



Isermann • Diegelmann

Angst

Emotionsarbeit in der Psychotherapie

BELTZ

Isermann • Diegelmann

Angst



Margarete Isermann, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (TP, Psychotraumatherapie, EMDR), Dozentin in der Fort- und Weiterbildung in den Bereichen Traumatherapie, Psychoonkologie. Leitung des ID Instituts für Innovative Gesundheitskonzepte. Fachliche Leitung Curriculum Psychoonkologie (DKG), Curriculum Psychotraumatherapie (DeGPT).



Christa Diegelmann, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in eigener Praxis. Supervisorin (VT, TP, Psychotraumatherapie, EMDR), Dozentin in der Fort- und Weiterbildung in den Bereichen Traumatherapie, Psychoonkologie, Resilienztraining. Leitung des ID Instituts für Innovative Gesundheitskonzepte. Fachliche Leitung Curriculum Psychoonkologie (DKG), Curriculum Psychotraumatherapie (DeGPT) und Curriculum Resilienztraining (DPA).

Margarete Isermann • Christa Diegelmann

Angst

Emotionsarbeit in der Psychotherapie

Mit E-Book inside

BELTZ

Margarete Isermann, Dipl.-Psych.
Christa Diegelmann, Dipl.-Psych.
ID Institut für Innovative Gesundheitskonzepte
Wilhelmshöher Allee 259
34131 Kassel – Bad Wilhelmshöhe
www.idinstitut.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28939-9 Print
ISBN 978-3-621-28940-5 E-Book (PDF)

1. Auflage 2022

© 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: getty images – dan4
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	9
Einleitung	11
I Grundlagen	
1 Angst: eine hilfreiche Emotion	16
2 Die Angst-/Stress-Reaktion und ihre Folgen	18
3 Epigenetische und genetische Einflussfaktoren	20
4 Warum ist Angst so schwer zu beeinflussen?	22
5 Angst als Bedrohung oder Herausforderung	25
6 Traumatherapeutische Aspekte im Umgang mit Angst	27
II II Umgang mit Angst in der psychotherapeutischen Praxis	
7 Leitlinienorientierte Empfehlungen zur Behandlung von Angststörungen	32
8 Transdiagnostische Ansätze	36
9 Angst und Resilienz	42
10 Ressourcenorientierte Interventionen	55
11 Traumatherapeutische Ansätze und Interventionen für den Umgang mit Angst	87
12 Angst bei lebensbedrohlichen Erkrankungen	100
13 Resilienzorientierte Reflexion der psychotherapeutischen Tätigkeit	112
Anhang	
Literatur	118
Sachwortverzeichnis	123

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11

I Grundlagen

1	Angst: eine hilfreiche Emotion	16
2	Die Angst-/Stress-Reaktion und ihre Folgen	18
3	Epigenetische und genetische Einflussfaktoren	20
4	Warum ist Angst so schwer zu beeinflussen?	22
5	Angst als Bedrohung oder Herausforderung	25
6	Traumatherapeutische Aspekte im Umgang mit Angst	27

II Umgang mit Angst in der psychotherapeutischen Praxis

7	Leitlinienorientierte Empfehlungen zur Behandlung von Angststörungen	32
7.1	Kognitive Verhaltenstherapie	33
7.2	Psychodynamische Therapieverfahren	34
8	Transdiagnostische Ansätze	36
8.1	Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	36
8.2	Schematherapie	38
8.3	Emotionsfokussierte Therapie (EFT)	39
8.4	Metakognitive Therapie	40
9	Angst und Resilienz	42
9.1	Das Konzept der Resilienz im Umgang mit Angst	42
9.2	Resilienzorientierte psychologische Konzepte	44
9.3	Das TRUST-Konzept zur Resilienzstärkung	47
9.4	Das Resilienz-Stressbewältigungsmodell	50
9.5	Der Resilienzkreis der Angst	51

10	Ressourcenorientierte Interventionen	55
10.1	Ressourcenorientierung von Anfang an	55
10.2	Psychoedukation: neurobiologische Mechanismen	59
10.3	Die Kraft von Entspannung und Imagination	61
10.4	TRUST-Interventionen zur Angstbewältigung und Ressourcenstärkung	65
10.4.1	Die Technik der Bilateralen Stimulation (BLS)	65
10.4.2	KRISEN-ABC	68
10.4.3	TRUST-Protokoll	74
10.4.4	TRUST-Ressourcenteam	78
10.4.5	Body Scan zur Neuorientierung im Umgang mit Angst	82
10.4.6	RESILIENZ-Schatzkiste	85
10.4.7	TRUST-Resilienzfragebogen (RF-15)	85
11	Traumatherapeutische Ansätze und Interventionen für den Umgang mit Angst	87
11.1	Spezifische Interventionen zur Stärkung der Affektregulation	88
11.2	Traumabarbeitung mit Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	90
11.3	Kreative Angstkonfrontation mit Conflict Imagination Painting and Bilateral Stimulation (CIPBS)	92
11.4	Mitgeföhls- und Ressourcenorientierte Traumabarbeitung mit Psychodynamisch Imaginativer Traumatherapie (PITT)	97
11.5	Alternative Bewältigungsbilder anregen mit Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT)	97
11.6	Körpererinnerungen integrieren mit Somatic Experiencing (SE)	98
12	Angst bei lebensbedrohlichen Erkrankungen	100
12.1	Umgang mit Progredienzangst	101
12.2	Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie als Rahmen für kreative Interventionen	104
12.3	Achtsamkeitsbasierte Interventionen	106
12.4	Interventionen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	109
12.5	Interventionen der Würdezentrierten Therapie	110
13	Resilienzorientierte Reflexion der psychotherapeutischen Tätigkeit	112
13.1	Umgang mit akuten Krisensituationen in der Therapiesitzung	112
13.2	Psychohygiene und Burnoutprophylaxe	113
13.3	Impulse aus der Kunst für den Umgang mit Angst	115
	Anhang	
	Literatur	118
	Sachwortverzeichnis	123

Vorwort

Alle Menschen – und auch Tiere – kennen, sofern sie psychisch gesund sind, Angstreaktionen. Angst begleitet uns Menschen lebenslang. Ohne Angst würden wir nicht überleben. Durch Angst lernen wir, entwickeln uns weiter, erwerben im Leben nach und nach Bewältigungskompetenzen für den Umgang mit Angst in vielfältigen Situationen. Diese Entwicklung von individueller Resilienz hat aber auch Grenzen. Es gibt Situationen, in denen die Bewältigungskompetenzen so massiv überfordert werden, dass daraus keine Entwicklungsschritte, sondern Blockaden entstehen und möglicherweise auch Symptome von Krankheitswert.

Angst ist ein emotionaler Zustand, der sowohl interindividuell als auch intraindividuell verschiedene Formen annehmen und auch sehr verschiedene Reaktionen hervorrufen kann, vom lustvollen aktiven Aufsuchen (»sensation seeking«, Horrorfilme) bis zur Vermeidung und zu pathologischen Reaktionen im Sinne von Angststörungen.

Die Ursachen für Ängste und andere psychische Symptome liegen nicht nur in den individuellen Lebenserfahrungen und daraus resultierender erhöhter Vulnerabilität. Unsere moderne Welt mit ihrer Globalisierung, dem raschen Wandel von politischen, gesellschaftlichen, familiären Strukturen, von Arbeitswelt und Identitäten führt bei vielen Menschen, zumindest in einzelnen Bereichen, zu Verunsicherung und Angst. Auch zunehmende Meldungen über Naturkatastrophen durch den Klimawandel wie Brände, Überschwemmungen und dergleichen tragen dazu bei.

Aktuell kommt noch die Bedrohung durch die Corona-Pandemie hinzu sowie vermehrte politische Spannungen in der Welt und sogar ein Krieg in Europa, was niemand für möglich gehalten hätte. All dies ist ein solcher Einschnitt in das alltägliche Leben praktisch aller Menschen, wie sie die meisten von uns in unserer westlichen Zivilisation noch nie erlebt haben.

Die Mehrzahl der Menschen in unserer Gesellschaft besitzt genügend Resilienz, um mit diesen schwierigen Situationen zurechtzukommen und individuelle Wege für den Umgang damit zu finden. Wenn jedoch die individuelle – oder auch soziale – Bewältigungskompetenz nicht ausreicht, kann die Angst überhandnehmen. Bei extremer Angst werden differenzierte kortikale Bewertungs- und Lösungsprozesse blockiert. Dann fallen wir zurück auf die Ebene »primitiver« neuronaler Strukturen und entsprechender Lösungen wie etwa Vermeidungsverhalten durch Leugnen der Realität.

In diesem Buch soll der therapeutische Umgang mit Angst aus einem explizit ressourcen- und resilienzorientierten Blickwinkel beschrieben werden.

Das Resilienz-Konzept bietet gerade in der heutigen Zeit einen hilfreichen Rahmen für den Umgang mit Angst. Die wahrgenommenen zunehmenden Unwägbarkeiten des Lebens erfordern Lösungen, die allgemeiner gegen zukünftige Herausforderungen wappnen und die psychische Widerstandskraft umfassend stärken.

Das Konstrukt der Resilienz eröffnet zudem eine nicht-pathologisierende Sichtweise für den Umgang mit Angst in der Psychotherapie, auch als übergeordneter Begriff für Therapieziele.

Die Ansätze und Interventionen für den Umgang mit Angst, die wir in diesem Buch vorstellen, beruhen auf evidenzbasierten Konzepten. Sie bieten in diesem Kontext vielleicht einen zunächst ungewohnten Blick. Wir beschreiben ein breites Spektrum, aus denen je nach aktueller Situation bestimmte Elemente auch in die gewohnte psychotherapeutische Arbeit einfließen können. Dies soll Anregungen geben für einen kreativen, flexiblen, auf die individuellen Ressourcen der Patient:innen fokussierten und für individuelle Lösungen offenen Therapieprozess.

Berlin, im Frühjahr 2022

*Margarete Isermann
Christa Diegelmann*

Einleitung

Einige der in diesem Buch vorgestellten Interventionen sind auf der Grundlage traumatherapeutischer Konzepte und unserer langjährigen therapeutischen und supervisorischen Erfahrung in diesem Bereich entwickelt worden. Sie haben sich aber auch in der therapeutischen Arbeit bei Angstsymptomen ganz unterschiedlicher Ursachen und Formen bewährt. Deshalb unterscheiden wir grundsätzlich nicht nach Anwendungsbereichen. Die Interventionen sind, auch in Kombination mit unterschiedlichen therapeutischen Verfahren, in vielen Bereichen anwendbar, sowohl bei »Angststörungen« als auch bei »normalen« Angstreaktionen, die jeder Mensch erlebt, bei Angst im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen, bei »Realangst« und vielen anderen Ängsten.

Die neurobiologischen Modelle und Forschungsergebnisse sind hilfreich für die psychotherapeutische Arbeit. Sie haben, nicht nur für die Psychotherapie, in den letzten Jahren wichtige Impulse gegeben. Angstsymptome auch aus dieser Perspektive zu sehen, fördert einen anderen Blick auf die Symptomatik und eröffnet auch im psychoedukativen Sinne nicht-pathologische Erklärungsmodelle der Symptomatik für Patient:innen.

In neurobiologischen Modellen wird sinnvollerweise zwischen Angst und Furcht unterschieden und zwischen Angst als Stress-Reaktion, also als psychophysische Alarmreaktion und dem bewusst wahrgenommenen Angstgefühl. Diese verschiedenen Angstreaktionen treten häufig gemeinsam bzw. in kurzen zeitlichen Abständen auf und sind oft nur theoretisch zu unterscheiden. Deshalb benutzen wir in diesem Buch die verschiedenen Begriffe manchmal synonym.

Wichtig

Da es sich in diesem Buch nicht primär um die Behandlung von Angsterkrankungen im Sinne definierter psychopathologischer Kriterien handelt, gehen wir weder auf die Psychodiagnostik noch auf die medikamentöse Behandlung ein. Hierzu gibt es jeweils umfangreiche Literatur sowie auch klare Empfehlungen in der aktuellen Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen.

Zur leitliniengerechten psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen gibt es, besonders aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, eine schier unübersehbare Zahl von Veröffentlichungen und Manualen. In diesem Buch werden schwerpunktmäßig Interventionen und Konzepte vorgestellt, die auf einem ressourcenorientierten und Resilienz fördernden Ansatz fußen und auch bewährte traumatherapeutische Elemente beinhalten. Dabei spielen besonders auch imaginative, kreative und körperbezogene Interventionen eine Rolle.

Es wird zudem ein Überblick über eine Auswahl von Ansätzen gegeben, die jeweils einzelne Elemente enthalten, die zur Behandlung von Angstsymptomen hilfreich sein können. Dieser Überblick kann für die praktische therapeutische Arbeit Impulse geben, vielleicht auch die Anregung, sich aus einzelnen Ansätzen »Rosinen« für die eigene Arbeit herauszusuchen. An dieser Stelle möchten wir betonen, dass es weitaus mehr »Rosinen« gibt, auf die wir in diesem Buch nicht eingegangen sind. Speziell trifft dies auf die Hypnotherapie, die Ego-State-Therapie und die Katathym-Imaginative Psychotherapie zu. Diese Ansätze schätzen wir sehr und empfehlen sie ausdrücklich zur ressourcenorientierten Angstbewältigung.

Teil I: Grundlagen

Im Teil I des Buches stellen wir zunächst allgemeine Grundlagen für den Umgang mit Angst vor. Im ersten Kapitel geht es um Angst als hilfreiche Schutzfunktion und als Herausforderung zur Entwicklung von Bewältigungskompetenzen, dem Aufbau eines individuellen »Resilienzpolsters«.

Im zweiten Kapitel werden neurobiologische Mechanismen dargestellt, die nicht nur in der Psychotraumatherapie eine zentrale Rolle spielen, sondern auch für das Verständnis von Angstreaktionen und ihre Folgen für die Entwicklung von Symptomen bedeutsam sind. Das gleiche gilt für das dritte Kapitel, das auf das Verständnis von epigenetischen und genetischen Faktoren zielt, die die individuelle Reagibilität, das Anspringen der Angstsysteme, beeinflussen können.

Der Frage, warum Angst auch durch psychotherapeutische Interventionen manchmal nur schwer zu beeinflussen ist, gehen wir in Kapitel 4 nach. Dabei spielen sowohl neurobiologische Mechanismen und unbewusste »Körpererinnerungen« als auch bestimmte »Urängste« sowie die in der heutigen Zeit immer komplexer werdenden Strukturen, Zusammenhänge und Anforderungen eine Rolle.

Bei der Reaktion auf diese Herausforderungen kommt es maßgeblich auf die Bewertung an. Diese Bewertungen prägen weitgehend die Erwartungen und die Wahrnehmung. Darum geht es in Kapitel 5. Prägend für diese Bewertungen sind besonders die Erfahrungen in den ersten Lebensjahren. Zur Veränderung der hier geprägten Muster bedarf es intensiver, emotional bedeutender neuer Erfahrungen.

Für die Behandlung von Angstsymptomen und Angsterkrankungen haben die Traumaforschung und traumaspezifische psychotherapeutische Ansätze wichtige Impulse gegeben. Diese betreffen u. a. die Bedeutung der extremen Angst (die bei traumatischen Ereignissen ausgelöst wird) für die Veränderung der Wahrnehmungs- und Filtersysteme und die Interaktion der verschiedenen psychophysiologischen Ebenen. Darauf gehen wir in Kapitel 6 ein.

Teil II: Umgang mit Angst in der psychotherapeutischen Praxis

Im Teil II werden konkrete Ansätze und Interventionen vorgestellt, die zum Umgang mit Angst in der therapeutischen Praxis hilfreich sein können.

Zunächst wird auf die Empfehlungen der aktuellen Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen eingegangen, besonders auf die Kognitive Verhaltenstherapie und auf psychodynamische Verfahren. Dann werden einige transdiagnostische Ansätze vorge-

stellt, die für den Umgang mit Angst in der therapeutischen Arbeit wertvolle Impulse geben können. Hier gehen wir besonders auf die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), die Schematherapie, die Emotionsfokussierte Therapie (EFT) und die Metakognitive Therapie ein.

Angst und Resilienz. Resilienz ist für unsere Herangehensweise ein zentrales Konstrukt. In Kapitel 9 zum Thema »Angst und Resilienz« stellen wir einige Ergebnisse der Resilienzforschung vor und ausgewählte etablierte psychologische Ansätze, die resilienzorientierte Grundprinzipien beinhalten. Einen zentralen Stellenwert hat für uns das TRUST-Konzept zur Resilienzförderung. Dieser aus der Traumatherapie entstandene, explizit ressourcenorientierte Ansatz hat sich in vielen Bereichen als hilfreich zur Angstbewältigung gezeigt, auf diesem Konzept basieren einige der in den nachfolgenden Kapiteln vorgestellten Interventionen. Das »Resilienz-Stressbewältigungsmodell« verdeutlicht die Wirkung der Interventionen in Richtung auf ein optimales Bewältigungspotenzial, einerseits durch ein mittleres Stressniveau und andererseits durch ressourcenstärkende Interventionen zur Erhöhung des individuellen »Resilienzpolsters«. Der »Resilienzkreis der Angst« lädt dazu ein, neue lösungsorientierte Suchprozesse im Umgang mit der Angst anzustoßen.

In Kapitel 10 werden ressourcenorientierte Interventionen zum Umgang mit Angst detailliert, teilweise mit konkreten Instruktionen und Therapiebeispielen, dargestellt. Zunächst geht es um eine die Hoffnung und Selbstwirksamkeit der Patient:innen fördernde therapeutische Grundhaltung vom Erstkontakt an, die ressourcenorientierte Erhebung der Anamnese, eine anschauliche Darstellung neurobiologischer Mechanismen zur Psychoedukation sowie einige grundlegende Entspannungs- und Imaginationsübungen.

Im weiteren Verlauf des Kapitels wird eine Auswahl von TRUST-Interventionen vorgestellt und anhand von Instruktionen und Fallbeispielen illustriert. Diese haben u. a. die Krisenbewältigung, die Resilienzförderung, die Ressourcenstärkung, die Förderung der Neuorientierung und eine Sammlung von individuell resilienzfördernden »Schätzen« zum Ziel.

In Kapitel 11 stellen wir einige Ansätze aus der Traumatherapie vor, die für den Umgang mit Angst hilfreich sind bzw. wichtige Impulse geben können. Neben spezifischen Interventionen zur Affektregulation beschreiben wir auch bekannte Ansätze wie EMDR und das daraus abgeleitete Vorgehen mit CIPBS (Conflict Imagination and Bilateral Stimulation) zur kreativen Angstkonfrontation. Außerdem stellen wir die mitgeföhl- und ressourcenorientierte Traumabearbeitung mit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) vor. Weiterhin zeigen wir, dass mit der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) alternative Bewältigungsbilder angeregt und mit dem Somatic Experiencing (SE) Körpererinnerungen integriert werden können.

In Kapitel 12 geht es um die Angst bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. Dabei spielt der Umgang mit Progredienzangst eine zentrale Rolle, unter der besonders Menschen mit einer Krebserkrankung in hohem Maße leiden. Auch hier haben sich die TRUST-Interventionen bewährt sowie achtsamkeitsbasierte Interventionen und Methoden der

Würdezentrierten Therapie, die vor allem in der palliativen Situation neue Perspektiven im Umgang mit der Angst eröffnen können.

In Kapitel 13 geht es um die resilienzorientierte Reflexion der beruflichen Tätigkeit. Zunächst geben wir Hinweise für den Umgang mit Krisensituationen in der Therapie. Zur Psychohygiene und Burnoutprophylaxe werden einige Impulse zur Selbstreflexion gegeben. Der Hinweis auf den Umgang mit Angst in der Kunst kann inspirieren, neue Wege kennenzulernen.



Grundlagen

- 1 Angst: eine hilfreiche Emotion
- 2 Die Angst-/Stressreaktion und ihre Folgen
- 3 Epigenetische und genetische Einflussfaktoren
- 4 Warum ist Angst so schwer zu beeinflussen?
- 5 Angst als Bedrohung oder Herausforderung
- 6 Traumatherapeutische Aspekte im Umgang mit Angst

1 Angst: eine hilfreiche Emotion

Angst gehört zum Leben. Jeder Mensch erlebt im Alltag Situationen, die mit Angst verbunden sind. Meist handelt es sich dabei um kurze Momente, die wir nach Abklingen einer akuten Stressreaktion oft gar nicht mehr erinnern. Andere Ängste, die etwa die berufliche, familiäre oder finanzielle Situation betreffen, können über lange Zeit einen erheblichen Einfluss auf unser Erleben und Verhalten haben. Andere Ängste wiederum können auf der Grundlage einschneidender Lebensereignisse entstanden sein und das gegenwärtige Leben entscheidend bestimmen. Wir alle erwerben im Laufe des Lebens Strategien im Umgang mit der Angst. Wenn die individuellen Bewältigungskompetenzen nicht ausreichen, kann die Angst zu psychischen und körperlichen Symptomen, behandlungsbedürftigen Erkrankungen und erheblichen sozialen Konsequenzen führen.

Die Bewältigungskompetenz hängt in hohem Maße von den individuellen Ressourcen ab, den bisherigen Erfahrungen und persönlichen Voraussetzungen. Ein im bisherigen Leben erworbenes »Resilienzpolster« kann helfen, auch beängstigende und gefährliche Situationen im Leben erfolgreich zu bewältigen, was wiederum die individuelle Resilienz bzw. das »Kohärenzgefühl« (Antonovsky, 1997) stärkt. Viele der in diesem Buch vorgestellten Interventionen können dabei helfen, die Resilienz von Menschen zu stärken, deren Ressourcen in einer bedrohlichen Lebenssituation nicht ausreichen.

■ Wichtig

Der Umgang mit Angst ist individuell sehr unterschiedlich. Doch gibt es einige Muster und Bedingungen, die – auch für den therapeutischen Prozess – Hinweise und Handlungsimpulse geben können.

Grundsätzlich ist Angst zunächst einmal eine hilfreiche Emotion, die uns vor Gefahrensituationen warnt, Energiereserven aktiviert, uns wichtige Hinweise gibt und uns letztlich helfen kann, unser Wahrnehmungs- und Verhaltensrepertoire zu erweitern. Angst fordert uns zu Entwicklungsschritten heraus, dazu, eigene Bewältigungskompetenzen zu entwickeln und damit das Selbstwirksamkeitsgefühl zu stärken.

Seit Donald Hebb (1949) den Begriff der neuronalen Plastizität geprägt hat, gibt es zunehmende Erkenntnisse über die erfahrungsabhängige bzw. nutzungsabhängige neuronale Plastizität. Diese Mechanismen spielen besonders in denjenigen neuronalen Strukturen und Prozessen eine Rolle, die mit Angst und Stress verbunden sind. Inzwischen wissen wir, dass noch bis ins hohe Alter Veränderungsprozesse möglich sind (Hüther, 2009).

In einer bedrohlichen Situation werden vielfältige neuronale und neuroendokrine Prozesse angestoßen. Wenn die Angst dann erfolgreich überwunden wird, bewirken Belohnungssysteme eine Stärkung der neuen Lösungen. Falls kurzfristig keine Lösung gefunden wird, kann eine Krise zur Destabilisierung der alten, nicht mehr hilfreichen Verbindungen führen – mit der Chance, letztlich neue Lösungen und Sichtweisen zu finden.

Diese adaptive Reorganisation der neuronalen Verschaltungen kann allerdings auch problematisch sein, wenn die Lösungen, die die Angstreaktion beendet haben, langfristig wenig hilfreich sind, etwa bei Vermeidungsverhalten oder Substanzmissbrauch. Dann werden jedes Mal, wenn aufkommende Angst durch dieses Verhalten beendet oder gemindert wird, die entsprechenden neuronalen Bahnen verstärkt, bis sie zu wahren »Autobahnen« werden, die schwer wieder aufzulösen sind.

Fazit

Angst ist grundsätzlich eine hilfreiche Emotion. Durch die erfolgreiche Bewältigung angstauslösender Situationen erwerben wir lebenslang neue Lösungen und Sichtweisen.

2 Die Angst-/Stress-Reaktion und ihre Folgen

Die unterschiedlichen Begriffe, die wir hier je nach Kontext im Zusammenhang mit Angst verwenden, etwa Angstreaktion, Stressreaktion, emotionale Übererregung usw., sind in ihrer Bedeutung zwar nicht identisch, überschneiden sich aber vielfach, deshalb differenzieren wir hier nicht immer.

Wenn wir eine akute Gefahren-Situation wahrnehmen, werden in der Regel hauptsächlich zwei Elemente des Stress-Systems aktiviert: einerseits das Sympathische Nervensystem und andererseits die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA- oder Stressachse). Die dadurch bedingte Ausschüttung sowohl der Katecholamine Dopamin, Noradrenalin und Adrenalin als auch des Nebennieren-Hormons Kortisol hat vielfältige Wirkungen auf körperliche Prozesse, speziell auch auf das Immunsystem (Isermann, 2011).

- ▶ Die Aktivierung des **Sympathikus** bewirkt u. a. die Freisetzung von Noradrenalin und Adrenalin und aus dem Nebennierenmark. Dadurch steigen nicht nur Aufmerksamkeit und Konzentration, sondern auch Blutdruck und Blutzucker, die Bronchien erweitern sich usw. All das bewirkt, dass wir im Notfall besser flüchten oder kämpfen können. Andere körperliche Funktionen, die nicht unmittelbar überlebensnotwendig sind, etwa die Verdauungs- oder Sexualfunktionen, werden unterdrückt. Diese erste Stress-Reaktion erfolgt meist schon in Bruchteilen von Sekunden. Wir spüren die körperliche Reaktion oft bereits, bevor wir überhaupt in der Lage sind, die Gefahrensituation bewusst wahrzunehmen. Besonders für unsere Vorfahren war dies überlebensnotwendig. In unserer heutigen Zivilisation sind Kampf oder Flucht allerdings meist keine adäquaten Lösungen und ein zu häufiges und zu rasches »Anspringen« der Stressreaktionen kann langfristig negative Folgen haben.
- ▶ Die zweite Form der Stressreaktion beansprucht mehr Zeit: Zunächst erfolgt über den Hypothalamus der Ausstoß von u. a. CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon), wodurch in der Hypophyse der Ausstoß von ACTH (Adrenocorticotropes Hormon) angeregt wird, welches wiederum die Biosynthese und Freisetzung von **Kortisol** aus der Nebennierenrinde bewirkt. Kortisol wird häufig auch als »Stresshormon« bezeichnet. Es hat Auswirkungen auf vielfältige körperliche Vorgänge, insbesondere auf das Immunsystem. Kortisol hat aber gleichzeitig auch die Funktion einer »Stressbremse«, indem es wiederum durch Rückkoppelungsprozesse bremsend auf die Stressachse einwirkt, damit der Körper nicht ständig von Stresshormonen überflutet wird. Wenn diese fein abgestimmten Prozesse aus dem Gleichgewicht geraten, etwa durch eine andauernde Aktivierung oder mangelnde »Bremsung« der HPA-Achse, kann es zu einer anhaltend gestörten Stressregulation führen. Dies kann nicht nur negative Auswirkungen auf die Angst-Reaktionen, sondern auch auf depressive Reaktionen und viele körperliche Erkrankungen haben.

Hier sollte bereits darauf hingewiesen werden, dass viele »beruhigende« Systeme als hilfreiche Gegenspieler der Angstsysteme wirksam werden können, etwa der Parasympathikus als Gegenspieler des Sympathikus. Serotonin wirkt nicht nur dämpfend auf Angstsysteme, sondern auch ausgleichend und beruhigend auf viele Systeme neben seiner bekannten antidepressiven Funktion. Auch in der Therapie vieler Angststörungen spielen Medikamente, besonders Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), die die Verfügbarkeit von Serotonin (5-HT) im synaptischen Spalt erhöhen, eine bedeutende Rolle. Ebenfalls beruhigend wirkt das auch als »Kuschelhormon« bezeichnete Oxytocin, das nicht nur bei sexuellen Kontakten und bei der Geburt ausgeschüttet wird, sondern auch bei vielen anderen angenehmen – vorwiegend sozialen – Situationen.

Eine besondere Rolle spielt bei der Regulation der Folgen der Angst-/Stressreaktion das dopaminerge System, auch als »Belohnungssystem« bezeichnet. Dopamin wirkt motivations- und antriebssteigernd. Die nach erfolgreicher Angstbewältigung erzeugten Glücksgefühle können so zu einer intensiveren und längerfristigen Speicherung der gefundenen Lösungen führen (Esch, 2011).

Fazit

Die Berücksichtigung neurobiologischer Mechanismen kann die Bewältigung von Angstsituationen unterstützen.

3 Epigenetische und genetische Einflussfaktoren

Es gibt im menschlichen Genom eine große Zahl von »Risikogenen« für die Entwicklung von Angststörungen. Die Forschung zu genetischen und epigenetischen Markern bringt derzeit viele neue Erkenntnisse, die aber z. T. noch vorläufig sind. Es kann für die psychotherapeutische Behandlung wichtig sein, zu erkennen, dass bei manchen Patient:innen angesichts ihrer genetischen und epigenetischen Voraussetzungen die Angstreaktion früher und heftiger »anspringt«, was auch die Wirkung der therapeutischen Interventionen beeinflusst.

Epigenetische Mechanismen können, etwa bei Menschen, die in früher Kindheit Traumatisierungen erlitten haben, die Stress-Systeme dauerhaft verändern. Bei den betroffenen Menschen springt die Angst-Reaktion besonders leicht an und sie haben Schwierigkeiten, sich wieder herunter zu regulieren (Schiele & Domschke, 2018). Auch erhöhter pränataler Stress kann zu Beeinträchtigungen der Stressregulationssysteme im späteren Leben führen (Provencal et al., 2020). Sogar eine mögliche transgenerationale Weitergabe derartiger epigenetischer Mechanismen wurde in einigen Studien nachgewiesen. Allerdings sind diese Ergebnisse noch sehr vorläufig (Schiele et al., 2020).

Studien mit in der Kindheit misshandelten Kindern haben z. B. ergeben, dass bei den Betroffenen bestimmte Stellen im FKBP5-Gen schwächer methyliert, dadurch leichter ablesbar und entsprechend dauerhaft überaktiv waren. Das führt dazu, dass die oben beschriebene »Stressbremse« weniger greifen konnte (Matosin & Binder, 2018). Es scheint aber so, dass es für diese Einflüsse besonders sensible Phasen in der frühen Kindheit gibt.

■ Wichtig

Diese Faktoren führen lediglich zu einer erhöhten Vulnerabilität. Es müssen bestimmte aktuelle Situationen und Lebensumstände hinzukommen, damit die durch die epigenetischen Einflüsse bedingten Veränderungen zur Wirkung kommen können. Die gute Nachricht ist aber, dass die epigenetischen Mechanismen eine ausgeprägte Plastizität besitzen, dass diese Veränderungen also reversibel sind, auch durch psychotherapeutische Interventionen.

Zusätzlich gibt es bestimmte Genvarianten, die in Interaktion mit belastenden Erfahrungen die Angstsensitivität und das Risiko einer Angststörung erhöhen können. Dazu gehört beispielsweise eine bestimmte Variante des Dopamin-Transporter-Gens SLC6A3 auf die Stress-Reaktivität der Amygdala. Versuchspersonen mit einer bestimmten Variante reagierten z. B. heftiger auf den Anblick ärgerlicher im Vergleich zu neutralen Ge-

sichern (Bergman et al., 2014). Ähnlich zeigten auch Träger einer bestimmten Variante (5-HTTLPR) des Serotonintransporter-Gens (kurzes Allel) eine höhere Amygdala-Reaktivität als die Träger der langen Variante.

Der aktuelle Aufschwung der psychobiologischen Forschung gibt immer mehr Ergebnisse bezogen auf individuelle Vulnerabilitätsfaktoren und -mechanismen bezüglich der Angstreaktionen, was wichtige Hinweise für die psychotherapeutische Arbeit geben kann.

Fazit

Es gibt epigenetische und genetische Einflussfaktoren, die zu einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung von Angststörungen beitragen. Diese Faktoren sind jedoch unter bestimmten Voraussetzungen reversibel.

4 Warum ist Angst so schwer zu beeinflussen?

Alle Menschen haben schon die Erfahrung gemacht, dass sie in Situationen, die objektiv nicht wirklich bedrohlich sind, mit Angst reagieren. Selbst, wenn uns dies in der Situation bewusst ist, können wir die Angstreaktion oft nur schwer beherrschen. Das hat verschiedene Ursachen:

- ▶ Die angeborenen Reaktionen des autonomen Nervensystems sind wenig beeinflussbar. Zunächst springt die sympathische Stressachse in manchen Situationen in Bruchteilen von Sekunden automatisch an, bevor wir eine Bedrohung überhaupt bewusst wahrnehmen können. Das ist auch gut so: Wenn wir z. B. unerwartet einen lauten Knall hören, reagieren wir reflexartig, bevor wir die Ursache analysieren können. Diese – teils angeborenen – Reaktionen sollten wir natürlich nicht verlernen, es sei denn, die Schreckreaktion ist unangemessen oder ungewöhnlich heftig wie bei Personen, die grundsätzlich ein höheres Angst-Level haben (Poli & Angrilli, 2015).
- ▶ Die an der Angstreaktion beteiligten »niedereren« subkortikalen limbischen Bereiche aktivieren auch die körperlichen Reaktionen. Dadurch kommt es zu einer vermehrten Ausschüttung neuroplastischer Signalstoffe, die diese Reaktionen verfestigen, die zukünftige Wahrnehmung und Aufmerksamkeit in Richtung bedrohlicher Reize lenken. Durch die nutzungsabhängige Stabilisierung synaptischer Netzwerke können sich diese Reaktionen immer mehr verfestigen.
- ▶ Angst bezieht sich häufig auf die Antizipation eines bedeutenden Verlusts, auch wenn dieser real eher unwahrscheinlich ist. Auch bestimmte »Urängste« sind wahrscheinlich tief in uns Menschen verwurzelt. In der griechischen Mythologie wurden diese Ängste meist nach außen projiziert, in die Gestalt von Göttern, z. B. Erebos (Finsternis), Tartaros (Unterwelt), Nyx (Nacht) oder Chaos (Unordnung). Auch in unserer Zeit wachsen Kinder mit angsterzeugenden Märchenfiguren und »Monstern« auf, was auch dazu dient, die Angst nach außen zu projizieren und durch das Benennen zu beherrschen.
- ▶ Ängste in unserer heutigen, globalisierten Welt sind oft bestimmt durch zunehmend komplexe Zusammenhänge und gesellschaftliche Strukturen. Gerade die größeren individuellen Freiheiten und die damit zusammenhängenden Entscheidungen und die ständige Flut neuer Informationen sind für viele Menschen beängstigend und überfordernd. Man kann davon ausgehen, dass dies das »Angstniveau« in der modernen Gesellschaft insgesamt hebt.

Geprägt durch biologische, familiäre und soziale Bedingungen hat jeder Mensch eine individuelle »Angstgeschichte« und individuelle Strategien der Angstbewältigung. In den meisten Fällen sind wir uns der Ursachen unserer spezifischen Ängste nicht bewusst. Andere Reaktionen haben sich im Laufe des Lebens so sehr eingebrannt, dass sie

zu automatischen Reaktionen in bestimmten Situationen oder in Reaktion auf bestimmte Trigger geworden sind. Einen großen Anteil hat dabei das »Körpergedächtnis«, besonders bezogen auf frühe, vielleicht vorsprachliche Erfahrungen. Diese können schwer allein durch »sprechende Psychotherapie« beeinflusst werden, die eher kognitive kortikale Strukturen anspricht. Hilfreicher sind da eher »erlebensorientierte« Interventionen, die besonders auch tiefere körperbezogene und emotionale Strukturen einbeziehen. Viele der in den späteren Kapiteln dargestellten ressourcenorientierten Interventionen beinhalten Bilder, Imaginationen, Symbole oder Metaphern, die explizit auf diese Strukturen zielen.

■ Wichtig

Da Angst überlebensnotwendig ist und gelernte dysfunktionale Ängste durch ständige Wiederholungen die Tendenz haben, sich zu »Autobahnen« zu verfestigen, genügt nicht einfach die Einsicht in deren Dysfunktionalität. Es müssen diesen »Autobahnen« aktiv korrigierende Erfahrungen auf verschiedenen, besonders emotionalen Ebenen entgegengesetzt werden (Hüther, 2005).

Therapie als Hemmungsprozess

Nach Klaus Grawe ist die »Löschung« von Angstreaktionen durch Habituation ein irreführender Begriff. Er sollte durch »Hemmung« ersetzt werden. Die Amygdalareaktion habituiert nicht, vielmehr geht es um eine kortikale Hemmung der Angstreaktion.

Wenn Therapie als Hemmungsprozess gesehen wird, erfordert dies eine andere Herangehensweise. Das Gehirn muss vor der Konfrontation mit der angstausslösenden Situation zunächst in einen anderen – angstfreieren – Zustand gebracht werden. Dies erfordert sowohl eine sichere therapeutische Bindung, die Aktivierung positiver Emotionen und Ressourcen als auch die gezielte Aktivierung von Bewältigungskompetenzen.

Die neuen Erfahrungen mit der angstausslösenden Situation müssen dann möglichst intensiv sein. Dann können neue Synapsen ausgebildet werden, die sich immer mehr verfestigen und die alten Reaktionsmuster, die alten »Autobahnen«, hemmen. In der Therapie kommt es also darauf an, andere neuronale Prozesse zu kreieren. Dazu ist die Entdeckung und Stärkung der Erregungsbereitschaft der individuellen »Ressourcen-Netzwerke« zentral (Grawe, 2004).

Das Gehirn ist im Sinne des »negativity bias« auf negative Erfahrungen und Erwartungen orientiert. Besonders, wenn Angst mit traumatischen Erlebnissen verbunden ist, ist es schwer, die damit verbundenen neuronalen Netzwerke – »Traumanetzwerke« – aufzulösen, da es zu Blockaden kommen kann und hilfreiche »Ressourcenetzwerke« nicht zugänglich oder individuell kaum ausgebildet sind.

■ Fazit

Jeder Mensch hat eine individuelle »Angstgeschichte«, die durch biologische, familiäre und soziale Bedingungen geprägt ist. Die Angstreaktionen haben wichtige Funktionen. Sie sind mit körperlichen Prozessen eng verwoben und durch Einsicht und rein kognitive Interventionen nur schwer zu beeinflussen.

