

# Geleitwort

## Stress als Störungsmodell für die Psychotherapie

Stress – ist das überhaupt ein ernstzunehmender Begriff? Heutzutage wird doch alles, was irgendwie als belastend empfunden wird, als Stress bezeichnet. Was soll dann eine stressorbasierte Psychotherapie sein? Ein einziges ätiologisches Konzept für alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen? Eine grobe Vereinfachung?

In seiner ursprünglichen Bedeutung kommt der Begriff Stress aus der Materialforschung und beschreibt eine mechanische Einwirkung auf einen Gegenstand. Stress durch Krafteinwirkung kann beispielsweise die Materialstruktur eines Stahlträgers auf Dauer so ermüden, dass er seine Tragkraft verliert und schließlich bricht.

Durch den Physiologen Walter Cannon wurde das Konzept Stress als Störfaktor der homöostatischen Regulation von Stoffwechselvorgängen in die biologische Forschung eingeführt. Cannon beschrieb 1914, dass Säugetiere auf Bedrohung mit einer Notfallreaktion reagieren, die von einer Ausschüttung von Adrenalin begleitet ist. Allerdings war es noch in den 1920er-Jahren völlig ungebräuchlich, von Stress in Bezug auf Lebensereignisse und psychische Belastungen zu sprechen. Erst der Mediziner Hans Selye hat das Konzept Stress verbreitet und popularisiert. Selye wurde im Jahr 1936 darauf aufmerksam, dass Tiere in seinem Labor auf verschiedenste Belastungen mit einer sehr ähnlichen Symptomatik reagierten: Gewichtsverlust, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre sowie Veränderungen in der Nebennierenrinde. Für die körperlichen Reaktionen auf unspezifische Belastungen prägte Selye den Begriff *Allgemeines Anpassungssyndrom*. Er konnte zeigen, dass längerdauernde Belastungen zu einer Ausschüttung von Stresshormonen (Adrenalin und Kortisol) führen, die potentiell schädigende Auswirkungen auf den Organismus haben und als krankheitsauslösende Faktoren, beispielsweise für kardiovaskuläre Erkrankungen, auch beim Menschen eine erhebliche Rolle spielen.

Unter anderem durch ca. 40 veröffentlichte Bücher sorgte Selye für eine Verbreitung des Wissens um Stress und dafür, dass Stress ein populärer Begriff wurde, der synonym für potentiell krankmachende Belastung und Überforderung steht. Auf einmal war der Begriff Stress in aller Munde. In der Arbeitswelt wurden vielfältigste Stressbelastungen – z. B. Schichtarbeit zu Nachtzeiten – erkannt und als potentiell schädigend bewertet. Sogar das Militär griff den Begriff Stress auf, um die Belastung von Soldaten im Kriegseinsatz zu beschreiben. Stress wurde im Lauf der Jahre zu einer Zeitkrankheit, zu einer Beschreibung von Belastungen jeglicher Art und zum Lifestyle der ökonomisch erfolgreichen Menschen.

Obwohl das Modell »Stress« von Hans Selye ursprünglich holistisch konzipiert war und den biologischen Organismus in seiner Interaktion mit der Umwelt im Blick hatte, wird es heute in der Regel verkürzt gebraucht, um die Einwirkung einer von außen kommenden überfordernden Belastung zu beschreiben. In diesem Sinne sind Stressoren auslösende Bedingungen für Stress und Stress ist eine Anforderung an den Organismus, sich zu adaptieren. Traumatische Erfahrungen lassen sich in dieser Weise ebenfalls als Stressoren verstehen. Die Begriffe Trauma und Stress unterscheiden sich eigentlich nur in der Schwere der unmittelbaren Einwirkung, weniger in den Auswirkungen für den Organismus.

