

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 ja im Grunde *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).

Der stressorbasierte Ansatz ist sich seines Modellcharakters bewusst und erfüllt die allgemeinen Bedingungen, die an wissenschaftliche Konzeptbildung 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 Funk-

tion. 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 verzerrte 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).

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 stressorbasierendes Vorgehen geeignet ist, sondern mit welchem Aspekt des Stressornetzwerks begonnen werden soll.

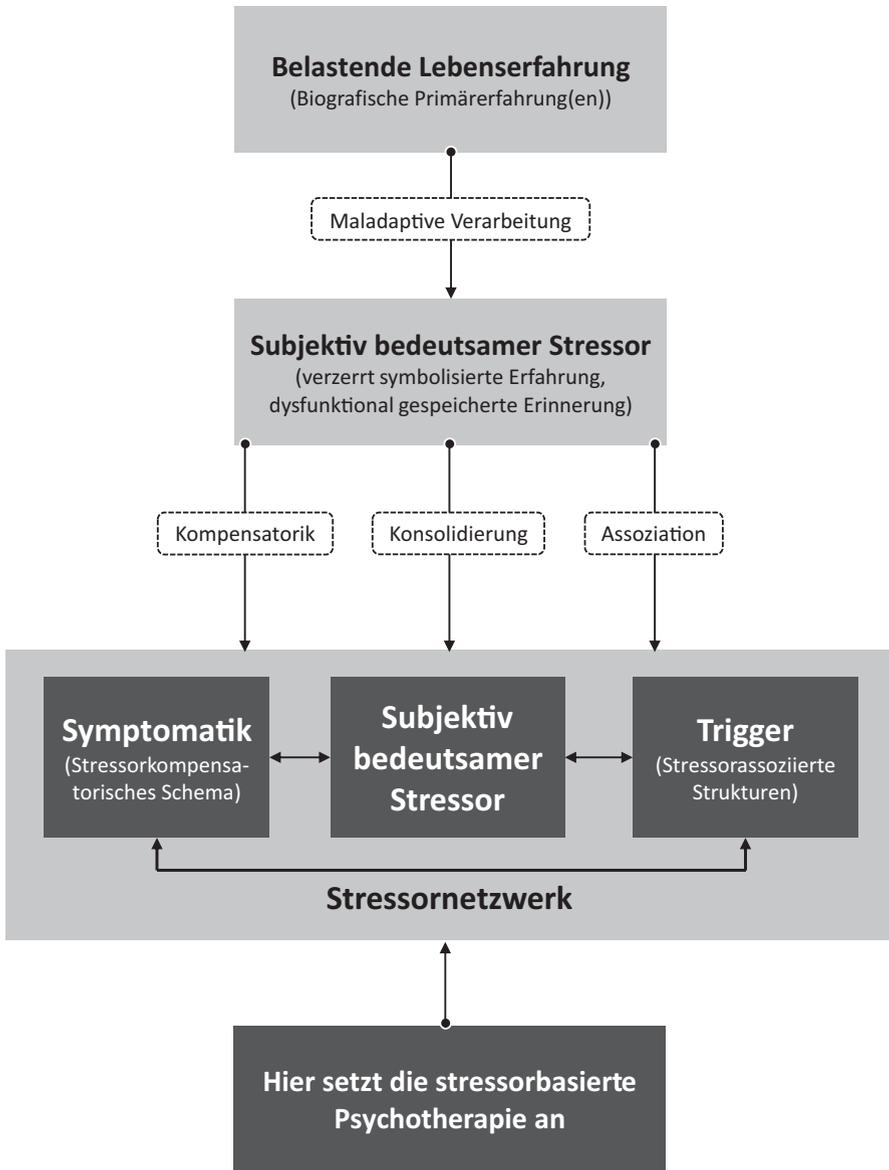
Zusammenfassend zeigt die folgende Abbildung das Störungsverständnis des stressorbasierten Ansatzes mit seinen Kernelementen (► Abb. 1).

Ein Psychotherapieansatz verlangt nicht nur ein Modell für die Entstehung psychischer Störungen. Er braucht auch ein zugrundeliegendes Heilungsverständnis. Die stressorbasierte Psychotherapie orientiert sich am *Wirkfaktorenmodell* von Klaus Grawe (Grawe, 1998, 2004) und dem neurobiologischen Paradigma der *Gedächtnisrekonsolidierung* (Ecker, Ticic & Hulley, 2016).

Lange Zeit war der Grundsatz *emotional memories are forever* (van der Kolk & Fisler, 1995), das sogenannte Extinktionsparadigma, maßgebend für die Konzipierung therapeutischer Strategien. Wenn davon ausgegangen wird, dass sich die einmal konsolidierten (Furcht-)Emotionen (in der Amygdala) im Nachhinein nicht mehr verändern lassen, kann es in der Psychotherapie im Grunde nur noch darum gehen, gegenregulative Kräfte und Fähigkeiten aufzubauen und zu stärken. Alle Formen dieser Art von extinktionsorientierter Psychotherapie (Skill-Training; kognitive Strategien wie der Gedankenstopp; Einüben alternativer Verhaltensweisen usw.) können unter den Begriff der gegenregulatorischen therapeutischen Aktivitäten gefasst werden.

