

Resilienz(-faktoren) bei vulnerablen Gruppen
– mit besonderem Fokus auf die Corona-Pandemie und auf psychoonkologische Interventionen für junge an Krebs erkrankte Menschen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Akademischen Grades
eines Dr. phil.,

vorgelegt dem Fachbereich 02 - Sozialwissenschaften, Medien und Sport
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

von

Lara Hubenschmid, M.Sc.
aus Singen (am Hohentwiel)

Stuttgart

2025

CC-BY-ND-4.0

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Zusammenfassung.....	VII
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
Tabellenverzeichnis.....	XI
Abbildungsverzeichnis.....	XII
Liste der Original Publikationen und Manuskripte.....	XIV
1. Einleitung.....	1
1.1. Psychische Gesundheit.....	1
1.2. Stress(-faktoren).....	4
1.2.1. Stressoren durch die Corona-Pandemie.....	6
1.3. Vulnerable Gruppen.....	8
1.3.1. Adolescents and Young Adults with Cancer (AYAC).....	9
1.4. Resilienz(-faktoren).....	12
1.5. Resilienzfördernde Interventionen bei AYAC.....	14
1.6. Schlussfolgerung und Forschungszielsetzung.....	15
2. Corona-Studie. Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany.....	17
2.1. Abstract.....	18
2.2. Introduction.....	19
2.3. Materials and Methods.....	21
2.3.1. Sample.....	21
2.3.2. Survey questionnaire.....	21
2.3.3. Statistical analyses.....	23
2.3.4. Stressor Load.....	23
2.3.5. Operationalization of Stressor reactivity (SR) as a proxy for resilience.....	23
2.3.6. Vulnerable groups, protective factors, and in-depth analysis of previously identified vulnerable groups.....	24
2.4. Results.....	25
2.4.1. Sample.....	25
2.4.2. Stressor load.....	27
2.4.3. Stressor reactivity (SR) as a proxy for resilience.....	31

2.4.4.	Vulnerable groups	32
2.4.5.	Protective factors	34
2.4.6.	In-depth analysis of previously identified vulnerable groups	34
2.5.	Discussion	37
2.5.1.	Stressor Load	37
2.5.2.	Resilience and mental health	38
2.5.3.	Vulnerable groups, protective factors, and in-depth analysis of previously identified vulnerable groups	40
2.5.4.	Strengths and limitations	41
2.5.5.	Conclusions	42
2.6.	Conflict of Interest	43
2.7.	Author Contributions	43
3.	Systematisches Review: Resilience and mental health promoting interventions in adolescents and young adults with cancer: A systematic review and meta-analysis	44
3.1.	Abstract	45
3.2.	Introduction	46
3.3.	Methods	49
3.3.1.	Search strategy	49
3.3.2.	Selection criteria	49
3.3.3.	Study selection and data extraction	50
3.3.4.	Quality appraisal	50
3.3.5.	Data synthesis	51
3.4.	Results	53
3.4.1.	Study selection	53
3.4.2.	Characteristics of included studies	53
3.4.3.	Quality appraisal	56
3.4.4.	Main findings	57
3.4.5.	Moderators	63
3.4.6.	Primary studies	63
3.4.7.	Sensitivity analyses	64
3.5.	Discussion	67
3.5.1.	Potential moderators	67
3.5.2.	Strengths and limitations	70
3.5.3.	Conclusions	71
3.6.	Conflict of Interest	72
3.7.	Author Contributions	72

4. Resilienzfördernder Workshop: Trainer:innen-Manual	73
4.1. Herleitung und Verortung des Interventionsmanuals im Promotionsvorhaben	73
Impressum	76
VORWORT	79
Stress – Resilienz – Wohlbefinden	79
Ziel und Aufbau der Intervention	79
ZUM GERBAUCH DES MANUALS	81
An wen richtet sich dieses Manual	81
Wie ist das Manual aufgebaut?	81
Worauf ist zu achten?	83
THEORETISCHER HINTERGRUND	85
Definition Resilienz	85
Geschichte der Resilienz(-faktoren)	85
Posttraumatisches Wachstum	86
Resilienzfaktoren	86
Transaktionales Stressmodell	88
Vulnerabilität-Stress-Modell	89
Grundbedürfniserfüllung	90
Konzept der Intervention	91
Relevanz Resilienz und Krebs	91
Relevanz Resilienz und junge an Krebs erkrankte Menschen	92
Phasen der Krankheitsbewältigung, psychisches Erleben und Umgang	92
VOR DEM WORKSHOP	95
AGENDA	97
ABLAUF- UND SEQUENZPLAN	98
KAPITEL 1: BEGRÜßUNG BEI ANREISE UND ABENDESSEN	105
Begrüßung bei der Anreise	106
Begrüßung bei dem Abendessen	107
KAPITEL 2 –ORGANISATORISCHE UND INHALTLICHE EINFÜHRUNG	108
Organisatorische Einführung	109
Inhaltliche Einführung	112
KAPITEL 3 –RESILIENZ(-FAKTOREN)	116
Resilienz	117
Resilienzfaktoren	118
Salutogenese und Kohärenzgefühl	120

Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	123
Wohlbefinden	124
Konzept der Intervention	125
Übung <Meine Resilienzfaktoren>	126
KAPITEL 4 – PSYCHOONKOLOGISCHER INPUT (Person mit Expertise).....	128
Stress.....	129
Krankheitsphasen und spezifische Belastungen	131
Das psychische Erleben	132
Kontrollradar	134
Umgang mit den Emotionen.....	136
KAPITEL 5 – EXPRESSIVES SCHREIBEN (Person mit Expertise)	139
Hintergrund und Einsatzgebiet	140
Erfahrungsaustausch	140
Schreibimpuls und Schreibzeit	140
Vorstellung/ Austausch.....	141
KAPITEL 6 – IMAGINATIVE ENTSPANNUNGSVERFAHREN (Person mit Expertise) 142	
Hintergrund und Einsatzgebiet	143
Praktische Übung.....	143
Nachbesprechung.....	143
KAPITEL 7 – OPEN SPACE	145
Hintergrund und Einsatzgebiet	146
Gruppenbildung	148
Durchführung.....	149
Nachbesprechung.....	149
KAPITEL 8 – ABSCHLUSSRUNDE	150
Abschlussrunde.....	151
KAPITEL 9 – DER SELBSTWERT	152
Transfer-In	154
Selbstwert	155
Resilienzfaktor Selbstwert.....	161
KAPITEL 10 – ABSCHLUSS	163
Abschlussrunde.....	164
Feedbackrunde.....	164
4.2. Trainer:innen-Manual (Kräfte-für-Krisen-Arbeitsbuch): Autoren Beiträge	165
4.3. Evaluation des resilienzfördernden Workshops	165

4.4. Beitrag des Trainer:innen-Manual zur Zielsetzung der Dissertation	170
5. Resilienzbroschüre	171
5.1. Herleitung und Verortung der Resilienzbroschüre im Promotionsvorhaben	171
Herzlich Willkommen!.....	174
Begrüßung	174
Infos zu den Projektverantwortlichen und -hintergrund.....	174
Stress – Resilienz – Wohlbefinden	175
Aufbau	175
Kapitel 1: Grundwissen kompakt.....	177
Resilienz	177
Resilienz(-faktoren)	178
Kapitel 2: Krankheitsphasen – Eine kleine Orientierung.....	181
Die Erkrankung in jüngeren Jahren	181
Die Diagnose	182
Der Schock	182
Transformation von „an Krebs erkrankt“ zum Leben mit Krebs	183
Kapitel 3: Krankheitsbewältigung – Leben mit einer Krebserkrankung.....	186
Emma.....	186
Bin ich schuld an meiner Erkrankung?.....	187
Krank oder gesund? – das Salutogenese-Prinzip.....	188
Kohärenzgefühl	190
Realistischer Optimismus und positive Emotionen.....	192
Selbstwirksamkeit.....	195
Aktives Coping (lösbare Probleme)	198
Kognitive Flexibilität (unlösbare Probleme)	200
Selbstwert	205
Soziale Unterstützung.....	208
Abschlussreisebericht.....	213
Selbsthilfebücher-Empfehlungen	215
Impressum	217
5.2. Resilienzbroschüre: Autoren Beiträge.....	218
5.3. Beitrag der Resilienzbroschüre zur Zielsetzung der Dissertation	218
6. Diskussion	219
6.1. Zusammenfassung und Integration der Ergebnisse.....	219
6.1.1. Stress(-faktoren) und psychische Gesundheit bei an Krebs erkrankten Menschen	220

6.1.2.	Vulnerabilität bei an Krebs erkrankten Menschen – mit besonderem Fokus auf AYAC	226
6.1.3.	Resilienz(-faktoren) bei den AYAC	230
6.1.4.	Resilienzinterventionen bei AYAC.....	234
6.1.5.	Resilienzfördernder Workshop	236
6.1.6.	Resilienzbroschüre	239
6.1.7.	Zusammenfassende Einordnung und Fazit der entwickelten psychoonkologischen Interventionen.....	240
6.2.	Limitation und zukünftige Forschung	241
6.3.	Schlussfolgerung	243
7.	Implikationen für die Psycho-Onkologie	245
8.	Literatur	248
9.	Anhang	285
9.1.	Corona-Studie.....	285
9.2.	Systematisches Review	289
9.2.1.	Material A	311
9.3.	Resilienzfördernder Workshop: „Kräfte-für-Krisen“-Arbeitsbuch.....	312
	Impressum	314
	Vorwort	315
	Stress – Resilienz – Wohlbefinden.....	315
	Einführung.....	317
	Kapitel 1– Resilienz(-faktoren): Was ist das?	319
	Kapitel 2 – Salutogenese und Schutzfaktoren (Kohärenzgefühl)	329
	Kapitel 3 – Positive Emotionen und Optimismus	339
	Kapitel 4– Selbstwirksamkeit, aktives Coping, Kognitive Flexibilität	359
	Kapitel 5 – Selbstwert und Soziale Unterstützung.....	372
	Kapitel 6 – Abschluss: Der Reisebericht.....	382
10.	Erklärung.....	387
11.	Curriculum Vitae	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Zusammenfassung

Die Förderung von Resilienz(-faktoren) gewinnt aufgrund gesamtgesellschaftlicher steigender Anforderungen mehr und mehr an Aufmerksamkeit. Die psychische Widerstandskraft befähigt trotz Stress und Krisen die mentale Gesundheit aufrecht zu erhalten bzw. rasch wieder zu erlangen. Dabei gelten Resilienzfaktoren (z. B. Selbstwirksamkeit) zu den miteinander interagierenden Schutzfaktoren, die mit Resilienz assoziiert sind. Gleichzeitig gibt es jedoch auch Risikofaktoren, wie beispielsweise Erkrankungen, die im Gegensatz dazu mit erhöhter Vulnerabilität assoziiert sind. Die Identifikation von besonders vulnerablen Gruppen sowie die Ermittlung ihrer Bedürfnisse und Bedarfe zur Entwicklung von resilienzförderlichen Interventionen sind Zielstellungen dieser Dissertation. Dies wird exemplarisch anhand der Zielgruppe junger an Krebs erkrankter Erwachsener (*Adolescents and Young Adults with Cancer; AYAC*; im Alter zwischen 18-49 Jahren)) verfolgt. Hierfür sollen zunächst in der allgemeinen Gesellschaft besonders häufig auftretende und besonders belastende Stressoren (auch in Anbetracht der Corona-Pandemie) identifiziert, deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Resilienz) untersucht sowie Resilienz- und Risikofaktoren (in Hinblick auf besonders belastete Gruppen) abgeleitet werden (**Corona-Studie**). Anschließend werden spezifische Resilienz fördernde Faktoren/ Interventionen an der besonders vulnerablen Gruppe der AYAC untersucht (**Systematisches Review**). Durch die erhaltenen Ergebnisse wurden abschließend ein **resilienzfördernder Workshop** und eine **Resilienzbroschüre** entwickelt.

Die **Corona-Studie** ist eine repräsentative Bevölkerungsumfrage nach der ersten Corona-Welle im Juni/Juli 2020 an 3.055 über 18-jährigen Erwachsenen in Deutschland. Die Corona-Pandemie stellte eine globale Krise dar. Deshalb wurden in der Studie allgemeine sowie coronaspezifische Stressoren sowie deren Einfluss auf die psychische Gesundheit (=Resilienz) als auch auf Risiko- und Schutzfaktoren untersucht. Zur Auswertung wurden deskriptive Methoden, grafische Darstellungen als auch Multiple Regressionen und Moderationsanalysen verwendet. Es konnten Corona-spezifische Belastungen (wie finanzielle Probleme, Schlafstörungen, Berichte in den Medien über das Coronavirus sowie der Ausschluss von Freizeitaktivitäten/wichtigen sozialen Ereignissen) identifiziert werden. Weibliches Geschlecht, höheres Alter und niedrigerer Bildungsstand wurden als allgemeine Risikofaktoren identifiziert, somatische Erkrankungen als spezifischer Risikofaktor im Zusammenhang mit dem Coronavirus. Währenddessen erwiesen sich Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung als Corona spezifische Schutzfaktoren. Weitere Analysen zeigten, dass ein höheres Alter und die Diagnose einer

somatischen Krankheit den positiven Einfluss von Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung auf die Resilienz abschwächen. Die Studie liefert Anhaltspunkte dafür, dass der positive Einfluss von Resilienzfaktoren, insbesondere bei den anfälligsten Gruppen (ältere Menschen und körperlich Erkrankte), gemindert wird. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, diese besonders gefährdeten Gruppen gezielt zu fördern.

Die Diagnose Krebs erhöht das Risiko für die Entwicklung von stressbedingten psychischen Störungen. Bislang wächst die Evidenz für interventionsbasierte Maßnahmen zur Resilienzförderung bei Krebspatient:innen, wenig ist jedoch über die Patientengruppe der AYAC bekannt: Sie sind neben den Belastungsfaktoren durch die Erkrankung und Behandlung, zudem ggfs. noch mit nicht abgeschlossenen Entwicklungs- und Reifungsaufgaben sowie einem längerem Leben mit Krebs (cancer survivor) belastet und somit besonders anfällig (*vulnerabel*) für weitere Probleme. Ihre spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe werden bislang zu wenig in der Forschung adressiert. Das **systematische Review** versucht diese Lücke zu füllen, indem es bis zum 2. Januar 2023 sechs Datenbanken nach randomisierten kontrollierten Studien zu interventionsbasierten Maßnahmen zur Förderung von Resilienz im Rahmen der psychoonkologischen Behandlung von AYAC durchsuchte. Die Ergebnisse wurden qualitativ und quantitativ mittels Multilevel Random-Effects-Meta-Analysen zusammengefasst, die die psychische Gesundheit und Belastung der Interventions- und Kontrollgruppen bei Post-Interventions- und Follow-Up-Bewertungen verglichen. Dreizehn Studien mit 69 Effektschätzungen waren geeignet. Insgesamt lieferten die Meta-Analysen im Gesamtttest über alle Studien hinweg keine Evidenz für günstige Effekte von interventionsbasierten Maßnahmen zur Förderung von Resilienz gegenüber Kontrollbedingungen. Es wurden jedoch bei den Subanalysen Hinweise auf Moderationseffekte, d. h., signifikant größere positive Effekte auf psychische Belastung oder positive psychische Gesundheit bei Personen in partnerschaftlichen Beziehungen sowie in Gruppen-Setting durchgeführten Interventionen, gefunden. Die Primärstudien lieferten darüber hinaus Hinweise auf resilienzfördernde Faktoren. Auf dieser Grundlage wurden abschließend zwei Interventionsmaßnahmen entwickelt: Das Trainer:innen-Manual des **resilienzfördernder Workshops** gibt Handlungsanweisungen zur Durchführung eines 1,5-tägigen resilienzfördernden Gruppenworkshops, inklusive eines „Kräfte-für-Krisen“-Arbeitsbuches. Die **Resilienzbroschüre**, die im Narrativ eines Selbsthilfesettings Resilienzfaktoren gemünzt auf die Problematiken bzw. Bedürfnissen der AYAC erläutert (Psychoedukation), gibt zudem Impulse zum Nachdenken (Förderung der Reflexion) und letztlich Bewältigungsstrategien (Förderung der kognitiven Umstrukturierung, Emotionsregulation, Stressbewältigung, Lösungsorientierung) mit an die Hand.

Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz und Commitment Therapie
ACTH	Adrenocorticotropes Hormon
ASKU-4	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала
AYAC	Adolescents and Young Adults with Cancer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRS	Brief Resilience Scale
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CRH	Corticotropin-Releasing-Hormon
DH	Daily Hassles
DH _{bs}	Burden of corona-specific DH
DH _{fg}	Frequency of general DH
DH _g	General stressors Daily Hassles
DH _s	Corona-specific Daily Hassles
FU	Follow-up
GHQ-12	General Health Questionnaire (12 item version)
HPA-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LE	Life Event
LOC	Locus of control
M	Mean
MBSR	Mindfulness-based stress reduction
MIMIS	Mainz Inventory of Microstressors
MZT	Messzeitpunkt
NWSK	NetzwerkStatt Krebs
OSSS-3	Oslo Social Support Scale-3
PSS	Perceived stress scale
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QoL	Quality of Life
RF	Resilience factors
RoB	Risc of Bias
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

Abkürzungsverzeichnis

SD	Standard deviation
SMD	Standard mean difference
socioeconomic status	SES
SOP-2	Skala Optimismus-Pessimismus-2
SR	Stressor reactivity
WHO	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

Corona-Studie: Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany

Table 1. Demographic characteristics of the sample	25
Table 2. Moderation analysis – vulnerable groups (controlling for DH_{fg} or DH_{fs}).....	33
Table 3. Moderation analysis – protective factors (controlling for DH_{fs} or DH_{fg} , age, gender, education, somatic illness, and mental disorder).....	35
Table 4. Moderation analysis – in depth analysis (controlling for age, gender, education, somatic illness, and mental disorder, resp.)	36
Table 5. Results of the meta-analyses on mental distress and positive mental health outcomes	61
Table 6. Moderator and sensitivity analyses	66

DISKUSSION

Tabelle 1. Resilienzfaktoren und Übungsbeispiele	233
Tabelle 2. t-tests für abhängige Stichproben	169

ANHANG

Corona-Studie: Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany

Table S 1. Survey questionnaire	285
Table S 2. Characteristics of included studies.	289
Table S 3. Results of primary studies.	294
Table S 4. Results of the sensitivity analyses on risk of bias	296
Table S 5. Risk of bias for included effect estimates	298

Abbildungsverzeichnis

Corona-Studie: Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany

Figure 1. DH _{fg} Heat Map.....	28
Figure 2. DH _{bs} Heat Map.....	30
Figure 3.	32
Figure 4. Selection process flowchart (Page et al., 2021).	53
Figure 5. Forest plots on mental distress for post-intervention and follow-up assessments ...	59
Figure 6. Forest plots on positive mental health for post-intervention and follow-up assessments.....	60

RESILIENZFÖRDERNDER WORKSHOP

Abbildung 1 – adaptiertes Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	90
Abbildung 2. Mittelwertsunterschiede zwischen Studieneingang und der Nachuntersuchung nach 3 Monaten der Angst.....	167
Abbildung 3. Mittelwertsunterschiede zwischen Studieneingang und der Nachuntersuchung nach 3 Monaten der Resilienz.....	168

DISKUSSION

Abbildung 4. Konzeptualisierung der „Wir entwickeln Krisenkräfte“-Intervention.....	335
--	-----

ANHANG

Corona-Studie: Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany

Figure S1. Influence of education level on DHfs-GHQ-Relationship (multivariate regression analyses with GHQ score as criterion and DHfs as predictors, and education as moderator).....	270
--	-----

Systematisches Review: Resilience and mental health promoting interventions in adolescents and young adults with cancer: A systematic review and meta-analysis

Figure S2. Risk of bias across effect estimates at post-intervention and follow-up assessments.....	291
--	-----

Figure S3. Contour-enhanced funnel plots.....	292
--	-----

Liste der Original Publikationen und Manuskripte

Auszüge aus den folgenden Publikationen/ Manuskripten und Interventionen sind in die Dissertation miteingeflossen:

Hubenschmid, L., Helmreich, I., Köber, G., Gilan, D., Frenzel, S. B., & Dick, R. V. (2022). Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany. *Frontiers in public health*, 10, 991292. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.991292>

Hubenschmid, L., Helmreich, I., Schäfer, S.K., Kann, F., Peter, S.E., Broll, J., Lindner, S., Kubiak, T., Lieb, K. (2024). Resilience and mental health promoting interventions in adolescents and young adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *under review cancer*.

Hubenschmid, L. & Helmreich, I. (2021). TRAINNER:INNEN MANUAL zur INTERVENTION: Wir entwickeln Krisenkräfte – 1,5-tägiger resilienzfördernder Workshop mit resilienzförderndem Arbeitsbuch, das Kräfte-für Krisen-Buch.

Hubenschmid, L. & Helmreich, I. (2021). Resilienz-Broschüre – ein Wegbegleiter zu mehr Resilienz und Wohlbefinden.

1. Einleitung

1.1. Psychische Gesundheit

Gesundheit im Allgemeinen wird als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ verstanden (World Health Organization, 1948). Die geistige bzw. psychische Gesundheit wird als „ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.“ (World Health Organization, 2004) definiert. Ihnen gemeinsam ist, dass sie nicht ausschließlich die Abwesenheit von Leid (somatische Krankheit bzw. psychischen Störungen) meinen, sondern vielmehr dynamische Zustände beschreiben, die sich auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bzw. Störung bewegen. Aaron Antonovsky (1996; Medizinsoziologe und Stressforscher) wird als Entwickler dieser 1979 revolutionären Sichtweise – der *Salutogenese* – gesehen. Sie löste die zuvor bestehenden *pathogenetische Sichtweise* – Krankheiten als Entregulierung der sich normalerweise selbstregulierenden *homöostatische* (im Gleichgewicht bleibenden) Prozesse – ab. Den Behandlungsfokus auf das Kontinuum, den Gesundheits-Krankheits-Verlauf, zu legen und somit auf den Erhalt bzw. die Zunahme an Wohlbefinden – anstatt auf die ausschließliche Behandlung von Krankheiten – erhielt 1986 Einzug in die Ottawa Charta (einem Gesundheitsförderungsprogramm der World Health Organization).

Ist ein Individuum frei von psychischen Störungen und in seiner Funktionalität (Erleben und Verhalten) somit nicht eingeschränkt, ist es trotzdem denkbar, dass es sich aufgrund ungünstiger Umstände (z. B. Krieg) nicht wohl fühlt, i. S. von Erleben von unangenehmen Gefühlen. Aus diesem Grund wird die Definition der psychischen Gesundheit auf Grundlage von Wohlbefinden auch kritisiert (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015). Eine gesunde Psyche umfasst nicht ausschließlich das Erleben von positiven Affekten (z. B. Freude), sondern vielmehr ein breites Emotionsspektrum (inklusive unangenehmer Gefühle): Gefühle (z. B. Trauer) geben dem Individuum Handlungsimpulse (z. B. Trost suchen) und sind somit funktional (z. B. Bewältigung des Verlusts/ Neuorientierung/ Anpassung an die Gegebenheiten), weil sie der Bedürfnisbefriedigung dienen (Stavemann, 2010b). Nach dem Schweizer Psychologen Klaus Grawe ist Wohlbefinden möglich, sofern die vier psychischen Grundbedürfnisse hinreichend erfüllt sind: Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung, das nach Bindung, das nach Kontrolle/Orientierung sowie das nach Lustgewinnung/Unlustvermeidung (Grawe, 2004). Sollte ein Individuum über einen gewissen Zeitraum nicht in der Lage sein, sowohl

hinreichend sich selbst wichtig zu nehmen (z. B. eigene Meinung äußern i. S. der Selbstachtung) als auch Kompromisse zu schließen (i. S. der Verträglichkeit für Bindung), so kann sich ein psychisches Ungleichgewicht bzw. eine psychische Störung (z. B. Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung, etc.) entwickeln. Bauer, Hämmig, and Keyes (2014) benennen drei Komponenten, die das Konstrukt Wohlbefinden erfassen können: emotionales Wohlbefinden (positive Gefühle und Lebenszufriedenheit), psychologisches Wohlbefinden (Selbstakzeptanz, Selbstwirksamkeit) und soziales Wohlbefinden, also ein positives Funktionieren innerhalb der Gesellschaft (sozialer Beitrag und Kohärenz sowie Integration). Diese Definition findet u. a. auch Anwendung in der Operationalisierung von Wohlbefinden (z. B. Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT); Cella et al., 1993; Pediatric Quality of Life Inventory Short Form (PedsQL SF-15); X. Chen, Origasa, Ichida, Kamibeppu, & Varni, 2007). Psychische Gesundheit wiederum wird häufig als Abwesenheit von Symptomen operationalisiert (vgl. General Health Questionnaire; Goldberg & Hillier, 1979) – obwohl Wohlbefinden eben nicht nur die Abwesenheit von Symptomen ist und vice versa (Galderisi et al., 2015).

Psychische Störungen sind komplex und vielfältig in ihren Einflüssen – doch nehmen sie zu? Laut den Ergebnissen von Votruba, Thornicroft, and Group (2016) wird jeder vierte Mensch im Laufe seines bzw. ihres Lebens einmal eine psychische Störung entwickeln. Bei einer globalen Untersuchung zu den am häufigsten auftretenden Störungen bzw. Krankheiten aus dem Jahre 2013 stehen Depressionen an zweiter und Angststörungen an neunter Stelle (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, Pesudovs, & Melaku, 2015). Dabei resultieren Erhebungen zur psychischen Gesundheit in unterschiedlichen Schlussfolgerungen (Jorm, Patten, Brugha, & Mojtabai, 2017): Einerseits darin, dass psychische Störungen – v. a. Depressionen – epidemiologisch zunehmen (z. B. deutsche Population (älter als 15 Jahre) zwischen 2009 und 2017; Steffen, Thom, Jacobi, Holstiege, & Bätzing, 2020; Erwachsenenpopulation des Vereinigten Königreichs zwischen 1995 und 2014; Viola & Moncrieff, 2016). Andererseits gibt es auch Studien, die die Prävalenz als stabil einschätzen (z.B. vergleichende Studie der Zeitperioden 1997–1999 und 2009–2012 an deutscher Erwachsenenpopulation; Bretschneider et al., 2018; kanadische Erwachsenenpopulation; Patten et al., 2014). Die unterschiedlichen Schlussfolgerungen könnten dabei u. a. auf eine höhere Bereitschaft psychische Probleme anzugeben sowie sich in Behandlung zu begeben (Jorm et al., 2017) erklärt werden – das legen auch Daten aus Deutschland nahe, die eine Zunahme der Vergabe von Depressions-Diagnosen offenlegen (Zunahme um 36% zwischen 2009 und 2017; Steffen et al., 2020). Außerdem könnte diese Ambivalenz auf die uneinheitliche

Operationalisierung von Depressionen (Unterscheidung zwischen Depressionen nach ICD-10 oder DSM V und depressiven Symptomen; Bretschneider et al., 2018; Patten et al., 2014; Steffen et al., 2020), aber auch auf die Nicht-Differenzierung in den Ergebnissen (z. B. besonders häufig betroffen: 18 bis 34-jährige Frauen; Bretschneider et al., 2018; oder besonders starker Anstieg bei den 15-24-Jährigen; Steffen et al., 2020) zurückgeführt werden. Insgesamt nehmen die Krankheitstage aufgrund von psychischen Problemen jedoch deutlich zu (Ärzteblatt, 2023; 2021: im Schnitt 50 Arbeitsunfähigkeits-Tage aufgrund einer psychischen Störung pro Fall; Techniker Krankenkasse, 2022), weshalb die Förderung der psychischen Gesundheit auch einen größeren Stellenwert erlangt (vgl. World Health Organization, 2004).

Psychische Störungen entstehen laut Engel (1981) als Ergebnis einer dynamischen Wechselwirkung zwischen biologischen (genetischen, neurochemischen, neurobiologischen), psychologischen (kognitiven, emotionalen, Verhaltens-) und sozialen (Umwelt-, kulturellen, familiären) Faktoren. Engel (1981) beschreibt mit seinem *Bio-Psycho-Sozialem-Modell* einen ganzheitlichen Ansatz, der alle drei Aspekte gleichermaßen berücksichtigt und somit bei der Behandlung auf einen integrativen Ansatz setzt. Das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* (Wittchen & Hoyer, 2011) wird als Ergänzung betrachtet und bezieht neben den Risikofaktoren (Genetik; ungünstige Lebensumstände, wie Armut, soziale Isolation, Krankheiten) auch Stress zur Entwicklung von psychischen Störungen mit ein: Ob sich eine psychische Störung entwickelt, steht demnach im Zusammenhang mit der individuellen Verletzlichkeit (*Vulnerabilität*, z. B. dysfunktionale Bewertung von Kritik: Kritik=Abwertung) oder eben den zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren (Ressourcen, z. B. Optimismus) (Wittchen & Hoyer, 2011). Sowohl die Risiko- als auch die Schutzfaktoren gehen auf genetisch bedingte (Ding et al., 2022; Gatt, Burton, Williams, & Schofield, 2015; Hindley et al., 2022) und sozial erlernte Dispositionen (z.B. vermeidender vs. annähernder Bewältigungsstil; grosse Holtforth, Grawe, & Tamcan, 2016) zurück (Wittchen & Hoyer, 2011). Der bereits mehrfach belegte Einfluss von Stress auf die mentale Gesundheit (vgl. Bovier, Chamot, & Perneger, 2004; D'Angelo & Wierzbicki, 2003; Newnham, Pearson, Stein, & Betancourt, 2015; Parrish, Cohen, & Laurenceau, 2011; Refisch & Walter, 2023; Wittchen & Hoyer, 2011) ist inter- und intraindividuell unterschiedlich (Leiva-Bianchi, Baher, & Poblete, 2012; Wittchen & Hoyer, 2011). Nicht zuletzt auch deshalb, da Menschen unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt sind (Schäfer, Kunzler, Kalisch, Tüscher, & Lieb, 2022). Im Folgenden soll zunächst das Konstrukt *Stress* definiert, seine Entstehung erläutert und Arten differenziert werden. Im Anschluss daran wird der Zusammenhang zwischen Stress(-faktoren) und psychischer Gesundheit aufgegriffen.

1. Einleitung

1.2. Stress(-faktoren)

Hans Selye (1936), der als Urvater der noch heute Anwendung findenden Stressdefinition gilt, beobachtete in Tierversuchen, dass *Stressoren* (von außen kommende Anforderung) eine unspezifische Reaktion des Körpers hervorriefen. Er unterschied dabei zwischen *Eustress* und *Distress*. Eustress meint positiven Stress, der als Herausforderung erlebt wird und das Leistungsvermögen steigert. Während letzteres den Stress meint, den Individuen als bedrohlich oder belastend empfinden. Im Folgenden wird Stress als Synonym für Distress verwendet.

Ob es zu einer Stressreaktion kommt ist laut Lazarus and Folkman (1984) abhängig von der Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt in der Stresssituation: Zunächst findet eine *primäre Bewertung* einer Situation als bedrohlich oder nicht bedrohlich statt und dann eine *sekundäre Bewertung*, die die individuellen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten einschätzt. Stress würde dann entstehen, wenn die primäre Bewertung als Bedrohung eingestuft wurde und die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichend sein sollten, diese zu bewältigen. Lazarus and Folkman (1984) unterstreichen mit ihrem *transaktionalen Stressmodell* den Einfluss der eigenen Bewertung. Selye (1979) hingegen prägte mit seiner Forschung den Begriff des *allgemeines Anpassungssyndrom* (heute: Stress) und betonte die Bedeutung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse), einem wichtigen neuroendokrinen Regelkreis des Körpers für die Regulation von Stress, bei der Reaktion des Körpers auf Stress: Stress wird aber auch im Allgemeinen mit einer Störung der HPA-Achse assoziiert (Mikulska, Juszczak, Gawrońska-Grzywacz, & Herbet, 2021). An verschiedenen Stationen im Körper werden bei einer Stressreaktion Hormone gebildet, die dann kaskadenartig zur Bildung des nächsten Hormons führen: Beginnend beim Gehirn (Hypothalamus – Produktion von dem Hormon CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon)), weiterführend in der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse – Produktion und Abgabe in den Blutkreislauf des Hormons ACTH (Adrenocorticotropes Hormon) und letztlich in der sich auf der Niere befindenden Drüse (Nebennierenrinde – Produktion des Hormons Cortisol) (Henze et al., 2020). Die Freisetzung von Cortisol erhöht u. a. den Blutzuckerspiegel, unterdrückt das Immunsystem und steigert somit die Energiebereitstellung für den evolutionären Fight-or-Flight-Mechanismus (Refisch & Walter, 2023; Rohleder & Kirschbaum, 2007). Bei einer Überaktivierung der HPA-Achse bzw. bei chronischem Stress können gesundheitlichen Probleme die Folge sein (Henze et al., 2020), darunter Depressionen und Angstzustände (Bovier et al., 2004; D'Angelo & Wierzbicki, 2003; Newnham et al., 2015; Parrish et al., 2011; Wittchen & Hoyer, 2011), Schlafstörungen (Refisch

& Walter, 2023) und eine gestörte Immunfunktion (Fiorillo & Sartorius, 2021; M. C. F. Werner et al., 2022). Chronischer Stress wird ebenfalls mit einer verringerten Diversität des Mikrobioms (v. a. Bakterien, die in einem symbiotischen Verhältnis im Mensch leben und z. B. eine wichtige Rolle bei der Verdauung einnehmen) in einen negativen Zusammenhang gebracht (Sudo et al., 2004) – auch stehen Übergewicht und psychische Gesundheit in einem negativen Zusammenhang (Ding et al., 2022).

Bedeutsame Lebensereignisse, wie der Tod einer nahestehenden Person, Verlusts des Jobs, ein Umzug, Naturkatastrophen oder die Planung eines großen Events wie eine Hochzeit zeigen Auswirkungen auf nahezu alle Aspekte des täglichen Lebens (Caspi et al., 1996; Chmitorz et al., 2020; Perrig-Chiello, Hutchison, & Knöpfli, 2016). Jedoch ist deren kumulative Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden nicht allein entscheidend – auch die geringfügig, aber häufig wiederkehrenden täglichen Stressoren (*Daily Hassles; DH*), die eine Person in ihrem bzw. seinem geplanten Ablauf stören, weisen einen starken Einfluss auf (D'Angelo & Wierzbicki, 2003; Lazarus & Folkman, 1984; Stawski, Sliwinski, Almeida, & Smyth, 2008). Solche alltäglichen Stressoren machen vor keinem Lebensbereich halt, sie können sowohl den finanziellen Bereich (z. B. Geldsorgen), den Körper betreffend (z. B. Erkrankung oder Schmerzen) als auch in privaten und professionellen Beziehungen (z. B. Konflikte) auftreten (Udayar et al., 2021). Die vermeintlich kleinen Ärgernisse des Alltags erfordern jeweils einen unmittelbaren Anpassungsprozess (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981), was sich durch deren häufiges Auftreten besonders auf die Gesundheit, das Wohlbefinden (Serido, Almeida, & Wethington, 2004; Stone & Shiffman, 1992) und auch auf die Lebenszufriedenheit insgesamt (Udayar et al., 2023) niederschlägt. Gleichmaßen konnte kein direkter Zusammenhang zwischen der Aussetzung (*Exposition*) mit DH und z. B. Depressivität gefunden werden, was Zeier, Meine, and Wessa (2022) mit dem Einfluss von Bewältigungsstrategien und Ressourcen, wie beispielsweise soziale Unterstützung (Viola & Moncrieff, 2016) oder Selbstwirksamkeit (Karademas, 2007), begründen. Bevor die angedeuteten Schutzfaktoren und deren Einwirken genauer erläutert werden, wird auf die besondere Lage durch die Corona-Pandemie, in welcher der Einfluss von Stress auf die psychische Gesundheit (in der **Corona-Studie**) untersucht wurde, vertiefend eingegangen.

1.2.1. Stressoren durch die Corona-Pandemie

Nachdem im Dezember 2019 in der chinesischen Provinz Hubei (Wuhan) der erste Fall eines neuartigen Virus (SARS-CoV-2-Virus) gemeldet wurde, war dieses am 27. Januar 2020 erstmalig in nach Deutschland nachweisbar. Knapp einen Monat später (24. Februar 2020) sprach Jens Spahn (damaliger deutscher Gesundheitsminister) von einer europäischen *Epidemie* (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Wenige Tage später wurde am 11. März 2020 durch die World Health Organization (2020) die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus zur *Pandemie* erklärt. Die Pandemie stellt(e) für unsere Gesellschaft auf vielen Ebenen eine starke Bedrohung dar (Meda-Lara et al., 2022; Moreno et al., 2020; Pérez-Gómez et al., 2022; Schäfer et al., 2022; T. Wu et al., 2021).

