



Thomas Hensel

# Stressorbasierte Psychotherapie

Belastungssymptome  
wirksam transformieren –  
ein integrativer Ansatz

2., erweiterte und  
aktualisierte Auflage

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## **Der Autor**

**Thomas Hensel**, Diplom-Psychologe; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut; Psychologischer Psychotherapeut  
1984 Abschluss des Diplom-Studiums in Psychologie (Freiburg im Breisgau)  
Als Therapeut personzentriert sozialisiert (Gesprächspsychotherapeut [1986]; personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut [1986]; Ausbilder in personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [1992]).  
In eigener Praxis tätig seit 1986 in Offenburg (Baden); seit 1996 Schwerpunkt im Bereich Psychotraumatologie und Psychotraumatherapie; diverse Weiterbildungen (EMDR; PITT; MPTT; tf-KBT; KIDNET).  
EMDR Europe zertifizierter EMDR-KJ Trainer (seit 2007)  
Mitglied im Vorstand der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT (2006–2014)  
Diverse Publikationen, Kongressbeiträge und Workshops im Rahmen der Psychotraumatologie  
Gründer des Kinder Trauma Instituts (zusammen mit Dr. Michael Meuser)  
2006 als Weiterbildungsinstitut (Zertifizierung des Curriculums »Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen« durch die DeGPT).

Thomas Hensel

# **Stressorbasierte Psychotherapie**

Belastungssymptome wirksam  
transformieren – ein integrativer Ansatz

2., erweiterte und aktualisierte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Mit Beiträgen von Sabine Ahrens-Eipper, Michael Bachg, Marianne Fuentes-Carpentier, Ricky Greenwald, Regina Hiller, Ero Langlotz, Katrin Nelius, Gail Noppe-Brandon, Ulla Rutz, Oliver Schubbe, Michael Simons, Ellen Spangenberg, Dagmar Taferner, Robin Ticic, Dorothea Weinberg.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autor hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

2., erweiterte und aktualisierte Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Grafik (Abb. 8): Andreas Anselm, Offenburg

Print:

ISBN 978-3-17-037535-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-037536-9

epub: ISBN 978-3-17-037537-6

mobi: ISBN 978-3-17-037538-3

# 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 Tragekraft 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 näherkommt. Das Kind lernt, wie der Täter denkt und fühlt, um vorauszusehen, 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 eingeprägt haben, den Patienten in seinen Freiheitsgraden einschränken und in der Lebensführung beeinträchtigen. Gegenstand der stressorbasierten Psychotherapie ist es, aufzuzeigen, wie die Lebensführung hindernden 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

# Inhalt

## Geleitwort

## Vorwort zur 1. Auflage

## Vorwort zur 2. Auflage

## Stressorbasierte Psychotherapie – Überblick

Das Störungsmodell

Die klinische Praxis

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

- 1.1 Das Weltbild des Therapeuten – Ein heimlicher Wirkfaktor
- 1.2 Der Therapeut und seine Präferenzen
- 1.3 Der Klient und seine Präferenzen
- 1.4 Das Menschenbild des stressorbasierten Ansatzes
  - 1.4.1 Persönlichkeit, Individualität und inhärentes Gutsein
  - 1.4.2 Inneres Potential konstruktiver ressourcenhafter Kräfte
  - 1.4.3 Tiefendimension, innerer Kompass, Werte und Ganzheit

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

- 2.1 Grundlegende Bemerkungen
- 2.2 Adverse Childhood Experiences-Study (ACE-Studie)
  - 2.2.1 Kausalität

- 2.2.2 Phänomenologische Vielfalt der Traumafolgestörungen
- 2.2.3 Stressorkontinuum
- 2.3 Epigenetik – Die gute Nachricht