5 Angst als Bedrohung oder Herausforderung

Angst hat zunächst wichtige, sogar überlebensnotwendige Funktionen. Sie warnt vor Gefahren, setzt Energien frei. Bereits als Kinder müssen wir ständig unsere Angst überwinden, unserer Neugier folgen, Neues wagen, Grenzen testen, unsere Selbstwirksamkeit in der Auseinandersetzung mit der dinglichen und sozialen Welt stärken und über uns »hinauswachsen«.

Bereits hier werden wichtige Weichen für den späteren Umgang mit Angst und Bedrohung gestellt. Diese positiv als Herausforderung zum Wachstum ansehen zu können, hängt in hohem Maße von den frühen Erfahrungen ab. Aber auch, wenn diese nicht förderlich waren im Sinne von Selbstwirksamkeit und Vertrauen, kann dies im späteren Leben, wenn auch mit etwas mehr Mühe und ggf. psychotherapeutischer Unterstützung, kompensiert werden – dank der neuronalen Plastizität sogar bis ins hohe Alter (Kandel, 2007).

Voraussetzung für solche nachhaltigen Veränderungen ist es, dass bei diesen neuen Erfahrungen die emotionalen Zentren des limbischen Systems beteiligt sind, die gleichzeitig körperliche Reaktionen aktivieren. Durch die dabei vermehrt freigesetzten neuroplastischen Signalstoffe kann es zu dauerhaften Veränderungen der neuronalen Muster kommen. Diese werden durch Lenkung der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit immer mehr gebahnt und gefestigt im Sinne einer nutzungsabhängigen Stabilisierung synaptischer Netzwerke. Dabei müssen die korrigierenden Erfahrungen emotional berührend, aber nicht unbedingt real sein. Auch imaginative Techniken, wie sie in späteren Kapiteln dieses Buches vorgestellt werden, können sehr wirksam sein.

Info • Selbsterfüllende Prophezeiung

Umgekehrt wirken diese Mechanismen natürlich ebenso: Wenn ich immer wieder negative Erfahrungen wahrnehme, verstärken sich diese neuronalen Angst-Netzwerke immer mehr zu »Autobahnen« und werden in ähnlichen Situationen automatisch wachgerufen. Die negativen Erfahrungen, Bewertungen, Einstellungen und Denkstile reproduzieren sich dadurch ständig auch im Sinne der bekannten »selbsterfüllenden Prophezeiung«: Wenn ich mit einer negativen Erwartung in eine Situation hineingehe, wird diese höchstwahrscheinlich bestätigt. Dazu gibt es schon seit vielen Jahren aus der Psychologie und der Sozialpsychologie unzählige Studien: Wenn Lehrer:innen bestimmte Schüler:innen, die sie vorher nicht kannten, als leistungsschwach angekündigt wurden, zeigten diese am Ende des Schuljahres tatsächlich schlechtere Leistungen. Oder: Wenn Frauen in einem Simulator Auto fahren sollten, machten diejenigen, denen gegenüber vorher beiläufig bemerkt wurde, dass Frauen schlechter Auto fahren, tatsächlich signifikant mehr Fehler.

Mindsets bestimmen den (psychotherapeutischen) Umgang mit Angst

Die im Leben herausgebildeten Grundeinstellungen im Sinne von Mindsets bestimmen weitestgehend den Umgang mit Angst. Sowohl die Ursachen als auch die Folgen von Angst stehen in engem Zusammenhang mit unseren sozialen Beziehungen. Neue, heilende Beziehungserfahrungen – auch im therapeutischen Kontext – sind deshalb die Grundlage für Veränderungsprozesse.

Auch in der psychotherapeutischen Behandlung spielen die Mindsets eine entscheidende Rolle, z. B. wenn ich darauf vertraue, dass jeder Mensch einen »Ressourcenschatz« besitzt, auch wenn er noch so verborgen ist. Dann kann ich eher offen sein für individuelle Wege meiner Patient:innen, die vielleicht auch nicht meinen theoretischen, therapeutischen oder persönlichen Vorstellungen entsprechen. In diesem Buch werden ressourcenorientierte und kreative Interventionen vorgestellt, die helfen können, gewohnte negative »Autobahnen« zu verändern und neue Wege zu eröffnen.

Fazit

Die im Leben gemachten Erfahrungen prägen unsere Erwartungen. Diese wiederum beeinflussen unsere Wahrnehmungen und Reaktionen. Die so verfestigten Mindsets bestimmen unseren Umgang mit Angst. Für einen konstruktiven Umgang mit Angst müssen im therapeutischen Prozess neue Resilienzenerfahrungen angeregt werden.

6 Traumatherapeutische Aspekte im Umgang mit Angst

Die Traumaforschung und die Entwicklung traumaspezifischer Ansätze haben nicht nur für die Behandlung von Angstsymptomen und Angsterkrankungen wichtige Impulse gegeben. Dies hat unserer Ansicht nach auch teilweise zu einem Paradigmenwechsel in der Psychotherapie insgesamt geführt (Reddemann, 2021; Sachsse, 2021). Besonders auch die neurobiologischen und psychophysiologischen Aspekte, die in der Traumatherapie eine wichtige Rolle spielen, haben dazu beigetragen. Dies gilt nicht nur für den therapeutischen Umgang mit traumatischen Erfahrungen und Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung, sondern auch für das grundsätzliche Verständnis von Angst und angstbezogenen Reaktionen (van der Kolk et al., 2000).

Der Einfluss von Trauma auf Hirnfunktionen und körperliche Reaktionen

Zunächst ist festzuhalten, dass die in Gehirn und Körper als traumatisch und beängstigend gespeicherten Erfahrungen und Reaktionen nicht unbedingt die realen traumatischen Ereignisse widerspiegeln. Die Speicherung kann sich bei jeder Aktivierung des »Traumanetzwerks«, je nach aktueller körperlicher und emotionaler Befindlichkeit und den neu hinzugefügten Informationen und Bedeutungen, verändern. Es muss sich nicht einmal um reale, selbst erlebte Ereignisse handeln. Besonders Kinder können durch extreme Ängste, denen keine reale Bedrohung zugrunde liegt, ein »Traumanetzwerk« entwickeln.

Stetige Veränderungsprozesse sind auch in Richtung auf die Bewältigung zentral, nicht nur in der psychotherapeutischen Arbeit, sondern auch durch die Vielfalt von korrigierenden Erfahrungen im Leben.

Angst ist das mit Abstand stärkste Gefühl, das über die Aktivierung neuronaler Netzwerke des limbischen Systems, speziell der Amygdala, die im Hirnstamm angelegten Regelsysteme für die integrative Steuerung körperlicher Reaktionen und damit der Selbstheilungskräfte des Organismus zu stören vermag.

Hüther, 2011, S. 56

Bessel van der Kolk, ein Traumaforscher aus Boston, beschreibt die Wirkung von Traumata auf das Gehirn und betont dabei besonders die körperlichen Reaktionen und die Interaktionen auf den verschiedenen Ebenen (van der Kolk, 2014). Dies ist nicht nur für die Traumatherapie relevant, sondern gibt auch wichtige Hinweise auf die Angstsymptomatik und die körperlichen Auswirkungen, sowie auf die Bedeutung therapeutischer und besonders körperorientierter Interventionen.

Van der Kolk nennt drei Systeme, deren Funktion bei Traumatisierten verändert ist:

- (1) **Das Wahrnehmungssystem:** Die Gefahrenwahrnehmung auf der primitiven Ebene des Gehirns, dem Furchtsystem, ist verändert. Traumatisierte Menschen sehen überall Gefahr und nehmen neutrale Reize nicht angemessen wahr. Das traumatisierte Gehirn wird so immer reaktiver. Dazu können auch genetische und epigenetische Faktoren beitragen (s. Kap. 3).
- (2) **Das Filtersystem,** das entscheidet, ob eine Information relevant ist: Wenn dies nicht angemessen funktioniert, ist es schwer, sich in normalen Situationen auf relevante Inhalte zu konzentrieren.
- (3) **Das Selbstwahrnehmungssystem:** Dies wird herunter reguliert, um die mit dem Trauma verbundenen unerträglichen negativen Körpergefühle zu dämpfen. Das ist eine Schutzreaktion: Die Wahrnehmung der inneren Welt ist zu beängstigend. Dies kann durch eine äußere Betäubung wie Drogen oder Alkohol erreicht werden, aber auch durch eine dauerhafte innere Betäubung des Selbstwahrnehmungssystems. Dies führt aber dazu, dass sich diese Betäubung auch auf positive Gefühle und Lebenssituationen auswirkt, auf Freude, Sexualität, Begeisterung und auf zwischenmenschliche Verbundenheit. Die Betroffenen fühlen sich insgesamt eher dissoziiert und weniger lebendig.

Verschiedene Phänomene, die bei traumatisierten Menschen beobachtet und erforscht wurden, können auch wichtige Hinweise auf therapeutische Interventionen bei Angstpatient:innen geben.

Wenn das neuronale »Traumanetzwerk« getriggert wird, kann das Gehirn – wie bereits gezeigt – in seiner Funktion auf eine »primitive« Ebene zurückfallen, wenn höhere Funktionen durch die Übererregung blockiert sind. Traumatisierte Menschen erleben das Trauma dann im »Hier und Jetzt«, mit den entsprechenden Bildern und Körpergefühlen. Die oberen Strukturen ihres Gehirns (etwa Hippocampus und präfrontaler Kortex) »wissen« zwar, dass das Trauma in der Vergangenheit war und sie hier und jetzt in Sicherheit sind, aber diese Strukturen sind in dem Moment blockiert oder in ihrer Funktion beeinträchtigt.

Typisch für viele traumatisierte Menschen ist das oft beobachtete Phänomen des »sprachlosen Terrors«. Wenn ihr »Traumanetzwerk« getriggert wird, erleben sie extreme Angst und entsprechende Körperreaktionen, sind aber nicht in der Lage, sich verbal auszudrücken. Der präfrontale Kortex und das Broca-Areal sind sozusagen »offline«.

Wenn Betroffenen in einen dissoziativen Zustand verfallen, etwa vergleichbar mit der Schockstarre von Tieren angesichts übermächtiger Feinde, ist das Gehirn »abgeschaltet«. Hier dienen Interventionen dazu, wieder in Kontakt mit der Gegenwart zu kommen. Ziel ist es, mit einem »funktionierenden Gehirn« arbeiten zu können.

■ Wichtig • Psychotherapie muss über das Kognitive hinausgehen

All diese Phänomene verdeutlichen, dass in solchen Fällen »sprechende« und rein kognitiv orientierte Psychotherapie nicht hilfreich ist. Wir sprechen mit den Betrof-

fenen so, als hätten sie Kontrolle über ihr Gehirn – das ist in solchen Fällen aber nur zu einem geringen Teil der Fall. Einsicht kann das hyperaktive limbische System nicht beruhigen. Interventionen auf dieser Ebene können eventuell sogar zu einer Retraumatisierung führen.

Körperbezogene Interventionen

Van der Kolk betont besonders die körperbezogenen Interventionen, die – etwa durch Aktivierung des Vagus-Nervs, dem wichtigsten Teil des parasympathischen Nervensystems – dazu beitragen können, das Gehirn zu beruhigen. Dadurch ist es möglich, die eigenen Reaktionen zu beobachten, ohne gleich emotional überflutet zu werden. Er erwähnt dabei besonders auch fernöstliche Traditionen wie Yoga.

Ein weiterer bekannter Ansatz der Psychotherapie, das Somatic Experiencing (SE), fokussiert besonders auf die »verkörperten« traumatischen Erfahrungen und den therapeutischen Zugang über Körperreaktionen (Levine, 2016).

Körperorientierte Interventionen sind besonders bei früher Traumatisierung und bei Bindungsstörungen hilfreich. Säuglinge und Kleinkinder empfinden viele normale Alltagssituationen, z. B. Hunger oder den kurzfristigen Weggang der Bezugsperson, als existenziell bedrohlich. Die affektive Beruhigung geschieht in der Regel durch die Bezugspersonen, etwa durch Nähe, Berührung, eine »Oxytocin-Dusche« und die Vermittlung von Sicherheit und Unterstützung, um Neues zu erforschen, aktiv und neugierig auf die Welt zu sein. Dadurch lernen wir dann letztlich auch Selbstregulation und Affekttoleranz.

Bei unsicherer oder desorganisierter Bindung gelingt dies nur schwer und es besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, später eine Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder andere Symptome zu entwickeln.

Die typischen Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, oft auch nur einzelne Symptome, kommen häufig auch im Zusammenhang mit extremer Angst vor, auch wenn dem kein Trauma zugrunde liegt.

- ▶ **Wiedererleben in der Gegenwart (Intrusionen):** Unwillkürlich, auch in völlig neutralen Situationen auftauchende Bilder, Emotionen, Körpergefühle etc., die mit einer angstbesetzten Situation zusammenhängen und das Gefühl auslösen, unmittelbar bedroht zu sein. Dazu gehören auch Alpträume und Flashbacks.
- ▶ **Physiologische Übererregung (Hyperarousal, erhöhte Reagibilität):** Subjektive Wahrnehmung einer anhaltenden Bedrohung. Meist verbunden mit erhöhter Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen. »Höhere« kognitive Funktionen sind beeinträchtigt.
- ▶ **Vermeidung von traumaassoziierten Situationen und Triggern:** Dies ist eher ein Schutzmechanismus. Um nicht von traumabezogenen Reizen überflutet zu werden, vermeiden die Betroffenen möglichst alle Situationen, die das »Traumanetzwerk« triggern könnten.

■ Fazit

Die Traumaforschung und die Entwicklung traumaspezifischer psychotherapeutischer Ansätze haben für die Behandlung von Angstsymptomen und Angsterkrankungen wichtige Impulse gegeben. Dabei spielen besonders neurobiologische Mechanismen eine Rolle und zunehmend auch traumaspezifische Ansätze, die auf das »Körpergedächtnis« und die Interaktionen auf den verschiedenen Ebenen zielen.



Umgang mit Angst in der psychotherapeutischen Praxis

- 7 Leitlinienorientierte Empfehlungen zur
Behandlung von Angststörungen
- 8 Transdiagnostische Ansätze
- 9 Angst und Resilienz
- 10 Ressourcenorientierte Interventionen
- 11 Traumatherapeutische Ansätze und Interventionen
für den Umgang mit Angst
- 12 Angst bei lebensbedrohlichen Erkrankungen
- 13 Resilienzorientierte Reflexion der
psychotherapeutischen Tätigkeit

7

Leitlinienorientierte Empfehlungen zur Behandlung von Angststörungen

7.1 Kognitive Verhaltenstherapie

7.2 Psychodynamische Therapieverfahren

In den folgenden Kapiteln haben wir bewährte und neue Interventionen zusammengestellt, die allesamt helfen, das Wahrnehmungs- und Verhaltensrepertoire in Bezug auf Angst zu erweitern. Insgesamt geht es um einen ressourcenorientierten und resilienzfördernden Umgang mit Angst, der über eine störungsspezifische Sicht hinausweist.

■ Wichtig

Die Auswahl der Interventionen kann sowohl für transdiagnostische Behandlungsansätze als auch für die Behandlung von Angststörungen (Panikstörung/Agoraphobie, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Spezifische Phobie) wertvolle Impulse geben.

In der S3-Leitlinie »Behandlung von Angststörungen« (Bandelow et al., 2014, 2021) findet sich eine umfassende Zusammenstellung von kontrollierten Studien zur Behandlung von Angsterkrankungen (Panikstörung/Agoraphobie, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie und Spezifische Phobie) mit daraus abgeleiteten Behandlungsempfehlungen.

■ Wichtig • Wahl des Therapieverfahrens

Generell wird in allen diesen Bereichen eine Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Therapieform erster Wahl empfohlen. Nur wenn diese sich als nicht wirksam erwiesen hat oder diese nicht zur Verfügung steht bzw. wenn eine explizite Präferenz für eine psychodynamische Psychotherapie seitens der Patient:innen besteht, sollte diese angeboten werden. Patient:innen mit einer Sozialen Phobie kann auch eine Systemische Therapie angeboten werden, wenn sie eine diesbezügliche Präferenz haben oder wenn sich eine KVT oder ein psychodynamisches Therapieverfahren als nicht wirksam erwiesen haben.

Die allgemeinen Ziele bei der Behandlung von Ängsten unterscheiden sich zunächst nicht von generellen Therapiezielen bei anderen Störungen, unabhängig vom spezifischen Verfahren. Zunächst sollte von Beginn an

- ▶ eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufgebaut werden,
- ▶ im Rahmen der Psychoedukation ein gemeinsames Krankheitsverständnis erarbeitet werden,
- ▶ Techniken der unmittelbaren Stressreduzierung vermittelt und zur regelmäßigen Anwendung empfohlen werden.

In der Behandlung von Angsterkrankungen werden auch andere Verfahren – entweder im Rahmen der etablierten psychotherapeutischen Behandlungen oder aber als eigenständige Interventionen – empfohlen, z. B.:

- ▶ Entspannungsverfahren wie PMR (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)
- ▶ achtsamkeitsbasierte Verfahren
- ▶ Atemübungen
- ▶ Körperübungen wie Ausdauertraining
- ▶ internetbasierte psychotherapeutische Angebote

In der Leitlinie hat darüber hinaus die medikamentöse Behandlung (auf die wir hier aber nicht eingehen) einen bedeutsamen Stellenwert.

7.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie hat sich von primär verhaltensbezogenen und Expositionstechniken in Richtung einer zunehmenden Einbeziehung kognitiver, emotionsbezogener, imaginativer und inzwischen auch achtsamkeitsbasierter Ansätze und Techniken entwickelt. Nicht zuletzt ist dies der Grund für die Erfolgsgeschichte der Verhaltenstherapie (Margraf & Schneider, 2018a; 2018b).

Die traditionelle Exposition mit dem Ziel der Habituation ist aus traumatherapeutischer und ressourcenorientierter Sicht auch kritisch zu sehen (Sachse, 2021). Eine extreme Übererregung emotionaler Zentren kann zu Blockaden in der Verarbeitung der aktuellen Erfahrung führen. Dadurch würden »höhere« kognitive Prozesse verhindert und der Zugang zu individuellen Bewältigungsstrategien blockiert. Statt der Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Kontrolle wird lediglich das »Aushalten« als Bewältigungsstrategie gelernt. Dies kann in bestimmten Fällen von Panikattacken vielleicht hilfreich sein, besonders aus traumatherapeutischer Sicht ist eine derartige Exposition aber kritisch zu sehen. Eine extreme emotionale Überflutung (Hyperarousal) außerhalb des »window of tolerance« (Siegel, 2015) kann – auch in der geschützten therapeutischen Situation – zu einer traumatischen Erfahrung oder zu einer Retraumatisierung führen.

Nach der S3-Leitlinie gilt die Kognitive Verhaltenstherapie als »Goldstandard« bei der Behandlung von Angststörungen. Die Grundannahmen sind dabei:

- ▶ Die Angst ist Folge einer fehlerhaften oder dysfunktionalen kognitiven Bewertung der aktuellen Situationen.
- ▶ Diese Bewertungen und die damit verbundenen emotionalen Reaktionen werden im Laufe des Lebens entsprechend den individuellen Erfahrungen erworben und verfestigt und treten dann teilweise automatisiert auf.

Entsprechend werden in der Therapie

- ▶ die dysfunktionalen Bewertungen und die damit zusammenhängenden Emotionen und Verhaltensweisen bewusst gemacht,
- ▶ kritisch hinterfragt und relativiert, alternative, korrigierende Muster erarbeitet,
- ▶ das selbstständige Erkennen dieser dysfunktionalen Gedanken und Bewertungen sowie alternative Verhaltensweisen gefördert.

Ein wesentliches Ziel der Verhaltenstherapie ist es, das Vermeidungsverhalten aufzugeben. Dazu ist die Konfrontation mit den angstbesetzten Stimuli, Situationen oder Erfahrungen erforderlich. Diese Konfrontation kann in sensu und/oder in vivo mithilfe bestimmter Techniken erfolgen.

Für die verschiedenen Angststörungen werden zusätzlich spezifische Interventionen vorgeschlagen, z. B.

- ▶ bei **Panikstörung**: interozeptive Exposition zur Provokation von Körpersymptomen; Abbau von Absicherungsverhalten wie häufige ärztliche Kontrolluntersuchungen; Vorbereitung auf mögliche zukünftige Panikattacken.
- ▶ bei **Generalisierter Angststörung**: Bearbeitung von Metakognitionen wie etwa die Annahmen über die Schädlichkeit oder Nützlichkeit bestimmter Kognitionen oder Sorgen; Entwicklung von Ambiguitätstoleranz; gezielter Einsatz von Techniken der Emotionsregulation; In-sensu-Exposition gegenüber befürchteten persönlichen Katastrophen und damit verbundenen Sorgen; Anregung angenehmer Aktivitäten, Steigerung der Wahrnehmung psychischen Wohlbefindens, Erarbeitung von Zielen und Lebensplanung.
- ▶ bei **Sozialer Phobie**: Bearbeitung unrealistischer Erwartungen in sozialen Situationen, Aufmerksamkeitsfokussierung, Training sozialer Kompetenz z. B. im Rollenspiel bis hin zur Exposition in peinlichen, öffentlichen Situationen.

7.2 Psychodynamische Therapieverfahren

Auch im Rahmen der psychodynamischen Therapieverfahren, sowohl der psychoanalytischen als auch der tiefenpsychologischen, wurden in den letzten Jahren zunehmend störungsspezifische Ansätze, auch zur Behandlung von Angststörungen, entwickelt.

Grundlage der psychodynamischen Therapieverfahren ist die Annahme, dass die Angst-Symptomatik Folge intrapsychischer und interpersonaler Konflikte ist. Diese spiegeln Erfahrungen in frühen, prägenden Beziehungen wider, sind aber in der realen

gegenwärtigen Situation nicht angemessen. Die konflikthaftern Erwartungen und Interaktionen treten auch in der therapeutischen Beziehung auf, wodurch ein Schwerpunkt der Therapie die Übertragungsarbeit ist.

Panikstörung. Für verschiedene Angststörungen wurden auch im Rahmen der psychodynamischen Therapien spezifische Verfahren entwickelt, z. B. für die Panikstörung. Die spezifische emotionale Bedeutung der Körpersymptome spielt in der Panikfokussierten Psychodynamischen Psychotherapie (PFPP) eine zentrale Rolle. Die emotionale Bedeutung bezieht sich auf Konflikte, die aus früheren, prägenden Beziehungen stammen, aber nicht die aktuelle Realität widerspiegeln. In der PFPP sollen die Patient:innen den Zusammenhang der Angst und der körperlichen Symptome mit diesen Konflikten und den entsprechenden Erwartungen in der gegenwärtigen – auch therapeutischen – Situation verstehen. Entsprechend liegt der Schwerpunkt der Arbeit in der Übertragung (Milrod et al., 1997; Subic-Wrana et al., 2012).

GAS und Soziale Phobie. Ähnlich wurden auch für die Generalisierte Angststörung und die Soziale Phobie spezifische Ansätze, etwa die supportiv-expressive Therapie nach Luborsky entwickelt (Leichsenring & Leibing, 2007; Leichsenring et al., 2008). Bei der Sozialen Phobie spielt neben der Bearbeitung von Scham als zentralem Affekt besonders die akzeptierende, haltgebende Beziehung zur/zum Therapeut:in eine wichtige Rolle.

Charakteristisch für alle genannten Adaptationen der psychodynamischen Therapien für Angststörungen ist – besonders im Vergleich mit psychoanalytischen Verfahren – eine insgesamt aktivere, fokussierte Haltung und meist auch eine kürzere Therapiedauer.

8 Transdiagnostische Ansätze

8.1 Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

8.2 Schematherapie

8.3 Emotionsfokussierte Therapie (EFT)

8.4 Metakognitive Therapie

Die aktuelle Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen orientiert sich an störungsspezifischen Konzepten und bezieht die neueren transdiagnostischen Ansätze nur teilweise mit ein.

Ursprünglich waren die meisten psychotherapeutischen Ansätze, sowohl die analytischen/tiefenpsychologischen als auch die verhaltenstherapeutischen, eher transdiagnostisch. Inzwischen haben sich aber innerhalb dieser Ansätze immer mehr Spezialisierungen für bestimmte Störungsbilder herausgebildet. Dies engt den Blick auf die Gemeinsamkeiten und auf generelle, zugrundeliegende Konzepte und Mechanismen ein. Explizit transdiagnostische Therapieansätze überwinden diesen störungsspezifischen Blick (Heßler & Fiedler, 2019).

Besonders mit der dritten Welle der Verhaltenstherapie etablierten sich bereits methodenintegrative, schulenübergreifende Ansätze wie die Schematherapie (Young et al., 2008; Valente & Roediger, 2020), die Emotionsfokussierte Therapie (EFT, Sutter & Greenberg, 2021) die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT, Hayes et al., 2006) oder die Metakognitive Therapie (Wells, 2011).

8.1 Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) ist ein erlebnisorientierter psychotherapeutischer Ansatz, der u. a. klassische verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen mit achtsamkeitsbasierten Techniken zur Klärung von Werten und Lebenszielen kombiniert (Hayes et al., 2006). ACT zielt darauf, die psychologische Flexibilität zu verbessern. Dazu werden Erfahrungsprozesse angeregt, die neues Verhalten zum Ziel haben. Die Verhaltensziele orientieren sich daran, welche Lebensziele die betroffene Person als wertvoll und sinnvoll bewertet.

Es geht dabei um die Erhöhung der psychischen Flexibilität und die Flexibilisierung und Erweiterung des bisherigen Verhaltensrepertoires, abhängig von der jeweiligen Situation. Die Umsetzung der Therapie ist daher an den bisherigen individuellen Erfahrungen der Betroffenen ausgerichtet und zielt darauf, Vermeidungsverhalten abzubauen und zu einem werteorientierten und engagierten Handeln zu motivieren.

In der ACT wird im Rahmen eines aktiven therapeutischen Prozesses zur Flexibilisierung und Perspektivenerweiterung viel mit erlebnisorientierten Interventionen, Metaphern und dergleichen gearbeitet. Dabei liegt der Fokus auf der Funktion, die das Verhalten oder die Kognition in einem bestimmten Kontext, bezogen auf die individuellen Werte und Ziele, hat.

Konkret wird in der therapeutischen Arbeit auf sechs Komponenten (Hexaflex) fokussiert:

- (1) **Akzeptanz:** Die Bereitwilligkeit, den Kampf gegen schmerzliche oder unangenehme Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen aufzugeben und diese anzunehmen.
- (2) **Kognitive Defusion:** Sich von festgefahrenen kognitiven Strukturen zu lösen und sich mehr dem unmittelbaren Erleben zu öffnen.
- (3) **Achtsamkeit:** Ein nicht wertendes Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks, Erlebens und Handelns.
- (4) **Selbst-als-Kontext:** Die Arbeit an selbstbegrenzenden Kognitionen durch einen bewussten Perspektivenwechsel zwischen Erleben und Beobachten des eigenen Erlebens.
- (5) **Werte:** Die Formulierung von Werten gibt die Richtung an, in die sich die individuellen Ziele entfalten.
- (6) **Commitment (Engagement):** Zur Umsetzung der wertebezogenen Ziele müssen konkrete Handlungsschritte entwickelt und umgesetzt werden.

ACT und Elemente von ACT lassen sich sehr gut in der Behandlung von Angststörungen und Angstsymptomen einsetzen. Ein Beispiel ist die Arbeit mit der »Ball-im-Pool«-Metapher (Stoddard & Afari, 2014). Sie veranschaulicht sehr gut den Aspekt der Akzeptanz und den dadurch möglichen Perspektivenwechsel.

Beispiel • Instruktion: Ball-im-Pool-Metapher

Der Versuch, unsere Emotionen und Gedanken und Erinnerungen zu kontrollieren, ist so anstrengend wie der Versuch, einen Wasserball in einem Pool zu kontrollieren.

Stellen Sie sich Ihre Angst wie einen Wasserball in einem Pool vor. Sie wollen die Angst kontrollieren, sie loswerden, aber wenn Sie versuchen, sie aus Ihrem Bewusstsein wegzutauchen, springt sie immer wieder an die Wasseroberfläche zurück. Das bedeutet, Sie sind permanent damit beschäftigt, den Wasserball runterzudrücken und haben nichts anderes mehr im Blick. Das erfordert Energie und Anstrengung und es bedeutet, dass Sie den Ball jederzeit in der Nähe halten müssen, um ihn zu kontrollieren.

Wenn Sie ihn aber loslassen, bedeutet dies, dass er an der Wasseroberfläche herumschwimmt. Mit der Zeit wird der Wasserball an anderer Stelle im Pool treiben und nicht mehr Ihre ganze Energie beanspruchen. Während die Angst anfangs unangenehm in der Nähe war, müssen Sie jetzt nicht weiter damit kämpfen und Sie können Ihre Energie dazu verwenden, stattdessen Ihre Zeit im Wasser zu genießen, d. h. das zu tun, was Ihrem eigentlichen Wunsch in dieser Situation entspricht.

8.2 Schematherapie

Die von Jeffrey E. Young entwickelte Schematherapie beruht auf dem Konzept der Kognitiven Verhaltenstherapie, erweitert durch – besonders emotionsaktivierende – Elemente aus verschiedenen anderen Verfahren. Insofern ist sie ein integratives Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie, der sog. emotionalen Wende. Sie hat sich besonders bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen als wirksam erwiesen (Young et al., 2008; Valente & Rödiger, 2020). Bezogen auf Ängste eignet sie sich besonders für die therapeutische Arbeit mit Patient:innen mit chronifizierten Ängsten.

Schemata sind typische Muster von Gefühlen, Körperempfindungen, Gedanken und Verhalten, die durch entsprechende Erfahrungen in der Kindheit entstanden sind und sich immer weiter verfestigt haben. Sie spiegeln bestimmte psychische Grundbedürfnisse wider, die, wenn sie in der Kindheit nicht ausreichend befriedigt wurden, sich langfristig zu maladaptiven Schemata verfestigen. Diese können sowohl auf das Selbst als auch auf die Beziehungen bezogen sein und wirken sich auf das aktuelle Verhalten und Erleben und die Beziehungen aus.

Bei Angststörungen kann z. B. häufig das Grundbedürfnis nach sicherer Bindung und Schutz in der Kindheit verletzt worden sein.

Es gibt eine Liste mit typischen Schemata. In der Regel werden aber in einer bestimmten Situation mehrere Schemata gleichzeitig getriggert, bei Angstpatient:innen häufig Schemata von Verlassenheit/Instabilität und Misstrauen/Missbrauch oder von Abhängigkeit.

In der Therapie werden die Schemata zunächst bewusst gemacht, aktiviert und hinterfragt. Ziel ist es, die maladaptiven Erlebens- und Verhaltensmuster nach und nach zu verstehen und aufgeben zu können und die psychischen Grundbedürfnisse in einer angemessenen, »erwachsenen« Weise zu befriedigen. Dabei werden vielfältige Interventionen, besonders auch Rollenspiele und andere erlebnis- und handlungsorientierte Techniken wie die »Stuhldialoge«, mit den Anteilen eingesetzt.

In der Praxis ist die Arbeit mit dem Modusmodell der Schematherapie hilfreich. Modi repräsentieren das aktuelle Erleben in der gegenwärtigen Situation, in dem Schemata zum Ausdruck kommen.

Man unterscheidet zunächst drei dysfunktionale Bewältigungsstrategien:

- ▶ Überkompensation
- ▶ Vermeiden
- ▶ Erdulden

Hinzu kommen vier Kategorien von Schemamodi:

- ▶ Kindliche Modi (z. B. einsames, verletztes Kind)
- ▶ Elternmodi (z. B. strafender Elternteil), heute eher Innerer Kritiker genannt
- ▶ Dysfunktionale Bewältigungsmodi (Vermeiden, Erdulden, Überkompensation)
- ▶ Modus des »gesunden Erwachsenen«

Da sich die maladaptiven Schemata und Modi besonders auch in sozialen Situationen zeigen, kommt der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle zu. So werden korri-

gierende Beziehungserfahrungen ermöglicht, beispielsweise durch die Übernahme einer »guten« Elternrolle im Sinne von Sicherheit und Unterstützung durch den/die Therapeut:in. Auch können die Patient:innen angeregt werden, durch Rollenwechsel neue Erfahrungen zu machen. Beispielsweise können sie in die Rolle der gesunden Erwachsenen schlüpfen, die das verletzte Kind tröstet und unterstützt.

8.3 Emotionsfokussierte Therapie (EFT)

Das Menschenbild der EFT entspricht den humanistisch-existenziellen Ansätzen, wie etwa der Klientenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers (1983), der Gestalttherapie nach Fritz Perls (2019), der Systemischen Familientherapie nach Virginia Satir (2016), dem Focusing nach Eugene Gendlin (2007), den Ansätzen der Logotherapie von Victor Frankl (2008) oder der Existentiellen Therapie nach Irvin Yalom (2008). Grawes Therapieverständnis einer Neuropsychotherapie passt sehr gut zu dem Vorgehen der EFT. Veränderung in neuronalen Netzwerken bedarf einer prozessualen Aktivierung (Grawe, 2004). EFT ist von den Wurzeln her als störungsübergreifendes Therapieverfahren einzuordnen. Empirische Evidenz liegt dennoch zu verschiedenen Störungsbildern vor.

»Aus einer störungsübergreifenden Perspektive sind psychische Störungen durch vier Merkmale geprägt (Greenberg, 2021):

- (1) wiederkehrendes Erleben intensiver negativer Emotionen,
- (2) negative Reaktionen auf negative Emotionen und fehlende Akzeptanz der negativen Emotionen (Angst vor Kontrollverlust; Angst, nicht mit Kontrollverlust umgehen zu können; Angst, beim Erleben davon »auseinanderzufallen«),
- (3) negative Bewertung von Emotionen und
- (4) Bemühen, sich vor aversivem Erleben zu schützen, dieses abzuwehren, zu vermeiden oder zu reduzieren (vor oder nach dem Auftreten).

Der Schlüssel einer erfolgreichen Behandlung liegt darin, *die Beziehung zum eigenen Erleben zu verbessern*« (Sutter & Greenberg, 2021, S. 21).

Die in der Psychotherapie mit EFT angeregten Veränderungen zielen darauf, Patient:innen zu befähigen, ihre Emotionen als individuellen Kompass zu verstehen und zu nutzen.

Emotionen sind wie das rote Lichtlein auf dem Armaturenbrett unseres Autos.

Sutter & Greenberg, 2021, S. 116

Die therapeutische EFT-Haltung schafft die Rahmenbedingungen dafür, sich diesem Warnsignal zuzuwenden, statt es zu ignorieren. Fundamental sind dabei zwei Aspekte:

- (1) Der Fokus richtet sich auf das (implizite) Erleben im Hier und Jetzt.
- (2) Der/Die Therapeut:in gibt diesem Erleben eine wichtige Bedeutung und gibt die explizite Erlaubnis, da zu sein und sich zu zeigen.

Das Interesse des/der Therapeut:in am Erleben der Patient:innen bezieht dabei die Sprache des Körpers explizit mit ein, indem Metaphern oder Bilder genutzt werden, um das Erleben im Hier und Jetzt anzusprechen und zu würdigen.

8.4 Metakognitive Therapie

Die Metakognitive Therapie hat zum Ziel, mehr Abstand zu dysfunktionalen gedanklichen Prozessen einzunehmen (Wells, 2011). Dysfunktionales Denken soll verändert werden, um psychische Störungen mit Krankheitswert zu verhindern. Individuelle Reaktionen werden durch Metakognitionen gesteuert. Daher zielt die Metakognitive Therapie darauf, Gedanken im metakognitiven Modus zu erleben, d. h., sie als inneres Ereignis zu betrachten. Durch ATT (Attention Training Technique / Aufmerksamkeits-Training) und DM (Detached Mindfulness / losgelöste Achtsamkeit) soll die Flexibilität der emotionalen und kognitiven Erfahrungen des Selbst und der Welt verbessert werden.

Wesentliche Komponenten sind die bewusste Wahrnehmung auf der Metaebene und die Losgelöstheit (Detachment). Ausgewählte Techniken sollen dabei unterstützen, den Zustand von DM zu erreichen: Freie Assoziation, Tiger-Übung, Die blaue Giraffe, Wolken-Metapher, Metapher vom bockigen Kind, Zug-Metapher, Verbale Schleife oder das Selbst als Beobachter:in.

■ Beispiel • Wolken- und Zug-Metapher

Das Prinzip der losgelösten Achtsamkeit / Detached Mindfulness kann mit der Wolken-Metapher veranschaulicht werden:

»Stellen Sie sich dazu Ihre Gedanken wie vorüberziehende Wolken am Himmel vor. Sie haben keinen Einfluss auf das Vorüberziehen der Wolken, daher soll Sie das ermutigen, Ihren Gedanken ihren eigenen Raum und ihre eigene Zeit zu geben und zu wissen, dass sie letzten Endes vorbeiziehen werden.«

Ähnlich kann die sog. Zug-Metapher dazu genutzt werden:

»Stellen Sie sich vor, Sie warten als Reisende auf einen Zug. Ihre Gedanken und Emotionen sind wie Züge, die Sie vorbeifahren lassen. Sie steigen erst in den Zug ein, der Sie zu dem Ziel bringt, zu dem Sie reisen möchten.«

Das metakognitive Modell beschreibt ein Muster dysfunktionaler kognitiver Verarbeitung, das CAS (Cognitive Attentional Syndrome) genannt wird und folgende Elemente beinhaltet:

- ▶ Sich sorgen
- ▶ Grübeln
- ▶ Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gefahrensignale
- ▶ Dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Gedankenunterdrückung,
- ▶ Vermeidungsverhalten oder Substanzmissbrauch

Das Kognitive Aufmerksamkeitssyndrom (CAS) setzt die Selbstheilungsfähigkeiten außer Kraft. Statt eines natürlichen, flexiblen Anpassungs- und Verarbeitungsprozesses wird ein dauerhaftes »Bedrohtsein-Programm« installiert. Die Metakognitive Therapie fokussiert auf die Veränderung und Beseitigung des Kognitiven Aufmerksamkeitssyndroms und auf die Korrektur metakognitiver Grundannahmen.

Die Patient:innen »trainieren« neue Fertigkeiten, um auf innere Ereignisse flexibel reagieren zu können. Ziel ist es, vom Objektmodus in den metakognitiven Modus wechseln zu können. Eine flexiblere Aufmerksamkeitskontrolle und die Reduktion von selbstfokussierter Aufmerksamkeit wirken sich günstig auf das emotionale Befinden von Angst und Niedergeschlagenheit aus.

