

1 Einführung

Sabine C. Herpertz, Knut Schnell und Peter Falkai

Mit der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen in Deutschland und Europa stellt sich sowohl für den einzelnen Betroffenen als auch für die Gesellschaft die Frage nach einer Optimierung der Behandlung. Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys (Jacobi et al. 2004 a, 2004 b) erkrankt etwa jeder dritte Erwachsene in Deutschland, vergleichbar mit internationalen Studien, im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung, das sind über 16 Millionen erwachsene Menschen zwischen 18 und 65 Jahren. Über 40 % der Arbeitsunfähigkeitstage gehen auf psychische Erkrankungen zurück. In 2010, so berichtete kürzlich die Techniker Krankenkasse, sind binnen eines Jahres Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen erneut um fast 14 % gestiegen. Rückfallquoten im Sinne von Rehospitalisierungen bei mehr als ein Drittel aller Patienten mit rezidivierender depressiver Störung innerhalb eines Jahres (GEK Krankenhaus-Report 2011) lassen nach der Langzeitwirkung stationärer Behandlungen auf den Verlauf außerhalb der Klinik fragen. So machten psychische und psychosomatische Störungen im Jahr 2010 12,1 % des Gesamtkrankenstands aus und standen damit an vierter Stelle der großen Volkskrankheiten. Diese Entwicklungen werfen die Frage nach einer Optimierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung auf, um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden und den Nachwuchs im Fach adäquat auf seine Aufgaben vorzubereiten.

Eine solche Vorbereitung auf die psychotherapeutischen Aufgaben in der Psychiatrie

wird leider erheblich durch die Tatsache erschwert, dass die Zusammenhänge der vielfältigen psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten nicht nur für den Berufsanfänger oft nur mit Mühe erkennbar sind. Die Darstellung in diesem Buch bietet daher zu jeder Störung eine strukturierte Übersicht, in welchem Zusammenhang die beschriebenen Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken stehen.

Die heute geltenden Richtlinien für psychotherapeutische Behandlungen wurden 1967 durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedet und in die kassenärztliche Versorgung eingeführt. Es waren im ersten Schritt die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die als sog. Richtlinienverfahren zum festen Bestandteil der medizinischen Versorgung wurden. 1987 kam die Verhaltenstherapie als weiteres Richtlinienverfahren hinzu. In den Psychotherapie-Richtlinien werden Verfahren, Methoden und Techniken definiert und beschrieben, die vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, einem gemeinsamen Gutachtergremium von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer, nach genau festgelegten Kriterien und Verfahrensregeln auf ihre empirische Evidenz geprüft wurden und als Leistung i.R. der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von approbierten und in einem der drei Richtlinienverfahren zugelassenen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden können. Die Psychotherapie-Richtlinien werden kontinuierlich im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte

und Krankenkassen (g-BA) beraten und ergänzt.

Nach den Richtlinien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie ist ein *Psychotherapieverfahren* gekennzeichnet durch eine umfassende Theorie (oder verschiedene Theorien mit gemeinsamen theoretischen Grundannahmen) der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung und eine aus der Theorie abgeleiteten psychotherapeutischen Behandlungsstrategie bzw. mehrerer psychotherapeutischen Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen. Auch sollten auf die Theorie bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung vorliegen.

Patienten, die sich durch komplexe Krankheitsbilder, psychische und somatische Komorbidität, akute Krise oder/und chronischen Verlauf oder eine schwierige psychosoziale Situation auszeichnen, werden vom Angebot der Richtlinienpsychotherapie häufig nicht erreicht. So geht aus dem Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011 hervor, dass Patienten mit psychotischen und bipolaren Störungen selten im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie behandelt werden. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die Finanzierung einer Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren ein mehrwöchiges Antragsverfahren und einen definierten zeitlichen Rahmen voraussetzt und konzeptuell keine Einbindung in einen multimodalen Therapieansatz aus Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und Soziotherapie vorsieht. Eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und geeigneter Psychotherapie ist in der Psychiatrie aber häufig indiziert, denkt man z. B. an die S3-Praxisleitlinien Depression. Hiernach sollte bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen und Double Depression die Indikation zur Kombinationsbehandlung vorrangig vor

einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden. Die besondere Bedeutung einer multimodalen Therapie wird auch durch Studienergebnisse gestärkt, die darauf verweisen, dass die Compliance bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet. Schließlich liegt ein weiteres Problem der verfahrensbasierten Psychotherapien in ihrer ätiopathogenetischen Konzeption begründet. Für die verschiedenen psychischen Störungen werden uniforme kausale Krankheitsfaktoren angenommen und die Behandlungsfoki entsprechend gewählt. Ein solches Behandlungskonzept wird aber häufig der Lösung von Problemen nicht gerecht, die aus sehr komplexen, vernetzten, dynamischen und z. T. auch intransparenten Prozessen resultieren (Bohus et al. 2012).