Heute weiß man aus der Forschung zur Gedächtnisrekonsolidierung (Björkstrand et al., 2015; Beckers & Kindt, 2017), dass der dysfunktionale emotionale Aspekt einer biografischen Primärerinnerung dauerhaft transformiert werden kann. Dies lässt sich auf der neurobiologischen Ebene (Schiller et al., 2010; Merlo, Milton, Goozee, Theobald & Everitt, 2014) ebenso nachweisen wie auf der Ebene der psychischen Phänomene. Das belastende emotionale Erleben löst sich dauerhaft auf, der Klient ist anstrengungsfrei nicht mehr in der Gefahr, getriggert zu werden.

Die Entdeckung dieses *neurobiologisch fundierten Selbstheilungsmechanismus* eröffnet ganz neue psychotherapeutische Möglichkeiten. Nun steht nicht mehr die Kontrolle belastender Gefühle und dysfunktionalen Verhaltens im Mittelpunkt therapeutischer Aktivitäten, sondern die unmittelbare Beeinflussung maladaptiv gespeicherter Erinnerungen. Werden diese unter Rekonsolidierungsbedingungen nachverarbeitet, sollte sich die Symptomatik spontan von selbst auflösen, da innerpsychisch keine Notwendigkeit eines kompensatorischen Geschehens mehr besteht.



 Prozessaspekt
 Strukturaspekt

Abb. 1: Störungsmodell des stressorbasierten Ansatzes

Dieses Verständnis psychischer Transformationsprozesse bildet die Basis des stressorbasierten Therapieansatzes. Er erlaubt die Anwendung unterschiedlicher Methoden, sofern diese sich auf das Rekonsolidierungsparadigma beziehen (EMDR (Solomon & Shapiro, 2008), Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2011), Kohärenztherapie (Ecker, Ticic & Hulley, 2016), Progressive Counting (Greenwald, 2013), Ressourcenorientierte narrative Traumatherapie (ResonaT; Hiller & Hensel, 2017)) oder dieses implizit enthalten (TRIMB (Spangenberg, 2016), IRRT (Schmucker & Köster, 2014), Bindungstherapie (Weinberg, 2010)).

Die klinische Praxis

Methodisch zu arbeiten heißt keineswegs, die Tiefe der menschlichen Begegnung dafür opfern zu müssen. Das Gegenteil ist der Fall: Die *authentische Präsenz des Therapeuten* als zentrale Beziehungsdimension und seine fachliche Kompetenz sind der Sicherheit gebende Rahmen, ohne den sich psychotherapeutische Transformationsprozesse nicht entwickeln können. Der stressorbasierte Ansatz arbeitet nicht durch die Beziehung (Übertragungsgeschehen, klassischer klientenzentrierter Ansatz), sondern in einer (Coaching-)Beziehung, die dem Klienten einen Rahmen bietet, seine Ressourcen und Selbstheilungskräfte für eine autonome Nachverarbeitung dysfunktional gespeicherter Erinnerungen nutzbar zu machen.

Das Beziehungsangebot soll dazu beitragen, dass der Klient ein ausreichendes Maß an Vertrauen gegenüber dem Therapeuten und seinem Vorgehen entwickelt. Der Klient soll sich in der Nachverarbeitung der Belastungsmomente geschützt, sicher und in Kontrolle empfinden.

Die Basis dieses Beziehungsverständnisses bilden die drei Grundhaltungen des personenzentrierten Ansatzes (Rogers, 1983) – nicht an Bedingungen gebundene positive Wertschätzung, empathisches Verstehen, Authentizität – sowie Spezifizierungen nach Grawe (1998, 2004) – komplementäre Beziehungsgestaltung, pervasiv ressourcenorientierte Haltung. Angesichts der oft existentiellen Dimension der leidvollen Erfahrungen der Klienten ist ein Kontakt zur eigenen Tiefendimension und ein reflektiertes Weltverständnis für den Therapeuten ebenfalls von Bedeutung.

Stressorfokussiert zu arbeiten, d. h., die emotionalen Hotspots des Klienten unmittelbar anzusteuern, erfordert zusätzlich die Realisierung spezifischer Haltungsdimensionen. Der Therapeut ist in diesem Fall nicht nur unerschrockener Prozessbegleiter, sondern auch Experte für die Strukturierung der Inhalte.

