

# Bedingungen und Wirkfaktoren in der psychotherapeutischen Veränderungsarbeit

Aus Sicht der modernen Neurobiologie / Gehirnforschung

*Karl Wimmer, Februar 2021*

1. Ausgangsüberlegungen .....	1
2. Die Macht der Gewohnheit .....	5
3. Die Veränderung von Gewohnheitsmustern .....	7
4. Wirkfaktoren bei der Veränderung von Gewohnheiten .....	9
5. Implikationen für die therapeutische Veränderungsarbeit .....	12
6. Ursachen und Zusammenhänge psychischer Erkrankung .....	23
7. Fünf zentrale Wirkfaktoren in der Veränderungsarbeit .....	27

## 1. Ausgangsüberlegungen

Menschliches Verhalten ist eine komplexe Angelegenheit. Der Anteil des „Rationalen“ ist dabei verschwindend gering. Die Kunstfigur des *Homo oeconomicus*<sup>1</sup>, den die Wirtschaftswissenschaften hervorgebracht haben, ist quasi die „Reinform“ der Vorstellung, der Mensch könne im Prinzip sein Denken, Entscheiden und Handeln nach rein rationalen, logischen Gesichtspunkten gestalten. Jeder Mensch weiß, dass das nicht funktioniert.

Zur Ehrenrettung der Ökonomen ist zu sagen, dass der Begriff *Homo oeconomicus* auch kein eigentliches Menschenbild beschreibt, sondern nur - theoretisch - die Summe bestimmter Grundbedingungen, die vereinfachten klassischen Theorien der Ökonomie idealtypisch zugrunde liegen, um - etwa aus didaktischen Gründen - bestimmte wirtschaftliche Sachverhalte veranschaulichen.<sup>2</sup>

Die moderne Neurowissenschaft erklärt auch warum rein rationales Verhalten gar nicht möglich ist und sie macht uns mehr und mehr bewusst, wie denn der Mensch „funktioniert“. Darin liegen auch neue Erkenntnisse für Lernen, Veränderung und Entwicklung.

Die Macht der Gewohnheit, die Macht des Emotionalen, der Einfluss des früher Erlebten, auch des vorgeburtlich Erfahrenen, ist dermaßen gestaltet, dass uns letztlich nur ein kleiner Rahmen für „rationales Gestalten“ bleibt. Dennoch: wir können verändern, wir können gestalten und vor allem: wir können lernen.

<sup>1</sup> **Homo oeconomicus** (lateinisch *hōmō oeconomicus* ‚Wirtschaftsmensch‘), auch **rationaler Agent**, ist in der Wirtschaftswissenschaft und Spieltheorie das theoretische Modell eines *Nutzenmaximierers* zur Beschreibung menschlichen Handelns. In der Makroökonomie wird dieses Modell auch oft als sogenannter **repräsentativer Agent** benutzt, um wirtschaftliche Vorgänge zu beschreiben. Ein häufig benutzter Spezialfall des *Homo oeconomicus* ist der **zeitkonsistente Erwartungsnutzenmaximierer**, mit dem sich insbesondere die Verhaltensökonomie auseinandersetzt. Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Homo\\_oeconomicus](https://de.wikipedia.org/wiki/Homo_oeconomicus)

<sup>2</sup> Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Homo\\_oeconomicus](https://de.wikipedia.org/wiki/Homo_oeconomicus)

Betrachtet man angebliche „wissenschaftliche Studien“ zur Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen, so findet man häufig eine erstaunliche Erfolgsquote von 70 - 90 Prozent, in manchen Fällen sogar von 100 Prozent. Schaut man allerdings hinter die Kulissen dieser „Forschung“, so erkennt man, dass diese meist unter einseitigen, reduktiven Betrachtungen - z.B. keine repräsentative Stichprobe - und häufig von Vertretern jener Schule, die „erforscht“ wird, durchgeführt wurden.

**Wie kommen die meisten „Beleg-Studien“ der Richtlinienverfahren zu ihren hohen Wirksamkeitsquoten?**

- Oft schwerwiegende Mängel der Studiendesigns (zu kleine Stichproben, keine Kontrollen usw.)
- Geringe „Manualtreue“: es wird nicht kontrolliert, was ein Vertreter einer bestimmten PT tatsächlich gemacht hat.
- Therapie-Abbrecher (13-25%; Grawe, 2004) werden nicht „mitgerechnet“.
- „Researcher allegiance bias“: Autoren, die einer bestimmten PT-Richtung angehören, tendieren signifikant dazu, ihre Richtung als besonders wirksam darzustellen.
- Keine standardisierten Kriterien für den Erfolg einer Therapieform. Meist beruht die Beurteilung auf subjektiven Einschätzungen von Therapeut und Patient.
- Lambert und Hill, 1994; Margraf 2009): je nach Wahl der Erfolgskriterien schwankt die „Erfolgsquote“ zwischen rund 6 und rund 80%.
- Es wird auch oft verschwiegen, dass dieselben „geheilten“ Patienten nach einem Jahr wieder eine neue Therapie beginnen.
- Allerdings gibt es intensive Bemühungen um eine Standardisierung von empirischen Erfolgskriterien, ohne dass diese sich bereits auf großer Front durchgesetzt hätten
- Es wird oft nicht überprüft, wie hoch Spontanremissionen sind. Diese sind nach den wenigen vorliegenden Untersuchungen oft sehr hoch.
- Kontrollgruppen werden oft so zusammengesetzt, dass eine höhere Wirksamkeit der angewandten Therapieform gewährleistet ist.
- Es wird nicht zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren unterschieden. Die allgemeinen Wirkfaktoren haben offenbar einen Anteil zwischen 30 und 70% an der Gesamtwirkung.

Quelle: G. Roth<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Aus dem Vortrag von Gerhard Roth: *Bedingungen einer erfolgreichen Psychotherapie aus neurobiologischer Sicht* im Rahmen der Lindauer Psychotherapiewochen 2016. Vgl. <https://www.lptw.de>

In der pharmazeutischen Wirksamkeitsforschung war es bis vor etlichen Jahren sogar gang und gäbe, dass man Studien, die keine positive Wirkung eines Medikamentes nachgewiesen haben, gar nicht publizierte. Diese Form von „Vertuschung“ wurde vor einigen Jahren gesetzlich verboten.

Der Neurowissenschaftler Gerhard Roth<sup>4</sup> konnte anhand von Studien nachweisen, dass Psychotherapien zwar wirken, jedoch erstens nicht in dem Maße, wie sie vorgeben zu wirken und zweitens nicht in dem Sinne, wie sie vorgeben, dass sie wirken. Das heißt, die ihnen erklärtermaßen zugrundeliegenden Wirkungsprinzipien treffen - aus neurowissenschaftlicher Sicht - jedenfalls nicht zu. Die Frage ist somit: Was also ist es, was nun tatsächlich wirkt?

- Die verschiedenen Richtlinien-Psychotherapien geben zumindest offiziell hohe Wirksamkeitsraten an und bezweifeln zumindest offiziell die Wirksamkeit der jeweils anderen Verfahren.
- Unabhängige Untersuchungen zeigen: Die unterschiedlichen Richtlinienverfahren weisen „über alles“ dieselbe Wirksamkeit auf. Diese ist zugleich viel geringer als offiziell behauptet.
- Ihre jeweiligen Wirksamkeitsmodelle haben aus neurowissenschaftlicher Sicht schwere Mängel (trotz ihrer Wirksamkeit!).
- Wirksamkeitsstudien weisen auf einen gemeinsamen Wirkfaktor hin, die „therapeutische Allianz“, der 30-70% der Wirkung aller Psychotherapieverfahren erklären kann und vornehmlich die 1. Therapiephase betrifft.
- Das Zustandekommen einer längerfristigen Wirkung von Psychotherapie beruht auf implizit-prozeduralen Maßnahmen.

Quelle: G. Roth

Die aktuellen psychotherapeutischen „Richtlinien-Verfahren“ (Deutschland) weisen laut Roth folgende Vor- und Nachteile auf:

<sup>4</sup> Prof. Dr. Dr. **Gerhard Roth** (\* 1942) ist ein deutscher Biologe und Hirnforscher. Er war Direktor am Institut für Hirnforschung in Bremen. Vgl. <https://www.dasgehirn.info/forschung-uni/universitaet-bremen-institut-fuer-hirnforschung> Mit Buchpublikationen und Vorträgen beteiligte er sich an aktuellen neurobiologischen und philosophischen Streitfragen. Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Gerhard\\_Roth\\_\(Biologe\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Gerhard_Roth_(Biologe)) und <https://www.roth-institut.de>

**VORTEILE UND NACHTEILE DER RICHTLINIEN-VERFAHREN**

**Verhaltenstherapie:**

**Vorteile:** Prozedurale Behandlung von Störungen durch Einüben neuer Verhaltensweisen.

**Nachteile:** Bei tiefgreifenden (insbes. strukturellen) Störungen Gefahr der Behandlung der Symptome und nicht der Ursachen. Keine Löschung möglich, nur Überlernen. Keine Bindungsorientierung.

**Kognitive Verhaltenstherapie:**

**Vorteile:** Fokussierung auf dysfunktionale Schemata des Fühlens, Denkens und Handelns. Respektierung der Autonomie des Patienten.

**Nachteile:** Keine Bindungsorientierung. Eine rein kognitive Umstrukturierung ohne Aktivierung von Emotionen ist wirkungslos.

**Psychoanalyse (orthodox):**

**Vorteile:** Orientierung an der „Vorgeschichte“ und den Ursachen der psychischen Erkrankungen. Bindungsorientierung.

**Nachteile:** Zu starke Fokussierung auf „Bewusstmachen des Unbewussten“ als wichtigem Teil der Therapie. Oft Verzicht auf Ressourcenaktivierung. Teilweise Behandlung mit Methoden, die wissenschaftlich nicht genügend belegt sind (z.B. Traumdeutung).

**Im Ergebnis bedeutet dies:**

Eine „allgemeine“, d.h. **schulenübergreifende Psychotherapie** ist möglich, indem die Vorteile der genannten (und anderer) Richtungen variabel kombiniert und angewandt werden je nach Art und Schwere der Erkrankung und dem Ausmaß und der Qualität der therapeutischen Allianz.

Quelle: G. Roth

Betrachtet man schulunabhängige bzw. schulübergreifende Forschungen, so zeigt sich - quer über sämtliche Schulen und Methoden hinweg - durchgängig folgendes Bild: Rund ein Drittel der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen führen zu einem guten Erfolg, rund ein Drittel zu einem mäßigen und etwa ein Drittel zu keinerlei Erfolg. Dies gilt sowohl für psychotherapeutische, wie auch für pharmakologische Therapien.

Insgesamt zeigen neuere unabhängige Untersuchungen, dass keine der gängigen Therapien mehr als eine „mittlere Wirkung“ aufweisen (für Details s. Benecke 2014).

Es bestätigt sich das Bild, dass die Richtlinien-Therapien bei rund einem Drittel der Patienten gut wirksam, bei einem weiteren Drittel nur mäßig wirksam und beim dritten Drittel unwirksam sind.

Quelle: G. Roth

Auffallend ist auch, dass diese Drittelung praktisch relativ unabhängig ist von der angewandten Methode. Betrachten wir dazu einige grundlegende Zusammenhänge:

## 2. Die Macht der Gewohnheit

Wir wissen: Gewohnheiten sind anfänglich wie Spinnweben, später wie die Gitterstäbe eines Gefängnisses. Erfahrungen, die sich zu Gewohnheitsmustern verfestigt haben, sind einerseits von enormen Vorteil, andererseits haben sie aber auch erhebliche Nachteile:

**Vorteile von Gewohnheiten:**

- Sie erfordern keine willentliche, detaillierte Steuerung, sondern höchstens (und auch das oft nicht) einen willentlichen Beginn.
- Sie laufen glatt und ohne Nachdenken, manchmal auch ohne Bewusstsein ab und sind für das Gehirn sehr „billig“.
- Einmal eingeübt, werden sie nur schwer oder gar nicht mehr vergessen. Bsp. Klavierspielen.

