

1 ***Grundlegende Menschenbildannahmen – Ein bedeutsamer Wirkfaktor in der Psychotherapie***

»Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann.«
(Francis Picabia)

1.1 ***Das Weltbild des Therapeuten – Ein *heimlicher* Wirkfaktor***

Jeder psychotherapeutischen Ausrichtung liegen explizit und/oder implizit Vorstellungen vom Menschsein zugrunde. In den 1970er-Jahren trafen die meisten Psychotherapeuten auf Grundlage des eigenen Menschen- und Weltbildes eine bewusste Entscheidung über ihre therapeutische Ausrichtung. Heute finden sich in Lehrbüchern über Psychologie und Psychotherapie nur noch selten explizite Aussagen zu diesem Thema, obwohl Welt- und Menschenbilder wesentlich die Haltung des Therapeuten – und auch des Klienten – prägen und einen großen Einfluss auf seine Ausrichtung und Befindlichkeit haben (Ruschmann, 1999).

Wissenschaftstheoretisch gesprochen setzt jede Theorie ein allgemeines Modell voraus, an dem die theoretischen Konzepte orientiert sind. Menschenbildannahmen (vortheoretische Modelle) haben dabei einen alles durchdringenden Effekt auf die Konstruktion von Theorien. Jedes neue Modell konstituiert eine neue psychische Wirklichkeit. Nach Stachowiak (1980) hat sich ein Liberalisierungsprozess in der wissenschaftlichen Modellbildung vollzogen, »der für den Erkenntnisprozess von einer gewissen *Wahlfreiheit* in der Konstruktion von Erkenntnis- und Handlungsmodellen ausgeht.« (Stachowiak, 1980, S. 66).

Erkenntnismodelle haben die Funktion, *Seinsdeutungen* und *Handlungsorientierungen* zu geben (Ruschmann & Ruschmann, 2009) und bieten dadurch die Möglichkeit der *Reflexion* und *Revision*.

Psychotherapeutische Modelle umfassen zunächst anthropologische Kernannahmen über die wesenhafte Natur des Menschen (Persönlichkeitstheorie), beantworten dann die Frage, wie psychische Störungen entstehen (Krankheitslehre) und wie Heilungsprozesse zu verstehen und zu unterstützen sind (Wirkfaktorentheorie; Finke, 2004). Weil die der therapeutischen Praxis zugrundeliegenden Überzeugungen in der Regel implizit sind und die Forschung zu diesem Thema marginal ist, sprechen Eckert & Biermann-Ratjen (1991) von einem *heimlichen* Wirkfaktor im therapeutischen Prozess.

Da die Psychotherapeuten in der Wahl ihres Welt- und Menschenbildes frei sind, ist es erforderlich, sich der eigenen, meist impliziten Grundannahmen bewusst zu werden. Als Traumapsychotherapeut ist man mit existentiellem Leid von Menschen konfrontiert. Es braucht eine Tiefe im eigenen Selbst- und Weltbezug, um gegenüber den oft extremen Erfahrungen der Klienten (Verluste, Todesnähe, Verstümmelungen, Erfahrungen massiver interpersoneller Gewalt und Verrat) eine innere Offenheit und Akzeptanz bewahren zu können.

1.2 Der Therapeut und seine Präferenzen

»Mit den passenden Schuhen vergisst man die Füße.«
(Zhuangzi; chin. Philosoph 4.–3. Jh. v. Chr.)

In der Psychotherapieforschung sind zwei allgemeine Wirkfaktoren anerkannt. Unter *Allianz* wird die Fähigkeit des Therapeuten verstanden, mit dem Klienten eine förderliche Beziehungsqualität zu entwickeln. Allegianz bedeutet das Ausmaß, in dem der Therapeut in seiner therapeutischen Tätigkeit von der Wirksamkeit der von ihm durchgeführten Therapie überzeugt ist und selbst als Modell das zugrundeliegende Menschen- und Therapiemodell authentisch – implizit und explizit – verkörpert. Die reife Identifizierung mit einem bewussten, auf einem Menschenbild gegründeten Therapieverständnis stellt einen zentralen Faktor des methodenübergreifenden Wirkfaktors *Allegianz* in der Psychotherapie mit einer Effektstärke von .65 (Cohen's d) dar (Strauß et al., 2009). Häufig wird dieser Aspekt auch mit der Identität des Therapeuten in Verbindung gebracht. Im Konstrukt der Authentizität – nach Rogers (1983) der wichtigste Wirkfaktor im Kontext der personzentrierten Psychotherapie – stellt die tiefe Verbundenheit mit den eigenen Erfahrungen und dem daraus entwickelten Weltverständnis ein zentrales Element dar. Therapeuten, die ihr *Herzblutverfahren* praktizieren, sind enthusiastisch und mit ihrer Vorgehensweise zufrieden. Sie sind erfolgreicher und haben mehr Freude an der Arbeit.

Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen, dass Therapeuten, die ihr präferiertes Verfahren anwenden, etwa 25–30 % bessere Ergebnisse erzielen (Wampold, 2012). Umso bedenklicher ist es, dass unter den aktuellen Bedingungen der Richtlinienpsychotherapie (RPT) in Deutschland sich rund 50 % der sich aktuell in der Ausbildung befindlichen Psychotherapeuten aus ökonomischen Gründen für Verfahren entscheiden, die nicht ihren Präferenzen und Menschenbildern entsprechen (Benecke & Eschstruth, 2015; ▶ Tab. 1).

Nur ein Drittel der kognitiv-behavioralen Therapeuten (20 % von 60 %) und nur 44 % der tiefenpsychologischen Therapeuten (11 % von 25 %) würden nach diesen Daten ihr präferiertes Verfahren erlernen und ausüben. Im Klartext heisst das, dass deutlich weniger als die Hälfte der zukünftigen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland in ihrem präferierten Verfahren arbeiten. Der Allegianzfaktor bezogen auf die

Richtlinienpsychotherapie ist also eher gering einzuschätzen und damit ist ihre Effektivität deutlich beeinträchtigt.

Tab. 1: Verfahrenspräferenz zukünftiger Psychotherapeuten in Deutschland nach Benecke & Eschstruth (2015)

Präferiertes Wunschverfahren	Anteil bei freier Wahl des Verfahrens (in %)	Präferenzen unter den aktuellen Bedingungen der RPT (in %)
Systemische Therapie	37	21
Kognitiv-behaviorale Therapie	20	60
Gesprächspsychotherapie	19	11
Tiefenpsychologische Therapie	11	25
Analytische Therapie nach C. G. Jung	6	8
Sonstige Therapieansätze	4	4

1.3 Der Klient und seine Präferenzen

Das Menschenbild und Heilungsverständnis des Therapeuten hat eine unmittelbare Bedeutung für den Klienten. Klienten, die nicht mit dem Störungsverständnis des Therapeuten übereinstimmen, d. h., eine von ihnen nicht bevorzugte Therapieform erhalten, haben einen schlechteren Therapie-Outcome. In einer Studie mit Klienten mit chronischer PTBS (Markowitz et al., 2016) wurden den Klienten verschiedene Therapieoptionen (prolongierte Exposition, Entspannungstraining und Interpersonelle Therapie) vorgestellt. Die Klienten bevorzugten größtenteils die Interpersonelle Therapie. Die Klienten, die sich für die Interpersonelle Therapie entschieden hatten, aber dennoch prolongierte Exposition (PE) erhielten, wiesen einen deutlich schlechteren Outcome auf, insbesondere wenn komorbid noch eine Depression bei ihnen vorlag. Dies galt aber nicht für alle Klienten. Ein bedeutender Teil der Klienten hatte keine Präferenz. In diesem Fall sollte der Therapeut das Verfahren wählen, das er präferiert (Allegianz). Daraus wird deutlich, dass die Evidenzbasierung eines Verfahrens nur einen unter vielen Faktoren im therapeutischen Geschehen darstellt.

In einer Studie von Meyer et al. (1981) konnte gezeigt werden, dass Klienten das Heilungsverständnis des Therapeuten übernehmen. D. h., sie scheinen in der Psychotherapie das zu lernen, was dem Therapeuten entsprechend seiner Orientierung wichtig ist. Dies gilt auch, wenn diese Vorstellung nicht explizit kommuniziert wurde.

