

Psychotherapie: ein unvollendetes Projekt

Rolf Haubl

Festvortrag im Rahmen der Feier „15 Jahre vhvp – 10 Jahre PsychThG“
Samstag, den 5. September 2009 in Frankfurt am Main, Haus am Dom

In den 15 Jahren seit Gründung des Verbandes Hessischer Vertragspsychotherapeuten hat sich in Psychotherapie und Psychotherapieforschung viel getan. Der Nutzen psychotherapeutischer Verfahren ist erwiesen. Im Einzelnen gibt es allerdings verschiedene Konfliktlinien zwischen den sechs Kriterien, die ihren Nutzen ausmachen: Wirksamkeit, praktische Bewährung, Nachhaltigkeit, Wertbindung, Wirtschaftlichkeit und Unbedenklichkeit.

Konfligierende Nutzenaspekte – aus der Sicht der Psychotherapieforschung

Generell ist Psychotherapie wirksam, wenn sie die Linderung der psychischen Störungen oder Lebensprobleme, die sie zu lindern beansprucht, zuverlässig leistet. Die Erklärung ihrer Wirkung liegt auf einer anderen Ebene. So können psychotherapeutische Verfahren hoch wirksam sein, obwohl die Erklärung dieser Wirkung falsch ist. Nach Maßgabe der geforderten Verwissenschaftlichung von Psychotherapie zählt ein Wirkungsnachweis unter Laborbedingungen am meisten. Als wirksam gilt ein Therapieverfahren dann, wenn es sich unter sonst gleichen Bedingungen einer Kontrollgruppe nicht therapierter Patienten gegenüber als überlegen erweist; oder wenn es mindestens dieselbe Wirkung wie eine Kontrollgruppe hat, die nach einem Verfahren therapiert worden ist, dessen Wirksamkeit außer Zweifel steht. Desgleichen können konkurrierende Therapieverfahren gegeneinander antreten.

Nun wird der „Goldstandard“ aber keineswegs allgemein akzeptiert. Und das aus gutem Grund: So zeigt sich, dass Wirksamkeitsnachweise nach dem RCT-Paradigma oft zu Ergebnissen führen, die nur wenig praxisrelevant sind. Zum Beispiel sagen gruppenstatistische Wirkungsvergleiche für sich genommen nichts über die Wirkung im Einzelfall aus. So kann sich eine Gruppe von Patienten, die nach einem bestimmten Verfahren therapiert worden sind, einer Kontrollgruppe nicht therapierter Patienten als überlegen erweisen, ohne dass es auch nur einen Patienten gibt, dem es besser geht.

Die Chance, die Wirksamkeit von Therapieverfahren nachzuweisen, wächst mit der Reduzierung der lebensweltlichen Komplexität der psychischen Störungen oder Lebensprobleme. Es kann sein, dass sich ein Therapieverfahren, das sich im Labor als wirksam erweist, praktisch nicht bewährt, weil die entsprechenden Fälle in der Praxis gar nicht vorkommen; oder es ist nicht möglich, die Randbedingungen der Therapieverfahren so zu kontrollieren wie im Labor.

Die berechtigte Kritik am „Goldstandard“ berechtigt freilich nicht, auf Untersuchungen zu verzichten. Aber sie verlangt, über die Angemessenheit von Psychotherapieforschung zu diskutieren. Die Kritik zielt nicht auf Kontrollgruppenvergleiche per se, sondern begründet ein Plädoyer für den Vorrang von „naturalistischen“ Untersuchungen der Wirkung von Therapieverfahren, da die Linderung psychischer Störungen oder Lebensprobleme ein lebenspraktisches und kein akademisches Problem ist. Insofern hat die Bewährung eines Therapieverfahrens in der therapeutischen Praxis (ethisch) eine Vorrangstellung. Schließlich kann man psychotherapeutische Behandlungen nicht solange einstellen, bis ihre Wirkung im Labor nachgewiesen ist. Stattdessen muss praxisrelevante Forschung von vornherein von der Komplexität der Realität ausgehen, wie sie der vorwissenschaftlichen Erfahrung entspricht.