Warum ist dann Stress – abgesehen von Coping- und Bewältigungsforschung – überhaupt ein psychologisches Problem und Thema der Psychotherapie? Wenn die Belastung wirklich von außen kommt, wie es das verkürzte Stresskonzept suggeriert, müsste eine Problemlösung doch durch Einflussnahme auf die Umwelt zu erreichen sein. Dann bräuchte man eher einen Sozialarbeiter oder einen Coach an der Seite als einen Therapeuten, der einem erstmal erklärt, dass es um eigene Probleme geht, die zu erkennen und zu lösen sind. Wie kommt es, dass aus einer von außen einwirkenden Belastung ein innerpsychischer Konflikt wird, ein Stressor, der in der eigenen Seele lokalisiert ist?

Auch auf der psychischen Ebene gibt es so etwas wie ein *Allgemeines Anpassungssyndrom*. Traumatisierungen und Stressbelastungen schreiben sich via epigenetischer Regulationsmechanismen in die körperliche und durch empathische Einfühlung in die seelische Struktur ein. Im Dienste des Überlebens und der Bewältigung passt sich der Organismus an die Extremsituation an, die Belastung wird soweit wie möglich kompensiert. Dies geschieht auf der Ebene der psychischen Reaktionen durch aktives empathisches Einfühlen in die Person, die Auslöser für die Belastung ist. Folge ist, dass die bedrohliche oder unberechenbare Person gleichsam noch näher kommt. Das Kind lernt, wie der Täter denkt und fühlt, um vor auszusehen, was der Angreifer im nächsten Moment tun wird. Es lernt, dass durch Einfühlung in die schädigende Person etwas Kontrolle gewonnen werden kann und es lernt, mit der Aufmerksamkeit beim Anderen zu sein und nicht bei sich selbst. Die eigenen Wahrnehmungen hingegen werden in Zweifel gestellt und vielleicht gewinnt das Kind, um die Bindung zur schädigenden Beziehungsperson aufrecht halten zu können, sogar die Überzeugung, selbst ein schlechter Mensch und schuldig zu sein. Die Folgen kindlicher Vernachlässigung und Traumatisierungen lassen sich mit diesen Mechanismen gut erklären. So wird verständlich, auf welchem Weg das gewaltvolle Fremde in die eigene Seele gelangt.

Traumatische Lebenserfahrungen und Stressbelastungen – besonders, wenn diese in der Kindheit und Jugend auftreten – beeinträchtigen potentiell alle Lebensbezüge, führen zur Entfremdung von sich selbst und sind Ursache von Leid und psychischer Krankheit. Gleichzeitig sind Stressoren aber auch Anstoß zu Wachstum, Reifung und Entwicklung der Persönlichkeit. Genau aus diesem doppelten Grund fokussieren erfahrene Psychotherapeuten die Behandlung auf die stressauslösenden Belastungen, genauer auf die Folgen der Anpassung an die Belastung, die sich in die Seele eingepägt haben, den Patienten in seinen Freiheitsgraden einschränken und in der Lebensführung beeinträchtigen. Gegenstand der stressor-basierten Psychotherapie ist es, aufzuzeigen, wie die Lebensführung behin-

dernden und symptomauslösenden Belastungsfolgen fokussiert behandelt und aufgelöst werden können, um den Weg für neue Erfahrungen und für Wachstum und Entwicklung frei zu machen. Dies gelingt erfreulicherweise in der Psychotherapie mit Kindern noch viel leichter als in der Behandlung Erwachsener.