Seit einigen Jahren werden in der psychiatrischen Psychotherapie neben den genannten verfahrensorientierten Psychotherapien sog. *störungsspezifische psychotherapeutische Methoden* favorisiert und für eine wachsende Anzahl psychischer Erkrankungen entwickelt. Eine Methode geht typischerweise von einem störungsspezifischen Ätiologiekonzept aus. Sie muss im Unterschied zum Verfahren für die Behandlung nur einer Störung geeignet sein und ist – entsprechend den Vorgaben des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie – gekennzeichnet durch eine Theorie der Entstehung, der Aufrechterhaltung und Behandlung dieser Störung, definierten Indikationskriterien sowie der (häufig manualisierten) Beschreibung der Vorgehensweise. Vieler dieser störungsspezifischen manualisierten Psychotherapien integrieren *Techniken*, d. h. konkrete Vorgehensweisen, die ursprünglich unterschiedlichen Verfahren entstammen, schließen Interventionen zur Herstellung von Motivation oder ein gestuftes Vorgehen abhängig von der Akutizität der Situation des Patienten ein.

Störungsspezifische Methoden allerdings bedürfen vor allem bei schwerkranken Pa-

tienten Modifizierungen in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen wie interaktionelle Kompetenz, kognitive und emotionale Fähigkeiten sowie Bewältigungsmöglichkeiten. Schließlich erfordert psychische und somatische Komorbidität eine Flexibilisierung störungsspezifischer Ansätze wie auch bei chronischen Erkrankungen über die Lebensspanne hinweg unterschiedliche Probleme oder psychopathologische Syndrome im Vordergrund stehen können und ein modifiziertes Vorgehen erfordern. Deshalb wird heute der Begriff der *störungsorientierten Psychotherapie* häufig vorgezogen (Herpertz, Caspar, Mundt 2008), der ein flexibleres Vorgehen nicht nur in Abhängigkeit vom Störungsbild sondern auch von individuellen Bedürfnissen des Patienten und unter Berücksichtigung von allgemeinen Wirkfaktoren vorsieht (Caspar et al. 2010). Eine solche störungsorientierte Psychotherapie integriert häufig Techniken unterschiedlicher Verfahren und wird in der stationären Psychotherapie an psychiatrischen Kliniken seit vielen Jahren praktiziert. Auch in der ambulanten Versorgung hat in der Behandlung des »typischen psychiatrischen Patienten« bereits eine ähnliche Entwicklung eingesetzt. Rund drei Viertel aller in internationalen Untersuchungen befragten Psychotherapeuten arbeiten bereits integrativ (Norcross und Goldfried 2005; Orlinsky und Rønnestad 2005). Auf der Basis des ihrer initialen Ausbildung gemäßen Psychotherapieverfahrens übernehmen Psychotherapeuten zunehmend Techniken aus anderen Behandlungsverfahren. Ergebnisse der Psychotherapieforschung (Orlinsky et al. 2006) verweisen auf durchaus positive Erfahrungen mit diesem Entwicklungsprozess, wenngleich die empirische Forschung erst am Anfang stehen dürfte. Ein störungsorientiertes Vorgehen hat in der klinischen Praxis der evidenzbasierten Medizin und Leitlinien ebenfalls Eingang gefunden, die eng mit der Forderung nach Integration individueller klinischer Expertise mit der besten, verfüg-

baren, externen Evidenz aus systematischer Forschung und Berücksichtigung der Patientenpräferenz verbunden ist. Dieses Buch soll daher durch eine einheitliche Strukturierung aller Kapitel und Übersichtsabbildungen gewissermaßen die Navigation zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Methoden und Techniken in ihrem jeweiligen Störungsbezug ermöglichen und so gleichzeitig einen Überblick über ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzeigen.