Bezogen auf die geforderte Evidenzbasierung kommt dies ihrer notwendigen Relativierung gleich.

Der Fokus des dritten Nutzenaspekts, dem der Nachhaltigkeit, liegt auf der Wirksamkeit / praktischen Bewährung von Therapieverfahren über das Ende ihrer Anwendung hinaus. Gesucht wird nach Verfahren mit einer katamnestic Langzeitwirkung, wobei es das Optimum zwischen Dauer der Psychotherapie und Wirkungsdauer zu finden gilt.

Der Nutzenaspekt der Wertbindung erscheint auf den ersten Blick ungewöhnlich. Wenn Patienten die Wahl haben, zwischen zwei gleich wirksamen / praktisch bewährten Therapieverfahren zu entscheiden, dann ist zu vermuten, dass sie dasjenige Verfahren wählen, das mit ihren Werten übereinstimmt bzw. mehr noch: ihre Werte bestätigt. Denn kein Therapieverfahren ist nur zweckrational, sondern immer auch wertrational. Wahrscheinlich gibt es sogar eine hohe positive Korrelation zwischen Wirksamkeit / praktischer Bewährung und Wertbindung. Heißt: Ein Therapieverfahren wirkt besser, wenn es an die Werte des Patienten – mehr noch: an gemeinsame Werte von Patient und Therapeut – anschließt.

Der Nutzenaspekt der Wirtschaftlichkeit eines Therapieverfahrens rechnet seine Wirksamkeit / praktische Bewährung gegen die knappen Ressourcen auf, die verausgabt werden müssen, um den angestrebten Erfolg zu erreichen. Angestrebt werden „preiswerte“ Linderungen der psychischen Störungen oder Lebensprobleme, wobei es darauf ankommt, was als Kosten verbucht wird. So kann sich ein Therapieverfahren, das auf den ersten Blick wirtschaftlicher ist als ein gleich wirksames / praktisch bewährtes anderes Verfahren, als sehr viel „teurer“ herausstellen, wenn seine Wirkungen weniger nachhaltig sind.

Bleibt der Nutzenaspekt der Unbedenklichkeit. Lange ist so getan worden, als sei Psychotherapie per se unbedenklich. Während es für die Überprüfung von Medikamenten selbstverständlich ist, sie auf schädliche Nebenwirkungen hin zu untersuchen, fehlte es bislang an einer vergleichbaren Einstellung in der Psychotherapie. Aber alles, was wirkt, kann auch schaden. Obwohl es nur wenige Untersuchungen gibt, die sich systematisch mit dieser Frage befassen, erscheint es empirisch gesichert, dass in 5 bis 10% der Fälle nachteilige Auswirkungen auf die Patienten zu erwarten sind.

Als Gründe lassen sich nennen: (a) eine falschen Therapieindikation; (b) eine richtige Therapienindikation, bei der die Therapie aber unprofessionell durchgeführt wird; (c) eine richtige Therapieindikation und professionelle Durchführung, aber mangelnde Passung zwischen den Persönlichkeiten des Therapeuten und des Patienten; (d) unethisches Handeln des Therapeuten, der die Hilfsbedürftigkeit des Patienten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse missbraucht.