### **3 *Maladaptive Verarbeitung* – Der Prozess der verzerrten Symbolisierung von belastenden Erfahrungen**

- 3.1 Begriffsklärung: Trauma, Erfahrung, Verarbeitung
  - 3.1.1 Der Traumabegriff
  - 3.1.2 Der Erfahrungsbegriff (Erste-Person-Perspektive)
  - 3.1.3 Der Begriff der Verarbeitung einer Erfahrung
- 3.2 Modelle maladaptiver Verarbeitung
  - 3.2.1 Der personenzentrierte Ansatz (Rogers, 1987)
  - 3.2.2 Das Störungsmodell nach Grawe (1998, 2004)
  - 3.2.3 Traumaorientierte Modelle maladaptiver Verarbeitung
- 3.3 Die Phänomenologie maladaptiver Verarbeitung
  - 3.3.1 Chronische Emotions- und Stressdysregulation
  - 3.3.2 Kontrollverlustempfinden – Subjektiver Kern der maladaptiven Verarbeitung

### **4 *Subjektiv bedeutsamer Stressor* – Ursache und organisierendes Prinzip psychischer und somatischer Dysfunktionalität**

- 4.1 Definition: Subjektiv bedeutsamer Stressor
- 4.2 Die vielen Gesichter des subjektiven Stressors
  - 4.2.1 Entfremdung vom eigenen Selbst
  - 4.2.2 Vom Schneeball zur Lawine
  - 4.2.3 Adaptive negative Gefühle
- 4.3 Somatische Folgen chronischer Stressdysregulation

### **5 *Stressorkompensatorisches Schema* – Transdiagnostisches Verständnis der Symptomatik**

- 5.1 Aktuelle Entwicklungen in der Diagnostik stressorreaktiver Störungen
  - 5.1.1 DSM-5® (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen)
  - 5.1.2 ICD-11
  - 5.1.3 Modell der Anpassungsstörung (Maercker, Einsle & Köllner, 2007)
  - 5.1.4 Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung (van der Kolk et al., 2009)
  - 5.1.5 Der Ökophänotyp »Interpersonelle Gewalterfahrungen in der Kindheit« (Teicher & Samson, 2013)
- 5.2 Kritik der kategorialen Diagnostik stressorreaktiver Störungen
  - 5.2.1 Traumafolgestörungen sind nur als Prozessgeschehen nachzuvollziehen
  - 5.2.2 Das Problem der Komorbidität
  - 5.2.3 Diagnostische Kategorien sind nicht handlungsleitend für die Behandlungsplanung
- 5.3 Ein transdiagnostisches Modell der Traumafolgestörungen
  - 5.3.1 Die Symptomatik als stressorkompensatorisches Schema
  - 5.3.2 Die Symptomphänomenologie folgt der Funktion

## **6 *Stressornetzwerk – Ansatzpunkt klinischen Handelns***

- 6.1 Das Stressornetzwerk
  - 6.1.1 Der subjektiv bedeutsame Stressor (verzerrt symbolisierte biografische Primärerfahrung)
  - 6.1.2 Die kompensatorische Symptombildung (Gegenregulationsversuche des Organismus)
  - 6.1.3 Die assoziative Verknüpfung mit aktuellen Reizkonstellationen (Trigger)
- 6.2 Integriertes Gedächtnismodell (Lane et al., 2015)

- 6.2.1 Belastende autobiografische Erinnerungen (pathogen gespeicherte Erinnerungen)
- 6.2.2 Dysfunktionale Selbstüberzeugungen
- 6.2.3 Implizite und explizite maladaptive emotionale Reaktionsmuster/Schemata

## **7 *Gedächtnisrekonsolidierung – Ein neues Paradigma psychotherapeutischer Transformationsprozesse***

- 7.1 Das Modell der allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Grawe 1998)
- 7.2 Gedächtnisrekonsolidierung – ein natürlicher neurobiologischer Selbstheilungsprozess
- 7.3 Grundlagen einer rekonsolidierungsorientierten Psychotherapie – das systematische, aktive und adaptive Verändern pathogen gespeicherter Erinnerungen
  - 7.3.1 Problemaktualisierung
  - 7.3.2 Diskrepanzerfahrung durch Ressourcenaktivierung
  - 7.3.3 Duale Aufmerksamkeit – Dualer Fokus
  - 7.3.4 Der Algorithmus psychischer Transformationsprozesse nach Rekonsolidierungskriterien