Die Beobachtung, dass unterschiedliche Therapieverfahren in vergleichenden Studien überraschend häufig mit ähnlichen Ergebnissen aufwarten (»Äquivalenzparadoxon«), führt zu der Frage, ob sich Psychotherapeuten zwar auf unterschiedliche Verfahren bzw. theoretische Konzepte beziehen und Techniken mit unterschiedlichen Namen anwenden, dabei jedoch die Bedeutung des Gemeinsamen bzw. »Unspezifischen« unterschätzen (Herpertz und Herpertz, im Druck). Zielführend könnte entsprechend der Empfehlung von Caspar et al. (2008) die Orientierung an Wirkfaktoren oder Wirkprinzipien sein, die bei der Auswahl geeigneter Techniken zu berücksichtigen sind. Grawe (1995) schlug folgende grundlegende Wirkfaktoren der Psychotherapie vor: Therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und Problembewältigung. Dabei sollte in der Psychiatrie eine zunächst vorliegende eingeschränkte Psychotherapiemotivation nicht vorzeitig zum Schluss der »Therapieunfähigkeit« führen. Viele Patienten, die im psychiatrischen Versorgungssystem Hilfe suchen, verfügen vielmehr über ein wechselndes und z.T. auch nur geringes Funktionsniveau aufgrund eingeschränkter sozialer Fähigkeiten, Defiziten in der kognitiven Leistungsfähigkeit, nicht selten auch begleitenden körperlicher Erkrankungen oder auch eingeschränkter Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Zu hohe Maßstäbe an die Therapiefähigkeit bewirken, dass nur ein Teil psychiatrischer Patienten

ten psychotherapeutisch behandelt werden kann und zwar vor allem in Remissionsphasen, was nicht zuletzt die heute noch verbreitete Akutbehandlung ohne Psychotherapie zur Folge hatte. Vielmehr sollte beachtet werden, dass entsprechend des »Stages of Change«-Modell (Prochaska et al. 1994) Patienten, teils wiederholt, Stufen der Entwicklung von Veränderungsmotivation von »precontemplation« (es wird negiert, dass überhaupt ein Problem besteht) über »contemplation« und »preparation« zu »action« und schließlich »maintenance«

durchlaufen. Deshalb muss die Entwicklung zur Veränderungsmotivation kontinuierlich reflektiert werden und beachtet werden, dass vor (neuen) konkreten Veränderungsschritten häufig die Motivation weiterentwickelt werden muss. Der im psychiatrischen Kontext Tätige braucht deshalb eine besondere Kompetenz, Patienten zu einer Psychotherapie zu motivieren bzw. in Psychotherapie zu halten, so dass der Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine zentrale Bedeutung zukommt.

Profil psychotherapeutischer Aufgaben in der Psychiatrie

Die typischen Merkmale von Patienten in psychiatrischen Kliniken bzw. in fachärztlichen Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie erfordern die Fokussierung auf eine besondere Expertise in der Behandlung. Zu diesen Merkmalen gehört die

1. Akutizität der Erkrankung einschließlich Notfallsituationen infolge von Suizidalität, seltener auch Fremdgefährdung,
2. hoher Schweregrad im Sinne von Krankheitssymptomen als auch psychiatrischer und somatischer Komorbidität,
3. niedriges Funktionsniveau im Alltag mit Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit und/oder niedriger zwischenmenschlicher Kompetenz, sowie
4. hoher Chronifizierungsgrad mit z. T. wechselnder Symptomatik.

Der hohe Schweregrad erfordert häufig eine multimodale Therapie, in der sich die Frage nach den Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Therapiesträngen stellt, wie Erschwerung von Selbstwirksamkeitserfahrungen in der Psychotherapie bei begleitender Psychopharmakotherapie, mögliche Beein-

trächtigung von Antrieb und kognitiven Funktionen unter der Akutwirkung bestimmter Klassen von Psychopharmaka und schließlich Unterschiede in der therapeutischen Haltung. Es reicht deshalb nicht, Kompetenz in unterschiedlichen Therapieverfahren zu haben, vielmehr erfordern Kombinationstherapien die kontinuierliche Reflexion der Auswirkungen therapeutischen Handelns auf das Arbeitsbündnis, die therapeutische Beziehung sowie das Krankheitskonzept des Patienten. Schließlich müssen auch psychotherapeutische Angebote für solche Patienten vorliegen, die aufgrund existenzieller Nöte, geringer intellektueller Kapazität oder Angst vor Veränderung von üblichen psychotherapeutischen Vorgehensweisen nicht erreicht werden, aber am »Ende der Versorgungskette« angekommen sind.