Es wurden in dieser Studie Gesprächspsychotherapie und psychodynamische Kurzzeittherapie verglichen. Die Effektstärken waren gleich, aber die Klienten ver-

änderten sich in unterschiedlicher Weise. Die gesprächspsychotherapeutisch behandelten Klienten hatten sich deutlich in ihrem Bezug zu sich selber weiterentwickelt und waren in der Symptomatik gebessert, hatten aber nicht mehr Einsicht in ihre Probleme gewonnen. Ihnen ging es einfach nur besser. Die Klienten aus der psychodynamischen Therapiegruppe hatten Einsicht gewonnen, verstanden sich und ihre Probleme besser, blieben aber symptomatisch.

1.4 Das Menschenbild des stressorbasierten Ansatzes

»Alle Dinge sind vollständig in mir angelegt.
Es gibt keine größere Freude, als mich meiner Person zuzuwenden
und wahrhaftig zu werden.«
(Menzius; chin. Philosoph 371–289 v. Chr.)

Dieser Ansatz wird von einer humanistischen und transpersonalen Perspektive getragen, wie sie sich in den Schriften von Carl Rogers (1983, 2016) und Abraham Maslow (1970) findet. In Anerkennung aller erfolgten Schädigungen durch belastende Lebenserfahrungen wird davon ausgegangen, dass jedem Menschen die Ressourcen zu eigen sind, die er braucht, um sein Leben zu meistern. Das stellt gerade für traumatisierte Klienten eine wichtige Unterstützung dar, vermittelt sie doch Hoffnung und Vertrauen in die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten.

Folgende Aspekte sind die Kernelemente dieses Menschenbildes (► Kap. 1.4.1 bis 1.4.3):

1.4.1 Personalität, Individualität und inhärentes Gutsein

Das Individuum kommt als einzigartiger Organismus auf die Welt und trägt inhärent alles in sich, was es zur persönlichen Entwicklung benötigt. Die Entwicklung zu sich selbst beinhaltet die Differenzierung seiner Anlagen hin zu einem mehr und mehr authentischen Dasein. Je mehr der Mensch zu dem wird, als der er gemeint ist, desto sozialer wird er (Rogers, 1983) und kann der Welt das Beste geben, was ihn ausmacht. Im personzentrierten Ansatz wird dies unter dem Begriff der Authentizität oder Kongruenz gefasst und stellt nach empirischen Erkenntnissen der klientenzentrierten Psychotherapieforschung den wichtigsten Wirkfaktor in der therapeutischen Beziehung dar (Rogers, 1972).

Auch wenn traumatische Erfahrungen dazu führen, dass die natürliche Entfaltung der Personalität des Betroffenen unterbrochen, verzerrt und eingeschränkt wird, weiß der Therapeut um den unverletzlichen personalen Kern des Klienten.

1.4.2 Inneres Potential konstruktiver ressourcenhafter Kräfte

»Die Götter legten dann, wie es nur richtig war, in unsere Hände die eine Segnung, welche die beste und nichts anderes, nämlich die Fähigkeit, angemessen mit unseren Eindrücken umzugehen. Alles andere legten sie nicht in unsere Hände.« (Stoiker)

In jeder Person liegt alles bereit, was zur Bewältigung der individuellen Lebensaufgaben und zur Selbstentfaltung erforderlich ist. Dies beinhaltet:

1.4.2.1 Selbstregulations- und Selbstheilungskräfte (Homöostase)

Dem Menschen wohnen im Physischen wie im Psychischen Qualitäten inne, die natürlicherweise zur Gesundheit streben. Das Konzept der Autopoiese von Maturana & Varela (1987) weist darauf hin. Plassmann (2007) spricht hier von *selbstorganisierenden Heilungssystemen*, die er als natürliche und spontane Eigenaktivität des Organismus, dysfunktionale psychische Muster in funktionale zu überführen, beschreibt. Nach Maslow (1970) ist dem Menschen ein angeborenes Streben nach Gesundheit und Anpassung eigen.