## **8 *Therapeutische Beziehung – Fundament methodischen Arbeitens***

- 8.1 Die Bedeutung der Beziehung für den therapeutischen Prozess – Allianz
- 8.2 Modelle der Beziehungsgestaltung
  - 8.2.1 Klientenzentrierte Grundhaltung (Rogers 1972, 1973)
  - 8.2.2 Beziehungsverständnis nach Grawe (Grawe, 1998)
  - 8.2.3 Transparenz und Übereinstimmung in der Zielsetzung und im Vorgehen (Bordin, 1979)
- 8.3 Authentizität als zentraler Wirkfaktor

- 8.3.1 Echtheit, Selbstkongruenz, Authentizität
- 8.3.2 Allegianz
- 8.4 Spezifische Aspekte der Beziehungsgestaltung
  - 8.4.1 Attunement not relationship (Tinker, 2013)
  - 8.4.2 Zügig guten Rapport herstellen und Hoffnungssamen säen
  - 8.4.3 Der Therapeut als Coach
  - 8.4.4 Der Therapeut als Experte
  - 8.4.5 Tiefe und Unerschrockenheit

## **9 *Stressorbasierte Behandlungsplanung* – Fokussieren auf die Elemente des Stressornetzwerks**

- 9.1 Methodenvielfalt
- 9.2 Zentrale Merkmale der Behandlungsplanung
  - 9.2.1 Stressor-First-Prinzip
  - 9.2.2 Reduktion klinischer Komplexität
  - 9.2.3 Prozessorientierung
  - 9.2.4 Phasenorientierung

## **10 *Vorbereitungsphase* – Voraussetzungen für die Prozessierung schaffen**

- 10.1 Information – Beschaffung der notwendigen Informationen für einen stressorbasierten Behandlungsplan
- 10.2 Behandlungsplanung – Stressor-First-Prinzip
- 10.3 Edukation – Entwicklung und Etablierung eines gemeinsamen Verstehensmodells
- 10.4 Motivation entwickeln – die Motivierende Gesprächsführung
- 10.5 Informiertes Einverständnis
- 10.6 Vorbereitung auf die Prozessierung
  - 10.6.1 Notwendigkeit zur Ressourcenarbeit
  - 10.6.2 Kriterien für den Übergang zur Prozessierung

## **11 Nachverarbeitung der Elemente des Stressornetzwerks – Die Methodenvielfalt therapeutischer Rekonsolidierungsverfahren**

### **11.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

*Thomas Hensel*

### **11.2 Progressive Counting (PC)**

*Ricky Greenwald & Marianne Fuentes-Carpentier*

### **11.3 Brainspotting**

*Oliver Schubbe & Dagmar Taferner*

### **11.4 Somatic Experiencing – Von der Erstarrung wieder in den Fluss kommen**

*Ulla Rutz*

### **11.5 Kohärenztherapie**

*Robin Ticic & Gail Noppe-Brandon*

### **11.6 Feeling-Seen® – eine Weiterentwicklung der Pesso-Therapie speziell für Kinder und Jugendliche im familientherapeutischen Kontext**

*Michael Bachg*

#### **11.6.1 Wahrnehmung und gegenwärtiges Bewusstsein**

#### **11.6.2 Beschreibung des Vorgehens**

### **11.7 Trauma als reversible Introjektion – Die Selbst-integrierende Trauma-Aufstellung (SITA)**

*Ero Langlotz*

#### **11.7.1 Das Selbst**

#### **11.7.2 Autonomie, Trauma und Symbiose**

#### **11.7.3 Trauma-Introjektion und das Symbiosemuster**

#### **11.7.4 Trauma und seine Folgen**

#### **11.7.5 Das Heilungsverständnis der SITA**

#### **11.7.6 Die Elemente des Heilungsprozesses**

### **11.8 Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie (ResonaT)**

*Regina Hiller & Thomas Hensel*

### **11.9 IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy)**

*Sabine Ahrens-Eipper & Katrin Nelius*

11.10 TRIMB (Trauma Recapitulation with Imagination,  
Motion and Breath)

*Ellen Spangenberg*

11.11 Metakognitive Therapie der Posttraumatischen  
Belastungsstörung

*Michael Simons*

11.11.1 Metakognitives Störungsmodell der  
Posttraumatischen Belastungsstörung

11.11.2 Metakognitive Therapie der Posttraumatischen  
Belastungsstörung

11.12 Traumabezogene Spieltherapie – Die strukturierte  
Initiierung von Diskrepanzerfahrungen

*Dorothea Weinberg*

**Nachwort – Psychotherapie quo vadis?**

**Literaturverzeichnis**

**Stichwortverzeichnis**

# Vorwort zur 1. Auflage

*»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 30 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 80% der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiblichen Geschlechts sind.

