

Christiane Andrea Fahlböck

Self-Compassion – Emotionales Coping bei chronischen Erkrankungen

Moderator zwischen neurologischen
Symptomen und subjektivem
Wohlfühlen

MOREMEDIA



Springer

Self-Compassion – Emotionales Coping bei chronischen Erkrankungen

Christiane Andrea Fahlböck

Self-Compassion – Emotionales Coping bei chronischen Erkrankungen

Moderator zwischen neurologischen
Symptomen und subjektivem
Wohlfühlen

 Springer

Christiane Andrea Fahlböck
Villach, Österreich

This work was accepted by the Sigmund Freud University as a dissertation in the field of psychotherapy science in 2020

ISBN 978-3-658-32501-5 ISBN 978-3-658-32502-2 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-32502-2>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Carina Reibold

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

*„There is a crack in everything. That's
how the light gets in.“*

Leonard Cohen

Vorwort

Menschen mit neurologischen Erkrankungen leiden meist nicht nur unter somatischen Symptomen sondern haben eine Fülle psychischer Reaktionen und müssen sich in ihrem Verhalten an diese neue Situation anpassen. Weiters sind auch starke Veränderungen in den sozialen Netzwerken die Folge. Die Rehabilitation dieser Menschen, vor allem solchen mit Multipler Sklerose, ist deshalb oft nicht nur für die Betroffenen schwierig, sondern erfordert ein multiprofessionelles Vorgehen. Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Aspekte und Methoden werden dabei in der Literatur oft erwähnt und auch empfohlen, es fehlt jedoch meistens deren wissenschaftliche Evidenz.

Die Autorin hat sich deshalb, ausgehend von ihrer breiten Erfahrung im Bereich der Neurorehabilitation diesem Thema in ihrer Dissertation mit dem Focus des Einflusses von emotionsfokussierten Methoden gewidmet. Ausgehend von Forschungsergebnissen zu diesem Thema sollte die Frage geklärt werden, ob Selbstmitgefühl („Self-Compassion“) einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden hat. Ebenso war es der Forscherin wichtig, die Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess zu untersuchen, also ob Menschen, die an Multipler Sklerose leiden und höhere Werte im Selbstmitgefühl haben, auch weniger unter der Krankheit leiden und damit mehr Lebensqualität erreichen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es nicht nur wichtig ist Menschen mit neurologischen Erkrankungen „unspezifisch psychisch zu begleiten“, sondern dass der Krankheitsverlauf und auch die Bewältigung der Krankheit durch spezifische, evidenzbasierte Interventionen, die auf den durch die Krankheit verursachten psychischen Stressoren aufbaut zu verbessern. Das konnte in dieser Untersuchung deutlich gezeigt werden.

Menschen mit Multipler Sklerose und geringerem Selbstmitgefühl hatten mehr Ängste hinsichtlich „des eigenen Versagens“ und „Geringschätzung durch Andere“. Das ist auch ein Risikofaktor für die Entstehung von Depressionen.

Weiters zeigte sich bei diesen Menschen ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen höherem Selbstmitgefühl und subjektiv erlebtem Wohlbefinden. Je höher das Selbstmitgefühl war, desto höher war das subjektiv erlebte und angegebene Wohlbefinden. Die Untersuchten, die ein subjektiv höheres Wohlbefinden angaben, gaben auch an, eigene Fehler mehr zu akzeptieren (Self-Kindness), sich für gemachte Fehler weniger zu verurteilen (Self-Judgement), diese mehr als Teil des eigenen Menschseins zu betrachten und sich mehr mit anderen verbunden zu fühlen (Common Humanity). Diese Menschen wiesen auch geringere Werte bei den Vermeidungszielen (FAMOS) auf. Dadurch war auch die Lebenszufriedenheit deutlich verbessert.