**Nachteile von Gewohnheiten:**

- Als relativ starre und tief eingebrabene Steuerungssequenzen sind sie nur schwer veränderbar, und zwar nur durch „Überlernen“, nicht durch Willensentschluss oder eine kognitive Re-Strukturierung.
- Sie sind zugleich an einen bestimmten Kontext gebunden und nicht direkt übertragbar.

Quelle: G. Roth

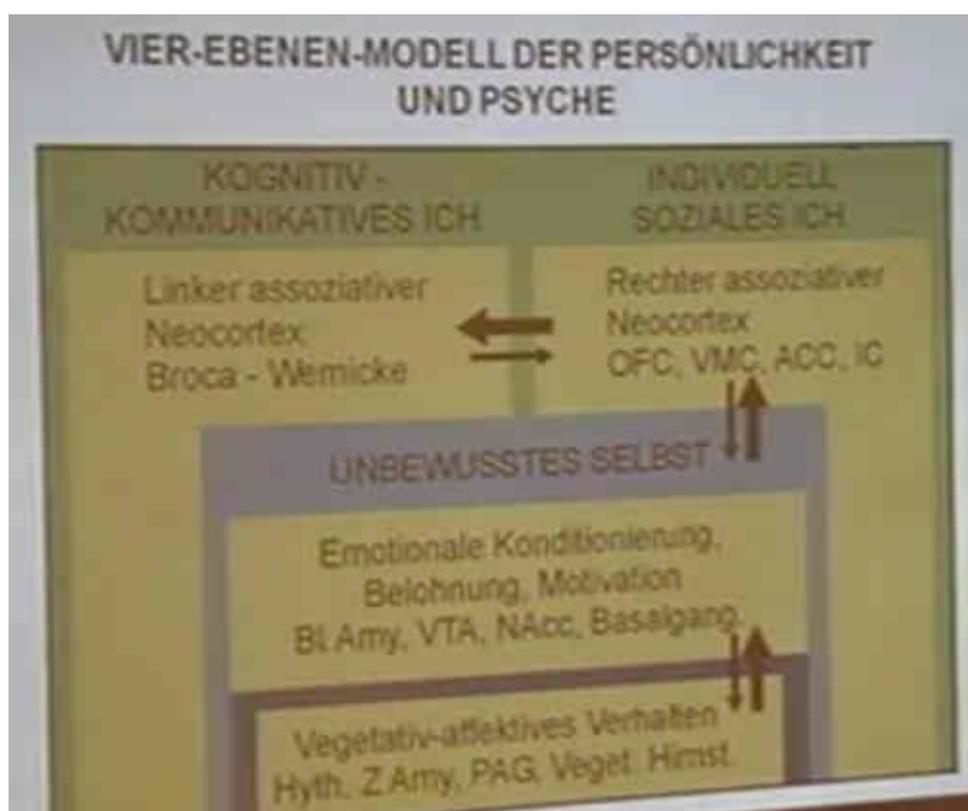
Für das Gehirn „billig“ meint, dass sie nur wenig Aufwand und Energie, z.B. auch in Form von Zucker und Sauerstoff verbrauchen. Menschen, die in bestimmten Kontexten wertvolle Fähigkeiten als Gewohnheitsmuster ausgebildet haben, die können sich entspannt zurücklehnen und diese Fähigkeiten quasi routinemäßig nutzen und genießen (Bsp. Autofahren, Schlittschuhlaufen, Schwimmen, Klavierspielen usw.).

Die Gefahr besteht allerdings auch darin, dass man, wenn man sich zu sehr auf diese Gewohnheiten verlässt und sich darauf beschränkt, notwendiges Veränderungs- und Entwicklungslernen verpasst. Im Extrem wird das zum „Starrsinn“ - dann bin ich eben Gefangener meiner routinemäßig ablaufenden Gewohnheitsmuster. Zur „Macht der Gewohnheit“ hat auch der Neurobiologe Gerald Hüther<sup>5</sup> umfassend geforscht.

Was uns die moderne Neurowissenschaft bewusst macht, ist, dass wir Gewohnheitsmuster nicht „verlernen“ oder „umlernen“ können. Wir sind ihnen aber auch nicht ausgeliefert, sondern können sie „Überlernen“, d.h. mit neuen Erfahrungen anreichern und somit quasi „Überschreiben“. Alte Spuren können somit verblassen und neue entstehen.

So wie in der Geologie: die alten Schichten bleiben erhalten, neues überformt sie. Im Verhalten führt das dazu, dass wir mitunter auf alte Spuren in Form von „Notfallprogrammen“ wieder zurückgreifen. Je stärker wir in Stress, Druck und Not geraten, umso mehr re-aktivieren wir wieder diese alten Muster.

Das 4-Ebenen-Modell der Persönlichkeit und Psyche macht uns bewusst, dass es praktisch unmöglich ist, über „höhere Ebenen“ (z.B. „Einsicht“ im Neocortex) tiefere Schichten der Persönlichkeit (z.B. Emotionen in der Amygdala) zu verändern und schon gar nicht im vegetativ-affektiven System. Umgekehrt (von „unten“ nach „oben“) funktioniert das sehr wohl:

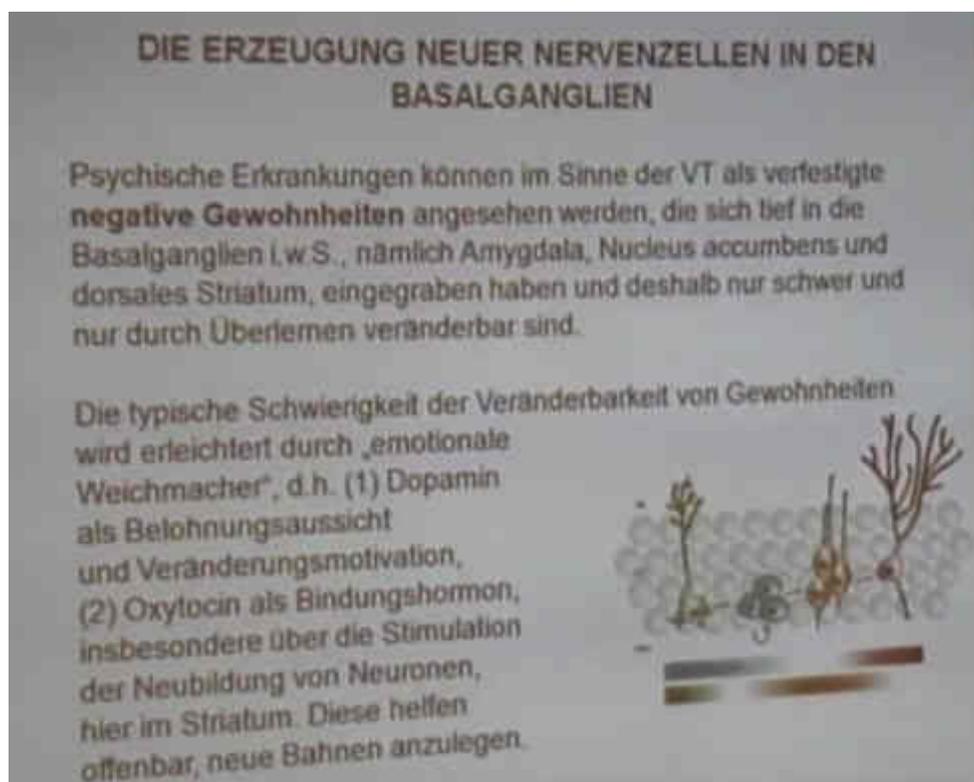


Quelle: G. Roth

<sup>5</sup> Prof. Dr. **Gerald Hüther** (\*1951) ist ein deutscher Neurobiologe und Autor zahlreicher populärwissenschaftlicher Bücher und anderer Schriften. Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Gerald\\_Hüther](https://de.wikipedia.org/wiki/Gerald_Hüther)  
Er ist auch Initiator von Maßnahmen zur Schulentwicklung: [https://de.wikipedia.org/wiki/Schule\\_im\\_Aufbruch](https://de.wikipedia.org/wiki/Schule_im_Aufbruch)

### 3. Die Veränderung von Gewohnheitsmustern

Dieser Titel ist eigentlich falsch, wie wir oben bereits festgestellt haben. Wir können sie nicht „verändern“, doch wir können Neues hinzulernen, alte Muster sozusagen „Überlernen“ und die alten Muster somit nach und nach unwirksamer werden lassen. Wie geschieht dies? Der Neurobiologe Gerhard Roth erklärt dies am Beispiel Psychischer Erkrankungen. Es geht dabei darum, neue Nervenzellen in den Basalganglien zum Wachsen zu bringen.



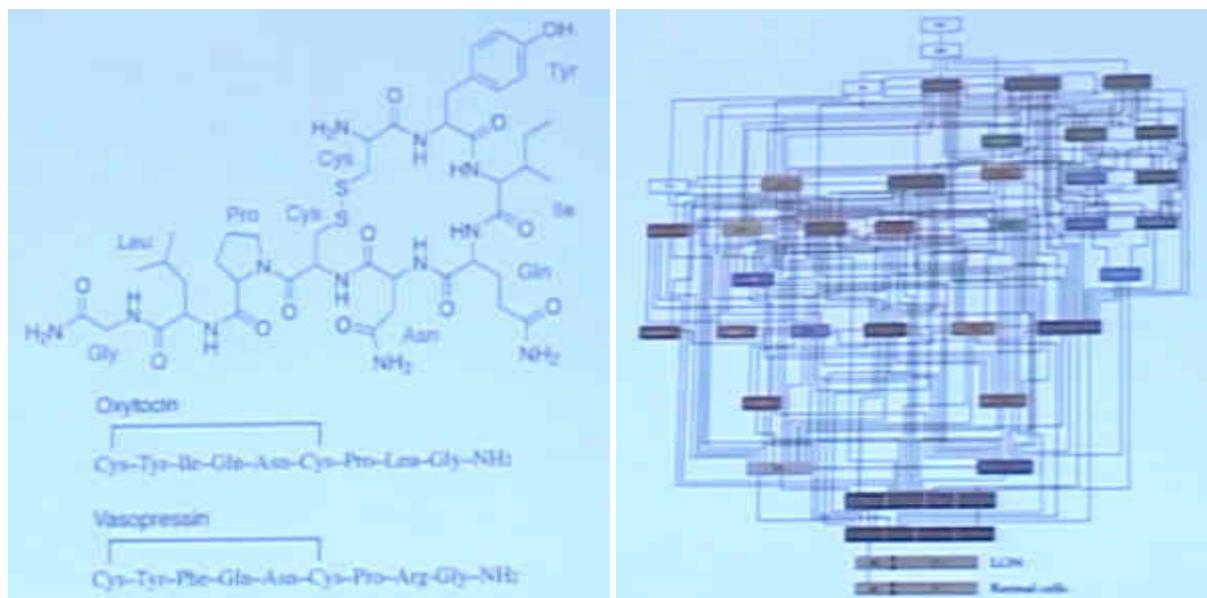
Quelle: G. Roth

Psychische Erkrankungen, in der Verhaltenstherapie (VT) als „negative Gewohnheiten“ bezeichnet, sind somit tief in den Basalganglien (Amygdala und Nucleus Accumbens etc.) „eingegraben“. Sie können auch nicht mehr „ausgelöscht“ werden. Dennoch sind sie „veränderbar“, eben durch „Überlernen“. Allerdings reicht dabei kein einfaches „rationales“ Lernen bzw. eine „Einsicht“. Es braucht vielmehr ein tiefgreifendes Lernen, welches bewirkt, dass in den Basalganglien und im Hippocampus neue Nervenzellen wachsen können. Man nennt dies „Neurogenese“:



Quelle: G. Roth

Neue Netzwerke, neue Bahnungen (Stichwort: Priming) zu schaffen, ist das Um und Auf:



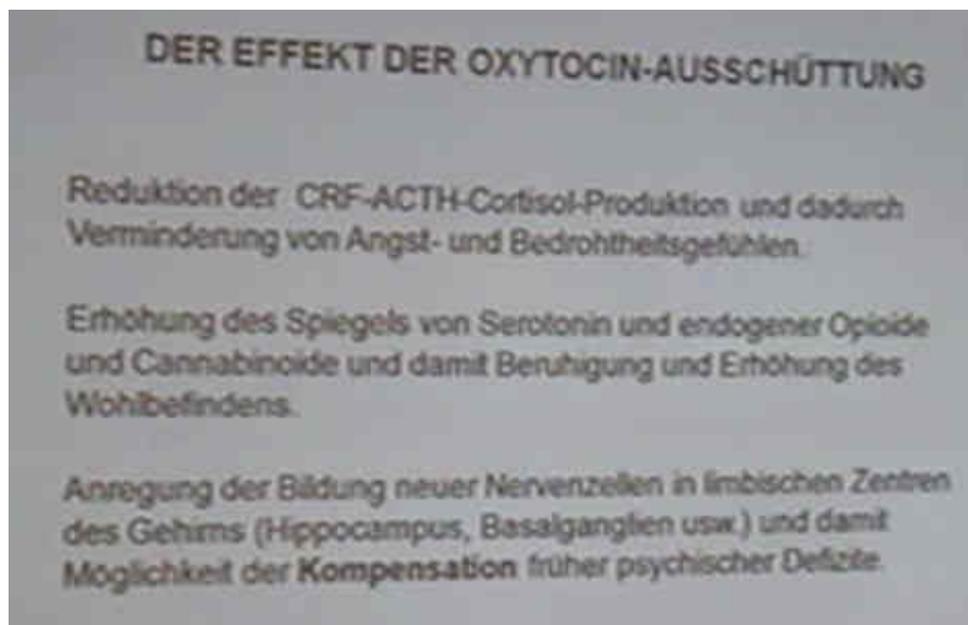
Quelle: M. Spitzer<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Manfred Spitzer: *Einführung in die Soziale Neurowissenschaft*.

Prof. Dr. Dr. **Manfred Spitzer** (\*1958) ist ein deutscher Neurowissenschaftler und Psychiater. Er ist Professor für Psychiatrie an der Universität Ulm und seit 1998 ist er ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm. Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Manfred\\_Spitzer](https://de.wikipedia.org/wiki/Manfred_Spitzer)

#### 4. Wirkfaktoren bei der Veränderung von Gewohnheitsmustern

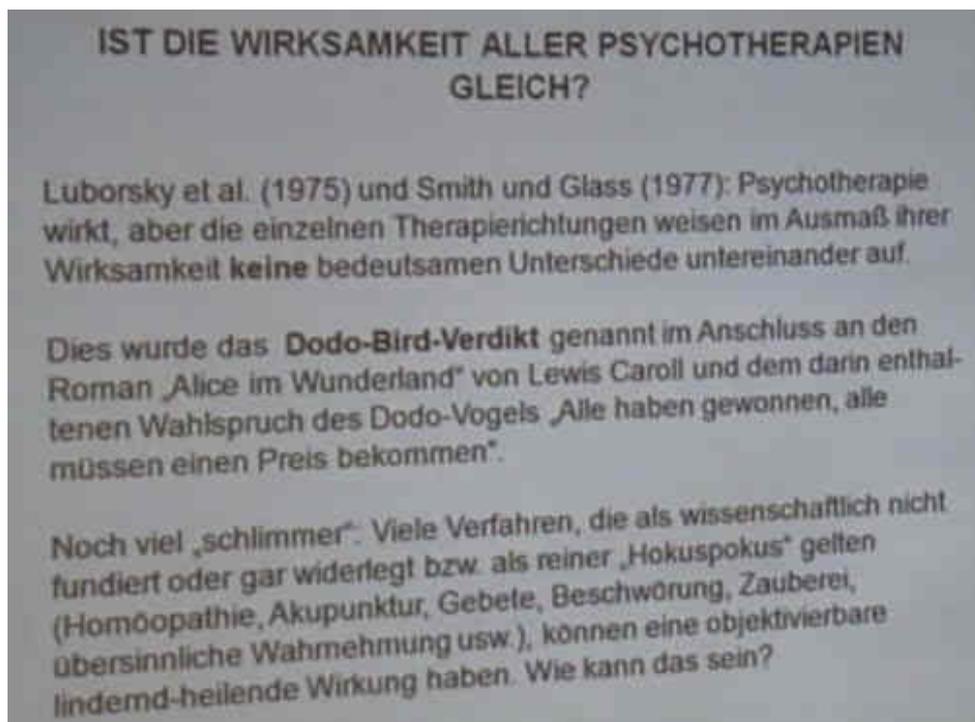
Roth beschreibt dazu einmal sogenannte „emotionale Weichmacher“, die dabei behilflich sein können. Gemeint sind damit die Hormone Dopamin und Oxytocin. Dopamin wird ausgeschüttet bei Belohnungsaussicht und erzeugt somit eine positive Veränderungsmotivation. Oxytocin, das „Bindungshormon“ wird insbesondere aktiviert über die Stimulation der Neubildung von Neuronen im Striatum. Beide zusammen helfen, neue Bahnen anzulegen.



Quelle: G. Roth

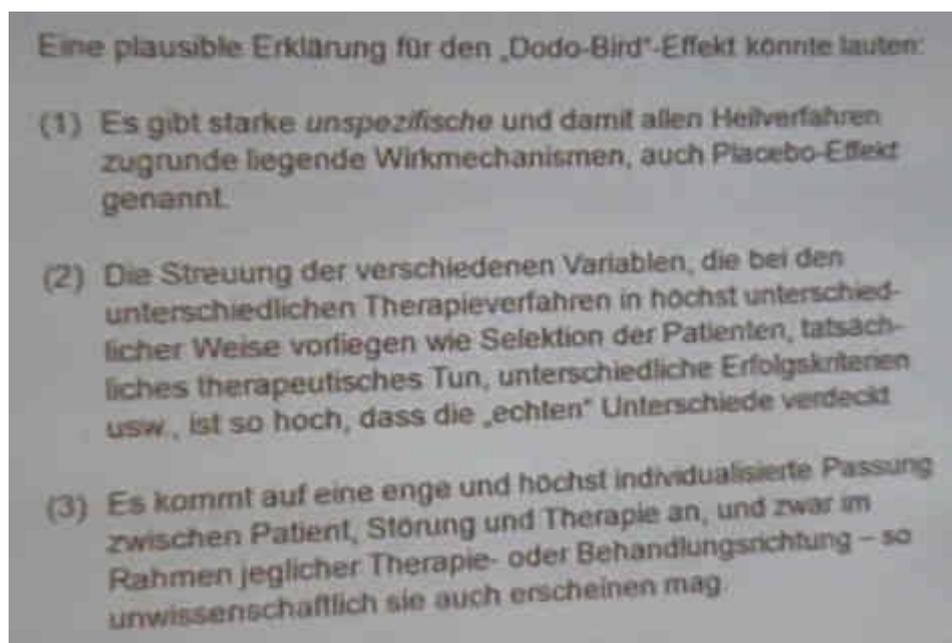


Quelle: G. Roth



Quelle: G. Roth

Eine „wissenschaftliche Grundlage“ für ihre Wirksamkeit gibt es bei vielerlei Methoden nicht, etwa bei der Akupunktur, dem Yin Shin Jyutsu (Jap. Heilströmen), der Kinesiologie<sup>7</sup>, Energetik, Homöopathie, Heilpraktik usw. Und doch wissen wir, dass diese Sachen in einer gewissen Weise auch wirksam sind. Mit dem „Placebo-Effekt“ alleine ist das nicht zu erklären. Der Placebo-Effekt sagt „nur“ aus: „Wir wissen auch nicht, was dich geheilt hat, doch wir wissen jetzt, dass es sicher nicht das (nicht) verabreichte Medikament war“. Es muss also autonome Prozesse geben im Menschen, die als Heiler wirken. Vermutlich Bewusstseinsprozesse in Verbindung mit neuronalen und dem entsprechenden körperlichen Prozessen.



Quelle: G. Roth

<sup>7</sup> Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Kinesiologie\\_\(Parawissenschaft\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Kinesiologie_(Parawissenschaft))

## „COMMON-FACTOR“ - THEORIE

Zahlreiche Untersuchungen zur Effektivität von Psychotherapien (z.B. Wampold, 1997; Imel und Wampold, 2008) ergaben in der Tat, dass die gängigen Psychotherapien mehr oder weniger dieselbe Effektivität zeigen.

30-70% der Wirkung scheinen auf einen gemeinsamen Faktor zurückzugehen.

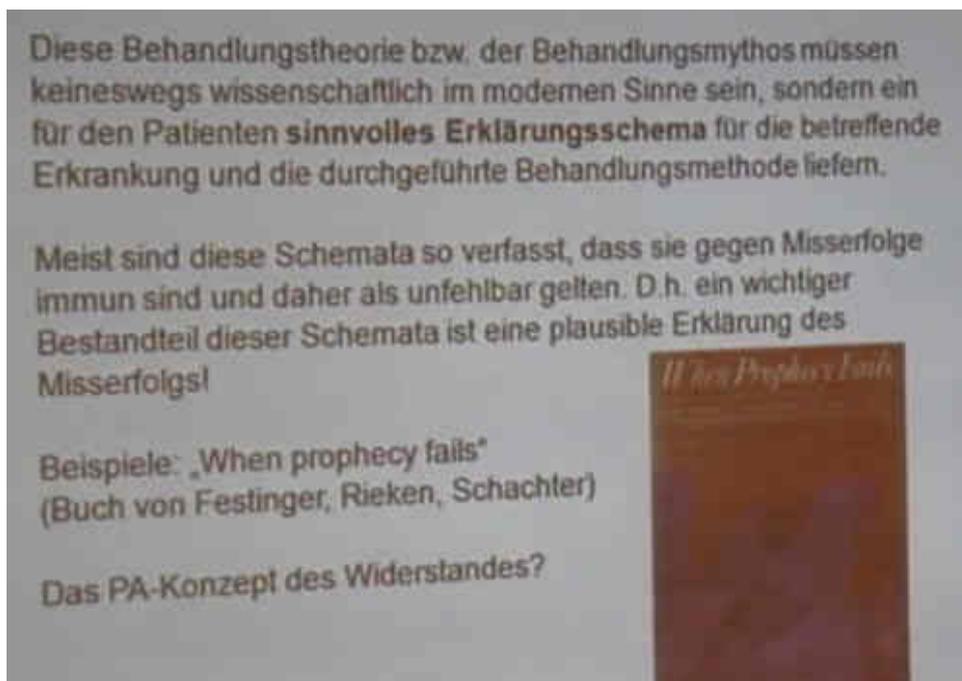
Nach Ansicht des Pioniers auf diesem Gebiet, des amerikanischen Psychiaters J. D. Frank (1961, 1981), kann man vier Grundelemente einer erfolgreichen Psychotherapie erkennen:

Quelle: G. Roth

## GRUNDELEMENTE EINER WIRKSAMEN PSYCHOTHERAPIE NACH J. FRANK

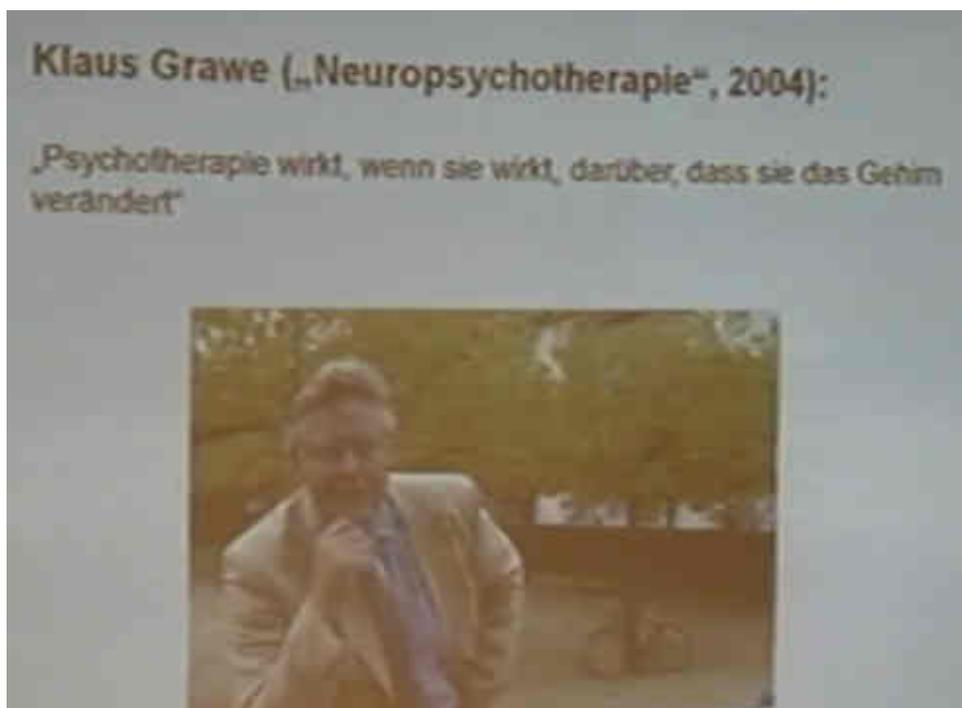
- (1) Die Vertrauensbeziehung und Wertschätzung zwischen Patient und Helfer (Therapeut). Hierzu gehört, dass der Patient auf die Kompetenz, des Therapeuten und auf dessen Willen, ihm zu helfen, vertraut.
- (2) Die Rahmensituation der Behandlung, insbesondere innerhalb einer anerkannten bzw. geachteten Heilstätte, die Zuflucht vor den Anforderungen und Ablenkungen des Alltags bietet und eine Aura wissenschaftlicher Heilkunst besitzt.
- (3) Eine explizite Behandlungstheorie (auch „Behandlungsmythos“ genannt), die auf einer „optimistischen Philosophie der menschlichen Natur“ aufbaut.

Quelle: G. Roth



Quelle: G. Roth

## 5. Implikationen für die therapeutische Veränderungsarbeit



Quelle: G. Roth

Im therapeutischen Kontext kann man zwischen einer ersten und einer zweiten Phase unterscheiden:

## DAS ZWEI-PHASEN-MODELL DER PSYCHOTHERAPIE

In der **ersten Phase** tritt meist eine schnelle Besserung aufgrund der ‚therapeutischen Allianz‘ und der damit verbundenen Wirkung von Oxytocin ein. Dies ist abhängig vom Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut und in Hinblick auf die anzuwendende Behandlungsmethode, unterstützt durch die Ausstrahlung des ‚Ortes der Heilung‘ (Kontextfaktoren).

Oxytocin verringert den Cortisolspiegel und damit Angstempfindungen, verstärkt über eine erhöhte Ausschüttung endogener Opioid- und Endocannabinoide das Wohlbefinden und verringert über eine erhöhte Ausschüttung von Serotonin depressive Zustände.

Diese Wirkung ist weitgehend unabhängig von der angewandten Behandlungsmethode. Sie wird aber unterstützt durch ein positives Befassen mit der Vorgeschichte und dem Leiden des Patienten.

Quelle: G. Roth

In der **zweiten, oft langwierigen Phase** muss es zu funktionalen und strukturellen Veränderungen in subcorticalen limbischen Zentren im Bereich der Stressverarbeitung, Selbstberuhigung, Bindungsfähigkeit und Impulshemmung kommen. Dies geschieht auf eine ‚impliziten‘ bzw. ‚prozeduralen‘ Weise.

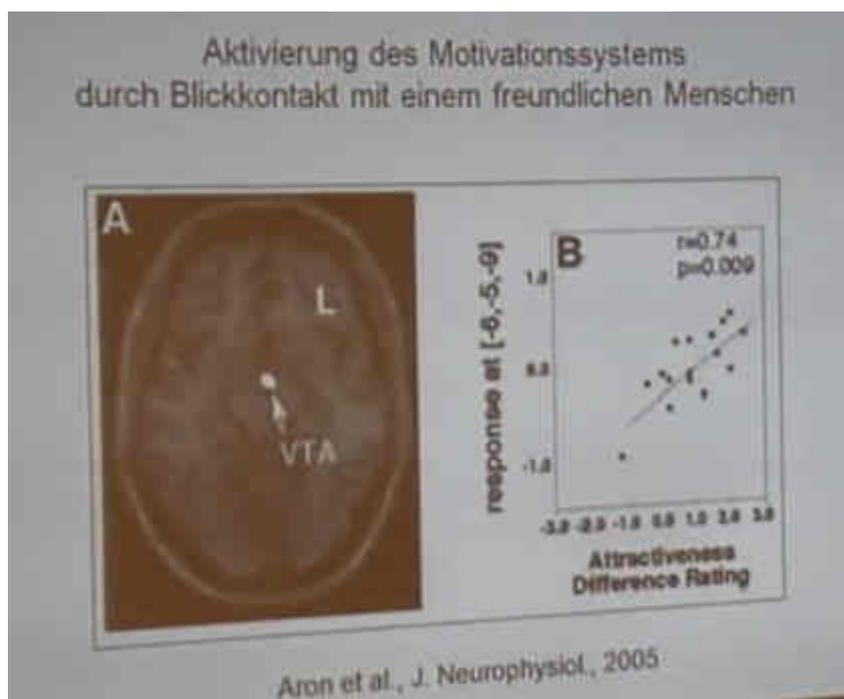
Dies ist verbunden mit dem Wiederbeginn der Oxytocin- und BDNF-induzierten Neubildung von Nervenzellen im Hippocampus (Aufarbeiten traumatisierender Erinnerungen), im orbitofrontalen Cortex (Beendigung des Grübelns) und in den Basalganglien (Zudecken alter Gewohnheiten, Anlegen neuer Gewohnheiten)

Die zweite Phase kann bei leichteren und später entstandenen psychischen Störungen entfallen (Kurzzeittherapie), sofern es kaum tief eingegrabene Gewohnheiten gibt, sondern die Störungen ‚nur‘ die obere limbische Ebene betreffen.

Quelle: G. Roth

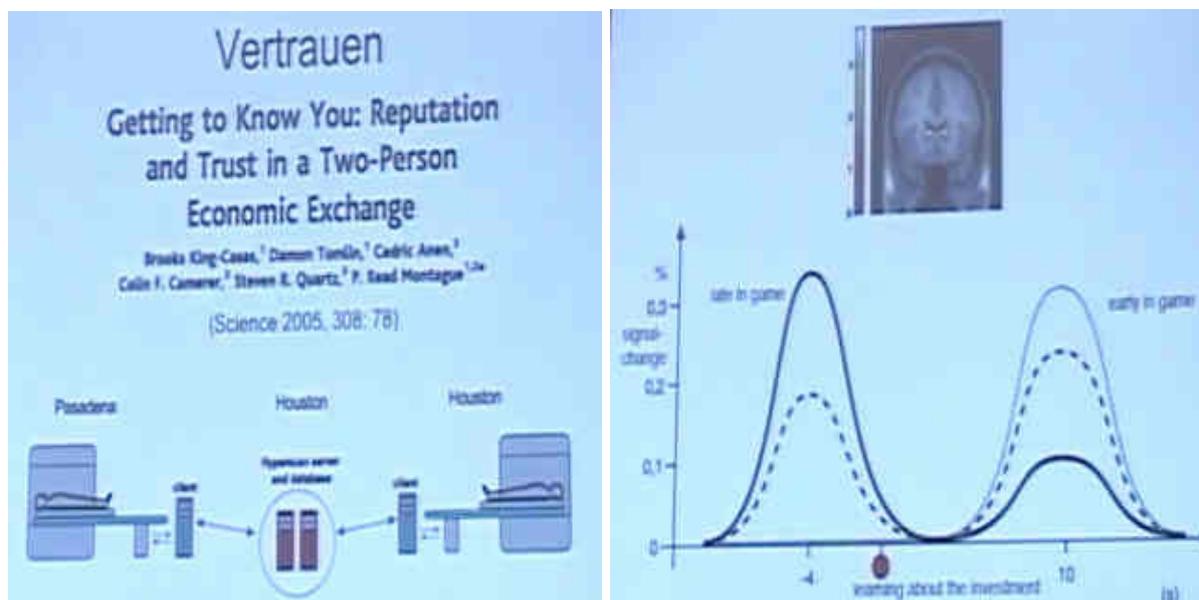
### Zur ersten Phase:

1. Aktivierung des Motivationssystems: Es braucht Menschen, die dem Menschen mit echtem, authentischen Wohlwollen begegnen. Nur so wird eine positive Motivationshaltung aktiviert:



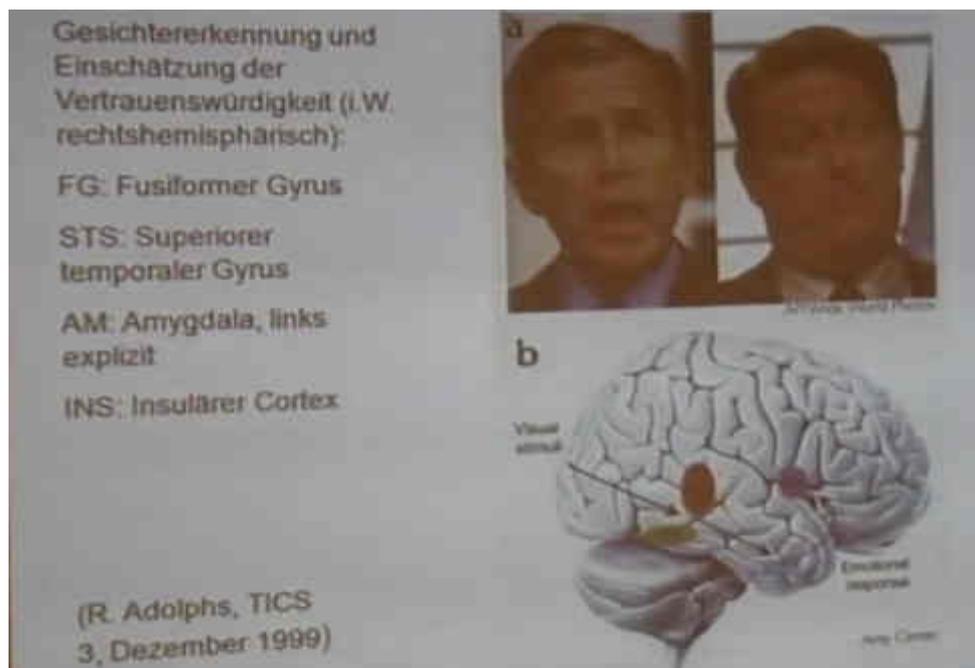
Quelle: G. Roth

2. Dazu braucht es eine Vertrauensbasis. Vertrauen ist eine der entscheidenden Wirkmechanismen im Zusammenwirken der Menschen. Dazu gibt es viel Forschung, hier ein Beispiel im Rahmen der Gehirnforschung:



Die Quintessenz in diesem „Vertrauensspiel“: Geben und Nehmen streben auf einen Ausgleich zu. Sind Menschen über einen längeren Zeitraum miteinander in Kontakt, so tendieren sie danach, dass Geben und Nehmen sich in einer gewissen Balance halten.

Menschen haben auch ein schier untrügliches Empfinden für Vertrauenswürdigkeit, welches in Sekundenschnelle in der Gesichtserkennung zur Wirkung kommt.



Quelle: G. Roth

**VERTRAUENSWÜRDIGKEIT**

Die Vertrauenswürdigkeit eines Menschen hängt von wenigen, automatisierten und mehrheitlich unbewusst wirkenden Faktoren ab:

- Blick und Länge des Blickkontakts
- Augenstellung und Mundwinkelstellung
- Gestik
- Schulter- und Körperhaltung
- Stimme, Sprachmelodie und Sprachführung

The anatomical drawing shows a human face from a three-quarter view, with the skin removed to reveal the underlying muscles. The muscles are color-coded and labeled with numbers, representing the mimetic muscles used for facial expressions.