Thomas Hensel  
Offenburg, im Juni 2017

## Vorwort zur 2. Auflage

Die Tatsache, dass in kurzer Zeit eine überarbeitete und erweiterte Neuauflage notwendig wurde, freut den Autor und weist darauf hin, dass transdiagnostische Ansätze zunehmend das Interesse von Klinikern und Forschern finden. So prognostizieren Rief & Strauß (2018, S. 8): »Es ist zu erwarten, dass – schlicht und einfach aufgrund der Tatsache, dass Komorbidität die Regel und nicht die Ausnahme ist, transdiagnostische Interventionen und auch verfahrensübergreifende Modelle und Prinzipien in Zukunft (wieder) an Bedeutung gewinnen.« Dieser Notwendigkeit entsprechend sind in den letzten Jahren – neben dem stressorbasierten Ansatz – weitere schulenübergreifende Modelle entwickelt worden. Es sei hier besonders auf die *Individualisierte Psychotherapie* von Martin Sack (2019) hingewiesen.

Die erste auf Deutschland bezogene epidemiologische ACE-Studie (Witt et al., 2019) weist auf die weiterhin bestehende Aktualität der stressorbezogenen Sichtweise hin. 43,7% der Befragten wiesen einen Belastungsfaktor auf und 8,9% vier und mehr Risikofaktoren. In dieser Risikopopulation waren die Wahrscheinlichkeiten für eine Depression um 780%, eine Angststörung zu entwickeln um 710% und die Gefahr einer körperlichen Aggression um 1050% erhöht.

Gleichzeitig findet die Idee einer belastungsbezogenen Ätiologie psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen immer mehr Eingang in das allgemeine gesellschaftliche Bewusstsein, wie die anhaltenden Diskussionen in den Medien über Stress, etwa in der Arbeitswelt, und psychische Störungen zeigen. Der populärwissenschaftliche Journalismus greift das Thema in Gestalt des sehr lesenswerten Buches von Nakazawa (2019) *Wenn die Kindheit krank macht* auf.

Ätiologisch orientierte *Traumatherapie* kann inzwischen zu Recht als fünftes psychotherapeutisches Paradigma neben dem humanistischen, psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen und systemischen Ansatz angesehen werden.

Die Forschung zum Rekonsolidierungsparadigma wird weiter intensiv betrieben, die Differenzierung von Extinktions- und Rekonsolidierungslernen schreitet voran (Kida, 2019; Kindt & Soeter, 2018) und wird nicht mehr nur auf traumatische Erfahrung angewandt, sondern auch auf das sogenannte Suchtgedächtnis (Das et al., 2019).

Es konnten neue Autor(inn)en gewonnen werden, die sich mit ihren Verfahren einer rekonsolidierungsorientierten Sichtweise anschlossen:

- Brainspotting (Grand, 2011, 2013; ► [Kap. 11.3](#));
- Somatic Experiencing (Levine, 2011; ► [Kap. 11.4](#));
- Feeling-Seen® (Pesso, 2005; Bachg, 2010; ► [Kap. 11.6](#));
- die Selbst-Integrierende Trauma-Aufstellung (SITA) (Langlotz, 2015; ► [Kap. 11.7](#));
- Metakognitive Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (Simons, 2018; ► [Kap. 11.11](#)).

So bleibt der *Stressorbasierte Ansatz* – neben anderen – ein wichtiges Modell auf dem Weg zu einem neuen transdiagnostischen, an Wirkfaktoren und Prozessen orientierten Paradigma der Psychotherapie.

Diese Sichtweise hat inzwischen auch die akademische Psychotherapiediskussion erreicht. Stevens (2019) spricht in einem offiziellen Journal der American Psychological Association (APA) von den zwei organisierenden Prinzipien eines transtheoretischen Modells von Psychotherapie: Affektregulation und Affektrekonsolidierung.