Die Autorin leitet aus ihren Ergebnissen ab, dass psychotherapeutische Interventionen ein zentraler Bestandteil der Therapie beim Menschen mit chronischen neurologischen Erkrankungen sein sollten. Dies sollte jedoch nicht nur global erfolgen sondern sich auf die spezifischen Probleme hinsichtlich der Bewältigung beziehen. Da emotionale Prozess hier besonders wichtig sind, sollten diese neben kognitiven Methoden der Verhaltenstherapie auch vermehrt in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden. Da Selbstmitgefühl aber auch einen Resilienzfaktor darstellt, sollte ein Training dieser Fähigkeit bereits früh im Krankheitsverlauf (oder auch als generelle Lebensstrategie) erfolgen.

Die Dissertation zeigt sehr schön, wie Psychotherapie in die Behandlung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen einbezogen werden sollte und ist deshalb ein wertvoller Beitrag der Psychotherapieforschung. Ich gratuliere der Autorin, sich diesem schwierigen Thema angenommen zu haben, da dadurch die Lebensqualität dieser Menschen deutlich verbessert werden kann. Das sollte auch Anregung für weitere Forschungen sein, denn der Mensch mit neurologischen Erkrankungen ist mehr als seine organische Krankheit, sondern ein emotionales Lebewesen in seiner sozialen Umgebung.

Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer
Leiter des Instituts für Altersforschung, Sigmund Freud
Privatuniversität Wien, Wien, Österreich

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denen bedanken, die mich während dieser Zeit – und die war nicht zu kurz – begleitet und motiviert haben. Mein besonderer Dank geht an Gerald Gatterer und Horst Mitmansgruber, die an das Ende dieser Arbeit glaubten und mich während der Planung und Umsetzung unterstützten. Auch möchte ich mich bei Max Leibetseder und Prof. Guttman bedanken, die sich bereiterklärt haben, als Gutachter diese Arbeit zu beurteilen.

Ein großer Dank gilt Peter Schnabl, der mir immer mit seinem neurologischen Wissen zur Seite stand. Weiterhin danke ich den Neurologinnen und Neurologen, die mir bei der Rekrutierung von Patientinnen und Patienten eine große Hilfe waren.

Mein besonderer Dank gilt Manuela Karl und Maximilian Hetzel; nur durch ihre Unterstützung waren die Datenerhebung, Aufbereitung und Berechnung auf diese Art und Weise umsetzbar.

Ganz besonders danke ich meiner Familie, die mir immer zur Seite stand und viel Verständnis für meine Launen hatte.

Abschließend, aber nicht zuletzt möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die bereit waren, an der Datenerhebung teilzunehmen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Teil I Theoretischer Teil

1	Vorwort	3
2	Allgemeine Einleitung	5
3	Begriffsklärungen	13
3.1	Empathie	13
3.2	Achtsamkeit (Mindfulness) und Akzeptanz (Acceptance)	15
3.3	Compassion und Self-Compassion	20
4	Multiple Sklerose (MS) als chronische Erkrankung	33
4.1	Epidemiologie	34
4.2	Klinik und Diagnostik	37
4.2.1	Klinische Symptomatik	39
4.2.2	Neuropsychologie	45
4.2.3	Psychische Veränderungen	46
4.3	Therapie und Rehabilitation	47
5	Krankheitsverarbeitung (Coping) und Emotionsregulation (ER)	55
5.1	Krankheitsverarbeitung	56
5.2	Emotion und Emotionsregulation	62
5.2.1	Begriffsklärung	63
5.2.2	Funktion und Bedeutung von Emotionen	66
5.2.3	Modelle der Emotionsregulation	68
5.2.4	Emotionsregulation und psychische Störungen	74

6	Disziplinäre Anbindung	77
6.1	Neurobiologie der Emotion	77
6.2	Konsistenztheorie nach Grawe	83
6.2.1	Störungsgrundlagen	86
6.2.2	Emotionsregulation und Self-Compassion	90
7	Forschungsstand	95
7.1	Self-Compassion – klinische und nicht klinische Studien	96
7.2	Programme und Interventionen zur Förderung von Self-Compassion	99
7.3	Mindful Self-Compassion Programm (MSC) – Neff & Germer (2013, 2017, 2018)	104