9 Angst und Resilienz

- 9.1 Das Konzept der Resilienz im Umgang mit Angst
- 9.2 Resilienzorientierte psychologische Konzepte
- 9.3 Das TRUST-Konzept zur Resilienzstärkung
- 9.4 Das Resilienz-Stressbewältigungsmodell
- 9.5 Der Resilienzkreis der Angst

9.1 Das Konzept der Resilienz im Umgang mit Angst

Angst entsteht immer dann, wenn die bisher gewohnten kognitiv-emotionalen Lösungswege in einer Situation versagen. Das Konzept der Resilienz (psychische Widerstandskraft) beinhaltet das Vertrauen in die Entwicklung neuer, individueller Bewältigungswege. Angst gehört zum Leben. Sie schützt uns und kann uns wichtige Impulse geben. Angst und Resilienz sind kein Widerspruch. Im Gegenteil: Angst ist auch die Grundlage für die Entwicklung von Resilienz. Erst die Erfahrung der erfolgreichen Bewältigung von bedrohlichen Situationen – oder von nur als subjektiv bedrohlich erlebten Situationen – führt letztlich zum Zuwachs von Resilienz.

In der Psychotherapie geht es auch darum, in diesem Spannungsfeld zwischen Angst und Resilienz individuelle Wege zu finden und zu gestalten. Angst kann auf diesem Weg ein hilfreicher Wegweiser sein. Das Resilienzkonzept ist ein nicht-pathologisierendes Konstrukt für den Umgang mit Angst in der Psychotherapie.

Psychologische Resilienz ist: die Fähigkeit, sich positiv an Lebensbedingungen anzupassen, ein dynamischer Prozess, der sich im Zeitverlauf entwickelt und eine Form des adaptiven Funktionierens beinhaltet, die uns speziell erlaubt, mit Schwierigkeiten umzugehen, durch das Wiederherstellen einer ursprünglichen Balance auch eine Gelegenheit zum posttraumatischen Wachstum.

Definition nach Sisto et al., 2019 in: Diegelmann et al., 2020, S. 151

Studie • Resilienz über die Lebensspanne

Eine Pionierleistung der Resilienzforschung ist das bekannte Projekt der Hawaii-Studie der Entwicklungspsychologin Emmi Werner (Werner & Smith, 1982; Welter-Enderlin, 2012). Sie untersuchte zusammen mit Ruth Smith in einer Längsschnittstudie über 40 Jahre lang 698 Kinder des Jahrgangs 1955 von der Insel Kauai. Ein Drittel der Kinder wuchs in schwierigsten sozialen Verhältnissen auf mit jeweils mehreren Risikofaktoren wie Armut, Drogen- und Alkoholmissbrauch. Trotzdem

gelang es vielen von ihnen, schließlich ein normales, erfolgreiches Leben zu führen. Werner untersuchte, welche Faktoren dabei eine Rolle spielten. Bedeutsam waren positive Erfahrungen auch in außerfamiliären Systemen, in der Schule, in Sportgruppen oder anderen sozialen Einrichtungen. Dabei spielten besonders positive unterstützende Kontakte zu erwachsenen Personen eine Rolle, z. B. zu Lehrer:innen. Auch wenn es nur eine Person gab, die an sie glaubte, konnten die Kinder die Horrorerfahrungen ihrer Kindheit überwinden, Resilienz entwickeln und ein normales Leben führen.

In der aktuellen Resilienzforschung spielen neurowissenschaftliche Erkenntnisse zur Stressresistenz, zu Mechanismen der neurobiologischen Anpassungsprozesse bezogen auf Stressoren eine zentrale Rolle. Diese Mechanismen können letztlich bis auf die Ebene epigenetischer Veränderungen wirken. Ziel ist es, neurokognitive Mechanismen psychischer Resilienz zu verstehen und darauf aufbauend Interventionen zur Förderung von Resilienz zu entwickeln und zu evaluieren. Angestrebt wird dabei die Formulierung einer umfassenden und vereinheitlichenden Theorie der Resilienz (Gilan & Helmreich, 2021).

Aus der Resilienzforschung lassen sich Resilienzfaktoren und letztlich konkrete Interventionsstrategien ableiten. Diese lassen sich gut den von der amerikanischen psychologischen Fachgesellschaft APA formulierten 10 Wegen zum Aufbau von Resilienz zuordnen (APA, 2009). Die wissenschaftlich belegten Resilienzfaktoren bieten einen Rahmen für den Umgang mit Angst. Angepasst an die individuelle Situation des/der Patient:in können unterschiedliche Faktoren das Ziel der Interventionen sein.

9

Zehn Wege zum Aufbau von Resilienz

Die amerikanische psychologische Fachgesellschaft (APA) postuliert die folgenden zehn Wege zum Aufbau von Resilienz:

- (1) soziale Beziehungen pflegen
- (2) Krisen nicht als unüberwindbar ansehen
- (3) Veränderungen als Teil des Lebens akzeptieren
- (4) eigene Ziele anstreben
- (5) aktiv werden
- (6) Belastungen als Gelegenheit zum Wachstum ansehen
- (7) ein positives Selbstbild pflegen
- (8) eine breitere Perspektive behalten
- (9) optimistisch und hoffnungsvoll bleiben
- (10) für sich sorgen

Die einzelnen Wege können für einen resilienten Umgang mit Angst genutzt werden. Je nach Lebenskontext können daraus konkrete Schritte entwickelt werden.

Für die Psychotherapie können diese Ansätze und die Wege zur Stärkung der Resilienz konkrete Anregungen geben. Gleichzeitig möchten wir betonen, dass für die erfolgreiche Ausgestaltung und Nutzung der einzelnen Wege eine gute Vorbereitung notwendig ist. Ähnlich wie für eine Wanderung ist es sinnvoll, ein Ziel zu kennen und eine entsprechende Ausrüstung und Proviant dabei zu haben und dabei die persönliche Kondition und Erfahrung mit einzubeziehen. Im Umgang mit der Angst gibt es – wenn man bei dieser Metapher bleibt – je nach Problem und Symptomatik eine Standardroute. Therapeut:innen sollten auch Nebenwege und Grenzen kennen, um sich flexibel der aktuellen Situation anpassen zu können. Dabei sollte die Angst der Patient:innen vor dem Weg gewürdigt werden, aber gleichzeitig die Neugier auf neue Entdeckungen auf diesem Weg vermittelt werden. Es soll dabei transparent gemacht werden, dass es einzelne Schritte sind, die zum Ziel führen und dass diese Schritte und Pausen gemeinsam entwickelt werden. In Kapitel 10 haben wir einige bewährte Techniken ausgewählt, die Mut machen sollen, neue Wege auszuprobieren.

9.2 Resilienzorientierte psychologische Konzepte

Zu diesen Wegen gibt es verschiedene evidenzbasierte und etablierte psychologische Konzepte, die Anregungen für den Umgang mit Angst geben können. Im Folgenden stellen wir eine Auswahl vor.

Salutogenese: Das Kohärenzgefühl stärken

Das Konstrukt des Kohärenzgefühls wurde von Aaron Antonovsky (1997) im Zusammenhang mit seinem Salutogenese-Konzept entwickelt. Die Salutogenese fokussiert im Gegensatz zur Pathogenese auf gesundheitsfördernde Faktoren. Nach Antonovskys Modell besteht zwischen Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum: Menschen sind nie ganz gesund und nie ganz krank.

Das Kohärenzgefühl beinhaltet drei Elemente: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit.

- (1) **Verstehbarkeit** meint, dass wir in der Lage sind, die Welt und das, was uns geschieht, zu verstehen.
- (2) **Handhabbarkeit** heißt, dass wir das Vertrauen haben, Einfluss auf unser Leben und die Dinge nehmen zu können, die uns geschehen, dass Probleme und Herausforderungen zu bewältigen sind.
- (3) **Sinnhaftigkeit** heißt, dass unser Leben und das, was wir tun, einen Sinn hat und bedeutsam ist.

Kohärenzgefühl und Angst sind in hohem Maße negativ korreliert. Antonovsky hat das Kohärenzgefühl allerdings noch eher im Sinne eines Trait-Konzepts, also im Sinne einer überdauernden Persönlichkeitseigenschaft, gesehen. Inzwischen ist unbestritten, dass die Entwicklung von Kohärenzgefühl grundsätzlich ein lebenslang andauernder dynamischer Prozess ist.

Sozial-kognitive Theorie von Albert Bandura: Selbstwirksamkeitserwartung fördern

Bei Angst spielen meist der Verlust des Kontrollgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung zentrale Rollen. Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht auf die sozial-kognitive Theorie von Albert Bandura zurück. Die Selbstwirksamkeitserwartung entsteht im Laufe des Lebens aus der Wechselwirkung von Individuum und Umwelt (soziale Komponente). Jeder Mensch ist in der Lage, eigene Handlungen zu planen, diese zu reflektieren und sich immer wieder selbst zu motivieren (kognitive Komponente). Bandura (1997) nennt vier Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung:

- (1) individuelle Erfolgserlebnisse
- (2) Lernen am Modell, Vorbilder
- (3) Ermutigung durch andere
- (4) Regulation von Stressreaktionen, Affektregulationskompetenz

Diese Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung können in der Psychotherapie gezielt angesteuert und aktiviert werden.

Transaktionales Stressmodell nach Lazarus: Copingstrategien differenzieren

Nach dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus (1991) werden Stressoren der Umwelt in einem zweistufigen Prozess bewertet:

- ▶ Primäre Bewertung: Situationen werden als positiv, gefährlich oder irrelevant eingeschätzt (Interpretation des Stressors).
- ▶ Sekundäre Bewertung: Analyse der verfügbaren Ressourcen. Bei mangelnden Ressourcen wird eine Stressreaktion ausgelöst. Der Umgang mit der Stressreaktion wird Coping genannt.

Er beschreibt drei unterschiedliche Wege von Coping, die für den Umgang mit Stress und Angst hilfreiche Strategien anbieten:

- (1) **Problemorientiertes und lösungsorientiertes Coping.** Damit ist Verhalten gemeint, das die Situation selbst verändert. Beispielsweise kann auch die aktive Suche nach Unterstützung den Umgang mit der Angst verändern (professionelle Unterstützung durch Psychotherapie oder durch Freund:innen, Kolleg:innen).
- (2) **Emotionsorientiertes Coping.** Damit ist gemeint, dass der Bezug zur Situation geändert wird (intrapsychisches Coping). Dazu gehören alle Bewältigungsversuche, die neue Erfahrungen im Umgang mit der Angst ermöglichen. Voraussetzung hierfür ist zunächst, die Probleme im Zusammenhang mit der Angst als solche wahrzunehmen. Der nächste Schritt für hilfreiches emotionsorientiertes Coping ist die Akzeptanz der Angst. Dieses Wahrnehmen und Annehmen der Angst eröffnet andere Perspektiven, um neue Erfahrungen mit der Angst machen zu können.
- (3) **Bewertungsorientiertes Coping.** Hierbei geht es vor allem um eine Neubewertung der Angst. Das Hauptziel liegt darin, die Angst als Herausforderung zu sehen. Durch diese erweiterte Sicht auf die Angst können neue Lösungen gefunden werden und das individuelle Verhaltensrepertoire erweitert sich (Lazarus & Folkman, 1984).

Positive Psychologie: die Kraft positiver Gefühle

Bei der Positiven Psychologie geht es nicht um »positives Denken«, sondern um die Erforschung von Faktoren, die Menschen stärken und letztlich um Resilienz begünstigende Einflussfaktoren. Die Ergebnisse der neuen Forschungsrichtung der Positiven Psychologie (Seligman, 2012; Rashid & Seligman, 2021) zeigen, dass eine bewusste Aktivierung positiver Emotionen zu einer Aufwärtsspirale in Richtung Wohlbefinden und Stärkung der Resilienz führt (Fredrickson, 2011; Lyubomirsky, 2008).

Nach dem theoretischen Modell der »broaden-and-build-theory of positive emotions« erweitert sich durch die Aktivierung positiver Emotionen das aktuelle »thought-action repertoire«. Dadurch werden individuelle Ressourcen auf verschiedenen Ebenen gestärkt. Die Forschungsergebnisse zeigen eine Ressourcenstärkung sowohl auf der körperlichen (kardiovaskulär) und intellektuellen (Gedächtnisleistung), als auch auf der sozialen und psychologischen Ebene. Mit der Fachrichtung *Positive Psychologie* verändert sich die Ausrichtung psychologischer Ansätze von der defizitorientierten hin zu einer ressourcenorientierten Sichtweise.

Die Erweiterung des aktuellen »thought-action repertoires« verändert den Umgang mit Angst. Die tägliche, gezielte Beschäftigung mit eigenen positiven Erfahrungen und Gefühlen wie Dankbarkeit kann dabei ein erster Schritt sein.

Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell: Bewältigungsressourcen aktivieren

Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell entwickelt sich eine psychische Symptomatik wie Angst auf dem Boden der individuellen Vulnerabilität erst, wenn bestimmte Stressoren hinzukommen. Die Vulnerabilität durch genetische oder erworbene Faktoren allein führt nicht zu dieser Symptomatik. Das Konzept wurde um die Komponenten der Resilienz und des Copings erweitert. Dabei spielen besonders protektive soziale Faktoren wie vertrauensvolle Beziehungen eine wichtige Rolle (Wittchen & Hoyer, 2011).

Die Bewusstmachung von Alltagsressourcen, die oft als selbstverständlich wahrgenommen werden, ist ein wichtiger Schritt zum Empowerment.

Neuropsychotherapie: neurowissenschaftliche Erkenntnisse nutzen

Die Neuropsychotherapie nach Grawe ist ein Ansatz, der über die einzelnen Therapieschulen hinausgeht. »Neuropsychotherapie (...) 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). Nach Grawe bestimmen fünf Wirkfaktoren den Therapieerfolg:

- (1) therapeutische Beziehung
- (2) Ressourcenaktivierung
- (3) Problemaktualisierung
- (4) aktive Hilfe zur Problembewältigung
- (5) motivationale Klärung

Abgeleitet aus den neurobiologischen Erkenntnissen und den Ergebnissen der Therapieforschung hat Grawe Leitregeln für den Therapieprozess entwickelt. Dabei spielt be-

sonders die aktive Herstellung von Resilienzfördernden Situationen in der Therapie eine Rolle, dies beinhaltet besonders

- ▶ positive Bindungserfahrungen in der Therapie,
- ▶ Orientierung, Transparenz und Kontrollgefühl,
- ▶ Aktivierung selbstwerterhöhender Erfahrungen und Wahrnehmungen,
- ▶ angenehme Zustände erleben, lachen, Erfolge auskosten,
- ▶ die Problemkonfrontation vorbereiten durch Aktivierung positiver Ziele, um negative Emotionen besser erträglich zu machen,
- ▶ bei der Problembearbeitung zielorientiert vorgehen, Veränderungsschritte anregen bis zur konkreten Bewältigungs- oder Klärungserfahrung,
- ▶ die individuellen motivationalen Ziele vor und während der problembearbeitenden Intervention maximal aktivieren, um die Bahnung der neuen Erregungsmuster zu verstärken,
- ▶ dafür sorgen, dass die Bahnung der neuen Muster auch außerhalb der Therapie verstärkt wird.

Die neuen Bahnungen werden dabei nicht nur inhaltlich über Einsichten herbeigeführt, sondern möglichst intensiv auch im impliziten Modus durch wiederholte und intensive Aktivierung. Grawe bezieht sich explizit auch auf die Angst-Therapie: Es geht nicht um eine Löschung der Angstreaktion, sondern um eine intensive Bahnung alternativer Erregungsmuster (Grawe, 2004).

9.3 Das TRUST-Konzept zur Resilienzstärkung

Grundlagen des TRUST-Konzepts

Die Erkenntnisse aus der Traumatherapie haben wichtige Impulse für die psychotherapeutische Praxis allgemein und besonders für den Umgang mit Angst gegeben (Kap. 6).

TRUST (**T**echniken **R**essourcenfokussierter **u**nd **S**ymbolhafter **T**raumabearbeitung) ist ein explizit ressourcenorientierter, schulenübergreifender und methodenintegrativer Ansatz, der darauf zielt, die Resilienz – besonders auch im Umgang mit Angst und traumatischen Erfahrungen – zu fördern. Neurobiologische Erkenntnisse über die neuronale Plastizität und die biologischen Mechanismen von Stress- und Angstreaktionen sowie die Konzepte der Salutogenese, Resilienz und der Positiven Psychologie waren dabei prägend (Diegelmann, 2007; Diegelmann & Isermann, 2011; Diegelmann et al., 2020). TRUST ist einerseits ein Akronym, andererseits bedeutet das Wort »Vertrauen«. Nach Gerald Hüther ist Vertrauen das beste Mittel gegen die Angst (Hüther, 2007).

Die TRUST-Interventionen zielen letztlich auf die Stärkung der Resilienz und damit auf die Angstbewältigung. In Abbildung 9.1 werden einzelne Bausteine für einen konstruktiven Umgang mit Angst in der Psychotherapie vorgestellt.

Therapeutische Grundhaltung, Ziele und Behandlungsprinzipien

Die therapeutische Grundhaltung ist konsequent ressourcenorientiert, die individuellen Sichtweisen und Lösungswege der Patient:innen wertschätzend und aktiv unterstütz-



Abbildung 9.1 Das TRUST-Konzept zur Resilienzstärkung

zend. Das beinhaltet sowohl die ressourcenfokussierte kognitive Arbeit an dysfunktionalen Überzeugungen als auch den Einsatz von Imaginationen und nichtsprachlichen, kreativen Interventionen und die spielerische Arbeit mit Symbolen, Metaphern und körperbezogene Interventionen. Die TRUST- Interventionen zielen darauf,

- ▶ das Gehirn aus dem Stress-/Angst-Modus wieder in Balance zu bringen,
- ▶ die Aufmerksamkeit auf konkrete (neue) Erfahrungen zu lenken,
- ▶ subjektive und objektive Ressourcen im Alltag zu entdecken und zu stärken,
- ▶ Bewertungsprozesse und Einstellungen zu erkennen, ggf. zu ändern und
- ▶ die emotionale und kognitive Flexibilität im Umgang mit Belastungen und Herausforderungen explizit zu fördern.

Aus heutiger Sicht ist uns die Kostbarkeit jedes einzigartigen Augenblicks im Leben eines jeden Menschen mehr denn je Orientierung für psychotherapeutische Interventionen. Bezogen auf Angst bedeutet das: Jeder Lebensmoment ist ein Angebot, authentisch und kohärent im eigenen Leben zu sein, sich selbstwirksam und resilient spüren zu können. Diese Gegenwartsorientierung im Sinne einer achtsamkeitsbasierten therapeutischen Grundhaltung kann therapeutische Prozesse unterstützen und trägt zu Offenheit und Perspektivenvielfalt bei.

Exemplarische TRUST-Behandlungsprinzipien und -Interventionen im Umgang mit Angst

- ▶ Angstauslösende negative Bewertungen ressourcenorientiert identifizieren und verändern, um zu einer Neubewertung und Perspektivenvielfalt im Umgang mit Angst zu kommen.
- ▶ Psychoedukation anschaulich vermitteln, z. B. Resilienz-Stressbewältigungsmodell, neurobiologische Mechanismen anhand des Stressmodells nach Bessel van der Kolk oder mit dem Resilienzkreis der Angst.
- ▶ Therapeutische Techniken zur Affektregulation einsetzen, z. B. Entspannungsübungen, Wohlfühlort, Innere Helfer, Distanzierungstechniken, Skills.
- ▶ Neue emotional bedeutsame Erfahrungen anregen, um neue Wege im Umgang mit Angst kennenzulernen, dabei auch kreative Interventionen nutzen.
- ▶ Das Angstgedächtnis ausarbeiten, Bezugnahme auf das Anamnesediagramm, Identifikation von Triggern oder Hotspots.
- ▶ Imaginatives Nacherleben zum Update für ein aktualisiertes Hier-und-Jetzt-Erleben, Sokratischer Dialog, Identifizieren von sog. Kognitiven Fehlern, Affekt-Labeling, Verhaltensexperimente, Symbole, Metaphern und imaginative Elemente nutzen.

Therapeut:innen unterstützen achtsam und wertschätzend die Suche nach neuen Lösungen.

In Kapitel 10 werden einige konkrete Interventionen anschaulich vorgestellt.

9.4 Das Resilienz-Stressbewältigungsmodell

Das Resilienz-Stressbewältigungsmodell soll im Rahmen einer nicht-pathologisierenden Psychoedukation ein plausibles Behandlungskonzept vermitteln. Nach dem Yerkes-Dodson-Gesetz erzielt man bei einem mittleren Angstniveau die besten Leistungen (Yerkes-Dodson, 1908). Abbildung 9.2 soll verdeutlichen, dass therapeutische Interventionen, die das generelle Bewältigungspotenzial erhöhen, primär auf zwei Ebenen wirken:

- ▶ das individuelle Angst- bzw. Stress-Niveau (im Sinne von Arousal) auf ein mittleres Niveau bringen
- ▶ das individuelle »Resilienzpolster« erhöhen

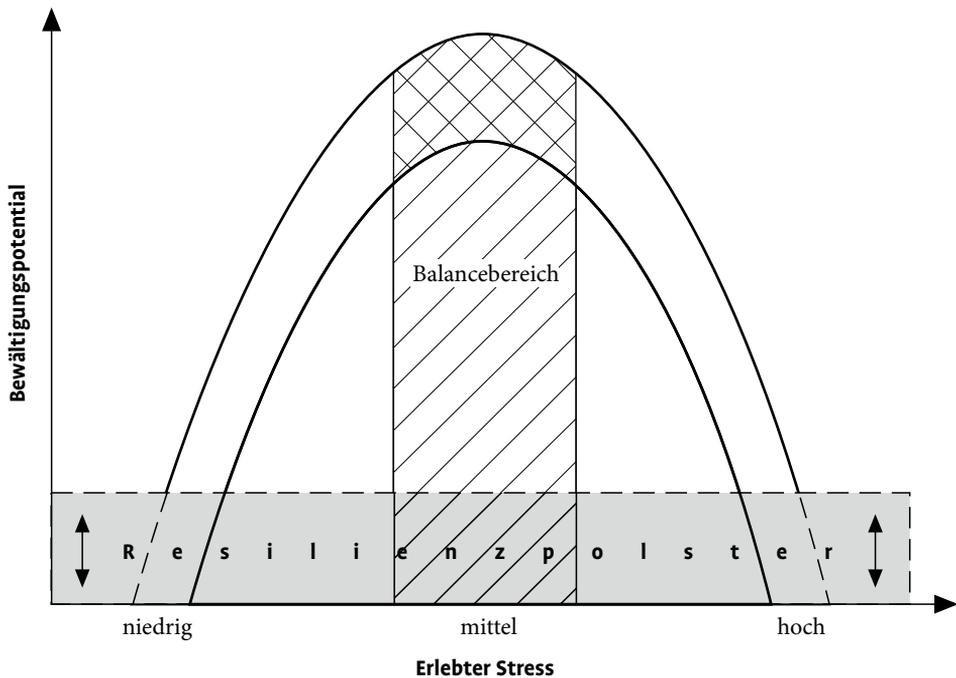


Abbildung 9.2 Das Resilienz-Stress-Bewältigungsmodell (RSB-Modell) (Diegelmann, 2007)

Nicht nur ein zu hohes, auch ein zu niedriges Angst- oder Stress-Level kann das individuelle Bewältigungspotenzial beeinträchtigen. Optimal ist ein mittleres Stress-Niveau, das genügend Aktivierung beinhaltet, um Lösungen zu finden, Neues zu lernen, neuronale Veränderungen und Reorganisationen zu ermöglichen und bei erfolgreichen Lösungen die neuronalen Belohnungssysteme zur Festigung zu aktivieren. Eine zu geringe Aktivierung, etwa bei Vermeidung, bei dissoziativen oder depressiven Zuständen oder der Dämpfung durch Substanzen, vermindert ebenfalls das Bewältigungspotenzial.

Der Balancebereich, also ein mittleres Stressniveau, entspricht dem aus der Traumatherapie bekannten »window of tolerance« (Abschn. 12.4, Siegel, 2015) bzw. dem »window

of flexibility« (Harris, 2021). Nur in diesem Bereich ist es möglich, individuelle Bewältigungspotenziale optimal zu nutzen, um neue Wege im Umgang mit der Angst zu finden.

In den meisten Fällen mindert ein zu hoher Stress-Level das Bewältigungspotenzial. Deshalb zielen viele der in diesem Buch vorgestellten Interventionen, beispielsweise die in Abschnitt 10.3 beschriebenen Übungen zur unmittelbaren Stressreduktion, gezielt auf diese Achse. Viele der Interventionen wirken allerdings zeitgleich auf beide Achsen ein, insofern handelt es sich deshalb eher um eine theoretische Unterscheidung.

Eine Erhöhung des individuellen »Resilienzpolsters«, also höhere Werte auf der Y-Achse, wird schwerpunktmäßig durch ressourcenfördernde Interventionen bewirkt (Diegelmann, 2010). Gerald Hüther (2007) benutzt zur Beschreibung des Resilienzpolsters die Metapher eines Menschen, der über das Eis geht: Bei der Frage, ob der Mensch einbricht, kommt es nicht so sehr darauf an, wie viel Gepäck er auf dem Rücken hat, also wie viel er tragen muss. Entscheidend ist eher, wie dick das Eis ist, also der Untergrund, auf dem er geht. Mit solchen und ähnlichen Metaphern kann man Patient:innen verständlich machen, warum sie sich auch angesichts ihrer drängenden Angst-Symptomatik mit ihren Ressourcen beschäftigen sollen.

9.5 Der Resilienzkreis der Angst

Der Resilienzkreis der Angst kann als Erklärungsmodell für die Wirkung eines ressourcenorientierten Vorgehens im Umgang mit Angst eingesetzt werden. Im Unterschied zum Teufelskreis der Angst (Margraf & Schneider, 2008) werden Patient:innen von Beginn an durch gezielte Fragen dafür sensibilisiert, anhand des persönlichen Resilienzkreises den Zusammenhang von körperlichen Symptomen, Gedanken und Verhalten resilienzorientiert zu identifizieren. Durch gezieltes Nachfragen und »achtsames Entdecken« sollen sich den Patient:innen neue, alternative Sichtweisen erschließen. Durch die individualisierte Arbeit mit dem Resilienzkreis der Angst sollen Angstpatient:innen nachvollziehen können, dass das dysfunktionale Erleben ihrer Angst durch eine Neubewertung der Auslöser (Situationen, Gedanken, körperliche Missempfindungen) Impulse freisetzt. Diese zielen darauf, das Erleben von Selbstwirksamkeit zu unterstützen und letztlich die Resilienz zu stärken.

Im Resilienzkreis der Angst wird das komplexe Wechselspiel zwischen Auslösesituationen für Angst und gefühlter Resilienz mit einem ressourcenorientierten Fokus vorgestellt und benannt. Patient:innen werden durch gezielte Fragen dafür sensibilisiert, anhand ihres persönlichen Resilienzkreises alternative Bewertungen zu entdecken:

- ▶ Auslöser (Situationen, Gedanken, körperliche Missempfindungen) als Gelegenheit zur Neubewertung und Perspektivenvielfalt identifizieren
- ▶ Gedanken als Herausforderung betrachten und als Einladung für eine erforderliche Erweiterung des bisherigen Verhaltensrepertoires annehmen
- ▶ physiologische Veränderungen beobachten (Arousal als wach und aktiv betrachten, Energiereserven werden aktiviert)
- ▶ körperliche Empfindungen als Gelegenheit für eine erhöhte Stresstoleranz betrachten (und für eine Balance von Anspannung und Entspannung sorgen)

Es geht darum zu spüren, dass Angst die Suche nach neuen Lösungen wachruft und letztlich dazu beiträgt, die Selbstwirksamkeit und Resilienz zu stärken. Auf dieser Grundlage lassen sich dann die einzelnen Behandlungsschritte konkret ableiten. Die neuen Sichtweisen sollen durch gezielte Verhaltensexperimente in sensu und in vivo überprüft werden. Ein Beispiel für die Arbeit mit dem Resilienzkreis der Angst findet sich auch in Abschnitt 12.2.

Eine kurze Fallvignette soll exemplarisch veranschaulichen, dass die Angst als Hinweisreiz für Veränderungsschritte genutzt werden kann. Der Fokus auf Ressourcen und Selbstwirksamkeit lässt unmittelbar andere neuronale »Programme« anspringen und neue lösungsorientierten Suchprozesse entstehen.

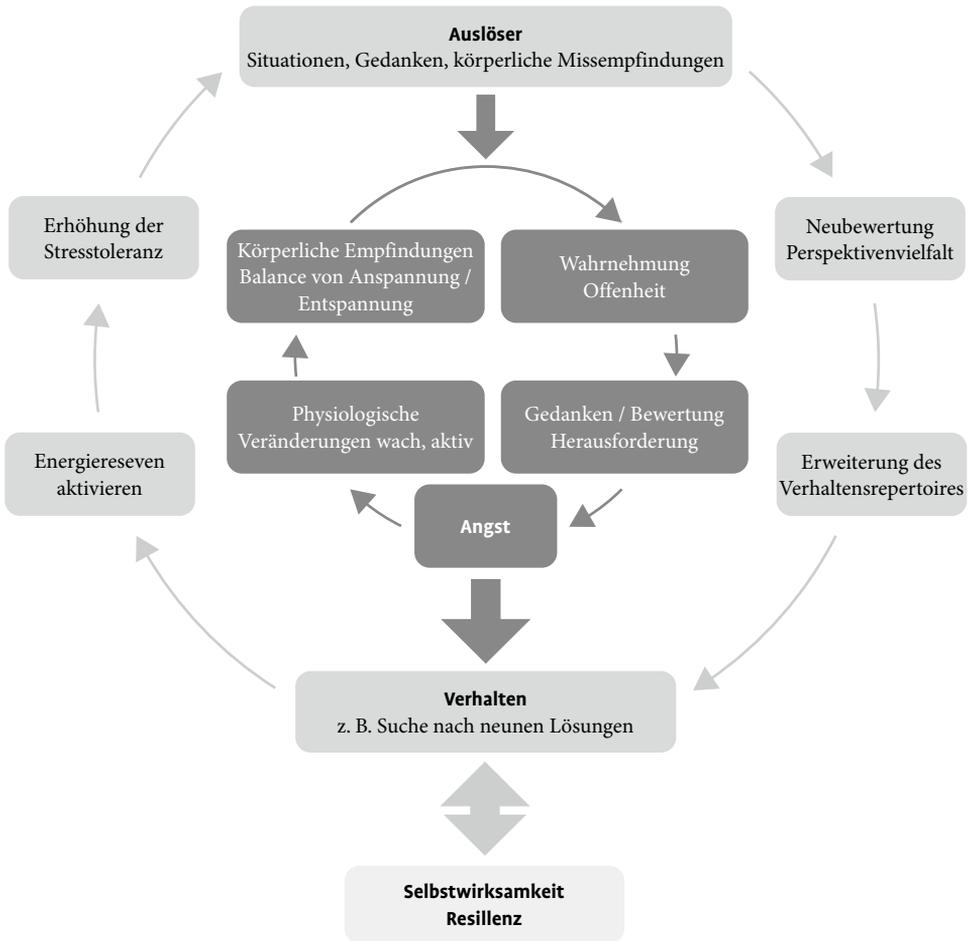


Abbildung 9.3 Resilienzkreis der Angst

Fallbeispiel • Arbeit mit dem Resilienzkreis

Eine 23-jährige Patientin berichtet in der Psychotherapie davon, dass sie vermehrt extreme Angstattacken habe, die sie daran hindern, ihren Zeitplan für das Schreiben einer Semesterarbeit einzuhalten.

- T: Erzählen Sie mir bitte davon, in welchen Situationen diese Angstattacken auftauchen.
- P: Oft, wenn ich es endlich geschafft habe, mich an meinen Schreibtisch zu setzen, dann bekomme ich Herzklopfen und Schweißausbrüche und mir wird ganz mulmig zumute. Ich habe dann Angst, es könnte schlimmer werden, ich könnte einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt bekommen.
- T: Okay, das ist ja bestimmt unangenehm und ungewohnt für Sie ...
- P: Ja, ich kenne solche übermächtigen Angstgefühle gar nicht.
- T: Wie wäre es, wenn Sie diese Angstgefühle einmal aus einer neuen Perspektive betrachten? Etwa als Einladung, um neues Verhalten im Umgang mit dieser beruflichen Herausforderung zu sehen?
- P: Wie meinen Sie das, wie soll das gehen?
- T: Vielleicht könnten diese körperlichen Missempfindungen Sie darauf hinweisen, dass Sie etwas mehr Zeit für die Balance von Anspannung und Entspannung aufbringen sollten.
- P: Ich habe aber Angst, dass ich dann noch weniger schaffe, wenn ich mir etwas gönne.
- T: Das sind interessante Gedanken. Kann es sein, dass Sie ganz schön streng mit sich sind?
- P: In meiner Familie wurde mir vermittelt: Erst kommt die Arbeit und dann das Vergnügen!
- T: Ich zeige Ihnen einmal ein besseres Modell, um wirklich top-leistungsfähig sein zu können (stellt das RSB-Modell vor). Viele Menschen glauben, wenn sie sich mehr anstrengen, dann erreichen sie ihr Ziel besser. In Wirklichkeit ist es aber so, dass wir am meisten zustande bringen, wenn wir in einem mittleren Stressniveau sind. Haben Sie eine Idee, was das für Sie bedeuten könnte?
- P: Das ist ungewohnt für mich, so zu denken.
- T: Was könnte denn ein erster Schritt für Sie sein, um sich weniger anzustrengen? Stellen Sie sich vor, Sie gehen zu Ihrem Schreibtisch mit neuen Gedanken. Etwa im Sinne von: Meine Angst ist meine Verbündete, die mich darauf hinweisen möchte, dass der Weg zum Ziel eher aus einer Kombination von Leistung und Entspannung zu erreichen ist.
- P: Das klingt interessant, bisher habe ich immer nur gedacht: Ich schaffe das nie, diese Semesterarbeit fertigzustellen, und habe immer versucht, diese Gedanken an die Angst zu unterdrücken.
- T: Das versuchen viele Menschen: zunächst die Gedanken an Gefahr zu unterdrücken. Aber so funktioniert unser Gehirn nicht. Wenn man versucht zu denken: Denke nicht an die Angst, dann ist sie immer im Vordergrund. Das können Sie gleich spontan ausprobieren: Denken Sie nicht an gelbe Elefanten, was sehen Sie dann vor Ihren Augen?

- P: Ah na klar: Ich sehe gelbe Elefanten ... obwohl es die ja gar nicht gibt (lächelt dabei).
- T: Vielleicht könnten Sie ja auf ihrem Schreibtisch etwas arrangieren, dass Sie daran erinnert, den Kontakt mit Entspannung zu suchen. Was könnte das sein?
- P: Vielleicht ein Foto aus meinem letzten Urlaub oder eine Checkliste mit Wünschen ...
- T: Schöne Ideen. Wie wäre es, wenn Sie sich zuerst einmal ein Kompliment machen, dass Sie etwas Neues ausprobieren wollen, um sich mit Ihren Angstgefühlen auf neue Wege überhaupt einzulassen?
- P: (lächelt) Das fühlt sich schön an. Ich darf mich freuen und bin schon gespannt darauf, wie es ist, wenn ich mich mehr verwöhne. Ich möchte echt noch vieles Tolles erleben. Da öffnen sich auf einmal neue Blickwinkel.
- T: Ich freue mich mit Ihnen. In der nächsten Therapiesitzung können wir weitere Ideen zusammenstellen, die Sie noch ausprobieren können, um sich selbstwirksamer fühlen zu können.

»The best way to take care of the future
is to take care of the present moment«

Thich Nath Hanh

10

Ressourcenorientierte Interventionen

- 10.1 Ressourcenorientierung von Anfang an
- 10.2 Psychoedukation: neurobiologische Mechanismen
- 10.3 Die Kraft von Entspannung und Imagination
- 10.4 TRUST-Interventionen zur Angstbewältigung und Ressourcenstärkung

Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
der uns beschützt und der uns hilft, zu leben.

Hermann Hesse

In diesem Kapitel stellen wir ein vielseitiges Spektrum von Interventionen vor. Allen gemeinsam ist die explizite Ressourcenorientierung im Umgang mit Angst.

10.1 Ressourcenorientierung von Anfang an

Im Rahmen der beschriebenen resilienzfördernden Ansätze soll der Schwerpunkt von Anfang an auf der Identifikation und Stärkung der individuellen Ressourcen, der Selbstwirksamkeit und des Kontrollgefühls liegen.

Erstkontakt: Hoffnung und Zuversicht wecken

Angst beinhaltet die Notwendigkeit, aber auch immer eine Einladung dazu, etwas Neues zu wagen. Bereits das Erstgespräch soll als Einstieg genutzt werden, um neue Erfahrungen im Umgang mit der Angst kennenzulernen. Daher ist es wichtig, dass dies wie eine Entdeckungsreise zwischen Therapeut:in und Patient:in in ein unbekanntes Land wertschätzend und achtsam beginnt. Psychotherapeut:innen sind wichtige Impulsgebende, um von Beginn an alternative Wege im Umgang mit der Angst anzuregen. Eine wohlwollende und validierende Grundhaltung, die sich auch in den Kommunikationsangeboten der Therapeut:innen vermittelt, unterstützt dabei diese neuen Lernprozesse. Der Fokus soll auf der Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht liegen. Bei dieser Entdeckungsreise sollte daher gezielt auf Ressourcen und bisher erfolgreiche Bewältigungserfahrungen geachtet und dadurch das Selbstwirksamkeitsgefühl gestärkt werden.

Nach der S3-Leitlinie (Bandelow et al., 2014, S. 54) beinhaltet die psychotherapeutische Basisbehandlung von Angststörungen folgende Aspekte:

- ▶ »aktives flexibles und ggf. stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung
- ▶ empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- ▶ Exploration des subjektiven Krankheitsmodells, Klärung aktueller Motivation und der Therapieerwartung des Patienten
- ▶ Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose, Vermittlung eines ›biopsychosozialen Krankheitsmodells‹ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen
- ▶ Ermutigung zur Auseinandersetzung mit Auslösern der Angst anstelle Vermeidung
- ▶ Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von zurzeit überfordern- den Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation
- ▶ Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele
- ▶ Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z. B. Medikamente, Psychotherapie)
- ▶ Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen.«

■ Wichtig

Die zentralen Aspekte gelten natürlich nicht nur für Angststörungen, sondern auch allgemein für die Behandlung von Menschen mit einer Angstsymptomatik, unabhängig von der Diagnose.