Das Behandlungsangebot erfordert deshalb eine hohe Flexibilität, sowohl in der Art der Intervention, der Dosis und Dosisverteilung über die Zeit als auch des Settings. Zu berücksichtigen sind typische Verläufe von psychischen Erkrankungen (episodisch, chronisch, chronisch-progredient), ihre Interaktion mit altersabhängigen Entwick-

lungsaufgaben, Lebensereignissen und sozialem Kontext. Deshalb sind neben der Behandlung einer akuten Erkrankung immer auch Fragen der Stabilisierung und Rückfallprävention mit dem Patienten zu erörtern und wenn nötig anzubieten. Schwere Krankheitsverläufe, mangelndes Ansprechen auf Behandlung, akute Eigen- oder Fremdgefährdung als auch ein belastendes soziales Umfeld werfen die Frage nach der Notwendigkeit einer stationären oder teilstationären Behandlung auf. In jedem Fall müssen für Psychotherapien – auch in Notfallsituationen – Minimalkriterien erfüllt sein, die ein psychotherapeutisches Gespräch erst möglich machen, das per definitionem (vgl. Strotzka 1975) immer ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess ist, einen Konsens über die Behandlungsbedürftigkeit und die Zielsetzung voraussetzt und eine tragfähige, emotionale Beziehung in einem geeigneten Setting notwendig macht. Oft, aber nicht immer, geht Psychotherapie in der Psychiatrie mit einem definierten Anfang und einem ins Auge gefassten Ende einher; daneben gibt es auch jahrlange oder gar lebenslange niederfrequente Psychotherapien bei besonders schwerwiegenden und chronisch verlaufenden Erkrankungen. Mit Blick auf diese Komplexität der psychotherapeutischen Tätigkeit in der Psychiatrie werden in allen störungsspezifischen Kapiteln dieses Buches die notwendigen Anpassungen von Interventionen in verschiedenen Behandlungssettings des psychiatrischen Versorgungsaltags diskutiert.

Dieses Buch lädt Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und solche, die es werden wollen, sowie andere ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹, die in psychiatrischen Kliniken und Praxen tätig

sind bzw. mit ihnen kooperieren, ein, eine vielleicht etwas unkonventionelle Perspektive zu wählen. So geht unser Buch nicht von der Theorie, sondern von den Interventionen aus, sucht nach ihrer spezifischen Ausformung in störungsorientierten Methoden, stellt Gemeinsamkeiten und Unterschiede im therapeutischen Vorgehen abhängig von Verfahren und Methode heraus, ohne aber die In-Beziehung-Setzung zu Krankheits- und Therapietheorien zu vernachlässigen. Hierzu werden in den einzelnen störungsbezogenen Kapiteln psychotherapeutische Interventionen im Rahmen einer Abbildung als schematischer Überblick mit den Ebenen Techniken, Methoden und Verfahren vorgestellt. Dies soll eine Einordnung der Interventionen in den Rahmen existierender psychotherapeutischer Theorien ermöglichen, nicht zuletzt um im Einzelfall den Bezug der Intervention zu den Richtlinienverfahren zu erleichtern (z. B. im Antragsverfahren). Zudem werden die jeweiligen Methoden in ihrer angestrebten Wirkung auf die Arzt(Therapeut)-Patient-Beziehung, die Kognitionen, das Verhalten und das soziale Umfeld des Patienten in einer alle Kapitel (abgesehen von der Demenz) durchlaufenden Abbildung zur Darstellung gebracht.

Mit diesem Buch wollen wir nicht eine neue psychotherapeutische Vorgehensweise proklamieren, vielmehr wird die Zielsetzung verfolgt, die Inhalte der Psychotherapie so auszuwählen und darzustellen, wie es für in psychiatrischen Kliniken und Praxen tätige Therapeuten angesichts ihrer »typischen« Patienten hilfreich ist.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden, wenn grundsätzlich beide Geschlechter gemeint sind, auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet und ausschließlich die Kurzform (männlich) gewählt. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2 Allgemeine Grundlagen und Basiskompetenzen

Knut Schnell und Sabine C. Herpertz

1 Was ist Psychotherapie? – Die Beziehungsperspektive

Was verstehen wir eigentlich unter dem Begriff Psychotherapie? Man kann mit dieser Frage den Alltag der psychiatrischen Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen betrachten bzw. sich fragen, in welchen Situationen psychotherapeutische Interventionen stattfinden. Dabei wird man Probleme haben zu bestimmen, welche Formen der Interaktion mit Patienten keine Effekte auf deren psychischen Zustand haben. Tatsächlich liegt der Schluss nahe, dass jeder Arzt-Patienten-Kontakt Effekte auf den psychischen Zustand des Patienten hat, sei es in positiver oder negativer Weise. Damit aus diesen Interaktionen Interventionen werden – d.h. geplante, indikationsbezogene Anwendungen psychotherapeutischer Techniken, die sich positiv auf den Zustand von Patienten auswirken, ist ein Basiswissen über die Effekte eigenen Verhaltens auf den psychischen Zustand des Patienten erforderlich. Dieses Wissen soll die Auswahl von Verhaltensweisen mit dem Ziel therapeutischer Wirkungen ermöglichen.