Teil II Empirischer Teil

8	Forschungsfrage – Bedeutung für die Psychotherapiewissenschaft (PTW)	115
9	Methodik	117
9.1	Untersuchungsdesign	117
9.2	Pilotstudie	117
9.3	Untersuchungsinstrumente	118
9.3.1	Self-Compassion Scale – SCS-D (deutsche Version) – Schmidt, Bartel & Spottke (2009 unveröffentlicht); Hupfeld & Ruffieux (2011)	118
9.3.2	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – FLZ – Fahrenberg, Myrtek, Schuchmacher & Brähler (2000)	120
9.3.3	Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata – FAMOS – Grosse Holtforth & Grawe (2002)	123
9.3.4	Visuelle Analogskala – VAS	128
9.3.5	WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (2004), Version II – Power, Bullinger, Harper & WHOQUOL Group (1998)	129
9.4	Stichprobenbeschreibung	130
9.4.1	Rekrutierung	130
9.4.2	Überprüfung der kognitiven und emotionalen Belastbarkeit	133
9.4.3	Soziodemografische Daten	138
9.4.4	Klinische bzw. MS-bezogene Daten	139

10	Untersuchungsergebnisse	143
10.1	Auswertungsmethoden	143
10.2	Ergebnisse aus der Hypothesentestung	143
11	Ergebnisdiskussion	155
12	Résumé und Ausblick	167
	Literaturverzeichnis	169

Abbildungsverzeichnis

Abb. 3.1	Übersicht über die jährliche Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zum Thema „Achtsamkeit“	16
Abb. 3.2	Evolutionär-biologisches Modell der Affektregulation nach Gilbert & Tirch 2009.	25
Abb. 4.1	Alter und Geschlecht nach Schmid, Heilig & Biogen https://www.ms-life.de/ms-wissen/was-ist-ms/geschichtliche/haeufigkeit/	35
Abb. 4.2	Globale Verteilung des Erkrankungsrisikos bei MS	36
Abb. 4.3	Krankheitsverlauf der MS nach Flachenecker & Zettl	38
Abb. 4.4	Unveröffentlichte McDonald-Kriterien (2017) https://oegpb.at/2018/04/04/revision-der-ms-diagnosekriterien/	40
Abb. 4.5	MRT-Kriterien nach https://oegpb.at/2018/04/04/revision-der-ms-diagnosekriterien/	41
Abb. 4.6	Häufige Symptome bei MS	42
Abb. 4.7	Beschwerden bei Erstmanifestation und Gesamtverlauf nach Poser, Bauer & Ritter (1980) und Köhler & Hoffmann in Schmidt et al.	43
Abb. 4.8	International Classification of Functioning (https://icfeducation.org/what-is-icf)	48
Abb. 4.9	MS-Therapie	49
Abb. 4.10	Medikamentöse Therapie bei MS (https://www.neurologe-grass.at/ms-special/therapie-der-multiplen-sklerose/)	51
Abb. 5.1	Stressmodell von Richard Lazarus (https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Stressmodell_von_Richard_Lazarus.png)	59

Abb. 5.2	Mögliche Copingstrategien bei MS-Patientinnen/-Patienten	61
Abb. 5.3	Funktionen von Emotionen nach Magai und McFadden	67
Abb. 5.4	Prozessmodell der Emotionsregulation	71
Abb. 5.5	TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen nach Berking	73
Abb. 6.1	Verschiedenartigkeit von Emotionen und Beschreibungsebenen	78
Abb. 6.2	Blick ins Gehirn	79
Abb. 6.3	Die Amygdala und ihre Reaktionskomponenten	81
Abb. 6.4	Erfüllung von Grundbedürfnissen durch Emotionen	84
Abb. 6.5	Konsistenztheoretisches Modell des psychischen Funktionierens	85
Abb. 6.6	TEK-Modell der Entstehung psychischer Störungen	89
Abb. 6.7	Evolutionär-biologisches Modell der Affektregulation	91
Abb. 6.8	Modell der Entstehung von psychischen Störungen	92
Abb. 9.1	Annäherungs- und Vermeidungsziele	125
Abb. 9.2	FAMOS-Auswertungsprofil	127
Abb. 9.3	WHO-5-Fragbogen zum Wohlbefinden	130
Abb. 9.4	EDSS Skala nach Kurtzke	132
Abb. 9.5	Gesamtüberblick – MS-Studie, Erhebungszeit: August 2016 bis Jänner 2017	133