Bedeutsam werden diese Versuche einer neuartigen Modellbildung vor dem Hintergrund dessen, dass die Forschung zur sogenannten Evidenzbasierung von Psychotherapieverfahren ins Leere gelaufen ist. Das »Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) konnte im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in elfjähriger – an pharmakologischen Kriterien orientierter – Prüfung »keine ausreichenden Aussagen zum Nutzen (der Richtlinienverfahren TH) identifizieren« (zitiert nach Kriz, 2020, S. 37).

Die im Nachwort *Psychotherapie quo vadis?* beschriebene – nicht auf dem medizinischen Krankheitsmodell beruhende – genuin

psychotherapeutische Sichtweise menschlichen Leidens und  
personaler Entwicklungsmöglichkeiten bleibt in vollem Umfang gültig.

Thomas Hensel  
Offenburg, im Juli 2020

# Stressorbasierte Psychotherapie – Überblick

*Frage den Klienten nicht »Was stimmt mit dir nicht?«,  
frage »Was ist dir widerfahren?«*

Dieses Kapitel vermittelt Ihnen in komprimierter Form die wesentlichen Aspekte der stressorbasierten Psychotherapie in ihrer theoretischen Fundierung und klinischen Praxis. Es soll Sie neugierig machen, sich in den darauffolgenden Kapiteln tiefergehend mit diesem Ansatz zu beschäftigen. Psychotherapeutische Modelle sind meinem Verständnis nach *Brillen*, d. h. theoretische Konzepte, die wie alle wissenschaftlichen Modelle Seinsdeutungen und Handlungsorientierung geben (Ruschmann & Ruschmann, 2009). Sie haben die Funktion, klinische Komplexität in adäquater Weise zu reduzieren, um so eine Orientierung für die therapeutische Arbeit zu vermitteln (Kircher, 2012).

Mir gefällt in diesem Zusammenhang das Bild eines opulenten Büffets mit einer bunten Mischung aus Speisen aus aller Welt, das Bruce Wampold (2019) benutzt, um die Eigenarten und Köstlichkeiten der unterschiedlichen traumatherapeutischen Methoden vor Augen zu führen:

»Wie die Küche jedes Landes über ihre eigenen Zutaten, Gewürze und Zubereitungsmethoden verfügt und so zu einer bunten Vielfalt des Büffets beiträgt, hat auch jeder Psychotherapieansatz seine eigenen Grundessenzen und Geschmackspräferenzen. Alternativ zu diesem Szenario stünde dann der weltweit identische Einheitsburger zur Verfügung. Wir haben die Wahl.« (Wampold, 2019, S. 65)

Der stressorbasierte Ansatz ist sich seines Küchencharakters bewusst und erfüllt die allgemeinen Bedingungen, die an wissenschaftliche Modellbildung gestellt werden (Widerspruchsfreiheit, Erklärung von Phänomenen, Überprüfbarkeit, Realitätsbezug, Wirksamkeit und Einfachheit). Insbesondere entspricht er mit seinen wenigen Grundannahmen einem bekannten wissenschaftstheoretischen Diktum, das *Ockhams Rasiermesser* genannt wird und das besagt, dass von

mehreren möglichen Erklärungen desselben Sachverhalts die einfachste Theorie allen anderen vorzuziehen ist. Einfachheit impliziert eine geringe Anzahl an Grundkategorien und Axiomen, Kürze und Verständlichkeit von Argumentationsketten.

### **Ockhams Rasiermesser:**

»Methodologisches Prinzip, demzufolge bei der Auswahl oder Konstruktion von Theorien stets die einfachste und dennoch ihren Zweck erfüllende ausgewählt werden soll.« (Rehfus, 2003, S. 648)

Der Ansatz bietet dem Therapeuten ein bestimmtes Verständnis psychischer Transformationsprozesse (Paradigma des Wirkfaktoren-Modells (Grawe, 1998, 2004)) auf Grundlage der Gedächtnisrekonsolidierung (Nadel et al., 2012) an, legt ihn aber nicht auf eine bestimmte therapeutische Methode fest. Der Autor ist explizit der Ansicht, dass es von Vorteil ist, als Behandler über unterschiedliche, wissenschaftlich fundierte Störungskonzepte (*Brillen*) zu verfügen.