In Anbetracht solcher Fälle bedarf es zweifellos geeigneter Kontrollmaßnahmen, um Fehlentwicklungen und Schädigungen zu minimieren. Die folgenden Punkte finden bislang zu wenig Beachtung: (a) Kontra-Indikationen werden vernachlässigt: Fragt man nur, ob sich ein Patient für eine Therapie eignet, besteht die Gefahr, vorschnell eine Eignung zu konstatieren. Extra danach zu fragen, warum er sich nicht eignet, bietet eine wichtige Korrekturmöglichkeit. (b) Wechsel von Therapeuten und Therapieverfahren werden zu selten in Betracht gezogen, nicht zuletzt deshalb, weil auch Psychotherapeuten eine defensive Kausalattribution bevorzugen: Behandlungserfolge schreiben sie sich selbst zu, Misserfolge dagegen dem Patienten. (c) Jede Psychotherapie beeinflusst nicht nur den Patienten, sondern auch dessen Lebenswelt. Bislang wird aber den Lebenspartnern der therapierten Patienten zu wenig Beachtung geschenkt. Diese können zu Erfolg und Misserfolg einer Therapie erheblich beitragen – aber auch selbst psychosozial in Mitleidenschaft gezogen werden. (d) Obgleich

entsprechende Untersuchungen darauf hinweisen, dass eine sorgfältige Vorbereitung des Patienten auf die Therapie durch Informationen darüber, was er erwarten darf, wenn er auf eine bestimmte Art und Weise mitarbeitet, zu den Erfolgsfaktoren gehört, werden Arbeitsbündnisse oft nicht hinreichend informiert geschlossen.

Wenn Therapieverfahren mit anderen Formen der Einflussnahme (z. B. Medikation) sowie untereinander hinsichtlich ihres Nutzens konkurrieren, dann tun sie das – liegen gleiche Therapieziele vor – hinsichtlich konfligierender Nutzenaspekte. Dass Wirksamkeit und mehr noch: praktische Bewährung die Leitaspekte sind, dürfte plausibel sein. Indessen ist empirisch z.B. denkbar, dass Abstriche an der Wirksamkeit / praktischen Bewährung in Kauf genommen werden, wenn das Therapieverfahren dafür wirtschaftlich ist oder bestimmte Werte bestätigt. Denn die Beurteilung eines Nutzens hat immer etwas mit Präferenzen zu tun. Und da sich der Nutzen von Therapieverfahren nur im Hinblick auf bestimmte Therapieziele beurteilen lässt, kommt es sehr darauf an, wer die Ziele setzt. Als Profession muss Psychotherapie zum einen darauf achten, dass Zielsetzungen nicht den Kassen und / oder den Patienten überlassen bleiben, zum anderen, dass Kontroversen über die Wirksamkeit / praktische Bewährung verschiedener Therapieverfahren nicht auf der Ebene divergierender Methoden ausgetragen werden, wenn es tatsächlich um divergierende Ziele geht.

Krankheit und Gesellschaft

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten und die Lebensqualität am stärksten mindernden Erkrankungen unserer Zeit. In Europa macht jede vierte Person in ihrem Leben mindestens eine psychische Krankheitsepisode durch. Auch die durch psychische Störungen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten sind hoch. Sie belaufen sich in Deutschland auf 10% der Gesamtausgaben für Gesundheit, das sind mehr als 20 Milliarden Euro. Fehlzeiten-Reporte zeigen eine zunehmende Bedeutung psychischer Störungen für Arbeitsunfähigkeit. Trotz insgesamt sinkender Krankenstände sind die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen über die letzten Jahre deutlich gestiegen. Auffällig ist die Zunahme psychischer Störungen bei jungen Menschen: In der Altersgruppe zwischen 15 und 35 Jahren ist ein überproportionaler Anstieg zu verzeichnen. Dreiviertel aller Diagnosen fallen auf affektive Störungen (ICD 10: F30-F39) plus neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48). Die häufigste Einzeldiagnose ist die Diagnose Depression. Dabei schlägt sich die gesellschaftlich bestehende soziale Ungleichheit nach wie vor als Risikofaktor für die psychische Gesundheit nieder: Die Angehörigen der unterprivilegierten sozialen Schichten haben die höchsten Raten an psychischen Störungen, aber die niedrigsten Raten an Psychotherapie.

