sehr befriedigen. Je intensiver solche Erfahrungen, desto mehr wird sich sein Inkongruenzniveau verringern mit all den weit reichenden positiven Folgen, die wir vorhin gesehen haben. Die schnellen Verbesserungen, die am Beginn einer Therapie oft eintreten, gehen im Wesentlichen auf solche bedürfnisbefriedigenden und inkongruenzreduzierenden Erfahrungen zurück. Diese können eintreten, noch ehe überhaupt gezielt an der eigentlichen Problematik oder Symptomatik gearbeitet wurde.

Diese Einflüsse können keineswegs als unspezifische Wirkfaktoren angesehen werden. Sie treten nicht einfach von selbst ein. Wenn ihr Veränderungspotential optimal genutzt werden soll, müssen sie über die gesamte Therapiedauer hin massgeschneidert auf die individuellen motivationalen Ziele, Möglichkeiten und Grenzen des Patienten so gut wie möglich verwirklicht werden. Auf diese anspruchsvolle Aufgabe, die man mit den Stichworten massgeschneiderte Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung bezeichnen könnte, werden

Verhaltenstherapeuten heute in der Regel nicht sehr gut vorbereitet. Es handelt sich ganz überwiegend um Arbeit im impliziten Funktionsmodus, während inhaltlich über ganz andere Dinge gesprochen wird.

Inhaltlich geht es in einer Therapie natürlich ganz überwiegend um die Probleme des Patienten. Ich hatte schon darauf hingewiesen, dass diese nicht einfach mit seinen Störungen gleichgesetzt werden können. Diese stellen in der Regel nur eine Teilmenge der in der Therapie zu bearbeitenden Probleme dar. Bei einem grossen Teil der Probleme handelt es sich um negative Emotionen, die zu oft, zu intensiv und in Situationen auftreten, in denen sie als unangemessen angesehen werden. Wie ist die therapeutische Veränderung negativer Emotionen aus neurowissenschaftlicher Perspektive zu konzipieren?

Können Angstreaktionen z.B. gelöscht werden? Das ist eine sehr interessante Frage von grosser therapeutischer Relevanz. Die Forschung zu dieser Frage ist noch in vollem Gange, aber es zeichnet sich eine wahrscheinliche Antwort ab: Nein, Angstreaktionen können nicht gelöscht, sondern nur gehemmt werden. Wenn Angstreaktionen sich im Verhalten, im subjektiven Erleben und in den physiologischen Indikatoren von Angst verringern oder ganz verschwinden, bleibt eine erhöhte Angstbereitschaft in der Amygdala dennoch weiterhin bestehen. Nur die Weiterleitung der Erregung von der Amygdala zu anderen Hirnarealen wird aktiv gehemmt.

Wenn aber Angst nicht gelöscht, sondern gehemmt wird, stellt sich die Frage, wovon denn die Hemmung ausgehen soll. Andere Hirnteile, die mit dem Output der Amygdala in Verbindung stehen, müssen gleichzeitig mit der Aktivierung der Amygdala Signale senden, die mit Angst möglichst unvereinbar sind. Damit verschiebt sich die Aufgabe des Therapeuten von der Angst zu ihrem Kontext. Es geht bei einer Angsttherapie nicht nur darum, den Patienten mit seiner Angst zu konfrontieren. Davon alleine geht keine positive therapeutische Wirkung aus, auch nicht wenn die Konfrontation wiederholt wird. Die therapeutische Wirkung geht davon aus, dass die Auslösung der Angstreaktion in einem betont angsthemmenden neuronalen Kontext erfolgt. Wichtigste Aufgabe des Therapeuten ist es daher, einen solchen die Angst hemmenden Kontext herzustellen.