Ausgehend von einer *ätiologischen Orientierung* psychischer Störungen fokussiert die stressorbasierte Behandlungsplanung eine zügige Identifizierung und Nachverarbeitung von Aspekten des Stressornetzwerks. Auf dieses Ziel hin orientieren sich die therapeutischen Aktivitäten. Das *Stressor-First-Prinzip* spiegelt die ätiologische Sichtweise wider, in der davon ausgegangen wird, dass die vorrangige Prozessierung von subjektiv bedeutsamen Stressoren den größten Gewinn für den Klienten darstellt. Damit verbunden ist die bewusste Reduktion klinischer Komplexität durch das Herunterbrechen von Themen auf einzelne belastende

Erfahrungsmomente, die dann bearbeitet werden. Etwa kann das Thema einer Jugendlichen *Stress in der Schule* auf die fünf schlimmsten Erfahrungen in diesem Bereich fokussiert werden.

Da im Prinzip alle Stressoren gleich prozessiert werden können, liegt der Schwerpunkt der Aufmerksamkeit des Therapeuten weniger auf den Inhalten als auf der Anbahnung und Moderierung des Verarbeitungsprozesses. Neben dieser Prozessorientierung weist der Ansatz auch eine Phasenorientierung auf. In der Vorbereitungsphase wird die Grundlage für die Stressorfokussierung geschaffen. Die Nachverarbeitung stellt den Kern der therapeutischen Tätigkeit dar. Dies alles geschieht in flexibler, der Person des Klienten angepasster Weise.

Die Phase der Vorbereitung – und es wird hier bewusst nicht der Begriff Stabilisierungsphase gewählt – folgt einem definierten Algorithmus, der sicherstellen soll, dass zügig eine solide Basis für die Nachverarbeitung entwickelt wird. Die einzelnen Schritte in ihrer Abfolge lauten: Information (Anamnese) – Behandlungsplanung – Psychoedukation – Motivation – informiertes Einverständnis. Ist ein informiertes Einverständnis mit dem Kind und seinen Bezugspersonen erreicht, wird geprüft, ob es weiterer vorbereitender Maßnahmen (Herstellung äußerer Sicherheit, Bezugspersonenarbeit, Ressourcenentwicklung usw.) bedarf und ob die Kriterien für den Übergang zur Prozessierung erfüllt sind.

Die psychische Transformation maladaptiv gespeicherter Erinnerungen ist in diesem Ansatz die eigentliche therapeutische Arbeit. Es ist nicht entscheidend, mit welchen Aspekten des Stressornetzwerks die Arbeit begonnen wird, sodass die Sequenzierung der zu bearbeitenden Themen und Erfahrungen ganz den Bedürfnissen des Klienten angepasst werden kann. Der zugrunde gelegte Wirkmechanismus lässt eine große methodische Vielfalt bei der Nachprozessierung zu. In den letzten Jahren wurde eine wachsende Anzahl von klinisch wirksamen Methoden entwickelt, die auf das Rekonsolidierungsprinzip bezogen werden können. Diese Vielfalt bietet dem Therapeuten weitere Möglichkeiten, entsprechend den eigenen individuellen Neigungen mit unterschiedlichen *Bällen* zu jonglieren und eine Passung mit den Bedürfnissen des Klienten herzustellen. Eine subjektive, an den Erfahrungen und Neigungen des Autors orientierte Auswahl an Methoden wird in Kapitel 11 vorgestellt.

Der in diesem Buch vorgestellte Behandlungsansatz ordnet sich in die aktuelle Entwicklung von Psychotherapiemethoden ein, die sich auf die Erkenntnisse der modernen Psychotraumatologie beziehen (Shapiro, 2012; Reddemann, 2014; Schauer, Neuner & Ebert, 2005) und transdiagnostisch an tieferliegenden Störungs- und Heilungsfaktoren interessiert sind (Berking, 2010). Mit Wendisch (2016) gehe ich davon aus, dass die Zeit reif ist für eine postkognitive und nicht am medizinischen Paradigma orientierte Sichtweise von Psychotherapie.

Fazit

Durch seine bewusste Reduktion auf eine geringe Anzahl von Kernaspekten bietet der stressorbasierte Ansatz in der klinischen Arbeit wesentliche Vorteile:

- Es wird ein einfaches Störungsmodell entworfen, das aus wenigen Elementen besteht, die in einem – auch für den Klienten – unmittelbar nachvollziehbaren Zusammenhang stehen.
- Die bewusste Schlichtheit der Modellbildung erlaubt eine erhebliche Reduktion der klinischen Komplexität des psychischen Geschehens, ohne dass die Präzision therapeutischer Handlungsoptionen darunter leidet.
- Durch einen von der spezifischen kompensatorischen Symptombildung unabhängigen einheitlichen Behandlungsalgorithmus wird der Therapeut sehr entlastet.
- Das Modell ermöglicht ein zügiges und schonendes Arbeiten an störungsrelevanten Aspekten.
- Als stressorfokussierender Ansatz ist er jederzeit (auch punktuell) in andere Behandlungsmodelle integrierbar.

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 personenzentrierten 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