Ob die beobachteten Anstiege psychischer Störungen echte Anstiege sind, wird diskutiert. Immerhin könnte es sich um anderweitige Effekte handeln: um die Auswirkungen einer verbesserten psychodiagnostischen Kompetenz vor allem der Hausärzte, und / oder um die Auswirkungen einer zunehmenden Entstigmatisierung, die unter den Betroffenen zu einer größeren Bereitschaft führt, bereits von sich aus ihre Lebensprobleme als psychische Probleme zu verstehen und zu artikulieren. Obgleich solche Faktoren zweifellos auch wirksam sind, gehen die meisten Epidemiologen doch von einer real steigenden Inzidenz psychischer Störungen, insbesondere aus dem depressiven Spektrum aus.

Als Ursachen werden genannt: Belastungen durch den Wegfall Halt gebender und Sinn stiftender sozialer Strukturen, steigende Arbeitslosigkeit, eine wachsende Zahl prekärer Arbeitsverhältnisse sowie die Zunahme von Arbeitsbelastungen durch Zeitdruck, Überforderung, geringe Handlungsspielräume und mangelnde Anerkennung.

Wir haben unter dem Titel „Psychosoziale Kosten turbulenter Veränderungen. Arbeit und Leben in Organisationen 2008“ vor kurzem eine Untersuchung durchgeführt, bei der wir auf dem Hintergrund der Ergebnisse qualitativer Interviews gut eintausend Supervisoren über ihre Erfahrungen in der Arbeitswelt befragt haben. Die Ergebnisse bestätigen, dass sich die moderne Arbeitsgesellschaft in einer krisenhaften Entwicklung befindet, wie sie von Soziologen für den Zusammenhang von zunehmender Depressionsrate und einer zunehmenden neo-liberalen Vermarktlichung der Lebensführung plausibel gemacht worden ist. Sie gehen davon aus, dass Menschen in einer globalisierten Gesellschaft ein hohes Maß an Identitätsarbeit leisten müssen. Die zunehmende Erosion traditioneller Lebenskonzepte mutet ihnen mehr Eigenverantwortung und eine aktive Lebensgestaltung zu. Für viele ist das eine Chance der Selbstverwirklichung, für die Mehrheit aber überwiegt das Risiko des Scheiterns, vor allem dann, wenn relevante Ressourcen fehlen: Geld, Bildung, soziale Unterstützung. Und als zentrale psychische Ressource: Resilienz, die wir als Fähigkeit zur Selbstfürsorge konzipieren.

Patienten als Kunden: Wunsch erfüllende Psychotherapie?

Psychotherapie kann ein hilfreiches Angebot sein, Selbstfürsorge zu entwickeln und dadurch kränkenden und krank machenden gesellschaftlichen, insbesondere beruflichen Anforderungen zu widerstehen. Da Gelegenheitsbeobachtungen zufolge Psychotherapie aber zunehmend auch von Menschen nachgefragt wird, die mit der neo-liberalen Leistungsideologie identifiziert sind, treffen Psychotherapeuten zunehmend auf Erwartungen, fit gemacht zu werden für eine erfolgreiche Konkurrenz.

Vermutlich sind Psychotherapeuten dafür nicht die erste Anlaufstelle. Die betroffenen Menschen behelfen sich zunächst anders: sie suchen den grauen Psychomarkt nach Angeboten ab, die entsprechende Erfolge versprechen, wobei sie die Angebote schnell wechseln, um jede Enttäuschung mit einem neuen Versprechen zu besänftigen; oder sie vertrauen, wenn sie der Leitungsebene angehören, auf die Arbeit mit einem Coach, der aus der Wirtschaft kommt und vermeintlich über Insiderwissen verfügt, das ihnen einen Konkurrenzvorteil verschafft. Oder sie rüsten erst einmal psychopharmakologisch auf.

Die DAK hat für ihren Gesundheitsreport 2009 eine Befragung in Auftrag gegeben, die dies bestätigt: 5% der Befragten geben an, Psychopharmaka einzunehmen, um den Belastungen an ihrem Arbeitsplatz gewachsen zu sein, ein weit größerer Prozentsatz berichtet, dass sie schon einmal von Arbeitskollegen oder Familienmitgliedern darauf angesprochen worden seien, ob sie nicht Psychopharmaka einnehmen wollten. Die häufigsten Medikamente sind in absteigender Reihe: Anxiolytika, Antidepressiva und Psychostimulanzien.