Der Ansatz ist integrativ, sofern »die verwendeten Konzepte und die eingesetzten Methoden einen inneren Zusammenhang aufweisen.« (Kircher, 2012, S. 31). Es existiert ein einfacher und präziser Algorithmus für die klinische Praxis. Die einzusetzenden Techniken und Methoden erfüllen stets eine eindeutige Funktion. Kommt eine bestimmte Methodik zur Anwendung, etwa die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2009), so ist deren Einsatz funktional durch das Ziel bestimmt. Der Klient soll seine Vermeidungstendenz gegenüber einer Exposition überwinden und eine explizite Absicht entwickeln, fokussiert mit dem Belastungsmaterial zu arbeiten.

Der Ansatz ist in alle psychotherapeutischen Ansätze – auch in klassische analytische Settings – integrierbar, da sich die therapeutische Arbeit immer auf einzelne, subjektiv belastende Erfahrungsmomente bezieht, die fokussiert prozessiert werden. Er ist transdiagnostisch angelegt, indem er – unabhängig von Diagnosen – jederzeit die Möglichkeit bietet, ätiologisch bedeutsame Stressoren zu bearbeiten.

## Das Störungsmodell

Psychologische Störungsmodelle beinhalten immer – meist nicht explizierte – Menschenbildannahmen im Sinne anthropologischer Kernüberzeugungen über das Wesen des Menschen. Diese Therapeutenvariable stellt einen heimlichen Wirkfaktor im therapeutischen Prozess dar (Eckert & Biermann-Ratjen, 1991). Der stressorbasierte Therapieansatz orientiert sich an einem humanistischen Menschenbild (Rogers, 1973; Maslow, 1973). Er betont die grundsätzlich ressourcenhafte Ausstattung des Menschen und eine in ihm angelegte Tiefendimension. Die personale authentische Präsenz des Therapeuten (Allegianz) wird als zentraler Wirkfaktor im therapeutischen Prozess begriffen.

Am Beginn der modernen Psychotherapie stand die Erkenntnis Freuds und Janets, dass Erfahrungen interpersoneller Gewalt im Kindesalter die wesentliche Ursache für die Entstehung psychischer Störungen sind. Rund 100 Jahre später greift die moderne Psychotraumatologie diese Idee wieder auf. Die bahnbrechende *Adverse Childhood Experience-Study* (ACE-Studie; Felitti et al., 1998) konnte mit den Methoden der Epidemiologie zeigen, dass belastende Kindheitserfahrungen lebenslange schädigende psychische, physische und soziale Folgen haben. Die neurobiologische Forschung hat in eindrucksvoller Weise die Gesetzmäßigkeiten und Folgen dieses Schädigungsprozesses offengelegt (Anda et al., 2006) und nachvollziehbar gemacht. Diese Erkenntnisse verlangen einen neuen, ätiologisch orientierten Ansatz in der Psychotherapie, der sich wieder den realen Lebenserfahrungen der Klienten zuwendet. Forschungsergebnisse (Anders et al., 2012) weisen nachdrücklich darauf hin, dass es sinnvoll ist, von einem *Stressorkontinuum* auszugehen. Chronische belastende Alltagserfahrungen (Mobbing, Verluste, Kränkungen) sind in ihren Auswirkungen in gleicher Weise störungsinduzierend wie sogenannte potentiell traumatische Erfahrungen nach den Kriterien der Diagnosemanuale ICD und DSM.

In diesem Ansatz werden belastende Erfahrungsmomente in einer einfachen, quasikausalen Beziehung als Ausgangspunkt *psychischer Dysfunktionalität* verstanden. Belastende Lebenserfahrungen führen

nur bei einer Minderheit von Personen zu psychischen Folgeproblemen. Bei den meisten Menschen stellt die gelungene Integration schwieriger Erfahrungen ein Entwicklungsmoment dar (Stärkung und Differenzierung der Person). Kommt es aber aufgrund ungünstiger Umstände und fehlender innerpsychischer Bewältigungsmöglichkeiten der Person, etwa bei Säuglingen und Vorschulkindern, zu einer sogenannten *maladaptiven Verarbeitung*, dann entwickelt sich eine chronische psychophysiologische Spannung, für die in der Psychotraumatologie der Begriff Stress als Konzept benutzt wird.