Die pandemische Lage brachte dabei unterschiedliche Stressoren mit sich: Die Angst vor der Erkrankung selbst, aber auch die Auswirkungen durch den Umgang damit (z. B. Durchsetzung von Eindämmungsmaßnahmen, wie dem *Lock Down*). Die soziale Isolierung während der Quarantäne wurde in zahlreichen Untersuchungen mit den Symptomen einer akuten Belastungsstörung verglichen, die sich mit längerer Dauer tendenziell weiter verschlimmerten (Brooks et al., 2020; Dewa et al., 2021; Luo et al., 2020; Moreno et al., 2020; T. Wu et al., 2021) und für alleinlebende Menschen besonders belastend waren (Eggert, Schröder, & Lotzin, 2023). Die Angst vor der Erkrankung bei einem selbst und bei den Angehörigen (Croizier, Bouillon-Minois, Bay, & Dutheil, 2022; Pérez-Gómez et al., 2022), war bei Risikogruppen – wie an Krebs erkrankten Menschen (Tsamakis et al., 2020) – besonders ausgeprägt. Die teilweise beobachtete Entwicklung von Symptomen einer Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Krankenhausbehandlungen unterstreicht diese Angst nochmals (Croizier et al., 2022; Pérez-Gómez et al., 2022; Tsamakis et al., 2021). In einer Untersuchung dazu von Moreno et al. (2020) war jede bzw. jeder Dritte von PTBS-Symptomen betroffen und zu je 15 % entwickelten sich eine Depression oder eine Angststörung. Auch war zeitweise der Umgang mit denjenigen, die erkrankten oder starben schwierig – teilweise konnten Angehörige aufgrund des Infektionsrisikos keinen Krankenbesuch machen (Tsamakis et al., 2021) oder gar persönlichen Abschied nehmen (United Nations Sustainable Development Group: Policy Brief, 2020). Außerdem besteht das Risiko, nach durchgemachter Erkrankung, zusätzlich *Long-Covid* zu entwickeln: Unter Long-Covid wird das Persistieren oder Neuauftreten von Symptomen wie *Fatigue* (Erschöpfungssyndrom), Atemnot oder kognitiven Beeinträchtigungen – üblicherweise etwa drei Monate nach einer Infektion über eine Dauer von mindestens zwei Monaten –

zusammengefasst (World Health Organization, 2021). Eine genaue Prävalenz von Long Covid ließ sich bislang noch nicht ermitteln (Domingo et al., 2021; O'Mahoney et al., 2023; Woodrow et al., 2023) – Gründe dafür könnten in den methodischen Unterschieden der Primärstudien liegen (Domingo et al., 2021; Woodrow et al., 2023). Jedoch konnte ermittelt werden, dass etwa die Hälfte der Menschen, die Corona positiv waren, 12 (53%; Domingo et al., 2021) bzw. 16 Wochen (45%; O'Mahoney et al., 2023) nach der Infektion immer noch Symptome aufwiesen, die nicht eindeutig zugeordnet werden konnten – und das unabhängig davon, ob hospitalisiert oder nicht. Es gibt zudem auch Hinweise darauf, dass Long-Covid im Zusammenhang mit einer Intensivstationsbehandlung steht (O'Mahoney et al., 2023; Woodrow et al., 2023).

In jedem Fall wurde die Pandemie in weiten Teilen der Gesellschaft als mindestens lebhenseinschränkend bis hin zu -bedrohlich wahrgenommen (Qiu et al., 2020). Dabei gibt/gab es Gruppierungen von Menschen, die aufgrund bestimmter Eigenschaften bzw. Einschränkungen, im Angesicht von Krisen auf vermehrte humanitäre Hilfe angewiesen sind/waren (Marin-Ferrer, Vernaccini, & Poljansek, 2017). Während der Corona-Pandemie war eine breite Masse von Menschen (hierunter unterschiedliche soziale Gruppen und Altersklassen) gleichzeitig von globalen, relativ synchronen und von einer einheitlichen Gruppe von Stressoren betroffen – daher konnte der Einfluss von Stress auf die psychische Gesundheit gut untersucht und besonders gefährdete Gruppen identifiziert werden (Schäfer et al., 2022). Ziel hinter der Identifikation ist es, den besonderen Unterstützungsbedarf dieser gefährdeten Gruppen zu adressieren (Kuran et al., 2020; Nam, Nam, & Kwon, 2021). Die direkten und indirekten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie waren für die Gesundheit und das Wohlbefinden von gefährdeten und risikobehafteten Gruppen nochmals schädlicher (Nam et al., 2021): Besonders betroffen von der Pandemie sind Frauen (Jung, 2022), Geflüchtete und Migrant:innen sowie und in Armut lebende Menschen (Tsamakidis et al., 2021), Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen (wie eine Krebserkrankung; Velasco-Durantez et al., 2022) oder Behinderungen (Docea et al., 2020; Liang et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020; T. Wu et al., 2021), die durch die Pandemie vergleichsweise mehr Stressoren ausgesetzt waren (z. B. Unsicherheiten wegen anstehenden und laufenden Therapie; Nam et al., 2021), psychisch erkrankte Menschen (Moreno et al., 2020; Tsamakidis et al., 2021), ältere Menschen (Docea et al., 2020; Moreno et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Tsamakidis et al., 2021), und allein lebende Personen (Eggert et al., 2023). Im europäischen Gesundheitsreport der World Health Organization (2022) werden auch Kinder, Jugendliche, marginalisierte Gruppen, Personen in gefährdeten

oder unsicheren Arbeitsverhältnissen sowie Arbeitslose genannt. Als besonders betroffene Berufsgruppe galten Krankenhausmitarbeitende (T. Wu et al., 2021).

Bevor im Folgenden auf die Belastungen und Herausforderung der Patientengruppe der AYAC eingegangen wird, wird zunächst herausgestellt, wodurch sich Vulnerabilität im Allgemeinen auszeichnet und welche Problemstellungen sich daraus ergeben.

1.3. Vulnerable Gruppen

Vulnerabilität kann durch drei Umstände, die sich dynamisch kombinieren lassen, definiert werden: 1) ursprünglicher/grundlegender Zustand der betroffenen Individuen/Gruppen; 2) die Exposition gegenüber individuellen/kollektiven Risiken, die potenziell ihr Wohlbefinden beeinträchtigen könnten; und 3) ihre Fähigkeit, mit diesen Risiken und den daraus resultierenden Folgen umzugehen (Alwang, Siegel, & Jorgensen, 2001). 1) Sofern Risikofaktoren (wie Armut oder Krankheit; Ehrhardt et al., 2021; Zarowsky, Haddad, & Nguyen, 2013) bereits in Kindheit und Jugend bestanden, erhöht das das Risiko für psychische Störungen im Erwachsenenalter (u. a. durch Veränderungen im neuroendokrinen System, in Verhaltensmustern, im Selbstkonzept oder im sozialen Umfeld; Rutter, 2011). Dieser ursprüngliche Zustand geht meist mit weiteren, die Entwicklung ungünstig beeinflussenden Risiken, einher (2): Armut oder Krankheiten werden mit ungünstigem Gesundheitsverhalten wie fehlender Bewegung, erhöhtem Alkohol- oder Junkfood-Konsum, aber auch geringeren Lebenszielen in Zusammenhang gebracht (Berg et al., 2019; Jayathilaka, Selvanathan, & Bandaralage, 2016). Armut im Kindesalter bedingt oftmals Armut im Erwachsenenalter, da Betroffene eingeschränkte Bildungsmöglichkeiten und ggfs. auch fehlende Vorbilder haben. Darüber hinaus wird Armut ebenfalls mit psychischen oder physischen Probleme der Eltern assoziiert, was dann wiederum eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Trennung- und Gewalterfahrungen ebnet (Hähnle, Weilemann, & Fegert, 2023). Letztlich schränken diese Determinanten (ursprünglicher Zustand (1) und die damit einhergehende Exposition gegenüber Risiken (2)) dann wiederum die Umgangsstrategien ein (3): Ein von Armut betroffener Jugendlicher oder Erwachsener kann beispielsweise bei häuslichen Problemen nicht so einfach ausziehen. Eine Person, die eine Krankheit bewältigen muss, hat durch diesen Umstand weniger Kapazitäten für anderes (beispielsweise Arbeiten zu gehen oder Sport zu treiben (Warner et al., 2016), was sich ansonsten – ohne den Risikofaktor (Armut/Krankheit) – positiv auf die Umgangsmöglichkeiten auswirken könnte.

Die körperliche und mentale Gesundheit beeinflussen sich zudem wechselwirkend (Behan, Doyle, Masterson, Shiers, & Clarke, 2015) und erhöhen die Wahrscheinlichkeit dafür, dass beide Problematiken koexistieren (*komorbid*): Die Wahrscheinlichkeit eine psychischen Problematik bei einer chronischen körperlichen Erkrankung zu entwickeln ist erhöht (Whitty et al., 2020) – beinahe sogar exponentiell erhöht (Dai, Mei, An, & Wu, 2020; Fiorillo & Sartorius, 2021) und vice versa (z. B. kanadische Studie, in der 11,5% unter psychischen Störungen und 8,4% sowohl unter psychischen als auch unter somatischen Erkrankungen litten; Scott et al., 2016). Häufig sind ältere Menschen von komorbiden Erkrankungen bzw. Störungen besonders betroffen, da die Wahrscheinlichkeit zu erkranken im Lauf des Lebens tendenziell zunimmt (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators et al., 2015).

Die Exposition gegenüber Stressoren und deren gesundheitliche Auswirkungen sind somit besonders bei bereits vorbelasteten Individuen spürbar, denn dieses Aufeinandertreffen verstärkt sich wechselwirkend. Bei fehlenden Gegenmaßnahmen, in Form von entsprechenden Interventionen, verstärkt sich die Vulnerabilität teufelskreisartig (Zarowsky et al., 2013). Aus diesem Grund soll nun eine besonders belastete Zielgruppe, die an Krebs erkrankten jungen Erwachsenen, genauer beleuchtet werden. Mit dem Blick auf deren besonderen Belastungen sollen Bedürfnisse und Bedarfe für die Entwicklung entsprechender psycho-onkologischer Interventionen ableitbar werden.

1.3.1. Adolescents and Young Adults with Cancer (AYAC)

Jedes Jahr erkranken etwa 500.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs (<http://krebsregister.info/>). Eine Krebserkrankung wird häufig mit einer Alterserscheinung assoziiert, i. S. mit zunehmendem Alter wird die Erkrankung wahrscheinlicher – so auch die Schätzungen, denen zufolge bis 2030 etwa 70 % aller Krebserkrankungen bei Menschen über 65 Jahren auftreten werden (White et al., 2014). Nichtsdestotrotz gibt es Betroffene jüngeren Alters zwischen 18 und 49 Jahren, die sogenannten *Adolescents and Young Adults with cancer* (AYAC). Sie haben in den letzten Jahren in der Forschung vermehrt an Aufmerksamkeit erhalten: Einerseits stellen sie eine Minderheit (7 %) in der Gesamtheit an Krebs erkrankter Menschen dar (de Moor et al., 2013), andererseits ist Krebs die häufigste krankheitsbezogene Todesursache dieser Altersgruppe (Robert Koch-Institut, 2016). Zudem hat diese vulnerable Gruppe mit besonderen Herausforderungen zu kämpfen: Jüngere Menschen haben im Vergleich zu älteren tendenziell

weniger Erfahrungen im Probleme lösen oder im Umgang mit Krisen (Aubin et al., 2019). Potenziell stellt die Krebserkrankung das bisher größte Lebensereignis für sie dar (Hauken, Larsen, & Holsen, 2013), welches durch die weiterhin bestehenden Entwicklungsaufgaben (wie der Erlangung der Autonomie; berufliche, partnerschaftliche, freundschaftliche und sexuelle Orientierung oder Persönlichkeitsentwicklung) erschwert zu bewältigen ist (Barnett et al., 2016; Berg et al., 2019; Victorson et al., 2020). Zusätzlich belastend geht eine Krebserkrankung bzw. -behandlung häufig mit körperlichen Einschränkungen oder Veränderungen (wie z. B. Fatigue, Schmerzen oder Veränderung des Aussehens) einher, mit denen Betroffene ebenfalls den Umgang erlernen müssen (Aubin et al., 2019). Besonders relevant bei der Betrachtung der vulnerablen Zielgruppe ist, dass sie sich von einem an Krebs erkrankten Menschen zu einem krebsüberlebenden transformieren (cancer survivor; Victorson et al., 2020) und somit weder als wirklich krank, noch als wirklich gesund gelten (Hauken et al., 2013).

Zudem werden AYAC bereits früh in ihrem Leben mit der Endlichkeit des Lebens und somit mit Leid konfrontiert (Collaborators, 2022; Michael Köhler, 2021; National Cancer Institute, 2012): Häufig sind Betroffene besorgt „den Kampf“ gegen „den Feind“ nicht zu gewinnen (Clarke & Everest, 2006) und leiden unter Todesängsten (Vrinten et al., 2017) – das wirkt sich auf die weitere (psychische) Entwicklung entsprechend negativ aus (Bowman, Deimling, Smerglia, Sage, & Kahana, 2003) und zeigt sich beispielsweise in geringeren Lebenszielen (Berg et al., 2019). Die Erkrankung trifft Betroffene ggfs. bereits früh und sorgt somit nicht nur für ein Leben, das eingeteilt wird in eines ohne und mit der Krebs-Erkrankung (Serido et al., 2004), vielmehr zeigen sich auch Langzeitauswirkungen wie verringerte Leistungsfähigkeit, finanzielle Nachteile aufgrund des langen Ausfalles und verringerter Rentenbeiträge oder Ausbleiben eines Kinderwunsches (Scrignaro et al., 2016). Die *Progreddienzangst*, also die Angst davor, dass die Erkrankung weiter fortschreiten könnte oder auch zurückkommen könnte (*Rezidiv*), sind ständige Begleiter (Vrinten et al., 2017). AYAC weisen im Vergleich zu älteren (über 55-jährigen) Krebsüberlebenden ein höheres Maß an Angst und ein höheres Risiko für ein Krebsrezidiv auf (Grinyer, 2009), da sie potenziell mehr Lebenszeit als Krebs überlebender Mensch haben: Gleichzeitig ist es so, dass, obwohl in high-income Ländern die Überlebensrate der AYAC bei knapp 80% liegt, die Krebserkrankung die häufigste Todesursache in der Population der jungen Menschen (zwischen 18 und 39 Jahren) darstellt. Die höhere Überlebensrate kann u. a. auf eine tendenziell aggressivere (mit höherer Intensität und Toleranz für Nebenwirkungen) kurative Krebsbehandlung zurückgeführt werden. Gründe für dieses aggressivere Vorgehen sind in einem tendenziell besseren allgemeinen Gesundheitsstatus (im Vergleich

zu älteren Betroffenen) und dadurch in der vergleichsweise besseren Prognose zu finden (Bleyer, Ferrari, Whelan, & Barr, 2017). Die potenziell daraus resultierenden bio-psycho-sozialen Langzeitfolgen (wie Fatigue, Autonomieeinschränkungen und Fehlzeiten oder Einschränkungen im Beruf) wurden bislang wenig untersucht oder in den psycho-onkologischen Behandlungen speziell adressiert (Aubin et al., 2019; Bleyer et al., 2017; Fern et al., 2013). Gleichzeitig sind die Untersuchungen in diesem Bereich wichtig, immerhin gibt es Hinweise darauf, dass umso jünger Betroffene bei der Diagnosestellung sind, desto höher ihr Risiko an einer schwerwiegenden psychischen Störung zu erkranken (Barnett et al., 2016; Hauken et al., 2013). Das Risiko, eine psychische Erkrankung nach der Diagnosestellung zu entwickeln, ist für Menschen mit einer Krebserkrankung im Vergleich zur generellen Bevölkerung erhöht (Depression: 20–26% vs. 5% und Angststörung: 10–18% vs. 7%; Linden et al., 2009; Pitman, Suleman, Hyde, & Hodgkiss, 2018) und das besonders nach Abschluss der somatischen Behandlung (Barnett et al., 2016; Hauken et al., 2013; Sansom-Daly, Wakefield, et al., 2012). Die Wahrscheinlichkeit für AYAC eine psychische Störung zu entwickeln ist im Vergleich zur älteren an Krebs erkrankten Population (über 55 Jahre) nochmal höher (Grinyer, 2009). Knapp ein Viertel der AYAC leidet unter diagnostizierten psychischen Störungen wie beispielsweise einer akuten Belastungsstörung, Angststörungen und/oder Depressionen. Subklinisch kommt schätzungsweise ein weiteres Fünftel hinzu (Seitz et al., 2010). Zudem besteht insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen im Zeitraum nach der Diagnosestellung (D. Lu et al., 2013). Diese stressassoziierten psychischen Erkrankungen können die Prognose der Krebserkrankung verschlechtern, da sie u. a. zu einer geringeren Therapieadhärenz (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000) führen können.

AYAC haben somit einen besonderen psycho-onkologischen Unterstützungsbedarf, der über den rein kurativen Ansatz hinaus gehen sollte (Bleyer et al., 2017). Resilienz, also die Aufrechterhaltung oder rasche Rückgewinnung der psychischen Gesundheit nach widrigen Lebensereignissen (Raffael Kalisch et al., 2017), spielt daher eine große Rolle in dieser vulnerablen Zielgruppe (Seiler & Jenewein, 2019). Neben den Risikofaktoren, die Menschen besonders vulnerabel machen (z. B. körperlich beeinträchtigte Menschen; Kuran et al., 2020), gibt es auch schützende Faktoren, die Menschen besonders widerständig machen (z.B. Optimismus; Velasco-Durantez et al., 2022). Interventionen, die die Resilienz-Stärkung zum Ziel haben, fördern dies meist über das Training verschiedener schützender Faktoren (Resilienzfaktoren; A. Chmitorz, A. Kunzler, et al., 2018). Diese, sowie das Resilienz-Konzept, sollen im Folgenden vorgestellt werden, bevor erläutert wird, wie die Resilienz bei den AYAC trainiert werden kann.

1.4. Resilienz(-faktoren)

Resilire, aus dem Latein stammend, bedeutet so viel wie „zurückspringen“ und beschreibt die physikalische Eigenschaft elastischer Stoffe, nach einer Verformung wieder in die Ursprungsform zurückzukehren. Diese Eigenschaftsbeschreibung hat sich auch die Psychologie zu Nutze gemacht (J Bengel & L Lyssenko, 2012) und meint mit *Resilienz* die Aufrechterhaltung bzw. rasche Rückgewinnung der psychischen Gesundheit, während oder nach widrigen Umständen (Kalisch, Müller, & Tüscher, 2015). Die Resilienzforschung geht in ihren Ursprüngen auf die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner zurück. Sie prägte mit ihrer 40 Jahre andauernden Langzeitstudie (Kauai-Studie) den Begriff *Resilienzfaktoren*. Sie meinte damit Schutzfaktoren, die es Kindern unter besonders belastenden Entwicklungsbedingungen (z. B. Armut, Vernachlässigung) ermöglichte sich zu gesunden und erfolgreichen Erwachsenen zu entwickeln. Besonders eindrücklich war bei ihren Ergebnissen, dass alle resilienten Kinder mindestens eine enge emotionale Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson hatten sowie auf ein unterstützendes soziales Umfeld zugreifen konnten (E. E. Werner, 1993). Resilienzfaktoren sind demnach Ressourcen, die Personen dazu befähigen, die Reaktion auf Stress und Widrigkeiten zu modifizieren (Fletcher & Sarkar, 2013; Rutter, 2012). Sie können als Schutzmechanismen vor stressbedingten Erkrankungen verstanden werden (J Bengel & L Lyssenko, 2012). Zu den am besten untersuchten Resilienzfaktoren zählen u. a. Selbstwirksamkeit (Vertrauen einer Person in ihre Fähigkeit, Herausforderungen aus eigener Kraft zu bewältigen), Selbstwertgefühl, Realistischer Optimismus, Positive Emotionen, Kohärenzgefühl (Tendenz einer Person, Herausforderungen des Lebens als verständlich, bewältigbar und sinnvoll zu empfinden), soziale Unterstützung (emotional, praktisch, materiell, informell), Hardiness (persönliche Einstellung, bei der Stressoren als herausfordernde Aufgaben betrachtet und als kontrollierbar angesehen werden), aktives Coping (Handlungen unternehmen, um Einfluss auf den Umgang mit Herausforderungen zu nehmen), kognitive Flexibilität (Fähigkeit, flexibel auf veränderte Umstände zu reagieren, indem man verschiedene Denk- und Handlungsweisen einsetzt) sowie Religiosität und Spiritualität (J Bengel & L Lyssenko, 2012).

Resilienz wird in der Wissenschaft unterschiedlich definiert und operationalisiert (Diminich & Bonanno, 2015) – in der vorliegenden Arbeit wird sie als dynamisch und variabel (zu verschiedenen Lebenszeitpunkten und -phasen), situationsspezifisch (unterschiedliche gegenüber verschiedenen Stressoren) sowie multidimensional, (unterschiedliche in verschiedenen Lebensbereichen) verstanden (J Bengel & L Lyssenko, 2012). Resilienz wird als ein Ergebnis

verstanden (Diminich & Bonanno, 2015; Kalisch et al., 2015) – Die psychische Gesundheit unter Berücksichtigung der Stressor-Exposition (vgl. ausführliche Beschreibung der Operationalisierung in der Methode von der **Corona-Studie**: Die erlebten Stressoren werden mit der psychischen Gesundheit in Relation gesetzt. Dabei wird angenommen, dass eine Person mit hohem Stressempfinden und gleichzeitig guter psychischer Gesundheit als resilienter eingeschätzt werden kann als eine andere Person, die vergleichbare psychische Schwierigkeiten unter weniger Stressexposition aufzeigt (A Chmitorz et al., 2018; R Kalisch et al., 2017; Veer et al., 2021).

Studien geben Hinweise darauf, dass eine gewisse Exposition von Stress eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung von Resilienz darstellt: Seery, Holman, and Silver (2010) stellen über die Lebensspanne hinweg eine u-förmige Beziehungen zwischen Belastungen und Wohlbefinden fest. Ihre Ergebnisse zeigen, dass Personen, die mit weniger Belastungen konfrontiert waren, im Vergleich zu Menschen mit moderaten Belastungen, stärker unter aktuellen Belastungen litten. Wenn jedoch zu viele kumulative Stressoren auftraten, führte dies wiederum zu einem negativen Effekt auf das Wohlbefinden, zum Beispiel stressbedingten Krankheiten. Weitere Ergebnisse spezifizieren diese Theorie: Eine moderate Stress-Exposition kann es Individuen nämlich erst ermöglichen, ihre Fähigkeiten zur Emotionsregulation zu verbessern (Crane, Searle, Kangas, & Nwiran, 2019; Seery et al., 2010): Das Modell der *systematischen Selbstreflexion* postuliert, dass durch Stress-Exposition eine adaptive Selbstreflexion getriggert wird. Dadurch kommt es dann zu dem metakognitiven Lernprozess, der die Entwicklung der Selbstwahrnehmung durch die Bewertung der eigenen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen schult. Das verbessert nicht nur die Selbstreflexion, sondern kann auch Implikationen für weitere (ähnliche Situationen) beinhalten: Situative Auslöser können nämlich besser identifiziert werden und die erste Bewertung hinterfragt und ggfs. eine neue hilfreiche kognitive Bewertung (*Neubewertung/ Reappraisal*) angeregt werden. Dadurch sind Menschen in der Lage, aus Stress – i. S. der Emotionsregulation und Verbesserung der Problembewältigung – zu lernen (Crane et al., 2019). Sie fördern somit ihre Resilienz, dieser Prozess kann durch gezieltes Training der Resilienzfaktoren (wie beispielsweise Reappraisal) weiter unterstützt werden (I. Helmreich et al., 2017). Die Forschungsergebnisse im Kontext von resilienzfördernden Interventionen, mit besonderem Fokus auf die AYAC, werden im Folgenden erläutert. Daran anschließend erfolgt eine schlussfolgernde Zusammenfassung der theoretischen Herleitung, aus der sich die Zielstellung dieser Dissertation ableitet.

1.5. Resilienzfördernde Interventionen bei AYAC

In den vergangenen Jahren wurden Resilienz und Interventionen zur Resilienzförderung immer populärer (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012a). Untersuchungen in verschiedenen Zielgruppen konnten kleine bis moderate Effekte bzgl. der Steigerung von Resilienz und der Verbesserung der psychischen Gesundheit nachweisen (Kunzler, Helmreich, König, et al., 2020; Leppin et al., 2014; Linz et al., 2019). Im Allgemeinen fokussieren sich die meisten der bereits vorhandenen Interventionen (unabhängig von deren Zielgruppe) auf die Stärkung eines oder mehrerer veränderbarer Resilienzfaktoren (soziales Netzwerk, aktives Coping, kognitive Flexibilität, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Kohärenzsinn, Positive Emotionen, Optimismus, Hardiness und Religiosität/Spiritualität) oder Kompetenzen (wie z. B. Problemlösetraining oder Entspannungstraining) (A Chmitorz et al., 2018; Isabella Helmreich et al., 2017). Zur Förderung dieser Faktoren kommen Strategien aus verschiedenen theoretischen Fundierungen zum Einsatz: Beispielsweise Bausteine aus der Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) oder aus der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) (Isabella Helmreich et al., 2017). Studien zeigen, dass effektive Interventionen verschiedenen theoretischen Fundierungen zuordbar sind: Vielversprechende Resultate zeigen sich beispielsweise bei Interventionen an Krebspatienten, die auf Basis der KVT (Hamidian, Rezaee, Shakiba, & Navidian, 2019), der supportiven-expressiven Gruppentherapie (Ye et al., 2016) oder der Achtsamkeitstherapie (Loprinzi, Prasad, Schroeder, & Sood, 2011) entwickelt worden sind. Deutlich wird, dass Konzeptionen für Resilienz-Interventionen bezüglich ihrer theoretischen Fundierung sehr heterogen sind. Aktuell gibt es noch keine eindeutigen Ergebnisse dafür, was wirklich wirksam ist (A Chmitorz et al., 2018; Kunzler, Helmreich, Chmitorz, et al., 2020).

In der Zielgruppe krebserkrankter Menschen zeigen die bisherigen Forschungsergebnisse jedoch, dass durch gezielte Interventionen eine resilienzfördernde Wirkung (geringe bis mittlere Effektstärke) erreicht werden kann (Ludolph, Kunzler, Stoffers-Winterling, Helmreich, & Lieb, 2019). Die Literatur hat gezeigt, dass sich resilienzfördernde Interventionen positiv auf unterschiedliche psychische Bereiche auswirken können und beispielsweise zu einer Symptomreduktion bei Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit (Seiler & Jenewein, 2019), bei Anpassungsstörungen oder Depressionen (Fradelos et al., 2017) sowie zu einem höheren Wohlbefinden (Sihvola, Kuosmanen, & Kvist, 2022) beitragen können. Die Evidenzlage hinsichtlich resilienzfördernder Bedingungen, die den psychischen Anpassungsprozess der AYAC an die Erkrankung erleichtern, ist bisher nicht gesichert (Aubin et al., 2019; Bleyer et al., 2017; Fern et

al., 2013; Hauken et al., 2013). AYAC werden in der Literatur sogar als „forgotten generation“ bezeichnet (Hampton, 2005), da es – obwohl ihre Erkrankungshäufigkeit im Vergleich zu denen, die unter 15 Jahren erkranken höher ist (Bleyer et al., 2017) – wenig Forschung zu Ihnen gibt. Zudem sind viele Beratungsangebote oder Interventionen nicht auf ihren spezielle Situation (z. B. in der Jobausbildung, Studium, Familienplanung, finanzielle Abhängigkeit von Eltern) und die Bedürfnisse (z. B. Orientierung im Leben, Aufklärung über Fertilitätsprobleme, Problemlöse Unterstützung) zugeschnitten (Aubin et al., 2019; D'Agostino, Penney, & Zebrack, 2011; Yi & Syrjala, 2017). Dabei konnte in einer Übersichtsarbeit nachgewiesen werden, dass auf eine Zielgruppe zugeschnittene Interventionen tendenziell wirksamer sind als ein universelles Programm (Macedo et al., 2014). Aus diesem Grund sollen im abschließenden Kapitel der Einleitung nun die Ziele dieser Arbeit vorgestellt werden, welche dazu beitragen sollen, die Resilienz und Lebensqualität von jungen, an Krebs erkrankten Menschen nachhaltig zu steigern.

1.6. Schlussfolgerung und Forschungszielsetzung

Weder das Auftreten von Stressoren im Allgemeinen noch das von zusätzlichen Krisen (wie es die Corona-Pandemie beispielsweise darstellte) können gänzlich verhindert werden. Bei Personengruppen, die bereits durch Risikofaktoren (*Prädispositionen*) wie ungünstige Lernerfahrungen, gesellschaftliche Hürden (z. B. fehlende Zugehörigkeit zu Peers oder sozioökonomischer Status) und/oder biologische Faktoren vorbelastet sind, bilden weitere Stressoren und/oder Krisen einen erneuten Nährboden für eine Fehlanpassung an die Umstände (psychische Störung). Daher stellt eine Krebserkrankung, sowohl die Behandlung selbst als auch die damit einhergehenden Nebenwirkungen (physisch und psychisch – kurz- wie langfristig), in Verbindung mit den trotz allem bestehend bleibenden alltäglichen Problematiken (DH), oftmals einen psychischen Ausnahmezustand dar. Junge an Krebs erkrankte Menschen mit ihren multiplen und langandauernden Belastungsfaktoren laufen aus diesem Grund besonders Gefahr vulnerabel zu sein bzw. es in Anbetracht von weiteren Stressoren oder gar Krisen zu werden. Die Förderung der Resilienz, also der Erhalt bzw. die rasche Wiederherstellung der psychischen Gesundheit trotz Stressor-Exposition, stellt für diese vulnerable Gruppen der jungen an Krebs erkrankten Menschen einen wichtigen Baustein dar.

Aus diesem Grund ist das Ziel dieser Dissertation Bedürfnisse und Bedarfe sowie Resilienz(-faktoren) bei jungen an Krebs erkrankten Erwachsenen (AYAC; im Alter zwischen 18-49 Jahren) zu untersuchen, um speziell für die Zielgruppe angepasste Interventionen zu entwickeln. Dieses Ziel verfolgend soll zunächst in der allgemeinen Gesellschaft herausgestellt werden, welche Stressoren besonders häufig auftreten und besonders belastend sind (auch in Anbetracht der Corona-Pandemie). Die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Resilienz) sollen untersucht sowie Resilienz- und Risikofaktoren (in Hinblick auf besonders belastete Gruppen) abgeleitet werden. Anschließend wird der Fokus auf die AYAC gelegt und ihre spezifischen resilienzfördernden Faktoren mittels systematischen Review (bereits untersuchter randomisiert kontrollierter Interventionen) offensichtlich werden. Als Ergebnis aus dieser Auseinandersetzung soll abschließend die Entwicklung und Konzeption zweier an den Bedürfnissen und Bedarfen orientierten resilienzfördernden Interventionen vorgestellt werden. Somit soll ein Beitrag für die psycho-onkologische Interventions-Forschung geleistet werden, um präventiv die psychische Gesundheit der vulnerablen Patientengruppe der AYAC zu stärken und damit langfristig, stressassoziierten Erkrankungen (wie z. B. Depressionen) bei AYAC vorzubeugen.

2. Corona-Studie. Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany ¹

¹ Hubenschmid, L., Helmreich, I., Köber, G., Gilan, D., Frenzel, S. B., van Dick, R., & Lieb, K. (2022). Effects of general and corona-specific stressors on mental burden during the SARS-CoV-2 pandemic in Germany. *Frontiers in public health*, 10, 991292. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.991292>

2.1. Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic turned out to be a serious threat to mental and physical health. However, the relative contribution of corona-specific (DH_s) and general stressors (DH_g) on mental burden, and specific protective and risk factors for mental health are still not well understood. In a representative sample ($N = 3,055$) of the German adult population, mental health, potential risk, and protective factors as well as DH_s and DH_g exposure were assessed online during the SARS-CoV-2 pandemic (June and July 2020). The impact of these factors on mental health was analysed using descriptive statistics, data visualizations, multiple regressions, and moderation analyses. The most burdensome DH_g were financial and sleeping problems, respectively, and DH_s corona-media reports and exclusion from recreational activities/important social events. 31% and 24% of total mental health was explained by DH_g and DH_s , respectively. Both predictors combined explained 36%, resulting in an increase in variance due to DH_s of only 5% (R^2 adjusted). Being female, older and a lower educational level were identified as general risk factors, somatic diseases as a corona-specific risk factor, and self-efficacy and locus of control (LOC) proved to be corona-specific protective factors. Further analyses showed that older age and being diagnosed with a somatic illness attenuated the positive influence of LOC, self-efficacy, and social support on resilience. Although the data showed that after the first easing restrictions, the stressor load was comparable to pre-pandemic data (with DH_s not making a significant contribution), different risk and protective factors could be identified for general and corona-specific stressors. In line with observations from network analysis from other groups, the positive impact of resilience factors was especially diminished in the most vulnerable groups (elderly and somatically ill). This highlights the need to especially target these vulnerable groups to foster their resilience in upcoming waves of the corona pandemic.

2.2. Introduction

The SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) pandemic has shown to be a threat to physical as well as mental health (Qiu et al., 2020). Not only the existential fears evoked by the virus itself (fear of illness, suffering and death) are stressful, but also the regulatory policies such as lockdown and their resulting social distancing, self-isolation, financial insecurity, or travel restrictions. Moreover, secondary consequences such as an impending economic crisis and recession are feared (Donya Gilan et al., 2020; Nicola et al., 2020). Different systematic reviews showed that the COVID-19 pandemic evoked significant increases in depression, anxiety, and posttraumatic stress symptoms in the general population during (Huang & Zhao, 2020; C. Wang et al., 2020) and after the first (Donya Gilan et al., 2020; Xiong et al., 2020) and subsequent COVID waves (Kunzler et al., 2021; Pérez-Gómez et al., 2022). In the general population, studies also showed slightly higher levels of psychological distress compared to pre-pandemic data (Donya Gilan et al., 2020). Thereby, those with chronical illness or poorer health (Mazza et al., 2020; Pérez-Gómez et al., 2022; Xiong et al., 2020) or a relative or acquaintance infected with COVID-19 (Cao et al., 2020; Mazza et al., 2020) as well as women (Alodhayani et al., 2021; Bäuerle et al., 2020; Beames et al., 2021; Donya Gilan et al., 2020; Meda-Lara et al., 2022; Zamarripa et al., 2021) were identified as particularly vulnerable. Research shows that specific resilience factors (as social support or optimism) help humans to cope with stressful life events (Mancini & Bonanno, 2009; Sapienza & Masten, 2011) and mitigate risk factors (Almeida, 2005; Fritz, Fried, Goodyer, Wilkinson, & Van Harmelen, 2018; Lazarus & Folkman, 1984). There is corresponding evidence that some of those factors, e.g., positive appraisal (Veer et al., 2021), perceived social support (Ayalon et al., 2021; Cao et al., 2020; Fuller & Huseth-Zosel, 2021), self-efficacy and locus of control (LOC) (Ayalon et al., 2021; Manchia et al., 2022; Xiong et al., 2020), strengthened mental health during the pandemic.

Although corona-specific stressors significantly contribute to the total stressor load experienced during a pandemic, also general micro-stressors (D'Angelo & Wierzbicki, 2003; Stawski et al., 2008) or 'daily hassles' ('demands that, to some degree, characterize everyday transactions with the environment and are classified as irritating, frustrating, and unsettling' (Kanner et al., 1981, page 3) are present, which also contribute to the total stressor load. Daily hassles are considered a good predictor of psychological symptoms, because they involve immediate adjustment processes (Kanner et al., 1981) and may also have profound negative effects on mental health,

especially if they are numerous and enduring (Serido et al., 2004). Seery et al. (2010) examined u-shaped relationships across the lifespan between adversities and well-being (lower global distress, posttraumatic stress symptoms and functional impairment, and higher life satisfaction). Their results showed that individuals who experienced less lifetime adversity suffered comparatively more from being confronted with current adversity compared to people with moderate lifetime adversities. However, when there were too many cumulative stressors, this turned into a negative effect on well-being (e.g., stress-associated diseases).

Although numerous studies have been published researching stressor load as well as risk and resilience factors during the pandemic, only a few examined this in representative samples (Donya Gilan et al., 2020). Moreover, none of these studies examined the specific contribution of corona-specific (DH_s) and general stressors (DH_g) and their relative impact on mental burden during the pandemic. Our study, therefore, used a representative sample of the German population in order to investigate: 1) the stressor load (DH_s and DH_g and their relative contributions) in the German population during the SARS-CoV-2 pandemic in summer 2020, 2) the relative impact of DH_s and DH_g and their combination on mental health, and 3) risk and resilience factors with a special focus on their relevance in vulnerable groups such as older people.

2.3. Materials and Methods

2.3.1. Sample

A representative sample (N=3,055) of the adult German population (18+ years) was assessed in cooperation with the infratest dimap polling institute between June 26th and July 19th, 2020. This time period was characterized by a steady decline in 7-day incidence (3.3 per 100,000 cases) after the first wave of the pandemic in March 2020. The hospitalization rate was 17%, and the mortality rate was just under 5%. Testing capacity was significantly expanded, and the Corona alert app for contact tracking was just introduced (Robert Koch Institut, 2020). Contact restrictions were lifted, stores and restaurants reopened, and schools resumed regular operations. Nevertheless corona-specific protective measures and restrictions (e.g., social distancing) and fears of infection and of the next wave were present (Die Bundesregierung, 2020). By using a weighting variable (with the variables age, education, state, and gender), slightly overrepresented populations can be weighted downward, and underrepresented populations can be weighted upward in the dataset so that the weighted dataset reflects the population. All calculations were computed once with and once without the weighting variable, and no differences emerged. We adopted the minimal correction by using the weighting variable. The design weights were used throughout the manuscript. The sample characteristics are shown in Table 1.