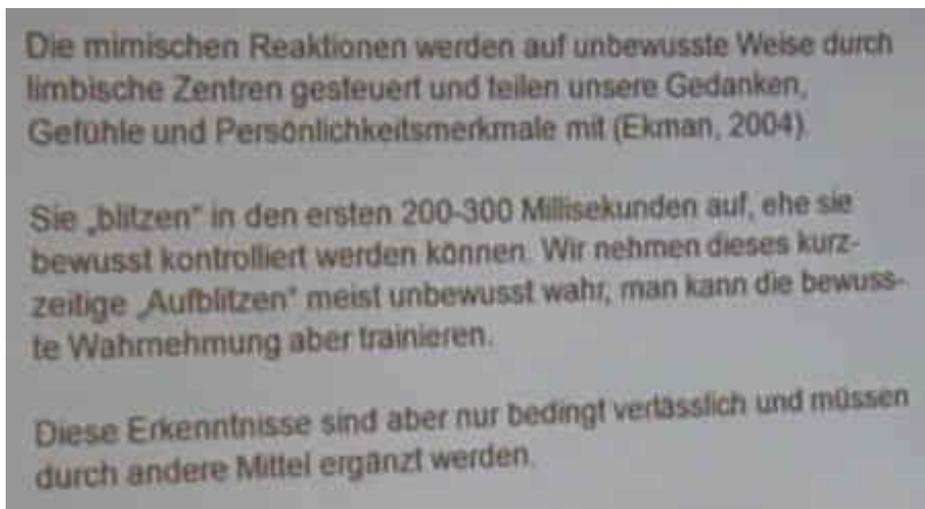
Quelle: G. Roth

Mimische Gesichtsmuskeln



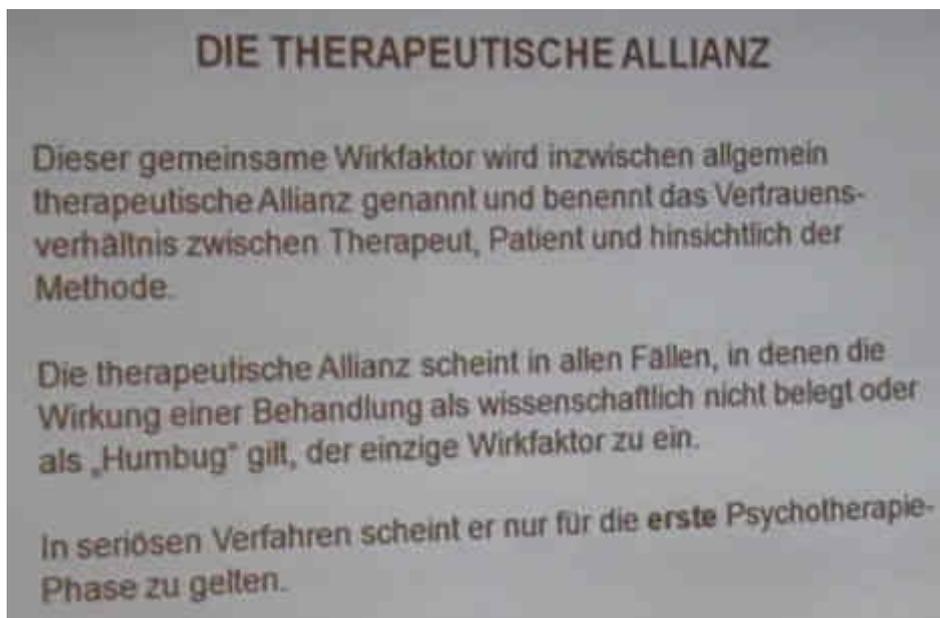
Quelle: G. Roth

Wir wissen: Der Körper lügt nicht. Sich „verstellen“ ist nur sehr bedingt, wenn überhaupt möglich. Wir haben ein schier untrügliches Wissen in uns, wie wir das Gegenüber einschätzen und vor allem: welche Auswirkungen das auf die Beziehung hat.



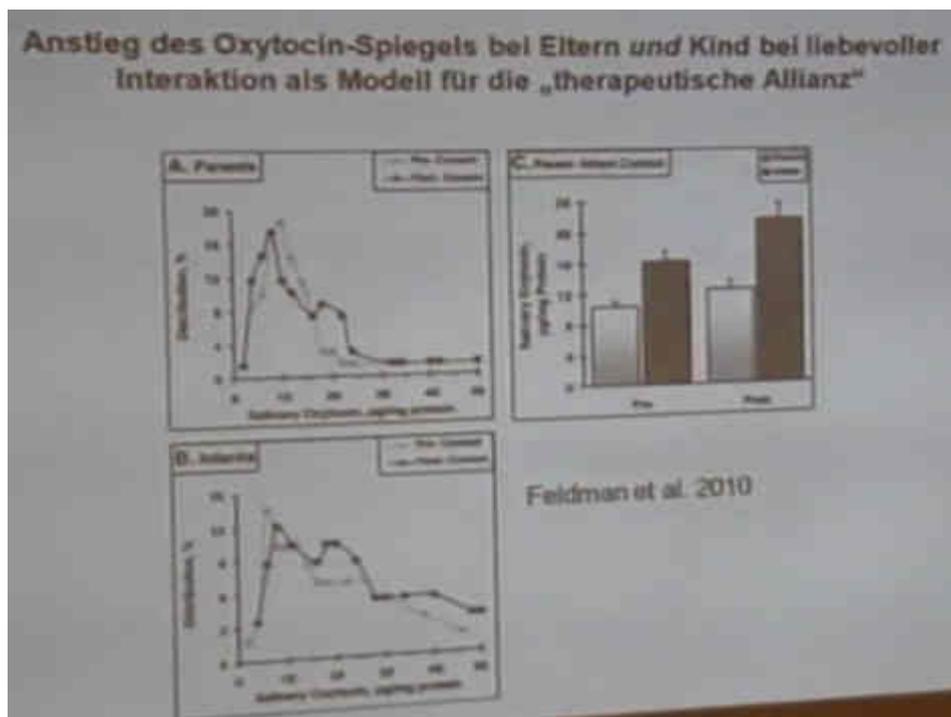
Quelle: G. Roth

3. Die Bedeutung der „therapeutischen Allianz“: Ist diese Allianz, d.h. die Beziehung stimmig, so kann in der ersten Phase der Therapie schon ganz viel gewonnen werden. Das ist gewissermaßen „die halbe Miete“:



Quelle: G. Roth

Die „therapeutische Allianz“ hat einen tiefen Hintergrund in der Eltern-Kind-Beziehung. In einer gewissen Weise werden die selben Botenstoffe aktiviert, wie in der frühen Kindheit. Ist die Beziehung zugewandt, wertschätzend, liebevoll, so wird vor allem Oxytocin (des „Nähe- oder Bindungshormon“) aktiviert, es entsteht eine Art von Resilienz. Ist das Gegenteil der Fall, so entsteht Vulnerabilität (Verletzbarkeit, Verwundbarkeit).



Quelle: G. Roth

Die Bedeutung der Empathie<sup>8</sup> als die Fähigkeit, angemessen auf die Gefühle anderer zu reagieren, wurde auch von Joachim Bauer<sup>9</sup> umfassend erforscht und als zentrales Beziehungselement erkannt (J. Bauer: *Warum ich fühle was du fühlst*; H&C 2005).

**ERSTE THERAPIE-PHASE**

Die „therapeutische Allianz“ führt wahrscheinlich zu einer Beeinflussung des CRF- bzw. Cortisol- und Serotonin-Stoffwechsels durch die bindungsbezogene Ausschüttung von Oxytocin und endogenen Opioiden.

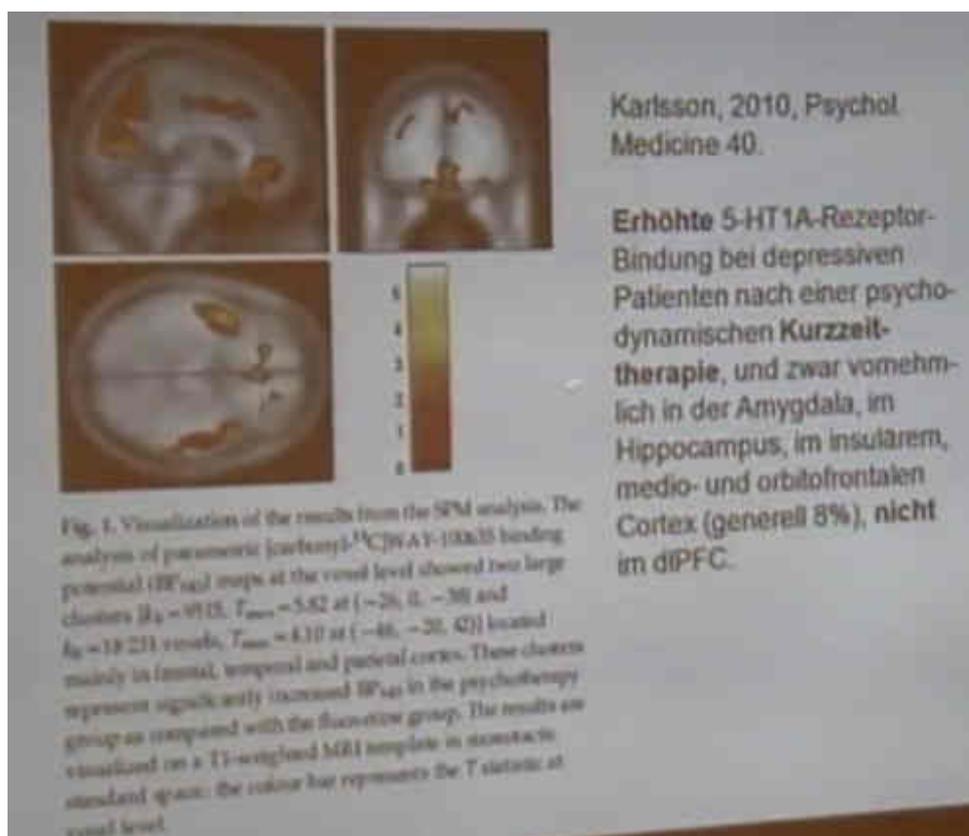
Eine bindungsorientierte PT könnte die Oxytocinfreisetzung erhöhen und dadurch die CRF- und Cortisolfreisetzung hemmen. Dies würde beim Patienten eine Hochregulation von 5-HT1A-Rezeptoren im vmPFC bewirken und seine grübelnde „Innengelenktheit“ vermindern, seine Zuversicht in die Behandlung und sein Vertrauen in den Therapeuten erhöhen.

Die eigentlichen strukturell-funktionalen Defizite werden dabei aber offenbar nicht behoben – dies könnte die hohe Rückfallquote bei Depression erklären.

Quelle: G. Roth

<sup>8</sup> Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Empathie>

<sup>9</sup> Prof. Dr. Dr. **Joachim Bauer** (\*1951) ist ein deutscher Arzt mit Ausbildung als Internist, Psychiater und Psychosomatischer Mediziner. Er ist Universitätsprofessor an der Universität Freiburg und als solcher im Bereich Psychoneuroimmunologie tätig. Darüber hinaus Forschungstätigkeit in Genetik und Neurobiologie. Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Joachim\\_Bauer](https://de.wikipedia.org/wiki/Joachim_Bauer)



Quelle: G. Roth

Kurzzeittherapie kann sicherlich einiges bewirken. Häufig reicht das auch schon. Dem Klienten geht es besser und er hat sein Veränderungsziel ausreichend erreicht. Wenn dies der Fall ist, so kann die Therapie an dieser Stelle beendet werden.