Tabellenverzeichnis

Tabelle 7.1	Training zur Steigerung von Self-Compassion	110
Tabelle 9.1	Self-Compassion Scale (SCS) – Subskalen	120
Tabelle 9.2	Subskalen Symptomcheckliste	136
Tabelle 9.3	Altersstruktur der Stichprobe (n = 40)	138
Tabelle 9.4	Soziale Struktur der Stichprobe	139
Tabelle 9.5	Bildungsniveau in Jahren	139
Tabelle 9.6	Zusammenhang zwischen Alter und Verschreibung von MS-spezifischer Medikation	140
Tabelle 9.7	MS-Medikation	140
Tabelle 9.8	Psychopharmaka	141
Tabelle 9.9	Schweregrad der Depressivität – BDI	141
Tabelle 10.1	Deskriptive Statistik / Klinische Fragebögen (n = 40)	144
Tabelle 10.2	Vergleich der erhobenen Daten FLZ/Validierungsstudie FLZ	145
Tabelle 10.3	Signifikanztest bei Korrelationen – Höhe der SC, subjektiv erlebtes Wohlbefinden, Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit, Höhe der Annäherungsziele und der Vermeidungsziele	145
Tabelle 10.4	Korrelationen der SCS mit konstruktiven Maßen wie Wohlfühlen, Lebenszufriedenheit und Indikatoren für psychische Auffälligkeiten und Gesundheit	147
Tabelle 10.5	Korrelationen der SCS mit FAMOS-Vermeidungszielen	148
Tabelle 10.6	Korrelationen der SCS mit FAMOS-Annäherungszielen	149

Tabelle 10.7	Stichprobenteilung nach Mediansplit – Self-Compassion	149
Tabelle 10.8	Lineares Regressionsmodell	150
Tabelle 10.9	Korrelationen zwischen den Subskalen der SCS (n = 40) nach <i>Schmidt, Bartel & Spottke</i>	152

Teil I

Theoretischer Teil

Self-Compassion (SC) als Moderator zwischen neurologischen Symptomen und subjektivem Wohlfühlen

Self-Compassion as a Moderator of the Relationship Between Neurological Dysfunction and Well-Being



Vorwort

1

Die eigene klinische psychologische Tätigkeit über fünfundzwanzig Jahre im Bereich der stationären und ambulanten Rehabilitation von Menschen mit erworbener Hirnschädigung war ausschlaggebend für die vorliegende Arbeit. Bereits seit meiner Studienzeit lag mein vermehrtes Interesse auf dem Funktionsbereich Gehirn und den daraus resultierenden Verhaltensweisen. Nach meinem Studium lernte ich fünfzehn Jahre lang die stationäre neurologische Rehabilitation kennen. In dieser Zeit beschäftigte ich mich vorrangig mit dem Feld der Neuropsychologie, das in den 1990er Jahren noch in den Kinderschuhen steckte. Besonders die Diagnostik und die Behandlung von neuropsychologischen Defiziten wie Merkfähigkeit, exekutive Funktionen, Aufmerksamkeit und visuell-räumliche Wahrnehmung standen in dieser Zeit im Vordergrund. Es war aber auch eine Zeit, in der ich viel über neurologische Erkrankungen und die damit verbundene Diagnostik und Behandlung lernte. Die Betroffenen waren alle Personen, die auf eine Zeit „normales, gesundes Leben“ zurückblicken konnten, aber aufgrund einer plötzlich aufgetretenen oder sich langsam entwickelnden Erkrankung des zentralen Nervensystems aus dem Leben geworfen wurden. Die Folgen waren häufig auf kognitiver, emotionaler, physiologischer und sozialer Ebene zu finden. Ich bemerkte, wie wichtig es für die Betroffenen war, mit ihrem Leid wahrgenommen zu werden und den Einfluss auf ihre Lebensgeschichte zu verstehen. Einerseits erfuhr ich viel über Einschränkungen, welche die Folgen von Schädelhirntraumata (SHT), Schlaganfällen etc. waren, und dass nach abgeschlossener Akutphase keine gravierenden Verschlechterungen mehr zu erwarten waren. Andererseits kam ich mit Patientinnen und Patienten in Kontakt, die an Morbus Parkinson, MS, Epilepsie oder Chorea Huntington litten. Diese Patientengruppe konnte meist den weiteren Verlauf überhaupt nicht einschätzen. Sie mussten lernen mit Ungewissheit und Unsicherheit zu leben. In der psychotherapeutischen