2.3.2. Survey questionnaire

The survey questionnaire contained 182 items and included the following sections: sociodemographics, mental health, resilience and resilience-associated constructs, stressor exposure as well as individual and social values. Except for the sociodemographic assessments, only validated questionnaires were used.

Sociodemographics were assessed using single items for e.g., age, gender, or education as well as health behavior (in total 32 items). Based on the variables education, occupation and income, a socioeconomic status (SES) index was created using a predefined scoring system (Lampert, Kroll, Müters, & Stolzenberg, 2013) and from there dividing participants into five equally populated groups (quintiles). This resulted in a classification into low (1st quintile), medium (2nd-4th quintile) and high (5th quintile) SES. *Mental health* was assessed by the General Health Questionnaire (GHQ-12, Goldberg et al. (1997), 12 items on a 4-point Likert scale) for the last few weeks. *Resilience*, in the sense of the ability to easily recover from stress, was estimated

by the Brief Resilience Scale (BRS, A. Chmitorz, M. Wenzel, et al. (2018); 6 items on a five-point Likert scale – 'strongly disagree' to 'strongly agree'). Total scores were obtained by taking the mean of the item scores. Due to restrictions of the questionnaire length, only four well established *resilience-associated constructs* (A. Chmitorz, A. Kunzler, et al., 2018; Chmitorz et al., 2021; I. Helmreich et al., 2017) were included: *optimism-pessimism* (SOP-2; Kemper, Beierlein, Kovaleva, and Rammstedt (2012a), 2 items; from 'not optimistic/ pessimistic at all' to 'very optimistic/ pessimistic ' on a seven-point Likert scale), *locus of control* (LOC) (IE-4; Kovaleva, Beierlein, Kemper, and Rammstedt (2012), 4 items; from 'does not apply at all' to 'applies fully' on a five-point Likert scale), *self-efficacy* (ASKU; Beierlein, Kovaleva, Kemper, and Rammstedt (2012), 3 items; from 'does not apply at all' to 'applies fully' on a five-point Likert scale), and *social support* (OSSS-3; Kocalevent et al. (2018), 3 items; response format differs on a 4 resp. 5-point Likert scale).

For *stressor exposure*, we assessed three different types of stressors, *general daily hassles* (DH_g), *corona specific daily hassles* (DH_s) and *life events* (LE). For assessing DH_g, we used the Mainz Inventory of Microstressors (MIMIS; Chmitorz et al. (2020); 58 items). The MIMIS assessed the frequency each stressor occurs (up to the last 7 days, DH_{fg}) as well as the perceived burden (from 'not at all burdensome' to 'very burdensome' on a five-point Likert scale, DH_{bg}). DH_s were measured with a selection of 13 items of the international survey DynaCORE (Veer et al., 2021), which had been introduced to assess stress due to the pandemic and respective measures (e.g., *restriction to leave your home, loss of social contacts, less physical activity than usual*). We asked whether a stressor occurred (on up to the last 7 days, total binary frequency, DH_{fs}), and if so – how the burden was classified (from 'not at all burdensome' to 'very burdensome' on a five-point Likert scale, DH_{bs}). For LE as macro stressors, we used a self-developed question that queried one LE within the last 12 months. The *Response to Stressful Experiences Scale* (RSES-4; Ponder, Prosek, and Sherrill (2021), 4 items, 'strongly disagree' to 'strongly agree' on a five-point Likert scale) was used to determine the burden of it. Additionally, we used the Perceived Stress Scale (PSS-4; Cohen, Kamarck, and Mermelstein (1983), 4 items 'never' to 'very often' on a five-point Likert scale) in order to assess the subjectively perceived stress. We also collected *Social Identification with social groups* (adapted from Doosje, Ellemers, and Spears (1995), 4 items, 'strongly disagree' to 'strongly agree' on a five-point Likert scale), *values* (Individuelle reflexive Werte: Hermann (2004); 16 items, 'very unimportant' to 'very important' on a seven-point Likert scale), *political attitudes* (Sozio-Politische Einstellungen, Fischer and Kohr (2014), 16 items, 'correct' and 'not correct') and *cultural diversity*

(Pro-diversity beliefs; adapted from Kauff and Wagner (2012), 2 items, 'not at all' to 'full' on a four-point Likert scale). The complete questionnaire is shown in Supplementary (table S1). In this manuscript, we focus on the following outcomes and risk/protective factors: resilience (BRS), mental health (GHQ-12), stressor exposure (DH_g , DH_s) as well as risk (sociodemographic and health behavior) and protective factors (SOP-2, IE-4, ASKU, OSSS-3). Detailed results of the other items will be published elsewhere.

2.3.3. Statistical analyses

For all statistical analyses a significance level of $\alpha = 0.05$, two-tailed, was adopted. All analyses were conducted with the weighting variable included. Data analysis was performed in R (v4.2.0, www.r-project.org/), in particular the packages ggplot2 (Wickham, 2016), effects (J. Fox & Weisberg, 2018) and lavaan (all regressions were calculated with the scores of the confirmatory factor analysis) (Rosseel, 2012). All analyses are exploratory in nature; hence, p-values and 95% confidence bands are descriptive and not corrected for multiple comparisons.

2.3.4. Stressor Load

To investigate the most frequent and most burdensome DH, descriptive methods (mean values and frequencies) were used. In addition, (weighted) heat maps – frequency of general DH (DH_{fg}) and burden of corona-specific DH (DH_{bs}) – were generated. A clustered heat map is a data visualization technique for showing patterns based on color intensities. To obtain information about which stressors (general vs. corona-specific) had a stronger impact on mental health, we calculated a regression analysis with either DH_{fg} , DH_{fs} or both combined (DH_{fc}) as well as DH_{bg} and DH_{bs} or both combined (DH_{bc}) (each modeled as a second-degree polynomial) as independent variable.

2.3.5. Operationalization of Stressor reactivity (SR) as a proxy for resilience

Following Raffael Kalisch et al. (2017), resilience has been defined as a mental health outcome. However, since this study was a cross-sectional study which did not allow for a longitudinal assessment of mental health outcomes, we used the relationship of mental health (here the GHQ score) and stressor load (general daily hassles and corona-specific daily hassles) as a proxy for resilience. The GHQ-DH regression curve shows the normative predicted stressor reactivity (SR). Subjects residuals, which deviate from the normative predicted SR, contain information about their individuals SR (i.e., their vulnerability/resilience level): If the individual residual is

located above this curve, it expresses a relative over-reactivity (=vulnerable), a value below the curve expresses a relative under-reactivity (=resilience) (A Chmitorz et al., 2018; Raffael Kalisch et al., 2017; Veer et al., 2021). We aimed to assess the stressor load as objectively as possible and therefore summed up the frequency of occurrence of each stressor as a total sum value: DH_{fg} were counted continuously (Range: 0 to 406), DH_{fs} were counted binarily (Range: 0 to 13). For the conceptualization of resilience, three different univariate regression analyses were applied considering the best model fit to get the subjects' stressor reactivity (SR) score: The GHQ score served in each calculation as criterion and either DH_{fg} , DH_{fs} or both combined (DH_{fc}) as predictors. For convenience of interpretation, we calculated individuals' inverse residuals, so that high values indicate high resilience (Amstadter, Myers, & Kendler, 2014). The retrospectively assessed single, most burdensome life event didn't explain any variance in regression analysis, therefore, we omitted it from further analysis. The BRS, which measures the ability to recover from stress, is also frequently used as a resilience measure (A. Chmitorz, A. Kunzler, et al., 2018; A. Chmitorz, M. Wenzel, et al., 2018). It therefore served as a benchmark to compare the results of this study with those before and during the pandemic.

2.3.6. Vulnerable groups, protective factors, and in-depth analysis of previously identified vulnerable groups

To identify risk factors, we used moderation analyses with the GHQ score as criterion and DH_{fg} or DH_{fs} as predictor. Sociodemographic characteristics (age, gender, education) and health status (physical illness or mental disorder) were used as moderators of this analysis. We controlled either for DH_{fg} or DH_{fs} . To identify protective factors, we also calculated the same moderation analyses, but with the different resilience factors (RF), i.e., optimism, self-efficacy, LOC and social support, as moderators. We controlled either for DH_{fg} and DH_{fs} and for age, gender, education, somatic illness, and mental disorder. To identify protective factors for the previously identified vulnerable groups, moderation analyses were calculated using SR score as the criterion and the RF as independent variables and the previously identified risk factors as moderators.

2.4. Results

2.4.1. Sample

The final sample included 3,055 participants Table 1 shows the demographic characteristics. Around half of the participants were women (51.1%). Age was distributed equally between 18 and 93 years (median age = 52.00 years; mean age = 50.59 years; SD = 17.25 years). About one-third had either the low secondary education (33.5%) or medium secondary education (33.1%), and nearly one-sixth of participants had a university degree (18.2%) or high school (15.4%). Only 1.3% of the participants had no school-leaving qualification or were still in school (0.5%). About 40% of the respondents reported to be affected by any somatic disease, about 12% by a mental disorder. The proportion of women was higher in both groups (43% in females vs. 37% in males and 14% in females and 9% in males, respectively). The mean BRS score of respondents was 3.31 (SD = 0.78), with men's scores (mean = 3.41, SD = 0.74) indicating higher self-estimated resilience than women's (mean = 3.22, SD = 0.74). Similar results were found regarding GHQ (mean = 12.49; SD = 6.58; lower values indicate better mental health): mean values were higher in women (mean = 13.25; SD= 6.81) than in men (mean = 11.71; SD = 6.23). The values of frequency and burden of DH and the resilience-associated constructs (e.g., optimism) are shown in Table 1 (total and gender-separated).

Table 1. Demographic characteristics of the sample

	Overall (N=3,055)	Males (n=1,494)	Females (n=1,561)
Age (years)			
Mean (SD)	50.59 (17.25)	49.40 (17.49)	51.06 (17.67)
Median (Min, Max)	52.00 (18.93)	50.00 (18.93)	52.00 (18.91)
Education (frequency, %)			
No school-leaving qualification	40 (1.3%)	17 (1.2%)	23 (1.5%)
Still in school education	15 (0.5%)	5 (0.4%)	9 (0.6%)
Low secondary education	1013 (33.1%)	493 (33.6%)	520 (33.3%)
Medium secondary education	964 (31.5%)	438 (29.3%)	526 (33.7%)
High school	470 (15.4%)	233 (15.6%)	236 (15.1%)
University degree	555 (18.2%)	309 (20.7%)	245 (15.7%)
Somatic illness			

Table 1 (continued): Demographic characteristics of the sample

	Overall (N=3,055)	Males (n=1,494)	Females (n=1,561)
Self reported diagnosis	1231 (40.3%)	554 (37.00%)	676 (43.4%)
no diagnosis	1812 (59.3%)	939 (62.7%)	873 (56.1%)
N/A	12 (0.4%)	5 (0.3%)	7 (0.4%)
Mental Disorder			
Self reported diagnosis	350 (11.5%)	136 (9.1%)	213 (13.7%)
no diagnosis	2680 (87.7%)	1353 (90.3%)	1327 (85.3%)
N/A	25 (0.8%)	9 (0.6%)	16 (1%)
Self estimated Resilience (BRS)			
Mean (SD)	3.31 (0.78)	3.41 (0.74)	3.22 (0.79)
Median (Min, Max)	3.34 (1;5)	3.33 (1;5)	3.17 (1;5)
Mental Health (GHQ-12)			
Mean (SD)	12.49 (6.58)	11.71 (6.23)	13.25 (6.81)
Median (Min; Max)	11 (0;36)	10 (0;36)	12 (0;36)
DH_s (Burden)			
Mean (SD)	1.82 (0.91)	1.80 (0.91)	1.85 (0.91)
Median (Min; Max)	1.77 (0;5)	1.70 (0;5)	1.77 (0;5)
DH_s (binary count)			
Mean (SD)	9.54 (3.54)	9.67 (3.53)	9.46 (3.54)
Median (Min; Max)	11 (0;14)	11 (0;14)	11 (0;14)
DH_g (Burden) (MIMIs)			
Mean (SD)	1.20 (0.81)	1.24 (0.81)	1.17 (0.82)
Median (Min; Max)	1.10 (0;3.09)	1.18 (0;2.97)	1.03 (0;3.09)
DH_g (Frequency) (MIMIS)			
Mean (SD)	68.22 (47.60)	67.56 (46.84)	68.85 (48.33)
Median (Min; Max)	58.00 (0;310)	58.00 (0;294)	58.00 (0;310)
Optimism (SOP-2)			
Mean (SD)	5.02 (1.46)	5.03 (1.42)	5.01 (1.49)
Median (Min; Max)	5.50 (1;7)	5.5 (1;7)	5.5 (1;7)
Self-efficacy (ASKU-4)			
Mean (SD)	3.89 (0.73)	3.93 (0.71)	3.86 (0.75)
Median (Min; Max)	4.00 (1;5)	4.00 (3;5)	4.00 (1;5)

Table 1 (continued): Demographic characteristics of the sample

	Overall (<i>N</i> =3,055)	Males (<i>n</i> =1,494)	Females (<i>n</i> =1,561)
Social support (OSSS-3)			
Mean (<i>SD</i>)	9.81 (0.73)	9.69 (1.92)	9.92 (2.07)
Median (<i>Min; Max</i>)	10.00 (3;14)	10.00 (3;14)	10.00 (3;14)

N = number of population, *n* = number of cases, *SD* = Standard Deviation. *Min* = minimum, *Max* = maximum, *N/A* = not applicable. BRS = Brief Resilience Scale. GHQ-12 = General Health Questionnaire (12 item version). *DH_g* = general daily hassles. *DH_s* = corona-specific daily hassles. MIMIS = Mainz Inventory of Microstressors. SOP-2 = Skala Optimismus-Pessimismus-2. ASKU-4 = Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala. OSSS-3 = Oslo Social Support Scale-3.

2.4.2. Stressor load

Our first aim was to gain insights into the stressor load of the German population during the SARS-CoV-2 pandemic: The most frequent and most burdensome *DH_g* and *DH_s* were examined. The most frequently reported *DH_{fg}* were housekeeping (reported by 83.64% of participants occurring on at least one and up to 7 day(s) in each case), followed by bad news in media (80.73%), negative political incident (72.42%), own physical complaints (65.95%), bad weather (71.15%), and sleeping problems (59.41%). Financial problems (average severity rating mean 2.31, possible answer range 1–4, percentage of those affected 28.5%), followed by sleeping problems (2.29; 51.30%), own physical complaints (2.13; 57.34%), and bad behavior of others and time pressure (both 2.10; 38.04% resp. 38.27%) were the most burdensome *DH_{bg}*. Among the most frequently stated *DH_g*, the average perceived burden was relatively low: housekeeping (1.23; 53.49%), negative political incident (1.71; 58.23%), and bad weather (1.61; 52.64%). To gain more knowledge about the temporal structure of the stressors, clustered heat maps for the *DH_{fg}* are presented in Figure 1. It shows the overall mean and temporal frequency patterns of stressors (weighted, *DH_g*), which were vertically sorted according to the cluster solution. By visual inspection of the dendrogram, seven distinct clusters can be identified regarding the temporal occurrence: In Cluster A it is characteristic that *DH_g* tended to occur not at all or very often, i.e., on no or up to 7 days. In Cluster B *DH_{fg}* occurred rather rarely (i.e., once, or twice or three times). This temporal clustering also unveils some contentual structure:

2. Corona-Studie

Cluster A and B primarily contain problems with others or at work (e.g., ‘boring work’ or ‘problems with an institution’). Cluster C primarily concerns insecurity (related to financial, health, or environmental status). This cluster was characterized by a low stressor load, i.e., DH did not occur just once. Cluster D includes external conditions (e.g., ‘delays’ to ‘doctor visit’). In Cluster D stressors load is slightly elevated, by stressor occurrence on either 1-2 days or not at all. Cluster E includes ‘commuting’ and has a clear peak at 5 days (every workday). Cluster F primarily indicates internal problems (e.g., ‘slander’ or ‘careless mistake’) and the frequency of occurrence is highest for this cluster (on at least one or two up to seven days). And Cluster G (‘housekeeping’), has the highest frequency of occurrence on 7 days.

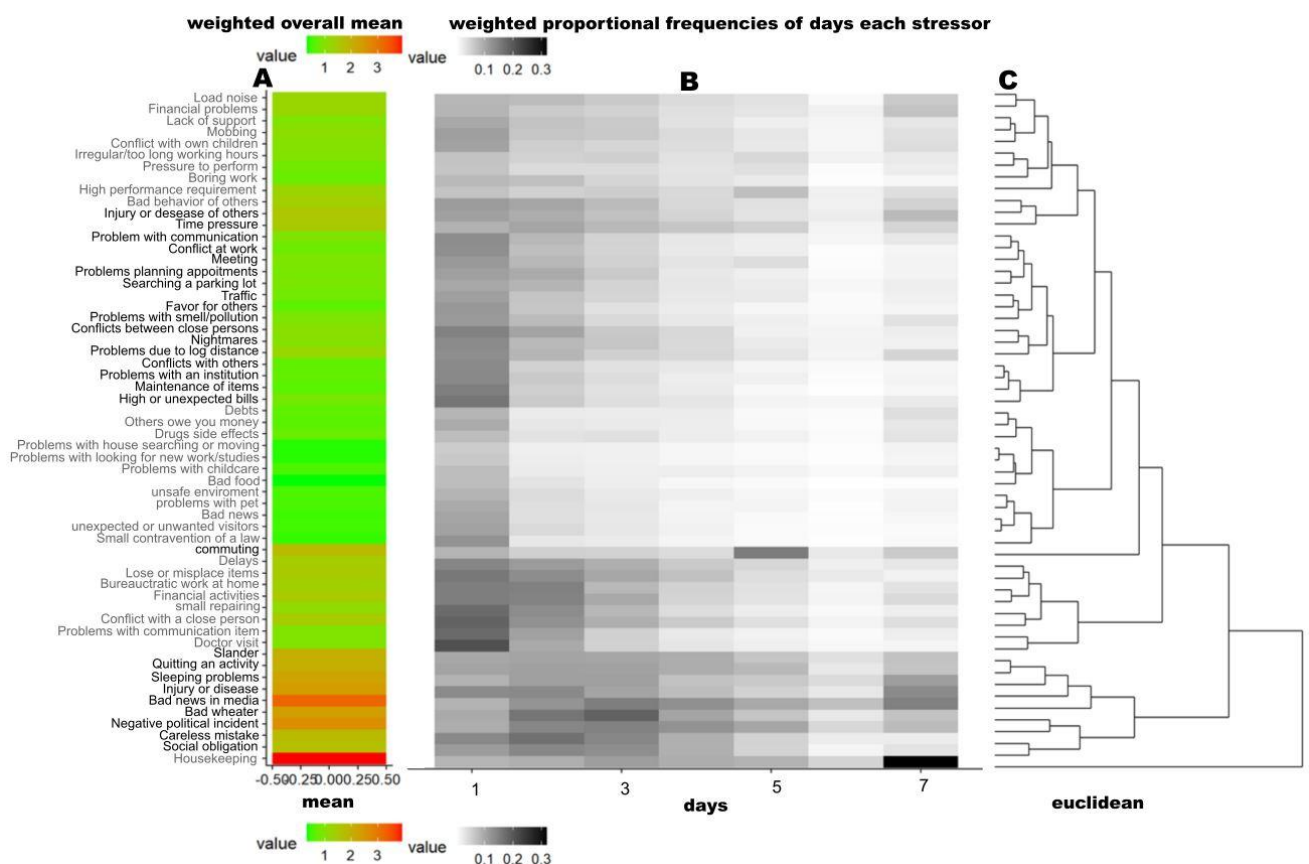


Figure 1. DH_{fg} Heat Map

indicating the overall and temporal frequencies of stressors (weighted DH_{fg}) vertically clustered by their temporal occurrence patterns. The figure consists of three parts: **A)** showing the weighted overall mean of each item. **B)** showing the weighted proportional frequencies of days each stressor was experienced—the darker the background, the more people experienced the stressor on the corresponding number of days (1-7): for example, ‘housekeeping’ were experienced by many respondents on 7 days, ‘Doctor visit’ was also reported to have been experienced once that week or some individuals reported ‘commuting’ on 5 days. **C)** Dendrogram indicating the difference between

2. Corona-Studie

the items and their clusters of temporal patterns of relative frequencies. This cluster solution was also used to vertically sort the stressor items (using hierarchical clustering, euclidean distance and complete linkage). The proportional frequencies of each item (e. g. housekeeping one day: 10%, two days 13%, ..., seven days 30%) are successively merged into clusters. The fusion of different clusters is marked in the dendrogram by vertical lines. The heterogeneity within the clusters is plotted on the x-axis, it is growing with increasing cluster size. Longer horizontal lines indicate an increase in heterogeneity (of clusters) between the temporal occurrence patterns of the items: **Cluster A** includes 10 items ('loud noise' to 'bad behavior of others'). **Cluster B** includes 17 items ('injury or disease of others' to 'maintenance of items'). **Cluster C** includes 12 items ('Depts' to 'small contravention of a law'). **Cluster D** includes 8 items ('Delays' to 'Doctor visit'). **Cluster E** includes 'commuting'. **Cluster F** includes 9 items ('slander' to 'social obligation'), and **Cluster G** includes '

The most frequently reported corona-specific DH_{fs} were corona-media reports (reported by 96.60% of participants occurring on up to the last 7 days), followed by the loss of ability to participate in recreational activities or in important social events (93.29%), loss of social contacts (87.24%), less physical activity (83.84%), restrictions to leave home (81.87%), and economic damage (69.68 %). The DH_{bs} , sorted according to their degree of burden, are shown in the heat map of Figure 2. As shown in Fig. 2A, which demonstrates the weighted overall mean of each stressor item, the most burdensome DH_s were corona-media reports (average severity rating mean: 2.88, possible answer range: 1–5, percentage of those affected: 96.60%), followed by the loss of ability to participate in recreational activities or in important social events ('Loss of activity': 2.80; 93.52%), private or professional travel not feasible ('No journey': 2.53; 85.07%), loss of social contacts ('Loss of contacts': 2.35; 87.36%), and less physical activity than usual ('Less physical activity': 2.23; 84.08%). As shown in Fig. 2B, which illustrates the weighted proportional load with which a particular stressor was experienced, corona-specific stressors were clustered into 3 clusters according to their relative degree of stress and sorted vertically (see right part C). It was frequently stated that Cluster A's items, e.g., 'Restriction to leave home' or 'Work/ childcare problems', occurred, but most of participants did not associate burden with them. Cluster B includes 'Other', which included answers concerning additional problems (e.g., 'Goods & services problems'), fears (e.g., second wave) and anger (e.g., ignoring measures/recklessness). Cluster C, e.g., 'corona-media reports', most often had a medium load (2). In order to analyse the perceived stressor load, we used univariate regression models: 31% and 24% of the variance in mental health outcome (GHQ score, dependent variable) was explained by DH_{bg} (R^2 adjusted: 0.31; $F(2, 3054) = 683.74, p < .001$) and DH_{bs} (R^2 adjusted: 0.24; $F(2, 3054) = 481.77, p < .001$), respectively. DH_{bg} and DH_{bs} were modeled as second-

2. Corona-Studie

degree polynomial considering best model fit. In the model with combined stressors (DH_{bc}), DH_{bs} explained only an additional 5% in the total perceived stressor load (determined by univariate regression with GHQ score as the dependent variable and DH_{bg} and DH_{bs} as the independent variables; adjusted R^2 increase: .05 to .36, $F(4, 3052) = 434.99$, $p < .001$).

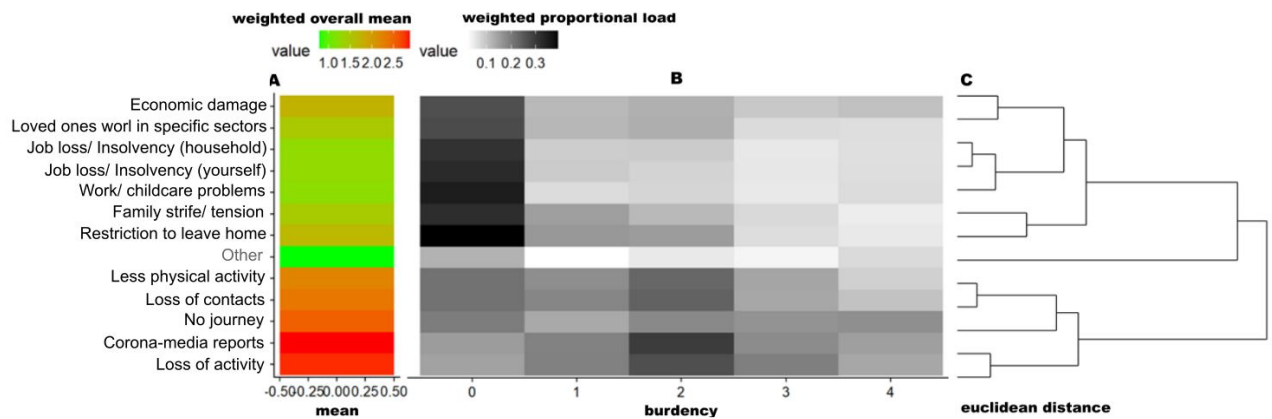


Figure 2. DH_{bs} Heat Map

indicating the burden's mean of stressors (weighted DH_{bs}) vertically clustered by their burden patterns. The figure consists of three parts: **A)** showing the weighted overall mean of each item. **B)** illustrates the weighted proportional load with which a particular stressor was experienced—the darker the background, the more burdensome the stressor was experienced (from 'not at all burdensome' to 'very burdensome' on a five-point Likert scale). For example, 'media-corona reports' were experienced by many respondents as burdensome (average severity rating mean: 2.88). **C)** Dendrogram indicating the difference between the items and their clusters of patterns of relative burden. This cluster solution was also used to vertically sort the stressor items (using hierarchical clustering, euclidean distance and complete linkage). The proportional burden of each item (e.g., loss of activity 'not at all burdensome': 13%, ..., 'very burdensome' 10%) are successively merged into clusters. The fusion of different clusters is marked in the dendrogram by vertical lines. The heterogeneity within the clusters is plotted on the x-axis, it is growing with increasing cluster size. Longer horizontal lines indicate an increase in heterogeneity (of clusters) between the temporal occurrence patterns of the items: **Cluster A** includes 7 items ('economic damage' to 'restriction to leave home'). **Cluster B** includes 'Other' with answers concerning additional problems ('Goods & services problems', 'Burden due to mandatory masks', 'Deterioration of mental situation' or 'Digital study/school'), fears ('Second wave', 'economic impact/lockdown', 'Social change', 'Infection itself/others' and 'Further measures') and anger ('Ignoring measures/recklessness', 'Measures/policy' and 'Media reporting'). **Cluster C** includes 5 items ('Less physical activity' to 'loss of activities').

2.4.3. Stressor reactivity (SR) as a proxy for resilience

Our second goal was to estimate the SR, i.e., the stressor-mental health relationship (determined by univariate regression with GHQ score as the dependent variable and DH_{fg} and DH_{fs} as the independent variables). We found a curvilinear relationship due to a good model fit with DH_{fg} and DH_{fs} each modeled with a quadratic polynomial simultaneously (without controlling for LE, see 2.3.2 Operationalization of Stressor reactivity (SR) as a proxy for resilience). In the GHQ-DH regression, both predictors combined (DH_{fc}) explained a substantial amount of variance of the GHQ score (adjusted $R^2 = 0.27$; $F(4, 3052) = 277.3$, $p < 2.2e-16$). Figure 3 A and B show the normative predicted stressor-mental health models with GHQ score as dependent and DH_{fs} or DH_{fg} , respectively, as independent variables.

Regression analyses indicated that GHQ score is significantly related to DH_{fg} (see Figure 3 A). A peak was reached at about 250 DH_{fg} , and then leveled off ($\beta_1 = 0.079$; $p < 2e-16$; $\beta_2 = -0.0002$; $p < 4.94e-9$). The higher the DH, the worse the mental health status until a specific saturation point (see Figure 3 A). Regarding DH_{fs} (see Figure 3 B), regression analyses indicated that the GHQ score increased with increasing DH_{fs} and then reached a peak at about 9 DH_{fs} and flattened out. Statistically, only the main effect of the second polynomial in the GHQ- DH_{fs} score relationship became significant ($\beta_1 = -0.04373$; $p = .261$; $\beta_2 = -0.0337636$; $p = .0004$). The relationship between DH_{fg} and GHQ is considerably stronger than the relationship of DH_{fs} with GHQ, as visible from comparing Figure 3 A with Figure 3 B.

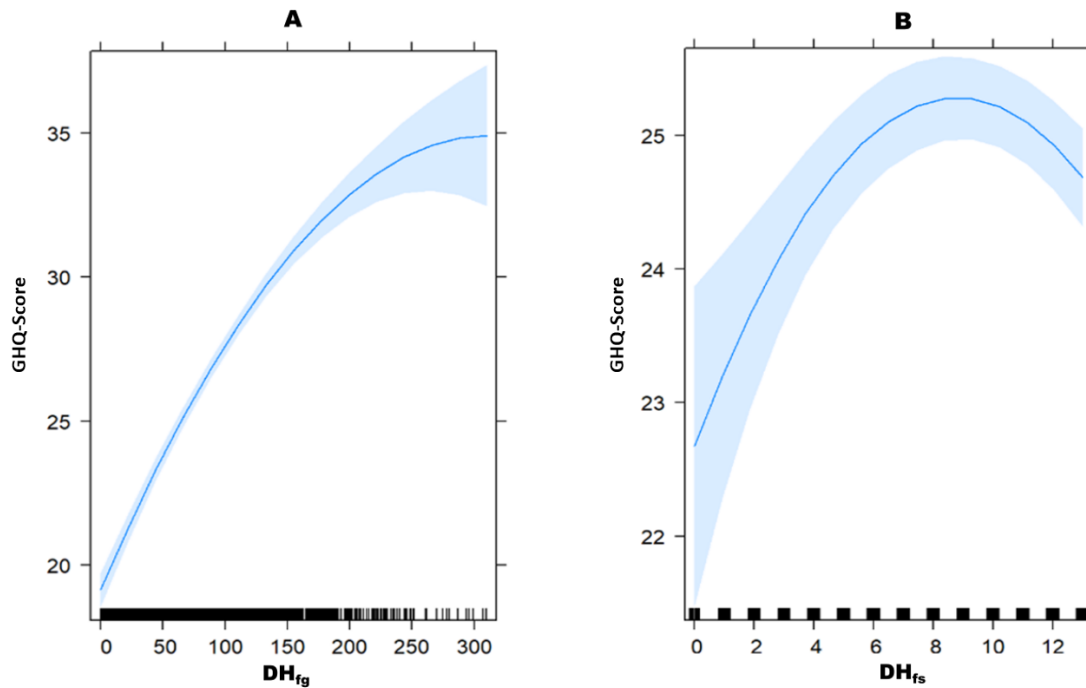


Figure 3.

Predicted Stressor-Health Relationship (multivariate regression analyses with GHQ score as criterion and DH_{fg} (Part A) or DH_{fs} (Part B) as predictors, respectively).

2.4.4. Vulnerable groups

Our third goal was to identify risk factors resp. vulnerable groups based on the different stressors (general or corona-specific). All results are presented in Table 2. To identify general vulnerable groups, we examined the effect of sociodemographic characteristics (e.g., age) or health status (e.g., physical illness) on the DH_{fg} -health relationship (controlling for DH_{fs}). Gender, age, and education level significantly influenced the relationship: female gender ($p = .000$) and higher age ($p = 5.11e-6$) were identified as general risk factors. Participants with higher educational attainment, i.e., high school ($p = .002$), and those with a university degree ($p = .009$) were less vulnerable compared to those with low secondary or medium secondary education (also see figure S1 in Supplement). Socioeconomic status and a diagnosed mental disorder or somatic illness did not significantly influence the DH_{fg} -health relationship, i.e., they were not identified as general risk factors. To identify corona-specific vulnerable groups, we examined the moderating effect of sociodemographic characteristics and health status on the DH_{fs} -health relationship (controlling for DH_{fg}). Being diagnosed with a somatic illness significantly and negatively influenced the relationship ($p = .037$). Neither gender, age, SES, education level or a diagnosis of a mental disorder were identified as corona-specific risk factors.

2. Corona-Studie

Table 2. Moderation analysis – vulnerable groups (controlling for DH_{fg} or DH_{fs})

	GHQ score x DH _{fg}					GHQ score x DH _{fs}				
	R ²	F	<i>p</i> -value	b	<i>p</i> -value	R ²	F	<i>p</i> -value	b	<i>p</i> -value
Gender	0.285	F (7, 3047) = 174.6	<.001	$\beta_1 = -40.74$ $\beta_2 = -16.60$	<.001 .150	.282	F (7, 3047) = 172.3	<.001	$\beta_1 = -9.58$ $\beta_2 = 20.81$	.392 .062
Age	0.281	F (10, 3046) = 120.7	<.001	$\beta_1 = -1934.43$ $\beta_2 = -76.37$	<.001 .845	.276	F (10, 3046) = 174.4	<.001	$\beta_1 = -252.74$ $\beta_2 = 492.92$	.462 .138
Education level										
medium secondary education	0.278	F (13, 2992) = 88.41	<.001	$\beta_1 = 17.75$ $\beta_2 = -2.82$	.20751 .84514	.270	F (13, 86.32) = 2992	<.001	$\beta_1 = -.62$ $\beta_2 = -3.54$	.964 .794
high school				$\beta_1 = 14.08$ $\beta_2 = -53.24$	.405 .002				$\beta_1 = -1.49$ $\beta_2 = -2.81$	.933 .869
university degree				$\beta_1 = -27.97$ $\beta_2 = -49.14$	.125 .009				$\beta_1 = -.584$ $\beta_2 = 11.99$	.974 .529
SES	0.285	F (7, 3047) = 174.6	<.001	$\beta_1 = -2.87$ $\beta_2 = -.45$	.250; .839	0.285	F (7, 3047) = 174.6	<.001	$\beta_1 = 2.21$ $\beta_2 = 3.28$	.418 .236
Mental Disorder	.310	F (7, 3024) = 195.1	<.001	$\beta_1 = -28.03$ $\beta_2 = 11.83$	.115 .436	.309	F (7, 3024) = 194.8	<.001	$\beta_1 = .304$ $\beta_2 = 20.65$	.988 .328
Somatic illness	.273	F (7, 3037) = 164.5	<.001	$\beta_1 = -5.57$ $\beta_2 = 15.86$	.628 .169	.274	F (7, 3037) = 165.1	<.001	$\beta_1 = -23.87$ $\beta_2 = -10.01$	.037 .380

2.4.5. Protective factors

Our fourth objective was to identify protective factors based on the different stressors (general or corona specific). To identify general protective factors, we examined the effect of resilience factors (RF; e.g. optimism) on the DH_{fg} -mental health relationship (controlling for DH_{fs} , age, gender, education, somatic illness, and mental disorder). All results are presented in Table 3. We found that social support is a significant moderator of the DH_{fg} -health relationship ($p = .047$). Neither self-efficacy, LOC, nor optimism were identified as protective factors. Regarding DH_{fs} -health relationship, self-efficacy ($p = .004$) and LOC ($p = .003$) were significant moderators (reinforcing effect on the second polynomial negative relationship between DH_{fs} and GHQ score). Optimism and social support were not identified as protective factors regarding coping with DH_{fs} .

2.4.6. In-depth analysis of previously identified vulnerable groups

Finally, moderation analyses were conducted to identify protective factors for the vulnerable groups previously identified. For the in-depth analysis, we examined the moderating effect of gender, age, education, and being diagnosed with a somatic illness on the relationship between RF (optimism, LOC, social support, and self-efficacy as independent variable) and the stressor reactivity score (SR_c combined predictor of DH_{fg} and DH_{fs}). The results are presented in Table 4. They did not indicate any specific protective factor for the previously identified vulnerable groups (all analyses with $p > 0.05$). Rather, they showed that some protective factors lost their mitigating effect: Regarding female gender, the relationship between SR_c and optimism, or LOC, or self-efficacy or social support was not moderated by female gender. Neither optimism nor social support could be identified as protective factors for higher age. The otherwise positive relationship between LOC or self-efficacy and SR_c is even weakened by the moderating age effect ($p_{2LOC} = .007$; $p_{1self-efficacy} = .0129$; $p_{2self-efficacy} = .0001$). The presence of somatic disease also weakened the otherwise positive effect of self-efficacy ($p = .034$) and social support ($p = .046$) on SR_c . LOC and optimism were not identified as protective factors for those with a somatic illness. Neither optimism ($p = .669$), nor LOC ($p = .193$) or self-efficacy ($p = .843$) were identified as protective factors for lower educational attainment.