Als ein Beispiel von Kurzzeittherapie sei an dieser Stelle das Modell von Steve de Shazer erwähnt, dass sich in dieser Weise - als Therapie, wie auch im Coaching - sehr bewährt hat. Oft schon mit ganz wenigen Sitzungen oder auch nur einer Sitzung werden beachtliche Erfolge erzielt.<sup>10</sup>

Vielfach reicht das jedoch nicht oder es kommt zu einem „Rückfall“, der eine neuerliche oder weiterführende Therapie braucht. Hier beginnt dann die „echte Arbeit“ und hier trennt sich auch die Spreu vom Weizen, was - dauerhaft - wirksame, tiefgreifende Veränderungsarbeit betrifft.

### Zur zweiten Phase:

Gerhard Roth beschreibt diese Phase folgendermaßen:

<sup>10</sup> **Steve de Shazer** (1940-2005) war ein amerikanischer Psychotherapeut und Autor. Gemeinsam mit seiner Ehefrau Insoo Kim Berg entwickelte Steve de Shazer eine lösungsorientierte Kurztherapie, auf der Grundlage der Arbeiten von Milton Erickson, Ludwig Wittgenstein und Jacques Derrida. Anders als in der Systemischen Therapie wird in der lösungsfokussierten Kurztherapie das System von Klient / Therapeut / Team hinter dem Spiegel als das relevante System betrachtet. Auf jedwede Analyse des Klientensystems wird verzichtet. 1978 gründete das Ehepaar in Milwaukee das *Brief Family Therapy Center* (BFTC), das 2007 geschlossen wurde. In John Weakland, mit dem de Shazer befreundet war, sah er seinen Mentor. Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Steve\\_de\\_Shazer](https://de.wikipedia.org/wiki/Steve_de_Shazer) Vgl. Steve de Shazer: *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*; Carl Auer 2019.

## ZWEITE THERAPIE-PHASE

Behandlung von Störungen als Ergebnis einer **Kombination** genetisch-epigenetischer Vorbelastungen, einer Traumatisierung in früher Kindheit bis hin zu schweren **strukturellen**, meist entwicklungsbedingten **Störungen** z.B. in der Verteilung, Dichte und Empfindlichkeit von Cortisol- und Serotoninrezeptoren in den limbischen Zentren und einem Ungleichgewicht zwischen diesen Zentren.

Diese Störungen können offenbar nur sehr langsam und auf eine Weise, die dem **impliziten Lernen** entspricht, behandelt werden, indem sich auf der Ebene der Basalganglien neue Muster von Antworteigenschaften („Ersatzschaltungen“) ausbilden, welche die alten Muster überlagern, ohne sie ganz auszulöschen.

Hierbei könnte die Oxytocin-vermittelte Neubildung von Neuronen im Hippocampus und in den Basalganglien eine wichtige Rolle spielen.

Quelle: G. Roth

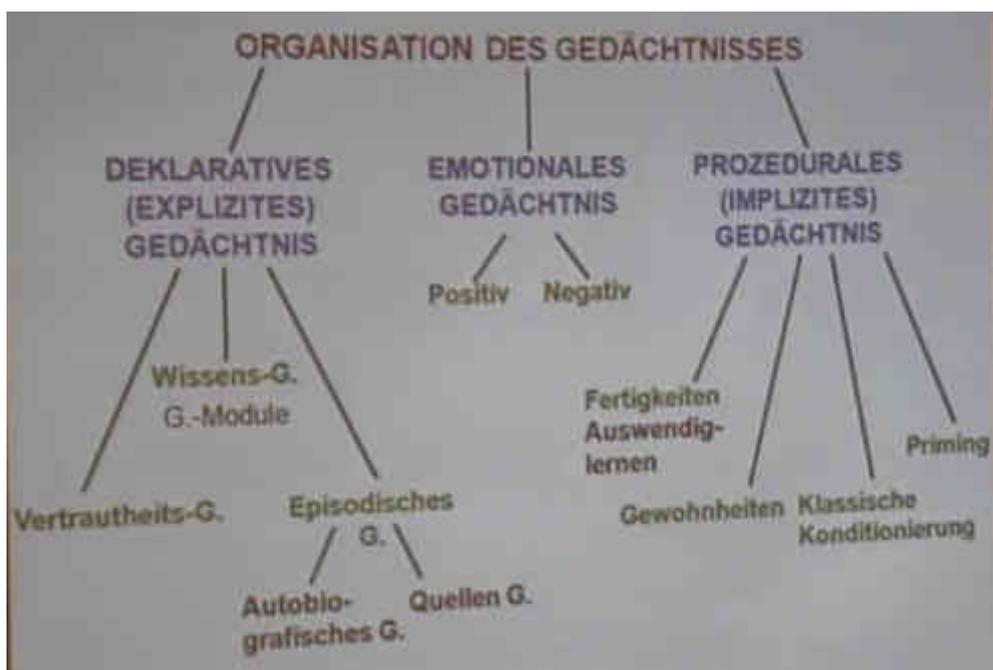
In der **zweiten, oft langwierigen Phase** muss es zu funktionellen und strukturellen Veränderungen in subcorticalen limbischen Zentren im Bereich der Stressverarbeitung, Selbstberuhigung, Bindungsfähigkeit und Impulshemmung kommen. Dies geschieht auf eine „impliziten“ bzw. „prozeduralen“ Weise.

Dies ist verbunden mit dem Wiederbeginn der Oxytocin- und BDNF-induzierten Neubildung von Nervenzellen im Hippocampus (Aufarbeiten traumatisierender Erinnerungen), im orbitofrontalen Cortex (Beendigung des Grübelns) und in den Basalganglien (Zudecken alter Gewohnheiten, Anlegen neuer Gewohnheiten).

Die zweite Phase kann bei leichteren und später entstandenen psychischen Störungen entfallen (Kurzzeittherapie), sofern es kaum tief eingegrabene Gewohnheiten gibt, sondern die Störungen „nur“ die obere limbische Ebene betreffen.

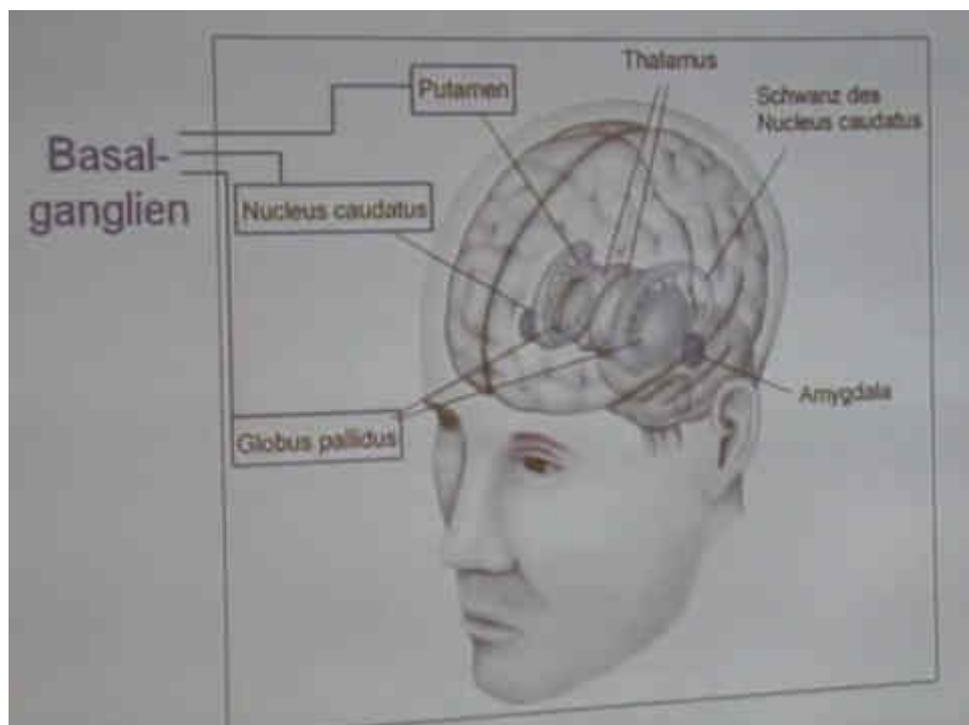
Quelle: G. Roth

Dazu ist auch eine Vorstellung über die Wirkungsweise bzw. Organisation unseres Gedächtnisses hilfreich:

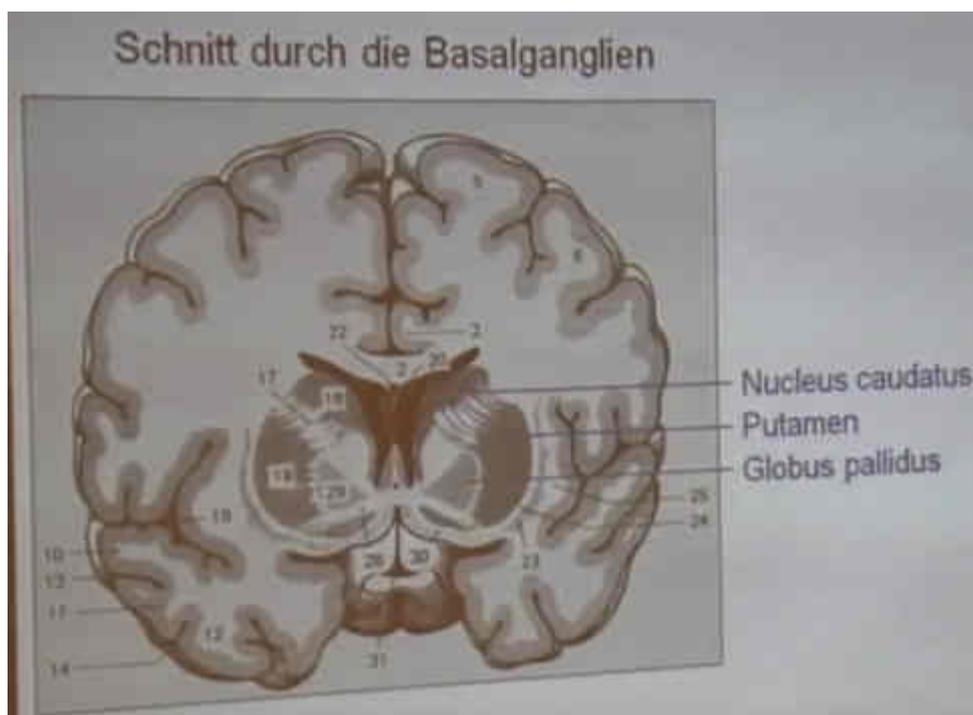


Quelle: G. Roth

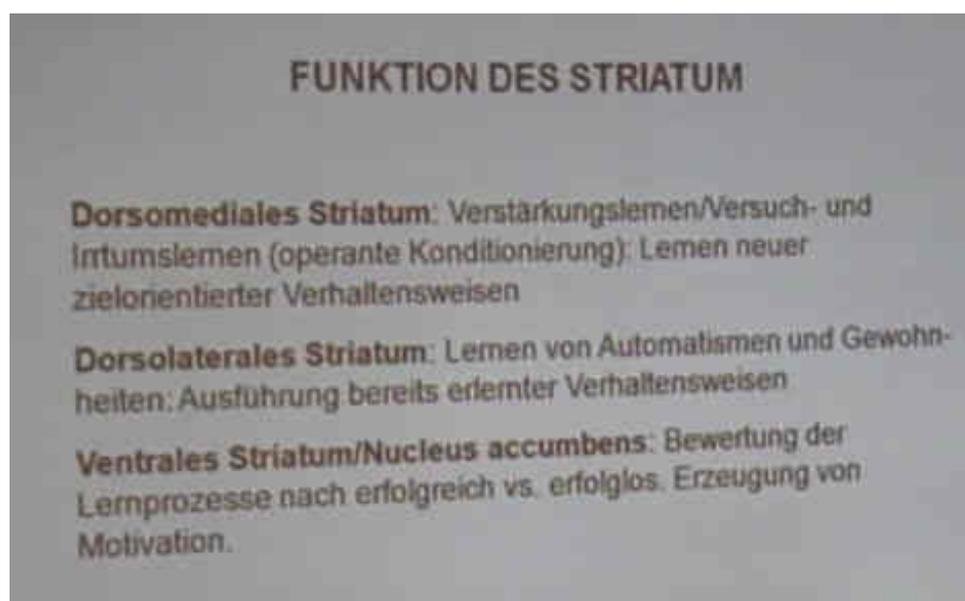
Wir bewegen uns hier vor allem auf der Ebene des „prozeduralen (impliziten) Gedächtnisses“. Aktivieren wir diese Gedächtnisstruktur, so können wir damit Einfluss nehmen: nämlich das Wachstum von neuen Basalganglien anzuregen:



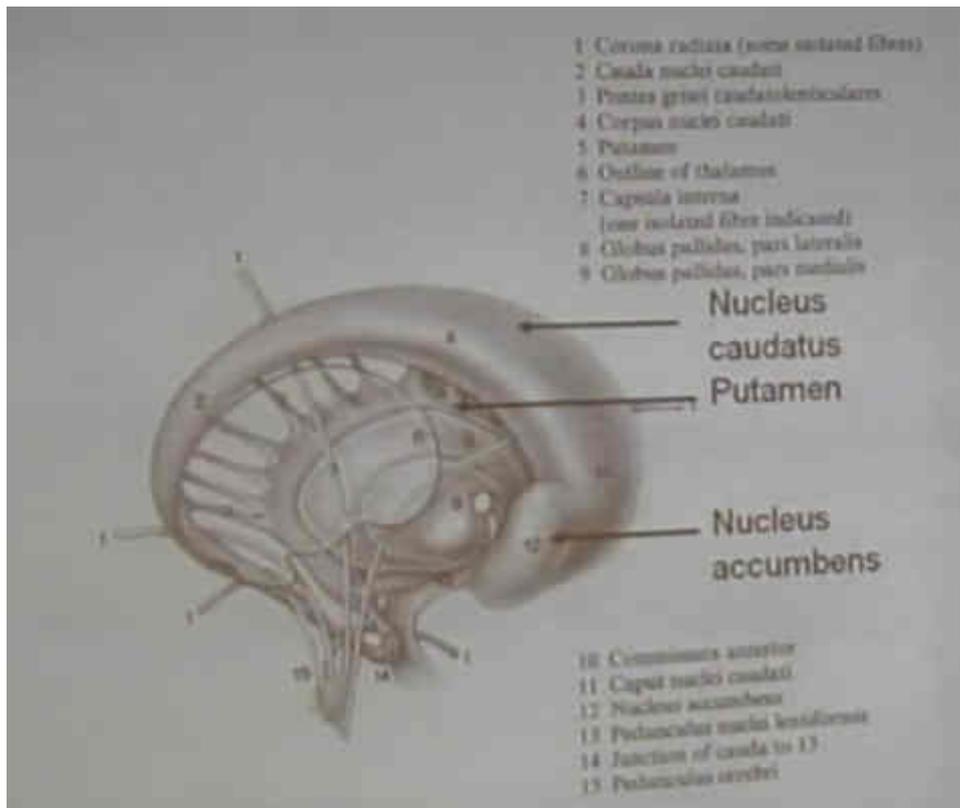
Quelle: G. Roth



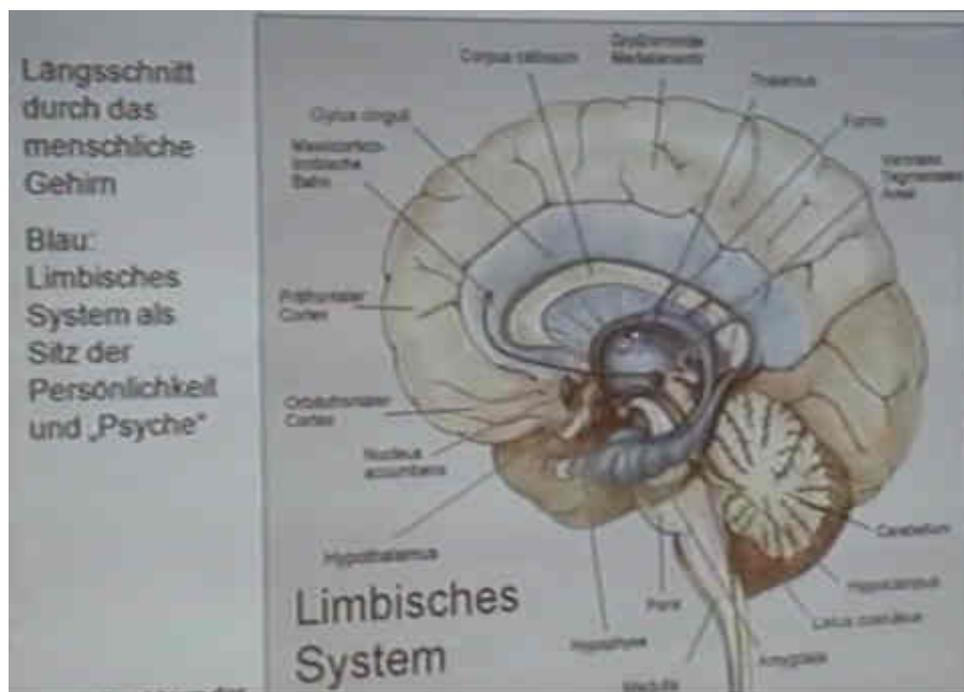
Quelle: G. Roth



Quelle: G. Roth



Quelle: G. Roth



Quelle: G. Roth

### Untere limbische Ebene

Gehirn: Hypothalamus – zentrale Amygdala – vegetative Zentren des Hirnstamms

Ebene unbewusst wirkender angeborener Reaktionen und Antriebe: Schlafen-Wachen, Nahrungsaufnahme, Sexualität, Aggression – Verteidigung – Flucht, Dominanz, Wut usw.

Diese Ebene ist überwiegend genetisch oder durch vorgeburtliche Einflüsse bedingt und macht unser **Temperament** aus. Sie ist durch Erfahrung und Erziehung kaum zu beeinflussen.

Hierzu gehören **grundlegende Persönlichkeitsmerkmale** wie Offenheit-Verschlossenheit, Selbstvertrauen, Kreativität, Vertrauen-Miss-trauen, Umgang mit Risiken, Pünktlichkeit, Ordnungsliebe, Zuverlässigkeit, Verantwortungs-



Quelle: G. Roth

## 6. Ursachen und Zusammenhänge psychischer Erkrankungen

### GENERELLE AUSSAGE

Seelisch-psychische Zustände beruhen auf der Aktivität corticaler (bewusstseinsfähiger) und subcorticaler (nicht bewusstseinsfähiger) Zentren und ihrer Wechselwirkung. Es gibt keine geistig-seelisch-psychischen Zustände ohne das Gehirn.

Psychische Erkrankungen beruhen auf strukturellen und funktionalen Störungen dieser Zentren bzw. ihrer Interaktion.

Psychische Erkrankungen werden verursacht durch eine **Kombination** genetisch-epigenetischer Vorbelastung (vornehmlich des serotonergen System), Schwächung der Stress-Achse, frühkindlicher Traumatisierung und negativer Erfahrungen in späterer Kindheit und Jugend.

Quelle: G. Roth

Etwas anders ausgedrückt:<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Siehe dazu auch Karl Wimmer (03/2019): *Wenn die Seele leidet. Psychische Erkrankungen und ihre Erscheinungsformen*; in: [https://www.wimmer-partner.at/pdf.dateien/psychische\\_erkrankungen.pdf](https://www.wimmer-partner.at/pdf.dateien/psychische_erkrankungen.pdf)

## GENERELLE AUSSAGE

Psyche und Persönlichkeit sowie deren Erkrankungen werden bestimmt durch

- Genetische und epigenetische Faktoren
- Vorgeburtliche Einflüsse des Körpers und des Gehirns der werdenden Mutter
- Früh-nachgeburtliche Prägungsprozesse, insbes. im Rahmen der frühen Bindungserfahrungen
- Einflüsse und Erfahrungen in späterer Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter.

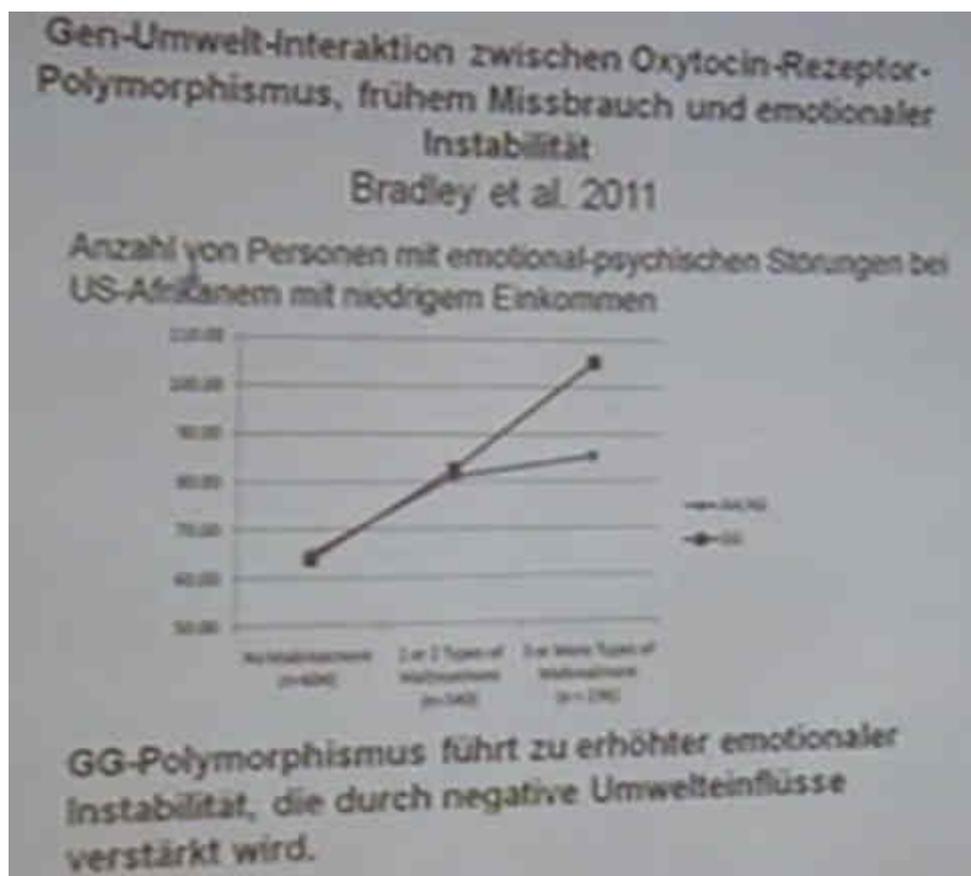
Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig, allerdings sind die Wirkungen der erstgenannten Faktoren stärker als die der letztgenannten.

Quelle: G. Roth

Hohe Empfindlichkeit für frühe negative Erfahrung bei MAOA-L - Allel  
und geringe Empfindlichkeit bei MAOA-H – Allel in Hinblick auf  
späteres antisoziales Verhalten  
(Buckholz und Meyer-Lindenberg (2008))

MAOA-Genotyp	Developmental Stress	Cortisol levels	Emotional reactivity	Aggression
MAOA-H	Low	High	Low	Low
MAOA-L	Low	High	High	High
MAOA-H	High	Low	Low	Low
MAOA-L	High	Low	High	High

Quelle: G. Roth



Quelle: G. Roth

### GRUNDERKENNTNISSE

Psyche und ihre Erkrankungen werden verursacht durch folgende Faktoren:

- (1) Genetische Faktoren (meist hoch-polygen)
- (2) Epigenetische Faktoren (Gen-Polymorphismen), meist im Bereich des Stressverarbeitungs-, Selbstbenütigungs-, Impulshemmungs- und Bindungssystem.
- (3) Vorgeburtliche Einflüsse des Körpers und Gehirns der werdenden Mutter auf das Gehirn des ungeborenen Kindes.
- (4) Früh-nachgeburtliche Erfahrung, meist innerhalb des Stressverarbeitungs- und Bindungssystems.
- (5) Erfahrungen und Einflüsse in späterer Kindheit, Jugend und im frühen Erwachsenenalter.