Historische Vorläufer des Stressmodells sind der klientenzentrierte Ansatz von Carl Rogers (Rogers, 1987), der eine verzernte Symbolisierung von Erfahrungen als Grundlage psychischer Dysfunktion annimmt, und die Inkonsistenztheorie von Klaus Grawe (Grawe, 1998, 2004). Es gibt heute eine ganze Reihe weiterer Ansätze, wie zum Beispiel die Schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005), die eigene Konzepte maladaptiver Verarbeitung entwickelt haben. Innerhalb der Psychotraumatologie sind es vor allem neurobiologische Modelle, die eine dissoziative Aufsplitterung bei der Konsolidierung von Erfahrungsmodalitäten (Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Körperempfinden) in den verschiedenen Gehirnarealen (Amygdala, Hippocampus) als störungsverursachend betonen (van der Kolk, 2016).

Eine maladaptive Verarbeitung führt dazu, dass aus einer Belastungserfahrung ein *subjektiv bedeutsamer Stressor* wird. Bildlich gesprochen entsteht ein psychosomatisch wirksamer Entzündungsherd. Die Neurobiologie spricht hier von einer dysfunktional gespeicherten, *pathogenen Erinnerung*.

Die Konsolidierung einer Erfahrung als Stressor bleibt innerpsychisch nicht ohne Folgen, denn sie setzt zwei distinkte Prozesse in Gang.

Zum einen verbinden sich durch Lerngesetze (Generalisierung, Priming, Kindling) und Sensitivierungsprozesse der beteiligten Gehirnstrukturen aktuelle reizähnliche Wahrnehmungseindrücke assoziativ mit der biografischen Primärerfahrung. Diese Reizkonstellationen werden dann zu Auslösern, sogenannten *Triggern*, die die mit der früheren belastenden Erfahrung verbundenen Gefühle,

Körperempfindungen und dysfunktionalen Selbstüberzeugungen oder die bereits etablierte kompensatorische Symptomatik auslösen.

Zweitens setzt das Vorhandensein eines chronischen psychischen Stressors eine gegenregulatorische Dynamik in der Psyche in Gang. Dieses kompensatorische Regulationsgeschehen, das auf Schutz und Ausgleich abzielt, hat einen Zwittercharakter. Einerseits wird das Bewusstsein vor Kontakt mit dem Stressor bewahrt, gleichzeitig entstehen aber auch dysfunktionale Symptomatiken.

Symptome und phänomenologische Störungsbilder (Diagnosen) werden in diesem Ansatz grundsätzlich funktional als *stressorkompensatorisches Schema* verstanden. Damit reiht sich dieses Modell in eine Reihe von transdiagnostisch orientierten Ansätzen ein, die sich an Wirkprinzipien orientieren, die unterhalb der Phänomenologie der Symptomatik angesiedelt werden (Berking, 2010; Dritte Welle der Verhaltenstherapie: Mansell, Heidenreich & Michalak, 2013; transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen: Barlow, 2010; Barlow et al., 2019).

Die drei Aspekte (biografisch bedeutsamer Stressor, Trigger (stressorassoziierte Strukturen) und kompensatorische Symptombildung) bilden neurobiologisch gedacht ein Netzwerk, das in diesem Therapieansatz eine zentrale Bedeutung einnimmt. Es wird als *Stressornetzwerk* bezeichnet.

Primärer therapeutischer Ansatzpunkt sind die unterschiedlichen Elemente des Stressornetzwerks, die auf singuläre Erfahrungsmomente heruntergebrochen und einer Nachverarbeitung unterzogen werden. Mit welchem Aspekt des Stressornetzwerks begonnen wird, ist nicht von grundsätzlicher Bedeutung und wird einvernehmlich mit dem Klienten festgelegt. Gelingt die nachträgliche adaptive Integration von Elementen des Stressornetzwerks in das Selbst des Klienten, entfällt die Notwendigkeit einer kompensatorischen Dynamik. Das Symptomgeschehen kann sich auflösen.

*Die Frage ist nicht, ob ein Klient für ein stressorbasiertes Vorgehen geeignet ist, sondern mit welchem Aspekt des Stressornetzwerks begonnen werden soll.*