2. Corona-Studie

Table 3. Moderation analysis – protective factors (controlling for DH_{fs} or DH_{fg} , age, gender, education, somatic illness, and mental disorder)

	GHQ score x DH_{fg}					GHQ score x DH_{fs}				
	R^2	F	<i>p</i> -value	b	<i>p</i> -value	R^2	F	<i>p</i> -value	b	<i>p</i> -value
social support	.343	F (13,2955) = 120.3	<.001	$\beta_1 = -20.56$ $\beta_2 = 20.50$	.084 .047	.342	F (13,2955) = 119.6	<.001	$\beta_1 = -.004$ $\beta_2 = -3.15$	.100 .808
self-efficacy	.352	F (13, 2955) = 125.1	<.001	$\beta_1 = -11.60$ $\beta_2 = -9.91$	.116; .189	.353	F (13, 2955) = 125.6	<.001	$\beta_1 = -3.638$ $\beta_2 = 20.43$	.614 .004
LOC	.348	F (13, 2955) = 122.7	<.001	$\beta_1 = -5.06$ $\beta_2 = -1.89$	.561 .822	.351	F (13, 2955) = 124.3	<.001	$\beta_1 = -14.67$ $\beta_2 = 23.24$	.070 .003
Optimism	.362	F (13, 2955) = 130.7	<.001	$\beta_1 = -8.38$ $\beta_2 = 5.01$	.088 .255	.362	F (13, 2955) = 130.5	<.001	$\beta_1 = -2.505$ $\beta_2 = 7.780$	.613 .113

2. Corona-Studie

Table 4. Moderation analysis – in depth analysis (controlling for age, gender, education, somatic illness, and mental disorder, resp.)

	SR _c x female gender					SR _c x higher age					SR _c x somatic illness				
	R ²	F	<i>p</i> -value	<i>b</i>	<i>p</i> -value	R ²	F	<i>p</i> -value	<i>b</i>	<i>p</i> -value	R ²	F	<i>p</i> -value	<i>b</i>	<i>p</i> -value
social self-effi- LOC optimism	.098	F (10, 2958) = 33.17)	<.001	$\beta = .037$	.292	.098	F (11, 2957) = 30.31	<.001	$\beta_1 = -.45$ $\beta_2 = -1.33$	.645 .123	.099	F (10, 2958) = 33.49	<.001	$\beta = -.07$	.046
	.108	F (10, 2958) = 36.88	<.001	$\beta = .056$	.110	.107	F (11, 2957) = 35	<.001	$\beta_1 = 1.44$ $\beta_2 = -3.50$	.013 .000	.108	F (10, 2958) = 37.01	<.001	$\beta = .08$	.034
	.100	F (10, 2958) = 34.02	<.001	$\beta = .006$	.872	.100	F (11, 2957) = 31.67	<.001	$\beta_1 = .20$ $\beta_2 = -2.55$	.838 .007	.100	F (10, 2958) = 34.02	<.001	$\beta = .00$	.927
	.117	F (10, 2958) = 40.17	<.001	$\beta = .024$	.488	.116	F (11, 2957) = 36.5	<.001	$\beta_1 = .33$ $\beta_2 = -.89$	.745 .354	.117	F (10, 2958) = 40.19	<.001	$\beta = .03$	.415

2.5. Discussion

The present study gained deeper insight into the mental health burden and its contributing general and corona-specific stressor load, potential risk and protective factors as well vulnerable groups during an early stage of the SARS-CoV-2 pandemic in a representative sample of the German adult population. At first, we analysed the stressor load of the representative sample regarding frequency and burden. 83-60% were affected by the general DH_{fg} such as housekeeping, bad news in media, negative political incident, own physical complaints or bad weather. Their average perceived burden, however, was relatively low (even almost not burdensome, ranging from 1.23 to 1.71). The most burdensome DH_{bg} were sleeping problems and own physical complaints (affecting 51-57% of respondents), bad behavior of others and time pressure (38%), as well as financial problems (28%). Among corona-specific DH_{fs} , almost all the responds (97-84%) were affected by media reports, loss of ability to participate in recreational activities or in important social events, not feasible private or professional travels, loss of social contacts, and less physical activity than usual. The perceived stressor burden had a high influence on mental health outcome (GHQ), i.e., higher occurrence of DH, resulted in higher mental burden. It explained about one-third of the variance: 36% by combined stressors, 31% by DH_{bg} , and 24% by DH_{bs} alone, respectively. In comparison, almost 10% less variance of mental health is explained, if instead of stressor burden, their frequency of occurrence (DH_{fg} and DH_{fs}) is used (R^2 adjusted: 26.56). Our third and fourth goal were to identify general resp. corona-specific vulnerable groups and protective factors: female gender, higher age, and lower education level (low secondary or medium secondary education) were identified as general, somatic diseases as a corona-specific risk factor. Whereas self-efficacy and locus of control (LOC) proved to be corona-specific protective factors, social support was not: a high degree of social support attenuated mental health among high occurrence of DH_{fs} . Further analysis did not indicate any specific protective factor for the previously identified vulnerable groups, they even showed that older age and being diagnosed with a somatic illness had a negative impact on RF, in the sense of attenuating the positive influence of LOC, self-efficacy, and social support on stressor reactivity (SR). In the following we will discuss the results in more detail.

2.5.1. Stressor Load

An impact of the crisis on participants' mental health was evident since our sample showed a higher mean GHQ score (12.49, SD = 6.58) compared to pre-pandemic mean scores (mean = 9.70, SD = 4.94) measured in a representative German sample in 2012 (Romppel et al., 2017),

but also lower scores compared to the most intense phase of the lockdown in Europe (22 March to 19 April 2020) (mean = 15.5, SD = 6.2) measured in Europe (Veer et al., 2021). This is in line with the observation that the impact of COVID-19 on mental health varied due to different time points of examination, different restrictions in different countries (J. Fisher et al., 2021; C. Wang et al., 2020), lockdown situations (Prati & Mancini, 2021; Vindegaard & Benros, 2020) or during isolation in suspected COVID-19 cases (Alodhayani et al., 2021; Taquet, Luciano, Geddes, & Harrison, 2021; Xiong et al., 2020). The German population was relatively less affected in an international comparison (i.e., less fear of job loss or financial losses due to government intervention) (Veer et al., 2021), but nevertheless showed elevated generalized or COVID-19-related anxiety symptoms as well as depressive symptoms (Bäuerle et al., 2020; Petzold et al., 2020) and psychological distress compared with pre-pandemic data (Donya Gilan et al., 2021). Consistent with previous findings in a representative German sample (Chmitorz et al., 2020) housekeeping, time pressure, and bad weather were also the most frequently occurring DH_g in pre-pandemic times. However, in our sample, we observed a shift in attention to Corona-related issues, which was also identified from Veer et al. (2021): while pre-pandemic bullying, problems with a pet and conflicts or disagreements with relatives were identified as the most distressing DH_g (Chmitorz et al., 2020), in our study negative political events (DH_g) were also mentioned frequently. This is not only consistent with other findings during the pandemic in Germany (Veer et al., 2021), but also known to be a risk factor for mental burden (Bäuerle et al., 2020; Xiong et al., 2020). Compared with the findings of Veer et al. (2021), who cited serious consequences (such as death or hospitalization of a loved one and concern about one's infection) as the primary corona stressor, concerns shifted toward financial, health-related (e.g., sleep problems, injury or illness, less physical activity than usual, corona reporting), and leisure problems (nonparticipation in social events, fewer social contacts, neither personal nor professional travel) during the phase investigated in this study.

2.5.2. Resilience and mental health

The mean scores of self-estimated resilience of our respondents (BRS: mean = 3.31; SD = 0.78) was similar to pre-pandemic data (mean = 3.35; SD = 0.95, for a study with N = 1,128 respondents in Germany (Kunzler et al., 2018)), but marginally lower as compared to other results obtained during the pandemic (April 2020, mean = 3.41; SD = 0.49, German sample sizes: 1.012 (Donya Gilan et al., 2020)). However, these resilience scores are self-estimates of probands who are asked to describe how quickly they bounce back from stressful events, but no

‘real life’ measures how their mental health relates to the number and burden of stressful experiences. We therefore calculated the SR score as a proxy for resilience as current psychological responsiveness (as measured by the GHQ) to daily stressors (as measured by MIMIS and / or a DynaCORE item selection (Veer et al., 2021)). In our cross-sectional data, we observed a concave DH_{fg} -health relationship (see Figure 3): The leveling of the mental health-stressor relationship, i. e., that it flattens out from a certain number of daily hassles, shows that in our sample from around 250 DH_{fg} onward, further stressors have a less severely deteriorating effect on mental health. This could carefully be interpreted as a possible adaptation process to stressors (Seery, 2011). Our finding that corona-specific stressors frequently occurred, but were not perceived as burdensome by a large majority, may also be interpreted as hint for a possible adaptation process. Manchia et al. (2022) showed that, after the restrictions were lifted, a large portion of the population recovered from the pandemic related stressor impact. This could be attributable to the corona-induced slowdown (Zhang & Ma, 2020), but also to a successful adaptation process described as ‘psychological gain from adversity’ as suggested by Ahrens et al. (2021). The sole occurrence of corona-specific stressors had little impact on mental health (corona-specific stress items clarified only 5% of the variance of the GHQ score additionally and nonsignificant effect in the regression (first polynomial, i.e., no decreasing GHQ score with increasing DH_{fs}), which implies that DH_g had more impact on the mental health than DH_s . Counterintuitive our results also show with a higher incidence of corona-specific DH less mental burden (significant effect in the second polynomial). This might be a result of the summed binary operationalization of corona-specific DH_{fs} (left skewed distribution), i.e., just under half of the respondents reported an occurrence corresponding to data point 13 (see Figure 3b) of the DH_{fs} , leading to an underrepresentation of data points to the left of it.

The combined stressors (general and corona-specific) explained more variance of the GHQ score than the predictors separately. Furthermore, the perceived stressor burden is a better predictor (36%) than the frequency of its occurrence (26%), which is in line with other findings (Kalisch et al., 2020; Veer et al., 2021) as well as with the Transactional Model of Stress and Coping (Lazarus & Folkman, 1984), highlighting that the stress reaction depends on the specific appraisal of the stressor (i.e., as harm/loss, threats, and challenge) in relation to the resources available.

2.5.3. Vulnerable groups, protective factors, and in-depth analysis of previously identified vulnerable groups

In line with other findings (Alodhayani et al., 2021; Bäuerle et al., 2020; Beames et al., 2021; Donya Gilan et al., 2020; Meda-Lara et al., 2022; Pérez-Gómez et al., 2022; Riepenhausen et al., 2021; Zamarripa et al., 2021), women were identified as particularly vulnerable to psychological stress during the pandemic. Women's BRS (mean=3.22, SD=0.74) and GHQ scores (mean = 13.25; SD= 6.81) in our sample showed lower resilience and mental health, respectively, than men's BRS score (mean=3.41, SD=0.74) or GHQ score (mean = 11.71; SD = 6.23), which is consistent with other findings during the pandemic (Ahrens et al., 2021; Kunzler et al., 2021). When considering the impact of general or corona-specific stressors on mental health, female gender was found to be a general risk factor. This may indicate that it is not a corona-specific vulnerability, e.g., because of domestic childcare, as has been cited in previous research (Manchia et al., 2022; Shevlin et al., 2020; Xiong et al., 2020). We also found lower education level (low and medium secondary education level) as risk factor: the GHQ score for the lower education groups continues to increase with more occurrence of DH_{fig}. However, this result is based on comparatively few data points, i.e., few respondents had more than 250 DH_{fig} (shown by the dashes on the x-axis in Figure S1 in the Supplement), so it should be interpreted with caution. At the same time, this result is consistent with other studies (Garcia de Avila et al., 2020; Kunzler et al., 2021; Mazza et al., 2020).

In many studies, younger age groups (≤ 40 years) are highlighted as particularly vulnerable during crisis: Older people are suggested to be protected through life experiences, thus more problem-solving skills and a stronger locus of control, and ultimately a more efficient psychological coping and adaptive capacity during COVID-19 (Ayalon et al., 2021; Meda-Lara et al., 2022; Riepenhausen et al., 2021; Xiong et al., 2020). In our study, this finding could not be replicated, which may be due to our use of SR as a proxy of resilience (predicting mental health as a function of stress). Furthermore, although older people tend to be exposed to fewer stressors (Almeida & Horn, 2004; Alodhayani et al., 2021; Stawski et al., 2008), they might be likely to be more responsive to them. We identified a diagnosed somatic disease as a risk factor for corona-specific stressors. Somatic diseases are a well-researched risk factor for mental health (Mazza et al., 2020; Pérez-Gómez et al., 2022; Xiong et al., 2020) and the risk for somatic diseases and infections grows with increasing age (Fuller & Huseth-Zosel, 2021). As Taquet et al. (2021) showed in a retrospective US cohort study in August 2020, there is also a bidirectional

association between SARS-CoV-2 infection and risk of mental disorder and vice versa. Regarding resilience factors as protective factors for mental burden, self-efficacy and LOC were found to be corona-specific protective factors, which is consistent with earlier findings (Ayalon et al., 2021; Manchia et al., 2022; Xiong et al., 2020). However, contrary to our expectations (Donya Gilan et al., 2020; Petzold et al., 2020; Veer et al., 2021), optimism and social support were not found to be protective factors in our study. Individuals reporting high levels of social support were even more affected by stressors on GHQ. This implies that this resilience factor loses its effect in times of social distancing. This would at least be supported by the study results that reported increased loneliness (Dahlberg, 2021; C. Wang et al., 2020). We could not demonstrate a specific protective factor for the previously identified vulnerable groups, i.e., females, older age, and lower education level. In contrast, the elderly and the somatically ill showed lower RF scores, which otherwise has a positive effect on resilience (LOC, self-efficacy, and social support) (Mancini & Bonanno, 2009; Sapienza & Masten, 2011). This could be seen in the context of the findings of Fritz et al. (2018) on the interaction of different protective factors: Protective factors influence each other (intensification or inhibition), and network connectivity between protective factors is less responsive in vulnerable people, making already vulnerable groups even more vulnerable to stress. This may explain why vulnerable groups, e.g., elderly, or somatic ill, but also known from other findings have shown to be more vulnerable to the adversities of the pandemic (Kunzler et al., 2021; K.-Y. Pan et al., 2021; Taquet et al., 2021).

Our data provide insights in especially vulnerable groups (women, older age, and lower education level) and specific starting points in order to strengthen protective factors, by identifying self-efficacy and LOC as protective factors during the pandemic. However, since we only researched a limited number of resilience factors, there are certainly other protective factors which we did not study here but which might be important to fostering mental health (e.g., certain coping styles). In other peri-pandemic analyses, for example, positive appraisal style (Ahrens et al., 2021; Veer et al., 2021) was identified as a protective factor.

2.5.4. Strengths and limitations

The strengths of the study are the large and representative sample, the use of well-established standardized measures that allow comparisons with other pre- as well as pandemic populations. We also not only relied on self-estimated resilience capability of the probands, but used the SR score (Raffael Kalisch et al., 2017) to describe a proxy for resilience which relates mental

burden to the perceived stressor load. The study is also new as it disentangles the relative contributions of general and corona-specific DH to mental burden and resilience.

On the other hand, our study has the following limitations: First, we collected the representative data in an online survey, so we cannot exclude selection bias. In addition, we did not collect longitudinal data, which are considered the gold standard (Chmitorz et al., 2020; Raffael Kalisch et al., 2017). Furthermore, changes in mental health were assessed retrospectively over the past 2 weeks, which might have led to memory bias. In addition, the survey was conducted during a less severe phase of the pandemic, meaning that some of the restrictions (e.g., social distancing, closing of restaurants, closing of recreational and cultural facilities) had already been lifted. Although the corona pandemic caused measurable burden, it is likely that at a different time point during the course of the pandemic, corona-specific stress would have been more pronounced. Due to a reasonable questionnaire length, we had to severely limit the constructs we examined, which is why we only queried a selection of the RF and only examined a selection of corona-specific stressors. The last made the comparison to the general stressors more difficult. To the extent that resilience was operationalized as an outcome (stressor exposure relative to mental health), survey inaccuracies may have crept in: It cannot be ruled out that mental health problems have their genesis in other stressors or LE that were not surveyed in this instrument.

2.5.5. Conclusions

The corona pandemic seems to have an impact on the general population in the sense that corona-specific stressors were perceived but not as burdensome during this phase of the pandemic (e.g., general stressors such as bad news in the media or own physical complaints). At the same time, the corona-specific stressor load was hardly perceived as a burden: This is also reflected in the low impact on mental health. This result should be viewed in the context of the data collection period, for which some restrictions had already been lifted and may have led to adaptation. As in many other studies, we were also able to show that there are vulnerable groups (women, lower education level, older age, and somatic illness), who are at a higher risk of being negatively affected by the pandemic. In addition, specific protective factors (self-efficacy and LOC) for the corona-specific stressors were identified in our study. Extending previous studies, we were also able to show that older people and people with somatic illnesses are particularly affected by corona-specific stressors, which again underlines their need for special support regarding an adaptive coping during and after the pandemic.

2.6. Conflict of Interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

2.7. Author Contributions

RvD; KL, FSB, DG, IH and LH: conceptualization, methodology, validation. GK, IH and LH: statistical analysis and data visualization. LH: investigation and writing of the original draft. IH, DG, and KL: project management, monitoring, and validation. LH, IH, DG, and KL: writing - revised draft, monitoring, and validation. All authors contributed to the article and approved the submitted version.

3. Systematisches Review: Resilience and mental health promoting interventions in adolescents and young adults with cancer: A systematic review and meta-analysis 2

² under review “cancer” (CNCR-24-0881):

Resilience and mental health promoting interventions in adolescents and young adults with cancer: A systematic review and meta-analysis

Lara Hubenschmid¹, Isabella Helmreich^{1*}, Sarah K. Schäfer^{1,2}, Felix Kann², Simone Esther Peter², Jan Broll¹, Saskia Lindner³, Thomas Kubiak², Klaus Lieb^{1,3}

¹ Leibniz Institute for Resilience Research (LIR), Mainz, Germany

² Clinical Psychology, Psychotherapy and Psychodiagnostics, Technische Universität Braunschweig, Brunswick, Germany

³ Institute of Psychology, Health Psychology, Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

⁴ Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz, Germany

3.1. Abstract

Being diagnosed with cancer is a major health stressor and also increases the risk for the development of stress-related mental illness. Resilience is defined as the maintenance or quick recovery of mental health in face of stress, which includes major life events such as a cancer diagnosis. Thus, resilience promotion is of major importance for cancer patients. To date, evidence on resilience-promoting interventions in cancer patients is growing, but little is known about the vulnerable group of adolescents and young adults with cancer (AYAC). This review addresses this gap by searching six databases until January 2nd, 2023, for randomized controlled trials on resilience-promoting interventions in the context of psycho-oncology treatment of AYAC. Findings were summarized qualitatively and quantitatively by means of multilevel random-effects meta-analyses comparing mental health and distress of intervention and control groups at post-intervention and Follow-Up assessments. Thirteen studies comprising 69 effect estimates were eligible. Overall, meta-analyses provided no evidence for favorable effects of resilience promoting interventions over control conditions. This result was consistently found across negative and positive mental health outcomes and timepoints with mostly moderate heterogeneity. We found evidence of moderation effects, i.e., significantly greater positive effects on psychological distress or positive mental health in group settings or for individuals in relationships. Sample sizes in primary studies were small, and analyses were at risk of being underpowered and biased. Future research needs to deepen the understanding of the complex needs of AYAC to improve and tailor interventions which are also informed by patients' expertise.

3.2. Introduction

Each year, approximately one million adolescents and young adults worldwide are newly diagnosed with cancer (Bleyer et al., 2017). The so called AYAC (adolescents and young adults with cancer, age range 15–49 years) represent only 7% of the total population of patients with cancer (de Moor et al., 2013). At all ages, but especially at a younger age, cancer is a life-threatening disease (Collaborators, 2022; Michael Köhler, 2021; National Cancer Institute, 2012) and often results in a major disruption of the individuals' lives (Marshall, Grinyer, & Limmer, 2019; Min et al., 2013; Seiler & Jenewein, 2019). For AYAC this major health stressor occurs at a sensitive time in life when important developmental tasks need to be accomplished, such as the development of autonomy and personal identity across life domains or the preparation for a career (Aubin & Perez, 2015; Barnett et al., 2016; Marshall et al., 2019). Thus, irrespective of cancer being a major health stressor in general, especially AYAC experience a major off-time stressor affecting many life domains (Bowman et al., 2003).

Due to their young age, AYAC generally have a favorable health status (Bleyer, 2002). This allows the use of more effective and intensive cancer treatments, resulting in higher survival rates (80% in high-income countries; Bleyer et al., 2017). However, these treatments also increase the risk of long-term health complications such as treatment-related side effects. These can persist beyond treatment and affect quality of life (QoL) through short- and long-term physical impairments (e.g., due to cardiovascular complications (M. H. Chen, Colan, & Diller, 2011), pain (Erickson et al., 2011), fatigue or loss of performance (Chan et al., 2022; Erickson et al., 2011; Warner et al., 2016), infertility (Knight et al., 2015; Tennyson & Griffiths, 2019), changes in appearance (e.g., hair loss or amputations; Barnett et al., 2016)) as well as psychological consequences like a reduction in autonomy and self-esteem or the loss of confidence in one's health (Aubin & Perez, 2015; Barnett et al., 2016). Additionally, there are psychosocial issues such as social isolation (Marshall et al., 2019; Warner et al., 2016; Zhao, Montoro, Igartua, & Thombs, 2010), interpersonal problems, disruptions of future plans like starting a family (Magrath, Critoph, Smith, & Hatcher, 2021; Nass et al., 2015), or loss of autonomy (Magrath et al., 2021; Marshall et al., 2019). Moreover, some AYAC need to change their jobs to less demanding or part-time jobs (Nass et al., 2015; Warner et al., 2016), which may also cause financial worries (Warner et al., 2016). Cancer at younger age in many cases also delays or disrupts sexual development (Aubin & Perez, 2015; Warner et al., 2016). These challenges add to a situation where AYAC also needs to cope with fears of progression and being

confronted with one's own mortality at a young age. As stress is one of the leading causes for the onset and persistence of mental disorders, being diagnosed with cancer is therefore a threat to long-term mental health (Bowman et al., 2003). These factors can negatively impact AYAC' overall well-being and QoL (Bleyer, O'Leary, Barr, & Ries, 2006; Geue et al., 2014; Hughes & Stark, 2018; Husson et al., 2017; Magrath et al., 2021; Marshall et al., 2019; Sansom-Daly, Peate, Wakefield, Bryant, & Cohn, 2012; Warner et al., 2016). For example, AYAC compared with healthy controls tend to report fewer life goals, achievements, and leisure goals (Berg et al., 2019).

However, negative mental health consequences of cancer at younger ages also include a significantly increased risk of developing mental disorders after diagnosis (Hauken et al., 2013; Mitchell et al., 2011; Pitman et al., 2018; Sansom-Daly, Peate, et al., 2012). Representative studies show that the risk of mental disorders such as depression and/or anxiety disorders is increased in AYAC not only compared to healthy controls (22% vs. 14%; Seitz et al., 2010), but also individuals with cancer in general (depression: 20–26% vs. 5% and anxiety disorder: 10–18% vs. 7%; Linden et al., 2009; Pitman et al., 2018). Evidence on gender-related differences is limited, with preliminary findings suggesting that women compared to men experience lower QoL characterized by poorer sleep quality, increased emotional stress, and higher levels of fatigue (Geue et al., 2014). Mental health problems, in turn, may adversely affect cancer prognosis (DiMatteo et al., 2000; Niedzwiedz, Knifton, Robb, Katikireddi, & Smith, 2019) and increase the risk of suicidal behavior in the post-diagnosis period especially in younger individuals (15 to 30 years; Donghao Lu et al., 2013).

Strengthening AYAC resources during and after treatment is essential to cope with the lifelong challenges of a cancer diagnosis (Scrignano et al., 2016). Previous research shows that resilience, i.e., the maintenance or recovery of mental health during or after stressor exposure (Raffael Kalisch et al., 2017; Kalisch et al., 2015), plays an important role in coping with the disease for those affected. Higher levels of self-reported resilience were correlated with lower emotional distress (Min et al., 2013), higher levels of well-being (Sihvola et al., 2022), fewer depressive symptoms (Seiler & Jenewein, 2019), and lower prevalence of adjustment disorders and depression (Fradelos et al., 2017). Resilience is understood as a dynamic (learning) process (resilience process) that can be partly trained by strengthening resilience factors, i.e. internal and external facilitating resources (I. Helmreich et al., 2017). Systematic reviews (Kunzler, Helmreich, Chmitorz, et al., 2020; Kunzler, Helmreich, König, et al., 2020; Leppin et al., 2014;

Liu et al., 2020) show that psychological resilience-enhancing interventions can improve resilience and mental health outcomes with small to moderate effects. These interventions are based on various theoretical frameworks, such as the cognitive behavioral therapy (CBT) or mindfulness-based approaches, and often focus on strengthening one or more resilience factors, such as positive reappraisal, active coping, optimism, and self-efficacy (A Chmitorz et al., 2018; I. Helmreich et al., 2017; Liu et al., 2020; Schäfer et al., 2022). A narrative review of resilience interventions for patients with cancer (Ludolph et al., 2019) found small to medium favorable effects on resilience. Effects were larger for interventions delivered immediately after diagnosis or during somatic treatment and longer interventions were more effective. The effects remained stable or even increased up to one year after the end of the intervention. Positive intervention effects were particularly observed for interventions based on positive psychology, supportive-expressive group therapy, CBT, and mindfulness.

Beyond this promising evidence on resilience promotion in individuals with cancers and some recent studies that have begun to explicitly address AYAC (Smith et al., 2016), less is known about strengthening resilience in AYAC (Bleyer et al., 2017; Fern et al., 2013; Hauken et al., 2013). This is in line with an increasing number of studies addressing gaps in care for AYAC (Kirchhoff et al., 2017; Telles, 2021) and pointing to missing interventions specifically tailored to their needs (Telles, 2021). AYAC are underrepresented in clinical trials, for example, due to restrictions in eligibility criteria, lack of awareness, patients' anxiety about participating in a research project (Shnorhavorian et al., 2018), and the scarcity of trials specifically designed for this population (Smith et al., 2016). This results in a small number of studies and systematic reviews so far (Warner et al., 2016), and a lack of knowledge about the cancer burden in this population making them a so-called 'forgotten generation' (Collaborators, 2022; Hampton, 2005). Therefore, the current systematic review aimed to provide an evidence synthesis of resilience and mental health promotion interventions in AYAC. For this purpose, we searched for psychological mental health or resilience-promoting interventions in AYAC, regardless of their theoretical approach, content, duration, setting or delivery mode. Our review intends to answer the question of whether resilience interventions in AYAC are effective in promoting resilience (mental distress and positive mental health). Moreover, we aimed at examining whether intervention effects depended on sample characteristics like age, gender, relationship status, or intervention characteristics like theoretical foundation, duration, setting and delivery mode. The evidence from this review will contribute to summarizing the existing knowledge on resilience promotion among AYAC and might guide tailored intervention design and improvement.

3. Systematisches Review

3.3. Methods

The review is reported according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines (Page et al., 2021) and all analyses were performed according to Cochrane standards (Higgins et al., 2022). The systematic review was preregistered at PROSPERO (ID: RD42020186020).

3.3.1. Search strategy

Six databases were searched in the time period from January 1st, 1990, to January 2nd, 2023, including the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE (incl. PubMed), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), PSYINDEX (via EBSCOhost), PsycINFO (via EBSCOhost) and the trial register ClinicalTrials.gov. The search strategy comprised three clusters of search terms, terms related to AYAC as population of interest (e.g., “young adults* AND cancer”), terms related to the intervention (e.g., “training*”), and terms related to outcomes of interest (e.g., “well*being”). Clusters were linked using the Boolean operator AND (see Supplementary Material A for the full search strategy). Moreover, we checked reference lists of related systematic reviews and primary studies for eligible studies. Additionally, we ran a search on studies citing the studies included in our review on Google Scholar. Due to the evolution of the resilience concept over the past decades – from resilience as a personality trait to resilience as a modifiable process (Kalisch et al., 2015) – the limitation of the search period allowed to detect resilience-training studies with similar resilience concepts.

3.3.2. Selection criteria

Study selection was based on predefined search terms (PICO scheme): Eligible studies reported on randomized controlled trials (RCTs) in populations of young adults (age range: 18-49 years) with cancer (current or past) and examined psychological interventions or trainings aiming to enhance resilience or resilience-related concepts (e.g., mental health, or social support). Studies needed to include a control group (e.g., attention/ active/ wait-list or treatment as usual or no intervention). Interventions or trainings were defined as individual- or group based, online or face to face-interventions or trainings, which – irrespective of content, duration, setting or delivery mode – focused on (outcome) fostering mental health or resilience or the related concepts of posttraumatic growth (PTG) by strengthening well-evidenced resilience factors that are thought to be modifiable by training (i.e., self-efficacy, optimism, active coping, social support,

cognitive flexibility, religiosity or spirituality, positive emotions, hardiness, self-esteem, coherence and/or sense in life). We included broader, health-promoting interventions (e.g., well-being therapy) providing that they focused on mental health resp. resilience, and that they addressed any of the resilience factors described above. Only peer-reviewed articles written in English or German were included. If registered studies or study protocols met the eligibility criteria, attempts were made to contact the authors to request the study data. We also included studies with a wider age range than relevant to this systematic review, when we were able to obtain data on the subgroup of AYAC (age range: 18-49 years) by contacting the primary study authors. If a study design tested different interventions or control conditions against each other (e.g., a three-arm study design with two intervention conditions and a control group or vice versa,)), the study arms that met the inclusion criteria were included.

3.3.3. Study selection and data extraction

Following de-publication, titles and abstracts were screened by two independent reviewers using Covidence. Interrater reliability was moderate to substantial at title/abstract level (Cohen's $kappa=.65$) and full-text level ($kappa=.47$) (Landis & Koch, 1977). Covidence (<https://www.covidence.org/>) was used for data extraction. For each eligible study, two authors (LH, FK, SP, JB) independently extracted study characteristics, data needed to calculate effect estimates as well as data for quality appraisal in duplicate. We extracted information on study and sample characteristics (e.g., country setting, contact information, mean age, inclusion criteria) as well as study design (RCT or protocol). Additionally, data – especially on mental distress (anxiety, depression, psychological distress, and stress symptoms) and positive mental health (QoL, mindfulness and (active) coping) outcomes – were extracted for intervention and control groups at all available time points. In case respective data for effect size calculation were not provided, we computed Hedges' g from alternative statistics (e.g., t test). At all stages, disagreements between raters were resolved by discussion or by consultation with a third reviewer.

3.3.4. Quality appraisal

Risk of bias. Two team members assessed the study quality of included studies as indicator of risk of bias using the revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials (ROB-2; Sterne et al., 2019). The tool assessed the following bias domains: i) randomization process, ii) deviations from intended interventions, iii) missing outcome data, iv) outcome measurement,

and v) selection of reported results. Ratings were performed for single domains, and the overall risk of bias was assessed at study and outcome level. Judgements could be “low” or “high” risk of bias or express “some concerns”. All disagreements were resolved through discussion or by consulting a third reviewer.

Reporting bias. We examined a potential publication bias using visual inspections of contour-enhanced funnel plots (Palmer, Sutton, Peters, & Moreno, 2008) and statistically by approximating rank correlation tests (Begg & Mazumdar, 1994), which are available for multilevel models by including sampling error as moderator in the main analyses. In case of a significant moderator effect, a potential publication bias could be assumed.

3.3.5. Data synthesis

Studies were summarized narratively and in tabular form. Meta-analyses were performed if more than three effect estimates were available per outcome (Cheung & Vijayakumar, 2016). Outcomes were grouped into the broader categories of mental distress (i.e., anxiety symptoms, depressive symptoms, general mental distress, perceived stress), and positive mental health including psychological resources (i.e., coping, mindfulness, QoL or wellbeing).

Main analysis. Meta-analyses for quantitative synthesis were performed using *R* version 4.2.2 (R Core Team, 2022) and the *metafor* package (Viechtbauer, 2010). All analyses used random-effects models and maximum likelihood estimations. We performed pairwise meta-analyses comparing outcomes between intervention and control groups at post-intervention (post) and follow-up assessments (FU; all measurement timepoints were accepted). Standardized mean differences (SMDs, Hedges’ *g*) were used as effect estimates and their 95% confidence intervals (CIs) as indicator of significance. SMDs were calculated based on means (*Ms*) and standard deviations (*SDs*), with positive SMDs indicating higher scores in the control group compared to the intervention group. For the main analyses, we used multilevel meta-analysis for mental distress and positive mental health. Models nested effect estimates within studies and outcome types (Assink & Wibbelink, 2016) and thus allowed for correlations of effect estimates coming from the same study as well as for associations of effect estimates assessing the same outcome (e.g., depressive symptoms) in different studies. Cluster robust estimates were used to account for non-independence of effect estimates. Additional analyses used a traditional meta-analytical approach to examine effects on specific outcome types (e.g., anxiety symptoms).

Heterogeneity. Statistical heterogeneity was assessed by means of Cochran's Q statistic (Hoaglin, 2016), with a significant Q test indicating the presence of heterogeneity. To assess the degree of heterogeneity, we assessed I^2 statistics (range: 0–100%; considerable heterogeneity: $\geq 75\%$), which was estimates for between-study and between-outcome differences (Deeks, Higgins, Altman, & Group, 2019).

Moderators. Due to moderate to considerable heterogeneity, we performed moderator analyses by means of meta-regression and subgroup analyses. We used Q_M tests as omnibus moderation test, with significant test statistics indicating the presence of a moderator effect. Specifically, we examined whether intervention effects depended on sample characteristics (i.e., patients mean age, gender (in)balances, relationship status, treatment status, e.g., in or after treatment) and intervention characteristics (i.e., intervention duration, theoretical foundation, setting, delivery mode).

Sensitivity analyses. We examined whether study quality impacted on our results by limiting our analyses to “low” risk of bias studies. Moreover, we examined whether effect estimates at FU depended on FU length.

3.4. Results

3.4.1. Study selection

Databases yielded 2,238 records, an additional 39 records were identified in other sources (see **Figure 4**). 218 were removed as duplicates. Of the remaining 2,020 records at title/abstract level, 189 were assessed at full-text level. Of these, 13 studies were eligible for qualitative and quantitative synthesis.

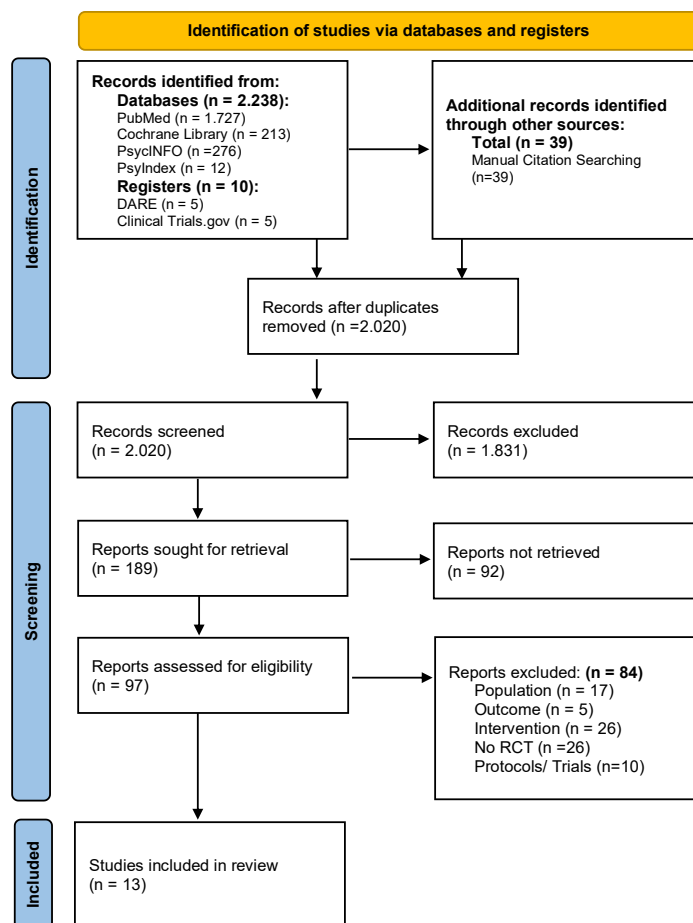


Figure 4. Selection process flowchart (Page et al., 2021).

3.4.2. Characteristics of included studies

Table S2 in the supplement presents the characteristics of the 13 included studies (from 14 reports) which were published between 2013 and 2020. Only three studies (Aubin et al., 2019; Berg et al., 2019; Victorson et al., 2020) investigated initially the age range between 18 and 49 years, all other studies only subdata (marked with an asterisk (*)) in tale S2). Table S2 also gives

an overview over the assessed constructs and **outcome measures** used in the different studies (e.g. depression or QoL).

Sample sizes varied from 6 to 157: seven studies had higher sample sizes ranging from 56 to 157 (Aubin et al., 2019; Berg et al., 2019; Børøsdund et al., 2020; Bredal et al., 2014; Jensen-Johansen et al., 2013; Northouse et al., 2013; Victorson et al., 2020), six (seven reports) lower sample sizes, ranging between 8 to 40 participants (Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Ho et al., 2017; Körner, Roberts, Steele, Brosseau, & Rosberger, 2019; Rosenberg et al., 2018; Sansom-Daly et al., 2021; Steineck et al., 2019; Toussaint, Barry, Bornfriend, & Markman, 2014). The mean age ranged between 21 and 47 years: four studies investigated AYAC between 21 and 33 years (Aubin et al., 2019; Berg et al., 2019; Sansom-Daly et al., 2021; Victorson et al., 2020), six studies focused on older patients between 40 and 47 years (Børøsdund et al., 2020; Bredal et al., 2014; Ho et al., 2017; Jensen-Johansen et al., 2013; Körner et al., 2019; Northouse et al., 2013). For two studies (three reports) no mean age was given (Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019; Toussaint et al., 2014).