Im Rahmen von ressourcenorientierten Ansätzen ist eine »Schatzsucher«-Grundhaltung sinnvoll. Jeder Mensch hat eine einzigartige Geschichte zu erzählen. Psychotherapeut:innen sollten diesen Erfahrungsschatz sorgsam aufspüren und im therapeutischen Prozess nutzen.

Sind Ängste der Anlass, eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen, könnte man zunächst nach der subjektiven Krankheitstheorie fragen:

- ▶ Wann und wodurch sind Ihrer Meinung nach Ihre bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten aus dem Gleichgewicht geraten?
- ▶ Welche aktuellen Lebensereignisse sind möglicherweise Auslöser für Ihre Angst?

■ Wichtig

Dies müssen nicht unbedingt unerwünschte Ereignisse (Unfall, Trennung, Krankheit usw.) sein, auch erwünschte Lebensereignisse (z. B. Arbeitsplatzwechsel, Umzug, Hochzeit, Geburt eines Kindes) können ein erhebliches Angst-Potenzial haben. Grundsätzlich hat sich aber der Verlust nahestehender Personen als belastendster Faktor bei der Einschätzung von sog. life-changing events gezeigt (Binder et al., 1984).

Anamnesediagramm

Um eine erste biografische Anamnese zu erheben, hat sich das Anamnesediagramm (Diegelmann, 2007; s. Abb. 10.1) bewährt. Dabei werden individuell bedeutsame Lebensereignisse stichwortartig benannt und je nach positiver oder negativer subjektiver emotionaler Valenz eingetragen. Je nach Lebensalter kann dies in Fünf- oder Zehn-Jahres-Abschnitten erfolgen.

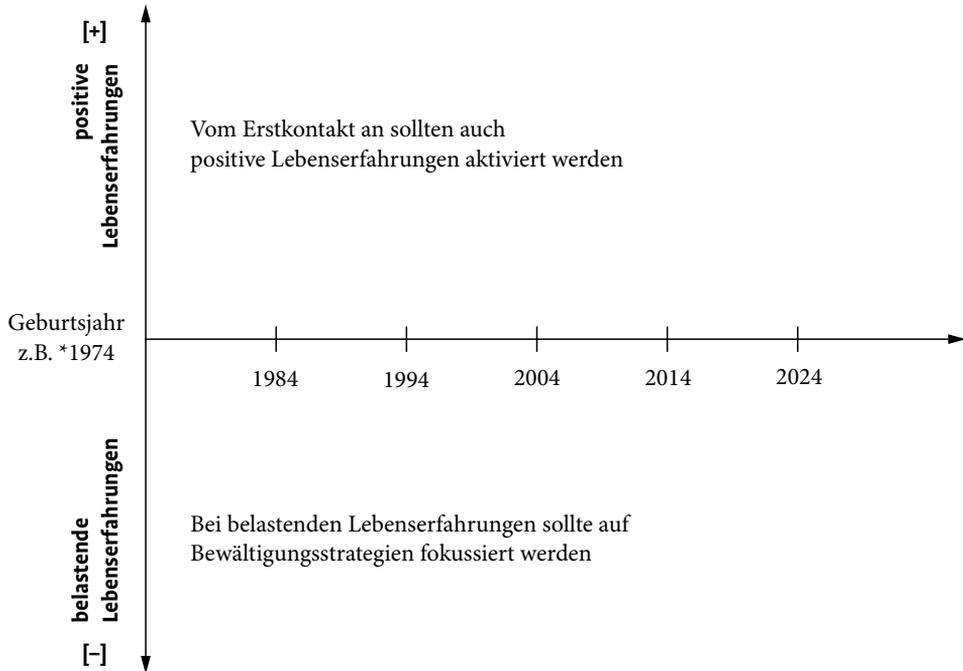


Abbildung 10.1 Anamnesediagramm (Diegelmann, 2007)

Dies hat gegenüber Verfahren einer symptomorientierten Anamneseerhebung mehrere Vorteile. Der Fokus liegt dabei nicht nur auf den Belastungen, sondern parallel werden gleichwertig die individuellen Ressourcen erfragt und aktiviert. Durch die nur stichwortartige Erfassung der belastenden Lebensereignisse wird einer emotionalen Überflutung entgegengewirkt und möglicherweise werden aktuelle Belastungen oder Traumata so bereits relativiert.

Erstgespräch

Je nach Anlass des Erstgesprächs (z. B. chronifizierte Ängste oder akute Angst aufgrund einer Erkrankung oder eines Verlustes) ist ein spezieller Fokus auf die Ziele des ersten Kennenlernens von Seiten des/der Therapeut:in empfehlenswert. Dafür ist es hilfreich, zunächst einen kurzen Überblick, eine Wegorientierung für das erste Gespräch zu geben, im Sinne von: Jede Reise beginnt mit dem ersten Schritt.

Im ambulanten psychotherapeutischen Setting bieten sich als Einstiegsfragen etwa folgende an:

- ▶ Warum kommen Sie gerade jetzt zur psychotherapeutischen Behandlung?
- ▶ Warum kommen Sie zu mir?
- ▶ Welche Wünsche haben Sie für heute und insgesamt für die Psychotherapie?
- ▶ Was sollte ich von Ihnen wissen, damit ich Sie gut behandeln kann?

Ein Erfahrungsbeispiel soll den ressourcenorientierten Prozess in einem Erstgespräch veranschaulichen.

■ Fallbeispiel • Erstgespräch mit einer Angehörigen, deren Ehemann auf der Palliativstation liegt

Die 55-jährige Frau A. kommt auf Empfehlung der Psychoonkologin der Palliativstation. Ihr Ehemann wird seit kurzem dort behandelt. Frau A. äußert große Angst, sich dem plötzlich näher gerückten Lebensende ihres Partners nicht gewachsen zu fühlen. Sie ist unruhig, wirkt haltlos und den Tränen nah. Die Therapeutin (T) erklärt ihr kurz in einfachen Worten, dass es ganz normal sei, wenn man über Probleme, Ängste oder andere existenzielle Erfahrungen spricht, dass das Gefühl der Hilflosigkeit und der Angst zunächst zunehmen kann. Sie erklärt, dass es hilfreich sein kann, diese vielen neuen Eindrücke und Gefühle zunächst zu sortieren, um den Blick wieder öffnen zu können für das, was jetzt wichtig ist.

Frau A. berichtet von dem rasch progredienten Krankheitsverlauf. Noch im Oktober des zurückliegenden Jahres habe sie mit ihrem Ehemann eine wunderschöne Mittelmeer-Kreuzfahrt unternommen und drei Wochen später habe er vollkommen überraschend die Diagnose Pankreas-Krebs erhalten und jetzt drei Monate später werde er bereits nach vielen belastenden Behandlungen auf der Palliativstation behandelt. Ihr Mann könne mit der Situation relativ gut umgehen, wobei ihm auch sein Glaube helfe. Er wirke sehr gefasst und versuche, sie zu trösten, was aber nur teilweise gelänge.

Sie selbst aber sei völlig panisch, fühle sich nicht in der Lage, ihn angemessen zu unterstützen, könne nicht mehr schlafen, sich auf nichts mehr konzentrieren. Schon wenn sie sich der Palliativstation nähere, habe sie Herzrasen und das Gefühl, ihre Beine würden versagen.

Auswahl von psychotherapeutischen Interventionen im Erstgespräch

- ▶ **Validierung** der psychischen Ausnahmesituation, Blickkontakt aufnehmen
- ▶ **Psychoedukation:** Symptome als »normale« Stressreaktion erklären
Hinweis auf Techniken der unmittelbaren Stressreduktion
- ▶ **Kurze Fragen zur aktuellen Lebenssituation:** Dabei gezielt auch nach Ressourcen und früheren Bewältigungserfahrungen fragen. Frau A. berichtet spontan, dass sie dankbar sei, dass sie während der Kreuzfahrt noch nichts von der Krebserkrankung ihres Mannes geahnt hätten und diese Zeit noch so unbeschwert miteinander verbringen konnten.

- ▶ **Zitronenimagination zur Psychoedukation:** Anhand der Zitronenimagination veranschaulichen, dass Vorstellungen und Gedanken unmittelbar körperliche Reaktionen (hier: Speichelfluss etc.) hervorrufen. Der Körper reagiert auf das, womit man beschäftigt ist. So kann man Einfluss auf Beruhigung und Selbstwirksamkeit auch durch Imaginationsübungen nehmen.
- ▶ **Pacing und Leading:** Auf die Bemerkung der Patientin, sie fühle sich so ratlos wie noch nie in ihrem Leben, wird dieses Gefühl zunächst validiert und ihr dann der Vorschlag gemacht, per Zufall eine TRUST-Karte (aus einem Set von 50 angenehmen Begriffen) zu ziehen und dazu Assoziationen entstehen zu lassen (www.trustandgo.de). Sie zieht für sich die Karte »Neuorientierung« und bemerkt dazu: »Mein Leben fühlt sich wie nach einer Vollbremsung an, ich muss mich völlig neu orientieren, habe noch keine Ahnung, wie, muss mir vielleicht erst noch Zeit geben.« Für ihren Mann zieht sie per Zufall die Karte »Unbeschwertheit« und ist zunächst irritiert: »Wie kann man denn da unbeschwert sein ... obwohl, mein Mann war immer viel unbeschwerter als ich, konnte auch schwere Schicksalsschläge gelassener hinnehmen, wie vor Jahren den Brand in seiner Firma, der seine Existenz fast vernichtet hat.«
- ▶ **ABC des Wohlbefindens** kennenlernen, um spontane Wege zur Stressregulation selbst nutzen zu können. Dies kann z. B. helfen, das nächtliche »Gedankenkarussell« zu unterbrechen.
- ▶ **Entspannungs- und Imaginationsübung zum Abschluss:** Beispielsweise »Atmen und Lächeln« und »Wohlfühlort« oder »Ort der Ruhe und Kraft« anbieten. Bei dieser Patientin war der Wohlfühlort eine sommerliche Wiese im Garten ihrer Großeltern mit einem blühenden Apfelbaum, summenden Bienen und zwitschernden Vögeln. Die Patientin wirkt danach deutlich entspannter, lächelt sogar und teilt mit, sie habe dabei herzhaft in einen Apfel gebissen, das habe gutgetan. Die Erfahrung wird mit Bilateraler Stimulation (hier mit »Butterfly Hugs«) verankert. Sie erhält den Hinweis, dass Sie sich jederzeit, auch während Sie auf der Palliativstation ist, innerlich auf »ihre Wiese« begeben und dort auf-tanken kann.

Frau A. wirkt nach dem Gespräch deutlich entlastet und drückt dies auch aus: Sie werde gleich im Anschluss wieder auf die Palliativstation zu ihrem Mann gehen und fühle sich jetzt sehr gestärkt. Sie freue sich sogar darauf. Bisher habe schon der Gedanke an den Gang über den langen Stationsflur extreme Angst bei ihr ausgelöst.

10.2 Psychoedukation: neurobiologische Mechanismen

In der therapeutischen Arbeit mit Menschen, die aktuell ein hohes Angst-/Stressniveau haben, kann es notwendig sein, zunächst unmittelbar angstreduzierende Interventionen zu initiieren, damit sie überhaupt mit »eingeschaltetem Gehirn« für psychotherapeutische Impulse erreichbar sind.

Um den Sinn solcher Interventionen den Betroffenen verständlich zu machen, bieten sich Analogien oder grafische Darstellungen an. Wir benutzen häufig die sehr vereinfachte Darstellung auf Abbildung 10.2 (nach van der Kolk et al., 2000).

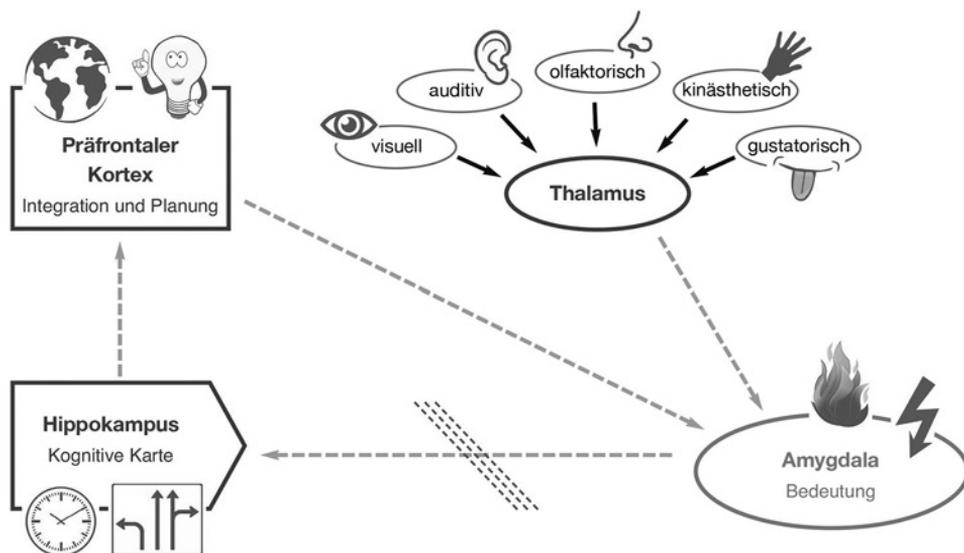


Abbildung 10.2 Stress- und angstbedingte Blockaden der Informationsverarbeitung

Erklärung: »Kopflös vor Angst«

Kopflös vor Angst: Diese Erfahrung haben wir alle schon einmal gemacht. Grund sind natürliche Mechanismen der Informationsverarbeitung im Gehirn. In einer als bedrohlich wahrgenommenen Situation wird das Angstzentrum unseres Gehirns massiv erregt. Besondere Bedeutung hat dabei die Amygdala, eine Struktur des limbischen Systems, also auf einer eher »primitiven« Ebene des Gehirns liegend. Die Amygdala wird oft auch als »Feuermelder« des Gehirns bezeichnet. Normalerweise werden Informationen dann auf den höheren, differenzierteren Ebenen weiterverarbeitet: Der Hippocampus hat eine ordnende Funktion, beispielsweise bei der zeitlichen und räumlichen Zuordnung und der Einspeicherung in das Gedächtnis. Auf der »höchsten« Ebene, im präfrontalen Kortex, ist unser gesammeltes Welt- und Selbstwissen gespeichert. Dies kann uns helfen, in bedrohlichen Situationen Lösungen zu finden, frühere Bewältigungserfahrungen zu aktivieren, also die durch die Angst eingeengte Perspektive wieder zu erweitern. Das kann dann dazu dienen, die Amygdala wieder »abzukühlen«, also mit kühlem Kopf zu handeln.

Wenn jedoch die Amygdala durch extreme Angst »überhitzt«, also übererregt ist, kann es zu Blockaden kommen: Der Hippocampus ist dann in seiner Funktion gestört und der präfrontale Kortex quasi »ausgeschaltet«. Nach einer sehr angstbesetzten oder traumatischen Situation werden die dazugehörigen Bilder, Geräusche, Körperempfin-

dungen dann auf der »primitiven« Ebene der Amygdala gespeichert. Durch ähnliche Reize – auch in an sich harmlosen Situationen – kann das gesamte Angstsystem dann leicht wieder ausgelöst werden. Das führt unmittelbar zu einer massiven Angstreaktion, ohne dass dies durch höhere Strukturen relativiert wird, vereinfacht gesagt, der Hippocampus kann nicht relativieren: »Die Gefahr war dort und damals, hier und jetzt bist du in Sicherheit« und der präfrontale Kortex kann keine adäquaten Lösungen und Bewältigungsstrategien entwickeln. Primäres Ziel – auch in der Therapie – muss es dann sein, zunächst die Amygdala wieder auf ein mittleres Erregungsniveau herunter zu regulieren, um wieder Zugang zu den komplexen höheren Strukturen zu finden. Erst dann können bestimmte – besonders kognitive – Interventionen greifen.

10.3 Die Kraft von Entspannung und Imagination

Für das Ziel der Stressregulation steht uns eine praktisch unbegrenzte Anzahl von bewährten Interventionen zur Verfügung, angefangen von einfachen körperorientierten Übungen, beispielsweise Atemübungen, PMR bis zu Imaginationsübungen wie dem »Wohlfühlort«.

Die Beschäftigung mit inneren Bildern aktiviert im Gehirn die gleichen Bereiche wie beim realen Erleben der Situation. Zusätzlich können Erfahrungen, die im aktuellen Leben nicht möglich sind, auf der inneren Bühne wachgerufen werden und somit eine heilsame Wirkung entfalten. Die Wirkkraft von »nur« vorgestellten Erfahrungen kann somit in vielerlei Weise auch zur unmittelbaren Stressregulation und zum Angstmanagement wertvolle Impulse geben (Reddemann, 2001).

10

Beispiel

Patient:innen fällt es oft schwer, angesichts ihrer drängenden Symptomlast den Sinn imaginativer und ressourcen-fokussierter Interventionen zu erkennen.

- P: Warum soll ich denn solche Übungen machen oder mir einen Wohlfühlort vorstellen, wenn doch mein Mann gerade die Krebsdiagnose bekommen hat und bald sterben wird? Ich bin doch noch völlig kopflos und habe ganz andere Sorgen.
- T: Gerade, weil es so schlimm ist, möchte ich Ihnen Wege zeigen, wie Sie eher wieder Orientierung finden, um mit der neuen Situation klarkommen zu können. Dazu benötigen Sie ein »funktionierendes Gehirn«, das nicht durch die verständliche Angstreaktion blockiert ist. Einige der Übungen, die wir machen werden, sollen Ihnen dabei helfen, das aktuelle Angst- und Stressniveau zu senken, damit Sie in der Lage sind, die anstehenden Herausforderungen so zu bewältigen, wie es zu Ihrem persönlichen Anspruch passt. Andere wiederum sollen Sie darin unterstützen, den Blick wieder zu weiten und wieder Zugang zu Ihren persönlichen Kraftquellen zu finden. Ein gelingendes »Angstmanagement« bringt Sie auf den Weg, um sich wieder mit sich stimmig fühlen zu können.

Zitronenimagination

Um den Sinn von Imaginationsübungen zu verdeutlichen, bietet sich z. B. die Zitronenimagination an.

Instruktion: »Stellen Sie sich eine saftige, gelbe Zitrone vor. Nun schneiden Sie sie durch und lecken z. B. einmal daran. Was nehmen Sie wahr? Speichelfluss? Genau, aber hier ist ja keine Zitrone, sondern nur in Ihrer Vorstellung. Trotzdem reagiert Ihr Körper unmittelbar darauf. Alles was wir uns vorstellen, alles womit wir unser Gehirn beschäftigen, hat unmittelbar Folgen für unsere körperlichen und psychischen Reaktionen. Diese Tatsache nutzen wir in vielfältiger Weise mit unseren Imaginationsübungen in der Therapie. Natürlich funktioniert das Prinzip auch umgekehrt, deshalb Vorsicht beim sonntäglichen Tatort!«

Atem- und Entspannungsübungen haben die Kraft, unmittelbar zu wirken. Die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit auf den Atem und auf innere Bilder sind in vielen Übungen die ersten Schritte, um Entspannungsreaktionen wachzurufen.

Atemübung »4711«

Eine einfache Atemübung ist die 4711-Übung, die aber nichts mit dem »Echt Kölnisch Wasser« zu tun hat. Bei dieser Atemübung sollen Patient:innen einfach beim Einatmen bis 4 zählen und beim Ausatmen bis 7 zählen und dies 11-mal wiederholen.

Einatmen, Ausatmen und Lächeln

Instruktion: »Machen Sie es sich so bequem wie möglich und stellen Sie sich darauf ein, jetzt etwas Zeit zur Entspannung zu haben. Dazu ist es gut, wenn Sie zunächst Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Atem lenken. Schließen Sie, wenn es geht, dabei Ihre Augen. Einfach ein- und wieder ausatmen ... spüren Sie, wie sich beim Einatmen Ihre Bauchdecke hebt und beim Ausatmen wieder senkt, achten Sie einfach einige Male auf diesen Wechsel von Einatmen und Ausatmen ... Wenn Sie möchten, können Sie sich beim Einatmen das kleine Wort »ein« vorstellen und beim Ausatmen das Wort »aus«. Tun Sie dies einige Male und genießen Sie das, so wie es im Moment ist ... einfach beim Einatmen »ein« denken ... und beim Ausatmen »aus« ... Und dann versuchen Sie mal sich zu erinnern, worüber Sie sich heute schon gefreut haben ... Das kann irgendeine Kleinigkeit sein, vielleicht die zufällige Beobachtung eines Vogels oder die Freude am Frühstück, ein bestimmter Duft oder irgendetwas anderes ... und wenn Sie daran denken, dann lassen Sie beim Ausatmen das kleinstmögliche Lächeln auf Ihren Lippen entstehen ... genießen Sie das einige Momente ... und spüren Sie, wie angenehm sich das anfühlt ...«

Entweder kann hier eine weitere Imaginationsübung eingeleitet werden oder die Übung wird hier abgeschlossen.

»Jetzt stellen Sie sich bitte darauf ein, dass die Übung ganz allmählich zu Ende geht ... kommen Sie mit einem kleinen Lächeln auf den Lippen und Ihrer Aufmerksamkeit wieder zurück in diesen Raum ... Öffnen Sie die Augen, räkeln und strecken Sie sich ein wenig und dann sind Sie wieder ganz da. Wenn Sie Lust haben, können Sie mir etwas davon erzählen, worüber Sie sich heute schon gefreut haben.«

Wohlfühlort und Begegnung mit einem inneren Helfer bzw. einer inneren Helferin

Instruktion: »Setzen Sie sich ganz bequem hin, schließen Sie die Augen, und nehmen Sie sich etwas Zeit zu entspannen, spüren Sie dabei, wie Ihr Körper allmählich ruhiger wird. Sie spüren, wie Ihr Atem ganz natürlich ein- und ausströmt, mit jedem Ausatmen entspannen Sie sich immer mehr ...

Im nächsten Schritt lassen Sie bitte eine Situation auftauchen, in der Sie sich vollkommen wohl und entspannt fühlen können ... Das kann eine Situation aus dem Alltag sein oder eine Urlaubssituation oder es kann auch eine Fantasievorstellung sein ... Lassen Sie ein inneres Bild entstehen, in dem alles nur angenehm ist ... Spüren Sie mit allen Sinnen, was Sie brauchen, um sich vollkommen wohl zu fühlen, spüren Sie, welche Sinneserfahrungen Ihnen dabei momentan wichtig sind, vielleicht sind es bestimmte Farben oder Düfte ... vielleicht ein bestimmter Geschmack ... bestimmte Geräusche oder Klänge ... oder eine bestimmte Jahreszeit oder Temperatur ... Spüren Sie, was Sie brauchen, um sich so richtig wohlfühlen zu können ...

Das Gute ist, Sie können sich alles so ausmalen, wie es für Sie in diesem Moment angenehm ist ... und Sie dürfen auch gerne etwas dabei übertreiben. Sie genießen diesen Zustand von Wohlbefinden und Sie spüren, wie sich dieses Wohlgefühl in Ihrem Körper immer mehr ausbreitet ... Bald werden Sie ein Gefühl innerer Ruhe entwickeln ... Genießen Sie diesen Zustand ... Wenn Sie möchten, lächeln Sie dabei ... Spüren Sie, in welchen Bereichen Ihres Körpers es sich besonders gut anfühlt ... Und dann bemerken Sie auf einmal, dass in der Nähe oder auch in der Ferne eine Art innerer Helfer:in auftaucht. Das kann ein Krafttier sein oder ein Mensch ... oder eine Fantasiefigur ... vielleicht auch ein Symbol oder auch einfach nur ein bestimmtes Gefühl ... Nehmen Sie alles so an, wie es ist, ohne es zu bewerten ... Achten Sie einfach auf die Details, die Ihnen dabei wichtig sind ...

In einem nächsten Schritt können Sie, wenn Sie möchten, auch einmal Kontakt zur inneren Helferin oder zu dem, was aufgetaucht ist, aufnehmen. Sie können Fragen zu Ihrer momentanen Lebenssituation stellen und achten dann ganz offen auf die Antworten, die Sie bekommen. Manchmal entsteht auch einfach nur ein Gefühl zu der Botschaft ... Nehmen Sie es so an, wie es gerade ist. Wenn Ihnen das gut gefällt, dann können Sie diese Erfahrungen auch mit BLS (Abschn. 10.4.1) verankern.

Im nächsten Schritt können Sie sich dann einmal vorstellen, was in Ihrem Leben anders wäre, wenn Sie diesen Ratschlag, diese Impulse Ihres inneren Helfers oder Ihrer inneren Helferin annehmen würden ... woran würden Sie das merken? Achten Sie einfach auf einige Details, die Ihnen dabei gut gefallen ...

So allmählich stellen Sie sich jetzt bitte darauf ein, dass die Übung wieder zu Ende geht. Suchen Sie sich in Ihrer Vorstellung einen Platz aus, von wo aus Sie die Übung beenden können. Wenn Sie möchten, geben Sie diesem Zustand des Wohlbefindens einen Namen oder ein Motto ... Stellen Sie sich jetzt darauf ein, ganz allmählich wieder mit ihrer Aufmerksamkeit zurück in diesen Raum zu kommen, nehmen Sie die Entspannung zurück, indem Sie sich räkeln und strecken und dann öffnen Sie Ihre Augen und kommen mit einem Lächeln auf Ihren Lippen wieder zurück in diesen Raum.«

Wasser als Symbol des Lebens

Das Element Wasser hat gleichzeitig eine beruhigende und eine belebende Kraft. Wasser gilt als Symbol des Lebens, der Erneuerung und der Reinigung. In den Weltreligionen steht das Element Wasser für eine mythologische Vielfalt und in fast allen Kulturen unserer Erde wohnen Götter, Dämonen oder Geister im Wasser. In der Imagination können diese heilsamen Energien zur Wirkung kommen, ohne sie gezielt anzusprechen.

Bei Ängsten geht es oft um blockierte Energie und die Übung »Ort der Ruhe und Kraft an einem Gewässer« kann dabei helfen, diese wieder »in Fluss« zu bringen.

Ort der Ruhe und der Kraft an einem Gewässer

Instruktion: »Ich möchte Sie zu einer Übung einladen, die Sie in Kontakt mit einem angenehmen Ort der Ruhe und der Kraft an einem Gewässer bringt. Schließen Sie dazu bitte Ihre Augen und machen Sie es sich bequem. Achten Sie zunächst auf Ihren Atem und spüren Sie, wie Ihr Atem ganz natürlich ein- und ausströmt. Dann lassen Sie in Ihrer Vorstellung ein Bild auftauchen von einem Gewässer, das Ihnen gefällt. Das kann ein Fluss sein oder ein plätschernder Bach, vielleicht ist es auch ein bestimmter See, ein Wasserfall oder auch eine für Sie angenehme Vorstellung vom Meer, ob raue Nordsee oder weißer Sandstrand mit Palmen, spüren Sie, was Ihnen gerade guttut, es kann auch eine Quelle, vielleicht auch ein Brunnen sein, spüren Sie hin, welche Vorstellung von Wasser Ihnen in den Sinn kommt.

Lassen Sie sich Zeit, ein Bild von einem Gewässer entstehen zu lassen, mit dem Sie Gefühle von Ruhe, Kraft oder Lebendigkeit verbinden. Sie beginnen zu spüren, welche Vorstellung von einem Gewässer Ihnen momentan gut gefällt. Sie können in Ihrer Vorstellung alles so gestalten, wie es gut ist, um in Kontakt zu Ruhe, Kraft und wohltuender Lebensenergie zu kommen. Spüren Sie, welche Sinneseindrücke Ihnen dabei guttun, ist es vielleicht die Sonne, die Sie auf der Haut spüren oder der Wind? Was auch immer es ist, erlauben Sie sich, es innerlich wachzurufen. Vielleicht ist es auch das Geräusch von Wellen oder das Plätschern eines Bächleins oder ein Tropfen, der ins Wasser fällt ... Sie können sich in Ihrer Fantasie alles so ausmalen, wie es Ihnen guttut. Nehmen Sie sich die Zeit, diese Eindrücke wahrzunehmen, die Ihnen angenehm sind. Spüren Sie vielleicht auch, ob es bestimmte Farben sind, die das Wasser selbst hat oder es Farben in der Umgebung Ihres Gewässers sind. Genießen Sie die Energie des Wassers und suchen Sie sich in Ihrer Vorstellung einen Platz aus, zu dem Sie sich dann hinbegeben. Dort angekommen holen Sie einmal tief Luft und atmen wieder ganz bewusst ein paarmal ein und aus und lächeln dabei. Sie spüren, wie diese Energie beginnt, sich im ganzen Körper auszubreiten, lassen Sie das einfach geschehen. Vielleicht haben Sie ja auch Lust, das Wasser auf Ihrer Haut zu spüren, vielleicht einmal im Wasser zu sein, zu schwimmen oder einfach mal einzutauchen. Vielleicht genießen Sie aber auch einfach den Blick aufs Wasser ... Sie können sich das in Ihrer Fantasie so vorstellen, wie es sich für Sie stimmig anfühlt. Wasser hat eine belebende und reinigende Kraft, die Sie in sich aufnehmen können. Wenn Ihnen das gut tut, dann können Sie diese Erfahrung auch mit BLS verankern. Genießen Sie diese Momente, so wie sie gerade sind ... und stellen Sie sich dann allmählich darauf ein, dass diese Übung zu Ende geht. Suchen Sie sich in Ihrer Vorstel-

lung einen Platz, von wo aus Sie sich von der Übung verabschieden können. Kommen Sie dann in Ihrem eigenen Rhythmus wieder zurück in diesen Raum, räkeln und strecken Sie sich, öffnen Sie Ihre Augen und sind dann mit Ihrer Aufmerksamkeit ganz erfrischt und entspannt wieder da.«

Vielleicht bietet es sich auch an, nach dieser Übung gemeinsam ein Glas Wasser zu trinken.

10.4 TRUST-Interventionen zur Angstbewältigung und Ressourcenstärkung

Die nachfolgend beschriebenen TRUST-Interventionen zielen darauf, dass Patient:innen bei der Angst- oder Trauma-Bewältigung so wenig wie möglich von unkontrollierbarem Distress überflutet werden. Es geht darum, das Erlebte durch schrittweise Verarbeitungsprozesse zu ordnen, zu rekonstruieren, zu reflektieren und mit gefühlter Sinnhaftigkeit und gestärkter Resilienz anders erleben zu können.

Die Interventionen beinhalten u. a. den gezielten Einsatz von Imaginationen, die ressourcenorientierte kognitive Arbeit an dysfunktionalen Überzeugungen, die spielerische Arbeit mit Symbolen und Metaphern sowie körperbezogene Interventionen. Besonders die Bilaterale Stimulation, ein Element von EMDR, wird hierbei zur Ressourcenstärkung, zur schonenden Angst- und Traumabearbeitung oder zur Krisenintervention genutzt.

10

10.4.1 Die Technik der Bilateralen Stimulation (BLS)

Im Rahmen der meisten TRUST-Interventionen empfehlen wir die Anwendung der Bilateralen Stimulation (BLS). Dabei dient die BLS sowohl zur unmittelbaren Stress-Reduktion als auch der Verankerung von Ressourcen.

Bei der BLS handelt es sich um ein zentrales Element aus der Traumabearbeitung mit EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Shapiro, 2001). Die BLS soll dabei die Aktivierung des Informationsverarbeitungssystems bewirken und damit letztlich die durch den traumatischen Stress bedingten Blockaden der Informationsverarbeitung auflösen und die Integration des Erlebten erleichtern. Typischerweise kommt es dabei zu einer raschen Abfolge von Assoziationsketten, die verschiedene »Kanäle« (Bilder, Emotionen, Einsichten, Körpergefühle etc.) beinhalten. Dies ähnelt dem Traumschlaf (REM-Schlaf: Rapid Eye Movement), bei dem sich auch die Augen unter den geschlossenen Lidern schnell hin und her bewegen und dabei innerhalb von Sekunden oder Minuten ganze »Filme« mit entsprechenden Gefühlen, Körperempfindungen, Gedanken etc. ablaufen.

Die BLS wurde zunächst nur durch horizontale Augenbewegungen durchgeführt. Dabei geht man von einer abwechselnden Stimulation der beiden Hemisphären aus. Inzwischen wird die BLS auch sowohl durch auditive Signale (abwechselnd rechts und links Töne über einen Kopfhörer) oder aber durch taktile Stimulation (Klopfen oder »tapping«) erfolgen: Dabei wird alternierend auf Knie/Oberschenkel geklopft oder es

werden spezielle Geräte benutzt, bei denen der/die Patient:in kleine Pulsatoren in der Hand hält, die abwechselnd vibrieren. Obwohl die therapeutische Wirksamkeit von EMDR umfassend belegt ist, gibt es zu den genauen Wirkmechanismen der BLS verschiedene Hypothesen (Landin-Romero et al., 2018).

Die Bilaterale Stimulation zur Ressourcenstärkung

Im Rahmen vieler TRUST-Interventionen wenden wir die Bilaterale Stimulation an. Die BLS hat sich inzwischen in der Praxis – unabhängig von EMDR – zur Affektregulation und Ressourcenstärkung und in vielen Anwendungsbereichen bewährt (Parnell, 2008). Die Erfahrung zeigt: Wenn sich jemand in einem Ressourcen-State befindet, beispielsweise bei einer Imaginationsübung wie dem Wohlfühlort, und man dann die BLS hinzufügt, wird dieser Ressourcen-State in der Regel tiefer und auf mehreren Ebenen (z. B. Emotionen, Körperempfindungen) »verankert«. Dabei wird meist die taktile BLS benutzt. Patient:innen können die BLS selbst ausführen, beispielsweise durch das abwechselnde Klopfen auf die Knie/Oberschenkel oder aber auf die Oberarme mit gekreuzten Armen (Butterfly Hugs: Schmetterlingsumarmungen).



Abbildung 10.3 Butterfly Hugs

Wichtig

In der Praxis hat sich gezeigt, dass allein die BLS für viele Patient:innen einen beruhigenden Effekt hat, den sie auch selbstständig zur Selbstberuhigung in angstbesetzten Situationen nutzen.

Allerdings sollte die BLS zur Ressourcenstärkung und Selbstberuhigung nur so lange ausgeführt werden, wie es sich positiv anfühlt bzw. noch positiver wird und nicht »Angstnetzwerke« aktiviert werden.

Beispiel • Erklärung der BLS für Patient:innen mit Angstsymptomen

Die Anwendung der BLS ist für Patient:innen zunächst vielleicht befremdlich oder zumindest ungewohnt, deshalb bedarf es einer Erklärung, etwa:

»In der Psychotherapie geht es darum, neue Erfahrungen im Umgang mit Belastungen zu machen. Aus der Traumatherapie wissen wir, dass die Technik der Bilateralen Stimulation gut geeignet ist, um neue Erfahrungen anzuregen. Zur Traumabearbeitung werden dabei neue Assoziationen angeregt und es kommt zu einer beschleunigten Informationsverarbeitung und Integration der belastenden Erfahrungen.

Die Technik der Bilateralen Stimulation kann man aber auch zur Ressourcenstärkung anwenden und zur Vertiefung und Verankerung positiver Gefühle. Dabei wird abwechselnd die rechte und linke Gehirnhälfte stimuliert, entweder durch Augenbewegungen, Berührungen oder Töne. Bei den Augenbewegungen folgen Sie meinem Finger, die Berührungen erfolgen entweder durch mich oder durch Sie selbst durch Klopfen auf Ihre Knie abwechselnd rechts und links oder durch Sie selbst, indem Sie die Arme kreuzen und abwechselnd rechts und links auf Ihre Oberarme bzw. Schultern klopfen [demonstrieren!]. Ich kann Ihnen auch ein Gerät zeigen, bei dem es zwei kleine Pulser gibt, die Sie in die rechte und linke Hand nehmen können. Diese vibrieren dann abwechselnd, wenn ich sie einschalte.

Sie können die Bilaterale Stimulation aber auch außerhalb der Therapie selbst nutzen, entweder allgemein zur Beruhigung oder in Situationen, in denen Sie sich sehr wohlfühlen oder bei der Erinnerung an solche Situationen zur Vertiefung und Verankerung des positiven Erlebens. Sie sollten die Bilaterale Stimulation aber immer nur so lange anwenden, wie es sich gut anfühlt und keine negativen Gefühle oder Gedanken auftauchen. Wenn dies einmal vorkommen sollte, hören Sie einfach mit dem Klopfen auf.

Eine Form der Bilateralen Stimulation ist ja auch z. B. das Laufen. Vielleicht haben Sie schon einmal erlebt, dass sich beim Laufen oder bei einem Spaziergang im Wald Ihre Stimmung verbessert hat oder Sie auf neue, kreative Ideen und Lösungen gekommen sind.«

»Klopftechniken« zur Unterstützung der Stresstoleranz

In den letzten Jahren werden – nicht nur in klinischen Settings – verschiedene Formen von sogenannten Klopftechniken häufig zur Angstbewältigung genutzt:

- ▶ Thought Field Therapy (TFT) nach Roger Callahan
- ▶ Emotional Freedom Technique (EFT) nach Gary Craig
- ▶ Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP) nach Michael Bohne

Die genauen Wirkmechanismen sind bisher nicht eindeutig nachgewiesen. Zunächst gab es die Hypothese, dass die gezielte Stimulation der Akupunkturpunkte eine Rolle spielt. Allerdings zeigen spätere Studien, dass die Wirkung unabhängig von der Stimulation genau dieser Punkte eintritt. Eventuell beruht ein Teil der Wirksamkeit – ähnlich wie beim EMDR – auf dem doppelten Fokus der Aufmerksamkeit: der Aktivierung innerer Prozesse bei gleichzeitiger sensorischer Stimulation.

Auch die Selbstberührung hat – neben den anderen Elementen wie den Affirmationen – möglicherweise einen emotionsregulierenden Effekt. Dies kann auch für die Wirksamkeit der oben beschriebenen »Schmetterlingsumarmungen« zur Verankerung von Ressourcen eine Rolle spielen, die bei einigen der in diesem Buch dargestellten Übungen angewandt wird.

Ein Vorteil all dieser Techniken ist es, dass sie – nach fachgerechter Anweisung – selbstständig angewandt werden können und damit auch das Selbstwirksamkeitserleben gestärkt wird. Bedeutsam für die Wirkung sind die im Rahmen dieser Techniken ange-

wandten Affirmationen, etwa: »Obwohl ich diese Angst habe, liebe und akzeptiere ich mich so, wie ich bin«.