Das Besondere an dem von Thomas Hensel vorgestellten psychotherapeutischen Behandlungskonzept ist nicht alleine die Integration moderner entwicklungspsychopathologischer und traumatherapeutischer Konzepte in die Psychotherapie, sondern vor allem auch der durchgängige Bezug zu den humanistischen Grundlagen der Psychotherapie. So macht Thomas Hensel darauf aufmerksam, dass therapeutische Lernprozesse, etwa im Rahmen der Arbeit an Stressoren, gleichzeitig auch als psychische Transformationsprozesse verstanden werden können, also als Wandlungen und Entwicklungen, die Menschen helfen, in größerer Kongruenz mit sich selbst und mit ihren individuellen Potentialen zu stehen. Technische Aspekte der Psychotherapie und manualisierte Behandlungsverfahren dürfen nicht dazu führen, dass die Tiefe der therapeutischen Beziehung aufgegeben wird. Andererseits, so Thomas Hensel, ist es nicht die Beziehung selbst, die heilt. Therapeutische Veränderungen sind nicht herstellbar wie ein Produkt und werden nicht durch die Beziehung zum Therapeuten bewirkt, sondern ereignen sich in der therapeutischen Atmosphäre einer professionell gestalteten Beziehung, die Raum sowie Halt gibt und Mut macht, neue Erfahrungen zu gewinnen und Veränderung zu wagen. Bei aller gut begründeten Fokussierung der Behandlung auf die Arbeit an Stressoren ist es nicht die therapeutische Technik, die im Vordergrund der Methode steht, sondern der individuelle an seiner psychischen oder psychosomatischen Symptomatik leidende Mensch. Auch aus diesem Grund halte ich das vorliegende Buch für einen wichtigen Beitrag zu einem modernen therapieschulenübergreifenden Konzept der Psychotherapie.

Martin Sack  
München, im Mai 2017

# Vorwort

*»Astrophysikalische Beobachtungen zeigen, dass nur fünf Prozent der gesamten Energie im Universum aus uns bekannten Bausteinen besteht. 95 Prozent sind noch völlig unverstanden.«  
(Bierwagen & Schmieden; Astrophysiker)*

Der hier vorgestellte Behandlungsansatz hat sich aus zwei unterschiedlichen Erfahrungsfeldern herausgebildet und entwickelt: Zum einen aus meiner fast 30-jährigen, intensiven und berührenden Arbeit als Psychotherapeut mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, zum anderen aus meiner Tätigkeit als Ausbilder in traumabezogener Weiterbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie verwandter Berufsgruppen.

Der *stressorbasierte Therapieansatz* ist ein pragmatisches und integratives Modell, das wenige überschaubare Grundelemente mit präzisen therapeutischen Handlungsanleitungen verbindet und theoretisch die aktuellen Erkenntnisse der Psychotherapieforschung, Psychotraumatologie, Neurobiologie, Stressforschung und epidemiologische Befunde reflektiert. Er lässt eine Methodenvielfalt in der klinischen Umsetzung der grundlegenden Wirkfaktoren (Grawe, 1998, 2004) zu und bietet so den Psychotherapeuten die Möglichkeit, in Übereinstimmung (Allegianz) mit eigenen psychotherapeutischen Präferenzen zu handeln und eine optimale Passung mit den Bedürfnissen des Klienten zu erreichen.

Die Psychotraumatologie, in Deutschland seit 20 Jahren zunehmend als eigenständiges Forschungsgebiet präsent und anerkannt, hat frischen Wind in das Feld der Psychotherapie gebracht. Sie kehrt zu den Wurzeln moderner Psychotherapie (Freud, Janet) zurück und erkennt reale, belastende Lebenserfahrungen als ätiologisch bedeutsame Quelle dysfunktionaler psychischer Prozesse und Symptombildungen an. Es sind interpersonelle Gewalterfahrungen, monotraumatische Schocktraumata und kumulative alltägliche Erlebnisse von Kränkungen, Versagungen und Verlusten, aus denen chronische Stressdysregulation resultieren kann. Psychotherapeutische Erfahrung zeigt, dass das Modell eines *Stressorkontinuums* für eine Behandlung hilfreich ist und alle Arten von Stressoren – unabhängig von ihrem Inhalt – nach einem einheitlichen klinischen Algorithmus behandelt werden können.