Regrading **gender distribution**, mostly women were included: in Sansom-Daly et al. (2021) the sex ratio was approximately 1 to 1, in six other studies approximately 1 to 3 (Aubin et al., 2019; Berg et al., 2019; Ho et al., 2017; Körner et al., 2019; Northouse et al., 2013). Only women were examined in two studies (Bredal et al., 2014; Jensen-Johansen et al., 2013). No indication of gender distribution was given in four studies (five reports; Børøsdund et al., 2020; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019; Toussaint et al., 2014).

32% of the examined patients were **diagnosed with** breast cancer, making it the most prevalent type. Gastrointestinal cancer accounted for 12.5%, followed by gynecological cancer (6.1%), brain tumors (5,26%), sarcomas (4,99%), and unspecified lymphomas (4,71 %), Hodgkin's lymphomas and testicular cancer (3,88% each), skin cancer (3,32%), non-Hodgkin's lymphomas (2,49%), and thyroid cancer (1,94%). Additionally, 18,84% of the cases were categorized as "other cancers," and not further defined. These results are also shown in table S2 (in the supplement).

Most of the included studies survey three **measurement time points**: baseline (T₀), post (T₁), and FU(T₂) (seven studies; Aubin et al., 2019; Berg et al., 2019; Børøsdund et al., 2020; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Körner et al., 2019; Northouse et al., 2013; Victorson et al., 2020). For five studies only two measurement time points (T₀ and T₁) were available (six

reports; Bredal et al., 2014; Jensen-Johansen et al., 2013; Rosenberg et al., 2018; Sansom-Daly et al., 2021; Steineck et al., 2019; Toussaint et al., 2014). Ho et al. (2017) examined four measurement time points (T_0 , mid-intervention measurement, T_1 , T_2). With regard to the time of measurement, we differentiated between data obtained close to diagnosis (=currently or recently in cancer treatment; six studies (seven reports); Børø Sund et al., 2020; Bredal et al., 2014; Jensen-Johansen et al., 2013; Northouse et al., 2013; Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019; Toussaint et al., 2014), after completion of treatment (= 0,5- 5 years; three studies; Berg et al., 2019; Ho et al., 2017; Sansom-Daly et al., 2021), and not exact defined (four studies; Aubin et al., 2019; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Körner et al., 2019; Victorson et al., 2020)

Only randomized *controlled trials* (RCTs) were examined. Regarding the control condition, treatment as usual (TAU) was used in six studies (seven reports; Aubin et al., 2019; Børø Sund et al., 2020; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Körner et al., 2019; Northouse et al., 2013; Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019), waiting list in three studies (Ho et al., 2017; Sansom-Daly et al., 2021; Victorson et al., 2020) and in one third of the studies an active control (Berg et al., 2019; Bredal et al., 2014; Jensen-Johansen et al., 2013; Toussaint et al., 2014).

The included studies were based on different *theoretical foundations*: mixed methods of CBT and newer practices (mindfulness and problem-solving training) occurred in five studies, one each was exclusively based on CBT (Northouse et al., 2013) resp. psychoanalysis (Jensen-Johansen et al., 2013), two used methods from Positive Psychology (Berg et al., 2019; Toussaint et al., 2014) and one (Ho et al., 2017) examined a mindfulness-based Intervention. In addition, two standardized programs, the Cognitively-Based Compassion Training (CBCT; Gonzalez-Hernandez et al., 2018) and the Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention (MBSR; Victorson et al., 2020), were included.

The *intervention duration and intensity* also differed significantly from one day (Toussaint et al., 2014) to 3 to 6 weeks (six studies (seven reports); Aubin et al., 2019; one study; Bredal et al., 2014; Jensen-Johansen et al., 2013; Körner et al., 2019; Rosenberg et al., 2018; Sansom-Daly et al., 2021; Steineck et al., 2019), 8 to 10 weeks (five studies; Berg et al., 2019; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Ho et al., 2017; Northouse et al., 2013; Victorson et al., 2020) up to 3 months (one study; Børø Sund et al., 2020). The intervention's intensity ranged between one 90 minutes session (Toussaint et al., 2014) and 2.5 hours weekly (Victorson et al., 2020).

Most of the studies were conducted in individual *settings* (eight reports; Aubin et al., 2019; Berg et al., 2019; Børøsdund et al., 2020; Jensen-Johansen et al., 2013; Körner et al., 2019; Northouse et al., 2013; Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019), fewer in a group setting (six studies; Bredal et al., 2014; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Ho et al., 2017; Sansom-Daly et al., 2021; Toussaint et al., 2014; Victorson et al., 2020). While face-to-face (FTF) was the primary delivery modus (eleven reports; Aubin et al., 2019; Børøsdund et al., 2020; Bredal et al., 2014; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Ho et al., 2017; Jensen-Johansen et al., 2013; Northouse et al., 2013; Rosenberg et al., 2018; Sansom-Daly et al., 2021; Steineck et al., 2019; Victorson et al., 2020), five studies also used self-education with workbooks (three studies; Körner et al., 2019; Sansom-Daly et al., 2021; Toussaint et al., 2014) or an app module (two studies; Berg et al., 2019; Børøsdund et al., 2020).

Regarding the *treatment stage*, in just about half of the studies, interventions were performed close to the time of diagnosis (seven reports; Børøsdund et al., 2020; Bredal et al., 2014; Jensen-Johansen et al., 2013; Northouse et al., 2013; Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019; Toussaint et al., 2014). Three studies took place after treatment (Berg et al., 2019; Ho et al., 2017; Sansom-Daly et al., 2021). In four studies, there was no precise information on the stage of treatment (Aubin et al., 2019; Gonzalez-Hernandez et al., 2018; Körner et al., 2019; Victorson et al., 2020).

3.4.3. Quality appraisal

Risk of bias. Overall, risk of bias was moderate to high for both post and FU assessments (see figure S2 in the supplement). Risk of bias mostly derived from outcome measurement and missing outcome data at both timepoints.

Publication bias. For *mental distress*, standard errors were not associated with effect sizes at post, $Q_M(1, 17)=1.01, p=.330$, and FU assessment, $Q_M(1, 21)=0.20, p=.660$. Also, visual inspections of the contour-enhanced funnel plots provided no evidence for a publication bias (see figure S3 a. and b. in the supplement). The same applied to *positive mental health* indicators, where neither the approximated rank correlation test at post, $Q_M(1, 11)=1.38, p=.265$, and FU assessments, $Q_M(1, 11)=3.35, p=.094$, nor the funnel plots provided evidence for a publication bias. Thus, our findings are unlikely to be impacted by a publication bias.

3.4.4. Main findings

We performed meta-analyses on *mental distress* and *positive mental health* outcomes at post and FU assessment (see Table 5 and Figure 5 a and b).

Post-intervention

Mental distress outcome. Eight studies (comprising 19 effect estimates from 541 participants) could be included in the analysis on mental distress at post assessments (see Figure 5 a). There was no evidence for a favorable effect of resilience-promoting interventions over control conditions, $SMD=0.11$, 95% CI [-0.05, 0.27], $p=.152$. We found no evidence for substantial heterogeneity, $Q(18)=11.59$, $p=.868$; $I^2_{SO}\leq 16$. The remaining small amount of heterogeneity derived from between-study differences (16.0%), while between-outcome differences were of minor relevance. Similarly, on single symptom level (i.e., anxiety, depression, mental distress, stress), no evidence emerged for a favorable intervention effect, but the number of included studies were low (range: 3-7 per category).

Positive mental health outcome. Seven studies (comprising 13 effect estimates from 423 participants) could be included in the analysis at post assessments (see Figure 6 a). There was no evidence for a favorable effect of resilience-promoting interventions over control conditions, $SMD=-0.02$, 95% CI [-1.14, 1.10], $p=.931$. In this analyses, we found evidence for relevant heterogeneity, $Q(12)=25.40$, $p=.013$, which mainly derived from between-study differences (50.5%), while between-outcome differences (16.0%) were smaller. Regarding the sub-categories of positive mental health (i.e., coping, mindfulness, QoL), there was no evidence of favorable intervention effects by again compromised number of included studies (range: 3-7 per category).

Follow-up assessment

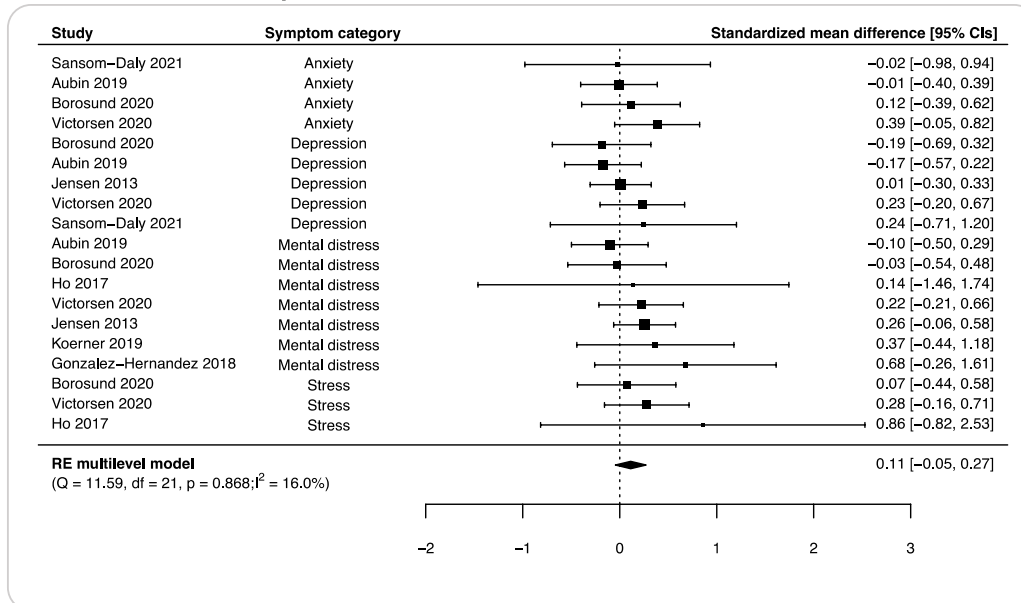
Mental distress. At FU assessments, ten studies examined mental distress (comprising 23 effect estimates from 655 participants; see Figure 5 b). Again, there was no evidence for a favorable effect of resilience-promoting interventions over control conditions, $SMD=0.06$, 95% CI [-0.05, 0.18], $p=.165$, with no evidence for relevant heterogeneity, $Q(22)=15.82$, $p=.825$. The small amount of residual heterogeneity was accounted for by between-study differences (2.0%). On single symptom level, there was also no evidence for favorable intervention effects (range number of studies: 3-7 per category).

Positive mental health. At FU assessments, eight studies assessed positive mental health outcomes (comprising 14 effect estimates from 448 participants; see Figure 6 b). Again, there was no evidence for a favorable effect of resilience-promoting interventions over control conditions, $SMD=-0.11$, 95% CI $[-0.32, 0.09]$, $p=.264$, with no evidence for relevant heterogeneity, $Q(13)=17.28$, $p=.187$. The residual heterogeneity was likely irrelevant (3.3%). Regarding specific resources, we also found no evidence for favorable intervention effects (range number of studies: 3-8 per category).

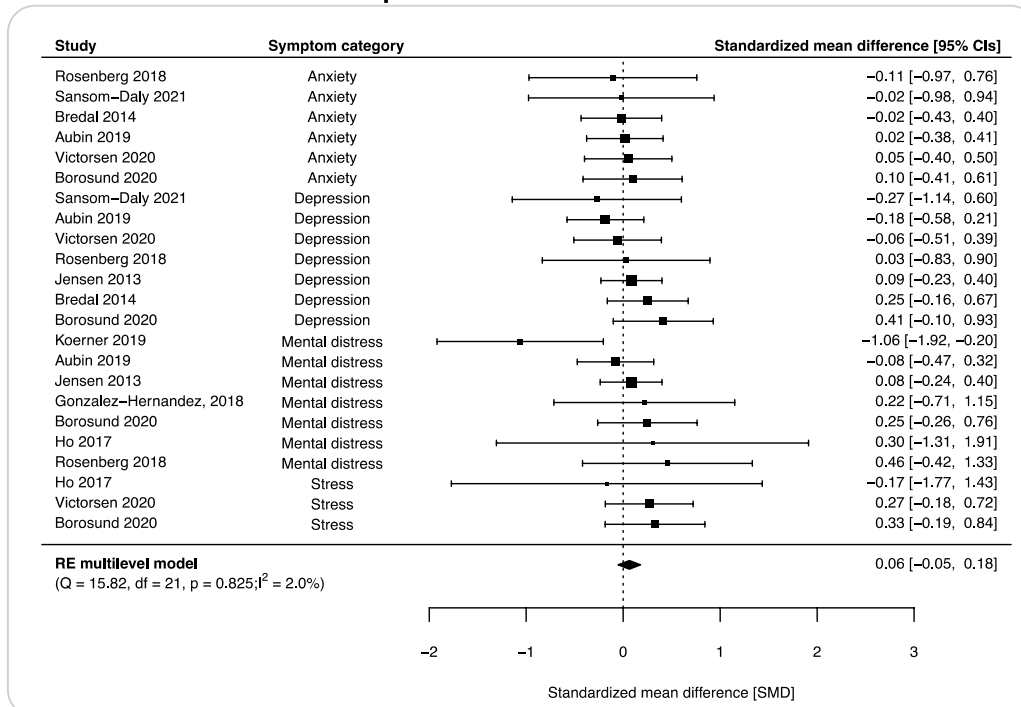
3. Systematisches Review

Figure 5. Forest plots on mental distress for post-intervention and follow-up assessments

a. Mental distress at post-intervention



b. Mental distress at follow-up

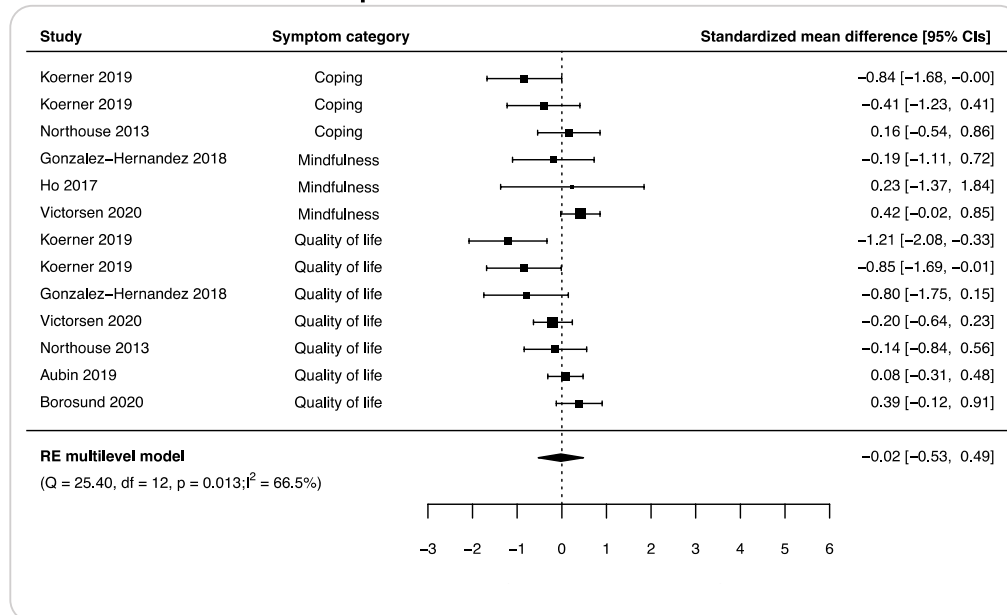


Note. Forest plots of the multilevel meta-analyses on mental distress at post-intervention (a.) and follow-up assessments (b.). Positive effect size estimates indicate an effect favoring resilience-promoting interventions over control conditions. CI=confidence interval; df=degree of freedom; I²=heterogeneity index in percentage (range: 0–100%); Q=Cochran's *Q* statistic with *p* value.

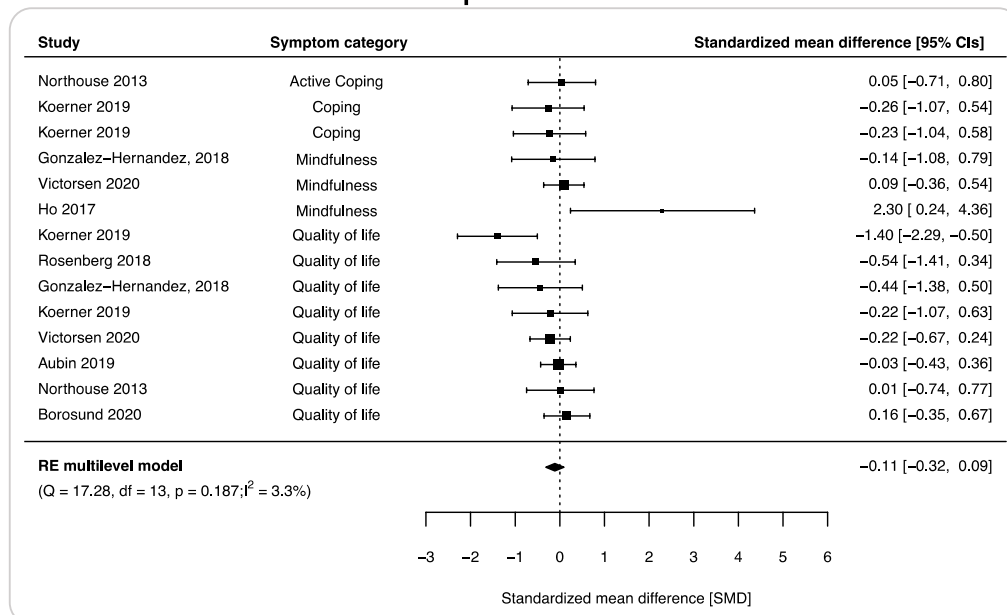
3. Systematisches Review

Figure 6. Forest plots on positive mental health for post-intervention and follow-up assessments

a. Positive mental health at post-intervention



b. Positive mental health at follow-up



Note. Forest plots of the multilevel meta-analyses on positive mental health outcomes at post-intervention (a.) and follow-up assessments (b.). Negative effect size estimates indicate an effect favoring resilience-promoting interventions over control conditions. CI=confidence interval; df=degree of freedom; I²=heterogeneity index in percentage (range: 0–100%); Q=Cochran's *Q* statistic with *p* value.

3. Systematisches Review

Table 5. Results of the meta-analyses on mental distress and positive mental health outcomes

Analysis	<i>n</i>	<i>k</i>	<i>SMD</i>	Confidence interval		Prediction interval		<i>p</i>	<i>Q</i>	<i>df</i>	<i>p(Q)</i>	<i>I</i> ² (<i>I</i> ² _s , <i>I</i> ² _o)
				95% _o	95% _u	95% _o	95% _u					
Post-intervention												
Mental distress												
Overall	8	19	0.11	−0.05	0.27	−0.17	0.39	.152	11.59	18	.868	16.0 (16.0, 0)
Anxiety symptoms	4	4	0.14	−0.10	0.39	–	–	.252	1.87	3	.601	0.0
Depressive symptoms	5	5	−0.01	−0.20	0.18	–	–	.929	2.60	4	.627	0.0
Psychological distress	7	7	0.15	−0.04	0.34	–	–	.114	4.07	6	.667	0.0
Stress symptoms	3	3	0.22	−0.11	0.54	–	–	.193	0.96	2	.620	0.0
Positive mental health												
Overall	7	13	−0.02	−0.53	0.49	–	–	.931	25.40	12	.013	66.5 (50.5, 15.9)
Coping	3	3	−0.33	−0.91	0.26	–	–	.272	3.31	2	.191	40.2
Mindfulness	3	3	0.29	−0.12	0.70	–	–	.501	1.38	2	.501	73.2
Quality of life	7	7	−0.28	−0.69	0.11	–	–	.161	15.74	6	.015	66.4
Follow-up intervention												
Mental distress												
Overall	10	23	0.06	−0.05	0.18	−0.08	0.20	.265	15.82	22	.825	2.0 (2.0, 0)
Anxiety symptoms	6	6	0.02	−0.19	0.23	–	–	.851	0.23	5	.999	0.0
Depressive symptoms	7	7	0.06	−0.11	0.24	–	–	.476	4.92	6	.554	0.0
Psychological distress	7	7	0.03	−0.17	0.23	–	–	.761	8.51	6	.203	0.0
Stress symptoms	3	3	0.28	−0.06	0.61	–	–	.105	0.36	2	.845	0.0
Positive mental health												
Overall	8	14	−0.11	−0.32	0.09	−0.36	0.14	.264	17.28	13	.187	3.2 (2.3, 1.0)
Coping	3	3	−0.25	−0.82	0.32	–	–	.395	0.00	1	.956	0.0
Mindfulness	3	3	0.13	−0.27	0.53	–	–	.524	4.62	2	.100	0.0
Quality of life	8	8	−0.21	−0.46	0.05	–	–	.109	10.51	7	.162	21.6

Note. The multilevel meta-analysis on mental distress included data on anxiety symptoms, depressive symptoms, psychological distress, and stress symptoms. The multilevel meta-analysis on positive mental health outcomes included data on coping, mindfulness, and quality of life. Outcomes were only included in the multilevel model if three or more effect estimates were available per outcome. For all outcomes, Standardized mean differences (*SMD*) were calculated in a way that positive values indicate increases in the respective outcome. *df*=degrees of freedom; *I*²=heterogeneity

3. Systematisches Review

index in percentage (range: 0–100%); I^2_s =heterogeneity accounted for by between-study differences; I^2_o =heterogeneity accounted for by between-outcome differences; k =number of effect estimates; n =number of studies; Q =Cochran's Q statistic with p value; SMD =standardized mean difference; $95\%_l$ =lower boundary of the 95% confidence/prediction interval; $95\%_u$ =upper boundary of the 95% confidence/prediction interval. Berg et al. (2019)'s study results could only be included narratively.

3.4.5. Moderators

We examined moderators – sample characteristics (i.e., patients mean age, gender (in)balances, relationship status, treatment status) and intervention characteristics (i.e., intervention duration, theoretical foundation, setting, delivery mode) – for intervention effects on *mental distress* and *positive mental health* outcome at post and FU assessment (see table Table 6).

Post-intervention

For *mental distress*, there was only evidence for a moderator effect of intervention setting, $Q_M(1,17)=4.73$, $p=.044$, with interventions in group settings showing favorable effects, $SMD=0.29$, 95% CI [0.07, 0.50], $p=.012$, while no evidence emerged for individual settings, $SMD=0.02$, 95% CI [-0.12, 0.17], $p=.748$.

For *positive mental health*, there were no significant moderator effects, only relationship and treatment status showed trends ($p<.10$) towards larger intervention effects in those being in a relationship and those currently receiving treatment.

Follow-up

At FU assessments, we found a significant moderator effect of relationship status for *mental distress* outcomes, with interventions being more effective in samples with more patients being in a relationship, $Q_M(1,13)=5.19$, $p=.040$. However, this finding was largely driven by one study (Körner et al., 2019) reporting a small effect estimate and a low number of patients being in a relationship. There were no significant moderator effects for treatment status and delivery mode, but with trends towards larger favorable effects when more patients were still in treatment and for face-to-face compared to other delivery modes.

For *positive mental health outcomes*, no moderator effects were found.

3.4.6. Primary studies

For several outcomes, pooled estimates could not be calculated due to a lack of available studies. The results of the single studies are shown in table S3 in the supplement.

Post-intervention

At post there was evidence for large favorable effects of higher *sexual esteem* (SMD=5.78, CI 95% [1.80, 9.76]; Aubin et al., 2019), *self-forgiving feelings* (SMD=0.96, CI 95% [0.07, 1.85]; Toussaint et al., 2014) and *actions and self-forgiving beliefs* (SMD=0.80, CI 95% [0.02, 1.58]; Toussaint et al., 2014) as well as lower *sexual depression* (SMD=-7.11, CI 95% [-11.17, -3.05]; Aubin et al., 2019). *Social support* (Northouse et al., 2013) was, on average, 0.62 standard deviations higher (0.16 to 1.08 higher), which represents a moderate effect size. There was no evidence for a favorable effect of *hope* (Berg et al., 2019), *self-compassion* (Gonzalez-Hernandez et al., 2018), *positive affect* (Ho et al., 2017), *self-efficacy* (Aubin et al., 2019; Northouse et al., 2013), *posttraumatic-growth* (Victorson et al., 2020), *sense of purpose* (Sansom-Daly et al., 2021), and *self-acceptance* (Toussaint et al., 2014) as well as *self-improvement* (Toussaint et al., 2014) at post.

Follow-up

At FU there was evidence for large favorable effects of higher *resilience* (after six months, SMD=7.00, CI 95% [2.50, 11.50]; Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019), *sexual esteem* (after 18 weeks, SMD=5.64; CI 95% [1.60, 9.68]; Aubin et al., 2019), as well as lower *sexual depression* (after 16 weeks, SMD=-6.27, CI 95% [-10.49, -2.05]; Aubin et al., 2019). *Posttraumatic-growth* improved with a moderate effect size (after 16 weeks, SMD=0.59 CI 95% [0.09, 1.09]; Victorson et al., 2020). There was no evidence for a favorable effect of *hope* (Berg et al., 2019), *positive attitude* (Bredal et al., 2014), *self-compassion* (Gonzalez-Hernandez et al., 2018), *positive affect* (Ho et al., 2017), *social support* (Northouse et al., 2013), *self-efficacy* (Aubin et al., 2019; Northouse et al., 2013)).

3.4.7. Sensitivity analyses

Risk of bias. Analyses limiting included effect estimates to those studies with ‘low risk of bias’ are presented in table S4 the risk of bias for included effect estimates in table S5 (in the supplement). Most analyses replicated the results of our main analyses finding no effects of resilience-promoting interventions on mental distress and positive mental health. However, when limiting studies to those with ‘low risk of bias’ resulting from problems in the randomization process, intervention effects were significantly unfavorable at post assessment for positive mental health outcomes, SMD=-0.63, 95% CI [-1.20, -0.07], $p=.033$. When we solely examined studies with low risk of bias for the domain ‘deviation from intended intervention’, effects on mental distress were favorable at post assessment, SMD=0.22, 95% CI [0.05, 0.39], $p=.017$. Results of these

3. Systematisches Review

analyses are limited by a small number of included effect estimates, however, the divergent findings point to a potential substantial impact of low study quality on our finding.

Follow-up duration. The duration of the FU period was unrelated to effect estimates for both outcomes categories, $p \geq .124$

3. Systematisches Review

Table 6. Moderator and sensitivity analyses

Moderator (levels)	Post-intervention				Follow-up			
	Mental distress		Positive mental health		Mental distress		Positive mental health	
	<i>n/k</i>	Q _M -test (df), <i>p</i>	<i>n/k</i>	Q _M -test (df), <i>p</i>	<i>n/k</i>	Q _M -test (df), <i>p</i>	<i>n/k</i>	Q _M -test (df), <i>p</i>
Age	7/18	Q _M (1,16)=0.08, <i>p</i> =.776	6/11	Q _M (1,9)=0.05, <i>p</i> =.833	8/19	Q _M (1,17)=2.08, <i>p</i> =.167	6/11	Q _M (1,9)=0.25, <i>p</i> =.628
Gender	7/17	Q _M (1,15)=0.06, <i>p</i> =.804	6/12	Q _M (1,19)=0.07, <i>p</i> =.791	8/18	Q _M (1,16)=2.16, <i>p</i> =.161	6/12	Q _M (1,10)=0.00, <i>p</i> =.965
Relationship status	5/14	Q _M (1,12)=2.28, <i>p</i> =.157	5/10	Q _M (1,8)=4.39, <i>p</i> =.070†	6/15	Q _M (1,13)=5.19, <i>p</i> =.040*	5/10	Q _M (1,8)=2.14, <i>p</i> =.181
Treatment status (% in treatment)	4/10	Q _M (1,8)=0.06, <i>p</i> =.814	4/8	Q _M (1,6)=3.93, <i>p</i> =.095†	5/12	Q _M (1,10)=4.25, <i>p</i> =.066†	4/8	Q _M (1,6)=3.52, <i>p</i> =.110
Intervention duration (in weeks)	8/19	Q _M (1,17)=0.06, <i>p</i> =.811	7/13	Q _M (1,11)=0.63, <i>p</i> =.443	10/23	Q _M (1,21)=2.74, <i>p</i> =.113	8/14	Q _M (1,12)=1.24, <i>p</i> =.286
Intervention intensity (in min)	6/14	Q _M (1,12)=0.15, <i>p</i> =.168	5/8	Q _M (1,6)=0.43, <i>p</i> =.537	8/18	Q _M (1,16)=0.25, <i>p</i> =.627	6/9	Q _M (1,7)=0.05, <i>p</i> =.830
Intervention setting	8/19	Q _M (1,17)=4.73, <i>p</i> =.044*	7/13	Q _M (1,11)=0.15, <i>p</i> =.710	10/23	Q _M (1,21)=0.06, <i>p</i> =.814	8/14	Q _M (1,12)=0.15, <i>p</i> =.701
Delivery mode (FtF vs. other)	7/13	Q _M (1,14)=1.81, <i>p</i> =.200	5/10	Q _M (1,8)=0.01, <i>p</i> =.938	8/16	Q _M (1,14)=4.57, <i>p</i> =.051†	5/10	Q _M (1,8)=1.84, <i>p</i> =.212
Theoretical foundation	7/17	Q _M (1,17)=3.81, <i>p</i> =.997	7/13	Q _M (2,10)=0.20, <i>p</i> =.822	9/21	Q _M (2,18)=0.21, <i>p</i> =.809	8/14	Q _M (2,11)=0.22, <i>p</i> =.804
Type of control group	8/19	Q _M (1,17)=0.00, <i>p</i> =.950	–	–	10/23	Q _M (1,21)=0.17, <i>p</i> =.685	–	–
Follow-up duration	–	–	–	–	10/23	Q _M (1,21)=1.06, <i>p</i> =.314	8/14	Q _M (1,12)=2.74, <i>p</i> =.124

Note. Q_M(df)=test for moderators, which follows approximately a χ^2 distribution (with associated degrees of freedom); *k*=number of effect estimates; SMD=standardized mean difference; *p*=*p* value; 95% CI=95% confidence interval; FtF: face-to-face; **p* < .050; † *p* < .10.

3.5. Discussion

This article is the first systematic review of interventions to promote resilience and mental health/distress in the population of AYAC. The systematic literature search identified 13 eligible studies for qualitative and quantitative synthesis. Overall, we found no evidence of favorable intervention effects on mental distress and positive mental health over control conditions, neither at post nor FU assessments. Only intervention setting (fostering reduction of mental distress in group settings) at post and relationship status (fostering positive mental health in patients being in a relationship) at FU could be identified as significant moderators. Although our analyses provided no evidence for a publication bias, the included studies were at moderate to high risks of bias. Due to this and the restrained number of included studies in our analyses, study results have to be interpreted with caution. In the following, we will discuss our findings in more detail.

3.5.1. Potential moderators

Overall, meta-analyses provided no evidence for favorable effects of resilience promoting interventions over control conditions. This result was consistently found across negative and positive mental health outcomes and timepoints with mostly moderate heterogeneity. Given that other studies found favorable effects of resilience interventions for individuals affected by cancer (Min et al., 2013; Seiler & Jenewein, 2019; Sihvola et al., 2022), it is important to examine which factors may have accounted for the lack of intervention effects identified by our analyses.

First of all, the studies we could include in the review were limited in number and quality, especially regarding outcome measurements and missing outcome data (see RoB). Additionally, the operationalization of the *primary outcomes* was highly ambiguous across studies. Different questionnaires were used for the respective constructs, and different variables were also recorded in the studies. The fact that only one primary study examined the construct of resilience as an outcome explicitly with a validated questionnaire (Connor-Davidson Resilience Scale; one study (two references): Rosenberg et al., 2018; Steineck et al., 2019) highlights the lacking of proper study designs and outcome assessments (A Chmitorz et al., 2018). Our findings indicate that certain outcomes showed favorable effects in individual studies. Therefore, our results do not represent a general evaluation of the individual programs as ineffective. At post, there was evidence for large favorable effects on self-forgiving feelings and actions, self-forgiving beliefs, and resilience. However, no evidence was found for favorable effects on hope

(FU), self-compassion (FU), self-improvement (post and FU), positive attitude (FU), positive affect (FU), self-efficacy (FU), social support (FU), sense of purpose (FU), and self-acceptance (post and FU). It can be assumed that positively influencing outcomes in cancer patients such as hope, self-efficacy or self-acceptance may require more intensive interventions in terms of time and intensity. This assumption is supported, for example, by the study findings of Magrath et al. (2021) or Llewellyn et al. (2013), which suggest that a cancer diagnosis represents a profound change in a person's life and their future plans. This may involve the need for psychotherapy or other forms of psychological support that go beyond low-intensity resilience- or mental health-promoting programs. Studies that include the concept of Stepped Care – the stepped intensity and nature of interventions according to an individual's needs and progress – may be relevant in this context (Pradhan, Sharpe, & Menzies, 2021).

In addition, only three studies (out of the 13 included) examined specifically the population of AYAC. Two of these primary studies showed significant and positive effects on posttraumatic growth (MBSR; moderate effect at follow-up; Victorson et al., 2020), sexual esteem (Toolbox; large effects at post-intervention and follow up; Aubin et al., 2019), and sexual depression (large effects at postintervention and follow-up; Aubin et al., 2019), while in the third app-based psychoeducational study no significant differences were found (AWAKE; Berg et al., 2019). Both effective interventions were based on the theoretical framework of Cognitive Behavioral Therapy (CBT), incorporating additional components such as stress management, problem-solving training or from third wave therapies like mindfulness-based practices or Acceptance and Commitment Therapy (ACT). As other reviews also have shown (A Chmitorz et al., 2018; Kunzler, Helmreich, Chmitorz, et al., 2020; Ludolph et al., 2019), third wave approaches seem to have beneficial effects on resilience and mental health. Studies in adult cancer patients have already proven that MBSR based interventions alleviate symptoms of depression and anxiety and improve QoL with moderate to large effect sizes (Van der Gucht et al., 2017; Zainal, Booth, & Huppert, 2013). MBSR interventions are often delivered according to a structured curriculum that includes specific skills such as becoming aware of thoughts, feelings, and sensations in a nonjudgmental way; replacing automatic, habitual, and often judgmental responses with more deliberate and skillful responses; and disrupting negative thought patterns and promoting mindfulness and self-compassion (Kabat-Zinn & Hanh, 2009). The effective intervention (Victorson et al., 2020) was not specifically tailored to the unique needs of AYAC, but was based on MBSR. In contrast, the Toolbox intervention (Aubin et al., 2019) was specifically tailored to the target group based on a systematic literature review on effective resilience

intervention components and comprised the following elements to promote coping and activate resources: 1) problems and challenges with cancer, 2) social and family relationships, and 3) couple and sexual relationships. Other studies (Neylon, Condren, Guerin, & Looney, 2023; Seiler & Jenewein, 2019) have shown, that tailoring interventions to the specific needs of AYACs might be beneficial in achieving favorable outcomes. In addition, Savioni, Triberti, Durosini, Sebri, and Pravettoni (2022) underlined in their scoping review which investigated the favorable conditions under which cancer patients engage in interventions the importance of understanding and proactively addressing the specific needs of the target group. This contributes significantly to reduce the risk of drop-outs or low adherence. This highlights the importance of active patient participation in the intervention development.

Our review identified some important effect moderators in the target group. Half of the studies were conducted in group settings and showed positive effects on mental distress immediately after the intervention. It is conceivable that individuals in groups experienced *social support* during the intervention (such as the knowledge of not being alone with one's problems and feelings; Hogan, Linden, & Najarian, 2002). Social support is considered one of the most important resilience factors for individuals affected by cancer (Duan-Porter et al., 2016; Llewellyn et al., 2013; Salazar, Dino, & Macindo, 2023; Seiler & Jenewein, 2019; Somasundaram & Devamani, 2016). This ties in with additional findings that underline the key role of social support and social connectedness: there were more favorable intervention effects among those in relationships for positive mental health ($p < .10$ at post) and for reducing mental distress (significant at FU assessment). Many affected individuals report experiencing a "void" after treatment (R. S. Fox et al., 2023; Kelada et al., 2019; Sadighi et al., 2014). One may assume that initially, the interaction with individuals affected by cancer is helpful, by sharing such experiences and feelings, while on the long run, the value of pre-existing relationships may regain importance. During the treatment, the available resources provided by the healthcare professionals (e.g., doctor-patient conversations, discussions with fellow patients in the hospital, etc.) could also be perceived as social support (Salazar et al., 2023). For instance, in a primary study (Northouse et al., 2013), social support also improved with moderate effect size immediately after the intervention.