Betreuung dieser Patientinnen und Patienten bemerkte ich, dass mich die klinisch psychologische bzw. psychotherapeutische Arbeit, die sogenannte Krankheitsverarbeitung, nicht wirklich zufriedenstellte. Es entwickelte sich vermehrt das Gefühl, dass die Bedürfnisse der Betroffenen zu kurz kamen und ihr Leiden nicht ausreichend validiert wurde. Auch in der Literatur wurden meist Problemlösestrategien wie auch emotionsvermeidende Strategien beschrieben. Der Terminus der Krankheitsbewältigung schien nicht passend, ich fragte mich: „Kann man Krankheiten wie diese bewältigen oder handelt es sich hier um eine Lebensaufgabe, d. h. einen Prozess, der immer wieder neue Anpassungsleistungen erfordert?“ Nach der stationären Zeit wechselte ich in den ambulanten Versorgungsbereich mit dem Schwerpunkt Psychotherapie. Über die Zeit, mittlerweile auch schon wieder fünfzehn Jahre, wurde ich zur Anlaufstelle für Menschen mit chronischen, insbesondere neurologischen Erkrankungen. Beeinflusst durch die Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie, insbesondere der Verhaltenstherapie, lernte ich einige neuere Ansätze aus den emotionsbasierten, emotionsfokussierten und mitgeföhlorientierten Psychotherapien kennen. Ich begann diese Interventionen in die Arbeit mit chronisch Kranken einfließen zu lassen. In meiner täglichen Arbeit fiel auf, dass es Betroffene gab, denen es sehr schwerfiel, positive Geföhle wie Verbundenheit, Freundlichkeit, Trost etc. zu empfinden und auch Hilfe anzunehmen. Aber auch negative Geföhle wie Scham, Trauer, Schuld, Einsamkeit, Neid etc. konnten kaum zugelassen werden. Meist zeigte sich ein strenger und starrer Umgang mit sich selbst und der Erkrankung. Die Entwicklung von psychischen Störungen wie Zwängen, Ängsten und Depressionen waren meist die Folge. Gleichzeitig kam es auch zu Kontakten mit Betroffenen, die einen konstruktiveren Umgang mit der Erkrankung und eine friedvollere Einstellung zum Leben zeigten. Interessant erschien mir, dass diese Reaktionsweisen oft unabhängig vom Behinderungsgrad waren. Diese Diskrepanzen im Umgang mit dem Geschehen bzw. Leiden sollen nun Gegenstand der Untersuchung bei Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose sein. Die geschilderten Erfahrungen, ebenso wie der emotionsfokussierte Forschungsbedarf im Bereich von chronisch körperlich Kranken motivierten mich zu dieser Arbeit.



Allgemeine Einleitung

2

Im Verlauf des Lebens sind Menschen immer wieder negativen Ereignissen und Fehlschlägen ausgesetzt. Schopenhauer stellte in diesem Zusammenhang fest: „Jede Lebensgeschichte ist eine Leidensgeschichte“ (W I, 382). Die Psychologie wie auch die Psychotherapiewissenschaft interessieren sich seit vielen Jahren für Faktoren, die einen konstruktiven Umgang und die Förderung des individuellen Wohlbefindens bei belastenden Ereignissen begünstigen (Bonanno, 2004). Eine besondere Herausforderung ist dies für Menschen, die an einer chronischen Erkrankung leiden. Diese Krankheitsbilder können heute meist besser behandelt werden als noch vor Jahrzehnten.