Dabei ist nicht in allen Fällen von Anfang an eine störungsspezifische Auswahl von Interventionen, wie sie in den folgenden Kapiteln dargestellt werden, möglich. Ein naheliegender Grund hierfür ist die Notwendigkeit, zunächst mit einer ausreichenden Sicherheit eine Diagnose zu stellen, was ggf. einige Tage mit entsprechender Diagnostik dauern kann. Ein wesentliches Argument für den Erwerb von Basiskompetenzen ist daher die Tatsache, dass symptom-

bzw. syndromorientierte (Krisen-)Interventionen oft auch vor Stellung einer definitiven Diagnose – z.B. bei Behandlung von Notfällen – notwendig werden. Schließlich muss auch ein Notfallmediziner in der Lage sein, ohne definitive Diagnose die vitalen Körperfunktionen eines Patienten zu stabilisieren.

Als weiteres Argument für die Vermittlung psychotherapeutischer Basiskompetenzen ist anzuführen, dass zu Beginn der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten i.d.R. noch kein entsprechend differenziertes Methodenwissen bzw. keine Fertigkeiten existieren, um unmittelbar auf störungsspezifische Methoden zurückgreifen zu können. Unabhängig vom Ausbildungsstand wird die Auswahl von Interventionen auch durch weitere Faktoren erschwert. Zu nennen sind die Komorbidität verschiedener Störungen, die Interaktion mit körperlichen Erkrankungen und pharmakologischen Effekten.

1.1 Das konsistenztheoretische Modell der Allgemeinen Psychotherapie

Für den Erwerb psychotherapeutischer Basistechniken ist es sinnvoll, zunächst ein allgemeines Modell psychischer Störungen und der Wirkung psychotherapeutischer Interventionen zu kennen. Dieses Modell soll

gleichzeitig den bio-psycho-sozialen Kontext der Entstehung und Behandlung psychischer Störungen beschreiben. Als Grundlage hierfür erscheint das von Klaus Grawe (2004) in seinem Buch Neuropsychotherapie dargestellte *konsistenztheoretische Modell psychischen Geschehens* geeignet. Als Basis der Entwicklung einer Allgemeinen Psychotherapie zielt es explizit darauf ab, psychische Störungen ebenso wie ihre Behandlung auf der biologischen Basis der Informationsverarbeitung im menschlichen Gehirn zu verstehen. Dies erscheint für psychotherapeutisches Handeln in der Psychiatrie angesichts des Nebeneinanders von psychotherapeutischen und biologischen

Interventionen (z.B. Pharmakotherapie, EKT, Behandlung organischer Erkrankungen) angemessen. Prinzipiell lassen sich im konsistenztheoretischen Modell hierzu zwei verschiedene Ebenen berücksichtigen (► Abb. 2.1):

1. Die Ebene des unmittelbar *beobachtbaren* situativen Verhaltens und des *mitteilbaren* Erlebens von Menschen in ihrer Interaktion mit der Umwelt
2. Die neurobiologische Systemebene, d.h. die Ebene der Informationsverarbeitungsprozesse des Gehirns

Beispiel

Man kann sich zum besseren Verständnis dieser Betrachtungsweise in eine nächtliche akute Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik versetzen. Eine Frau, die nach einem Streit mit einem Familienangehörigen plötzlich auf eine vielbefahrene Straße gelaufen ist, wird vom Notarzt in Polizeibegleitung in die Klinik gebracht. Sie gibt zu Beginn des Gesprächs in erregtem Zustand unvermittelt an, dass sie die Klinik sofort wieder verlassen möchte, um daraufhin zunächst weitere Antworten zu verweigern.

Betrachtet man diese Situation im Konzept der Allgemeinen Psychotherapie (Grawe 1998), so können sich zunächst folgende Überlegungen ergeben:

1. *Auf der Ebene des unmittelbar beobachtbaren situativen Verhaltens und mitteil-*

baren Erlebens, lassen sich Symptome psychopathologisch durch Beobachtung und Exploration beschreiben. Nicht zu vernachlässigen ist hierbei auch die Information, die sich im Rahmen der Interaktion ergibt.