Quelle: G. Roth

Faktoren (1) - (3) legen das **Temperament** eines Kindes fest. In der negativen Ausprägung bilden sie die „strukturellen Defizite“ auf der unteren limbischen Ebene. Sie bilden bei positiver Kombination eine **Resilienz**, bei negativer Kombination eine **Vulnerabilität**.

Faktor (4), die frühe Bindungserfahrung und das Vorhandensein bzw. die Abwesenheit frühkindlicher traumatisierender Ereignisse, können die Wirkung des Temperaments verstärken oder abschwächen. Dies geschieht umso mehr, je schwächer Faktoren (1)-(3) ausgeprägt sind, und umso weniger, je höher die Vulnerabilität ist.

Faktor (5) wirkt nur noch in geringem Maße verstärkend bzw. abschwächend.

Diese Zusammenhänge bedingen ursächlich Art und Wirkung der Psychotherapie.

Quelle: G. Roth

Je stärker die negativen Faktoren (1)-(3), desto mehr „strukturelle Defizite“ liegen auf der unteren limbischen Ebene vor, meist in Form schwerer Persönlichkeitsstörungen, und desto schwieriger wird die Psychotherapie. Hier müssen resiliente Strukturen überhaupt erst geschaffen werden.

Bei einer Kombination geringer Vulnerabilität und einem normalen Temperament wirken sich früh-nachgeburtliche Belastungen auf der mittleren limbischen Ebene, insbesondere in der Bindungserfahrung, weniger negativ aus. Hier setzt die Ressourcensuche und -aktivierung an.

Sind beide Bereiche mehr oder weniger gut entwickelt, so sind Defizite, die sich auf der oberen limbischen Ebene entwickeln (mildere Defizite des Selbstbildes und der Beziehungen), gut zu therapieren.

Quelle: G. Roth

Über die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Stressachse hinsichtlich der Ausprägung von psychischen Erkrankungen versus Gesundheit hat auch Joachim Bauer geforscht und publiziert (siehe z.B.: *Das Gedächtnis des Körpers*; Piper 2004).<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Siehe dazu auch Karl Wimmer (10/2018): *Stress, Burnout und Depression – Neurobiologische Grundlagen und psychosoziale Dynamiken*; in: [https://www.wimmer-partner.at/pdf.dateien/stress\\_burnout\\_depression.pdf](https://www.wimmer-partner.at/pdf.dateien/stress_burnout_depression.pdf)  
Sowie dsb. (10/2019): *Die Bedeutung des familiär-lebensgeschichtlichen Kontextes. Gedanken zur Anamnese familiärer Strukturen und Dynamiken und deren Nutzbarmachung in systemische-entwicklungsorientierter Sicht*; in: [https://www.wimmer-partner.at/pdf.dateien/familienkontext\\_lebensgeschichte.pdf](https://www.wimmer-partner.at/pdf.dateien/familienkontext_lebensgeschichte.pdf)

GRUNDSPANNUNGEN DES PSYCHISCHEN	
AUTONOMIE	HETERONOMIE
Abhängigkeit	Eigenständigkeit
Egoismus	Gesellschaftlichkeit
Distanz	Nähe
Selbstbestimmung	Bindung
Selbstfindung	Einordnung
Selbstbestätigung	Fremdbestätigung
Selbstverantwortung	Befolgen von Normen

Diese Grundspannungen sind teils genetisch, teils frühkindlich bestimmt. Sie schlagen sich auf den unterschiedlichen limbischen Ebenen in unbewussten, vorbewussten oder bewussten Inkongruenzen im Sinne von Grawe nieder und müssen behoben werden.

Quelle: G. Roth

## 7. Fünf zentrale Wirkfaktoren in der Veränderungsarbeit

Klaus Grave (2004) beschreibt fünf zentrale Wirkfaktoren in der therapeutischen Veränderungsarbeit:

FÜNF WIRKFAKTOREN DER PSYCHOTHERAPIE NACH GRAWE
<p><b>Therapeutische Beziehung:</b> Die Qualität der Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten trägt wesentlich zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei.</p>
<p><b>Ressourcenaktivierung:</b> Die Persönlichkeitsmerkmale, die die Patienten in die Therapie mitbringen, werden als positive Ressource für das therapeutische Vorgehen genutzt. Das betrifft vorhandene motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten und Interessen der Patienten.</p>
<p><b>Problemaktualisierung:</b> Die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, werden unmittelbar erfahrbar. Das kann dadurch geschehen, dass Therapeut und Patient reale Problemsituationen aufsuchen, oder dass sie durch besondere therapeutische Techniken wie intensives Erzählen, Imaginationenübungen, Rollenspiele o. ä. die Probleme erlebnismäßig aktualisieren.</p>

Quelle: G. Roth

**Motivationale Klärung:** Die Therapie fördert mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient ein klareres Bewusstsein der Determinanten (Ursprünge, Hintergründe, aufrechterhaltende Faktoren) seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt – allerdings als Ermutigung, nicht als „Aufklärung“.

**Problembewältigung:** Die Behandlung unterstützt den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen (direkt oder indirekt) darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen.

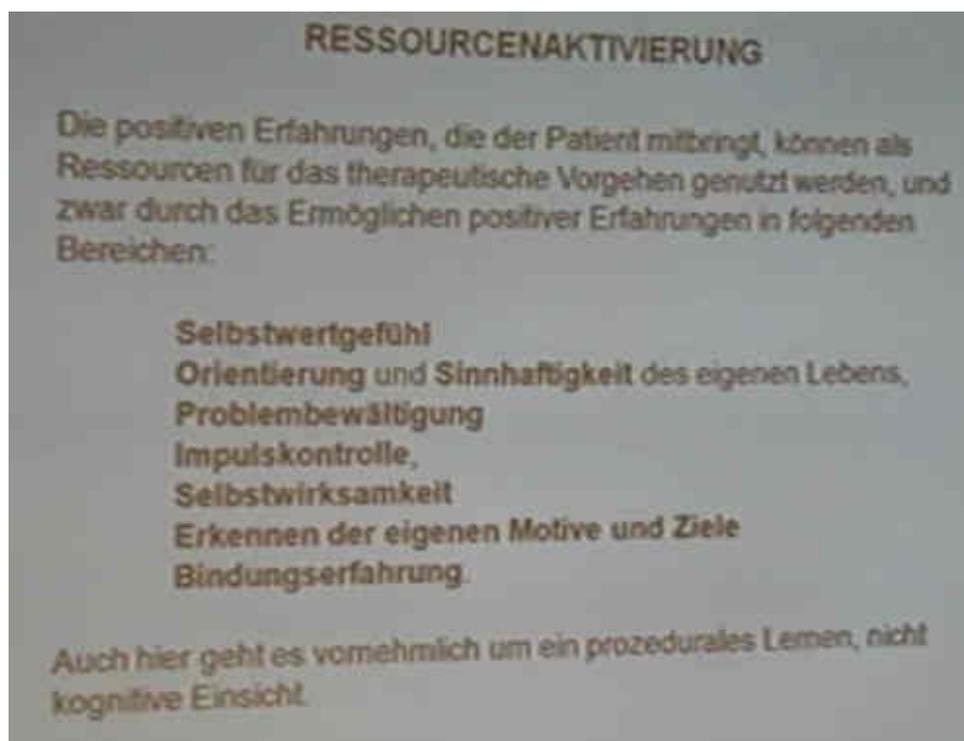
Die Problembewältigung erfolgt vornehmlich implizit-prozedural, d.h. durch **Einüben** besserer Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen. Nur so können die tief eingegrabenen „falschen Schemata“ überformt werden.

Quelle: G. Roth

#### **Im Ergebnis bedeutet dies:**

Eine „allgemeine“, d.h. **schulenübergreifende Psychotherapie** ist möglich, indem die Vorteile der genannten (und anderer) Richtungen variabel kombiniert und angewandt werden je nach Art und Schwere der Erkrankung und dem Ausmaß und der Qualität der therapeutischen Allianz.

Quelle: G. Roth



Quelle: G. Roth

Der „Utilisation“, wie sie in der modernen Hypnotherapie nach Milton Erickson<sup>13</sup> verstanden und angewandt wird, kommt in diesem Sinne eine besondere Bedeutung zu. Es geht dabei nicht nur um die Aktivierung vorhandener (bewusster und unbewusster) Ressourcen, sondern auch um die Nutzbarmachung von Symptomen:

Utilisation im Sinne von Milton H. Erickson schließt aber noch wesentlich mehr ein. Erickson bezeichnet damit auch eine therapeutische Grundhaltung, die alles, was ein Patient, eine Patientin mit in die Behandlung einbringt, ebenso wie Aspekte der Behandlungssituation für den Therapieerfolg konstruktiv und nützlich einzusetzen versucht.<sup>14/15</sup>

„Utilisation ist die Haltung, jeder Eigenart des Klienten und seiner Lebenssituation mit Wertschätzung zu begegnen und das jeweils Einzigartige daran zu nutzen.“<sup>16</sup> „Kurz gesagt, einerlei, worin sich das Verhalten des Patienten manifestiert, es sollte akzeptiert und als Wasser auf die Mühlen betrachtet werden.“<sup>17</sup>

<sup>13</sup> **Milton Hyland Erickson** (1901-1980) war ein amerikanischer Psychiater, Psychologe und Psychotherapeut, der die moderne Hypnose und Hypnotherapie maßgeblich prägte und ihren Einsatz in der Psychotherapie förderte. Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Milton\\_H.\\_Erickson](https://de.wikipedia.org/wiki/Milton_H._Erickson)

<sup>14</sup> Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Utilisation>

<sup>15</sup> Vgl. Milton H. Erickson: *Innovative Hypnotherapie I*. In: Ernest L. Rossi (Hrsg.): *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*. Band 5. Carl Auer 1998.

<sup>16</sup> Hammel, Stefan: *Utilisation*. In: Jan V. Wirth, Heiko Kleve (Hrsg.): *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie*. Carl Auer 2012, S. 441 f.

<sup>17</sup> Erickson in Rossi, 1980, Band I, S. 158; zitiert in: O'Hanlon, William, H.: *Eckpfeiler. Grundlegende Prinzipien der Psychotherapie und Hypnose Milton H. Ericksons*; Iskopress 1990, S. 43.

## ZUSAMMENFASSUNG

Psychotherapien verlaufen oft in zwei unterschiedlichen Phasen:

In der ersten Phase tritt eine schnelle, aber überwiegend unspezifische Besserung aufgrund der „therapeutischen Allianz“ und der damit verbundenen Wirkung von Oxytocin und endogenen Opioiden („common factor“) ein.

In der zweiten, langwierigen Phase muss es zu funktionalen und strukturellen Veränderungen in subcorticalen limbischen Zentren (Amygdala, Basalganglien) auf der Ebene von Rezeptoren im Bereich der Stressverarbeitung, Selbstberuhigung, Bindungsfähigkeit und Impulshemmung kommen.

Dies geschieht in einer „impliziten“ bzw. „prozeduralen“ Weise, die langwierig und domig ist. Dennoch ist diese zweite, langwierige Phase für eine nachhaltige Linderung der psychischen

Quelle: G. Roth

Die Erkenntnisse der Neurowissenschaften sind unabdingbar für das Verständnis des Entstehens psychischer Störungen und der Wirkungsmechanismen von Psychotherapien. Alle Psychotherapie-Wirkungsmodelle müssen – soweit dies geht – evidenzbasiert sein. Dies schließt auch standardisierte wissenschaftliche Prüfmethode ihrer Wirksamkeit ein.

Sie können die Psychotherapie aber nicht ersetzen, da sowohl die therapeutische Allianz als auch die Durchführung einer zweiten Phase der Therapie ein intensives Vertrauensverhältnis und eine enge Kooperation zwischen Patient und Therapeut erfordert.

Quelle: G. Roth