Einige erste Studien liefern Hinweise, dass diese Techniken besonders bei Angststörungen, Phobien und Posttraumatischer Belastungsstörung wirken (Pfeiffer, 2018).

10.4.2 KRISEN-ABC

In krisenhaften Situationen führt ein hohes Angstniveau oft dazu, dass selbst die bereits erlernten Bewältigungskompetenzen aktuell nicht zugänglich sind bzw. die Betroffenen keine Ideen haben, was ihnen im Moment helfen könnte. Zu diesem Zweck haben wir das »KRISEN-ABC« entwickelt (Diegelmann & Isermann, 2011). Allein, indem man die Buchstaben des KRISEN-ABCs durchgeht, fallen einem möglicherweise hilfreiche Interventionen, Übungen oder Wege ein, um auf die Angst einzuwirken und wieder Zugang zu den eigenen Kompetenzen zu bekommen. Diese Checkliste kann unmittelbar für eine Perspektivenerweiterung im Umgang mit Angst sorgen und das Erleben von Selbstwirksamkeit unterstützen.

Hier die Checkliste im Einzelnen und einige Beispiele für Interventionen:

- ▶ **K – Keep cool:** Das Stress-System herunterregulieren, »die Amygdala abkühlen«, dadurch wieder Zugang zu höheren Strukturen wie dem präfrontalen Kortex zu bekommen, um »mit klarem Kopf« Lösungen zu finden.

■ Beispiel

Neben Standard-Interventionen wie Entspannungs-, Wahrnehmungs- und Körperübungen oder Atemtechniken hat sich folgende einfache Übung bewährt:

Das ABC des Wohlbefindens

Instruktion: »Wählen Sie zufällig einen Buchstaben aus dem Alphabet und suchen Sie zu diesem Buchstaben zwei bis drei Begriffe, die für Sie mit Wohlbefinden verbunden sind, z. B. M: Musik, Mandeleis, Malediven ... Sie merken, dass es nicht so einfach ist, Begriffe zu finden. Sie müssen Ihr Gehirn schon sehr »zermartern«. Genau das ist der Sinn dieser kleinen Übung: Das Gehirn kann nicht gleichzeitig ein hohes Angst- oder Stressniveau aufrechterhalten, wenn es gezwungen wird, solche Suchprozesse durchzuführen. Spätestens nach dem dritten Buchstaben ist das Gehirn wieder mehr in Balance. Dies kann auch z. B. vor dem Schlafen helfen, wenn sich das »Karussell« beängstigender Gedanken dreht. Dabei ist der Fokus auf Wohlbefinden eher ein Nebeneffekt. Die Suchprozesse können Sie deshalb genauso gut auf Ihren eigenen Vornamen, Städtenamen etc. oder einfach auf Rechenaufgaben anwenden.«

- ▶ **R – Ressourcen aktivieren:** Überlegen, welche individuelle Ressourcen auf den verschiedenen Ebenen zur Verfügung stehen und in der aktuellen Situation hilfreich sein könnten, z. B. materielle, soziale, spirituelle Ressourcen.

Beispiel

Viele Menschen haben sich, auch mit therapeutischer Unterstützung, bereits eine »RESILIENZ-Schatzkiste« (s. Abschn. 10.4.6) zugelegt, in der in akuten Krisen-Situationen nach passenden Ressourcen gesucht werden kann. Eine weitere Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung ist die sog. BERLIN-Ressourcen-Checkliste.

BERLIN-Ressourcen-Checkliste

Instruktion: »Notieren Sie das Wort Berlin in Großbuchstaben untereinander. Im nächsten Schritt sammeln Sie angenehme Erfahrungen, positive Assoziationen, Ideen und Wünsche zu jedem Buchstaben und dem jeweiligen Themenbereich des Buchstabens. Hier sind einige Beispielantworten zu den Buchstaben als Anregung:

- ▶ **B = Body:** Wandern, Yoga, Schwimmen, Fahrrad fahren, Duschen, Essen, Lieblingskleidung, Berührung ...
- ▶ **E = Emotionen:** Zärtlichkeit, Stolz, Freude, Glücksgefühle, Humor ...
- ▶ **R = Ressourcen:** Freundschaften, Urlaubsreisen, Kochen, Sport, Museumsbesuche, Musik ...
- ▶ **L = Liebe:** Selbstliebe, Fürsorge, Wohlwollen, Verständnis, Geborgenheit, Familie ...
- ▶ **I = Imagination:** Wohlfühlorte, Lichtstromübung, Ressourcenteam, Träume, schöne Erinnerungen ...
- ▶ **N = Natur:** Garten, Waldspaziergang, Hochbeet, Vogelgezwitscher, Wolken beobachten, Jahreszeiten genießen, Tiere beobachten, Meeresrauschen ...

Sie können diese Übung auch spielerisch abwandeln, indem Sie statt der Buchstaben BERLIN andere Worte wählen, z. B. Ihren Vornamen, Ihren Wohnort, Ihren Urlaubsort. Dann definieren Sie zu den einzelnen Buchstaben Bereiche und sammeln dann dazu jeweils eigenen Ressourcen und positive Assoziationen.

Auch ist es möglich, z. B. zu dem Wort ANGST spielerisch einen anderen Sinnzusammenhang zu entwickeln, z. B.:

- ▶ **A = Achtsamkeit:** achtsam kochen, Atemübungen, Innehalten, Rituale ...
- ▶ **N = Neues wagen:** Neues Verhalten ausprobieren, anfangen, kleine Schritte wertschätzen, ungewohnte Wege ausprobieren, Ziele entwickeln ...
- ▶ **G = Genuss:** Musik, Tanzen, Singen, Lieblingsessen, Hängematte, schöne Farben ...
- ▶ **S = Selbstwirksamkeit:** eigene Erfolge wahrnehmen und anerkennen, innere Stärke spüren, Alltagsroutinen wertschätzen ...
- ▶ **T = Teilen:** Wünsche äußern, sich mitteilen und austauschen, soziale Kontakte pflegen, Dankbarkeit zeigen ...«

Hilfreich können auch verschiedene Ressourcen-Übungen sein, die häufig in der Traumatherapie angewandt werden, etwa die »Innere-Helfer-Übung«, den »Wohlfühlort«, »Ort der Ruhe und der Kraft an einem Gewässer« (Abschn. 10.3).

- ▶ **I – Innehalten:** Viele Ängste beziehen sich auf Vorstellungen und Fantasien bzgl. zukünftiger negativer Ereignisse. Dies hindert Patient:innen daran, im Hier und Jetzt präsent zu sein. Oft reagieren sie auch in einer Krisensituation überschießend und »kopflös« unter dem Einfluss eines überaktiven Stress-Systems. In solchen Situationen sollten sie versuchen, bewusst innezuhalten, um wieder in Balance zu kommen.

■ Beispiel

Hier haben sich die Übungen aus der Achtsamkeitspraxis bewährt, etwa aus dem von Jon Kabat-Zinn (2015) entwickelten MBSR-Programm (Mindfulness Based Stress Reduction). Hilfreich ist bereits ein kurzes Innehalten im Alltag, eine nicht-wertende Wahrnehmung des gegenwärtigen Moments, der aktuellen Umgebung oder das bewusste Ausüben einer alltäglichen Tätigkeit: bewusst eine Orange schälen und essen, mit allen Sinnen, sie sehen, riechen, fühlen, schmecken.

Achtsam ein rohes Ei aufstellen

Instruktion: »Diese Übung aus dem Skills-Training können Sie einmal spielerisch nutzen, um ganz in der Gegenwart zu sein. Nehmen Sie dazu ein rohes Ei und versuchen Sie, das Ei auf einer glatten Fläche aufrecht hinzustellen (kein Teppichboden etc.). Sie werden sich wundern, welche Gedanken dabei entstehen, achten Sie darauf, welche Gedanken Ihnen dabei kommen. Es geht wirklich, genießen Sie diese Erfahrung des Innehaltens und die Freude, wenn es geklappt hat.«

- ▶ **S – Sinn finden:** Akute Ängste und Krisen führen ja eher dazu, alles sinnlos zu finden, keinen Ausweg zu sehen. Gerade solche Sinnkrisen bergen aber die Chance, sich darauf zu besinnen, was wirklich wichtig ist im Leben. Diese Krisen bieten nicht nur die Chance, sondern auch oft die Notwendigkeit zu individuellen Entwicklungsschritten.

■ Beispiel

Fragen Sie sich, was Ihnen wirklich fehlt, wonach Sie sich sehnen. Selbst wenn Sie dies derzeit noch nicht wissen, erlauben Sie sich die Hoffnung, dass Sie dies zu gegebener Zeit erkennen.

Erstellen Sie eine Liste von Menschen, die Ihnen Vorbild oder Inspiration sind

Instruktion: »Die Beschäftigung mit Menschen, die Sie vielleicht persönlich kennengelernt haben, oder deren Biografie Sie beeindruckt hat, kann Ihnen wichtige Impulse für die eigene Sinnfindung in Ihrem Leben geben. Solche Vorbilder, vielleicht gehören auch Menschen dazu, die existenzielle Herausforderungen bewältigt

haben, können Sie nutzen, um sich selbst inspirieren zu lassen. Vielleicht sind es auch Künstler:innen, Sportler:innen oder einfach Menschen aus Ihrem persönlichen Umfeld. Achten Sie auf Ihrer »Hitliste« darauf, welche Aspekte oder Verhaltensweisen dieser Menschen Ihnen wichtig sind.«

- ▶ **E – Engagement:** Soziale Beziehungen zu pflegen fällt in Krisensituationen nicht leicht, Patient:innen neigen dann eher dazu, sich zurückzuziehen, wenn sie ängstlich oder verunsichert sind. Aber gerade in diesen Situationen sind stabile soziale Beziehungen besonders wichtig: Nach einem Trauma entwickeln Menschen seltener psychische Symptome, beispielsweise eine Posttraumatische Belastungsstörung, wenn sie tragfähige soziale Beziehungen haben. Allein schon das »Bindungshormon« Oxytocin wirkt bekanntlich beruhigend auf das Angstsystem.

Beispiel

Fragen Sie sich, welche Ihrer sozialen Beziehungen wirklich tragfähig sind. Auf wen können Sie sich auch im Notfall verlassen? Engagieren Sie sich genug für Ihre sozialen Beziehungen oder halten Sie diese für selbstverständlich?

Tortendiagramm Engagement

»Nehmen Sie sich ein großes Blatt Papier und ein paar Buntstifte. Malen Sie darauf einen Kreis. Darin bilden Sie verschiedene Tortenstücke für Bereiche, in die momentan Ihre Energie fließt. Die Bereiche können sich auf Beruf, Freizeit, Beziehungen, Hobbys, Pflichten oder auch auf Ihre Ängste etc. beziehen. Die Größe der Tortenstücke richtet sich nach der subjektiv empfundenen Energie, die jeweils in diese Bereiche hineinfließt. Lassen Sie diese »Energietorte« auf sich wirken.

Jetzt kommt der zweite Schritt der Übung. Sie legen das Blatt zur Seite und nehmen ein neues Blatt. Hier können Sie sich jetzt damit beschäftigen, welche Bereiche Ihnen Energie geben, woher Ihre Energie kommt. Dazu malen Sie wieder einen Kreis und teilen diesen in Bereiche auf, aus denen Sie Energie beziehen. Die Größe der jeweiligen Tortenstücke spiegelt das Ausmaß der Energiequelle. Machen Sie das spontan, ohne lange nachzudenken.

Im nächsten Schritt vergleichen Sie die beiden Torten. Was fällt Ihnen auf? In welchen Bereichen möchten Sie eher Grenzen ziehen und in welchen Bereichen wollen Sie sich vielleicht mehr engagieren?«

- ▶ **N – Neues entdecken:** Die meisten Menschen haben als Kinder eine natürliche Entdeckungsfreude gezeigt, sie waren der Welt gegenüber offen und sind dafür oft Wagnisse eingegangen. Durch spätere negative Erlebnisse sind sie vielleicht zunehmend ängstlicher gegenüber Neuem und Fremden geworden.

■ Beispiel

Erwecken Sie einmal bewusst spielerisch diese kindliche Freude des Entdeckens wieder. Machen Sie einmal vieles anders als sonst: Gehen Sie auf einem anderen Weg zur Arbeit, beginnen Sie ein Gespräch mit völlig fremden Menschen, seien Sie freundlich zu einem Menschen, zu dem Sie keine gute Beziehung haben, kochen Sie ein exotisches Gericht usw. Achten Sie dabei genau darauf, was Sie wahrnehmen und wie das auf Sie wirkt, ggf. auch, was Sie daran hindert, etwas Neues zu wagen. Achten Sie auch darauf, ob Sie Erfahrungen machen, die Sie so gar nicht erwartet haben.

Neues entdecken

Instruktion: »Nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um sich an schöne Augenblicke in Ihrem Leben zu erinnern, in denen Sie verliebt waren oder eine besondere Reise gemacht haben oder einen beruflichen Neuanfang gewagt haben oder in eine neue Wohnung eingezogen sind. Wie hat sich das angefühlt, wozu kann Sie das heute ermutigen?«

- ▶ **A – Aktiv werden:** Sicher gibt es Situationen, in denen es schwerfällt, aktiv zu werden, besonders, wenn Ängste im Wege stehen. Oft kann man aber diese Situationen nur bedingt ändern. Dieses Gefühl lähmt und führt letztlich zu einem Kreislauf der Inaktivität. Es erfordert korrigierende Erfahrungen, auch wenn sie nur in kleinsten Schritten oder nur gedanklich erfolgen.

■ Beispiel

Erfolgstagebuch

Instruktion: »Legen Sie sich ein für Sie attraktives Heft oder Büchlein zu. Notieren Sie darin jeden Tag kleine oder große Erfolge in Ihrem Alltag. Besonders die kleinen Erfolge sind hier wichtig, z. B., wenn Sie überraschenderweise einen Parkplatz gefunden haben. Dazu gehören auch kleine Schritte zu den Themen Bewegung, Ernährung einschließlich wohlthuender ›Nahrung‹ für das Gehirn oder auch kleine Glücksmomente im Alltag. Schreiben Sie jeden Tag mindestens ein Wort oder eine Zeile.«

Imagination Gepäck ablegen

Instruktion: »Ich lade Sie zu einer kleinen inneren Reise ein. Machen Sie es sich bequem, schließen Sie dazu Ihre Augen und entspannen Sie sich in der für Sie angenehmen Weise ... Dann stellen Sie sich vor, dass Sie auf einer langen Wanderung unterwegs sind ... Stellen Sie sich dazu eine für Sie angenehme Landschaft vor ... Achten Sie mit allen Sinnen auf Details, die Ihnen gefallen und guttun ... vielleicht ist Ihnen die Jahreszeit oder die Tageszeit dabei wichtig ... Nach einer gewissen Zeit suchen Sie sich einen Platz, an dem Sie sich ausruhen können ... Sie finden einen

passenden Platz und lassen sich dort nieder ... Sie legen das Gepäck, das Sie dabei haben, neben sich, und genießen die Aussicht und vielleicht haben Sie auch ein Picknick zur Stärkung dabei ... Sie dürfen sich alles so ausmalen, wie es Ihnen gut tut ... Nach einer Weile des Ausruhens beschließen Sie, Ihre Wanderung fortzusetzen. Wenn Sie jetzt ihr Gepäck anschauen, überlegen Sie, was Sie davon wirklich brauchen und was Sie vielleicht auch zurücklassen wollen ... Jetzt setzen Sie mit dem Gepäck, das Sie noch mitnehmen wollen, Ihre Wanderung unbeschwert fort ...

Dann kommen Sie erfrischt und gestärkt wieder hier an, öffnen Ihre Augen, räkeln und strecken sich ein wenig und sind dann wieder ganz da.«

Nach dieser Übung ist es möglich, sich darüber auszutauschen, wie es war auf einer Wanderung unterwegs zu sein, welche Gepäckstücke zurückgelassen wurden und ob davon Impulse für reale Aktivitäten ausgehen könnten.

- **B – Bewertungen ändern:** Kognitive und emotionale Bewertungen spielen bei Angst eine zentrale Rolle (Kap. 5). »Katastrophisierende« Erwartungen und Bewertungen halten den Teufelskreis der Angst aufrecht. Das kognitive Hinterfragen dieser Bewertungen reicht oft nicht aus, um den Teufelskreis zu beenden. Reale und vorgestellte Erfahrungen mit neuen Bewertungen sind dann besonders wirksam, wenn sie möglichst auch emotional verankert werden.

Beispiel

Achten Sie einmal im Alltag darauf, ob sich eine negative Reaktion, die Sie von Kolleg:innen oder anderen Menschen erwartet haben, letztlich tatsächlich erfüllt hat. Oder überlegen Sie, wann es in Ihrem Leben eine überraschende positive Wendung gegeben hat, die Sie überhaupt nicht erwartet hatten. Stellen Sie sich die dazugehörige Situation so intensiv wie möglich mit den Bildern, Gedanken, Gefühlen und Körpergefühlen vor. Wenn Sie mögen, verankern Sie dies noch mit BLS.

Der Blick in den Spiegel

Instruktion: »Diese Übung können Sie jeden Tag nutzen, auch ohne Blick in den Spiegel beim Zähneputzen. Es geht darum, zu lernen, sich selbst Komplimente zu machen, sich selbst wahrzunehmen und sich anzuerkennen. Stellen Sie sich einen imaginären Handspiegel vor. Dazu heben Sie ihre Hand und halten sich Ihre Handinnenfläche wie einen Handspiegel vor und schauen sich darin an. Lächeln Sie sich an und machen Sie sich ein Kompliment für etwas, was Ihnen heute an sich selbst gefallen hat. Um diese Wirkung noch zu intensivieren, stellen Sie sich dazu vor, Sie hätten eine imaginäre Krone auf, die zeigt, dass Sie Ihr eigenes Reich verkörpern. Machen Sie die kleine Übung spielerisch und gerne etwas humorvoll, werfen Sie sich auch einmal einen Handkuss zu.«

- **C – Chancen erkennen:** Man sagt sehr leicht, dass Krisen auch Chancen bieten, meist ist dies in der aktuellen Situation jedoch schwer vorstellbar und stellt sich erst mit einem längeren zeitlichen Abstand heraus. Der Zwang, neue Wege gehen zu müssen und dadurch letztlich Entwicklungsschritte in Richtung Resilienz zu machen, ist manchmal schmerzlich und beschwerlich. Besonders Menschen, die in ihrem bisherigen Leben keine gravierenden Belastungen bewältigen mussten, sind neuen Belastungen gegenüber oft hilflos und überfordert. Ein »Resilienzpolster« erwirbt man primär in der erfolgreichen Bewältigung schwieriger Lebenssituationen.

■ Beispiel

Erinnern Sie sich, wann es in Ihrem Leben Situationen gab, in denen Sie das Gefühl hatten, ein wichtiges Ziel nicht erreichen zu können oder Ihnen die Erfüllung eines Wunsches verwehrt wurde. Diese hat sich im Nachhinein aber als ein Glücksfall herausgestellt, da Sie neue Schritte gehen mussten, die Sie letztlich weitergebracht haben.

Chancen erkennen

Instruktion: »Bitte denken Sie über die Aussage nach: Immer ist JETZT die beste Stunde! Was fällt Ihnen dazu ein? Wozu ermutigt Sie das?«

10.4.3 TRUST-Protokoll

Das TRUST-Protokoll ist eine ressourcenaktivierende Intervention mit dem Ziel, die Angst vor bevorstehenden Ereignissen oder auch die Bewältigung vergangener oder akuter Belastungen durch die gezielte Aktivierung von früheren Kompetenzerfahrungen besser handhaben zu können. Es geht dabei nicht darum, die Realität zu ändern, sondern darum, die Kompetenz im Umgang mit der angstvoll erlebten Gegenwart zu verbessern. Durch die Hinzunahme anderer Perspektiven und durch die Aktivierung von individuellen Ego-States, die mit Kompetenz oder Erfahrungen von Selbstwirksamkeit verbunden sind, gelingt es, in kürzester Zeit ein angstfreieres Erleben zu erreichen (Diegelmann & Isermann, 2010).

Die therapeutische Anwendung des TRUST-Protokolls erfolgt in fünf Schritten:

- (1) **Schritt 1:** Lassen Sie sich kurz das gegenwärtige Problem, die aktuell empfundene Angst, beschreiben.
»Wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet? (von 0 = gar keine Belastung bis 10 = maximale Belastung)«
- (2) **Schritt 2:** Explorieren Sie einige Eigenschaften oder Kompetenzen, die für den Umgang mit der Belastung / der Angst hilfreich und sinnvoll sein könnten und wählen sie daraus drei Eigenschaften oder Kompetenzen aus.
Hinweis: Die Suche nach passend erscheinenden Eigenschaften/Kompetenzen sollte aktiv, ggf. mit Vorschlägen unterstützt werden.

- (3) Schritt 3:** Erfragen Sie nacheinander für jede der drei Eigenschaften eine Situation, die erinnert wird, in der diese Eigenschaft oder Kompetenz in den letzten Jahren oder in der letzten Zeit erlebt wurde.

Die/Der Patient:in wird gebeten, nacheinander jede Situation/Erfahrung unter Einbeziehung aller Einzelheiten der Situation und Sinnesmodalitäten zu beschreiben, z. B. Bilder, Gerüche, Körpergefühle. Es ist wichtig, die Situation mit vielen Details anzureichern. So werden Ressourcennetzwerke umfassend stimuliert.

Fragen Sie dann nach dem Körpergefühl, das im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation, die zu der Kompetenzerfahrung aufgetaucht ist, z. B. »Wärmegefühl in der Herzgegend«.

Diese Erinnerung wird zusammen mit dem Körpergefühl – möglichst mit geschlossenen Augen – von der Patient:in selbst mithilfe von Bilateraler Stimulation (BLS) als Ressource verankert (abwechselnd rechts und links tappen/klopfen auf die Knie/Oberschenkel oder mit sog. Butterfly Hugs (Schmetterlingsumarmungen) durch Überkreuzen der Arme vor dem Brustkorb und tappen auf den Schultern/Oberarmen). Die BLS wird vorher erklärt und möglichst bereits in früheren Sitzungen zur Ressourcenverankerung, z.B. beim Wohlfühlort, genutzt.

Nach einigen Momenten bitten Sie die/den Patient:in darum, wieder die Augen zu öffnen. Fragen Sie ihn/sie nach den Körpergefühlen und ob das positive Gefühl möglicherweise noch zugenommen hat.

Dieses Procedere erfolgt nacheinander für jede der drei Eigenschaften/Kompetenzen, zu denen jeweils stärkende individuelle Erfahrungen aktiviert, im Körper gespürt und dann mit BLS verankert werden.

- (4) Schritt 4:** Validierung der neuen Erfahrung. Zur Validierung der neuen Erfahrungen wird noch einmal auf die anfängliche Belastung Bezug genommen. Es wird exploriert, was aus der jetzigen Perspektive dazu auftaucht, und es wird eine erneute Einschätzung der Belastung (0 bis 10) erfragt.

Danach ist der Belastungswert in der Regel deutlich reduziert. Durch die Aktivierung von Ego-States, die mit Bewältigungskompetenz verbunden sind, verändert sich die Wahrnehmung des Problems. Die aktuelle Belastung reduziert sich oder das Problem erscheint möglicherweise aus der Erfahrung eines anderen Blickwinkels heraus gar nicht mehr belastend.

Dieses gestärkte Kompetenzerleben wird abschließend nochmals mithilfe der Bilateralen Stimulation verankert. Falls die Belastung noch relativ hoch ist, kann auch das Finden einer weiteren passenden Eigenschaft/Kompetenz mit der entsprechenden Erfahrung weitere Ego-States aktivieren, die helfen, das Erleben der gegenwärtigen Belastung weiter zu verändern.

- (5) Schritt 5:** Symbolisierung des neuen Erlebens. Zum Abschluss bitten Sie den/die Patient:in darum, erneut die Augen zu schließen und BLS anzuwenden.

Dabei soll sie darauf achten, welches Bild, oder welche Metapher, welches Symbol oder Wort oder Motto für das neue, gestärkte Erleben spontan auftaucht.

Dies kann zukünftig als Hinweis-/Ankerreiz zur weiteren Bahnung des Kompetenzerlebens im Umgang mit der Angst oder Belastung genutzt werden. Es kann auch

angeregt werden, dies im Alltag weiterzuentwickeln, z.B. zu dem gefundenen Symbol oder der Metapher ein passendes Foto oder einen Alltagsgegenstand auszuwählen und sich damit bewusst zu verbinden.

■ Fallbeispiel • TRUST-Protokoll: Durchführung

Eine 48-jährige Logopädin befindet sich in Psychotherapie. Sie wurde von einem Patienten unterschwellig aggressiv abgewertet. Sie hat jetzt Angst davor, ihn weiter zu behandeln.

1. Schritt: Problembeschreibung

T: Bitte beschreiben Sie Ihr gegenwärtiges Problem, Ihre aktuell empfundene Angst.

P: Ich habe Angst, den Patienten wieder in meiner Praxis zu sehen und ich habe Angst davor, ihn weiter zu behandeln.

T: Wie stark belastet Sie diese Vorstellung im Moment, wenn Sie daran denken? Wobei 0 = keine Belastung darstellt und 10 = der maximale Wert der Belastung ist?

P: So etwa 7 bis 8.

2. Schritt: Eigenschaften und Kompetenzen erheben

T: Welche Eigenschaften oder Kompetenzen könnten für den Umgang mit dieser Angst hilfreich und sinnvoll sein?

P: Einfälle dazu sind Vertrauen in meine Kompetenz, Gelassenheit, Selbstbewusstsein.

3. Schritt: Aktivierung und Verankerung eigener Erfahrungen

T: Welche Erinnerung fällt Ihnen zum Thema »Vertrauen in meine Kompetenz« spontan ein? Das kann etwas aus den letzten Jahren sein oder etwas, das Sie in der letzten Zeit erlebt haben. Es muss auch gar nichts mit Ihrer beruflichen Tätigkeit zu tun haben.

P: Ich denke dabei an das oft wertschätzende Feedback anderer Patientinnen und Patienten.

T: Erinnern Sie bitte eine konkrete Situation, in der Sie ein wertschätzendes Feedback von einer Ihrer Patientinnen bekommen haben, welche Details erinnern Sie?

P: Oh, das war gerade letzte Woche, da hat sich eine 78-jährige Frau so dafür bedankt, dass ich ihr konkrete Übungen vorgeschlagen hatte, die sie anfangs als wenig effektiv eingeschätzt habe. Jetzt nach einigen Wochen merke sie, dass sie wieder viel besser atmen könne und dadurch falle ihr das Sprechen wieder leichter. Es sei wie ein Wunder, dass sie wieder sagen könne, was sie meine. Sie sagte zu mir: »Sie sind mein Engel der Zuversicht.«

T: Stellen Sie sich die Situation genau vor, mit allen Sinnen. Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an, wenn Sie daran denken?

P: Dabei wird es mir ganz warm ums Herz, es entspannt mich unmittelbar, wenn ich daran denke.

- T: Schließen Sie bitte die Augen und stellen Sie sich die Situation mit allen Sinnen vor und spüren Sie, wie Ihnen ganz warm ums Herz wird und beginnen Sie zu tappen.
- T: (nach einigen Momenten) Jetzt öffnen Sie wieder die Augen. Welche Körpergefühle spüren Sie gerade jetzt und wo im Körper nehmen Sie etwas wahr?
- P: Ich fühle mich mehr aufgerichtet, mein Kopf fühlt sich freier an.
- T: Gut, wenn Sie möchten, können Sie dieses angenehme Körpergefühl auch noch einmal mit BLS verankern.
- P: (lächelt und klopft dazu noch einige Male mit überkreuzten Armen abwechselnd rechts und links auf ihre Oberarme]
- T: Jetzt gehen wir mit der nächsten Eigenschaft weiter. Welche Erinnerung fällt Ihnen zum Thema »Gelassenheit« spontan ein? Wann fühlten Sie sich schon einmal richtig gelassen? Es kann eine frühere Erfahrung sein, die schon einige Jahre zurückliegt oder es kann auch etwas sein, was Sie erst vor kurzem erlebt haben.
- P: Oh, das ist gar nicht leicht.
- T: Okay, versuchen Sie einfach mal ohne Anstrengung ein Ereignis zu erinnern, wozu das Thema Gelassenheit passt.
- P: Ich erinnere eine Flugreise nach Mexiko. Dort angekommen fehlte mein Gepäck. Ich war zuerst voller Sorge und fühlte mich hilflos. Am Infoschalter der Fluggesellschaft erfuhr ich, dass mein Koffer wahrscheinlich in einer anderen Stadt gelandet war und ich davon ausgehen kann, dass mein Gepäck irgendwann nachkommen wird. Daraufhin beschloss ich bewusst, mich nicht weiter aufzuregen und konnte die ersten beiden Tage in Mexiko sehr genießen. Von Mitreisenden bekam ich Zahnpasta und Kleidungsstücke etc. was auch sehr lustig war und tatsächlich wurde zwei Tage später mein Koffer angeliefert.
- T: Wie fühlt es sich an, wenn Sie jetzt daran denken?
- P: Ich denke an den ersten Abend in Mexiko, wo ich mit dem T-Shirt einer Bekannten zum Abendessen ausgegangen bin. Wir haben viel gelacht und die tolle Atmosphäre genossen.
- T: Wie fühlt sich das in Ihrem Körper an?
- P: Entspannt und locker, ich fühle mich frei.
- T: Wo genau im Körper spüren Sie das Gefühl der Freiheit?
- P: Mein Brustkorb weitet sich, ich kann frei atmen.
- T: Dann schließen Sie Ihre Augen und beginnen Sie zu tappen und genießen Sie das Gefühl ...
- P: Das tut mir gut.
- T: Schön, dann gehen wir zum nächsten Punkt. Was fällt Ihnen zum Thema »Selbstbewusstsein« ein?
- P: Da denke ich an meine Entscheidung, die Ausbildung zur Logopädin zu machen. Ich hatte vorher eine sichere und gut bezahlte Stelle in einer Bank, meine damaligen Freunde hatten mir davon abgeraten, dies aufzugeben. Doch ich war mir ganz sicher in meiner Entscheidung, was sich letztlich auch als großes Glück für mich entwickelt hat.

- T: Welche konkrete Situation fällt Ihnen dazu ein?
- P: Der Tag, an dem ich meine Praxisräume als Logopädin eingeweiht habe.
- T: Welche Situation erinnern Sie da genau?
- P: Wie mich meine Freunde und Freundinnen auf der Einweihungsfeier alle beglückwünscht haben und um mich herum alles voller bunter Blumensträuße war.
- T: Wenn Sie daran denken, wo spüren Sie das in Ihrem Körper?
- P: Ich fühle mich größer, ich richte mich innerlich auf und muss lächeln.
- T: Dann genießen Sie das und verankern das mit BLS.
- P: Das fühlt sich richtig gut an.

4. Schritt: Validierung der neuen Erfahrung

- T: Wenn Sie jetzt an die Begegnung mit Ihrem Patienten in der nächsten Woche denken, wie ist das jetzt?
- P: Das ist ja verrückt, ich kann es kaum glauben, dass ich jetzt bei dem Gedanken daran keine mulmigen Gefühle mehr habe.
- T: Wie belastend ist das jetzt, daran zu denken, von 0 »keine Belastung« bis 10 »maximale Belastung«?
- P: Das ist gerade gar nicht mehr belastend, ich freue mich fast darauf.

5. Schritt: Symbolisierung des neuen Erlebens

- T: Wenn Sie für dieses neue Erleben spontan ein Symbol, eine Metapher, ein Wort oder ein Bild auftauchen lassen, was könnte das sein? Sie können dabei auch gerne die Augen schließen und tappen.
- P: (Nach kurzer Zeit öffnet die Patientin wieder ihre Augen) Da taucht spontan ein Leuchtturm auf, rot-weiß gestreift, der gibt Orientierung und Sicherheit und sieht schön aus.
- T: Wollen Sie den Leuchtturm nochmal verankern?
- P: Okay, gerne.
- T: Wenn Sie wollen, können Sie immer mal wieder an Ihren Leuchtturm denken. Vielleicht haben Sie auch ein Foto von einem solchen Leuchtturm. Dieses Symbol können Sie immer mal aktivieren, auch wenn Sie an die nächste Begegnung mit dem Patienten denken. Ich wünsche Ihnen viele gute Erfahrungen und denken Sie einfach daran: Gespürt ist gespürt.

10.4.4 TRUST-Ressourcenteam

Das Ressourcenteam wird genutzt, um Patient:innen durch die Identifikation mit anderen Ich-Anteilen (Ego-States), die durch Ressourcen repräsentiert sind, bei der Bewältigung von schwierigen emotionalen Belastungssituationen zu unterstützen. Beim

TRUST-Ressourcenteam geht es darum, die Team-Entwicklung strukturiert durchzuführen. Jede gefundene Ressource wird mit der Bilateralen Stimulation (BLS) verankert.

TRUST-Ressourcenteam im Umgang mit Angst

Instruktion: »Die Aktivierung persönlicher Ressourcen/Kraftquellen kann Sie unmittelbar darin unterstützen, neue Perspektiven im Umgang mit Ihrer Angst zu finden. Ich erkläre Ihnen, wie wir daran arbeiten, dass Sie diese neuen Erfahrungen machen können. Denken Sie bitte daran, es geht nicht darum, die Realität zu ändern, wohl aber darum, das Erleben Ihrer augenblicklichen Angst, Belastung oder Herausforderung zu verändern. Bitte beschreiben Sie mir jetzt, wozu Sie die Unterstützung durch ein Ressourcenteam gut gebrauchen können.«

Dann werden passende Ressourcen exploriert, die für diese spezifische Angst-Situation hilfreich sein können. Sie werden nacheinander im Dialog, quasi »entdeckt«. Beispiele für Ressourcen: Schutzengel / Symbol für Innere Weisheit / trustKarte als Fokus / Wohlfühlort / Natur/ Innere Helfer / Krafttier / ein Familienmitglied oder eine Freundin usw.

Insgesamt hat es sich bewährt, mindestens drei unterschiedliche Ressourcenteam-Mitglieder zu finden. Diese werden dann einzeln jeweils mit Bilateraler Stimulation (Tapping) verankert (entweder durch den/die Therapeut:in oder durch den/die Patient:in selbst). Zum Schluss werden alle Ressourcen als gesamtes »Team« etabliert und ebenfalls mit BLS verankert.

10

Die einzelnen Schritte der Ressourcenteam-Übung

(1) Beschreibung der gegenwärtigen Angst

Der/Die Patient:in beschreibt eine gegenwärtige Angst/Belastung/Lebenssituation, in der eine Unterstützung durch ein Ressourcenteam gebraucht wird.

(2) Testen der Bilateralen Stimulation (BLS)

Das Ressourcenteam kann selbstverständlich auch ohne BLS zusammengestellt werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Verankerung der Ressourcen durch den/die Therapeut:in eine besonders stärkende Wirkung entfaltet. Dazu sitzen sich Therapeut:in und Klient:in gegenüber und der/die Therapeut:in fragt zu Beginn, ob es okay ist, die Knie der/des Klient:in zur Anwendung der BLS zu berühren. Verschiedene Aspekte der BLS werden »getestet«: Geschwindigkeit, Stärke des Klopfens, oben auf den Knien oder seitlich. Der/Die Klient:in kann die BLS selbstverständlich auch selbst bei sich anwenden.

(3) Exploration von drei hilfreichen Ressourcen und Verankerung mit Bilateraler Stimulation

Es werden insgesamt drei Ressourcen (»Teammitglieder«) exploriert, die für den Umgang mit der Angst/Belastung/Lebenssituation hilfreich und sinnvoll erscheinen. Diese werden nacheinander exploriert, von dem/der Therapeut:in notiert und

nacheinander mit BLS verankert. Hinweis: Es ist hilfreich, die Suche nach passend erscheinenden Ressourcen aktiv zu unterstützen und offene, ermutigende Anregungen dazu auszusprechen. Bei der Verankerung kann der/die Therapeut:in dazu auffordern, das Stärkende des jeweiligen Ressourcenteam-Mitglieds mit allen Sinnen zu spüren. Hinweis: Es ist wichtig, die einzelnen Ressourcen mit vielen Details zu beschreiben. Dadurch wird das Ressourcennetzwerk maximal stimuliert.

- (4) Validierung der neuen Erfahrung / Verankerung des gesamten Ressourcenteams
Zum Schluss wird das gesamte Ressourcenteam nochmals mit BLS verankert. Der/Die Therapeut:in benennt hierzu alle Ressourcen nacheinander anhand ihrer Notizen. Durch die Aktivierung von Ego-States, die mit Bewältigungskompetenz verbunden sind, verändert sich meist unmittelbar die Wahrnehmung der Angst. Dieses gestärkte Kompetenzerleben wird abschließend nochmals mit BLS verankert. Falls die Belastung immer noch relativ hoch ist, kann auch eine weitere Ressource symbolhafte Ego-States aktivieren, die das Erleben der gegenwärtigen Angst/Belastung weiter verändern.

- (5) Abschluss und ggf. Symbolisierung des neuen Erlebens
Zum Abschluss ermutigt der/die Therapeut:in noch dazu, spontan ein Motto, ein Symbol oder ein Wort für das gesamte Ressourcenteam (z. B. das »Fühlt-sich-gut-an-Team«) zu finden. Dies kann dann als Ankerreiz in der konkreten Situation oder auch zwischendurch zur weiteren Bahnung des Kompetenzerlebens und der Erfahrung von Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Angst genutzt werden. Diese Symbolisierung der neuen Erfahrung kann abschließend nochmals durch bilaterale Stimulation verankert werden.

Hinweis: Bitte denken Sie daran, dass in Angst- oder extremen Belastungssituationen die Exploration und Stärkung durch ein Ressourcenteam besonders achtsam und liebevoll mit Respekt, Neugier und Freude am hilfreichen Perspektivenwechsel erfolgen sollte.

■ Fallbeispiel • TRUST-Ressourcenteam

Herr E., ein 39-jähriger Patient (P), berichtet von starken, plötzlich auftretenden Angstzuständen und Beklemmungsgefühlen mit Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Luftnot und Todesangst bei dem Gedanken an eine notwendige onkologische Nachuntersuchung. Er vermeide deshalb bereits seit längerer Zeit, einen Termin dazu auszumachen.