Ludolph et al. (2019) concluded in their review that resilience fostering interventions should be offered alongside somatic treatment as soon as the diagnosis is made. The fact that interventions delivered alongside somatic treatment showed a positive, although not significant, effect on

mental health improvement may support the notion that resilience and mental health promotion may need better timing to maximize effects. The studies analyzed here had a maximum duration of 8 weeks. The narrative review by Ludolph et al. (2019) on individuals with cancer suggests that a longer duration appears to be more effective. The fact that face-to-face interventions, which accounted for about two-thirds of the included interventions, also showed a positive trend in improving mental health (with more favorable effects for F2F delivery mode), may further support the important role of social support. Although more recent studies advocate for the cost-effective and resource-saving approach of digital health interventions (Ross et al., 2020; Syrjala et al., 2022), the results of our review suggest that F2F social support might play an important role in resilience promotion, especially for this target group. In line with other systematic reviews (e.g., McAlpine, Joubert, Martin-Sanchez, Merolli, & Drummond, 2015; Willems et al., 2020), future primary studies need to examine helpful and impeding factors of in-person group interventions versus digital interventions in the especially burdened group of cancer patients. Such studies may also examine how feelings of social connectedness and the perception of social support can be achieved by using digital interventions (Dewa et al., 2021). Additionally, many studies (Cain, Kohorn, Quinlan, Latimer, & Schwartz, 1986; Taylor, Falke, Shoptaw, & Lichtman, 1986; Winzelberg et al., 2003) have shown that support groups help people with cancer to better cope with detrimental mental health symptoms. However, studies comparing the effect of (online) peer-to-peer support groups with professional interventions are still missing (Ali, Farrer, Gulliver, & Griffiths, 2015).

3.5.2. Strengths and limitations

This review systematically addresses a particularly vulnerable and underresearched target group and is therefore the first study to summarize the existing knowledge on resilience and mental health promotion among AYAC. The systematic literature search was conducted in various databases, and the approach was preregistered. However, there are several limitations to this review, which arise from the number and quality of included primary studies as well as the methods of analyses applied. Although, the systematic literature search was conducted in a large number of databases, only 13 studies could be included, of which only three studies explicitly examined the age range between 18 and 49 years. As our analyses were based on a small number of samples, individual studies may have had a significant impact on our results and effects may have been overestimated. Therefore, there is a strong need for replication in future studies.

For the other studies, only partial data could be analyzed, resulting in small sample sizes ranging from 8 to 157 participants. In line with this, only about a quarter of the included studies were specifically tailored to the target population of AYAC. Among those studies included in this review, mean age was mostly ≥ 30 years, that is, conclusions on younger adults are limited, although age did not prove as a significant moderator. Furthermore, it is important to consider the gender distribution of the samples. In six studies, the sex ratio was approximately 1 to 3, in two more, only women were included, raising concerns about the transferability of the findings to the male gender. The gender distribution may also be the result of breast cancer patients being the largest study population in our primary studies, which is frequently the case in cancer studies (Mattiuzzi & Lippi, 2019). However, the gender imbalance found in our review sample may also suggest a selection bias, with more young women being willing to participate. Intervention characteristics such as theoretical approach, training intensity and duration, as well as different treatment phases, exhibited significant heterogeneity, so that further analyses were not possible. In addition, the quality of the included studies is compromised by a moderate to high risk of bias, which may have influenced and inflated our results.

In addition to these limitations of the primary studies included the methods of analysis we were able to use may have influenced our results. As the number of eligible studies and outcomes measured was limited, studies on different outcomes (anxiety, depression, etc.) had to be summarised for meta-analyses with multilevel models. In line with recommendations (Cuijpers, Weitz, Cristea, & Twisk, 2017), we refrained from analyzing pre-to-post changes in our meta-analyses, because data on pre-to-post correlations were unavailable for the included studies. Change scores may unintentionally correct flaws in randomization. However, this decision might account for discrepancies between our findings and those reported in primary studies.

3.5.3. Conclusions

Although our review does not provide robust evidence for favorable effects of resilience-promoting interventions in AYACs, we could identify some important moderators for intervention effects. Our findings point to a key role of social connectedness and social support in this population as interventions tended to be more effective in group-settings and among AYAC living in a relationship.

However, our analyses relied on a small number of samples, and primary studies are confounded with limitations in study design and outcome assessment. Only one study was

specifically designed to meet the demands of AYAC, and only one study explicitly measured resilience as an outcome.

Our findings highlight existing research gaps (e.g. on gender distribution, age range, resilience and mental health operationalization, intervention development and delivery) and may pave the way for future research in the field. Those studies will have to better understand the complex needs of AYAC and specifically address them in tailored interventions which also take into account the accompanying context of psycho-oncology treatment and the importance of active patient participation in the intervention development.

3.6. Conflict of Interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

3.7. Author Contributions

LH, and IH: conceptualization, methodology, validation. LH, FK, SE, JB, SL and SS: statistical analysis and data visualization. LH: investigation and writing of the original draft. IH, SS, and KL: project management, monitoring, and validation. LH, SS, and IH: writing - revised draft, monitoring, and validation. All authors contributed to the article and approved the submitted version.

4. Resilienzfördernder Workshop: Trainer:innen-Manual

4.1. Herleitung und Verortung des Interventionsmanuals im Promotionsvorhaben

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Inauguraldissertation besteht darin, die spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe vulnerabler Gruppen – insbesondere junger, an Krebs erkrankter Erwachsener (Adolescents and Young Adults with Cancer; AYAC) – zu identifizieren und darauf aufbauend zielgruppenspezifische, evidenzbasierte Interventionen zur Resilienzförderung zu entwickeln. Das in diesem Kapitel präsentierte Trainer:innen-Manual für den 1,5-tägigen Workshop „*Wir entwickeln Krisenkräfte*“ (inklusive des begleitenden „*Kräfte-für-Krisen*“-Arbeitsbuches) stellt die konsequente translationale Umsetzung der in den vorangegangenen Kapiteln erarbeiteten empirischen Erkenntnisse in die psychoonkologische Praxis dar.

Die Notwendigkeit einer solchen spezifischen Intervention leitet sich direkt aus den Ergebnissen der vorherigen Studien dieses Promotionsvorhabens ab. Die in Kapitel 2 dargelegte bevölkerungsrepräsentative **Corona-Studie** verdeutlichte eindrücklich, wie stark sich kumulierende Stressoren auf die psychische Gesundheit auswirken und dass insbesondere vorbelastete Gruppen (wie somatisch Erkrankte) eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen. Gleichzeitig konnten in dieser Studie Faktoren wie Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung als essenzielle Schutzfaktoren identifiziert werden, deren gezielte Förderung einen präventiven Puffer gegen stressassoziierte psychische Störungen bilden kann. Darauf aufbauend offenbarte das in Kapitel 3 durchgeführte **systematische Review** mit Meta-Analyse ein signifikantes Forschungs- und Versorgungsdesiderat: Obwohl die AYAC-Population aufgrund altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und der massiven biografischen Disruption durch die Krebsdiagnose hochgradig vulnerabel ist, existieren bislang kaum Interventionen, die explizit auf ihre Bedarfe zugeschnitten sind. Die Meta-Analyse zeigte zwar keine robusten Haupteffekte über alle Studien hinweg, lieferte jedoch entscheidende Hinweise auf Moderatoreffekte. So erwiesen sich Interventionen, die im Gruppensetting durchgeführt wurden und soziale Unterstützung (Bindung) fokussierten, als besonders vielversprechend zur Reduktion psychischer Belastungen.

Das nachfolgende Manual versucht diese identifizierte Lücke zu schließen. Es integriert die empirischen Befunde in ein strukturiertes, theoriegeleitetes Interventionskonzept. Basierend auf der Konsistenztheorie von Klaus Grawe ((2004; Fokus auf Grundbedürfnisbefriedigung) sowie Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und der Positiven Psychologie,

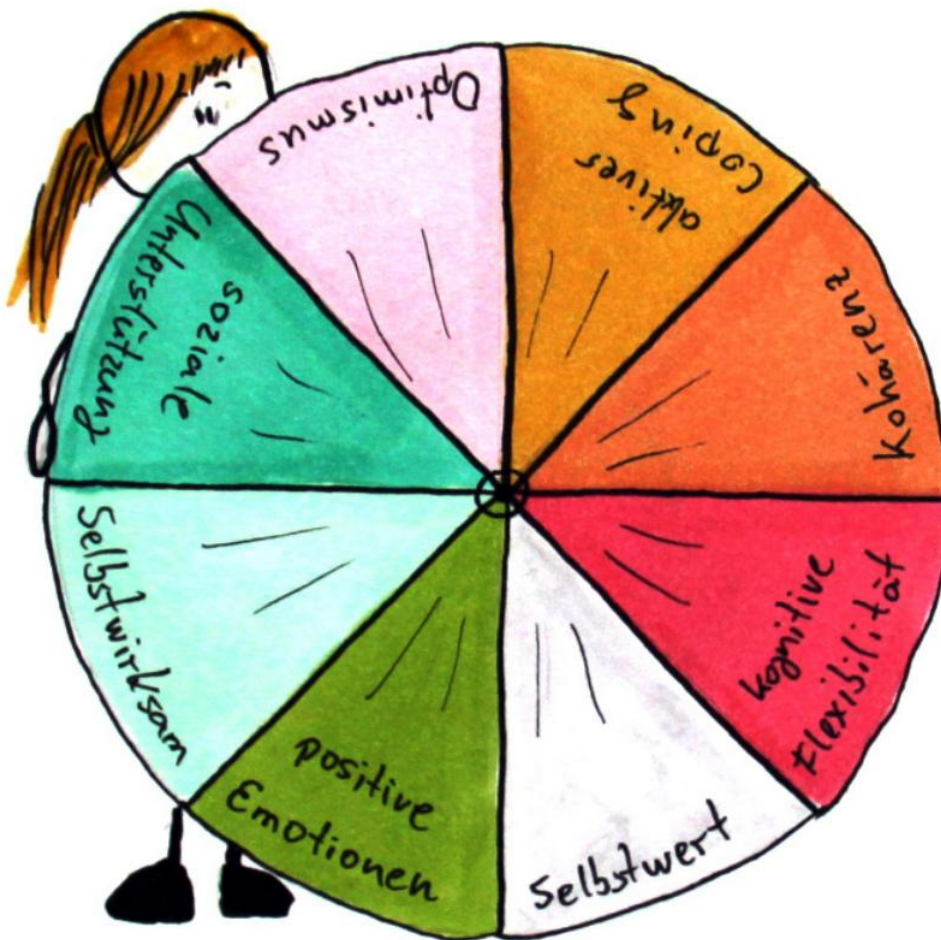
zielt das Manual darauf ab, genau jene Resilienzfaktoren (u. a. Selbstwirksamkeit, kognitive Flexibilität, soziale Unterstützung) zu trainieren, die sich in den Vorstudien als protektiv erwiesen haben. Das Kapitel dient somit als methodisches Herzstück der Arbeit, welches den Bogen von der Grundlagen- und Evaluationsforschung hin zur konkreten, anwendbaren Gesundheitsförderung spannt.

Im Anschluss an das Trainer:innen-Manual zum **resilienzfördernden Workshops** sollen die unveröffentlichten Evaluationsergebnisse der Intervention mittels deskriptiver Statistik vorgestellt werden.

TRAINER:INNEN-MANUAL zur INTERVENTION

Wir entwickeln Krisenkräfte

- 1,5-tägiger resilienzfördernder Workshop
mit resilienzfördernder Begleitbroschüre *Kräfte-für Krisen-Buch*



Impressum

TRAINNER:INNEN MANUAL zur INTERVENTION

Wir entwickeln Krisenkräfte

– 1,5-tägiger resilienzfördernder Workshop

mit resilienzförderndem Arbeitsbuch, dem Kräfte-für Krisen-Buch

Im Auftrag der Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH) und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

entwickelt von

M. Sc. Lara Hubenschmid

in Zusammenarbeit mit Dr. Isabella Helmreich

Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) gGmbH

www.lir-mainz.de

Herausgeber: Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH), Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn

Gestaltung: Lara Hubenschmid

Illustrationen: Toni Fleischer, Leipzig: Mannequin mit geöffnetem Regenschirm (Titelseite großes Bild und Folgende); Mannequin mit geschlossenem Schirm (S.5 und Folgende); Canva Pty. Ltd, Austria: Hand (S.21)

Bonn, 2021

Die **FSH** (<https://www.frauenselbsthilfe.de/>) ist mit elf Landesverbänden und einem dichten Netz an Gruppen im gesamten Bundesgebiet, in denen ca. 30.000 Menschen mit einer Krebserkrankung Rat, Hilfe und Unterstützung finden, eine der größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. Der Verband steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe und wird von ihr finanziell gefördert.

Das **LIR** (www.lir-mainz.de) ist ein wissenschaftlich eigenständiges Forschungsinstitut innerhalb der Leibniz-Gemeinschaft, das sich der Erforschung der Resilienz widmet, das heißt der Aufrechterhaltung bzw. raschen Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensereignissen. Die zentralen Anliegen des LIR sind es, Resilienzmechanismen neurowissenschaftlich zu verstehen, darauf aufbauend Interventionen zur Förderung der Resilienz zu entwickeln und darauf hinzuwirken, Lebens- und Arbeitsumfelder so zu verändern, dass Resilienz gestärkt wird.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	76
VORWORT	79
Stress – Resilienz – Wohlbefinden	79
Ziel und Aufbau der Intervention	79
ZUM GERBAUCH DES MANUALS	81
An wen richtet sich dieses Manual	81
Wie ist das Manual aufgebaut?	81
Worauf ist zu achten?	83
THEORETISCHER HINTERGRUND	85
Definition Resilienz	85
Geschichte der Resilienz(-faktoren)	85
Posttraumatisches Wachstum	86
Resilienzfaktoren	86
Transaktionales Stressmodell	88
Vulnerabilitäts-Stress-Modell	89
Grundbedürfniserfüllung	90
Konzept der Intervention	91
Relevanz Resilienz und Krebs	91
Relevanz Resilienz und junge an Krebs erkrankte Menschen	92
Phasen der Krankheitsbewältigung, psychisches Erleben und Umgang	92
VOR DEM WORKSHOP	95
AGENDA	97
ABLAUF- UND SEQUENZPLAN	98
KAPITEL 1: BEGRÜßUNG BEI ANREISE UND ABENDESSEN	105
Begrüßung bei der Anreise	106
Begrüßung bei dem Abendessen	107
KAPITEL 2 –ORGANISATORISCHE UND INHALTLICHE EINFÜHRUNG	108
Organisatorische Einführung	109
Inhaltliche Einführung	112
KAPITEL 3 –RESILIENZ(-FAKTOREN)	116
Resilienz	117
Resilienzfaktoren	118
Salutogenese und Kohärenzgefühl	120
Vulnerabilitäts-Stress-Modell	123

Wohlbefinden	124
Konzept der Intervention	125
Übung <Meine Resilienzfaktoren>	126
KAPITEL 4 – PSYCHOONKOLOGISCHER INPUT (Person mit Expertise)	128
Stress	129
Krankheitsphasen und spezifische Belastungen	131
Das psychische Erleben	132
Kontrollradar	134
Umgang mit den Emotionen	136
KAPITEL 5 – EXPRESSIVES SCHREIBEN (Person mit Expertise)	139
Hintergrund und Einsatzgebiet	140
Erfahrungsaustausch	140
Schreibimpuls und Schreibzeit	140
Vorstellung/ Austausch	141
KAPITEL 6 – IMAGINATIVE ENTSAPNNUNGSVERFAHREN (Person mit Expertise)	142
Hintergrund und Einsatzgebiet	143
Praktische Übung	143
Nachbesprechung	143
KAPITEL 7 – OPEN SPACE	145
Hintergrund und Einsatzgebiet	146
Gruppenbildung	148
Durchführung	149
Nachbesprechung	149
KAPITEL 8 – ABSCHLUSSRUNDE	150
Abschlussrunde	151
KAPITEL 9 – DER SELBSTWERT	152
Transfer-In	154
Selbstwert	155
Resilienzfaktor Selbstwert	161
KAPITEL 10 – ABSCHLUSS	163
Abschlussrunde	164
Feedbackrunde	164

VORWORT

Das vorliegende Trainer:innen-Manual dient als Begleiter zur Durchführung der Intervention *Wir entwickeln Krisenkräfte* – einem 1,5-tägigen resilienzstärkenden Workshop mit der resilienzfördernden Begleitbroschüre, dem *Kräfte-für-Krisen-Buch*. Die Intervention wurde im Auftrag der Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e. V. (FSH) speziell für die Zielgruppe junger an Krebs erkrankter Menschen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren entwickelt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Stress – Resilienz – Wohlbefinden

Diese drei Zustandsbeschreibungen stehen in enger Verbindung miteinander. *Stress* bedeutet hohe Anforderung bis hin zur Überforderung. *Resilienz* wiederum ist der positive Anpassungsprozess an Stress bzw. an eine Belastungssituation, also die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach kritischen Situationen oder Lebensereignissen. Das bedeutet, um Resilienz (weiter-)zuentwickeln, muss zuerst Stress oder eine schwierig zu bewältigende Situation vorausgegangen sein, vergleichbar mit dem Muskelwachstum, dem oftmals der Muskelkater vorrausgeht. Resilienz ist eng mit *Wohlbefinden*, also dem angenehmen körperlichen und seelischen Befinden verbunden. Gerade bei dem Erleben eines einschneidenden Ereignisses – wie es eine Krebsdiagnose oftmals darstellt – ist das Empfinden von Stress und Überforderung bis hin zur Hoffnungslosigkeit keine Seltenheit.

Wie können wir die eigenen Ressourcen stärken oder auch auf- und ausbauen, so dass eine Anpassung an die neue Lebenssituation erfolgreich gelingt?

Um dieser Frage zu begegnen, wurde auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche die Intervention ***Wir entwickeln Krisenkräfte* - einem 1,5-tägigen resilienzstärkenden Workshop mit der resilienzfördernden Begleitbroschüre, dem *Kräfte-für-Krisen-Buch*** innerhalb des „Resist Krebs“- Projekts entwickelt. Das Resist Krebs Projekt ist ein Projekt der FSH in Zusammenarbeit mit dem Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR), welches durch das BMG gefördert wurde. Es verfolgte in drei aufeinander aufbauenden Projektphasen das Ziel, die resilienzfördernden Faktoren im Bereich der jungen Selbsthilfe zu ermitteln und in Form von konkreten Maßnahmen in der Selbsthilfearbeit umzusetzen. Durch das Resist Krebs-Projekt wurde das Modellprojekt NetzwerkStatt Krebs (NWSK; www.netzwerkstattkrebs.de) – ein altersspezifisches Unterstützungsangebot und -netzwerk für junge an Krebs erkrankte Menschen im Alter von 18 bis 49 Jahren – weitergeführt und durch das LIR wissenschaftlich begleitet.

Ziel und Aufbau der Intervention

Ziel der Intervention ist die Strategien- und Wissensvermittlung, um die eigenen Ressourcen zu (re-)aktivieren und den Umgang mit einer Krebserkrankung bzw. das Leben mit Krebs zu verbessern. Um eine Balance zwischen Wissensvermittlung und Praxisorientierung zu gewährleisten, ist die Intervention in zwei Teile unterteilt:

1) Während des 1,5-tägigen resilienzfördernden Workshops werden in einem face-to-face Gruppensetting die folgenden

Themenblöcke zunächst in einer knappen Theorieeinheit vorgestellt und daran anschließend durch gezielte Übungseinheiten praktisch (u. A. in der Begleitbroschüre zu finden) angeleitet:

- Resilienz(-faktoren)
- Herausforderungen im Umgang mit der Krebserkrankung
- expressives Schreiben
- imaginative Entspannungsverfahren
- Open Spaces
- Selbstwert

Anreise zu dem **1,5-tägigen resilienzfördernden Workshop** ist bereits am Vortag. Dort soll dann ein erstes gemeinsames Abendessen erfolgen, damit die Teilnehmenden sich auf den Workshop einstimmen und sich kennenlernen können.

2) Die *resilienzfördernde Begleitbroschüre, das Kräfte-für-Krisen-Buch*, fungiert einerseits als Arbeitsbuch während des Workshops und dient andererseits darüber hinaus (im Einzelsetting) zur weiteren Vertiefung und vor allem Individualisierung der Inhalte des Workshops. Es stellt die verschiedenen Resilienzfaktoren und deren Grundbedürfnisbezug vor. Durch praktische Übungseinheiten am Ende jedes Kapitels sollen diese gefördert werden: Es ist in die folgenden sechs Kapitel eingeteilt:

- *Kapitel 1* – Resilienz(-faktoren): Was ist das?
- *Kapitel 2* – Salutogenese und Schutzfaktoren (Kohärenzgefühl)
- *Kapitel 3* – Positive Emotionen und Optimismus
- *Kapitel 4* – Selbstwirksamkeit, aktives Coping, Kognitive Flexibilität
- *Kapitel 5* – Selbstwert und Soziale Unterstützung
- *Kapitel 6* – Abschluss: Der Reisebericht

Durch die Intervention sollen Resilienz und Wohlbefinden gesteigert werden.

Viel Vergnügen bei der Begleitung des Workshops wünschen die *Frauenselbsthilfe Krebs (FSH)* und das *Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR)*



ZUM GERBAUCH DES MANUALS

Sehr geehrte Kursleitung,
wir freuen uns, dass Sie die Intervention ***Wir entwickeln Krisenkräfte – einem 1,5-tägigen Resilienzstärkenden Workshop mit der Resilienzfördernden Begleitbroschüre, dem Kräfte-für-Krisen-Buch***, begleiten. Durch die Intervention sollen die Teilnehmenden ein Verständnis davon erlangen, warum Resilienz(-förderung) für Menschen mit einer Krebserkrankung besonders relevant ist. Hierzu wird den Teilnehmenden zunächst das Konzept der Intervention vermittelt. Dieses leitet sich aus der Theorie der Grundbedürfnisbefriedigung nach Klaus Grawe (1998) und den darauf fußenden Resilienzfaktoren ab. Die einzelnen Resilienzfaktoren werden vorgestellt und durch praktische Übungen und Impulse angeleitet. Vor allem soll darauf eingegangen werden, wie diese (re-)aktiviert werden, um den Herausforderungen, die ein Leben mit Krebs mit sich bringen, erfolgreich zu begegnen. Jeder Mensch trägt Ressourcen in sich. In Krisen ist der Blickwinkel darauf meist eingeschränkt, daher ist es das Anliegen dieser Intervention, diesen Blickwinkel wieder zu weiten, um Krisenkräfte (weiter-) zu entwickeln.

An wen richtet sich dieses Manual

Die Intervention ***Wir entwickeln Krisenkräfte*** ist im Bereich der Bedarfe (vgl. Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, S. 11) angesiedelt. Gemäß den Anforderungen an die Qualifikation von Anbieterinnen und Anbietern in Kapitel 5 des „Leitfaden Prävention“ der GKV (2018) kann das Training von Fachkräften aus dem Bereich der psychosozialen

Gesundheit durchgeführt werden, die über einen staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss verfügen, insbesondere:

- Psychologin/Psychologe (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Pädagogin/Pädagoge (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor, Staatsexamen),
- Sozialpädagogin/Sozialpädagoge sowie Sozialarbeiter/-in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Sozialwissenschaftler/-in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor),
- Gesundheitswissenschaftler/-in (Abschlüsse: Diplom, Magister, Master, Bachelor) sowie
- Ärztin/Arzt.

Für die Einheiten *psychoonkologischer Input*, *expressives Schreiben*, *imaginative Entspannungsverfahren* oder auch die sokratische Gesprächsführung sollten jeweils entsprechende Weiterbildungen bzw. Erfahrungen vorhanden sein. Potenziell sollte eine Person mit Expertise an diesen Stellen hinzugezogen werden.

Wie ist das Manual aufgebaut?

Das Trainerinnen:Manual folgt dem inhaltlichen Aufbau der Intervention und besteht aus zehn Kapiteln, die jeweils einen Theoriebaustein beinhalten. Zu Beginn jedes Kapitels wird zunächst ein Überblick über Ziele, empfohlene Materialien und geplante Zeiteinheiten gegeben.

Ziele:

 ...

Material:

 ...

Überblick:



Vortrag



Übung



Austausch im Plenum

Zeit:



...

1 - Informationen zu Beginn eines Kapitels

In den einzelnen Kapiteln werden ebenfalls Formulierungsvorschläge gemacht. Sie sind in **dunkelblau** kenntlich gemacht. Diese können, müssen jedoch keine Anwendung finden. Sie dienen ausschließlich der Kursleitung zur Orientierung, um die beschriebenen Inhalte den Teilnehmenden gut vermitteln zu können. Folgende Inhalte werden in den einzelnen Kapiteln behandelt:

- **KAPITEL 1: BEGRÜßUNG BEI ANREISE UND ABENDESSEN** beinhaltet die Begrüßung, das Gegenseitige Kennenlernen sowie die Klärung von organisatorischen Abläufen (z. B. Essenszeiten, Treffpunkt am ersten Workshoptag, etc.)
- **KAPITEL 2 –ORGANISATORISCHE UND INHALTLICHE EINFÜHRUNG** fördert in dem Kontext des Workshops weiterhin ein gegenseitiges Kennenlernen (Vorstellung der Kursleitung und ggfs. Referenten sowie der Teilnehmenden untereinander), um eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Darüber hinaus werden der Rahmen (in Form von Gruppenregeln) sowie die Erwartungen an und das tatsächliche Vorhaben der Intervention (i. S. von Erwartungsmanagement) geklärt.
- **KAPITEL 3 –RESILIENZ(-FAKTOREN)** stellt zunächst das Konzept von Resilienz und Resilienzfaktoren, sowie deren Zusammenhang und geschichtlicher Hintergrund kurz vor. Daran anschließend wird die Salutogenese, die Gesundheit als

Prozess postuliert, aufgegriffen und zur Aufweichung bzw. Auflösung dysunktionaler Schuldannahme an Krankheit genutzt. Schließlich werden die Grundbedürfnisse (nach Grawe) zur Entstehung von Wohlbefinden erläutert und das Gesamtkonzept der Intervention – was die Ressourcen (Re-)Aktivierung adressiert – vorgestellt.

- **KAPITEL 4 – PSYCHOONKOLOGISCHER INPUT (Person mit Expertise)** beschäftigt sich mit den Herausforderungen und Umgang mit einer Krebserkrankung. Dabei werden praktische Übungen und Wissen vermittelt (z. B. Psychoedukation zum Kontrollradar) zur Förderung eines geeigneten Umgangs (Coping und aktive Übung).
- **KAPITEL 5 – EXPRESSIVES SCHREIBEN (Person mit Expertise)** gliedert sich in drei Teile: Zunächst soll das Verfahren Expressives Schreiben kurz in seinen wissenschaftlichen Hintergrund eingebettet werden (z. B. Anwendungsbereiche), anschließend wird der Schreibimpuls präsentiert und das Schreiben durchgeführt. Diese von einer Person mit Expertise geleitete Einheit wird durch das Teilen der Texte abgeschlossen.
- **KAPITEL 6 – IMAGINATIVE ENTSPANNUNGSVERFAHREN (Person mit Expertise)** gliedert sich ebenfalls in drei Teile: Zunächst soll das Verfahren imaginative Entspannungsverfahren kurz in seinen wissenschaftlichen Hintergrund eingebettet werden (z. B. Anwendungsbereiche), anschließend wird eine praktische Übung angeleitet. Diese von einer Person mit Expertise geleitete Einheit wird durch das Teilen der Erfahrungen bzw. eine Fragerunde abgeschlossen.

- **KAPITEL 7 – OPEN SPACE** besteht aus vier Untereinheiten, nämlich der Erläuterung, was Open Space ist und wie es abläuft, anschließend kommt es zur Themen- und Gruppenbildung und dann zur 45-minütigen Durchführung und anschließenden Nachbesprechung.
- **KAPITEL 8 – ABSCHLUSSRUNDE** beschreibt wie der Abschluss des ersten Workshopstages von Statten gehen soll.
- **KAPITEL 9 – DER SELBSTWERT** nimmt sich ausführlich den Inhalten des zweiten Workshopstages an, welche sie alle auf die Steigerung des Selbstwerterlebens beziehen. Es wird der Zusammenhang zwischen Selbstwert, Denken und Fühlen, sowie ein Selbstwertmodell aufgegriffen. Darüber hinaus erfolgt ein sokratischer Dialog zur Auflösung der dysfunktionalen den Selbstwert betreffenden Annahmen sowie Übungen zur Ressourcenaktivierung (<Wecke Dein Vertrauen> und Reflecting Team).
- **KAPITEL 10 – ABSCHLUSS** beschreibt wie der Abschluss des zweiten Workshopstages von Statten gehen soll. Darüber hinaus wird ebenfalls die Feedbackrunde bezüglich der Kursleitung und des Workshops selbst angeleitet.

Darüber hinaus befinden sich Informationen zum **THEORETISCHEN HINTERGRUND**, Anweisungen **VOR DEM WORKSHOP** sowie eine potentielle **AGENDA** und ein **ABLAUF-SEQUENZPLAN** in diesem Trainer:innen Manual. Die **resilienzfördernde Begleitbroschüre, das Kräfte-für-Krisen-Buch**, ist diesem Manual gesondert beigelegt.

Worauf ist zu achten?

Folgende Aspekte beschreiben die Grundhaltung, die ein/e Kursleiter/in einnehmen sollte:

- Ressourcenorientierung
- Positive und wertschätzende Atmosphäre
- Freiwilligkeit und Offenheit

Insgesamt soll eine einladende (Arbeits-)Atmosphäre nach dem Motto „alles darf und nichts muss“ aufgebaut werden. Die Übungen, die angeleitet werden, sind Angebote keine Pflicht. Diese Haltung ist für diese Zielgruppe besonders erstrebenswert, da sie durch die ganzen Therapien und damit einhergehenden Einschränkungen häufig einen Autonomieverlust erleben und eben nicht frei entscheiden können. In einem resilienzfördernden Workshop soll das anders sein.

Da die Teilnehmenden wahrscheinlich über einen unterschiedlichen Erfahrungsschatz (z. B. Wissen zur Resilienz oder Erfahrungen mit Entspannungsverfahren) verfügen werden, kann es passieren, dass manche sich schon gut auskennen und Inhalte teilweise nichts Neues für sie darstellen. Wichtig ist es für die Kursleitung ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Hintergründe erklären und dem Fokus auf die Praktische Durchführung herzustellen. Da ein Großteil der Inhalte des Workshops (ausgenommen der psychoonkologische Input, das expressive Schreiben und die imaginativen Entspannungsverfahren) auch in der resilienzfördernden Begleitbroschüre, dem Kräfte-für-Krisen-Buch, zu finden sind, können die Teilnehmenden auch darauf aufmerksam gemacht werden.

Die Kursleitung sollte darauf achten, dass Gruppenprozesse ressourcenorientiert ablaufen. Eine potenzielle Gefahr besteht darin, dass einzelne Teilnehmende sich in vergleichbaren, krisenhaften Situationen

befinden und aus diesem Grund dazu neigen, sich über die negativen Aspekte der Situation auszutauschen. Selbst wenn es kraftspendend sein kann, wenn festgestellt wird „Ich bin nicht allein mit der Situation“, kann das auch zu einer defizitorientierten Atmosphäre führen.

Der Fokus der *Wir entwickeln Krisenkräfte*-Intervention soll jedoch auf der Ressourcen(re-)aktivierung liegen. Insgesamt sollte die Kursleitung zugewandt und ressourcenorientiert arbeiten. Sie sollte sich in die Thematik eingelesen bzw. gearbeitet haben, indem sie die Literatur, die in diesem Manual angegeben ist, gelesen haben. Sie sollte sich fachlich gut vorbereitet erleben.

THEORETISCHER HINTERGRUND

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Begrifflichkeiten Resilienz, Post-traumatisches Wachstum und Resilienzfaktoren deren Entstehungsgeschichte sowie dem zugrundeliegenden Konzept der Intervention – der Grundbedürfniserfüllung nach Klaus Grawe gegeben. Dieses Hintergrundwissen unterstützt Sie einerseits dabei, auf Fragen der Teilnehmenden besser eingehen zu können und andererseits dient es Ihnen zur Nachvollziehbarkeit des Konzepts dieser Intervention (vgl. auch das Transaktionale Stressmodell und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell). Daran anschließend soll auf den besonderen Bedarf der (jungen) an Krebs erkrankten Menschen eingegangen werden und durch das Skizzieren der Krankheitsphasen wie auch deren mögliche Bewältigung (unter Einbezug der eigenen Kontrollmöglichkeiten) der Kursleitung ein Einblick und Verständnis für die besonders vulnerable Zielgruppe gegeben werden.

Da sowohl für den psychoonkologischen Input, das expressives Schreiben wie auch die (imaginative) Entspannungsverfahren Menschen mit Expertise vorgesehen werden, wird deren theoretischer Hintergrund nicht explizit aufgegriffen.

Definition Resilienz

Resilienz leitet sich aus dem lateinischen *resilire* (deutsch: abprallen, zurückspringen) ab. Ursprünglich beschreibt Resilienz die Eigenschaft elastischer Werkstoffe, die nach einer Verformung wieder in ihre Ausgangsform zurückkehren. Der Begriff wurde von

verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen - darunter auch die Psychologie - aufgegriffen. Der Resilienz-Forscher Raffael Kalisch und seine Kollegen (Raffael Kalisch et al., 2017; Kalisch et al., 2015) definieren Resilienz folgendermaßen: Menschen, die widrigen Lebensumständen (z. B. eine Krebserkrankung) mit einer Anpassung (Erhalt bzw. Wiederherstellung der psychischen Gesundheit) begegnen, werden als resilient bezeichnet.

Geschichte der Resilienz(-faktoren)

Die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner wird als Pionierin der Resilienzforschung angesehen. Sie prägte mit ihrer Kauai-Studie den Begriff **Resilienzfaktoren** (E. E. Werner, 1993). Sie stellte fest, dass Kinder unter besonders belastenden Entwicklungsbedingungen (z. B. Armut, Vernachlässigung) sich durch bestimmte Ressourcen zu gesunden und erfolgreichen Erwachsenen entwickelten. Günstig waren personale (z. B. positives Temperament) und soziale (z. B. soziales Netzwerk) Ressourcen. Besonders eindrücklich war, dass alle resilienten Kinder mindestens eine enge emotionale Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson hatten und auch außerhalb ihrer Familie auf ein unterstützendes soziales Umfeld zugreifen konnten. Die personalen und sozialen Ressourcen (=Resilienzfaktoren) sind mit Resilienz assoziiert. Sie können als Schutzmechanismen vor stressbedingten Erkrankungen verstanden werden.

Resilienz – also die psychische Widerstandsfähigkeit – ist zwar zum Teil genetisch veranlagt (Amstadter et al., 2014), ein großer Teil bildet sich erst durch die Bewältigung von stressvollen Herausforderungen heraus (Färber & Rosendahl, 2018; Kalisch et al., 2015). Das ist vergleichbar mit dem

Muskelwachstum, welches ausschließlich durch Muskelbeanspruchung erfolgen kann. Resilienz kann somit als ein lebenslanger, dynamischer Lern- und Entwicklungsprozess verstanden werden (Raffael Kalisch et al., 2017; Linz et al., 2019; Macedo et al., 2014). Sie ist dabei kein seltenes Phänomen, es ist – wie die Forschung zeigt – „Alltags-Magie“ (Masten, 2016), die nicht durch die eine Methode, sondern vielmehr eine Reihe an Strategien (Raffael Kalisch et al., 2017; Masten, 2016) verkörpert wird. Einige werden an späterer Stelle in diesem Manual aufgegriffen und vorgestellt.

Posttraumatisches Wachstum

Bei Menschen, die an Krebs erkranken oder anders gesprochen, die mit einer tiefgreifenden Unsicherheit des Lebens konfrontiert werden, wird infolge der Auseinandersetzung mit dieser oft die sogenannte **posttraumatische Reifung** oder **posttraumatisches Wachstum** beschrieben. Während sich Resilienz sich auf die Fähigkeit der Aufrechterhaltung bzw. raschen Wiederherstellung dieser bezieht (Raffael Kalisch et al., 2017; Kalisch et al., 2015), meint die posttraumatische Reifung über die Wiederherstellung der Homöostase hinaus sogar eine Steigerung des Funktionsniveaus (Layne et al., 2008). Nach Tedeschi and Calhoun (1996) umfasst die posttraumatische Reifung die Wahrnehmung von Vorteilen in Form von Sinngebung in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. spirituelle Veränderungen und Wertschätzung des Lebens). Dies wird als Resultat aus dem selbstreflexiven Nachdenken angesehen. Mit posttraumatischem Wachstum ist demnach eine positive persönliche (Weiter-)Entwicklung bzw. ein innerliches Wachstum gemeint, was beispielsweise zu neuen

Perspektiven auf die Welt im Sinne von „Was ist mir wirklich wichtig im Leben?“ führen kann.

Resilienzfaktoren

Seit den Studien von Werner wurden zahlreiche potenzielle Resilienzfaktoren in unterschiedlichsten Zielgruppen untersucht (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012b; Isabella Helmreich et al., 2017). Es wird angenommen, dass sowohl interne (z. B. Selbstwirksamkeit) als auch externe Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung) die Resilienz stärken bzw. protektiv gegen Stressoren wirken (Kalisch et al., 2015). In der Forschung wurden bei Erwachsenen die folgenden Resilienzfaktoren als besonders resilienzförderlich eingestuft (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012b; Isabella Helmreich et al., 2017):

- **Soziale Unterstützung**
- **Aktives Coping**
- **Kognitive Flexibilität**
- **Hardiness**
- **Positive Emotionen**
- **realistischen Optimismus**
- **Selbstwirksamkeitserwartung**
- **Selbstwertgefühl**
- **Religiosität/ Spiritualität**
- **Kohärenzgefühl**

Unter dem Resilienzfaktor **Soziale Unterstützung** wird verstanden, dass es einen Zugriff auf ein funktionierendes soziales Netzwerk, z. B. Freunde oder Familie, gibt. Soziale Unterstützung hat viele Facetten, sie kann

- *emotional* (z. B. Trost, Verständnis und ein Erleben von Geborgen- und Sicherheit),
- *praktisch* (z. B. Hilfe beim Umzug),
- *materiell* (z. B. Geld) oder

- *informationell* (z. B. Bereitstellen von hilfreichen Informationen und Lösungsvorschlägen)

sein. Die wahrgenommene soziale Unterstützung wird häufig als einer der bedeutendsten Resilienzfaktor angesehen.