Wie kommt es zu solchen Verschreibungen? Die Frage ist berechtigt. Bevor man sie aber mit einer schnellen Ärzteschelte beantwortet, muss man in Rechnung stellen, dass es – nicht zuletzt durch das Internet – einen expandierenden grauen Medikamentenmarkt gibt, auf dem sich alle rezeptpflichtigen Medikamente relativ leicht rezeptfrei kaufen lassen.

Auch ohne schnelle Ärzteschelte, bleibt die berechtigte Frage nach der Verordnungspraxis. Systematische Untersuchungen gibt es nicht, aber Gelegenheitsbeobachtungen, die auf eine Entkoppelung von Diagnose und medikamentöser Therapie bzw. auf eine Senkung von Diagnosestandards zum Zwecke der Rechtfertigung einer medikamentösen Therapie verweisen. Dieser Prozess hat sehr viel mit einer Vermarktlichung des Medizinsystems zu tun, die zu einer Transformation des Arztes in einen Dienstleister und des Patienten in einen Kunden führt. Im Medizinsystem selbst wird seit ein paar Jahren unter dem Schlagwort einer „Wunsch erfüllenden Medizin“ intensiv über diese Transformation diskutiert. Längst geht es

nicht mehr nur um Schönheitschirurgie, sondern um die medizinethische Frage, wie mit den drei folgenden Fällen generell umgegangen werden soll: (a) Der Patient bringt – z. B. auf dem Hintergrund eines bestimmten Medienberichts – eine Diagnose mit, die er vom Arzt bestätigt haben möchte, weil er sich – mehr oder weniger bewusst – Vorteile davon verspricht. (b) Er überlässt dem Arzt die Diagnose, beansprucht aber ebenfalls aus Vorteilsgründen eine bestimmte Therapie. (c) Es geht ihm nicht um Therapie, sondern um Enhancement: um die Steigerung seiner Fähigkeiten mit medizinischen Mitteln, ohne das überhaupt eine Therapie indiziert ist.

Im Rahmen unserer Untersuchung „Mit Ritalin leben. Zur Bedeutung der AD[H]S-Medikation für die Betroffenen“ sind wir auf Anfangsvermutungen gestoßen, die es notwendig erscheinen lassen, entsprechende Phänomene systematisch zu beforschen: (a) Eltern, die solange von Kinderarzt zu Kinderarzt laufen, bis einer ihnen für ihren Jungen nicht nur die Diagnose AD[H]S bestätigt, sondern ihnen auch eine neurobiologische Erklärung anbietet, die sie von Schuldgefühlen entlastet. (b) Eltern, die trotz ärztlicher Empfehlung einer multimodalen Therapie, nur Psychopharmaka akzeptieren, weil sie sich dadurch eine Auseinandersetzung mit ihrem Lebensstil ersparen. (c) Eltern, die wollen, dass der Kinderarzt ihrem unauffälligen Jungen ein Psychopharmakon verschreibt, durch das sich seine Schulnoten verbessern.

Wie weit eine „Wunsch erfüllende Psychotherapie“ verbreitet ist? Wer weiß! Dass auch Psychotherapie als Mittel nachgefragt werden kann, sich für einen Lebensstil fit zu machen, der die psychische Gesundheit immer wieder neu gefährdet, dürfte außer Frage stehen. Psychotherapeuten müssen sich dazu verhalten. Reduzieren sie ihr Rollenverständnis auf das eines Dienstleisters, werden sie die Therapieziele ihrer Kunden zu den ihren machen. Damit blenden sie aber aus, dass die Ziele selbst eine pathogene Wirkung haben können, weshalb es geboten ist, sie gemeinsam zu reflektieren. So gesehen, lassen sich Therapieziele streng genommen einer Psychotherapie nicht voranstellen, vielmehr sind Zielfindung und psychotherapeutischer Prozess unaufhebbar ineinander verschränkt.