Psychopathologisch lässt sich – auch aus den spontanen Berichten der Angehörigen – Folgendes erheben: Die Patientin hat unmittelbar zuvor das o.g. impulsive, zunächst als suizidal einzuschätzende Verhalten gezeigt. Die Angehörigen berichten zudem von gedrückter Stimmung, Schlafstörungen, Ängsten und verminderter Nahrungsaufnahme in den Vortagen. Die Patientin habe viel geweint und am heutigen Abend Alkohol getrunken. Im unmittelbaren Kontakt erscheint die Patientin gesperrt, was sich bei weiterer Befragung in Kombination mit einer Zunahme der bereits beobachteten psychomotorischen Anspannung verstärkt.

Aufgrund dieser Symptome kann zunächst eine Verdachtsdiagnose aus katalogisierten kategorialen Systemen wie dem ICD oder DSM abgeleitet werden, die im Verlauf überprüft werden muss und den Charakter einer Arbeitshypothese hat. Gleichzeitig besteht auch die

Möglichkeit einer dimensionalen Erfassung von Erleben und Verhalten z. B. mit klinischen Scores für Symptomausprägungen oder Profilen (Interaktionsverhalten, z. B. Kiesler Kreis, vgl. Abschnitt 3.2 v. ► **Kap. 4** »Chronische Depressionen« sowie ► **Abb. 4.2**). Das Interaktionsverhalten ist in dieser Akutsituation von großer Bedeutung, da es den weiteren Verlauf und die Möglichkeiten einer gemeinsamen Therapieplanung bestimmt.

2. Auf der neurobiologischen Ebene, d. h. der Ebene der parallelen Informationsverarbeitungsprozesse des Gehirns sind nicht nur die Effekte von Psychotherapie zu be-

obachten, sondern auch Störungen, die als Effekte körperlicher Erkrankungen entstehen, sowie erwünschte und unerwünschte pharmakologische Wirkungen.

Im vorgestellten Fall wäre beispielsweise zu berücksichtigen, dass die Patientin alkoholisiert war, als sie auf die Straße lief. Der pharmakologische Effekt des Alkohols hat hier also möglicherweise zu einer erhöhten Impulsivität, d. h. einer verminderten Selektivität in der Auswahl motivationaler Schemata und ihrer Umsetzung in Verhalten geführt (► **Abb. 2.1**). Es ist davon auszugehen, dass sich dieser pharmakologische Einfluss auf die Konsistenzregulation auswirkt.

Zu den wichtigsten und gleichzeitig schwierigsten Aufgaben der Psychotherapie im psychiatrischen Versorgungssetting gehört es, die Interaktion der beschriebenen Ebenen zu berücksichtigen. Einen solchen theoretischen Rahmen bildet das konsistenztheoretische Modell (► **Abb. 2.1**). Dieses Modell beschreibt auf der Ebene des Erlebens und Verhaltens die Differenz zwischen einem motivationalen Ziel und der Rückmeldung aus der Umwelt über das Erreichen dieses Zieles mit dem Begriff der *Inkongruenz* (Powers 1973). Aus dem kontinuierlichen Abgleich der Ziele aktivierter motivationaler Schemata mit den sensorischen Rückmeldungen aus der Umwelt entstehen ständig Signale über Kongruenz bzw. Inkongruenz. Sie geben dem Individuum Rückmeldung über die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse. Die aktuelle neurobiologische Forschung zeigt, dass sich solche Vorhersagefehler tatsächlich auch funktionell nachweisen lassen, z. B. anhand der Aktivierungs-

abnahme oder -steigerung des ventralen Striatums bei sensorischen Widersprüchen zu einer Belohnungserwartung (Knutson 2001).