Das hier vorgestellte Modell ist eingebettet in ein gesteigertes gesellschaftliches Bewusstsein für die umfassenden schädigenden Folgen belastender Lebenserfahrungen in der Kindheit, insbesondere frühkindlicher interpersoneller Gewalterfahrungen. Das Sichtbarwerden sexualisierter und körperlicher Gewalt an Kindern in öffentlichen Einrichtungen wie Heimen und Schulen sowie in gesellschaftlichen Institutionen wie der Kirche hat eine breite Sensibilität dafür entstehen lassen, dass es

in unserer Gesellschaft strukturell verankerte Gewalt gegen Minderjährige gibt. Dies bleibt auch für die Konzeptualisierung von Psychotherapie nicht ohne Folgen. Während »traditionelle Psychotherapie« im Prinzip davon ausgeht, dass das einzelne Individuum für seine psychische Notlage alleine verantwortlich ist, und damit eine Sichtweise unterstützt, die eine *Privatisierung von Stress* (Fisher, 2013) propagiert, stellt die Psychotraumatheorie – zu der sich dieser Ansatz bekennt – auch theoretisch wieder den Zusammenhang zu gesellschaftlichen Verhältnissen her, die eine wesentliche kausale Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen spielen.

Nach langem Widerstand in fachspezifischen Institutionen, den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, den Berufsverbänden und Ausbildungsinstituten, wurde mit den fünf Zielen der Rahmenempfehlungen (BPtK et al., 2012) schließlich anerkannt, dass belastende Lebenserfahrungen ein bedeutendes gesellschaftliches Phänomen mit hohen Kosten und großem menschlichen Leid sind. Für die USA berechneten Wang & Holton (2007) die daraus entstehenden Kosten auf rund 33 Milliarden Dollar pro Jahr. Die deutsche Traumafolgekostenstudie (Habetha et al., 2012, S. 79) fasst zusammen: »Jedes Jahr (ergibt) sich ein Betrag von 11,0 Mrd. Euro, der durch die Folgen von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung für die deutsche Gesellschaft anfällt.«

Es wurden umfassende Maßnahmen vorgeschlagen, das Therapieangebot quantitativ und qualitativ zu verbessern. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass es zur Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen einer therapeutischen Expertise, also traumaspezifischer Modellbildung und Weiterbildungen bedarf. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, neue Behandlungsansätze für diese Klienten zu fördern und zu entwickeln.

Der Widerstand gegen die Psychotraumatologie und ihre klinischen Implikationen kommt nicht von ungefähr. Werden doch durch die ätiologisch orientierte Sichtweise (Erfahrung zählt!) wesentliche Paradigmen der aktuell dominierenden kognitiven Verhaltenstherapie einerseits und des biologisch-medizinischen Reduktionismus andererseits grundsätzlich infrage gestellt.

Mit Wendisch (2016) stimme ich überein, dass eine symptomfixierte, störungsspezifische, kognitiv reduktionistische, den Therapieprozess und die Person des Therapeuten ausklammernde Sichtweise an ihre Grenzen gekommen ist. Es geht um die Weiterentwicklung von Therapieansätzen in Richtung »nicht-reduktionistische, transdiagnostische Behandlungsstrategien« (Wendisch, 2016, S. 13), die sich nicht einem medizinischen Paradigma unterwerfen (Wampold, 2012) und die, wie ich ergänzen möchte, auf einem werte- und ressourcenorientierten Menschenbild eines authentischen Therapeuten beruhen.

Diagnoseorientierte Behandlungspläne entsprechen nicht den – nur transdiagnostisch zu erfassenden – Wirkmechanismen der Dysregulation nach Belastungserfahrungen. Die Reduktion psychischer Abläufe auf kognitive Faktoren und ihre Folgewirkungen hat sich als unzureichend für die Behandlung primär emotionalen Prozessgeschehens erwiesen. Bedenkt man, dass die Effektivität kognitiv-behavioraler Verfahren für eine ihrer Kernanwendungen, der Behandlung von Depression, unter Berücksichtigung auch nicht veröffentlichter Studien bei .39 (Cohen's d) liegt (Driessen et al., 2015), wird die Notwendigkeit alternativer Behandlungsansätze evident.

Zur Frage des medizinisch-biologischen Reduktionismus möchte ich hier Klaus Grawe zitieren:

»Neuropsychotherapie, wie ich sie verstehe, versucht, das Gehirn zu verändern, aber sie befasst sich nicht in erster Linie mit dem Gehirn, sondern mit den Lebenserfahrungen, die ein Mensch macht.« (Grawe, 2004, S. 448).