Die regulative Idee der Psychotherapie

Für die Entwicklung eines angemessenen Rollenverständnisses mag es hilfreich sein, sich die generelle Funktion der Psychotherapie in einer modernen Gesellschaft zu vergegenwärtigen, wie sie systemtheoretisch bestimmt werden kann. Die moderne Gesellschaft ist funktional differenziert. Die Lebenswelt der Gesellschaftsmitglieder wird von Systemen durchzogen, um nicht zu sagen: „kolonialisiert“, die weitgehend autonom sind: Wirtschaft, Recht, Politik, Religion oder Wissenschaft. Kennzeichen von deren Autonomie ist die Macht, die Gesellschaftsmitglieder nach bestimmten Bedingungen zu selektieren: sie ein- oder auszuschließen, je nachdem, ob sie die Bedingungen erfüllen oder nicht. Zum Beispiel interessiert sich das Wirtschaftssystem nur für Geld-Zahlungen: Wer über Geld verfügt, ist handlungsfähig, wer nicht, bleibt außen vor.

In einer funktional differenzierten Gesellschaft werden alle Gesellschaftsmitglieder in ihre Funktionssystem-Mitgliedschaften zerlegt. Außerhalb der Funktionssysteme existieren sie aber als „ganze Personen“. Der Ort, an dem sie das sein dürfen, ist die Familie. Sie schließt niemanden aus, der von Teilsystemen ausgeschlossen wird: So sorgt sie etwa auch für diejenigen, die kein Geld (mehr) haben, und steht zu denen, die nach Maßgabe des Rechtssystems mit seinem binären Code von Recht versus Unrecht straffällig geworden sind.

Das Medizinsystem funktioniert nach dem binären Code von Gesundheit versus Krankheit. Nur wer krank ist, findet Anschluss, wobei das System selbst definiert, was es als Krankheiten

anerkennt und was nicht. Das gesamte medizinische Interventionsspektrum zielt auf die Diagnose und Therapie von Krankheiten, mithin reduziert es den Kranken auf seine Krankheit. Dieser Reduktionismus ist nicht unwidersprochen geblieben, sondern unter dem Stichwort der „Ganzheitlichkeit“ kritisiert worden. Vor diesem Hintergrund ist Psychotherapie das soziale System, das die „ganze Person“ im Blick hat. Darin ähnelt es der Familie. Seine spezifische Differenz liegt darin, dass es mit der „ganzen Person“ auf professionelle Art und Weise befasst ist.

Dementsprechend werden Patienten nicht als „Träger“ einer bestimmten psychischen Störung oder eines bestimmten Lebensproblems behandelt, komplementär dazu, sind Psychotherapeuten keine bloßen „Anwender“ von spezifischen Behandlungstechniken. Weltweit, das zeigen entsprechende Untersuchungen, hat der Großteil aller Psychotherapeuten, unabhängig von ihrer Schulenzugehörigkeit, kein technologisches Selbstverständnis, weil jede Technisierung der Ganzheitlichkeit abträglich ist. In diesem Sinne sind alle Psychotherapeuten professionelle Gestalter von Beziehungen, die es erlauben, sich als „ganze Personen“ zu begegnen. Das heißt nun aber gerade nicht, personenbezogene Differenzen zu übersehen. Im Gegenteil: Als „ganze Person“ ist nur anerkannt, wer für seine Differenzen – seien es geschlechtliche, ethnische und welche auch immer – Anerkennung findet. Mit dieser regulativen Idee erweist sich die Psychotherapie selbst als Produkt einer spezifischen, nicht fraglos generalisierbaren westeuropäischen und nordamerikanischen Weltanschauung, die durch Aufklärung, Säkularisierung, Verwissenschaftlichung und Individualisierung gekennzeichnet werden kann.