Jeder Klient verfügt also im Prinzip über exakt die Ressourcen, die er zur Integration seiner belastenden Lebenserfahrungen benötigt. Diese inneren Kraftquellen liegen in der Regel in einem impliziten Modus – ähnlich wie eine noch nicht entwickelte analoge Fotografie – im Klienten vor. Sie stehen diesem jedoch nicht immer zur Verfügung. Aufgabe therapeutischer Begleitung ist es, dieses Potential im Klienten zu explizieren, das heißt emotional zu aktualisieren (Grawe, 1998; Grawe & Grawe-Gerber, 1999) und damit eine fixierte Entwicklung wieder in Gang zu bringen. Plassmann (2007, S. 70) spricht von der *dynamischen Ressource* und definiert sie wie folgt: »Dynamische Ressourcenorganisation bedeutet, jene Kraftquellen aufzugreifen und zu unterstützen, die spontan vom psychischen Selbstheilungssystem in Kontakt mit dem emotionalen Belastungsmaterial erzeugt werden.«

1.4.2.2 Selbstverwirklichung (Entwicklungsaspekt)

Der zweite Aspekt von Selbstverwirklichung wurde von Rogers (2016) die *Aktualisierungstendenz* unseres Organismus genannt. Neben der Aufrechterhaltung eines homöostatischen Gleichgewichts entwickeln wir uns als Menschen auch ganz natürlich in Richtung Differenzierung, Wachstum, adaptive Funktionalität im Umgang mit uns selbst und anderen Menschen, größere Autonomie und Entfaltung unserer Spiritualität. Die Maslowsche Pyramide (Maslow, 1973), die unsere Bedürfnisse und Motivationen von den Grundbedürfnissen nach Luft, Nahrung usw. bis zu den transzendenten Motiven beinhaltet, ist ein gutes Beispiel für dieses Verständnis der menschlichen Natur. *Erfahrungsoffenheit* für neue Eindrücke als grundsätzliche Eigenschaft des Menschseins ist ein weiterer Aspekt der inhärenten

Entwicklungs dynamik. Es besteht also jederzeit die Möglichkeit, an den eigenen Erfahrungen zu lernen.

»Erfahrung ist für mich die höchste Autorität. Der Prüfstein für die Gültigkeit ist meine eigene Erfahrung. Keine Idee eines anderen und keine meiner eigenen Ideen ist so maßgeblich wie meine Erfahrung. Ich muss immer wieder zur Erfahrung zurückkehren, um der Wahrheit, wie sie sich mir als Prozess des Werdens darstellt, ein Stück näher zu kommen.« (Rogers, 1973, S. 33)

Im Kontext der Psychotraumatologie bezieht sich das Konstrukt des *Posttraumatischen Wachstums* (Maercker, 2009; Tedeschi & Calhoun, 2004) ebenfalls auf dieses Phänomen.

Innere Entwicklung vollzieht sich nicht nur individuell, sondern betrifft auch die Menschheit als Ganzes. Der Schweizer Philosoph Jean Gebser (1973) hat dies für die Entwicklung unserer Bewusstseinsstruktur in den letzten 5000 Jahren sehr anschaulich aufgezeigt.

1.4.3 Tiefendimension, innerer Kompass, Werte und Ganzheit

Nur wenige psychologische und psychotherapeutische Modelle beziehen eine sogenannte Tiefendimension des Menschseins explizit und konzeptionell in ihr Therapiemodell ein (zusammenfassend Bucher, 2007). Von Gontard (2013) geht davon aus, dass der Erfahrungsbereich, der üblicherweise *Spiritualität* genannt wird, auch Kindern in natürlicher, nicht reflektierter Form zu eigen ist und sich als sich wundern, staunen, verbunden fühlen (nonduale Erfahrungen) und Wahrnehmung von nicht sichtbaren Phänomenen ausdrücken kann.

Neben der analytischen Psychologie nach C. G. Jung (Jung, 1964) sind verschiedene Richtungen der transpersonalen Psychotherapie (Assagioli, 2010; Maslow, 1970; Grof, 2008) bekannt. Der personzentrierte Ansatz verwendet das Konstrukt der *organismischen Weisheit* (Rogers, 2016), die als vertrauenswürdiger *innerer Kompass* verstanden wird, der dem Individuum in jedem Moment seines Lebens eine innere Führung vermittelt (Almaas, 1997, 2010). Diese Tiefendimension kann spürend von der Ebene der Gefühle und Gedanken unterschieden werden. Allerdings setzt dies eine achtsame und nicht bewertende Haltung sich selbst gegenüber voraus, wie sie in den neuen achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen (ACT: Hayes, 2012) als zentrale, therapeutisch wirksame Haltung vermittelt wird.