Die motivationalen Schemata bilden das Bindeglied zwischen den Grundbedürfnissen und dem tatsächlichen Verhalten in der Interaktion mit der Umwelt. Sie lassen sich prinzipiell in Annäherungs- und Vermeidungsschemata unterteilen. Diese Einteilung lässt sich auch neurobiologisch abbilden, zum Beispiel im von Gray (1981) beschriebenen Modell der antagonistischen Wirkungen eines »Behavioral Approach Systems« (BAS) und eines »Behavioral Inhibition Systems« (BIS). Dementsprechend können entweder Annäherungsinkongruenz (z. B. bei Nichterreichen einer Belohnung, fehlender Zuwendung/Aufmerksamkeit im sozialen Kontakt etc.) oder Vermeidungsinkongruenz (z. B. bei Persistenz eines angstauslösenden Stimulus) fortbestehen und zu innerer An-

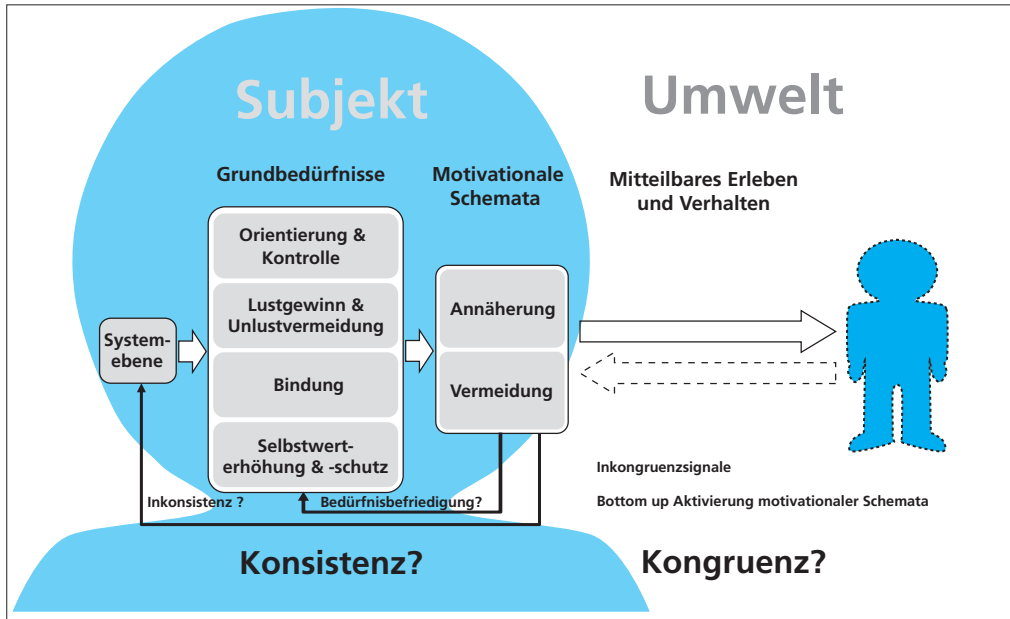


Abb. 2.1: Konsistenztheoretisches Modell psychischer Regulation nach Grawe (2004): Die Prozesse auf der Systemebene des Gehirns wirken im Sinne der Konsistenzsicherung der parallel ablaufenden Informationsverarbeitungsvorgänge (linker weißer Pfeil). Dies bestimmt auch, welche Grundbedürfnisse zu einem bestimmten Zeitpunkt Einfluss auf die Aktivierung motivationaler Schemata gewinnen (weißer Pfeil Mitte). Aus den daraus folgenden Handlungen sowie dem Erleben des eigenen Organismus und der Rückmeldungen aus der Umwelt ergeben sich Signale über deren Kongruenz/Inkongruenz mit den Vorhersagen der aktivierten Schemata (weiße Pfeile rechts). Auf den anderen Ebenen ergeben sich ebenfalls Regelschleifen durch die Rückmeldungen über Bedürfnisbefriedigung und Inkonsistenz.

spannung führen trotz Bemühungen, diese zu beenden.

Dieser über die Ebene des Verhaltens wirkende Abgleich zwischen aktivierten motivationalen Schemata (d.h. den repräsentierten Zielen einer Handlung) und den sensorischen Rückmeldungen aus der Umwelt wird normalerweise durch übergeordnete Prozesse der Informationsverarbeitung des Gehirns in Richtung der Zielerreichung gesteuert. D.h. die einzelnen Prozesse der funktionellen Domänen (z. B. Aufmerksamkeitssteuerung, Gedächtnis, Emotionsregulation ...) des Gehirns wirken synergetisch so zusammen, dass eine Zielerreichung möglich ist. Dieser synergetische Organisationszustand von Informationsverarbeitungspro-

zessen wird als *Konsistenz* bezeichnet. Das konsistenztheoretische Modell basiert auf der Grundannahme, dass die Regulationsmechanismen auf der Systemebene des Gehirns prinzipiell auf die Aufrechterhaltung/Erreichung von Konsistenz, d. h. der Vereinbarkeit parallel ablaufender Informationsverarbeitungsprozesse ausgerichtet sind, die wiederum prinzipiell der Befriedigung der Grundbedürfnisse dienen. Dieses Prinzip wirkt bereits implizit, d.h. es ist keine bewusste Ausrichtung des Individuums auf die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von Konsistenz notwendig.