(1) Beschreibung der gegenwärtigen Angst

T: Für welche Situation können Sie die Unterstützung durch ein Ressourcen-Team gut gebrauchen?

P: Ich schaffe es nicht, bei meinem Onkologen anzurufen, um mir einen Termin für meine onkologische Nachuntersuchung geben zu lassen.

(2) Testen der Bilateralen Stimulation

BLS: bereits in früheren Sitzungen angewandt, daher wird hier lediglich auf diese frühere Anwendung Bezug genommen.

(3) Exploration von drei hilfreichen Ressourcen und Verankerung mit Bilateraler Stimulation

- T: Wir suchen jetzt gemeinsam ein passendes Ressourcenteam, das Sie dabei unterstützen kann, den Anruf bei Ihrem Onkologen durchzuführen. Jedes von Ihnen gefundene Mitglied Ihres Ressourcenteams können Sie dann mit BLS und geschlossenen Augen verankern. Was könnte Sie dabei unterstützen?
- P: Ich könnte mir vorstellen, mein innerer Helfer, der »Esel Max«, steht neben mir und stupst mich an.
- T: Auf welcher Seite von Ihnen steht denn der Max?
- P: So rechts neben mir.
- T: Okay, beschreiben Sie mir ein wenig, wie er aussieht.
- P: Er hat große Ohren, treue Augen und lächelt mich an.
- T: Können Sie auch erkennen, welche Farbe er hat? Ist er grau oder vielleicht sogar bunt?
- P: Ach ja, er könnte auch bunt sein.
- T: Okay, dann stellen Sie sich bitte Ihren Esel Max so vor, wie er Sie anlächelt und rechts neben Ihnen steht und Sie anstupst. Schließen Sie Ihre Augen und verankern Sie das mit BLS.
- P: (öffnet die Augen, grinst) So ein bunter Esel ist wirklich lustig.
- T: Prima, jetzt suchen wir ein zweites Ressourcenteam- Mitglied, das Sie unterstützen kann.
- P: Da fällt mir mein Chef Andreas ein, der ist immer ganz pragmatisch und zuversichtlich.
- T: Dann stellen Sie sich Andreas so vor, wie er pragmatisch und zuversichtlich ist, wo wollen Sie sich ihn vorstellen: Vor sich, hinter sich oder neben sich?
- P: Er sitzt mir am Schreibtisch gegenüber und sagt: Auf geht 's!
- T: Dann verankern Sie dies mit geschlossenen Augen mit BLS.
- P: Das fühlt sich gut an.
- T: Was wäre denn noch hilfreich?
- P: Vielleicht Harry Potter, der hat für alles eine Lösung.
- T: Okay, wo soll der sein?
- P: Der sitzt auf meiner linken Schulter und flüstert mir ins Ohr: Alles wird gut.
- T: Dann verankern Sie auch bitte Harry Potter, wie er auf Ihrer linken Schulter sitzt.
- P: Das geht prima, ich stelle mir vor, er hat auch noch einen Zauberstab, den er mir in die Hand gibt.

(4) Validierung der neuen Erfahrung / Verankerung des gesamten Ressourcenteams

T: Zum Abschluss bitte ich Sie, dass Sie sich alle drei Ressourcen gemeinsam als Team vorstellen, rechts von Ihnen den Esel Max, vor Ihnen sitzt Andreas und auf Ihrer linken Schulter Harry Potter mit dem Zauberstab. Wenn Sie dies spüren, beginnen Sie mit geschlossenen Augen Ihr Ressourcen-Team mit BLS zu verankern.

P: Das ist ein sehr gutes Gefühl.

(5) Abschluss und ggf. Symbolisierung des neuen Erlebens

T: Fällt Ihnen spontan ein Name für Ihr Team ein?

P: Vielleicht mein »Power-Team«.

T: Okay, dann stellen Sie Sie sich vor, dass Sie den Anruf durchführen und dabei von Ihrem Power-Team begleitet werden.

P: Ich bin gespannt, ob das funktioniert.

T: Davon können Sie ausgehen. Berichten Sie mir in der nächsten Woche davon.

Reflexion

Eine Woche später berichtet Herr E. in der Therapiesitzung davon, dass er es kaum glauben konnte, wie stark ihn sein »Power-Team« in mehrfacher Hinsicht unterstützt habe. Er habe gleich am nächsten Tag angerufen und überraschenderweise schon zwei Tage später einen Termin bekommen, da kurzfristig durch die Absage eines anderen Patienten, der als Corona-Kontaktperson in Quarantäne war, ihm dieser Termin angeboten worden war. Auf dem Weg zur Untersuchung habe er immer mal wieder an sein »Power-Team« gedacht und allein das Denken an die drei Teammitglieder habe ihm geholfen, relativ ruhig zu bleiben. Und jetzt sei er komplett erleichtert, da bei ihm alles okay sei. Er könne sich sogar vorstellen, zukünftig immer mal sein »Power-Team« um Rat zu fragen, wenn er aufkommende Angstgefühle spüre.

10.4.5 Body Scan zur Neuorientierung im Umgang mit Angst

Die Arbeit mit dem Body Scan ist ein kreativer Weg, der neue Erfahrungen mit Ängsten, Sorgen oder Belastungen anregt. Über die Identifikation mit dem eigenen Körper entsteht ein ungewohnter neuer Erfahrungsraum auf der Bildebene. Das Malen mit Wachsmalstiften wirkt oftmals wie eine »eingebaute« Distanzierung zu den Belastungen. Die therapeutische Begleitung währenddessen wirkt wie eine Validierung des inneren Erlebens, die durch die nicht wertende Aufmerksamkeit des/der Therapeut:in im Außenraum repräsentiert ist. Durch die explizite Aufforderung, nach einem ersten gemalten Body Scan ein weiteres Bild entstehen zu lassen, erweitert die Perspektive im Umgang mit der Angst. Die Erlaubnis, angenehme und wohltuende Erfahrungen für den belaste-

ten Körper zu spüren, weckt gleichzeitig ressourcenorientierte Handlungsimpulse für die Zukunft.

■ Übung • Body Scan

Instruktion: »Ich möchte Ihnen eine Übung vorschlagen, die Ihnen dabei helfen kann, wieder neue Ideen oder einen hilfreichen Fokus im Umgang mit Ihrer Angst für die nächste Zeit zu bekommen. Die Übung erfolgt in mehreren Schritten. Sie bekommen dazu als erstes ein großes Zeichenblock-Blatt (DIN A3) und Wachsmalcreide zum Malen. Es geht darum, in einem spontanen Prozess einen neuen Blick auf Ihre Angst zu bekommen, worüber wir uns dann austauschen können.

Im ersten Schritt lassen Sie in Ihren Gedanken eine Vorstellung von Ihrem Körperumriss entstehen. Diesen Körperumriss malen Sie dann bitte spontan mit einer Farbe auf das Blatt. So entstehen eine Innenfläche und eine Außenfläche auf dem Papier.

Im nächsten Schritt gestalten Sie die Innenfläche. Sie können mit Farben oder mit Symbolen oder mit Worten dort spontan Ihre Angst darstellen.«

Der/Die Therapeut:in begleitet diesen Gestaltungs-/Malprozess aufmerksam, aber zurückhaltend, ohne Kommentare und Nachfragen. Im dritten Schritt bittet die Therapeut:in darum, das erste Bild zur Seite zu legen und reicht ein neues Blatt.

»Schließen Sie bitte jetzt Ihre Augen, beginnen Sie zu tappen (BLS) und lassen Sie dabei eine Vorstellung auftauchen, was für diesen, Ihren Körper (noch) angenehmer wäre, was Sie gut gebrauchen können. Das kann wieder ein Körperbild sein, aber auch etwas ganz anderes. Das was spontan aufgetaucht ist, malen Sie dann auf das neue Blatt.«

10

Zum Abschluss können beide Bilder nebeneinandergelegt werden und es können dazu (nicht deutende) Assoziationen und Erfahrungen ausgetauscht werden. Durch den Malprozess entsteht oft spontan ein neuer Raum für bisher möglicherweise unbewusste Ressourcen oder Bedürfnisse (Diegelmann, 2007).

■ Fallbeispiel • Body Scan

Herr V., 63 Jahre, pensionierter Lehrer, gibt an, er sei ständig besorgt und befürchte, einen Herzinfarkt zu bekommen. Er leide seit Jahren unter Ängsten, dass jederzeit ein Unglück passieren könne. Außerdem leide er unter depressiven Phasen mit ausgeprägtem Rückzugsverhalten und Selbstabwertung. Mehrere medizinische Kontrolluntersuchungen hätten keine Ursachen für seine Ängste feststellen können. Das gleichzeitige Bestehen von Angst und depressiver Stimmung habe ihn jahrelang begleitet. Er habe sein ganzes Leben immer als Pflichterfüllung gesehen, für seine Familie da zu sein und habe sich selbst gar nicht in seinen Bedürfnissen gespürt.

Von der Verhaltenstherapie konnte er bereits nach kurzer Zeit profitieren, seine depressive Symptomatik hat sich verbessert. Er hat beispielsweise Verhaltensexperimente erfolgreich durchgeführt, z. B. allein in ein Café gehen, sich mit früheren Kolleg:innen zum Kochen verabreden, Reisen planen und durchführen. Seine Angst, dass ihm oder seiner Ehefrau etwas Schlimmes (Herzinfarkt, Verkehrsunfall) passieren könnte, trat jedoch immer wieder auf.

Mit dem Body Scan bekam Herr V. die Gelegenheit, sich einmal in distanzierter, kreativer Distanz mit seinen Ängsten in der Therapie zu beschäftigen mit dem Ziel, dass er in Kontakt zu einer neuen Sichtweise kommt. Durch eine ungewohnte Perspektive auf seine Ängste konnte er neue Verhaltensimpulse bekommen. Herr V., der sehr rational und leistungsorientiert neue Herausforderungen angeht, konnte sich erstaunlich gut auf den Malprozess einlassen. Es war auch wichtig zu betonen, dass es nicht darauf ankomme, »gut« zu malen, sondern eher darauf, was er beim Malen spüre.

Im ersten Body Scan hat er als Körperumriss lediglich den Umriss seines Oberkörpers (kastenförmig) mit Kopf dargestellt. In der Innenfläche hat er seine Ängste dargestellt: im Herzbereich eine rote, pfeilartige Stelle, wie eine große Wunde (Symbol für seine Herzinfarkt-Angst), und im Kopf seine sorgenvollen Gedanken (unstrukturierte blassrote Striche). Die Arme sind farblich (blau) markiert, aber nicht vom Körper abgesetzt. Es gibt weder Hände noch Unterleib und keine Beine und Füße.

Beim zweiten Body-Scan (T: »Was brauchen Sie, was würde diesem Körper guttun?«), beginnt er zu tapen (BLS) und nach kurzer Zeit malt er ganz versunken ein eiförmiges, kokonartiges Wesen, fast wie ein Embryo in hellgelber Farbe, mit großem Leib mit Armen und kleinen Baby-Füßen und einem Kopf. Die Innenfläche des Körpers malt er mit zarten Strichen flächig in gelb, blau und hellrosa aus.

Zum Abschluss wurden die beiden Body-Scans nebeneinandergelegt. Im Austausch darüber sagt der Patient noch ganz ergriffen: »Die Arbeit mit dem Body Scan hat mich erstmals spüren lassen, dass ich einen Körper habe, der liebevoll wie ein Baby umsorgt sein will.«

In den nachfolgenden Sitzungen berichtete Herr V. von zunehmend mehr Selbstvertrauen und der Freude an Achtsamkeit im Alltag. So berichtete er, wie er jetzt z. B. mit Freude eine neue Tube Zahnpasta öffne und genussvoll die erste Portion auf die Zahnbürste drücke. Das hätte er nie geglaubt, dass er mit sich allein Glück spüren könne. Die Vorstellung von der Unbeholfenheit und Unschuld eines Babys hätten ihn sehr ermutigt, mehr Nachsicht mit sich und seinen Bedürfnissen zu entwickeln.

Die angstvolle Sorge um sich und seine Ehefrau hat sich im weiteren Verlauf gewandelt in eine liebevolle, selbstfürsorgliche Alltagsgestaltung mit Achtsamkeit für kleine Momente ohne Leistungsanspruch.

10.4.6 RESILIENZ-Schatzkiste

Das Erleben von Resilienz ändert sich fortlaufend im Leben. Angst kann Impulse geben, die eigene Resilienz zu stärken und zu einer Erweiterung des Verhaltensrepertoires beitragen. Die Beschäftigung mit der RESILIENZ-Schatzkiste kann Patient:innen dafür sensibilisieren, was sie in Ihrem Leben bereits an Erfahrungsschätzen gesammelt haben. Den Inhalt ihrer Schatzkiste können sie für einen konstruktiven Umgang mit ihrer Angst, quasi als Backup, nutzen. Um die RESILIENZ-Schatzkiste zu füllen, brauchen Patient:innen etwas Zeit zur Reflexion. Sie können dazu Ihr Leben in größeren Abschnitten betrachten und dabei Erfahrungsschätze sammeln, die ihnen wichtig sind.

Dazu wird ein schönes Heft oder Blatt Papier genommen und die einzelnen Buchstaben des Wortes RESILIENZ untereinander geschrieben oder gemalt – oder jeweils auf eine Seite.

Dann sammeln die Patient:innen zu jedem Begriff eigene Erfahrungen oder Assoziationen.

- ▶ **Ressourcen:** Welche Kraftquellen kenne ich?
- ▶ **Entspannung:** Welche Möglichkeiten der Entspannung kenne ich und nutze ich?
- ▶ **Soziale Kontakte:** Wer oder was fällt mir dazu ein?
- ▶ **Imagination:** Welche stärkenden inneren Bilder fallen mir ein?
- ▶ **Liebe/Selbstliebe:** Mit wem oder mit was fühle ich mich liebevoll verbunden? Was mag ich an mir?
- ▶ **Innehalten:** Welche Momente oder Rituale schenken mir im Alltag kleine Auszeiten?
- ▶ **Enthusiasmus:** Was begeistert mich? Wofür engagiere ich mich mit Freude?
- ▶ **Natur:** Welche schönen Naturerfahrungen fallen mir ein?
- ▶ **Zeit:** Wofür nehme ich mir Zeit? Welche stärkenden Lebenszeiten fallen mir ein?

Variation: Die Patient:innen können sich auch in einem zweiten Schritt damit beschäftigen, was sie gern in fünf Jahren in Ihrer RESILIENZ-Schatzkiste zusätzlich haben möchten. Anschließend soll erspürt werden, was sie heute dafür tun können, dass dies auch möglich werden kann.

10.4.7 TRUST-Resilienzfragebogen (RF-15)

Im TRUST-Resilienzfragebogen (RF-15) wird mit 15 Items die Aufmerksamkeit auf resilienzfördernde Aspekte im Alltag gelenkt. Die Zusammenstellung der Items ist an den Konzepten von Salutogenese, Resilienz und Positiver Psychologie orientiert. Man kann von 0 (= gar nicht) bis 10 (= sehr) ankreuzen, wie das aktuelle Wohlbefinden in den jeweiligen Bereichen ist und darüber ins Gespräch kommen. Der Fragebogen dient nicht der Diagnostik, sondern soll Impulse für verschiedene Resilienzquellen geben.



In diesem Fragebogen geht es um die psychische Widerstandskraft (Resilienz) im Alltag. Ihre Aufmerksamkeit soll damit auf resilienzfördernde Aspekte gelenkt werden. Wir wünschen Ihnen interessante Erfahrungen damit. **Instruktion:** Bitte geben Sie an, wie Ihr momentanes Wohlbefinden in den nachfolgend genannten Bereichen ist (von 0 = gar nicht bis 10 = sehr). Stellen Sie sich dabei in etwa den Zeitraum der letzten Woche, einschließlich heute vor.

Kreuzen Sie bitte spontan für jeden Bereich die am ehesten zutreffende Zahl an.

		gar nicht										sehr
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
✍	(1) Ich kann mich freuen.	<input type="checkbox"/>										
	(2) Ich fühle mich mit anderen verbunden.	<input type="checkbox"/>										
	(3) Ich vertraue auf »etwas Höheres«.	<input type="checkbox"/>										
	(4) Ich kann verschiedene Perspektiven einnehmen.	<input type="checkbox"/>										
	(5) Ich kann mein Leben genießen.	<input type="checkbox"/>										
	(6) Ich kann auf Anforderungen flexibel reagieren.	<input type="checkbox"/>										
	(7) Ich bin entschlossen und freudig.	<input type="checkbox"/>										
	(8) Ich bewege mich ausreichend.	<input type="checkbox"/>										
	(9) Ich ernähre mich gut.	<input type="checkbox"/>										
	(10) Ich kann auf mein Leben Einfluss nehmen.	<input type="checkbox"/>										
	(11) Ich blicke hoffnungsvoll in meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>										

Abbildung 10.4 Auszug aus dem TRUST-Resilienzfragebogen (RF-15)

11

Traumatherapeutische Ansätze und Interventionen für den Umgang mit Angst

- 11.1 Spezifische Interventionen zur Stärkung der Affektregulation
- 11.2 Traumabearbeitung mit Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- 11.3 Kreative Angstkonfrontation mit Conflict Imagination Painting and Bilateral Stimulation (CIPBS)
- 11.4 Mitgeföhls- und Ressourcenorientierte Traumabearbeitung mit Psychodynamisch Imaginativer Traumatherapie (PITT)
- 11.5 Alternative Bewältigungsbilder anregen mit Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT)
- 11.6 Körpererinnerungen integrieren mit Somatic Experiencing (SE)

Die Psychotraumatologie und die Psychotraumatherapie haben seit einigen Jahren einen wichtigen Einfluss auch auf andere psychotherapeutische Verfahren und Ansätze. Besonders auch für die Behandlung von Angststörungen und einer Vielzahl sonstiger Angst-Symptome können die Impulse aus der Traumatherapie hilfreich sein.

Es gibt einen grundsätzlichen Unterschied in der Behandlung von Traumafolgestörungen zur Behandlung der meisten anderen psychischen Störungen und Symptomen. Jeder psychisch gesunde und stabile Mensch kann nach einem einzigen Trauma diese Symptome entwickeln. Die meisten Betroffenen haben zudem – sofern es sich nicht um komplexe Traumatisierungen aus der Kindheit handelt – in ihrem Leben einen stabilen »Ressourcen- und Resilienz-Schatz« erworben, der sich in der psychotherapeutischen Arbeit gut nutzen lässt. Dadurch können in diesen Fällen Therapien auch teilweise – trotz anfänglich extremer Symptomatik – relativ kurz sein. Entsprechend gibt es Unterschiede in der Behandlung von Menschen mit einer »einfachen« Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gegenüber denjenigen mit einer komplexen PTBS. Dafür gibt es in der ICD-11 eine neue diagnostische Kategorie: die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS). Hierbei liegt der Schwerpunkt der Behandlung zusätzlich zur Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse auf Techniken zur Emotionsregulation und auf der Bearbeitung von Bindungsproblemen.

Nach der S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ist die traumafokussierte Psychotherapie die Behandlung erster Wahl bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (Schäfer et al., 2019). Diese sollte jeder:r Patient:in mit einer PTBS angeboten werden.

■ Wichtig

Wenn ein Trauma die Ursache für eine Angst-Symptomatik ist, muss demnach eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden.

Der Schwerpunkt liegt hier auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis bzw. seiner Bedeutung. Anerkannte Verfahren sind dabei einerseits verschiedene Verfahren der Traumafokussierten Kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT) und andererseits EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Daneben gibt es eine Reihe weiterer traumafokussierter Verfahren, die sich in der Praxis bewährt haben, aber für die es bisher noch keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz gibt wie z. B. PITT, Metakognitive Therapie oder IRRT.

Darüber hinaus spielen nicht-traumafokussierte Interventionen eine wichtige Rolle in der Traumatherapie. Hierbei handelt es sich nicht primär um Interventionen zur Traumakonfrontation, sondern beispielsweise um Techniken zur Emotionsregulation, die auch in der Behandlung von Angststörungen hilfreich sind.

11.1 Spezifische Interventionen zur Stärkung der Affektregulation

Für den Umgang mit Angst-Symptomen können auch die in der Traumatherapie etablierten Interventionen hervorragend zur Affektregulation genutzt werden.

Der Schwerpunkt dieser Ansätze liegt auf der Vermittlung von Fertigkeiten der Affektregulation, des Umgangs mit posttraumatischen Belastungssymptomen oder der Lösung aktueller Probleme. Dazu zählen Techniken zur Entspannung, Gedankenstopp, Kognitive Umstrukturierung, die Vorbereitung auf einen Stressor, Rollenspiele oder das sogenannte Skills-Training.

Skills-Training

In der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan (2015) ist das Skills-Training ein fundamentaler Baustein, um Veränderungsprozesse in der Behandlung besonders von Borderline- und komplex traumatisierten Patient:innen zu ermöglichen. Das übergeordnete Ziel von DBT-Skills-Trainings ist es, Menschen konkret zu helfen, problematische Verhaltensweisen, Emotionen und Beziehungsmuster zu verändern.

Das sehr umfassende, strukturierte Behandlungsprogramm beinhaltet u. a. fünf Module mit folgenden Schwerpunkten: Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten und Selbstwert. Zu jedem dieser Bereiche werden konkrete Skills erlernt.

Übungen zur Achtsamkeit

Achtsamkeit kann man überall praktizieren, ob beim Geschirr spülen, gehen, essen usw. Es empfiehlt sich, zunächst mit ganz einfachen Übungen zu beginnen, die sich auf die fünf Sinne beziehen (Bohus & Wolf 2021). Übungen zum Wahrnehmen sind beispielsweise: Geräusche von draußen oder im Raum wahrnehmen, Geschmack von Kaffee,

Obst oder Kräutern bewusst wahrnehmen oder wahrnehmen, welche Körperhaltung man einnimmt, wenn man auf einem Stuhl sitzt.

Rosinen-Übung. Eine klassische Übung der Achtsamkeit ist die Rosinen-Übung. Hier geht es darum, eine Rosine mit allen fünf Sinnen wahrzunehmen. Zunächst wird eine Rosine ohne Ablenkung betrachtet, man kann dabei auf die Farbe oder die Form der Rosine achten, man kann die Rosine dann auch einmal achtsam mit den Fingerkuppen ertasten oder bevor man Sie in den Mund nimmt, erstmal an der Rosine riechen oder an ihr lecken. Die nächsten achtsamen Erfahrungen entstehen beim Ertasten mit der Zunge, dem langsamen Draufbeißen, dabei auf die Geräusche im Mund achten, bevor man sie dann wirklich herunterschluckt. Dann kann man dem Geschmack der Rosine noch nachspüren.

Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) – Narrative Story Telling (NST)

Im Umgang mit Ängsten kann die Anwendung spezifischer Skills die Voraussetzung schaffen, um im »window of tolerance« (Abschn. 12.4, Siegel, 2015) neue Erfahrungen zu machen.

Das Therapieprogramm von Maryléne Cloitre wurde vor allem für die Behandlung von Erwachsenen entwickelt, die in der Kindheit sexuellen Missbrauch oder Misshandlung erlebt haben. In der ersten Behandlungsphase werden zahlreiche Skills zur Affektregulation und zur Bearbeitung dysfunktionaler interpersoneller Schemata systematisch erarbeitet (STAIR). In der zweiten Behandlungsphase werden traumatische Erinnerungen schrittweise mithilfe narrativer Verfahren sortiert und integriert (NST).

Das Vorgehen mit STAIR-NST fokussiert auf vier Bereiche:

- (1) Förderung der emotionalen Wahrnehmung
- (2) Stärkung der Fähigkeit zur Emotionsregulation
- (3) Identifizierung und Veränderung von maladaptiven interpersonellen Mustern
- (4) Verbesserung interpersoneller Flexibilität

Das Vorgehen umfasst acht Sitzungen mit STAIR und maximal acht Sitzungen mit NST (Cloitre & Schmidt, 2015).

Viele praktische Elemente, wie z.B. die Arbeit mit Gefühlsprotokollen, einem Gefühlstagebuch oder einem Gefühlsrad sind hilfreich, um Gefühle kennen und unterscheiden zu lernen. Dies zielt auf eine Verbesserung der Selbstwahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit, was für den Umgang mit Ängsten hilfreich ist.

Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS)

Diese Technik aus der Traumatherapie wird häufig zur Vorbereitung auf eine Traumakonfrontation genutzt (Rost, 2008). Das Vorgehen bietet sich auch hervorragend zum Umgang mit akuten, überflutenden Angstsymptomen an. In solchen Situationen kann man mithilfe dieser einfachen Technik lernen, die Kontrolle zu behalten.

Es geht dabei darum, kurze Sequenzen (zwischen 3 und 10 Sekunden) mit geschlossenen Augen an die Angst, das Trauma oder die Belastung zu denken und dann wieder um die Reorientierung in der Gegenwart. Dieser Wechsel von Sekunden-Konfrontation in Gedanken und Reorientierung in der Gegenwart erfolgt dreimal nacheinander.

Der/Die Therapeut:in fragt bei jedem der drei Durchgänge danach, wie lange der/die Patient:in diesmal an die Angst denken will. Während dieser Kurzkonfrontation zählt der/die Therapeut:in laut die Sekunden. Länger ist nicht besser, es bleibt jeweils eine freie Entscheidung.

Zur Reorientierung in der Gegenwart werden die Augen wieder geöffnet und der/die Patient:in soll etwa vier bis fünf Gegenstände im Raum laut beschreiben (z. B.: Ich sehe eine Stehlampe, ich sehe den blauen Teppichboden, ich sehe das Bücherregal etc.). Es ist auch möglich, mehrfach dieselben Gegenstände zu benennen.

Die Wahrnehmung der Gegenwart wird jeweils von dem/der Patient:in mit kurzer Bilateraler Stimulation (BLS) selbst verankert. Dieses Vorgehen stärkt das Kontrollgefühl im Umgang mit Ängsten.

11.2 Traumabearbeitung mit Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR (Shapiro, 2001) wird sowohl nach der deutschen S3-Leitlinie »Posttraumatische Belastungsstörung« (PTBS) als auch nach den internationalen Leitlinien als einzige traumafokussierte Intervention neben der traumafokussierten Kognitiven Verhaltenstherapie empfohlen (Schäfer et al., 2019).

EMDR ist ein methodenintegratives, manualisiertes Psychotherapieverfahren mit acht Behandlungsphasen, die dem 3-phasigen traumaspezifischen Vorgehen von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Neuorientierung entsprechen.

EMDR wird üblicherweise im Rahmen der gängigen Richtlinienverfahren angewandt. Eine EMDR-Therapie beinhaltet Elemente aus verschiedenen therapeutischen Ansätzen, u. a. freie Assoziation, Prozesse auf bildlicher, körperlicher, imaginativer und kognitiver Ebene. Das von Shapiro postulierte AIP-Modell (Adaptive Information Processing) geht von einem neuronalen Informationsverarbeitungssystem aus, das neue Erfahrungen in das bestehende Netzwerk von Gedanken, Bildern, Gefühlen und Körperempfindungen einpasst. Wenn jedoch eine neue Erfahrung, z. B. ein Trauma, inadäquat verarbeitet wird, kann es zu Blockaden und damit zu Symptomen, z. B. von Wiedererleben bei bestimmten Triggern führen.

Die Traumakonfrontation mit EMDR und der dabei angewandten Bilateralen Stimulation (BLS) erleichtert den Prozess der Verarbeitung und Integration der traumatischen Erinnerung. Außer der traumatischen Erinnerung beinhaltet EMDR auch die Bearbeitung von gegenwärtigen traumaassoziierten Triggern und von auf dem Trauma basierenden Zukunftsängsten.

EMDR besteht aus acht Phasen:

- (1) Anamnese
- (2) Vorbereitung, Stabilisierung
- (3) Bewertung
- (4) Durcharbeitung, Prozessieren
- (5) Verankerung der positiven Kognition

- (6) Körpertest
- (7) Abschluss
- (8) Überprüfung

In der Phase 4, der eigentlichen Traumakonfrontation, wird die für EMDR charakteristische Bilaterale Stimulation (BLS) eingesetzt in Form von Augenbewegungen, taktilen oder akustischen Reizen. Die BLS soll dabei die Aktivierung des Informationsverarbeitungssystems bewirken und damit letztlich die durch den traumatischen Stress bedingten Blockaden der Informationsverarbeitung auflösen und die Integration des Erlebten erleichtern. Dabei tauchen üblicherweise in rascher Folge Assoziationsketten auf, die verschiedene »Kanäle«: Bilder, Emotionen, Einsichten, Körpergefühle etc. beinhalten, welche in dem jeweils aktualisierten neuronalen »Trauma-/Angstnetzwerk« gespeichert sind.

Im EMDR kommt es in diesem Prozess in der Regel zu einer adaptiven Integration des traumatischen Erlebens. Man nimmt an, dass durch Aufhebung der Blockaden ein natürlicher Prozess einsetzt, der im Verlauf neue, adaptive Perspektiven ermöglicht.

Im Vertrauen auf diesen natürlichen »Selbsteilungsprozess« wird in der eigentlichen Konfrontationsphase durch Therapeut:innen kaum interveniert. Zunächst wird das »Trauma-/Angstnetzwerk« maximal stimuliert,

- ▶ ausgehend vom schlimmsten Moment des Ereignisses (»wie die Gruppe von Jugendlichen direkt auf mich zukommt«),
- ▶ mit dem dazugehörigen Bild (»der Anführer mit dem Messer direkt vor meinem Gesicht«),
- ▶ der Emotion (»Panik, Todesangst«),
- ▶ der Lokalisation im Körper (»es schnürt mir die Kehle zu«) und
- ▶ einem dazu auftauchenden Glaubenssatz, der negativen Kognition (»Ich bin verloren«).

Modifikation nach Parnell, 2007

Darauf folgt unmittelbar die BLS, lediglich unterbrochen von kurzen Bemerkungen, wie »Gehen Sie dem nach« oder »Gehen Sie damit weiter«. Nur wenn dieser assoziative Prozess ins Stocken gerät, wird versucht, den Prozess wieder weiterlaufen zu lassen. Dazu können beispielsweise kognitive oder imaginative »Einwebungen« dienen. Es ist nicht notwendig, dass der/die Therapeut:in genau weiß, was in den einzelnen Sequenzen auftaucht, es soll weder nachgefragt noch kommentiert oder gedeutet, sondern nur der Prozess in Gang gehalten werden.

Natürlich beinhaltet eine EMDR-Therapie sehr viel mehr Elemente. Aber dieser zentrale Prozess, bei dem in natürlicher Weise spontan Emotionen, Körpergefühle, Affektbrücken zu anderen Ereignissen, schließlich Einsichten und dergleichen auftauchen, kennzeichnet das Verfahren, bei dem all diese Ebenen auf natürliche Weise gemeinsam angesprochen und integriert werden.

EMDR zeichnet sich auch dadurch aus, dass das Trauma nicht in allen Details aktiviert und wiedererlebt werden muss. Sogar in Fällen, in denen keine konkrete Erinnerung existiert, kann mit EMDR, z. B. ausgehend von einem Körpergefühl, gearbeitet werden.

■ Tipp

Zu EMDR gibt es inzwischen umfangreiche Literatur und auch Spezial-»Protokolle« für verschiedene Störungen oder Symptome, beispielsweise für einfache Phobien, Prozessphobien oder soziale Angststörungen.

EMDR wurde zu Beginn überwiegend sehr »technisch« gelehrt und angewandt, nicht zuletzt, weil Francine Shapiro Verhaltenstherapeutin war, aber auch aus forschungstechnischen Gründen, weil sich der Ansatz erst behaupten musste. Aber gerade in der therapeutischen Arbeit mit in der Kindheit traumatisierten Menschen zeigt sich das Potenzial dieser Methode. Dabei kommt einer vertrauensvollen und Sicherheit gebenden therapeutischen Beziehung und einer ressourcenorientierten Grundhaltung eine zentrale Rolle zu (Parnell, 2003, 2007).

11.3 Kreative Angstkonfrontation mit Conflict Imagination Painting and Bilateral Stimulation (CIPBS)

Erfolgreiche Trauma-, Angst- und Krisenbewältigung bedeutet, ohne überflutenden Distress in der Gegenwart wieder handlungsfähig zu werden und zu erleben, wie auch die schlimmsten Erfahrungen im Leben in die eigene Lebensgeschichte integriert werden können.

Die Verarbeitung von belastenden Lebensereignissen mithilfe psychotherapeutischer Interventionen ist von den jeweiligen Lebenskontexten beeinflusst. Menschen mit geringer Affekttoleranz brauchen hierzu angepasste Vorgehensweisen. Wir wissen, dass ein mittleres Stressniveau eher günstige Rahmenbedingungen für neue Lern- und Resilienz-Erfahrungen gewährleistet. Diese »günstigen« Rahmenbedingungen sind schulen- und methodenübergreifend teilweise sehr unterschiedlich definiert. Alle Therapieschulen und Leitlinien haben jedoch als verbindendes Element die Wertschätzung und Würdigung des Bedürfnisses nach Entwicklung und Kohärenz mit dem was ist. In der Traumatherapie zeigen alle »aktiven« Therapien eine klinisch signifikante Symptombesserung nach abgeschlossener Behandlung gegenüber rein supportiven Therapieangeboten oder gegenüber Kontrollgruppen (Bradley et al., 2005).

CIPBS (Conflict Imagination, Painting and Bilateral Stimulation) ist eine schonende und ressourcenaktivierende Technik der Trauma-, Krisen- und Konfliktbearbeitung, die Grundelemente aus unterschiedlichen Ansätzen, besonders aus EMDR, Katathym Imaginativer Psychotherapie und Maltherapie enthält (Diegelmann, 2007; Diegelmann & Isermann, 2010). Auch in der Bearbeitung von Ängsten hat sich dieses Vorgehen bewährt. Einfach gesagt ist CIPBS ein »gemaltes EMDR«.

CIPBS wird in der Behandlung ganz unterschiedlicher Ängste zur konfrontativen Bearbeitung eingesetzt, z. B. Prüfungsangst, Albträume, soziale Ängste, Zukunftsangst, Angst vor Sterben und Tod, Umgang mit Triggern usw.

Wesentliche Elemente von EMDR sind auch bei CIPBS enthalten:

- ▶ Aktivierung und Installierung von Ressourcen vor der Trauma-/Angstbearbeitung
- ▶ Aktivierung des Trauma- oder Angstnetzwerkes
- ▶ Unterstützung des Verarbeitungsprozesses durch Bilaterale Stimulation
- ▶ das Entstehen neuer Assoziationsketten
- ▶ die Auflösung von Blockaden mit einem tiefen Gefühl subjektiver Validität gegenüber den Ergebnissen des Verarbeitungsprozesses
- ▶ regelmäßig auftretende emotionale Entlastung zum Ende des Prozesses
- ▶ in die Zukunft gerichtete individuelle Lösungen

Anders als bei EMDR wird bei CIPBS zu Beginn weder die negative noch die positive Kognition erarbeitet, noch wird der VOC-Wert (Validity of Cognition, 1-7) ermittelt. Ebenso wenig wird bewusst auf die Emotionen oder auf die Körperwahrnehmung fokussiert. Die Patient:innen tappen selbst auf die Knie oder mit Butterfly Hugs. Der/Die Therapeut:in begleitet den Prozess achtsam und zurückhaltend, fragt nicht nach und kommentiert nicht, unterstützt den Prozess durch offene Fragen, etwa nachdem in ein Feld gemalt wurde: »Wollen Sie damit weitergehen?« oder »Gehen Sie damit weiter«.

Indikation und Kontraindikation

Die Indikationsbereiche von CIPBS sind vielfältig. Einige wesentliche sind: Psychoonkologie, Psychotraumatheapie, Krisenintervention, Angststörungen, Entscheidungskonflikte.

Kontraindikationen: Mangelnde Fähigkeit, Ressourcen (Wohlfühlort oder andere Ressourcenbilder) in Belastungssituationen aktivieren zu können.

11

Bei CIPBS gibt es einen dreifachen Fokus während des Prozessierens von belastenden Erfahrungen:

- ▶ Die Aufmerksamkeit ist auf innere Prozesse gerichtet (innere Bühne),
- ▶ auf die bilaterale Stimulation (Tapping) als externen Stimulus während der Bearbeitung und
- ▶ der innere Prozess wird durch das Malen im Außenraum gestaltet und in gewisser Weise dokumentiert (äußere Bühne).

Ziele von CIPBS

- ▶ Schonende Angst-, Trauma- und Konflikteexposition
- ▶ strukturierte Symbolisierung und Externalisierung der belastenden Erfahrung
- ▶ Symbolisierung als Weg, um zu kontrollierbaren Erfahrungen zu kommen
- ▶ Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens
- ▶ psychische Entlastung und dadurch unmittelbare körperliche Beruhigung
- ▶ Aktivierung neuer Assoziationsnetzwerke
- ▶ Aufhebung von Blockaden und beschleunigte Informationsverarbeitung
- ▶ Integration rechts- und linkshemisphärischer Anteile durch bilaterale Stimulierung

- ▶ Verbesserung präfrontaler Verarbeitungsfunktionen
- ▶ Kognitive Umstrukturierung
- ▶ Modifikation und Transformation der Erlebnisinhalte
- ▶ schrittweise Integration der belastenden Erfahrungen in das Selbstbild
- ▶ Ressourcenaktivierung und Resilienzstärkung

Überblick über das praktische Vorgehen

Der/Die Therapeut:in stellt die Malutensilien bereit: Papier DIN A 3 / Zeichenblock, Wachsmalstifte, Kleenex o.ä., Papiertaschentücher. Zur Vorbereitung auf die praktische Anwendung reicht es aus, den Patient:innen eine einfache Erklärung zu geben, die dazu einlädt, neue Erfahrungen im Umgang mit ihrer Angst zu machen:

»Das Erleben von extremer Angst kann zu einer Überforderung ihrer bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten geführt haben. Durch das Malen können Sie neue Erfahrungen mit Ihrer Angst machen. Ziel dabei ist, dass Sie dabei neue Perspektiven und Erkenntnisse für die Zukunft kennenlernen.

Durch die Aktivierung von inneren Bildern oder von Farben, Symbolen in Kombination mit Bilateraler Stimulation (durch Tappen) und das strukturierte Vorgehen mit CIPBS unter therapeutischer Begleitung werden schnell neue Sichtweisen entstehen, die Sie zunächst auch nicht verstehen müssen. Körper und Geist können so neue Wege in der Verarbeitung der mit der Angst verbundenen belastenden Erfahrung machen.