Die Tiefendimension beinhaltet eine dem Menschen eigene Wertehaftigkeit als Teil seiner Natur (Maslow, 1970), auf die er sich in seinem Handeln beziehen kann. Entwicklungspsychologische Untersuchungen zeigen immer wieder, dass schon Kleinkinder im präverbalen Alter ein Verständnis von Gerechtigkeit haben (Kagan & Grise, 2001). In der psychologisch-spirituellen Literatur werden diese Kräfte oft als essenzielle Qualitäten bezeichnet (Almaas, 1997).

Dieses Verständnis darf nicht mit dem Konzept des Unbewussten aus der Psychoanalyse verwechselt werden. Die analytische Modellbildung ist mit Vorstellungen von Triebhaftigkeit, Konflikt und Ich-Angst verbunden und stellt quasi den Gegenpol zu den oben genannten Ansätzen dar, in denen in der Tiefendimension

Qualitäten wie Liebe, Ruhe, Selbstakzeptanz, Mitgefühl, Gewissheit usw. verortet und wahrgenommen werden können.

Fazit

Da die zentralen anthropologischen Grundannahmen großen Einfluss auf Haltung, Befinden und Ausrichtung des Therapeuten in seiner psychotherapeutischen Tätigkeit haben und das Menschenbild frei wählbar ist, seien die Implikationen der oben skizzierten Annahmen benannt:

- Der in der klinischen Erfahrung begründete Optimismus hat eine *pervasive ressourcenorientierte Grundhaltung* (Grawe, 1998) beim Therapeuten zur Folge. Der therapeutische Blick ist also nicht ausschließlich problemzentriert.
- Die glaubhafte Überzeugung des Therapeuten, dass der Klient Respekt für seine integre Individualität verdient und er alles in sich trägt, was er zur Heilung braucht, führt beim Klienten zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung (Grawe, 1998) und zu einer stabileren Motivation.
- Durch die Prozessorientierung des Therapeuten und das grundsätzliche Vertrauen in die Ressourcen des Klienten kann der Therapeut trotz schwerer Inhalte leicht bleiben und Freude während der Arbeit empfinden.
- Die tiefe Überzeugung, dass es sinnvoll ist, den Klienten wieder in seine belastenden Erfahrungen zu führen, um diese zu integrieren, kann der Angst vieler Therapeuten, bei traumafokussierender Vorgehensweise dem Klienten möglicherweise zu schaden, entgegenwirken.
- Existentiell erlebte traumatische Erfahrungen können oft nur durch die Einbettung in eine Tiefendimension des menschlichen Daseins verstanden und integriert werden. Posttraumatisches Wachstum beinhaltet in vielen Fällen die personale Öffnung zur Transzendenz. Fehlt dem Therapeuten ein innerer Bezug zu dieser Dimension, stellt er für den Klienten auf dieser Ebene keinen gleichwertigen Partner dar.

Da wir in der Wahl unseres Welt- und Menschenbildes frei sind, ist es sinnvoll, sich seiner bisherigen meist impliziten Grundannahmen bewusst zu werden und sie hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Haltung und eigenes Wohlbefinden zu prüfen (Ruschmann, 1999).

Grawe (2004, S. 184) fasst zur Frage des Menschenbildes zusammen: »Da ist es schon besser, sich dieser Frage ganz explizit zu stellen. Es muss ja nicht ganz automatisch so sein, dass bei Wertefragen die kritische Vernunft dem Glauben Platz macht. Gerade die Dinge, die einen persönlich angehen, sollten es am ehesten Wert sein, zum Gegenstand wissenschaftlichen Fragens, Erkundens und Klärens zu werden.«

2 ***Belastende Lebenserfahrungen – Für eine ätiologische Orientierung in der Psychotherapie***

»Wenn es nicht mehr weh tut, ist es Vergangenheit.«
(Mark Twain)

Die moderne Psychotherapie begann mit der Erkenntnis J. Breuers und S. Freuds, dass psychische Störungen durch vorhergehende schädigende Erfahrungen hervorgerufen werden.