Aktives Coping kann mit aktivem Handeln gleichgesetzt werden. Es wird der Versuch unternommen, Einfluss auf den Ausgang bzw. auf den Umgang mit einer Herausforderung zu nehmen. Dies kann beispielsweise durch Problemlösestrategien (auf praktischer oder emotionaler Ebene) oder auch Entspannungstechniken (z. B. Progressive Muskelentspannung oder Achtsamkeit) und Ausdauertraining (z. B. Joggen oder Fahrradfahren) erfolgen. Das Gegenteil von aktiver Bewältigung bzw. *aktivem Coping* ist die Resignation, z. B. sich den Gegebenheiten tatenlos zu beugen.

Kognitive Flexibilität meint die Fähigkeit, auf veränderte Umweltbedingungen flexibel durch Variationen im Denken und Handeln zu reagieren. Darunter wird die Fähigkeit zusammengefasst, auf Wissen oder Erfahrungen aus ähnlichen Situationen zurückgreifen zu können, aber auch dieselbe Situation aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Beide Ansätze dienen einem günstigerem Umgang mit einer Herausforderung.

Unter dem Begriff **Hardiness** wird die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren als Persönlichkeitsfaktor zusammengefasst. Es wird darunter eine Person beschrieben, die Stressoren als Herausforderungen bewertet und diese – wenn auch unter starkem Engagement – als kontrollierbar (i. S. von bewältigbar) einstuft. Die personale Widerstandsfähigkeit gilt als protektiv gegen die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit.

Positive Emotionen (wie beispielsweise Freude oder Zuneigung) zu haben, ist das meist angenehm. Häufige negative Gedanken und daraus resultierende Gefühle

können wiederum zu einer Stimmung werden (vergleichbar mit Wetter und Klima), was sich negativ auf die psychischen Gesundheit auswirkt. Um dieser Abwärtsspirale zu entkommen, müssen die positiven Aspekte im Leben fokussiert werden: Das schafft eine realistischere Einschätzung und einen Ausgleich zur Fokussierung auf Sorgen. Bei der Umkehrung zur Aufwärtsspirale geht es um die anregende Wirkung (auf Verhaltens-ebene) von positiven Emotionen: Freude und Zuneigung motivieren uns nämlich dazu, uns in Bewegung zu bringen (=Motivation zur Erreichung unserer Ziele). Sofern diese regelmäßig erlebt werden, wirkt sich das positiv auf die psychische Gesundheit aus, denn sie gehen häufig mit einem erhöhten Selbstwertgefühl einher. Ein stabiler Selbstwert ist ein grundlegender Faktor einer gesunden Psyche.

Unter einem **realistischen Optimismus** wird die Tendenz zu positiven Ergebniserwartungen und positive Ursachenzuschreibung von Ereignissen verstanden. Optimisten betrachten vieles von der besten Seite. Ihnen wird Heiterkeit und Zuversicht nachgesagt sowie eine insgesamt lebensbejahende Haltung. Mehr Möglichkeiten zu erkennen, Probleme von verschiedenen Seiten aus zu betrachten (=kognitive Flexibilität) und dadurch leichter eine Lösung zu finden oder auch mehr Erfolg (sowohl privat als auch beruflich) zu haben, wird einer optimistischen Haltung zugesprochen.

Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die positive (Selbst-)Überzeugung, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Gemeint ist, dass ein Jeder selbst wirksam auf den Ausgang einer Situation einwirken kann. Die Selbstwirksamkeit entwickelt sich ebenfalls auf Grundlage der eigenen Erfahrungen: Macht eine Person häufiger die Erfahrung, Hürden zu nehmen, wird sie dies auch vermehrt tun und umgekehrt ggfs.

vermehrt vermeiden. Menschen, die eine hohe Selbstwirksamkeitserwartungen haben, können mit positiveren Einstellungen den Herausforderungen begegnen.

Unter dem Begriff **Selbstwertgefühl** wird eine Bewertung der eigenen Person zusammengefasst. Diese Bewertung geht auf frühere (Beziehungs-)Erfahrungen und daraus sich manifestierende Grundannahmen zurück. Meist ist das Selbstwerterleben an verschiedene Faktoren gekoppelt, so beispielsweise an Leistung, Anerkennung oder Wertschätzung anderer. Ein geringer Selbstwert spiegelt sich ebenfalls im Denken (z. B. „War ja klar, dass ICH das nicht hinbekomme.“) und im emotionalen Erleben (z. B. Traurigkeit) wider. Darüber hinaus kann er Selbstwirksamkeitserwartungen negativ beeinflussen, da aufgrund des negativen Selbstbildes ggfs. manche Herausforderungen erst gar nicht gewagt werden. Ein stabiles oder positives Selbstwertgefühl dagegen stellt einen wichtigen protektiven Faktor gegen psychische Erkrankungen dar.

Bei der Übernahme von Glaubensüberzeugungen und Teilnahme an religiösen Aktivitäten beziehungsweise Beschäftigung mit Sinnfragen des Lebens werden **Religiosität und Spiritualität** zusammengefasst. Durch Glaubensgemeinschaften können sowohl die soziale Unterstützung als auch die Hoffnung in schwierigen Lebensumständen gestärkt werden.

Das **Kohärenzgefühl** beschreibt die generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden. Verstehbarkeit bedeutet die Fähigkeit Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, sie als vorhersehbar und erklärbar zu erleben. Handhabbarkeit (oder Bewältigbarkeit) steht für die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können und ausreichend Ressourcen zur Verfügung zu haben, um Anforderungen zu begegnen. Das Gefühl der

Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit bezeichnet den Glauben an den Sinn des Lebens. Die Frage, ob sich die Anstrengung und das Engagement lohnen, muss bejaht sein, dass Sinnhaftigkeit gegeben ist. Diese Fähigkeit stellt einen hilfreichen Umgang mit Widrigkeiten da – so die Forschungsergebnisse Antonovskys, des Erfinders des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1996). In der Forschung werden noch weitere Faktoren, wie beispielsweise Hoffnung, diskutiert. Die eben beschriebenen gelten als am besten untersucht.

Für die Intervention **Wir entwickeln Krisenkräfte - einem 1,5-tägigen resilienzstärkenden Workshop mit der resilienzfördernden Begleitbroschüre, dem Kräfte-für-Krisen-Buch** wurden die folgenden Resilienzfaktoren ausgewählt:

- Soziale Unterstützung
- Aktives Coping
- Kognitive Flexibilität
- Positive Emotionen
- realistischen Optimismus
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Selbstwertgefühl
- Kohärenzgefühl

Transaktionales Stressmodell

Stress, der sich etymologisch vom lateinischen 'strictus' (deutsch: straff) ableitende Begriff kann sowohl in positiven (Eu-) als auch negativen (Di-) Stress eingeteilt werden (Selye, 1956). Häufig wird jedoch der negative Stress gemeint, der anstatt zur Anregung zum Überforderungserleben führt. Stress bedeutet in das Deutsche übersetzt: Druck, Spannung oder Belastung. Das medizinische Wörterbuch Pschyrembel beschreibt Stress als Reaktion des Organismus auf physische oder psychische Beanspruchung durch

Stressoren (Pschyrembel, 2011, p. 1517f), wobei Stressoren die Stressauslösenden Umstände darstellen. Biologisch oder medizinisch kann auch von einer psychophysiologischen Alarmreaktion mit Steigerung des vegetativen Nervensystems gesprochen werden. Oder eben auch die Definition des berühmten Stressforschers Cohen (Cohen, Kessler, & Gordon, 1997), der annimmt, dass die Anforderungen der Umwelt die Anpassungsfähigkeit eines Organismus (zu) stark in Anspruch nehmen, was zu physischen und psychologischen Veränderungen führen kann.

Die moderne Stressforschung geht davon aus, dass Stressoren bei jedem Menschen anders wirken, das **transaktionale Stressmodell** nach Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) wird herangezogen, um die Stressentstehung zu erläutern: In einer ersten Einschätzung des Stressors, in der primären Bewertung, kann dieser entweder als irrelevant, positiv oder als gefährlich eingestuft werden. Sofern die erste Bewertung als „gefährlich“ eingestuft wird, kommt es zu einer weiteren Einschätzung, der sekundären Bewertung, in der die vorhandenen Ressourcen den Anforderungen gegenübergestellt werden. Bei ausreichenden Ressourcen wird keine weitere Stressreaktion ausgelöst. Im gegenteiligen Fall jedoch schon. Sobald es zu einer Stressreaktion kommt, muss dieser Zustand reguliert werden: Beim sogenannten Coping unterscheidet Lazarus zwei Bewältigungsstile: problemorientiert und emotionsorientiert. Problemorientiert bedeutet, dass die Situation verändert wird, was jedoch nicht immer möglich ist, weshalb der Bezug zur Situation im emotionsorientierten Coping verändert wird. Stressbewältigung bzw. Coping dient der Anpassung an die Gegebenheiten. Im Idealfall kommt es nach dem Coping zu einer Neubewertung, die beinhaltet, dass dem Stressor erfolgreich

begegnet wurde, was im Sinne der Resilienz Stände.

Auch wenn das Transaktionale Stressmodell von Lazarus für die Stressentstehung die Bewertung der eigenen Ressourcen in den Fokus stellt, gibt es Umstände, die von vielen Menschen als stressvoll erlebt werden würden – so z. B. eine Krebserkrankung.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Menschen werden immer wieder mit sogenannten Stressoren konfrontiert. Stressoren meinen dabei Stimuli oder Reize, die eine Stressreaktion nach sich ziehen. Infolgedessen kommt es zu einem Regulationsprozess bzw. einem Anpassungsprozess. Wie eine positive Anpassung an den Stressor gelingen kann, hat das Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) gGmbH, in seinem adaptierten **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** salient gemacht (siehe Abbildung 1): Stressoren (akut oder auch chronisch) können einen Zustand des Ungleichgewichts nach sich führen. Trifft ein Stressor bzw. stressvolle Lebenslagen auf ausreichende Ressourcen (u. A. Resilienzfaktoren wie z. B. Optimismus), die durch gezieltes Training gefördert bzw. gestärkt werden können, so wird eine Anpassung an den Stressor, i. S. einer Wiederherstellung des Ausgangsniveaus gefördert. Bei wenigen Ressourcen (also einer hohen Vulnerabilität) droht eine negative Anpassung, i. S. eines Burn-Outs oder psychischer Störungen. Da eine Auseinandersetzung mit Stressoren nicht vermeidbar ist, gilt die Förderung der Ressourcen durch spezielles Training als Ansatz zur Resilienzförderung. Durch eine adaptiven Anpassung an den Stressor kann wiederum auch das Wohlbefinden gesteigert werden.

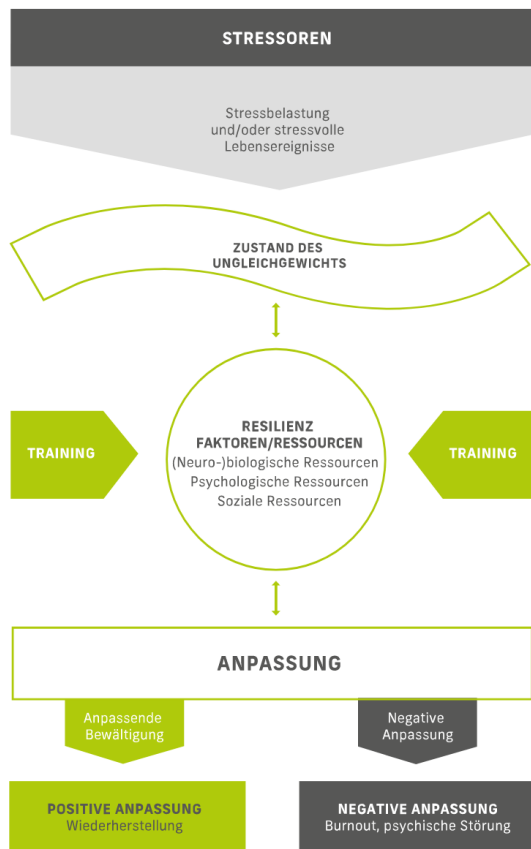


Abbildung 1 – adaptiertes Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Quelle: [Resilienz | LIR Mainz - Leibniz-Institut für Resilienzforschung \(lir-mainz.de\)](https://www.lir-mainz.de/)

Grundbedürfniserfüllung

Grundlage der *Wir entwickeln Krisenkräfte-* Intervention zur Förderung des Wohlbefindens basiert auf einem wichtigen Konzept der Kognitiven Verhaltenstherapie, nämlich der Grundannahme des Psychotherapeuten Klaus Grawe, dass Menschen nach der Erfüllung ihrer **Grundbedürfnisse** streben. Sofern diese hinreichend befriedigt sind, ist Wohlbefinden möglich. Grawe (1998) geht davon aus, dass es insgesamt fünf wichtige **Grundbedürfnisse** gibt:

- **körperliche Grundbedürfnisse**

- **Wirksamkeitserleben**
- **Sinn (Lustgewinn/Unlustvermeidung)**
- **Bindung**
- **Selbstwert**

Den Grundbedürfnissen ist das übergeordnete Ziel „Überleben“ gemein. Zur Befriedigung der **körperlichen Grundbedürfnissen** gehören z. B. Essen, Trinken, Schlafen, usw. Mit **Wirksamkeitserleben** wird das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung beschrieben. Da es bei dem Wirksamkeitserleben darum geht, WIE ein Ziel erreicht werden kann, ist es ein Mittel zum Zweck (z. B. Nahrungsbeschaffung). Das Grundbedürfnis nach **Bindung** geht evolutionär weit zurück: In der Steinzeit waren Menschen auf Zusammenschlüsse angewiesen, um beispielsweise ein Mammut zu erlegen. Menschen wollen oftmals nicht allein sein und das auch in den westlich geprägten Gebieten, in denen durch ein unterstützendes Sozialsystem das alleinige Überleben suggeriert wird und deshalb die Abhängigkeit zu anderen Menschen weniger stark wahrgenommen wird. Zusammenschlüsse wie Familie oder Partnerschaften gehen häufig mit Lebensqualität einher. Das sich anschließende Grundbedürfnis nach **Sinn** bzw. Lustgewinnung und Unlustvermeidung setzt sich mit dem prinzipiellen Streben nach angenehmen Zuständen (Lustgewinnung) und nach der Abwesenheit von unangenehmen (z. B. Schmerz; Unlustvermeidung) auseinander. Nichtsdestotrotz muss der Mensch zur Zielerlangung (z. B. Abschluss) teilweise unangenehme Zustände (z. B. Verzicht auf Freizeit) in Kauf nehmen. Ob es sich lohnt, Anstrengungen zu unternehmen, um ein Ziel zu erreichen, das klärt die Sinnfrage. Der **Selbstwert** (Selbstwerterhöhung bzw. -schutz) wird ebenfalls als Grundbedürfnis erachtet. Es ist wichtig, dass der Mensch sich selbst als wertvoll (i. S. von wichtig) empfindet, ansonsten kümmert er sich nicht

oder eben zumindest nicht hinreichend um seine Bedürfnisse.

Konzept der Intervention

Die Grundbedürfnisbefriedigung bildet die Basis dieser Intervention. Die vorgestellten Resilienzfaktoren helfen dabei, eigene Grundbedürfnisse besser wahrzunehmen und zu erfüllen:

- Zur hinreichenden Befriedigung der **körperlichen Grundbedürfnisse** werden neben Ernährung, Schlaf und ausreichenden Pausen, vor allem (imaginative) Entspannungstechniken in dieser Intervention vermittelt.
- Zur hinreichenden Befriedigung des **Bedürfnisses nach Sinn** werden Ziele formuliert (=Hoffnungsstiftend, Förderung der positiven Emotionen/ Optimismus) und Wege aufgezeigt, wie diese erreicht werden können (=Förderung der Selbstwirksamkeit und Stabilisierung des Selbstwerts) sowie mittels expressivem Schreibens das Kohärenzgefühl (=Anforderungen als verstehbar, bewältigbar, sinnhaft) gefördert.
- Das Bedürfnis nach **Wirksamkeitserleben** (=Selbstwirksamkeit) soll durch die Unterscheidung lösbarer und unlösbarer Probleme (siehe Kontrollradar und resilienzfördernde Begleitbroschüre, Kapitel 4) und deren jeweiligen Umgang (aktives Coping/ kognitive Flexibilität/ Kohärenzgefühl) befriedigt werden. Hierbei wird auch auf den Erfahrungsschatz einer erfahrenen Psychoonkologin zurückgegriffen.
- Das Bedürfnis **Selbstwerterhöhung bzw. -schutz** wird durch das Aufdecken und Umdenken von automatisierten ungünstigen Denkweisen adressiert

(kognitive Flexibilität/ aktives Coping/ positive Emotionen/ Selbstwert).

- Das **Grundbedürfnis nach Bindung** soll in dieser Gruppen-Intervention durch Gruppenprozesse (z. B. Stärkung der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung) adressiert werden.

Durch eine systematische Literaturrecherche zum Thema resilienzfördernde Interventionen bei jungen an Krebs erkrankten Menschen konnte gezeigt, dass es kaum speziell auf die Bedürfnisse von jungen an Krebs erkrankten Menschen **entwickelte** Konzepte gibt. Darüber hinaus wurde ebenfalls deutlich, dass die Menschen, die in noch jungen Jahren an Krebs erkrankt sind, ganz andere Bedürfnisse und Bedarfe haben als ältere Menschen (z. B. Umgang mit Familienplanung, Arbeitsfähigkeit), weshalb ein darauf angepasster Workshop und eine Begleitbroschüre entwickelt wurden:

Die **Wir entwickeln Krisenkräfte – Intervention (inklusive der resilienzfördernden Begleitbroschüre, dem Kräfte-für-Krisen-Buch)** basieren auf wissenschaftlich fundierten und überprüften Konzepten wie z. B. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT; Sokratische Gesprächsführung), Positive Psychologie (u. A. auch Achtsamkeit) sowie auf der lösungsorientierten Sichtweise der Systemischen Therapie. Darüber hinaus adressieren sie anhand praktischer Übungen die Förderung der verschiedenen Resilienzfaktoren (z. B. Optimismus), die für diese Zielgruppe besonders wichtig und trainierbar sind.

Relevanz Resilienz und Krebs

Die Aufrechterhaltung oder rasche Rückgewinnung der psychischen Gesundheit nach oder während widriger Umstände (=Resilienz) kann mit einem Schutzschirm vor einer psychischen Beeinträchtigung verglichen

werden. Bei Menschen, die an Krebs erkranken, steht oftmals das komplette Leben Kopf. Es kann schwer sein, guter Stimmung zu sein, oft fühlen Betroffene sich niedergeschlagen, traurig oder haben Angst. Wie die Forschung zeigt, leiden in den ersten fünf Jahren nach einer Krebsdiagnose über ein Drittel der Patient:Innen unter den Symptomen einer Depression, einer Anpassungsstörung oder einer Angststörung (Mitchell et al., 2011). Neben dem Verlust an Lebensqualität (Husson et al., 2017) können stressassoziierte psychischen Erkrankungen die Prognose der Krebserkrankung verschlechtern, da sie u. A. zu einer geringeren Therapieadhärenz führen können (DiMatteo et al., 2000). Nicht nur während, sondern vor allem nach Abschluss der somatischen Behandlung erleben sich viele Betroffene mit ihrer Erkrankung überfordert, da die psychosozialen Folgen (z. B. im Beruf, bei der Familienplanung, im Freundeskreis) in der medizinischen Behandlung häufig unzureichend adressiert werden (Aubin et al., 2019). Oftmals wird von einer ‚Transformation‘ von einem an Krebs erkrankten Menschen zu einem ‚Krebsüberlebenden‘ gesprochen. Betroffene gelten somit weder als wirklich krank noch als wirklich gesund (Victorson et al., 2020). Mit diesem Zustand müssen Krebsüberlebende ihr weiteres Leben planen und führen.

Relevanz Resilienz und junge an Krebs erkrankte Menschen

Bei der Betrachtung von jungen an Krebs erkrankten Menschen (älter als 18 und unter 55 Jahren) wird deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit - zusätzlich zur Krebserkrankung - eine psychische Störung diagnostiziert zu bekommen erhöht ist: Jeder Vierte von den jüngeren an Krebs erkrankten

Menschen scheint betroffen zu sein. Subklinisch (nicht diagnostiziert) kommt schätzungsweise ein weiteres Fünftel hinzu (Seitz et al., 2010). Studien zeigen darüber hinaus, dass im Zeitraum nach der Diagnosestellung - insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten - ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen besteht (Donghao Lu et al., 2013).

Diese Ergebnisse zeigen auf, dass es sich bei jüngeren Betroffenen einer Krebserkrankung um einen vulnerablen Personenkreis handelt, dessen Risiko – zusätzlich zur körperlichen Erkrankung – eine psychische Störung zu entwickeln deutlich erhöht ist. Die Förderung der Resilienz – der psychischen Widerstandsfähigkeit – und der psychischen Gesundheit sowie des Wohlbefindens spielen daher in diesem Personenkreis eine große Rolle. Einen wichtigen Beitrag leisten hier gezielte Interventionen zur Resilienzförderung.

Phasen der Krankheitsbewältigung, psychisches Erleben und Umgang

Die in der Intervention besprochenen **Krankheitsphasen** sind nach Schulz-Kindermann (2013) adaptiert und beinhalten:

- **Der Weg zur Diagnose**
- **Der sich häufig anschließende akute Schock**
- **Der darauffolgenden Transformation von einem „an Krebs Erkrankten“ zum „Krebs Überlebenden“ und**
- **Schließlich das Leben mit einer Krebserkrankung.**

Diese Phasen haben sich in der Wissenschaft bei vielen Krebserkrankten gezeigt. Sie sind fließend und ggfs. auch nicht direkt abgeschlossen, nachdem sie einmal durchlebt wurden. Jeder dieser Phase zeigt unterschiedliche Herausforderungen und Belastungen. Diese sollen im Workshop skizziert werden: Die erste Phase, die **Feststellung**

der ersten Symptome, ist häufig durch Ungewissheit und Unsicherheit geprägt. Bis es zu einem Ergebnis bezüglich einer Diagnose kommt, kann Ablenkung als kurzfristige Bewältigungsstrategien sinnvoll sein. Denn bis Gewissheit erlangt wird ist ungewiss, an welche Umstände ein Mensch ggfs. anpassen muss. Wird die Diagnose Krebs gestellt (Phase 2) kommt es häufig zu heftigen Stressreaktionen – einem **akuten Schock**. Dieser stellt einen wichtigen Schutz- und Verarbeitungsmechanismen dar und hält zwischen 2-4 Wochen an. Dauert er darüber hinaus weiter an, ist Behandlungsbedarf initiiert. Er wird begleitet von aversivem Erleben, z. B. Angst, Ärger oder Trauer. Dabei gilt, wer im Schock ist, benötigt Schutz. Daran schließen sich in der dritten Phase, in dem **Übergang von an Krebs erkrankt zu Krebs überlebend**, die Therapien und Behandlungen an. Diese Phase ist häufig durch unterschiedlichste Widrigkeiten, sowohl körperlich (z. B. Fatigue, Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten), psychisch (Umgang mit unangenehmen Gefühlen wie Angst, Wut, Trauer) als auch sozial (z. B. finanzielle Sorgen, Veränderungen von sozialen Beziehungen) gekennzeichnet. Oftmals fühlen Betroffene sich niedergeschlagen, traurig oder haben Angst (Mehnert et al., 2014). Psychische Symptome und Erkrankungen gehen dabei nicht nur mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität, sondern auch mit einer schlechteren Heilungsprognosen im Hinblick auf die Krebserkrankung einher (Y.-H. Wang et al., 2020). In der vierten Phase, **Leben mit Krebs**, geht es nun darum, den Alltag wieder neu zu bestreiten. Aber nicht nur während, sondern vor allem nach Abschluss der somatischen Behandlung erleben sich viele Betroffene mit ihrer Erkrankung überfordert, da die psychosozialen Folgen (z. B. im Beruf, bei der Familienplanung, im Freundeskreis) in der medizinischen Behandlung häufig unzureichend adressiert

werden (Barnett et al., 2016; Hauken et al., 2013; Sansom-Daly, Wakefield, et al., 2012). Was zudem häufig bleibt, ist die Angst vor einem Rezidiv. Diese wird mit jeder Nachsorge meist nochmal reaktiviert. Es kann auch sein, dass eine Rückkehr in die Normalität aufgrund eines Rezidivs oder von Metastasen nicht möglich ist. In diesem Fall kann es zu einer Palliativen Behandlung kommen, wobei die Themen Trauer und Abschied sehr viel Bedeutung erlangen.

Zum **Umgang** soll einerseits die Funktionalität von Emotionen aufgegriffen werden und andererseits über die **Kontrollmöglichkeiten** (vgl. Kontrollradar) eines Menschen aufgeklärt werden (vgl. Born, Born, & Müller, 2015): So fungiert Angst im Grunde als wichtiges Warnsignal für eine zukünftige Bedrohung und ist ebenso wie Ärger eine Basisemotion. Ärger zeigt Ungerechtigkeiten bzw. Verstößen gegen die eigenen Regeln auf und dient somit der Verteidigung der eigenen Regeln bzw. Rechte. Jedoch versteckt sich hinter dem Ärger häufig auch eine abgewendete Trauer. Während Ärger sich energetisierend anfühlt, kann Trauer schwer und endgültig sein. Auch Trauer ist eine Basisemotion und dient der Verarbeitung von Verlusten. Ein betroffener Mensch trauert, um Abschied zu nehmen und sich mit den neuen Umständen zu arrangieren. Zur Verarbeitung von Verlusten sind Auseinandersetzungen mit diesem und somit auch das Trauern notwendig. Beides dient der Neuorientierung. Am Ende eines gelungenen Trauerprozesses steht dann die Akzeptanz. Sobald eine gewisse Bereitschaft zur Akzeptanz vorhanden ist, kann die Neuausrichtung/-orientierung bzw. Anpassung an die neue Situation erfolgen. Eine positive Anpassung zeigt sich dann wiederum in der Aufrechterhaltung oder Rückgewinnung der mentalen Gesundheit. In Abgrenzung zur Trauer ist bei einer Depression häufig eine dauerhafte Niedergeschlagenheit vorhanden (mindestens 2 Wochen am

Großteil des Tages). Während Menschen, die traurig sind weiterhin Trost erleben, tun depressive Menschen das nicht. Sie sind meist antriebslos, ziehen sich sozial zurück, haben Selbstzweifel oder werten sich ab, das ist bei Trauer tendenziell weniger der Fall.

Bezüglich der Kontrollmöglichkeiten eines Menschen werden in diesem Workshop zwei „Kontrollradare“ herangezogen: Kontrollradar 1 beinhaltet drei Zonen: die innerste ist die eigene Person, darum schließen sich die Mitmenschen und darum wiederum die äußere Umwelt. Dabei haben Menschen weitestgehend Kontrolle über deren Handeln und deren Gedanken. Mitmenschen sind zwar unter Umständen beeinflussbar, aber nicht kontrollierbar. Der äußere Kreis, also die äußere Umwelt (z. B. das Wetter), sind weder beeinflussbar noch kontrollierbar. Kontrollradar 2 zoomt in den kleinsten Kreis von Kontrollradar 1 – die eigene Person. Auch hier können wieder drei Zonen unterschieden werden: Das bewusste Reflektieren (innerster Kreis), automatische Gedanken (der sich darum schließende Kreis) und die Gefühle und Körperreaktionen (z. B. innere Unruhe als äußerster Kreis). Auch hier verhält es sich ähnlich wie beim ersten Kontrollradar, während innenliegend (Reflektieren) kontrollierbar ist, sind die automatischen Gedanken und die Gefühle bzw. Körperreaktionen es nicht. Letztere können ausschließlich durch bewusste Gedanken beeinflusst werden. Diese beiden Kontrollradare sollen im weiteren Verlauf als Orientierung dafür dienen, was bearbeitbar ist (i. S. „Es liegt in meiner Kontrolle.“).

Zu den **Bewältigungsstrategien** im Umgang mit starken Emotionen gehört u. A. eine achtsame Haltung. Achtsamkeit meint das bewertungsfreie Wahr- und Annehmen der Emotion. Anstatt gegen sie anzukämpfen, vielmehr sie als Begleiter zu akzeptieren und mit ihr gemeinsam den weiteren Weg zu beschreiten. Ebenfalls wichtig ist die

Auseinandersetzung mit Gedankeninhalten, die zur Emotion führen: Beispielsweise die Aufdeckung dysfunktionaler Grundannahmen. Dabei können das Herstellen eines Realitätsbezugs und eine ggfs. notwendige Wahrscheinlichkeitsüberprüfung z. B. für ein Rezidiv relevant werden. Darüber hinaus sollte auch darüber aufgeklärt werden, wie Sorgenprozesse aufrechterhalten bleiben, nämlich über das Phänomen, dass Sorgen häufig nicht zu Ende gedacht werden. So kommt es zwar zu einer starken emotionalen und auch körperlichen Aktivierung, jedoch zu keiner Habituation, i. S. „Ich halte das aus.“. Ganz grundsätzlich gehören positive Aktivitäten im Gleichgewicht zu hinreichender Entspannung sowie eine Mischung aus Zuwenden zu den eigenen Emotionen und aber auch dem bewussten Ablenken zu einer ausgeglichenen psychischen Verfassung. Zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Unterstützung sind ebenfalls wichtige Indikatoren. Eine potenzielle Strategie bei akuter Angst ist der Gedankenstopp: Bei dieser Strategie wird bewusst und am besten laut STOP gesagt, sodass das Gedankenkarusell unterbrochen wird. Im Idealfall gelingt es so von den automatisierten Gedanken in die willentlichen zu gelangen. Ganz bekannt und wirksam ist auch die 5,4,3,2,1-Übung. Zunächst werden jeweils fünf, dann vier, dann drei, dann zwei und dann eine Sache aufgezählt, die gerade gesehen, gehört und gespürt werden. Durch diese Strategie kann akut Ablenkung stattfinden. Eine weitere Technik ortsunabhängig durchgeführt werden kann ist die Fünf-Finger-Atem-Technik, die im **KAPITEL 4 – PSYCHOONKOLOGISCHER INPUT** auch beschrieben ist.

VOR DEM WORKSHOP

Eine gute Vorbereitung ist wichtiger Bestandteil für eine erfolgreiche Durchführung (zur weiteren Vertiefung: (Langmaack & Braune-Krickau, 1993). Im Folgenden werden nur die wichtigsten Aspekte genannt:

- **Absprachen mit dem Hotel** bezüglich: Übernachtungsmöglichkeiten, Essen(szeiten) und unterschiedliche Ernährungsformen (z. B. vegetarisch) oder Allergien (z. B. Histaminintoleranz). Absprachen zu den Räumlichkeiten (ggfs. für den Zeitslot der Open Spaces zusätzliche Räumlichkeiten mit einplanen), Absprache der Bestuhlung und der technische Ausstattung (z. B. Beamer, Flipchart, Moderationskoffer, etc.)
- **1,5-tägiger Workshop mit Anreise am Vortag:** Die Anreise der Teilnehmenden erfolgt am Nachmittag des Vortages (bis spätestens 17:30 Uhr, da dann das gemeinsame Abendessen erfolgt). Die Kursleitung sollte spätestens 16 Uhr selbst am Veranstaltungsort eingetroffen sein, um die Teilnehmenden in Empfang zu nehmen.
- Begeben Sie sich **rechtzeitig bzw. frühzeitig in den Seminarraum**, um diesen einzurichten (z. B. Flipcharts im Raum verteilen, Technik prüfen, etc.) und sich auf den Workshop einzustimmen).
- Die benötigten **Materialien** (Metaplanwand, Flipchart, Stifte, Karten, etc.) werden vom Kursleiter vorbereitet und bereitgestellt.
- Im Idealfall sollten Tische vorhanden sein, die dann in **U-Form** an der Wand stehen. Im inneren der Tische soll sich ein u-förmiger Stuhlkreis befinden. Die offene Seite richtet sich zur Kursleitung (und der Leinwand). Sofern keine Tische vorhanden sind, stellen z. B. Klemmbretter oder Stühle mit integrierten Klappstischen Alternativen dar. sollte ein u-förmiger Stuhlkreis gebildet werden.
- Auf jedem Stuhl soll sich ein Stift befinden.
- Zudem sollte ein **Begrüßungsplakat** am Eingang des Raums sowie die **Agenda** (in Blickrichtung der Teilnehmenden) hängen, welches den Titel des Workshops nennt, den Namen der Kursleitung und die Teilnehmenden willkommen heißt.
- Die **resilienzförderliche Begleitbroschüre, das Kräfte-für-Krisen-Buch** für die Teilnehmenden sollte gleich bei der Begrüßung (Ankunft der Teilnehmenden) am Freitag oder zu Beginn des Workshops (Samstag) auf die Plätze verteilt werden.
- Die **Namensschilder** sollen bereits bei der Ankunft, spätestens bei dem gemeinsamen Abendessen, an die Teilnehmenden verteilt werden. Im besten Fall sind diese bereits vorbereitet (Vorname großer Druck, Nachname kleiner Druck). Bereits bei der Ausgabe der Namensschilder sollte die Kursleitung mit den Teilnehmenden besprechen, ob diese mit der Anredeform im Kurs „Du“ einverstanden sind. Falls dies nicht der Fall sein sollte oder die Kursleitung sich nicht dabei wohlfühlt, sollte zum „Sie“ übergegangen werden. Hintergrund der Empfehlung des „Dus“ ist, dass die Begleitbroschüre in der Du-Form geschrieben ist.
- Um vor dem Workshop(beginn) einen **persönlichen Kontakt** herzustellen, sollte die Kursleitung die Teilnehmenden bei Ankunft (am Vortag) persönlich begrüßen und vor dem Beginn selbst die Teilnehmenden beim Betreten des Raums ebenfalls mit Blickkontakt und Gruß begrüßen. Um für eine angenehme Ambiente zu sorgen, soll

Kaffeehausmusik (z. B. youtube, spotify oder deezer) vor dem Workshop und in den Workshoppausen abgespielt werden.

- In allen Sequenzen des Workshops (siehe Sequenzplan) sollte die Kursleitung darauf achten, dass **genug Raum für Fragen** bleibt. Auch wenn die Zeit knapp werden sollte, soll auch auf **ausreichende Pausen** geachtet werden und ggfs. müssen manche Inhalte dann gekürzt oder weggelassen werden.