Das Behavioral Activation und das Behavioral Inhibition System im Sinne von Gray (1982) sind zwei von einander unabhängige neuronale Systeme. Ihre Aktivierung des Annäherungssystems begünstigt Annäherungsverhalten und positive Emotionen, Aktivierung des Vermeidungssystems Angst-, Schutz- und Vermeidungsreaktionen. Wenn wir im Kino gerade einen unter die Haut gehenden Gruselfilm gesehen haben und es gibt beim Hinausgehen plötzlich einen lauten Knall, erschrecken wir weit mehr, als wenn wir zuvor gerade einen lustigen Film gesehen und viel gelacht haben. Das liegt daran, dass im ersten Fall unser Vermeidungssystem voraktiviert, man könnte auch sagen geprimt ist, und im zweiten Fall unser Annäherungssystem. Man nennt diesen erst in den letzten Jahren gut untersuchten Vorgang Motivationales Priming. Wenn das Annäherungssystem geprimt ist, fallen Angstreaktionen geringer aus, weil sie aktiv gehemmt werden. Die Hemmung geht vom voraktivierten Annäherungssystem aus. Dieses Prinzip des Motivationalen Priming können wir uns therapeutisch zunutze machen: Wenn wir eine Hemmung von Angstreaktionen aufbauen wollen, dann müssen wir die Angstreaktionen in einem möglichst stark aktivierten Annäherungskontext auslösen. Das gilt in der Psychotherapie ganz allgemein. Fast immer, wenn wir Probleme des Patienten behandeln, werden negative Emotionen ausgelöst. Das liegt in der Natur der Sache. Mit der Aktivierung negativer Emotionen wird aber das Vermeidungssystem aktiviert und das bedeutet, dass das psychische System auf Schutz, Abwehr und Vermeidung ausgerichtet wird. Das ist für die Behandlung der Probleme und den Aufbau einer Hemmung der negativen Emotionen höchst unerwünscht. Es ist daher für eine fruchtbare Behandlung der Probleme

essentiell, dass der Therapeut kontinuierlich das

Annäherungssystem des Patienten primt, indem er positive Motivationale Ziele und positive Emotionen aktiviert. Wenn ihm das nicht in ausreichendem Masse gelingt, fehlt für die Hemmung negativer Emotionen und für die Generierung aktiven Problemlösungsverhaltens auf Seiten des Patienten der dafür erforderliche neuronale Kontext. Die Probleme werden dann zwar aktiviert, aber es fehlt die entscheidende zweite Komponente für das Eintreten positiver Therapieeffekte, der auf Annäherung ausgerichtete neuronale Kontext.

Wir haben in den letzten Jahren umfangreiche Prozessanalysen durchgeführt und dabei immer wieder gefunden, wie wichtig ein gutes Annäherungspriming ist, wenn man in der Therapie Probleme behandelt, die mit starken negativen Emotionen verbunden sind. Das Annäherungssystem kann man am besten aktivieren, indem man den Patienten möglichst viele positive Wahrnehmungen im Sinne seiner Grundbedürfnisse machen lässt, also für sein Bindungsbedürfnis, sein Kontrollbedürfnis und sein Selbstwertbedürfnis. In unseren Prozessanalysen haben wir deshalb Therapieausschnitte, in denen schmerzhaft Probleme des Patienten behandelt wurden von trainierten Ratern daraufhin einschätzen lassen, in welchem Ausmass die Patienten in dem jeweiligen Therapieabschnitt solche bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen machen konnten. Wir sind dabei folgendermassen vorgegangen:

Abb. 8-15

Diese Ergebnisse stimmen sehr gut überein mit den zuvor ausgeführten neurowissenschaftlich inspirierten Überlegungen, wie negative Emotionen gehemmt werden können. Es ergibt sich daraus die folgende Konzeption der Wirkungsweise von Psychotherapie:

Abb. 16

Die Behandlung von psychischen Störungen mit störungsspezifischen Massnahmen ist nach dieser Betrachtungsweise ein wichtiger, aber nicht der wichtigste Teil wirksamer Psychotherapie. Das Herbeiführen bedürfnisbefriedigender Erfahrungen zur Verringerung des Inkongruenzniveaus und zur kontinuierlichen Aktivierung des Annäherungssystems durch massgeschneiderte Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung sind eher noch wichtigere Teile der therapeutischen Tätigkeit. Dieser Teil wirksamer Psychotherapie ist in der VT bisher nicht genügend entwickelt

und gepflegt worden. Es handelt sich um therapeutischen Aufgaben, die nichts mit den Störungen des Patienten zu tun haben. Sie sind störungsübergreifend. Durch die zu starke Fixierung auf die Störungen sind diese wichtigen Teile therapeutischer Tätigkeit vernachlässigt worden. Auch bei der Problembearbeitung stehen bisher zu sehr die Störungen selbst zu einseitig im Mittelpunkt. Es gibt, wie ich vorhin ausgeführt habe, weit mehr Ansatzstellen zur Verringerung von Inkongruenz und damit zur Induktion allgemeinerer Besserungen als nur die Bearbeitung von psychopathologischen Störungen.

Wenn die VT die Konsequenzen aus diesen durch die neurowissenschaftliche Forschung und auch durch die psychotherapeutische Prozessforschung gut belegten Sachverhalten zieht, wird sich ihr Bild verändern. Sie wird die Eigendynamik psychischer Störungen weiterhin ernstnehmen und ihr mit störungsspezifischen Massnahmen Rechnung tragen, aber sie wird weniger auf die Störungen fixiert sein. Sie wird sich mehr mit dem motivationalen Kontext befassen, in dem Störungen entstehen und in dem ihre Behandlung erfolgt. Es ist nicht so wichtig, ob wir sie dann noch als VT oder als Neuropsychotherapie oder noch anders bezeichnen werden. Wichtig ist, dass sie einen ganzheitlicheren Blick auf den Menschen mit

psychischen Störungen einnimmt. Aus neurowissenschaftlicher Perspektive geht es in einer Psychotherapie, die nachhaltig wirken soll, nicht nur darum, Störungen zu beseitigen, sondern darum, die psychische Gesundheit zu verbessern, und psychisch gesund ist ein Mensch vor allem dann, wenn seine Grundbedürfnisse gut befriedigt werden. Es macht schon einen recht grossen Unterschied für das therapeutische Selbstverständnis, ob man das primäre Therapieziel darin sieht, Störungen zu beseitigen oder einem Menschen zu helfen, seine Grundbedürfnisse besser zu befriedigen. Dies ist nicht nur eine Frage von Werten, es ist auch eine Frage der Wirksamkeit.

Alles deutet darauf hin, dass Psychotherapie, die alle Möglichkeiten nutzt, die Konsistenz im psychischen Geschehen zu erhöhen, wirksamer ist als Therapie, die sich nur auf die Reduktion von Störungen konzentriert. Wenn die VT weiter an der Spitze wirksamer Therapien stehen will, wird sie gut daran tun, der Bedürfnisbefriedigung ihrer Patienten mehr Beachtung zu schenken. Dass uns ausgerechnet die neurowissenschaftliche Forschung einmal zu dieser Erkenntnis bringen würde, ist sicher einigermassen überraschend. Aber bei näherem Hinsehen doch wieder nicht: Es ist ja eigentlich nicht erstaunlich, dass die Natur des Menschen fest in seinem Gehirn verankert ist. Je mehr man sich mit dem Gehirn beschäftigt, umso klarer sollten sich die spezifisch menschlichen Qualitäten herauschälen und dazu gehört, dass erst der motivationale Aspekt dem Leben des Menschen Sinn und Bedeutung verleiht. Man kann psychische Störungen nicht von dem motivationalen Kontext lösen, in dem sie entstehen und stehen bleiben. Das gilt auch für ihre Behandlung. Wenn die VT diese Erkenntnis einmal internalisiert haben wird, wird sie nicht mehr dieselbe sein. Wie sie sich dann nennen wird, sei dahingestellt, aber Neuropsychotherapie wäre nach meiner Meinung keine schlechte Alternative.