»Will man [...] die Symptome einer Hysterie als Zeugen für die Entstehungsgeschichte der Krankheit laut werden lassen, so muß man an die bedeutsame Entdeckung J. Breuers anknüpfen, daß die Symptome der Hysterie [...] ihre Determinierung von gewissen traumatisch wirksamen Erlebnissen des Kranken herleiten, als deren Erinnerungssymbole sie im psychischen Leben desselben reproduziert werden. [...] Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich [...] ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören. Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung, für die Auffindung eines caput nili [Quelle des Nils = Ursprung, TH¹] der Neuropathologie.« (Freud, 1952, S. 439).

Freud sah sich dann aufgrund gesellschaftlichen Drucks Ende 1897 gezwungen, die Theorie der realtraumatischen Erfahrungen als Grundlagen für die Symptombildung zugunsten der Verführungstheorie aufzugeben.

Es dauerte 100 Jahre, bis durch die moderne Psychotraumatologie reale belastende Lebenserfahrungen in der Kindheit wieder als zentraler ätiologischer Faktor für die Entstehung psychischer Störungen angesehen wurden. Im Unterschied zu Breuers und Freuds intuitiven Einsichten liegen heute umfassende und valide wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie, insbesondere aus Stressforschung, Epidemiologie, Neurobiologie und Entwicklungspsychologie vor, die in ihrer Zusammenschau darauf hinweisen, dass der Faktor *belastende Kindheitserfahrung* als einfache, quasi monokausale Erklärung am besten geeignet ist, die ganze Bandbreite psychischer und körperlicher Symptome, die sich aus der dysfunktionalen Verarbeitung dieser Lebenserfahrungen ergeben, zu erklären (Anda et al., 2006). Stressmodelle an der Schnittstelle zwischen Körper und Seele ermöglichen es, eine Vielzahl von Befunden aus unterschiedlichen Forschungsansätzen plausibel und handlungsleitend zu integrieren.

1 TH: Ergänzung bzw. Modifikation des Autors, Thomas Hensel.

2.1 Grundlegende Bemerkungen

Bevor auf die vorliegenden Forschungserkenntnisse der letzten 20 Jahre bezüglich der Wirkung von *chronischer Stressdysregulation* näher eingegangen wird, sollen noch einige grundlegende Gedanken vorgestellt werden.

Grawe (1998, 2004) geht davon aus,

»dass eine schwere und dauerhafte Verletzung von Grundbedürfnissen letztlich die wichtigste Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen ist und auch für deren Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielt.« (Grawe, 2004, S. 184).

Bei interpersonellen Gewalterfahrungen von Kindern liegt grundsätzlich eine Verletzung notwendiger Bedingungen für deren gesunde psychische, körperliche und soziale Entwicklung vor (Cicchetti & Valentino, 2006). Fehlen gleichzeitig protektive Faktoren wie verlässliche Beziehungen und Erfüllung von Grundbedürfnissen, entstehen kaskadenartige negative Effekte wie z. B. Zurückweisung in der Peer-Gruppe, Schulprobleme, Verhaltensauffälligkeiten. Die weitere Entwicklung der Kinder wird negativ beeinflusst und ist gefährdet (Kerig, Ludlow & Weinar, 2012). Grundlage dieser ungünstigen Entwicklung sind internale Zustände von als unkontrollierbar erlebtem Stress. Das Kind erlebt diese als *Kontrollverlust*. Diese Zustände treten nicht nur zusammen mit sogenannten stressorreaktiven Störungen wie Anpassungsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf, sondern stellen den grundlegenden Mechanismus bei den meisten psychischen Störungen dar. Nach Grawe »ist ein erhöhtes Inkongruenzniveau [...] daher als ein höchst komplexer Stresszustand anzusehen.« (Grawe, 2004, S. 190). Dauerhafte psychische Anspannung *ist* also gleichbedeutend mit chronischem Stress. Und weiter:

»[...] unkontrollierbaren Stress verursachende Lebenserfahrungen spielen für die Entwicklung psychischer Störungen, und zwar auch anderer Störungen als der PTSD selbst, eine ganz zentrale Rolle.« Er ergänzt: »Bei anderen Störungen ist die Quelle des unkontrollierbaren Stresses oft viel weniger offensichtlich als bei der PTSD.« (Grawe, 2004, S. 164).