Ähnliche Prozesse erleben wir alle jede Nacht im REM- (Rapid Eye Movement) oder Traumschlaf. Während des Träumens machen wir alle unter den geschlossenen Augenlidern rasche Augenbewegungen. Hier scheinen die schnellen Augenbewegungen als eine Form der Bilateralen Stimulation dabei zu helfen, das unbewusste Material zu verarbeiten und zu integrieren.

CIPBS ermöglicht Ihnen die Selbstbestimmung im Prozess der Verarbeitung. Überlassen Sie sich dem Prozess, es gibt kein Richtig oder Falsch dabei. Seien Sie einfach neugierig darauf, was auftaucht und seien Sie offen dafür, ohne es zu bewerten.

Als ersten Schritt bitte ich Sie darum, Ihren Wohlfühlort oder ein anderes Ressourcenbild auf einem großen Zeichenblockblatt darzustellen.

Danach bekommen Sie ein neues Blatt und ich bitte Sie, dieses zweimal zu falten. Dann falten Sie das Blatt wieder auf. Dadurch entstehen vier Felder. Jetzt malen Sie in das erste der vier kleinen Felder Ihre Angst, Ihr Thema, das kann auch einfach ein Symbol oder eine Farbe sein. Ich frage Sie dann danach, wie belastend es momentan für Sie auf einer Skala von 0 bis 10 ist.

Danach lehnen Sie sich zurück, schließen Ihre Augen und beginnen zu tappen in der Weise, wie es sich für Sie stimmig anfühlt. Lassen Sie zu, was immer passiert, ohne es zu bewerten. Es ist eine Art freie Assoziation, beobachten Sie einfach was Sie erleben. Wenn ein neues Bild oder Gefühl auftaucht, dann malen Sie das bitte in das nächste Feld. Danach schließen Sie wieder die Augen und beginnen wieder zu tappen und beobachten was geschieht. Zwischendurch können Sie mir, wenn Sie möchten, auch kurz berichten. Wenn ein neues Bild oder eine Farbe oder irgendetwas anderes auftaucht, dann malen Sie das wieder in das nächste Feld. Diesen Wechsel von Tappen und Malen sollen Sie so

lange fortsetzen, bis eine neue Sichtweise oder eine andere Perspektive bezogen auf das Ausgangsthema auftaucht. Sie bekommen so viele Blätter, wie Sie brauchen.«

Der/Die Therapeut:in bittet den/die Patient:in nach dem letzten Bild darum, aus der Perspektive des Schlussbildes nochmals das Ausgangsbild anzuschauen, wiederum die Augen zu schließen und zu tappen, um zu überprüfen, ob die neue Sichtweise »stabil« bleibt, oder sich sogar noch vertieft. Dann wird wieder nach der aktuellen Belastung (0–10) gefragt. Falls die neue Perspektive sich besonders gut anfühlt, kann dies ggf. auch nochmals auf einem großen Blatt dargestellt werden.

Falls der Prozess noch nicht abgeschlossen ist (falls die Belastung noch nicht deutlich abgenommen hat) lädt der/die Therapeut:in dazu ein, damit noch einmal weiterzugehen. **Kognitive Einwebungen.** Falls der Prozess nicht weitergeht, z. B. die Bilder sich wiederholen, starke körperliche Abreaktionen die Weiterverarbeitung blockieren oder keine neuen Bilder auftauchen, können Sie durch sogenannte kognitive Einwebungen einen neuen Aspekt aktivieren, beispielsweise durch Fragen: »Was wäre jetzt dabei hilfreich?«, »Was brauchen Sie jetzt?« »Was würde Ihr innerer Helfer hier raten?« (jeweils bezogen auf den Prozess auf der Bildebene).

Zum Abschluss der CIPBS-Verarbeitung wird das in der Sitzung Erreichte noch einmal gewürdigt und der/die Patient:in darauf hingewiesen, dass die Verarbeitung auch nach der Sitzung noch weitergehen kann, dass neue Einsichten oder Themen auftauchen können, die in der nächsten Sitzung dann bearbeitet werden können.

■ Fallbeispiel •CIPBS-Durchführung

Der 52-jährige Herr B. kommt auf Empfehlung seiner HNO-Ärztin zur Psychotherapie. Er hat Versagensängste im Job und leidet an Tinnitus und psychosomatischen Beschwerden, ausgelöst durch Stress am Arbeitsplatz. In der Anamnese wird deutlich, dass er in seiner Kindheit auf dem Bauernhof emotionale Vernachlässigung erfahren hat. Er profitierte sehr schnell von der ressourcenorientierten Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und lernte die Auslöser für seine Symptome zu identifizieren, was eine Zunahme an Selbstregulationsfähigkeiten bewirkte. Ausgelöst durch die Corona-Pandemie, die vermehrt Zukunftsangst ausgelöst hat, kam es erneut zu Belastungen am Arbeitsplatz. Völlig aufgelöst berichtet er zu Beginn einer Sitzung von einer kürzlich plötzlich aufgetretenen Panikattacke mit Herzrasen, Schwitzen, Atemnot, Beklemmungsgefühlen bis zur Todesangst.

Diese Angstatte sei völlig unerwartet aufgetreten, während er Reparaturarbeiten an seinem Haus ausführte. Er sei in einem Zimmer im Dachgiebel in die Schräge gekrochen, um dort neue Leitungen zu verlegen. Dabei sei diese Panikattacke aufgetreten, er habe versucht, seine Übungen zur Entspannung anzuwenden, was ihm zunächst geholfen habe, aber seit dieser Erfahrung habe er große Angst vor einer weiteren Panikattacke.

Diese Erfahrung der Panikattacke wird mit CIPBS bearbeitet. Als Wohlfühlort malt er einen Weg im Wald mit einer Holzbank, auf der er sitzt und die Ruhe ge-

nießt, die Sonne scheint und neben ihm sitzt sein Hund. In das erste Feld malt er mit raschen Strichen eine schräge Wand mit einer Öffnung zum Hineinkriechen, er selbst malt sich als Strichmännchen liegend in der Abseite. Die Belastung ist sofort sehr hoch (9). Er beginnt zu tappen und nach kurzer Zeit malt er in das zweite Feld sich selbst direkt in der engen Schräge liegend und meint dazu: »Ich fühle mich wie ein Käfer, der auf dem Rücken liegt. Ich bekomme keine Luft, ich will hier raus.«

T: Okay, gehen Sie damit mal weiter.

P: (tappt wieder und malt in das dritte Feld, mit brauner Farbe einen Acker und ist dabei ganz verwundert)

T: Gehen Sie damit mal weiter, schließen Sie erneut Ihre Augen und tappen und lassen einfach geschehen, was geschieht.

P: (beginnt wieder zu tappen und malt nach kurzer Zeit in das vierte Feld einen Baum) Ich sehe mich als kleines Bündel neben dem Baum in einer Ackerfurche liegen und fühle mich hilflos und verloren dort, das erinnert mich daran, dass ich als kleines Baby wirklich einmal versehentlich in einer Ackerfurche vergessen wurde.

T: Wollen Sie damit mal weitergehen?

P: (beginnt wieder zu tappen und nach kurzer Zeit malt er ein grinsendes Gesicht und mehrere Tränen) Mir fällt dazu ein, dass über diese Szene in meiner Familie immer gelacht wurde, wenn darüber gesprochen wurde, das macht mich ganz traurig.

T: Was braucht der kleine Junge denn wirklich?

P: Jemand, der ihn tröstet und dort rausholt.

T: Okay, dann gehen Sie damit mal weiter.

P: (Nach etwas längerem Tappen öffnet er seine Augen und malt eine grüne Wiese mit Blumen, seinen Hund und sich selbst mit seinem Enkelkind an der Seite.)

T: (fragt nach der Belastung)

P: (guckt ganz verwundert) Das ist gar nicht belastend.

T: Gehen Sie in Gedanken nochmals zum Ausgangsbild zurück, schließen Sie Ihre Augen, tappen Sie nochmal und beobachten Sie, was geschieht.

P: Ich fühle mich wie befreit und spüre, dass ich erwachsen bin, ich kann mir selbst helfen und ich würde auch niemals meinen Enkel in einer Ackerfurche vergessen.

Zum Abschluss bestärkt die Therapeutin nochmals die innere Arbeit, die Herr B. heute in der Sitzung geleistet hat. Er solle heute besonders liebevoll zu sich sein und darauf achten, ob ihm noch weitere Einfälle dazu kommen, die dann in der nächsten Sitzung aufgegriffen werden können.

Der Patient ist sehr erleichtert, diesen Zusammenhang gespürt zu haben. Seitdem kann er sehr gut unterscheiden, was hier und heute ist und was Reaktionen sind, die sich auf seine Verlassenheitserfahrungen in seiner Kindheit von dort und damals beziehen. Danach hat er weder Angst vor einer Panikattacke gehabt noch eine weitere Panikattacke erlebt.

11.4 Mitgeföhls- und Ressourcenorientierte Traumabearbeitung mit Psychodynamisch Imaginativer Traumatherapie (PITT)

PITT ist ein von Luise Reddemann entwickeltes, psychodynamisch begründetes integratives Konzept zur Behandlung von traumatisierten Menschen (Reddemann, 2001, 2021). PITT konzentriert sich auf ein mitgeföhlsorientiertes und ressourcenorientiertes Vorgehen in der Arbeit an Traumafolgen. Die Behandlung folgt dabei dem dreiphasigen Modell von Stabilisierung, Traumabearbeitung, Integration und Neubeginn. Ein wichtiger Baustein des Ansatzes ist hierbei die Arbeit mit der heilsamen Kraft von Vorstellungen.

Beobachter-Technik

Am Anfang der Traumatherapie werden in der Stabilisierungsphase die Patient:innen mit der sogenannten Beobachter-Technik vertraut gemacht. Es geht darum, sich die Fähigkeit des Sich-beobachten-Könnens bewusst zu machen. Diese Erfahrungen der Selbstbeobachtung helfen dabei, sich von überflutenden Erfahrungen distanzieren zu können. In der Übung geht es darum, sich bewusst zu machen, dass man wahrnehmen kann, wo z. B. der eigene Körper Kontakt mit dem Boden hat und dass er atmet. Folglich kann man sich immer wieder klar machen: Ich kann meinen Körper beobachten, also bin ich mehr als mein Körper ... oder ich beobachte meine Gedanken und mache mir dabei bewusst: Ich kann meine Gedanken beobachten, also bin ich mehr als meine Gedanken ... usw. (Reddemann, 2016). Diese Vorgehensweise kann sehr gut in der Arbeit mit Ängsten angewandt werden, nach dem Motto: Ich beobachte meine Angst, also bin ich mehr als meine Angst.

Der/Die Therapeut:in arbeitet gemeinsam mit den erwachsenen Anteilen des/der Patient:in mit dem Ziel, dass die erwachsenen Teile zunehmend lernen, die verletzten jüngeren Ichs zu versorgen und zu trösten. Alle erlebenden Teile, auch das heutige erlebende Ich, werden imaginativ an einem inneren sicheren Ort versorgt.

PITT basiert auf dem Konzept vieler Ichs: »Eine weitere Grundlage unserer Arbeit ist die Berücksichtigung der Tatsache, dass wir jeden Tag so etwas wie neue Menschen – mit unterschiedlichen Anteilen – sind« (Reddemann, 2016, S. 32).

Im Fokus stehen in allen Therapiephasen die Ressourcen der Patient:innen und das Konzept der Selbstregulation und Selbstheilung.

11.5 Alternative Bewältigungsbilder anregen mit Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT)

IRRT ist ein kognitiv-behaviorales Therapieverfahren, das speziell für die Behandlung von Erwachsenen entwickelt wurde, die in der Kindheit körperliche oder sexuelle Traumatisierungen erlitten haben (Smucker et al., 1995).

Die Konfrontation mit Ängsten oder Traumatisierungen in sensu wird mit dem Aufbau von Bewältigungsbildern kombiniert, um eine Neubewertung dysfunktionaler

kognitiver Schemata zu erreichen. Dies bezweckt u. a. auch eine Verbesserung der Selbstberuhigung, Selbstfürsorge und Emotionsregulation.

Im IRRT gibt es drei Phasen zur Modifikation des Traumagedächtnisses:

- ▶ Phase I: Konfrontation mit dem Trauma in sensu
- ▶ Phase II: Täterkonfrontation, Bewältigungsbilder dem Täter bzw. der Täterin gegenüber
- ▶ Phase III: Erwachsene-Kind-Bewältigungsbilder

Dabei wird folgendermaßen vorgegangen:

- (1) Identifikation von intrusiven Schlüsselerinnerungen
- (2) Konfrontation mit den intrusiven Schlüsselerinnerungen (Phase I)
- (3) Modifikation der katastrophisierenden Bedeutung der Erinnerungen mithilfe der Bewältigungsbilder (Phase II u. III)
- (4) Kognitive Nachbearbeitung: Explizierung der in den Phasen I bis III gewonnenen Neubewertungen
- (5) Integration der neuen Sichtweisen durch Wiederholungen bzw. auditive Mitschnitte

Ziel der imaginierten Täter-(Angst-)konfrontation ist eine Modifikation des Erlebens von Hilf- oder Machtlosigkeit und Kontrollverlust während der Traumatisierung. Am Belastungsgipfel des schlimmsten Momentes wird mithilfe von sokratischen Fragen die Täterkonfrontation eingeleitet und weiterhin von dem/der Therapeut:in begleitet, z. B.: »Können Sie sich vorstellen, wie Sie als Erwachsene in Ihrer aktuellen Gestalt die Szene betreten?« Ziel der Erwachsene-Kind Bewältigungsbilder ist eine Modifikation selbstabwertender Überzeugungen und Schemata (Schuld- und Schamgefühle).

Nach erfolgter Täter-(Angst-)konfrontation regt der/die Therapeut:in validierende Interaktionen zwischen der heutigen Erwachsenen und dem traumatisierten Kind (Anteil) an, z. B.: »Was würden Sie dem Kind (Anteil) gerne sagen oder für es tun?«

Die beruhigenden neuen Erfahrungen nach der Traumabearbeitung können sehr gut mithilfe der BLS verankert werden. Zudem können die Prinzipien der IRRT sehr gut variiert werden und Elemente davon in anderen Kontexten des Umgangs mit Angst angewandt werden.

11.6 Körpererinnerungen integrieren mit Somatic Experiencing (SE)

Beim Somatic Experiencing handelt es sich um einen körperorientierten ganzheitlichen Ansatz in der Traumatherapie (Levine, 2016). Ähnlich wie bei Bessel van der Kolk liegt dabei der theoretische und therapeutische Schwerpunkt auf den verkörperten traumatischen Erfahrungen. Diese dem Bewusstsein oft nicht zugänglichen Körpererinnerungen geben – anders als die Erinnerungen des expliziten Gedächtnisses – die verlässlichsten Hinweise auf traumatische Erfahrungen. Die dadurch ausgelösten Gefühle, insbesondere Ängste, können den Zugang zu den zugrundeliegenden Erfahrungen aus der Vergangenheit eröffnen.

Grundlage ist ein neurobiologisch begründetes Konzept über die komplexe Interaktion der neuronalen Strukturen und Prozesse. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den eher »niedrigen« neuronalen Strukturen – besonders den Angst-Strukturen -und der Wechselwirkung mit körperlichen Prozessen.

Die in einer traumatischen oder extrem beängstigenden Situation, auch bei einer nur erwarteten Bedrohung »eingefrorenen« Alarm-Reaktionen verfestigen sich im Körper und im Nervensystem. Entsprechend wird in der Therapie besonders auf die somatischen Signale und Symptome geachtet, insbesondere auf die des autonomen Nervensystems. Diese werden achtsam wahrgenommen und mit möglichen traumatischen Erfahrungen, Emotionen, Impulsen, inneren Bildern und dergleichen in Beziehung gesetzt. Die Auflösung der »eingefrorenen Energie« erfolgt dabei sehr schonend und schrittweise. Dabei werden explizit Ressourcen aktiviert und zwischen Trauma und Ressourcen gependelt.

Das Ziel ist dabei nicht das Wiedererleben des Traumas, sondern neue, korrigierende Erfahrungen in Richtung Selbstwirksamkeit, Kompetenz und Reflexionsfähigkeit zu machen. Es ist auch nicht unbedingt nötig, mit einer konkreten Erinnerung zu arbeiten, wenn diese beispielsweise zu belastend ist oder nicht erinnert wird. Die Bearbeitung kann dann zunächst auch nur auf der körperlich-emotionalen Ebene erfolgen, etwa ausgehend von latenten prozeduralen Erinnerungen.

In der Therapie kann so schließlich, ausgehend von der Körperebene, durch die Verschmelzung emotionaler, episodischer und deklarativer Erinnerungen schrittweise ein kohärentes Narrativ entstehen.

12

Angst bei lebensbedrohlichen Erkrankungen

- 12.1 Umgang mit Progredienzangst
- 12.2 Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie als Rahmen für kreative Interventionen
- 12.3 Achtsamkeitsbasierte Interventionen
- 12.4 Interventionen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)
- 12.5 Interventionen der Würdezentrierten Therapie

Die Angst, lebensbedrohlich zu erkranken, ist weit verbreitet. In einer Umfrage zu den größten Ängsten der Deutschen im Jahr 2021 (also bereits mit etwa zwei Jahren Corona-Pandemie-Erfahrungen) landete die Angst vor schweren Erkrankungen auf Platz 14. Allerdings rangiert die Angst davor, im Alter ein Pflegefall zu sein, auf Platz fünf der insgesamt 22 genannten Ängste (www.statista.de, 21.10.2021).

■ Info

Jedes Jahr sterben in Deutschland etwa eine Million Menschen, davon mehr an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als an Krebs. 239.600 Menschen starben im Jahr 2019 an Krebs. An Herz-Kreislauf-Erkrankungen starben 338.000 Menschen und 61.300 an Krankheiten des Atmungssystems. Das heißt aber auch, dass mehr als ein Drittel aller Todesfälle andere Ursachen hat.

Immer mehr Menschen leben länger als noch vor 40 Jahren, auch mit einer Krebserkrankung. Trotzdem ist eine Krebsdiagnose für die meisten Menschen ein Schock. »Vor 1980 starben mehr als zwei Drittel aller Krebspatienten an ihrer Krebserkrankung. Heute kann mehr als die Hälfte auf dauerhafte Heilung hoffen« (www.krebsinformationsdienst.de). Vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung ist zwischen 2015 und 2030 in Deutschland mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um rund 23 Prozent zu rechnen. Dementsprechend steigt die Zahl der Menschen, die mit einer Krebserkrankung leben (Cancer Survivors), ständig an. Auch Psychotherapeut:innen, die nicht auf Psychoonkologie spezialisiert sind, erleben eine zunehmende Relevanz des Themas in der Praxis.

Immer mehr Studien weisen auf die Bedeutung psychologischer Interventionen für die Handhabung von lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Krebs oder bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen hin (Albus et al., 2018; Gotink et al., 2015; Bunz et al., 2015). Beispielsweise kann eine unbehandelte präoperative Angst die Intensität der postoperativen

Schmerzen und den Bedarf an Anästhesie und Analgesie beeinflussen. Bei bestimmten Arten von Operationen kann Angst sogar die postoperative Morbidität und Mortalität erhöhen (Stamenkovic et al., 2018).

Zukünftige Studien sollten den Nutzen von resilienzorientierten Maßnahmen als Baustein in der medizinischen Versorgung noch klarer herausarbeiten. Darüber hinausgehend wären Präventionsprogramme, die einen konstruktiven Umgang mit Angst beinhalten, zur langfristigen Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit auch für Berufsgruppen, die mit lebensbedrohlich erkrankten Menschen arbeiten, sinnvoll und notwendig (Zwack, 2013; Behnke et al., 2019).

12.1 Umgang mit Progredienzangst

Reale Ängste wie die Progredienzangst sind nicht als klassische Angststörungen zu behandeln, sondern sollten eher als Impulse zur Neuorientierung und zum Perspektivenwechsel adressiert werden. Es geht darum, Patient:innen und Angehörige zu ermutigen, einen selbstfürsorglichen Umgang mit Progredienzängsten zu entwickeln. Diese zu erwerbenden Kompetenzen entstehen schrittweise und es bedarf einer wertschätzenden und empathischen psychotherapeutischen Grundhaltung, um für die Bedeutung der Progredienzangst zu sensibilisieren.

■ Definition • Progredienzangst

»Progredienzangst ist eine reaktive, verhaltenstheoretisch ›unkonditionale‹ Angst, die aus der realen Erfahrung einer schweren, potenziell lebensbedrohlichen oder zu Behinderungen führenden Erkrankung und ihrer Behandlung entsteht« (Waadt et al., 2011, S. 26).

Angst engt die Wahrnehmung ein, daher sind Interventionen, die dazu beitragen, ein »arbeitsfähiges« Gehirn zu haben, von besonderem Wert. Angesichts einer möglicherweise lebensverkürzenden Erkrankung sollten Erkrankte, aber auch Angehörige, befähigt werden, ohne von Angst überflutet zu werden, einen individuellen Umgang mit der Erkrankung zu leben. Es geht darum, den Umgang mit Progredienzängsten zu enttabuisieren und konkrete Schritte anzuregen. Das Motto »Gestaltete Angst verliert an Bedrohlichkeit« bedeutet in diesem Kontext auch, dass sich diese Gestaltung individuell an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Beteiligten orientieren sollte.

Gestorben wird immer, oder mit den Worten einer Krebspatientin gesagt: »Dass wir sterblich sind, ist keine Neuigkeit.« Doch hinter jedem Verlust durch Tod eines vertrauten Menschen steht ein individuelles Leben mit vielen biografisch entstandenen sozialen Kontakten. In jeder psychotherapeutischen Behandlung ist das Thema Endlichkeit implizit präsent und sollte auch ohne diagnostizierte lebensbedrohliche Erkrankung mehr einbezogen werden. Die emotionale und kognitive Sensibilisierung für diese Themen

kann dazu beitragen, den Blick zu weiten, eine angstfreie Lebenssinnegebung anzuregen und die Resilienz zu stärken.

Wichtig ist es in der Psychotherapie von Menschen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, folgende Themen zu beachten:

- ▶ Ist die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung durchgängig im Alltag vorhanden, unabhängig von spezifischen krankheitsbezogenen Auslösern?
- ▶ Ist die Angst verbunden mit spezifischen Auslösern, wie z. B. bevorstehenden medizinischen Kontrolluntersuchungen oder gibt es bestimmte Trigger (z. B. Konfrontation mit anderen Erkrankten)? Auch die Begegnung mit gesunden unbelasteten Menschen kann ein Trigger sein, die eigene lebensbegrenzende Erkrankung intensiver wahrzunehmen.
- ▶ Ist die Angst mit dem aktuellen Fortschreiten der Erkrankung verbunden, z. B. mit der Diagnose von Metastasen oder mit körperlichen Einschränkungen wie Schmerzen?

Alle genannten Ängste sind nachvollziehbar und werden von vielen Betroffenen als belastend, überwältigend und kaum aushaltbar erlebt. Diagnostisch ist aber zu differenzieren, ob es sich dabei tatsächlich um Angststörungen im Sinne der ICD (10/11) handelt. Es ist wichtig, die Betroffenen durch eine psychiatrische Diagnose nicht zusätzlich zu pathologisieren, da es sich um spezifische Ängste handelt, die durch die Krankheitssituation ausgelöst werden. Auch bei Angehörigen gibt es in vergleichbarem Ausmaß Progreddienzangst (Zimmermann et al., 2011, 2012).

Menschen, bei denen bereits vor einer Erkrankung Traumatisierungen oder Angststörungen vorlagen, entwickeln im Laufe der Verschlechterung der körperlichen Erkrankung eher Angststörungen oder Depressionen. Die therapeutische Erfahrung zeigt jedoch auch, dass bei Menschen, die an einer psychischen Störung, z. B. an einer Angst-erkrankung, leiden oder gar suizidal sind, nach der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung die früheren Symptome abnehmen oder sogar wegfallen.

In dem Leitlinienprogramm Onkologie (2020) werden auf der Grundlage einer Metaanalyse (Fulton et al., 2018) für die nicht-medikamentöse Behandlung von Ängsten bei Patient:innen mit einer unheilbaren Krebserkrankung vor allem evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie empfohlen, die auf eine Stärkung der Selbstwirksamkeit zielen. Weiterhin gibt es Empfehlungen für die Anwendung von achtsamkeitsbasierten Interventionen nach dem MBSR-Programm (Kabat-Zinn, 2015) und von Interventionen, die die Akzeptanz unangenehmer Gefühle adressieren, wie sie beispielsweise Interventionen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) beinhalten (Sonntag, 2017). Darüber hinaus werden weitere psychotherapeutische Interventionen empfohlen, u. a.:

- ▶ Psychoedukation, Aufklärung, Kognitive Umstrukturierung
- ▶ sinnbasierte Interventionen, die die Auseinandersetzung mit dem bisherigen Lebensverlauf anregen, z. B. die Anwendung des Fragebogens zum Lebenssinn (SMILE – Schedule for Meaning in Life Evaluation (Fegg et al., 2008, www.meaninginlife.info)
- ▶ Würdezentrierte Therapie (Chochinov et al., 2011, Chochinov, 2017)

- ▶ hypnotherapeutische Interventionen
- ▶ Interventionen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit Fokussierung auf biografische Aufarbeitung und Bewältigung von klassischen Grundkonflikten, z.B.: Abhängigkeit vs. Individuation, Unterwerfung vs. Kontrolle, Über-Ich und Schuldkonflikte
- ▶ Entspannungsverfahren
- ▶ Stärkung von Ressourcen und Wohlbefinden durch künstlerische Therapien, z. B. Musiktherapie (Warth et al., 2021).

Allgemeine Ziele im Umgang mit Progredienzangst

- (1) Normalisieren der Angst: die Angst als angemessene Emotion für den Umgang mit einer lebensbedrohlichen Herausforderung betrachten lernen
- (2) Psychoedukation praxisnah vermitteln
- (3) Stressreduzierende und achtsamkeitsbasierte Interventionen kennenlernen, die für ein »arbeitsfähiges« Gehirn sorgen
- (4) Differenzieren der Angst,
- (5) Die Angstsymptomatik näher kennenlernen: Welche Auslöser gibt es, was hilft im Umgang mit der Angst?
- (6) Sensibilisieren für den Umgang mit der Angst: neue Perspektiven anregen durch Information
- (7) Angst als Einladung, das bisherige Verhaltensrepertoire zu erweitern, z. B. Umgang mit Verlust, Schmerzen oder mit medizinischen Behandlungsmaßnahmen
- (8) die Angst als Wegweiser zur Neuorientierung entdecken
- (9) Angst als Impuls betrachten, der die Selbstwirksamkeit und Resilienz stärken kann
- (10) posttraumatische Reifung auch angesichts fortschreitender Erkrankung anregen

12

Für die konkrete Begegnung mit Menschen in existenziellen Notlagen, die auf der Suche nach einem konstruktiven und funktionalen Umgang mit der Angst sind, sollte immer ein Lern- und Verarbeitungsprozess im Sinne einer resilienzorientierten Grundhaltung in Aussicht gestellt werden.

Hoffnung auf Heilung als psychotherapeutischer Wirkfaktor

Hoffnung auf Heilung bedeutet nicht Heilung im medizinischen Sinn, sondern eher im Sinn von »mit sich heil werden können«.

Auch wenn die Erkrankung keine Heilung erlaubt, also wieder so gesund werden zu können wie vor der Erkrankung, sollte es darum gehen, Hoffnung zu unterstützen. Gestärkt durch die therapeutische Begleitung kann ein Gefühl von Handhabbarkeit und Verstehbarkeit im salutogenetischen Sinne entwickelt werden, und zukünftig kann vielleicht auch ein individueller Sinn gefunden werden.

Hoffnung vermittelnde Worte können dabei eine stärkende Wirkung haben, etwa mit den Worten der Traumatherapeutin Pauline Boss: »Resilient sein heißt lernen, mit unbeantworteten Fragen zu leben« (Boss, 2008, S. 85). Poetischer beschreibt dies Rainer Maria Rilke in seinem 4. Brief vom 16. Juli 1903 aus Worpswede an Xaver Kappus:

»... Ich möchte Sie, so gut ich es kann, bitten ... Geduld zu haben gegen alles Ungelöste in Ihrem Herzen und zu versuchen, *die Fragen selbst* liebzuhaben wie verschlossene Stuben und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind. Forschen Sie jetzt nicht nach den Antworten, die Ihnen nicht gegeben werden können, weil Sie sie nicht leben könnten. Und es handelt sich darum, alles zu leben. *Leben* Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann allmählich, ohne es zu merken, eines fernen Tages in die Antwort hinein.«

Guth, 2016

12.2 Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie als Rahmen für kreative Interventionen

Die Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie bilden einen guten Rahmen für das Entdecken neuer Perspektiven im Umgang mit existenziellen Lebenssituationen. Es geht darum, das Erlebte zu verarbeiten und dabei kann Angst ein Wegweiser für die Suche nach neuen (notwendigen) Lösungen werden. Die Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie zielen bekanntlich darauf, zunächst den Zusammenhang von Situationen, Gedanken, körperlichen Empfindungen und Verhalten zu erkennen und diese Erkenntnisse unterstützen die Betroffenen bei der Entwicklung von neuem Verhalten.

In diesem Buch haben wir verschiedene Interventionen zusammengestellt, die sich auch in der Arbeit mit onkologischen Patient:innen bewährt haben. Die Interventionen zum Umgang mit Angst bei lebensbedrohlichen Erkrankungen zielen insgesamt auf eine Resilienzstärkung und fokussieren auf folgende Bereiche:

- ▶ Psychoedukation
- ▶ Affektregulationskompetenz / Stressmanagement
- ▶ Ressourcenaktivierung
- ▶ Selbstwirksamkeit
- ▶ Krankheitsmanagement
- ▶ Selbstreflexion / individueller Weg
- ▶ Wohlbefinden
- ▶ Soziale Kompetenz

In den vorhergehenden Kapiteln gibt es dazu viele Anregungen und konkrete Beispiele. Das folgende Therapiebeispiel veranschaulicht konkrete Schritte zur Psychoedukation und zur Förderung des Erlebens von Selbstwirksamkeit anhand des Resilienzkreises der Angst (Abschn. 9.5).

Fallbeispiel • Resilienzkreis der Angst als Krisenintervention

Die 62-jährige Frau G. lebt seit mehr als 15 Jahren mit ihrer Krebserkrankung (Lymphdrüsenkrebs). Symptomfreie Zeiten wurden immer wieder unterbrochen vom Fortschreiten der Erkrankung, was aber jeweils durch weiterentwickelte medizinische Interventionen erfolgreich behandelt werden konnte. Ausgelöst durch neue Metastasen und zunehmende körperliche Schwäche nach Chemotherapie reagiert die Patientin mit Hoffnungslosigkeit, Progredienzangst und Vermeidungsverhalten. Sie hat große Schwierigkeiten mit ihrer Atmung, kann nur wenige Sätze ohne Atemnot sprechen. Ein Atemtraining mit einem speziellen Gerät vergisst sie immer wieder anzuwenden aus Angst vor der Wahrnehmung, dass ihr Atemvolumen immer mehr abnimmt.

Psychoedukation

Die Therapeutin erklärt ihr, dass daraus ein Teufelskreis entstehen könne, je weniger sie übe, desto eher fühle Sie sich ausgeliefert und schwach. Sie erklärt ihr das Prinzip des Resilienzkreises der Angst und ermutigt sie, ihre bisherigen Standards an ihre neue Krankheitssituation anzupassen. Das bedeute, dass sie beim Üben auch mit kleinsten Schritten aktive Veränderungserfahrungen machen könne. Dies führe zu einer Neubewertung des Atemtrainings. Die Therapeutin schlägt vor, sie könne sich dreimal am Tag den Wecker stellen für ein solches Pustetraining. Daraufhin lachte die Patientin und meinte: »Ich sollte das lieber in jeder Stunde für ein paar Minuten machen und nicht nur dreimal am Tag. Okay, ich werde es jetzt so machen«.

Selbstwirksamkeit

Auf die Frage der Therapeutin, was sie für weitere Themen habe, berichtet Frau G. von ihrem Wunsch, endlich mal wieder die Wohnung verlassen zu wollen. Sie erzählt von dem Bedürfnis, mit ihrem Partner eine kleine Tour mit dem Auto machen zu wollen und schildert während der Videosprechstunde ihre Angst, das nicht zu schaffen. Dieser Gedanke schmerze sie so sehr, dass sie es am liebsten gar nicht probieren wolle. »Ich kann bestimmt keine 20 Schritte gehen.«

- T: Ich kann Ihre Ängste gut nachvollziehen und möchte Ihnen einen anderen Weg des Umgangs mit dieser Situation vorstellen. Sie könnten den Gedanken »Ich kann bestimmt keine 20 Schritte machen« entkräften, indem Sie mehrere Optionen für Ihren Ausflug mit dem Auto gedanklich und dann auch real vorbereiten können.
- P: Wie soll das denn gehen?
- T: Wie wäre es, wenn Sie sich vorstellen würden, zu dem gewünschten Ausflug statt Gedanken an Gefahr und Enttäuschung, eher Gedanken der Zuwendung und Selbstfürsorge in sich entstehen zu lassen. Sie könnten sich z. B. vorstellen, Sie könnten ein Picknick mit dabei haben und es im Auto sitzend und die Natur beobachtend mit Ihrem Partner genießen?
- P: Da kommt sofort Freude und Lust auf, das unbedingt auszuprobieren. Wir könnten einen Piccolo dabei haben und uns einen schönen Parkplatz dafür aussuchen mit einem Blick in die Ferne.

T: Sie können sich Ihre momentane Lebenssituation auch als einen Resilienzkreis der Angst vorstellen. Dabei können Sie, wenn Sie Ihre körperliche Schwäche so stark spüren, sich erlauben, diese Erfahrung als Herausforderung für eine Erweiterung Ihres bisher gewohnten Verhaltensrepertoires anzunehmen. Es braucht einfach neues Verhalten und eine Suche nach neuen Lösungen. Denken Sie an das Beispiel mit dem Piccolo, das verändert sofort Ihr Lebensgefühl und stärkt Ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit.

P: Das hört sich wirklich gut an, ich werde es ausprobieren.

T: Ich freue mich mit Ihnen, dass Sie jetzt schon Vorfreude spüren auf den Ausflug.
Eine Woche später:

P: Es war total gut, einfach so im Auto zu sitzen und einfach einmal andere Menschen beobachten zu können, wir hatten richtig Spaß dabei und wollen das jetzt öfter machen. Nächstes Mal gibt es Kaffee und meinen Lieblingskuchen.

12.3 Achtsamkeitsbasierte Interventionen

Achtsamkeit kann uns dabei helfen,
wieder zu kommunizieren, vor allem mit uns selbst.

Thich Nhat Hanh

Achtsamkeitsbasierte Interventionen zählen zu den sogenannten Mind-Body-Verfahren, die auf die Interaktion von Körper und Psyche fokussieren. Mithilfe von Atemübungen, Entspannungsverfahren, Techniken der Meditation, der Imagination oder durch Bewegung wird Achtsamkeit in vielfacher Hinsicht gefördert.

■ Definition

Achtsamkeit ist eine Form der Aufmerksamkeit, die bewusst den gegenwärtigen Augenblick ohne zu werten wahrnimmt (Kabat-Zinn, 2015).

Resilienzfördernde Interventionen, wie beispielsweise achtsamkeitsbasierte Interventionen, erzielen bei erwachsenen Patient:innen mit Krebs im Zeitraum unmittelbar nach der Diagnose und parallel zur somatischen Behandlung die größten Effekte auf Resilienz beziehungsweise auf posttraumatische Reifung (Ludolph et al., 2019).

■ Fallbeispiel • Palliative Situation

Frau Z. erhielt in ihrem 45. Lebensjahr die Diagnose Brustkrebs. Sie hatte bereits damals eine eher schlechte Prognose (aggressiver Tumor und Lymphknoten waren befallen). Trotzdem hatte sie über zehn Jahre kein Rezidiv und auch keine Metastasen.

Sie kommt zehn Jahre nach Erstdiagnose zur psychotherapeutischen Behandlung. Anlass waren Konflikte in ihrem familiären Umfeld nach dem Tod ihrer Mutter. Zeitgleich waren erstmals bei ihr Knochenmetastasen diagnostiziert worden. Diese Lebenssituation löst bei ihr multiple Ängste aus, verbunden mit extremen Gefühlen von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit. Im Rahmen einer Kurzzeittherapie kann sie sehr gut von ressourcenorientierten Interventionen profitieren. Sie kann konstruktiv mit ihrer Erkrankung und den vielfältigen familiären Belastungen umgehen, ohne ständig emotional überflutet zu werden.

Drei Jahre später kommt sie erneut zur Psychotherapie mit dem Wunsch nach weiterer Unterstützung während ihrer medizinischen Behandlung. Ihre Krebserkrankung ist inzwischen weit fortgeschritten, mit Lungen- und Lebermetastasen und einem sehr geschwächten Allgemeinzustand. Durch die vorangegangene Psychotherapie kann auf eine stabile Basis zurückgegriffen werden. Zur Unterstützung der Selbstreflexion angesichts der palliativen Situation ist es möglich, kurzfristig neue, kreative Wege anzuregen, beispielsweise die Arbeit mit dem ZEN-Kreis.

Zen-Kreis mit Visionen

Instruktion: »Diese Übung kann Sie darin unterstützen, in Kontakt mit neuen Sichtweisen zu kommen, die Sie beim Erleben von zunehmender innerer Ruhe spüren können. Aus dem ZEN-Buddhismus kennen Sie vielleicht die Bilder von sog. Enzo-Kreisen, also mit einem Pinselstrich, meist mit schwarzer Tusche gemalte Kreise, die von Mönchen zur täglichen Meditation genutzt werden. Hier bei unserer Arbeit mit dem ZEN-Kreis geht es um eine andere Abfolge, die ich Ihnen zunächst erkläre, bevor Sie mit dem Malen beginnen.

- (1) Wählen Sie drei für Sie angenehme Farben von Wachsmalstiften aus.
- (2) Legen Sie Papier zum Malen bereit (Sie können das Format frei wählen).
- (3) Dann beginnen Sie mit der ersten Farbe, sieben Kreise übereinander zu malen. Danach malen Sie mit der zweiten Farbe wieder sieben Kreise über die ersten Kreise. Und dann malen Sie weitere sieben Kreise über die ersten Kreise. Bei dem Malen mit der dritten angenehmen Farbe achten Sie bitte einmal darauf, ob währenddessen spontan ein Wort oder eine Botschaft, vielleicht auch ein Satz, auftaucht. Diesen Satz oder das Wort oder die Botschaft schreiben Sie dann einfach auf die Rückseite des Blattes.