Einen großen Anteil an den organischen chronischen Erkrankungen haben die neurologischen Störungsbilder (Gerdes & Weis, 2000). Diese sind Störungen des zentralen und peripheren Nervensystems, also des Gehirns und des Rückenmarks. Dazu zählen Migräne, Spannungskopfschmerz, Tumorerkrankungen, Epilepsien, Insulte, Demenzen u. v. m. Die Möglichkeiten von Diagnostizierung und Behandlung in diesem Bereich haben sich in den letzten drei Jahrzehnten enorm verbessert, wobei die Symptombehandlung im Vordergrund steht. Das heißt, dass die Ursache vieler neurologischer Erkrankungen meist noch unbekannt ist und die Krankheiten deshalb auch unheilbar sind (Sünkeler, 2002). Die Krankheit verlangt von den Betroffenen wie auch den Mitbetroffenen meist eine enorme Veränderungsfähigkeit bezüglich der Lebensführung, der Zukunftsplanung, aber auch der Beziehungsgestaltung. Dies löst bei allen Beteiligten häufig Gefühle der Hilflosigkeit, Einsamkeit, Scham, Schuld und Überforderung aus. Eine gelungene Regulation bzw. Auseinandersetzung mit den auftretenden Emotionen ist ein entscheidender Faktor in einer erfolgreichen Sozialisation bzw. Teilhabe (ICF, WHO 2001). Die personenbezogenen Faktoren der ICF sind in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung.

Oft sind die Grundbedürfnisse der Betroffenen (Epstein, 1993; Grawe, 2004), die zu wichtigen Erlebnis- und Verhaltensweisen motivieren wie Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindungsbedürfnis und Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung durch das Ereignis der Erkrankung stark in Mitleidenschaft gezogen. Eine Anpassung an die veränderte Situation ist nicht ausreichend gegeben. Nach Langenmayr und Schöttes (2000) sind die körperlichen Einschränkungen weniger mit dem psychischen Wohlbefinden, der subjektiven Lebensqualität sowie der Anpassung an die Erkrankung verbunden. In diesem Zusammenhang ist vielmehr eine positive Einstellung in Bezug auf die Erkrankung das Fundament für eine gute Krankheitsbewältigung (Twork & Kugler, 2007). Insbesondere scheinen das emotionale Coping bzw. die Emotionsregulation von besonderer Bedeutung zu sein.

Falldarstellung

Julian, ein 24-jähriger Student, kommt zwei Wochen nach der Diagnosestellung „Multiple Sklerose“ erstmalig in meine psychotherapeutische Praxis. Er wirkt irritiert, verzweifelt, ängstlich und stark verunsichert. Der Klient erlebt das erste Mal Einschränkungen körperlicher (Sehstörungen, Sensibilitätsstörungen, motorische Einschränkungen) und seelischer Natur (Stimmungstiefs). Der Verlust von Lebensplänen und Perspektiven stellt nach der Diagnose gerade für junge Menschen eine hohe psychische Belastung sowie auch eine existentielle Bedrohung dar. Der Betroffene schildert die Zeit vor dem Auftreten der ersten Symptome als hoch belastend und stressreich. Er befand sich in einer schwierigen Lebensphase, stellte sowohl sein Studium wie auch seine langjährige Beziehung in Frage, versuchte beides jedoch so gut wie möglich zu ignorieren und einfach so weiterzumachen wie bisher. Er berichtete, dass er bis zu diesem Zeitpunkt noch nie das Gefühl gehabt hatte, „er selbst gewesen zu sein“. Daher fühlt er sich nun schuldig und mitverantwortlich für die Situation. Fragen wie die folgenden beschäftigen ihn: „Warum ich?“ „Warum jetzt?“ „Mein Leben geht ja erst jetzt richtig los und diese Erkrankung nimmt mir nun jegliche Perspektive.“ Es kam zu Selbstverurteilungen und er entwickelte viel Wut gegen sich selbst, da er das Gefühl hatte, persönlich bestraft zu werden. Die Folgen waren ein sozialer Rückzug von Freunden und Familie. Julian schildert Gefühle von Scham und Defektsein, ebenso wie diverse Ängste, nicht mehr leistungsfähig zu sein, sowie das Gefühl, nun verletzbarer bzw.