Nach Le Doux (2001, S. 266) hängt

»der Stress nicht mit der auftretenden Störung zusammen, sondern er senkt die Schwelle für eine Angststörung, macht den Betroffenen anfälliger für Angst, ohne jedoch die Art der daraus resultierenden Störung zu diktieren.«

Die Gesellschaft der US-amerikanischen Pädiater beschreibt *toxischen Stress* als »belastenden Lebenserfahrungen ausgesetzt zu sein, ohne durch stabile, unterstützende Beziehungen ein Gefühl der Sicherheit entwickeln zu können.« (Shonkoff & Garner, 2012, S. 1; Übersetzung TH)

Aber nicht nur Belastungserfahrungen in der Kindheit können zu psychischen Fehlentwicklungen führen. Aktuelle Stressoren, besonders im Arbeitsalltag, tragen ebenfalls zu einer immer weiter ansteigenden Prävalenz psychischer Störungen bei. Einer Untersuchung von Roschker (2013) folgend werden Zeitdruck (70 %), Arbeitsverdichtung (63 %), Angst vor Arbeitsplatzverlust (52 %) und fehlender Freizeitausgleich (43 %) als psychisch beanspruchend von den Betroffenen angegeben.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences-Studie (ACE-Studie) von Vince Felitti und seinen Mitarbeitern sowie ausgewählte, darauf aufbauende Forschungen und die sich für die Psychotherapie daraus ergebenden Schlussfolgerungen dargestellt werden.

2.2 Adverse Childhood Experiences-Study (ACE-Studie)

Die Pionierstudie, die die historische Erkenntnis Breuers und Freuds wieder in das Bewusstsein von Forschern und Psychotherapeuten gehoben hat, war die sogenannte *Adverse Childhood Experiences-Study*, kurz ACE-Studie genannt, die von Felitti und Mitarbeitern durchgeführt wurde (Felitti et al., 1998, 2002) und zu einer kaum noch zu überschauenden Anzahl an Folgestudien führte. Darin wurden über 17.400 Erwachsene aus der US-amerikanischen Mittelschicht mit einem Altersdurchschnitt von 57 Jahren mit der Fragestellung nach Zusammenhängen zwischen belastenden Kindheitserfahrungen und psychischen, körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen im weiteren Lebensverlauf untersucht. Folgende acht Belastungsfaktoren wurden im Vorhinein festgelegt und mit jeweils einem Punkt bewertet (Prävalenz in Klammern):

Erfahrungen von:

- wiederholtem und schwerem körperlichen Missbrauch (11 %)
- wiederholtem und schwerem emotionalen Missbrauch (11 %)
- sexuellem Missbrauch (22 %)
- Aufwachsen in einem Haushalt (mit):
 - einem Alkoholiker oder Drogenkonsumenten (25 %)
 - einem Familienmitglied im Gefängnis (3 %)
 - einem geistig kranken, chronisch depressiven oder einem in eine Anstalt eingewiesenen Familienmitglied (19 %)
 - in dem die Mutter körperlich misshandelt wurde (12 %)
 - in dem beide biologische Eltern *nicht* vorhanden waren (22 %) (Felitti, 2002)

Für jeden Studienteilnehmer ergab sich somit ein Belastungswert (ACE-Punktzahl) zwischen 0 und 8 Punkten.

Felitti (2002, S. 363) resümiert, dass

- »belastende Kindheitserfahrungen überraschend häufig und in den besten Familien auftreten, obwohl sie meist verborgen und unerkannt bleiben,
- sie auch nach 50 Jahren noch tiefgreifende Auswirkungen haben, obwohl sie sich jetzt von psychosozialen Erfahrungen in Erkrankungen (Essstörungen, Süchte,