Psychotherapie im neurowissenschaftlichen Zeitalter

Ist weitgehend unbestritten, dass Psychotherapie wirkt, so lässt sich noch lange nicht befriedigend erklären, wie sie wirkt. Die Psychotherapie arbeitet mit psychologischen Methoden, die Psychotherapieforschung mit psychologischen Erklärungen. Hinzu kommen in jüngster Zeit neurowissenschaftliche Ansätze, die zum Teil euphorisch, zum Teil skeptisch rezipiert werden. Tatsächlich hält die Forschung über das Verhältnis von Gehirn und Geist einiges an Überraschung bereit – und das nicht nur für Psychotherapeuten.

Psychotherapie verändert die Genexpression und damit die neuronalen Netzwerke, die genetisch angelegt sind. Diese Erkenntnis hat für erhebliche Irritationen gesorgt, im Lager der Psychotherapeuten, aber genau so im Lager der Genetiker. Psychotherapeuten hatten bis dahin entweder die Vorstellung, die Wirkung von Genen werde erheblich überschätzt, oder aber die Vorstellung, sie würden deterministisch wirken, mithin ihren psychotherapeutischen Bemühungen um Veränderungen enge Grenzen setzen. Umgekehrt hatten Genetiker die Vorstellung, Psychotherapie keinerlei kausale Wirkung. Neurowissenschaftliche Untersuchungen führen zu neuen Einsichten: Die Mehrzahl der Gene eines Organismus sind nicht von sich aus aktiv, sondern werden durch bestimmte Transkriptionsverfahren aktiviert, „eingeschaltet“. Durch diese Aktivierung, die auch durch Psychotherapie erfolgen kann, wird die Bildung spezifischer Eiweißkörper eingeleitet, die neue Funktionen hervorbringen.

Psychische Phänomene sind emergente Phänomene neuronaler Prozesse. Allem Erleben und Handeln eines Menschen korrespondiert eine bestimmte Formation seines neuronalen Netzwerkes. Solche Formationen haben dynamische Eigenschaften: Sie können sich verändern. Wenn Psychotherapie nachhaltige Veränderungen des Erlebens und Handelns eines Patienten herbeiführen will, dann muss es ihr gelingen, dessen neuronales Netzwerk umzuformatieren. Dies gelingt nicht schlagartig. Vielmehr strukturieren sich neuronale Netzwerke nur um, wenn sich Wiederholungen zu einem Innovationsmuster verdichten.

Dabei gilt, dass die neuronalen Formationen, die bereits am längsten existieren, die meisten Wiederholungen und damit auch die längste Zeit benötigen, um sich umzustrukturieren.

In dieser Perspektive ist Psychotherapie ein Fundus professioneller Interventionen, neues Erleben und Handeln mit neuronaler Relevanz zu initiieren. Wirksame Interventionen können allerdings nur bedingt geplant werden. Deshalb sind Psychotherapeuten eine Berufsgruppe, die Zeit benötigen, um im Einzelfall – auf Umwegen – herauszufinden, welche konkreten Erfahrungen ein Patient machen muss, damit es ihm dauerhaft besser geht. Diese professionelle Kreativität ist durch keine Standardisierung zu ersetzen.

Dass Gehirn und Geist in einem Verhältnis der Emergenz zueinander stehen, heißt: psychische Prozesse lassen sich nicht auf neuronale Prozesse reduzieren, nicht durch neuronale Prozesse vorhersagen. Damit sind genterapeutischen und neurotherapeutischen Techniken, wie immer sie noch optimiert werden mögen, prinzipielle Grenzen gesetzt. Die Vermittlung der verschiedenen Ebenen ist zu komplex. Neurowissenschaftler, die dies herunterspielen, betreiben bestenfalls Marketing. Die Ebene psychologischer Methoden und Erklärungen bleibt unverzichtbar. In neurowissenschaftlicher Perspektive sind alle Therapieverfahren, die nachweislich zu einer erwünschten Umformatierung neuronaler Netzwerke führen, funktional äquivalent. Soweit betrachtet, haben Psychopharmaka und Psychotherapie dieselbe Berechtigung. Da Psychotherapie kausal wirkt, gibt es keine a priori Überlegenheit von Psychopharmaka. Wer exklusiv auf Psychopharmaka setzt, gibt indessen die von der Psychotherapie verteidigte regulative Idee einer Behandlung der „ganzen Person“ preis und fördert eine Technisierung der Lebensführung, die gut zu einer unkritischen Verfolgung beliebiger und damit auch ungesunder Therapieziele passt.