Jetzt bitte ich Sie mit dem Malen zu beginnen, genießen Sie einfach das Malen der ZEN-Kreise – ohne es zu bewerten.«

Die Therapeut:innen sind quasi »stille Begleiter:innen« des Malens und leiten dann zum zweiten Teil der Übung ein.

- (4) »Jetzt bitte ich Sie, das erste Blatt zur Seite zu legen. Sie bekommen ein neues Blatt und lehnen sich entspannt zurück, schließen Ihre Augen und beginnen zu tappen (BLS). Dabei stellen Sie sich vor: Was wäre eine noch schönere Vorstellung, was würde mir guttun, was brauche ich jetzt? Sobald ein neues Bild auftaucht, es können wieder Kreise sein oder etwas ganz anderes, dann malen Sie das spontan, ohne lange zu überlegen auf das neue Blatt.«

Zum Abschluss werden beide Bilder nebeneinandergelegt und betrachtet. Dabei kann über das Erleben beim Malen gesprochen werden, über die aufgetauchten Assoziationen und über mögliche Impulse für die gegenwärtige Lebenssituation. Der/Die Therapeut:in würdigt explizit die damit verbundenen Erfahrungen und ermutigt zu einer liebevollen, selbstfürsorglichen weiteren Reflexion. Die gestalteten ZEN-Kreise sind sehr verschieden. Auch das Erleben beim Malen ist hochindividuell, angesichts der Einfachheit der Instruktion. Es werden regelmäßig Erfahrungen aktiviert, die einen neuen, ungewohnten Blick auf das eigene Leben ermöglichen. Dies kann gut zur Unterstützung der Selbstreflexion genutzt werden.

■ Fallbeispiel • Zen-Kreise in der Palliativsituation

Frau Z. malt ihre ersten sieben Kreise interessanterweise ineinander. Sie malt ihren zurückliegenden Lebensweg wie Lebensringe eines Baumes. Mit jeder Zacke verbindet sie konkrete Erfahrungen. Nach diesem komprimierten Blick auf ihr Leben entsteht bei ihr trotz der vielen Belastungen ein Gefühl von Dankbarkeit und Erfüllung.

Auf die Rückseite des ersten Blatts schreibt sie in Großbuchstaben mit den Farben der gemalten Kreise von außen nach innen die Worte: HOFFNUNG (rot), KAMPF (schwarz), GEWINNER (grün). Auf das zweite Blatt malt sie nach der BLS vier Worte auch wieder in Großbuchstaben: LEBENSFREUDE (gelb) mit gemalter Sonne, ZUVERSICHT (rot), HOFFNUNG (orange) und FREUDE (pink) mit Smiley.

Angeregt durch die Arbeit mit dem ZEN-Kreis spürt Frau Z. die vielen Facetten ihres Lebensweges, die auch in der Sitzung nochmals validiert werden. Sie geht, vielleicht weil sie gespürt hat, was sie in ihrem Leben alles bewältigt hat, erfüllt von Lebensfreude. In weiteren Sitzungen wird deutlich, dass sie zunehmend gestärkt und angstfrei ihrem Lebensende entgegenblicken kann. Beispielsweise plant sie konkrete Schritte. Sie nimmt Kontakt zu einem Hospiz auf, bespricht mit ihrem Ehemann ihre Wünsche für die Trauerfeier, für die sie das Lied *Que Sera, Sera* von Doris Day aussucht. Auch mit ihren engsten Freund:innen verabredet sie sich gezielt, um Abschied zu nehmen. In vielen Bereichen hat sie das Motto »Gestaltete Angst verliert an Bedrohlichkeit« bis zu ihrem Tod gelebt. Dieser konstruktive Umgang mit der Endlichkeit hat auch ihrem Ehemann den Abschied lebbarer gemacht. Beispielsweise lebt er nach ihrem Tod mit vielen Ritualen weiter, die sie zu ihrem Lebensende noch angeregt hat. Das unterstützt auch seinen Trauerprozess.

12.4 Interventionen der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

Durch lebenszeitverkürzende Erkrankungen ist die Umsetzung von persönlichen Lebenszielen oftmals blockiert durch Ängste, Sorgen und andere Belastungen. Hier können die Konzepte und therapeutischen Strategien der ACT hilfreich sein. Durch das Lernen von achtsamer Akzeptanz soll psychische Flexibilität bezogen auf belastendes inneres Erleben entwickelt werden. Inzwischen gibt es einen traumafokussierenden Therapieansatz zur Durchführung von ACT. Trauma-fokussiertes ACT (TFACT) ist weder ein Protokoll noch eine Behandlung für eine bestimmte Störung wie z. B. PTBS. Es ist ein auf Mitgefühl basierender, expositionszentrierter Ansatz zur Durchführung von ACT. TFACT hat drei miteinander verwobene Stränge, die für alle traumabezogenen Themen gelten. Es geht darum, das Leben in der Gegenwart, die Heilung der Vergangenheit und den Aufbau der Zukunft mit Achtsamkeit zu handhaben (Harris, 2021). Hierzu werden konkrete Vorgehensweisen empfohlen, wie die Verwendung der Metapher des »window of flexibility«.

Beim Konzept des in der Traumatherapie etablierten »window of tolerance« (Siegel, 2015) geht es darum, dass Patient:innen lernen, ihre eigene Arousal-Zone zu erweitern, um möglichst im Umgang mit Angst und Stressoren handlungsfähig zu bleiben. Bei TFACT wird vom »window of flexibility« gesprochen. Hier geht es darum, Patient:innen zu ermutigen, in verschiedenen Situationen flexibel reagieren zu können. Sobald diese spüren, dass sie nicht mehr flexibel mit Emotionen, Kognitionen und physiologischen Reaktionen reagieren können, also ihr »window of flexibility« verlassen haben, sollten sie beispielsweise ganz gezielt die Erfahrung machen, durch das sogenannte Ankern (»Dropping anchor«) wieder zurück ins »window of flexibility« zu kommen.

Methode • Dropping anchor

Die Patient:innen sollen ihre Füße fest auf den Boden stellen und dabei den Kontakt zum Boden wahrnehmen, sich aufrecht hinsetzen und den Rücken strecken, spüren, wie der Rücken sie stützt, dann die Fingerspitzen zusammendrücken und dabei Ellenbogen und Schulter frei bewegen.

Im nächsten Schritt wird die Aufmerksamkeit auf das innere belastende Geschehen, z. B. die Angst, gelenkt: Die Angst wahrnehmen und sich dabei sagen: Hier ist die Angst. Die Belastung wahrnehmen und zugleich spüren, dass da ein Körper ist, der all die Angst umfängt und dass es ein Körper ist, den man bewegen und kontrollieren kann. Die Aufmerksamkeit wird dabei auf den Körper gelenkt und durch Bewegungen und Strecken der Muskeln die Stärke des Körpers gespürt.

Jetzt wird die Aufmerksamkeit auf die Umgebung, den Raum gelenkt und darum gebeten, fünf Dinge wahrzunehmen, die zu sehen sind und dann drei Dinge, die im Raum zu hören sind.

Danach wird die Aufmerksamkeit auf den/die Therapeut:in und die gemeinsame Arbeit gelenkt: Wahrnehmen, dass schwierige Gedanken und Gefühle da sind und dabei gleichzeitig den Körper spüren, ihn sanft bewegen und kontrollieren, dabei

den Raum bewusst wahrnehmen und die gemeinsame Arbeit im Team mit der Therapeut:in wahrnehmen.

Diese Übung wird so lange fortgeführt, bis das »window of flexibility« wieder erreicht ist.

12.5 Interventionen der Würdezentrierten Therapie

Zu beschreiben, wie die Würdezentrierte Therapie – im Übrigen wahrscheinlich jede psychotherapeutische Intervention – durchgeführt wird, fühlt sich über kurz oder lang wie die Aufgabe an, den Geschmack von Eiscreme zu beschreiben; keine Fülle an Beschreibungen und keine noch so sorgfältig ausgewählte Sammlung an Adjektiven kann das Erlebnis des tatsächlichen Schmeckens ersetzen.

Chochinov, 2017, S. 161

Die Würdezentrierte Therapie (Dignity Therapy) ist eine von Harvey M. Chochinov entwickelte und empirisch belegte therapeutische Kurzintervention für terminal erkrankte Patient:innen, die auf die Stärkung des eigenen Würdeempfindens zielt.

Die Interventionen nehmen Bezug auf die Ressourcen in der Biografie der Patient:innen und stärken den Wunsch nach Generativität mit dem Ziel, ein individuelles »Generativitätsdokument« zu erstellen. Die Interventionen beinhalten ein mehrstufiges Vorgehen:

Der erste Schritt ist ein Interview mit der terminal erkrankten Person in ein bis zwei Therapiesitzungen. Es wird vorher besprochen, für wen das Dokument erstellt wird. Das Gespräch wird aufgenommen, transkribiert, editiert und dann mit den Patient:innen nach ein paar Tagen gemeinsam gelesen, auch um mögliche Korrekturen vorzunehmen. Es entsteht ein »Generativitätsdokument« zum Austausch oder als Hinterlassenschaft für Familie, Partner:in oder für Freund:innen. Der überwiegende Teil von Angehörigen empfindet das Angebot der Würdezentrierten Therapie als sehr hilfreich für die Patient:innen selbst und für sich selbst als tröstend und hilfreich für den Umgang mit eigenen Ängsten und dem eigenen Trauerprozess.

Beispiele von Interviewfragen:

- ▶ Erzählen Sie mir ein wenig aus Ihrer Lebensgeschichte; insbesondere über die Zeiten, die Sie am besten in Erinnerung haben oder die für Sie am wichtigsten sind. Was war Ihre beste Zeit?
- ▶ Wann haben Sie sich besonders lebendig gefühlt?
- ▶ Was sind die wichtigsten Aufgabenbereiche, die Sie in Ihrem Leben eingenommen haben (Rollen in der Familie, im Beruf, im Sozialleben etc.)?
- ▶ Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für die Menschen, die Ihnen am Herzen liegen?
- ▶ Was haben Sie über das Leben gelernt, das Sie gern an andere weitergeben möchten?

Die Würdezentrierte Therapie bringt Menschen, die aufgrund von krankheitsbezogenen Aspekten mit verschiedenen Ängsten konfrontiert werden, auf einen Pfad der Selbstkontinuität, der trotz der Patient:innenrolle durch das Interesse an würdebewahrenden Perspektiven gestärkt wird. Die verschiedenen Interviewfragen können auch durch spontanes Nachfragen die Patient:innen in Kontakt zu Lebensspuren bringen, die im aktuellen Kontext einer lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Erkrankung oftmals nicht präsent sind und nicht kommuniziert werden.

Fotoalbum-Metapher

Eine hilfreiche Möglichkeit, die Auswahl von bedeutsamen Lebenserfahrungen anzuregen, kann die sog. Fotoalbum-Metapher sein: »Stellen Sie sich vor, Sie und ich blättern durch ein Fotoalbum Ihres Lebens. Erzählen Sie mir so ausführlich wie möglich etwas über einige der Bilder, die wir sehen könnten« (Chochinov, 2017, S. 115).

13

Resilienzorientierte Reflexion der psychotherapeutischen Tätigkeit

13.1 Umgang mit akuten Krisensituationen in der Therapiesitzung

13.2 Psychohygiene und Burnoutprophylaxe

13.3 Impulse aus der Kunst für den Umgang mit Angst

13.1 Umgang mit akuten Krisensituationen in der Therapiesitzung

Wie bei jeder eigenen Krise erweitern wir auch in der Arbeit als Psychotherapeut:innen mit jeder bewältigten Krise unserer Patient:innen unser Wissen im Umgang mit Krisensituationen. Das stärkt auch unsere eigene Resilienz. Die Begegnung mit Menschen, die existenzielle Ängste erleben oder lebensbedrohlich erkrankt sind, ist auch in der Rolle als Therapeut:in keine einfache Angelegenheit. Daher ist eine selbstfürsorgliche und wohlwollend-ankennende Einstellung zu sich selbst für die therapeutische Arbeit unerlässlich.

Jede Therapeutin, jeder Therapeut gleich welchen Verfahrens oder welcher Methodik, sollte über fundierte, zumindest berufsbezogene Selbsterfahrung verfügen, um eigene, unverarbeitete Konflikte nach OPD-2 (etwa Autonomie versus Abhängigkeit, Autarkie versus Versorgung, Dominanz versus Unterwerfung, Selbstwert, Schuld, sexuelle Orientierung) nicht unbewusst an Patienten zu inszenieren und damit therapeutisch schädlich zu werden« ... Wer von seinen Patienten so getriggert werden kann, dass seine kognitiven Kompetenzen mehr als drei Minuten beeinträchtigt werden, braucht Trauma-zentrierte Selbsterfahrung. Das vertrete ich übrigens auch dann, wenn es sich gar nicht um Trauma-zentrierte Therapien handelt.

Sachsse, 2021, S. 195–196

Was tun, wenn Patient:innen während der Sitzung eine Panikattacke bekommen?

- (1) Erinnern Sie sich zunächst selbst daran, dass die Panikattacke wie eine Welle im Meer von allein ansteigt und wieder abfällt.
- (2) Seien Sie ein Modell und vertrauen Sie darauf, dass die Patient:innen den Weg im Umgang mit der Panikattacke finden werden.
- (3) Ermutigen Sie die Patient:innen dazu, sich an die bisher kennengelernten Strategien im Umgang mit Angst zu erinnern. Denken Sie daran, dass die Körpergefühle und die Symptome vorübergehen, ohne etwas tun zu müssen. Weisen Sie darauf hin, einfach freundlich und ruhig zu beobachten, wie die Welle wieder abflacht.
- (4) Würdigen und loben Sie danach ausdrücklich das Durchhaltevermögen der Patient:innen während der Panikattacke.

Was tun, wenn Patient:innen während der Sitzung dissoziieren?

- ▶ Helfen Sie Patient:innen aktiv dabei, sich räumlich und zeitlich zu orientieren.
- ▶ Sprechen Sie die Patient:innen mit Namen an, nehmen Sie dabei Blickkontakt auf.
- ▶ Sprechen Sie laut oder klatschen Sie in die Hände.
- ▶ Bitten Sie die Patient:innen, aufzustehen und sich im Raum zu bewegen.
- ▶ Fragen Sie nach dem Wochentag.
- ▶ Lenken Sie die Aufmerksamkeit gezielt auf Sinneswahrnehmungen. Lassen Sie sich beschreiben, was zu sehen ist, lassen Sie drei blaue Dinge benennen, die im Raum zu sehen sind oder fragen Sie danach, was zu hören ist.
- ▶ Sie können auch bestimmte Gegenstände in die Hand nehmen lassen, z. B. einen Stein oder einen Igelball.
- ▶ Für zukünftige Situationen beschreiben Sie das Prinzip des »window of flexibility« (Abschn. 12.4).
- ▶ Nutzen Sie die Intervention »Dropping anchor« zur Reorientierung in der Sitzung und zur Sensibilisierung für den Umgang mit drohender Überflutung außerhalb der Therapiesitzung.

Besprechen Sie den weiteren Verlauf der therapeutischen Sitzung nach der Reorientierung. Ermutigen Sie die Patient:in dazu, zukünftig physiologische Veränderungen als Impuls für eine weitere Erhöhung der eigenen Stresstoleranz zu nutzen.

13.2 Psychohygiene und Burnoutprophylaxe

Die psychotherapeutische Arbeit mit Patient:innen die hoch belastet sind, ist immer begleitet von der Angst, die die Patient:innen dabei erleben. Diese Erfahrungen werden auch von dem neurobiologischen System der Psychotherapeut:in aufgenommen. Die Informationen und Bilder, die wir von unseren Patient:innen aufnehmen, aktivieren dieselben Zentren in unserem Gehirn wie die Original-Situation, nur schwächer. Diese Spuren der Angst erfordern einen sorgsamen Umgang mit der eigenen Psychohygiene. Alles, was wir mit unseren Sinnen wahrnehmen, hinterlässt Spuren. Ein bewusstes Management von Gedanken, Gefühlen und Verhalten trägt dazu bei, sich glücklich und zufrieden zu fühlen.

Der Umgang mit dem Thema Angst in Ihrer täglichen Arbeit sollte Sie veranlassen, Ihren Sinnen ausreichend Erfahrungen von Wohlbefinden zu gönnen. Achten Sie darauf, dass Sie jeden Tag Wohlfühlmomente bewusst kultivieren. Viele der Interventionen, die wir in diesem Buch zusammengestellt haben, können Ihren Fokus auf Dankbarkeit, Sinn und Zufriedenheit in ihrem Berufs- und Privatleben unterstützen.

Angst ist ansteckend, wenn man ihr keinen anderen Fokus entgegensetzt. Konzentrieren Sie sich daher in Ihrer psychotherapeutischen Arbeit auf die Resilienz ihrer Patient:innen und auf ihre eigenen Resilienz-Wege und nutzen Sie Ihre individuellen Quellen der Selbstwirksamkeit.

Die Teilnahme an Fortbildungen, Intervisionen und Supervisionen trägt wesentlich dazu bei, den eigenen Arbeitsstil zu reflektieren. Auch dabei kann eine ressourcenorien-

tierte Haltung dazu beitragen, die Qualität der Arbeit und der Lebenszufriedenheit zu verbessern (Zwack, 2013).

■ Wichtig

In diesem Sinne bieten sich folgende Fragen zur Selbstreflexion an:

- ▶ Was gelingt mir in meiner therapeutischen Arbeit?
- ▶ Was kann ich gut, was macht mir Freude?
- ▶ Wie kann ich meine Zufriedenheit mit Therapieerfolgen selbst würdigen?
- ▶ Welche Rituale kenne ich, um mich gegenüber belastenden Erfahrungen des Therapiealltags abzugrenzen?
- ▶ Welche Menschen inspirieren mich?

Konsequenzen für den individuellen Lebenszeitstress

Für Berufsgruppen, die überwiegend mit schwer belasteten Menschen zu tun haben, hat dies auch Konsequenzen für den individuellen Lebenszeitstress. In zahlreichen Studien wird deutlich, dass der berufliche Kontext einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit besonders auch von medizinischem Personal im Gesundheitswesen hat (Behnke, 2019; Doo et al., 2021; Lieb, 2021).

In einer Metaanalyse zum Burn-out bei amerikanischen Psychotherapeut:innen zeigten sich vor allem zwei Faktoren für Burn-out:

- (1) starke Arbeitsbelastungen (etwa durch eine hohe Patient:innenzahl, Überstunden und viele Verwaltungstätigkeiten),
- (2) intensive persönliche Involviertheit (hohe Identifikation mit den Patient:innen, sich alles sehr zu Herzen nehmen, sich zu viele Sorgen machen, nicht abschalten können).

Die berufliche Tätigkeit wurde andererseits auch als Quelle positiver Bestätigung, Motivation und Zufriedenheit genannt. Daraus kann man schlussfolgern: Um Burn-out zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Arbeitsbelastung zu verringern, Selbstfürsorge und Achtsamkeit zu betreiben und zwischen schädlicher und nützlicher Involviertheit unterscheiden zu lernen. Empathie-Training (compassion training) führt zu einem Aktivitätsanstieg in Gehirnregionen, die mit positivem Affekt, Liebe und Nähe assoziiert sind. Es scheint, dass Mitgefühl (nicht etwa Mitleid!) es möglich macht, mit der negativen Realität von Patient:innen in Kontakt zu bleiben, während gleichzeitig positive Gefühle aufgebaut werden (Klimecki et al., 2013, Leiberg & Singer 2013).

Burn-out-Syndrom

Das Burn-out-Syndrom wurde neu in die ICD-11 aufgenommen. Es resultiert aus chronischem Stress im beruflichen Kontext, der nicht erfolgreich verarbeitet wird. Es besteht aus drei Dimensionen:

- (1) Gefühle von Energieverlust oder Erschöpfung
- (2) zunehmende innere Distanz zum Job oder jobbezogene Gefühle von Negativismus oder Zynismus
- (3) Leistungsminderung und Ineffizienzgefühle

Die folgenden Impulse zur Resilienzstärkung im Berufsleben können dazu beitragen, einem Burn-out-Syndrom vorzubeugen:

- ▶ Gestalten Sie tägliche Time-outs.
- ▶ Zeigen Sie Freundlichkeit und Freude in Ihrem Alltag.
- ▶ Finden Sie jeden Tag etwas zum Lachen.
- ▶ Nehmen Sie sich Zeit für Austausch, Verbundenheit und Dankbarkeit.
- ▶ Nutzen Sie individuelle Vorlieben zur Stressreduzierung.
- ▶ Achten Sie auf Ihre Ernährung und eine gute Schlafhygiene.
- ▶ Spüren Sie Ihren Körper in Ruhe und Bewegung.
- ▶ Besuchen Sie Fortbildungen und nutzen Sie Supervision.

13.3 Impulse aus der Kunst für den Umgang mit Angst

Die Beschäftigung mit Kunst kann sowohl für Psychotherapeut:innen als auch für Patient:innen zu einer Quelle der Selbstfürsorge werden. Reflexionsprozesse können auf unterschiedlichen Ebenen wirken: körperlich, emotional, kognitiv, sozial oder spirituell. Lassen Sie sich durch die folgenden Beispiele inspirieren:

Yayoi Kusama ist eine international anerkannte japanische Künstlerin, geradezu ein Superstar der aktuellen Kunstszene. In Berlin wurde z. B. 2021 ihr Lebenswerk mit einer großen Ausstellung gewürdigt. Ähnlich wie Louise Bourgeois, die in einer Zeichnung in New York im MoMA postuliert: »Art is a Guaranty of Sanity«, bezeichnet auch Kusama ihre Arbeit als psychosomatische Kunst, als Medizin, als Heilmittel gegen die Angst.

In ihrer Autobiografie schreibt sie: »Indem ich tagtäglich endlos viele dieser schrecklichen Objekte herstellte, gewöhnte ich mich an sie. Wieder und wieder verlieh ich dem Objekt meiner Angst eine Form und konnte sie so unter Kontrolle halten [...] Ich wollte meine Angst überwinden« (Domschke, 2019).

Viele Künstler:innen haben sich in ihren Werken mit dem Thema Angst auseinandergesetzt. Paul Klee hat der Welt beispielsweise eine Vielzahl an Engelsbildern hinterlassen, die vielen Menschen Mut und Zuversicht schenken (Riedel, 2004). Oder denken Sie an Frida Kahlo, die ihre Traumatisierungen und Ängste in ihren Bildern verarbeitete und sich in ihren Tagebüchern dennoch als glücklichen Menschen beschrieb. Ihre Werke wirken in vielen Museen der Welt auch als Hinweisreiz für einen kreativen Bewältigungsprozess.

»Angst essen Seele auf«, dieser Film des Regisseurs Rainer Werner Fassbinder aus dem Jahr 1974 hat Generationen von Filmemacher:innen auf der ganzen Welt beeinflusst. Das Thema Angst und Misstrauen gegenüber Minderheiten wird im Kontext von sozialen Rahmenbedingungen und sozialen Netzwerken eindrucksvoll dargestellt. Es geht dabei um Selbstakzeptanz und um Wünsche nach Verbundenheit und um die Un-

fähigkeit, diese Bedürfnisse zu leben. Der Film ermutigt letztlich dazu, die eigenen Ängste durch achtsame Kommunikation aufzulösen.

Gedichte können ebenfalls Impulse zur Resilienzstärkung geben. Gibt es ein Lieblingsgedicht, das Ihnen vielleicht schon viele Jahre immer wieder begegnet? Oder sind es bestimmte Opern, Komponist:innen, Songs oder Schlager, von denen Sie sich berührt fühlen, die Ihnen einfach gut tun?

Glücklicherweise finden Künstler:innen in der ganzen Welt und zu allen Zeiten neue Wege, die anderen Menschen ungewohnte Perspektiven eröffnen, auch im Umgang mit eigenen Ängsten. Vielleicht haben Sie ja einmal Lust, darüber nachzudenken, welche Künstler:innen Ihnen auf Ihrem Lebensweg bereits »begegnet« sind? Möglicherweise weckt das auch Ihr Interesse auf zukünftige Erfahrungen mit Kunst.

Nicht müde werden,
sondern dem Wunder
leise
wie einem Vogel
die Hand hinhalten.

Hilde Domin

Anhang

Literatur

Sachwortverzeichnis

Literatur

- Albus, C., Waller, C., Fritzsche, K., Gunold, H., Haass, M., Hamann, B. et al. (2018). Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- American Psychological Association (APA, 2009). The Road to Resilience brochure. (<http://helping.apa.org>; Zugriff am 13.5.2009).
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Bennecke, C., Deckert, J. et al. (2014) Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. URL: www.awmf.org/leitlinien.html
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Behnke, A., Conrad, D., Kolassa, I. T. & Rojas, R. (2019). Higher sense of coherence is associated with better mental and physical health in emergency medical services: Results from investigations on the revised sense of coherence scale (SOC-R) in rescue workers. *European Journal Psychotraumatology*, 20, 10(1), 1606628.
- Bergman, O., Ahs, F., Furmark, T., Appel, L., Linnman, C., Faria, V. et al. (2014). Association between amygdala reactivity and a dopamine transporter gene polymorphism. *Translational Psychiatry*, 4, e420.
- Binder, J., Bischofberger, A. & Thomaier, K. (1984). Normierung einer Skala zur Messung lebensverändernder Ereignisse. *Social Psychiatry*, 19, 173–180.
- Bohus, M. & Wolf, M. (2021). Interaktives SkillsTraining für Boderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit. Stuttgart: Schattauer.
- Boss, P. (2008). Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem »uneindeutigen Verlust«. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Bunz, M., Kindermann, I., Karbach, J., Wedegärtner, S., Böhm, M. & Lenski, D. (2015). Psychokardiologie: Wie Herz und Psyche zusammenhängen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140, 117–120.
- Chochinov, H. M. et al. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *Lancet Oncology*, 12(8), 753–762.
- Chochinov, H. M. (2017). Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cloitre, M. & Schmidt, J. A. (2015). STAIR Narrative Therapie. In U. Schnyder & M. Cloitre (Hrsg.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Cham: Springer.
- Diegelmann, C. (2007). Trauma und Krise bewältigen. Psychotherapie mit TRUST. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Diegelmann C (2010). TRUST: Impulse für einen integrativen Behandlungsansatz – Salutogenese, Resilienz und Positive Psychologie als Fundament. In C. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen* (S.134–154). Stuttgart: Kohlhammer.
- Diegelmann, C. & Isermann, M. (2011). Kraft in der Krise. Ressourcen gegen die Angst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Diegelmann, C. & Isermann M. (Hrsg.). (2010). *Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Diegelmann, C., Isermann, M. & Zimmermann, T. (2020). *Therapie-Tools Psychoonkologie*. Weinheim: Beltz.
- Domschke, K. (2019). Angst in der Kunst. Ikonografie einer Grundemotion. Stuttgart: Kohlhammer.
- Doo, E. Y., Kim, M., Lee, S., Lee, S. Y. & Lee KY (2021). Einfluss von Angst und Resilienz auf Depressionen bei Krankenhauskrankenschwestern: Ein Vergleich von Krankenschwestern, die mit bestätigten und ver-

- muteten Patienten in den COVID-19- und Nicht-COVID-19-Einheiten arbeiten. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13–14), 1990–2000.
- Esch, T. (2011). *Die Neurobiologie des Glücks: Wie die positive Psychologie die Medizin verändert*. Stuttgart: Thieme.
- Fegg, M. J., Kramer, M., L'hoste, S. & Borasio, G. D. (2008). The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): Validation of a new instrument for meaning-in-life research. *Journal of Pain Symptom Management*, 35(4), 356–64.
- Frankl, V. E. (2008). ... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager (29. Aufl.). München: dtv.
- Fredrickson, B. L. (2011). *Die Macht der guten Gefühle: Wie eine positive Haltung ihr Leben dauerhaft verändert*. Frankfurt: Campus.
- Fulton, J. J., Newins, A. R., Porter, L. S. & Ramos, K. (2018). Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 1–14.
- Gendlin, E. T. (2007). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gilan, D. & Helmreich, I. (2021). *Resilienz – Die Kunst der Widerstandskraft. Was die Wissenschaft dazu sagt*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L. & Hunink, M. G. M. (2015). Standardized mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS ONE*, 10(4), e0124344. [10.1371/journal.pone.0124344](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344)
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion. A practitioner's guide*. Washington: APA.
- Guth, K.-M. (Hrsg.). (2016). *Rainer Maria Rilke – Briefe an einen jungen Dichter*. Berlin: Contumax.
- Hagena, S. & Gebauer, M. (2014). *Therapie-Tools Angststörungen*. Weinheim: Beltz.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Psychology Faculty Publications*, 101. URL: https://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/10
- Harris, R. (2021). *Trauma-Focused ACT. A practitioner's guide to working with mind, body & emotion using Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior: A neuropsychological theory*. New York: Wiley.
- Hefler, J. B. & Fiedler, P. (2019). *Transdiagnostische Interventionen in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hüther, G. (2003, 2009). *Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2005). *Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2007). *Ressourcen gegen die Angst*. In C. Diegelmann (Hrsg.), *Trauma und Krise bewältigen*. Hör-CD mit Texten und Übungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hüther, G. (2011). *Was wir sind und was wir sein könnten. Ein neurobiologischer Mutmacher*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hüther, G. (2015). *Psychosomatik und Somatopsychik*. In C. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen* (3. Aufl., S. 51–60). Stuttgart: Kohlhammer.
- Isermann, M. (2011). *Krebs und Stress: Hinweise aus der Psychoneuroimmunologie für therapeutisches Handeln*. In C. Diegelmann & M. Isermann (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen* (2. Aufl. S. 61–79). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kabat-Zinn, J. (2015). *Das Abenteuer Achtsamkeit. Wie Sie Weisheit für Körper, Geist und Seele entwickeln*. Freiburg: Arbor.
- Kandel, E. (2007). *Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes*. München: Pantheon.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C. & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 23(7), 1552–1561.

- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Paganini, M. & Amann, B. L. (2018). How does eye movement desensitization and reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9, 1395.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leiberg, S. & Singer, T. (2013). Empathie. In E. Schröger & S. Schoelch (Hrsg.), *Affektive und kognitive Neurowissenschaft*. Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2007). Supportive-Expressive (SE) Psychotherapie: An update. *Current Psychiatry Reviews*, 3, 57–64.
- Leichsenring, F., Beutel, M. E. & Leibing, E. (2008). Psychoanalytisch orientierte Fokalthherapie der Sozialen Phobie. *Psychotherapeut*, 53, 185–197.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, URL: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 07.02.2022)
- Levine, P. A. (2016). Trauma und Gedächtnis. Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn. Wie wir traumatische Erfahrungen verstehen und verarbeiten. München: Kösel.
- Lieb, K. (2021). Menschen mit hoher Resilienz sind in der Pandemie besser gewappnet. *Deutsches Ärzteblatt, DÄ-Interview*, 1.4.2021.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual. All Teaching Notes*. New York: Guilford.
- Ludolph, P., Kunzler, A. M., Stoffers-Winterling, J., Helmreich, I. & Lieb, K. (2019). Resilienzfördernde Interventionen bei Krebs. *Deutsches Ärzteblatt*, 116, 51–52.
- Lyubomirsky, S. (2008). *Glücklich sein: Warum Sie es in der Hand haben, zufrieden zu leben*. Frankfurt am Main: Campus.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2008). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). (2018a). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). (2018b). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2. Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Matosin, N. & Binder, E. B. (2018). Understanding the molecular mechanisms underpinning gene by environment interactions in psychiatric disorders: The *FKBP5* Model. *Biological Psychiatry*, 83 (10), 821–828.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic Therapy*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Parnell, L. (2003). *EMDR-Therapie mit Erwachsenen. Kindheitstrauma überwinden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Parnell, L. (2007). *A Therapist's Guide to EMDR. Tools and Techniques for Successful Treatment*. New York: Norton.
- Parnell, L. (2008). *Tapping. A Step-by Step Guide to Activating Your Healing Resources Through Bilateral Stimulation*. Boulder: Sounds True.
- Perls, F. S. (2019). *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pfeiffer, A. (2018). Was ist dran am Klopfen? Eine Übersichtsarbeit. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 235–243.
- Poli, E. & Angrilli, A. (2015). Greater general startle reflex is associated with greater anxiety levels. A correlational study on 111 young women. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, doi.org/10.3389/fnbeha.2015.00010.
- Provençal, N., Arloth, J., Cattaneo, A., Anacker, C., Cattaneo, N., Wichmann et al. (2020). Glucocorticoid exposure during hippocampal neurogenesis primes future stress response by inducing changes in DNA methylation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117 (38), 23280–23285
- Rashid, T. & Seligman, M. (2021). *Positive Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta.

- Reddemann, L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen* (6. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2021). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. Ein mitgeföhl- und ressourcenorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riedel, I. (2004). *Engel der Wandlung: Die Engelbilder von Paul Klee*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rost, C. (Hrsg.). (2008). *Ressourcenarbeit mit EMDR. Bewährte Techniken im Überblick*. Paderborn: Junfermann.
- Sachsse, U. (2021). *Behandlungsdiagnose Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung KPTBS. Persönlichkeitsstörungen PTT*, 25(3), 185–199.
- Satir, V. (2016). *Selbstwert und Kommunikation: Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe*. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A. et al. (2019) *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer.
- Schiele, M. A. & Domschke, K. (2018). *Epi-genetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders*. *Genes, Brain and Behavior*, 17, e12423.
- Schiele, M. A., Gottschalk, M. G. & Domschke, K. (2020). *The applied implications of epigenetics in anxiety, affective and stress-related disorders – A review and synthesis on psychosocial stress, psychotherapy and prevention*. *Clinical Psychology Review*, 77, 101830.
- Seligman, M. (2012). *Flourish. Wie Menschen aufblühen. Die Positive Psychologie des gelingenden Lebens*. München: Kösel.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd Ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2015). *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B. & Niederee, J. L. (1995). *Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 3–17.
- Sonntag, R. F. (2017). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie, Akzeptanz und Engagement bis zuletzt*. In D. Bertold et al. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende* (S. 71–84). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stamenkovic, D. M., Rancic, N. K., Latas, M. B., Neskovic, V., Rondovic, G. M., Wu, J. D. & Cattano, D. (2018). *Präoperative Angst und Auswirkungen auf die postoperative Genesung: Was können wir tun, um unsere Geschichte zu ändern?* *Minerva Anesthesiology*, 84(11), 1307–1317.
- Stoddard, J. & Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Subic-Wrana, C., Milrod, B. & Beutel, M. E. (2012). *Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie der Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sutter, M. & Greenberg, L. (2021). *Praxis der Emotionsfokussierten Therapie. Ein transdiagnostischer Leitfaden*. München: Ernst Reinhardt.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Hrsg.). (2000). *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: Probst.
- Valente, M. & Roediger, E. (Hrsg.). (2020). *Schematherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waadt, S., Duran, G., Berg, P. & Herschbach, P. (2011). *Progredienzangst. Manual zur Behandlung von Zukunftsängsten bei chronisch Kranken*. Stuttgart: Schattauer.
- Warth, M., Koehler, F., Brehmen, M., Weber, M., Bardenheuer, H. J., Ditzen, B. & Kessler, J. (2021). *»Song of Life«: Results of a multi-center randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care*. *Palliative Medicine*, 20, 2692163211010394.

- Wells, A. (2011). Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression. Weinheim: Beltz.
- Welter-Enderlin, R. (Hrsg.). (2012). Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer.
- Werner, E. & Smith, R. S. (1982). Vulnerable but Invincible. A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw Hill.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Yalom, I. (2008). In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet. München: btb.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459–482.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Zimmermann, T., Herschbach, P., Wessarges, M. & Heinrichs, N. (2011). Fear of progression in partners of chronically ill patients. *Behavioural Medicine*, 37 (3), 95–104.
- Zimmermann, T., Alsleben, M. & Heinrichs, N. (2012). Progredienzangst gesunder Lebenspartner von chronisch erkrankten Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Psychomatische Medizin*, 62, 1–8.
- Zwack, J. (2013). Wie Ärzte gesund bleiben. Resilienz statt Burnout. Stuttgart: Thieme.

Sachwortverzeichnis

A

Achtsamkeit 88, 106
Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) 36, 109
Anamnesediagramm 57
Angstgeschichte, individuelle 22, 24

B

Belohnungssystem 19
Bilaterale Stimulation (BLS) 65
Body Scan 82
Burn-out 113, 114
Butterfly Hugs 66

C

CAS (Cognitive Attentional Syndrome) 40
Conflict Imagination Painting and Bilateral Stimulation (CIPBS) 92
Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS) 89

E

EMDR 90
Emotionsfokussierte Therapie (EFT) 39
Entspannung 61
Epigenetik 20
Erkrankungen, lebensbedrohliche 100
Erstgespräch 57, 58
Erstkontakt 55

H

Habituation 23
Hyperarousal 29
Hypothalamus 18

I

Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) 97
Imagination 61
Intrusionen 29

K

Klopftechniken 67
Kognitive Verhaltenstherapie 33, 104
Körperbezogene Interventionen 29
Kreative Interventionen 104
KRISEN-ABC 68
Krisensituationen, akute 112

M

Metakognitive Therapie 40
Metaphern 37, 40, 111
Mindsets 26

N

Nervensystem, autonomes 22
Neurobiologische Mechanismen 59
Neuropsychotherapie 46

P

Palliative Situation 107
Positive Psychologie 46
Progredienzangst 101
Psychodynamische Therapieverfahren 34
Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) 97
Psychoedukation 59
Psychohygiene 113

R

Resilienz 42
Resilienzkreis 105

Resilienzkreis der Angst 51
Resilienzpuffer 16
Resilienz-Stressbewältigungsmodell 50
Risikogene 20

S

Salutogenese 44
Selbsterfüllende Prophezeiung 25
Skills-Training 88
Somatic Experiencing (SE) 98
Sozial-kognitive Theorie 45
Sympathikus 18

T

Therapieverfahren, Wahl 32
Transaktionales Stressmodell 45
Traumanetzwerk 29
TRUST-Interventionen 65
TRUST-Konzept 47
TRUST-Protokoll 74
TRUST-Ressourcenteam 78

V

Vulnerabilität, erhöhte 20
Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell 46

W

Würdezentrierte Therapie 110

Z

Zen-Kreis mit Visionen 107