Mit dem Paradigmenwechsel hin zur einer ätiologischen Orientierung in der Psychotherapie ist die Entwicklung zahlreicher neuer Therapieansätze verbunden, die von Psychotherapeuten zum Teil enthusiastisch aufgenommen werden und zunehmend Eingang in die klinische Praxis finden. Neben dem inzwischen etablierten EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 2012) sind u. a. Verfahren wie NET (Narrative Expositionstherapie; Schauer, Neuner, Elbert, 2005), IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy; Schmucker & Köster, 2014), PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie; Reddemann, 2014), PC (Progressive Counting; Greenwald, 2013), TRIMB (Trauma Recapitulation with Imagination Motion and Breath; Spangenberg, 2016), traumabezogene Spieltherapie (Weinberg, 2006, 2010) und Strukturierte Traumaintervention (Weinberg, 2006) zu nennen.

Es ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass einige Methoden, insbesondere EMDR, das vor 20 Jahren als Behandlungsmethode für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) begann, sich inzwischen zu Verfahren weiterentwickelt haben, die in der Behandlung unterschiedlichster Störungsbilder effektiv eingesetzt werden können.

Dieses Buch richtet sich an alle psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, vor allem an jene, die mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen arbeiten. Die Inhalte des Buches haben sich wesentlich aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen entwickelt, sind jedoch uneingeschränkt auf den Erwachsenenbereich übertragbar.

Die Darstellung des Störungsmodells ist bewusst schlank gehalten und beschränkt sich auf die Herleitung und Beschreibung der wenigen zentralen Elemente des Ansatzes. Eine vollständige Abhandlung aller theoretisch relevanten Bereiche (Entwicklungspsychologie, Interaktionsstile, Berücksichtigung störungsspezifischer Aspekte) ist nicht intendiert und widerspricht der Absicht des Autors, ein überschaubares, an der Pragmatik des klinischen Alltags orientiertes integratives Modell in einer Form darzustellen, die es klinisch Tätigen – auch zeitlich – erlaubt, das Buch nicht nur zu kaufen, sondern es auch zu lesen. Das Motto für das Buch und die darauf aufbauende therapeutische Arbeit lautet (Spangenberg, 2016): »*Das Schwere leicht und das Komplizierte einfach machen.*«

Mein besonderer Dank gilt zunächst meiner Frau Ruth, die meine Abwesenheit während der Wochen und Monate am Schreibtisch hinnehmen musste und mich durch ihr sprachliches und inhaltliches Korrekturlesen immer wieder auf den Weg der Einfachheit und Klarheit zurückbrachte. Dafür bin ich ihr von Herzen dankbar.

Mit Martin Sack verbinden mich eine langjährige Freundschaft und unzählige anregende, tiefgehende Diskussionen zur Klärung der eigenen Standpunkte und Menschenbilder. Ihm verdanke ich die ständige Ermutigung, mir treu zu bleiben und meinen therapeutischen Erfahrungsweg auszuformulieren.

Danken möchte ich auch den Kolleginnen und Kollegen in meinen Ausbildungsgruppen in »Spezieller Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)«, die mir in den letzten zehn Jahren mit ihren kritischen Einwänden und Anfragen immer wieder vor Augen geführt haben, wo ich meine Konzepte und klinischen Vorgehensweisen zu überdenken und zu modifizieren hatte.

Mein weiterer Dank gilt den vielen Klienten, ohne deren Vertrauen, Mut und Bereitschaft, sich im psychotherapeutischen Prozess auf ihre schmerzhaften Erfahrungen einzulassen, die Entwicklung dieses Ansatzes nicht möglich gewesen wäre.

Eine letzte Bemerkung betrifft die Wahl der Begrifflichkeit: Ich habe keine befriedigende Lösung für das Problem der geschlechtsspezifischen Anrede (»Der Therapeut«, »Der Klient«) gefunden und verwende die männliche Form ausschließlich der Lesbarkeit halber. Dabei bin ich mir der Tatsache bewusst, dass 75 % der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiblichen Geschlechts sind.

Thomas Hensel  
Offenburg, im Juni 2017