Das heißt nun nicht, es ließe sich eine Radikalopposition gegenüber Psychopharmaka rechtfertigen. Psychopharmaka können notwendig sein, im Rahmen von Psychotherapien verlangt ihre Verordnung und ihre Einnahme aber nach einer nicht-technischen Einstellung: Psychopharmaka rufen beim Patienten als auch beim Psychotherapeuten wechselnde Gedanken, Vorstellungen, Phantasien und Gefühle hervor, die es gemeinsam zu reflektieren gilt, weil sie den therapeutischen Prozess kommentieren. Derart als bedeutsam verstanden, sind auch Psychopharmaka in eine professionelle Beziehung „ganzer Personen“ zu integrieren.

Prävention wider den neo-liberalen Zeitgeist

Soweit es interessierten Kreisen wie der Pharmalobby gelingt, Psychotherapie zu marginalisieren, spiegelt sich darin eine Beförderung der Selbstinstrumentalisierung, zu der es unter neo-liberalen Bedingungen gesellschaftlichen Erfolges vermutlich eine wachsende Bereitschaft gibt. Sich mit sich selbst als „ganzer Person“ auseinanderzusetzen, versteht sich nämlich keineswegs von selbst. Vielen Gesellschaftsmitgliedern erscheint eine solche Selbstverständigung als Zumutung, die ihnen ihre Selbstvermarktung erschwert.

Die gesundheitspolitische Organisation von Psychotherapie kann solchen Tendenzen entgegen wirken oder sie beschleunigen. Aktuell sind Beschleunigungsversuche etwa als Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen getarnt. So gibt es ein Modell, demzufolge Patient und Psychotherapeut regelmäßig Rückmeldungen an mehrere Gutachter geben sollen, die über die Fortsetzung der Psychotherapie in Kontingenten von jeweils 10 Stunden entscheiden. Beim Verschwinden der Symptome sollen die Therapien sofort beendet werden. Die Zerstückelung des psychotherapeutischen Prozesses in kleine Abschnitte, die Kontrolle von außen und die möglichst frühzeitige Beendigung unter isolierter Betrachtung

von Symptomen entspricht der destruktiven Ökonomisierung, die für neo-liberales Kurzfristenken kennzeichnend ist.

Folgt man der Hypothese, dass die Zunahmen an psychischen Störungen etwas mit der gesellschaftliche Zersetzung sicherer Bindungen zu tun hat, die als Schutzfaktoren dienen, dann kann man in Anbetracht solcher vermeintlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen den Eindruck gewinnen, es gehe eher darum, unsichere Bindungen einzuüben, als sie zu korrigieren.

Leider ist die Psychotherapie schlecht gerüstet, sich gesellschaftsdiagnostisch einzumischen. Ihre Leitfigur des „Homo psychologicus“ neigt zu einer Entpolitisierung. Die Konzentration auf die eigene Person als „ganzer Person“ verliert die kränkenden und krank machenden gesellschaftlichen Bedingungen leicht aus den Augen. Sie erfahrungsgesättigt zu thematisieren und sogar zu politisieren, wäre aus meiner Sicht aber notwendig. Gerade im Hinblick auf eine stärkere gesundheitspolitische Akzentuierung der Prävention. Denn am wirksamsten sind noch immer solche Präventionsmaßnahmen, die die kränkenden und krank machenden gesellschaftliche Bedingungen beseitigen.