Als Beispiel kann das häufig in Ableitung der Befunde von LeDoux (1994) zitierte Beispiel von den verschiedenen Reaktionen

auf die Wahrnehmung einer Schlange dienen: Erblickt man beim Zoobesuch zufällig neben sich eine Schlange in einem Terrarium, so kommt es zunächst zu einer raschen Aktivierung des limbischen Systems (speziell der Amygdala). Dies stellt eine automatische Bottom-up-Aktivierung motivationaler Vermeidungsschemata dar, die allerdings durch andere Hirnanteile innerhalb des limbischen Systems (Hippocampus) sowie längere kortikale Verarbeitungswege über den präfrontalen Kortex (Orbitofrontaler Kortex) gehemmt werden können, sobald der Kontext analysiert ist (Glasscheibe vor der Schlange; Bewusstsein, sich im Zoo zu befinden; Handelt es sich wohlmöglich nur um einen Stock?). Im konkreten Fall entsteht eine konsistente Abstimmung, d. h. eine Balance zwischen kortikalen Top-Down- und limbischen Bottom-Up-Pfaden der Informationsverarbeitung. Letztlich kann das initial aktivierte Annäherungsschema zur Befriedigung des Grundbedürfnisses Lustgewinn (sich die Reptilien näher ansehen) weiter umgesetzt werden. Wäre man schreiend aus dem Gebäude gerannt, so hätte sich mit der inkonsistenten Konkurrenz der Annäherungs- und Vermeidungsschemata ein subjektiv aversiver psychischer Zustand ergeben. Psychische Gesundheit wird demzufolge stabilisiert durch Konsistenzsicherungsmechanismen, die in psychologischen und neurowissenschaftlichen Theorien durch verschiedene Begriffe wie Abwehrmechanismen, Coping oder Emotionsregulation beschrieben werden.

Eine psychische Störung liegt in diesem Modell vor, wenn die Herstellung von Konsistenz über längere Zeiträume nicht mehr möglich ist (vgl. auch Caspar et al. 2008). Dies kann prinzipiell Gründe auf verschiedenen Ebenen haben: Innerhalb des Individuums in seiner individuellen Ausprägung von Grundbedürfnissen (z. B. unreal hohe Erwartungen nach Bindungsintensität, übersteigertes Bedürfnis nach Kontrolle), in der Konkurrenz aktivierter motivationaler Schemata

oder ihrer gesteigerten automatischen Auslösung, oder in einer Störung der neurofunktionellen Organisation des Gehirns, d. h. der Konsistenzsicherungsmechanismen selbst. Außerhalb des Individuums können selbstverständlich auch Einflüsse der Umwelt zu einer Störung der Konsistenz führen.

Das konsistenztheoretische Modell lässt somit ein bio-psycho-soziales Verständnis psychischer Erkrankungen zu: Die parallele Informationsverarbeitung des Gehirns bildet als Grundlage der Konsistenzregulation die biologische Komponente, das Zusammenspiel der Aktivierung von Grundbedürfnissen und ihre kognitionsgeleitete Umsetzung in motivationale Schemata stellt die psychische Komponente dar und die Ereignisse in der Umwelt mit den daraus entstehenden Kongruenzen/Inkongruenzen die soziale Komponente des Modells.

Wir können uns an dieser Stelle fragen, welche Ebenen in dem genannten Fallbeispiel betroffen sein könnten. Hierzu könnte es hilfreich sein, mögliche Wege der Inkonsistenzentstehung und der allgemeinen menschlichen Grundbedürfnisse genauer zu verstehen. Diese sollen im Folgenden näher erläutert werden.

1.2 Verschiedene Formen der Inkonsistenz

Grawe führte 2004 bereits verschiedene Formen der Inkonsistenz auf (S. 307): Ein intuitiv verständlicher Mechanismus, der zu Inkonsistenz führt, ist die *Interferenz* von zwei oder mehr konkurrierenden Prozessen der Informationsverarbeitung. Inkonsistenz ist die Wechselwirkung zwischen gleichzeitigen Wahrnehmungen. Exekutive Leistungen werden durch Interferenz beeinträchtigt. Konkret lässt sich z. B. experimentell zeigen, dass aufgrund der Konkurrenz zwischen