AGENDA



Anreise Tag

bis 17.30 Uhr **Anreise**
18.00 Uhr **Begrüßung** und *gemeinsames Abendessen* im Hotel

Tag 1

9.00 Uhr **Begrüßung und Landen**
10.15 Uhr *Pause*
10.30 Uhr **Resilienz und Resilienzfaktoren**
10.55 Uhr *Kaffeepause*
11.15 Uhr **Herausforderungen und Umgang mit einer Krebserkrankung** (psychoonkologischer Input)
12.30 Uhr *Mittagspause*
14.00 Uhr **Expressives Schreiben**
14.45 Uhr **(imaginative) Entspannungsverfahren**
15.30 Uhr *Pause*
15.35 Uhr **Open Space**
16.50 Uhr **Abschlussrunde bis 17 Uhr**
18.00 Uhr *Abendessen*

Tag 2

9.00 Uhr **Landen und die Säulen des Selbstwerts**
9.30 Uhr *Pause*
9.40 Uhr **Meine Ziel-Säulen des Selbstwerts**
11.15 Uhr *Kaffeepause*
11.30 Uhr **Wecke Dein Vertrauen: Meine Stärken**
12.35 Uhr **Abschluss- und Feedbackrunde**
13.00 Uhr *Ende der Veranstaltung: Mittagessen bzw. Lunchpakete (werden am Ende der Veranstaltung im Tagungsraum bereitgestellt)*

ABLAUF- UND SEQUENZPLAN



Kapitel 1

Uhrzeit		min	Sequenz	Sozi- alform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
17:30	18:00	20	Anreise und Begrüßung	Einzel	Ausgabe: „Kräfte-für-Krisen-Buch“, Namensschilder	Kräfte-für-Krisen-Buch, Namensschilder	Moderation	Ankommen und Kennenlernen
18:00	19:00	60	Abendessen	Plenum	Erneute Begrüßung im Plenum			
19:00	20:00	60	Vorbereitungen		Material vorbereiten: • Flipchart: Gruppenregeln (Überschrift) • Stift auf jedem Platz • Flipchart-Papier und Farbkarten auf Tische zum Schreiben • Abgleich Anwesenheitsliste • etc			Vorbereitungen

Kapitel 2

Uhrzeit		min	Sequenz		Sozialform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele		
9:00	9:20	3		Organisatorische Einführung	Plenum	Vorstellung der Kursleitung (und ggf. weiterer Unterstützung)	Empfehlung: PowerPoint (PP)	PP-Präsentation	Kennenlernen Vertrauen fördern, Struktur geben		
		3			Vorstellung der Anleitung der Intervention (1,5-tägiger resilienzfördernder Workshop + resilienzfördernde Begleitbroschüre, Kräfte-für-Krisen-Buch)						
		4			Vorstellung der Agenda						
		10			Gruppenregeln sammeln						
9:20	10:15	15		Inhaltliche Einführung	Plenum	<Kennenlernen>	Empfehlung: PP	Moderation	Kennenlernen, Wahrnehmung der Sozialen Unterstützung fördern, Herausforderungen und Ziele bewusst machen → Erwartungen managen		
		5			10	Einzel				<Ausgangspunkt und Ziele> (Einzelarbeit)	Kräfte-für-Krisen-Buch
					30	Gruppen				<Hoffnungen und Befürchtungen> (Gruppenarbeit) und	Flipchart-Papier auf Pinnwand
					Plenum	Austausch					
10:15	10:30	15	-Pause-								
5	0										
10:30	11:30	25		Resilienz(-faktoren)	Plenum	Vorstellung der Resilienz(-faktoren), deren Entstehungsgeschichte und Relevanz; sowie Vorstellung des der Intervention	Empfehlung: PP	PP-Präsentation	Psychoedukation, Ressourcenaktivierung		
0	0										

4. Resilienzfördernder Workshop: Trainer:innen-Manual

				zugrundeliegende Konzepts (Grundbedürfnismodell)			
	15		Einzel	 <Meine Resilienzfaktoren>	Kräfte-für-Krisen-Buch		
	10		Plenum	 Erfahrungsaustausch <Meine Resilienzfaktoren>	Ggfs. Redeobjekt	Moderation	
10:55	11:15	20	-Kaffeepause-				

Kapitel 3

Uhrzeit		min	Sequenz	Sozi- alform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
11:30	12:30	20	 Psychoonkologischer Input	Plenum	 Vorstellung der typischen Krankheitsphasen und der damit einhergehenden spezifischen Belastungen und den Emotionen Angst, Ärger und Trauer (20 min)	Empfehlung: PP	PP-Präsentation	Herausforderungen und Umgang mit einer Krebserkrankung beschreiben, Validierung
		5			 Kontrollradar			
		13			 Umgang mit Emotionen			
		2			 Fünf-Finger-Atem-Technik			
		12:30			14:00			

Kapitel 4

Uhrzeit	min	Sequenz	Sozi- alform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
14:00	5	 Expressives Schreiben	Plenum	 Hintergrund und Einsatzgebiet	Kräfte-für-Krisen-Buch Ggfs. Redeobjekt	Moderation / Anleitung	Stärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung, des Kohärenzsinnns auch des Resilienzfaktors Sinn
	5		Einzel	 Erfahrungsaustausch			
	15			 Schreibimpuls und Schreibzeit			
			15	Plenum			
14:40	14:45	5	-Pause-				

Kapitel 5

Uhrzeit	min	Sequenz	Sozialform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
15:00	15:3	5	Plenum	 Hintergrund und Einsatzgebiet	Ggfs. Redeobjekt	Moderation / Anleitung	Stärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung
	5	 Praktische Übung					
	15	 Nachbesprechung					
	15	 Vorstellung/ Austausch					
15:30	15:35	5	-Pause-				

Kapitel 6

Uhrzeit	min	Sequenz	Sozialform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
15:35 5	5	 Open Space	Einzel	 Hintergrund und Einsatzgebiet	Ggfs. Redeobjekt		Fokussierung auf eigene Bedürfnisse, Vertiefung von Interessengebieten, Individualisierung des Workshops
	10		Plenum	 Gruppenbildung			
	45		Gruppen	 Durchführung			
	10		Plenum	 Nachbesprechung			
16:45 5	16:50	5	-Pause-				

Kapitel 8

Uhrzeit	min	Sequenz	Sozialform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
16:50	5	 Abschlussrunde	Einzel	 Nachbesprechung	Ggfs. Redeobjekt		Abschluss für den ersten Workshoptag
16:55	5	-Pause-					

4. Resilienzfördernder Workshop: Trainer:innen-Manual

Kapitel 9

Uhrzeit		min	Sequenz	Sozi- alform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
9:00	9:30	5	 Der Selbstwert	Einzel	 Transfer-In	Coachingkarten	Moderation	„Landen“ im Workshop
9:30	9:40	5	-Pause-					

Uhrzeit		min	Sequenz	Sozialform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
9:40	11:15	15	☀️ Der Selbstwert	Plenum	🗨️ Säulen des Selbstwerts	Empfehlung: PP	PP Präsentieren	Säulen des Selbstwerts und (dysfunktionale)(Grund-)Annahmen erkennen.
		15		Einzel	🎨 <Meine Säulen des Selbstwerts>	Kräfte-für-Krisen-Buch	Moderation	
		15		Gruppen	🗨️ Nachbesprechung in Gruppen, Ergänzung Selbstwert objektiv?	Flipchart-Papier auf Pinnwand		
		15		Plenum	🗨️ Vorstellung/ Austausch	Ggf. Redeobjekt	Sokratischer Dialog	
		20		Plenum	🗨️ Moderationsstuhl			
		15		Einzel	🎨 <Meine neuen Säulen des Selbstwerts>	Kräfte-für-Krisen-Buch	Moderation	
		10		Plenum	🗨️ Austausch	Ggfs. Redeobjekt		
11:15	11:30	15	-Kaffeepause-					

Uhrzeit	min	Sequenz	Sozialform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
---------	-----	---------	------------	--------	----------	--------	-------

4. Resilienzfördernder Workshop: Trainer:innen-Manual

		5		Plenum	 Anleitung Reflecting Team	<i>Empfehlung: PP</i>	PP Präsentieren	
11:30	12:30	15	 Resilienzfaktor Selbstwert	Einzel	 <Wecke Dein Vertrauen>	Kräfte-für-Krisen-Buch		Ressourcenaktivierung; Stärkung Selbstwertgefühl
		30		Gruppen	 Reflecting Team			
		10		Plenum	 Ausaush	Ggf. Redeobjekt	Moderation	
12:30	12:35	5	-Pause-					

Kapitel 10

Uhrzeit	min	Sequenz	Sozialform	Inhalt	Material	To Dos	Ziele
12:35	13:00	15		 Nachbesprechung			Abschluss für den zweiten Workshoptag
		10	 Abschluss	Plenum	 Feedback	Ggf. Redeobjekt	Moderation

KAPITEL 1: BEGRÜßUNG BEI AN- REISE UND ABENDESSEN

Ziele:

- 🕒 die Teilnehmenden willkommen heißen
 - 🕒 Gegenseitiges Kennenlernen
 - 🕒 Soziale Unterstützung fördern
-

Material:

- 📎 resilienzfördernde Begleitbroschüre, das **Kräfte-für-Krisen-Buch**
 - 📎 Namensschilder
-

Überblick:

- 👁️ Begrüßung der Teilnehmenden
 - 👁️ Ausgabe der Namensschilder und der resilienzfördernden Begleitbroschüre, das **Kräfte-für-Krisen-Buch**
-

Begrüßung bei der Anreise

Zeit:

- ⌚ Vortag zum Workshop (z. B. Freitag) zwischen 16 Uhr und 18 Uhr während der Ankunft der Teilnehmenden

Material:

- 📎 resilienzfördernde Begleitbroschüre, das **Kräfte-für-Krisen-Buch**
- 📎 Namensschilder

Ziele:

Die Teilnehmenden sollen begrüßt werden und potenzielle Fragen geklärt werden. Der erste persönliche Kontakt zum Studienleiter kann dabei unterstützen Hemmungen abzubauen, sodass die teilnehmende Person wahrnimmt, dass sie willkommen ist.

Die erste Begegnung zwischen der Kursleitung und den Teilnehmenden soll (im Idealfall) vor Beginn des gemeinsamen Abendessens sein. Dadurch kann jede/r der Teilnehmenden von der Kursleitung begrüßt und persönlich kurz eingeführt werden:

- Gegenseitige Vorstellung
- Ausgabe der Namensschilder
- Einverständnis bezüglich des Duzens einholen (bzw. falls nicht erwünscht berücksichtigen)
- Treffpunkt und Wegbeschreibung zum gemeinsamen Abendessen geben
- Angaben zu Beginn und Dauer des Workshops geben, ggfs. weitere Fragen (z. B. Anzahl der Teilnehmenden) klären
- Ausgabe der resilienzfördernde Begleitbroschüre, dem **Kräfte-für-Krisen-Buch**, mit den Hinweisen:
 - dass es in den Workshop integriert wird, weshalb die Teilnehmenden es am nächsten Tag mitbringen sollen.
 - dass die Teilnehmende das **Kräfte-für-Krisen-Buch** bereits anschauen bzw. lesen und ausfüllen können, jedoch keine

Aufgabe für den nächsten Tag haben.

- dass das **Kräfte-für-Krisen-Buch** Informationen über den Workshop hinaus beinhaltet und deshalb auch darüber hinaus darin gearbeitet werden kann.

Die Ausgabe der resilienzfördernde Begleitbroschüre, des **Kräfte-für-Krisen-Buchs**, erfolgt bereits am Vorabend des Workshops, um:

- die Möglichkeit zur Orientierung für das gemeinsame Wochenende zu geben.
- die Motivation auf den Workshop zu steigern
- potenzielle Ablenkung und Zeitverlust, wenn es erst am Workshop-Tag ausgegeben wird, zu vermeiden
- die Möglichkeit zu geben – sofern Interesse besteht – sich bereits am Vortrag auf den nächsten Tag einzustimmen.

Folgende Formulierungen wären denkbar:

Guten Tag, mein Name ist Max/i Mustermann und ich bin die Kursleitung für den *Wir entwickeln Krisenkräfte-Workshop*.

Darf ich Sie nach Ihrem Namen fragen, dann erhalten Sie Ihr Namensschild von mir.

Bei der Gelegenheit würde ich Ihnen gerne das Du anbieten, sind Sie damit einverstanden?

Gerne gebe ich Dir noch einen kurzen Überblick, wie der heutige Abend und die nächsten beiden gemeinsamen Tage ablaufen werden: Zunächst darfst Du hier ankommen. Um 18 Uhr ist ein gemeinsames Abendessen geplant, bei dem Du gemeinsam mit den anderen Teilnehmenden nochmal begrüßt wirst und die Möglichkeit hast, weitere Teilnehmende kennenzulernen. Der Workshop selbst startet morgen (z. B. Samstag) in folgendem Raum: XY. Der erste Workshoptag geht von 9 bis 17 Uhr, keine Sorge, es sind ausreichende Pausenzeiten eingeplant. Der

zweite (z. B. Sonntag) geht von 9 bis 13 Uhr. Sonntags mittags kannst Du dann zum Abschluss noch am gemeinsamen Mittagessen teilnehmen.

Hast Du hierzu erstmal noch Fragen?

Bei der Gelegenheit will ich Dir bereits die resilienzfördernde Begleitbroschüre, das *Kräfte-für-Krisen-Buch*, mitgeben. Dieses Arbeitsbuch findet während des Workshops seine Anwendung, kann aber auch – da es umfangreicher ist – darüber hinaus genutzt werden. Sofern Du willst, kannst Du dort auch Deine Notizen machen, es befinden sich hierfür vorgesehene freie Seiten am Schluss. Ich will Dir das heute mitgeben, dass Du – sofern Du das willst – bereits einmal hineinschauen kannst. Du hast keine Aufgabe darin zu erledigen, bringe es dann bitte morgen zu Beginn des Workshops mit.

Hast Du noch Fragen?

Ich freue mich auf das gemeinsame Abendessen.

Begrüßung bei dem Abendessen

Nachdem die Teilnehmenden alle bzw. größtenteils einzeln begrüßt wurden, findet dann (z. B. gegen 18 Uhr) ein gemeinsames Abendessen statt. Die Kursleitung begrüßt bei der Gelegenheit nochmals die Teilnehmenden in gemeinsamer Runde.

Folgende Formulierungen wären denkbar:

Hallo nochmal an alle, schön, dass ihr da seid! Ich bin Max/i Mustermann und ich bin die Kursleitung für den *Wir entwickeln Krisenkräfte-Workshop*. Wir werden die nächsten beiden Tage gemeinsam verbringen: Der Workshop startet morgen und übermorgen jeweils um 9 Uhr im Raum XY. Gegen 17 Uhr wird der Workshop morgen enden und

Abendessen ist dann wieder gegen 18 Uhr geplant – das werde ich morgen auch nochmal zu Euch sagen. Am Sonntag endet die Veranstaltung um 13 Uhr und es besteht die Möglichkeit, gemeinsam ein abschließendes Mittagessen einzunehmen.

Habt ihr zunächst Fragen zum Ablauf?

Zum heutigen Abend: Eure Aufgabe ist es, bereits jetzt mit etwas zu starten, was das Kredo für das Wochenende darstellt: Ihr macht das, was Euch guttut. Es besteht die Einladung, einander kennen zu lernen und z. B. auch nach dem Essen noch etwas sitzen zu bleiben. Wer mag, kann sich auch zurückziehen oder einen Spaziergang machen – die Einladung lautet: Tut das, was Euch guttut.

Ich werde bis nach dem Abendessen für Fragen oder Anliegen ansprechbar sein, deshalb kommt gerne auf mich zu.

Ansonsten wünsche ich uns eine angenehme Zeit und einen guten Appetit.

Ob das Abendessen und/oder eines oder mehrere Getränke mitinbegriffen sind bei dem Workshop sollte im Vorfeld (bei der Anmeldung) bereits transparent gemacht worden sein. Ein Hinweis diesbezüglich an dieser Stelle wäre wünschenswert.

Falls noch nicht geschehen besteht nun die Möglichkeit für die Kursleitung nochmal in den Raum zu gehen und die Punkte, die unter dem Kapitel *VOR DEM WORKSHOP* zusammengefasst wurden (z. B. Begrüßungs-Flipchart und Agenda-Flipchart und Technik-Check) durchzuführen. Natürlich besteht auch die Möglichkeit das im Vorfeld an den Workshop (morgens) zu absolvieren, wird jedoch nicht empfohlen: Sollte es z. B. technische Schwierigkeiten geben, können diese evtl. so kurzfristig nicht behoben werden und wertvolle Workshop-Zeit geht dafür drauf.

KAPITEL 2 –ORGANISATORISCHE UND INHALTLICHE EINFÜHRUNG

Ziele:

- ☞ **Gegenseitiges Kennenlernen, ggfs. Stärkung der Wahrnehmung der Sozialen Unterstützung**
- ☞ **Förderung einer angenehmen Arbeitsatmosphäre**
- ☞ **Struktur und Orientierung geben**
- ☞ **Herausforderungen und Ziele bewusst machen → Erwartungen managen**

Material:

- 📎 **Empfehlung: PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.**
 - **PP 1 - Vorstellung der Kursleitung**
 - **PP 2 - Anleitung der Intervention**
 - **PP 3 - Gruppenregeln**
- 📎 **resilienzfördernde Begleitbroschüre (*Kräfte-für-Krisen-Buch*)**
 - *<Meine Herausforderungen und meine Ziele>* (Seite 6)
- 📎 **(beschriftete) Flipchart** (Anzahl: 2; A und B)
 - *A: Begrüßung*
 - *B: Agenda*
 - *A: Überschrift: Gruppenregeln*
- 📎 **Flipchartpapier** (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier) **und Flipchart-Stifte** (2 pro Gruppe à 5 Personen)
- 📎 **Metaplanwand** (Anzahl: 1)

- 📎 **Buntes Papier** (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier)

Überblick:

- 📎 **Organisatorische Einführung**
 - 🗨️ Vorstellung der Kursleitung (und ggf. weiterer Unterstützung) (3 min)
 - 🗨️ Vorstellung der Anleitung der Intervention (1,5-tägiger resilienzfördernder Workshop + resilienzfördernde Begleitbroschüre, *Kräfte-für-Krisen-Buch*) (3 Min)
 - 🗨️ Vorstellung der Agenda (4 Min)
 - 🗨️ Gruppenregeln sammeln (10 Min)
- 📎 **Inhaltliche Einführung**
 - 🎨 *<Kennenlernen>* (15 Min)
 - 🎨 *<Ausgangspunkt und Ziele>* (Einzelarbeit) (10 Min)
 - 🎨 *<Hoffnungen und Befürchtungen>* (Gruppenarbeit) (30 Min)

Zeit:

- 🕒 **Organisatorische Einführung**
 - 🕒 9:00 bis 9:20 Uhr (20 min)
- 🕒 **Inhaltliche Einführung**
 - 🕒 9:20 bis 10:15 Uhr (55 min)
- 🕒 **Pause**
 - 🕒 10.15 bis 10.30 Uhr (15 min)

Organisatorische Einführung

Zeit:

🕒 ca. 20 Min

Material:

- 📎 **Empfehlung: PowerPoint-Präsentation (PP) selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.**
 - PP 1 - Vorstellung der Kursleitung
 - PP 2 - Anleitung der Intervention
 - PP 3 - Gruppenregeln
- 📎 **(beschriftete) Flipchart (Anzahl: 3; A, B und C)**
 - Flipchart 1 - A: Begrüßung
 - Flipchart 2 - B: Agenda
 - Flipchart 3 - C: Gruppenregeln

Ziele:

Die erste Einheit dient der Kursleitung (und ggfs. deren Unterstützung) zur Vorstellung. Das soll das Vertrauen in sie fördern. Darüber hinaus wird ein Überblick über den Ablauf (z. B. Sequenz- und Pausenzeiten), Ziele (z. B. Förderung der Resilienz und des Wohlbefindens) und den Rahmen (z. B. Gruppenregeln) der Intervention gegeben. Somit erhalten die Teilnehmenden Orientierung für die nächsten Stunden und den nächsten Tag.

Kurz vor dem Beginn des Workshops (circa eine viertel Stunde zuvor) soll die Kursleitung bereits im Raum sein, um die Teilnehmenden zu begrüßen und für evtl. Fragen ansprechbar zu sein. Für eine angenehme Atmosphäre sollen einerseits die Begrüßungspakete und die Startfolie der PowerPoint (PP)-Präsentation dienen und andererseits z. B. dezente Kaffeehausmusik im Hintergrund abgespielt werden. Sobald die Teilnehmenden eingetroffen sind, wird die Musik ausgemacht, damit wird dann ebenfalls der Beginn des Workshops gekennzeichnet.

Der Workshop wird durch eine erneute Begrüßung durch die Kursleitung eröffnet: Sie stellt sich (und ggfs. weitere Unterstützung) gestützt durch eine PP-Präsentation (mit Bild und beruflichem Hintergrund, vgl. **PP 1**) vor.

Ebenfalls in der Präsentation enthalten sollte die Anleitung zur Intervention (Workshop + Arbeitsbuch) als auch der Überblick über die Agenda sein. Die Agenda sowie das Begrüßungspaket befinden sich zudem während des gesamten Workshops in Sichtweite für die Teilnehmenden (auf einem Flipchart-Ständer). Im Anschluss an die Vorstellungen sammelt die Kursleitung gemeinsam mit den Teilnehmenden auf der bereits mit dem Titel vorbereiteten Flipchart Gruppenregeln für die Veranstaltung.



Flipchart 1 - A: Begrüßung

Folgende Formulierungen können hier als Orientierung genutzt werden:

Herzlich willkommen an alle zu dem Workshop *Wir entwickeln Krisenkräfte*. Ich freue mich, euch alle hier begrüßen zu dürfen. Wir hatten gestern zwar schon Gelegenheit uns etwas kennen zu lernen, jetzt aber hier nochmal ganz offiziell: Mein Name ist Max/i Mustermann und ich habe den folgenden beruflichen Hintergrund und bin bei XY angestellt/ für XY tätig.

4. Resilienzfördernder Workshop: Trainer:innen-Manual

Lara Hubenschmid, M. Sc. Psych.

- Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in Ausbildung
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin am LIR (Leibniz-Institut für Resilienzforschung gGmbH)



PP 1 - Vorstellung der Kursleitung

Gerne will ich Euch eine Anleitung zur Intervention *Wir entwickeln Krisenkräfte* geben: Die Intervention besteht aus zwei Teilen:

- dem **1,5-tägigen resilienzfördernden Workshop**
- und der resilienzförderlichen Begleitbroschüre, dem **Kräfte-für-Krisen-Buch**

Anleitung Intervention



PP 2 - Anleitung der Intervention

Hintergrund hierfür ist, dass der Workshop stark praxisorientiert und als eine Gruppenveranstaltung konzipiert ist. Das hat Vorteile:

- 1) Ihr habt die Möglichkeit verschiedene Strategien zur Resilienzförderung kennen zu lernen UND auszuprobieren.
- 2) Ihr habt die Möglichkeit Euch mit anderen Betroffenen auszutauschen, einander zu öffnen und zu unterstützen.

Gleichzeitig soll die Intervention auch die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe adressieren und auch die Möglichkeit geben, bei

Interesse tiefer in die Thematik einzusteigen. Daher gibt es zusätzlich das Arbeitsbuch. Es wird einerseits während des Workshops seine Anwendung finden – indem einerseits ausgewählte Übungen durchgeführt werden und ihr euch andererseits auch Notizen darin machen könnt – aber ihr seid auch eingeladen über den Workshop hinaus Euch mit Eurer Resilienz und somit mit dem *Kräfte-für-Krisen-Buch* zu beschäftigen.

Nun will ich Euch einen Überblick darüber geben, was die nächsten Stunden und morgen an Programm geplant ist. Wichtig ist, dass hier Angebote von resilienzstärkenden Strategien gemacht werden, was für wen besonders wirksam ist, muss individuell geschaut werden. Ich lade euch zu Offenheit und gleichzeitig zur Selbstfürsorge ein.

FREITAG	SAMSTAG
bis 17.30 Uhr Anreise	9.00 Uhr Begrüßung
18.00 Uhr Begrüßung und gemeinsames Abendessen	<i>Pause</i>
	10.25 Uhr Resilienz und Resilienzfaktoren
	<i>Kaffeepause</i>
	11.15 Uhr Herausforderungen und Umgang mit einer Krebserkrankung
	<i>Mittagspause</i>
SONNTAG	13.45 Uhr Expressives Schreiben
9.00 Uhr Säulen des Selbstwerts	14.40 Uhr (imaginative) Entspannungsverfahren
<i>Kaffeepause</i>	<i>Kaffeepause</i>
10.30 Uhr Meine Ziel-Säulen des Selbstwerts	15.45 Uhr Open Space
<i>Pause</i>	16.50 Uhr Abschlussrunde
11.30 Uhr Wecke Dein Vertrauen: Meine Stärken	18.00 Uhr Abendessen
12.35 Uhr Abschluss- und Feedbackrunde	

Flipchart 2 - B: Agenda

Kommen wir nun zur Agenda: Wir haben bereits mit der Begrüßung und dem Landen in dem Workshop gestartet. Damit das besser gelingt, werden wir uns und die Hoffnungen und Befürchtungen an diesen Workshop im Anschluss gleich noch beleuchten. Nach einer kurzen 15-minütigen Pause wird es um Resilienz und Resilienzfaktoren und deren Entstehungsgeschichte sowie den

Grundbedürfnissen gehen. Danach gibt es dann die erste Kaffeepause von circa 20 Minuten. Nach der Stärkung gibt es psychoonkologischen Input zu den (typischen) Herausforderung und Hinweise zum Umgang mit einer Krebserkrankung. Danach machen wir eine 1,5stündige Mittagspause. Nach der Mittagspause wird euch das *expressive Schreiben* nähergebracht – ihr erfahrt etwas über den Hintergrund und dessen positive Wirkung und vor allem dürft ihr selbst aktiv werden. Daran anschließend erfahrt ihr etwas über (*imaginative*) *Entspannungsverfahren* und dürft auch hier direkt ausprobieren. Dann erfolgen weitere kurze Pausen und daran anschließend der *Open Space*.

An dieser Stelle nur eine kurze Erläuterung, was *Open Space* bedeutet – keine Sorge, später leite ich Euch dazu nochmal an. *Open Space* bedeutet, dass ihr Angebote aus dem heutigen Programm – also *psychoonkologischer Austausch*, *expressives Schreiben* oder (*imaginative*) *Entspannungsverfahren*, weiter vertieft oder Fragen und Anliegen gesprochen werden können. Ihr habt darüber hinaus die Möglichkeit selbst mitzubestimmen: Ihr könnt nämlich auch eigene Räume bzw. Spaces anbieten (z. B. Spaziergang oder Austausch zu Thema XY) oder ihr tut das, was Euch guttut. D. b. einen Kaffee trinken, eine Runde Nachmittagsschlaf, in dem *Kräfte-für-Krisen-Buch* weiterarbeiten etc. Der *Open Space* gibt Euch die Möglichkeit, 45 Minuten das zu tun, was für Euch gerade das Richtige erscheint. Ich fahre mit dem Programm von Sonntag fort: Wir starten mit einem erneuten Landen in dem Thema und widmen uns dann dem Thema Selbstwert. Seinen Säulen und wie das eigene Vertrauen in sich selbst geweckt werden kann. Wir starten um 9 Uhr und enden gegen 13 Uhr. Dazwischen gibt es eine 15-minütige Kaffeepause und weitere kurze Pausen. Habt ihr zur Agenda Fragen?

Sofern es keine weiteren Fragen gibt, gehen wir weiter im Programm und widmen uns der

Frage, was gewährleistet sein muss, damit ich ihr Euch in dieser Gruppe wohl fühlt? In anderen Worten lasst uns einen Rahmen besprechen, wie wir miteinander umgehen wollen. Was sind wichtige Gruppenregeln?



Flipchart 3 - C: Gruppenregeln

Die Gruppenregeln werden auf dem Flipchart gemeinsam mit den Teilnehmenden gesammelt. Mögliche Beispiele für Gruppenregeln sind im Folgenden aufgelistet (diese können als Ergänzung auf einer PP-Folie (vgl. PP 3) präsentiert werden).

Gruppenregeln



- **Respektvoller Umgang:**
 - Einander zuhören
 - Einander aussprechen lassen
 - Unterschiedliche Meinungen und Ansichten sind zu respektieren
- **Vertraulichkeit:**
 - Offenheit nach innen → Verschwiegenheit nach außen.
- Jeder ist für sich **selbst verantwortlich** – und für die Gruppe als Ganzes:
 - Wünsche dürfen ausgesprochen werden
 - Jeder kann jederzeit „Nein“ sagen
 - Jeder darf sich das mitnehmen, was er braucht
 - Jeder darf, keiner muss
 - Emotionen sind okay und zu erwarten.

SELBST-FÜRSORGE

PP 3 - Gruppenregeln

Falls nicht eigenständig von der Gruppe angesprochen, sollte die Kursleitung kommunizieren, dass Selbstverantwortung ein wichtiger Aspekt darstellt. Bei jungen an Krebs erkrankten Menschen handelt es sich um eine Personengruppe, die ggf. von Fatigue betroffen ist oder durch die aktuellen

Behandlungen auch anderweitig eingeschränkt und schnell ermüdbar ist. Daher soll die Einladung vermittelt werden, dass wenn es jemandem nicht gut gehen sollte oder eine Person Ruhe benötigen sollte, dann solle sie ihrem Bedürfnis nachgehen. Es soll vermittelt werden, dass „alles darf und nichts muss“. Auf sich selbst und seine Bedürfnisse zu achten, wird nicht mit Respektlosigkeit der Kursleitung gegenüber gleichgesetzt, sondern als positiv erachtet – so die gewünschte Haltung der Kursleitung.

Inhaltliche Einführung

Zeit:

🕒 ca. 55 Min

Material:

📎 **Empfehlung: PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.**

- **PP 4** - Anleitung zur Übung <Kennenlernen>
- **PP 5** - Anleitung zur Übung <Ausgangspunkt und Ziele>
- **PP 6** - Anleitung zur Übung <Hoffnungen und Befürchtungen>

📎 **resilienzfördernde Begleitbroschüre (Kräfte-für-Krisen-Buch)**

- <Meine Herausforderungen und meine Ziele> (Seite 6)

📎 **Flipchartpapier** (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier) **und Flipchart-Stifte** (2 pro Gruppe à 5 Personen)

📎 **Metaplanwand** (Anzahl: 1)

📎 **Buntes Papier** (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier)

Ziele:

Die Teilnehmenden sollen die Möglichkeit erhalten, sich gegenseitig besser kennen zu lernen. Das sorgt nicht nur für eine angenehme (Arbeits-)Atmosphäre, es ermöglicht den Teilnehmenden ebenfalls Gemeinsamkeiten oder Unterschieden festzustellen. Diese können entweder für Sympathie (Förderung der

sozialen Unterstützung) oder auch für Neugierde (z. B. Smalltalk in den Pausen) sorgen. Daran anschließend soll die Zielsetzung (Erwartungen und Befürchtungen) für den Workshop – aber auch für wichtige Anliegen darüber hinaus – durch die Teilnehmenden geklärt werden. Der Blick über die Veranstaltung hinaus ist erwünscht, da durch die resilienzfördernde Begleitbroschüre die Reise zu mehr Resilienz und Wohlbefinden auch über die Veranstaltung hinausbegleitet werden kann. Der Blick auf die Hoffnungen und Befürchtungen soll die Kursleitung dabei unterstützen, die Erwartungen der Teilnehmenden zu managen.

Nachdem alle organisatorischen Aspekte geklärt wurden, leitet die Kursleitung eine **Kennenlern-Übung** an. Diese soll parallel auf der PP nachzulesen sein. Die Kursleitung erläutert, wie das Aufstellen im Raum angeordnet ist, stellt dann die dafür vorgesehenen Fragen und sobald alle stehen, wird nochmal in den Austausch gegangen (z. B. Woher die einzelnen Teilnehmenden kommen, wie sie heißen oder was deren Hobbys sind). Hier stehen potenzielle Fragestellungen, nach denen sich die Teilnehmenden im Raum aufstellen können. Es dürfen weitere ergänzt werden. Die Kursleitung geht diese nach und nach durch.

Aufstellen im Raum/ Kennenlernen:

- Woher kommst Du aus Deutschland?
- Nach dem Alphabet nach Vornamen aufstellen
- Gruppierungen nach Hobbys:
 - Ballsport
 - Garten
 - Fitnessstudio
 - Spazieren
 - Tanzen

Als nächstes erfolgt eine Auseinandersetzung mit den eigenen Problembereichen, um daraus Zielsetzungen (für den Workshop und darüber hinaus) ableiten zu können. Diese

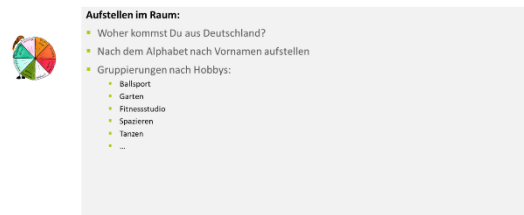
zwei Übungen sind auf Seite 6 und 7 im **Kräfte-für-Krisen-Buch** zu finden. Zur Anleitung der Übungen soll die Kursleitung die Instruktion auf einer PP-Folie (inklusive Seitenangaben und zur Verfügung stehenden Zeitangabe; siehe Folienbeispiel **PP 5**) vorbereitet haben und diese dann nochmal vorstellen. Zunächst erfolgt eine 10-minütige Einzelarbeit bezüglich Problembereiche und Zielsetzungen (<Meine Herausforderungen und meine Ziele>). Daran anschließend werden Gruppen gebildet, um sich darüber auszutauschen, was die Hoffnungen und Befürchtungen an den Workshop sind. Pro Gruppe sollten es höchstens fünf Teilnehmende sein. Je nach der sich daraus ergebenden Gruppenanzahl (z. B. 30 Teilnehmende = 6 Gruppen, 25 Teilnehmende = 5 Gruppen) sollten während der Einzelarbeit von der Kursleitung ein Flipchartpapier mit jeweils zwei Flipchartmarkern für jede Gruppe (auf den Tischen oder an den Flipchartständern, sodass ein Schreiben möglich ist) vorbereitet werden. Die Einteilung in die Gruppen erfolgt zufällig bereits vor dem Workshop. Jede Gruppe ist durch eine Farbe (z. B. rot) gekennzeichnet: Die Namen der Teilnehmenden sind pro Gruppe in der entsprechenden Farbe auf der PP, die die Gruppeneinteilung kenntlich macht, dargestellt. In den Gruppen entsprechenden Farben soll die Kursleitung zudem ein buntes Papier zu dem jeweiligen Flipchartpapier (auf den Tischen bzw. an den Flipchartständern) legen. Somit ist die Gruppenzuordnung eindeutig geregelt und ebenfalls nachlesbar. Das hat den Vorteil, dass wenig Zeit für die Gruppenbildung verloren geht und immer andere Teilnehmende in den Austausch miteinander kommen.

Die gemeinsam gesammelten Hoffnungen und Befürchtungen (Hs & Bs) werden von den einzelnen Gruppen (gemeinsam oder von einer Person) mit dem Flipchartpapier an der Metapinnwand anschließend vorgestellt. Nach der Vorstellung werden die Hs & Bs in die Mitte des Raumes gelegt und bleiben dort bis zum Ende der Veranstaltung liegen.

Eine mögliche Anleitung durch die Kursleitung könnte folgendermaßen lauten:

Nachdem ihr einen Einblick bekommen habt, wer ich bin, will ich Euch auch noch etwas besser kennenlernen bzw. Euch auch die Gelegenheit geben, dass ihr Euch gegenseitig besser kennen lernt.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Kennenlernen



PP 4 - Anleitung zur Übung <Kennenlernen>

Dafür stellen wir uns zu ein paar Fragestellungen im Raum auf. Die erste Frage lautet: „Woher kommst Du aus Deutschland.“ Wir orientieren uns an den vier Himmelsrichtungen Norden, Süden, Westen und Osten.

Da nun alle von Euch stehen, will ich mal etwas umherfragen: „Woher kommst du genau?“.

Als nächstes seid ihr eingeladen, Euch nach Euren Vornamen alphabetisch aufzustellen. Hier beginnen wir mit A und hier enden wir mit Z.

Da nun alle von Euch stehen, will ich mal etwas umherfragen: „Wie ist Dein Name?“.

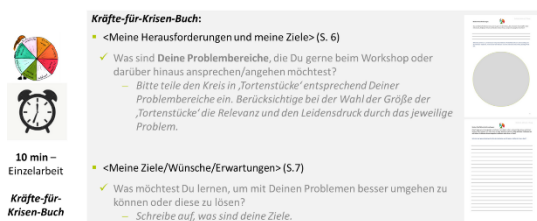
Das hat bisher sehr gut funktioniert, daher will ich Euch nun etwas herausfordern: Wahrscheinlich hat jeder von Euch mindestens ein Hobby, manche auch zwei oder mehrere. Die Einladung lautet nun, bildet Gruppen, anhand Eurer Hobbys bzw. Eurem liebsten Hobby (=Herzensangelegenheit). Um Euch eine Orientierung zu geben, seht ihr

auf der Folie einige Beispiele dafür: Ball-sport, Garten, Fitnessstudio etc.

Nun bin ich sehr gespannt, welche Gruppen haben sich denn hier gefunden: „Was sind Eure Hobbys bzw. Herzensangelegenheiten?“

Danke, dass ihr so toll mitgemacht habt. Nach dieser Kennenlernübung gehen wir einen Schritt weiter und steigen inhaltlich in den Workshop ein.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Ausgangspunkt und Ziele



PP 5 - Anleitung zur Übung <Ausgangs-punkt und Ziele>

Die erste Fragestellungen an Euch lauten: „Was ist Euer Ausgangspunkt und was sind Eure Ziele?“. Die Frage ist so gemeint, dass ihr zunächst Euch mit Euren Problemfeldern, die ggfs. auch Grund für Eure Anmeldung hier darstellen, auseinandersetzt und daran anschließend überlegt, was sind Eure Ziele bzw. was wollt ihr lernen. Seinen Ausgangspunkt zu kennen und zu wissen, wo man hinwill, ist wichtig, um diesen Weg zu bestreiten. Deshalb bezieht Eure Ziele gerne nicht ausschließlich auf diesen Workshop, sondern auch darüber hinaus.

Für diese Auseinandersetzung schlägt zunächst Seite 6 des **Kräfte-für-Krisen-Buchs** auf: Dort findet ihr nochmal die folgende Instruktion: „Was sind Deine Problembereiche, die Du gerne beim Workshop oder darüber hinaus ansprechen/angehen möchtest? Bitte teile den [abgebildeten] Kreis in ‚Tortenstücke‘ entsprechend Deinen Problembereichen ein. Berücksichtige bei der

Wahl der Größe der ‚Tortenstücke‘ die Relevanz und den Leidensdruck durch das jeweilige Problem.“ Daran anschließend, auf Seite 7, findet ihr dann noch die folgende Instruktion: „Was möchtest Du lernen, um mit Deinen Problemen besser umgehen zu können oder diese zu lösen? Schreibe auf, was sind Deine Ziele.“ Ich gebe Euch hierfür 10 Minuten Zeit. Bei Fragen kommt gerne auf mich zu.

– Nach 10 Minuten–

So nun gehen wir einen Schritt weiter: Nachdem ihr Euch gerade eigenständig mit Problembereichen und Zielen beschäftigt habt, soll nun als nächstes eine Gruppenarbeit erfolgen. Ihr bekommt die folgende Aufgabenstellung: „Was sind Eure Hoffnungen, was Eure Befürchtungen für den Workshop?“ Bitte schreibt diese auf Flipchart-Papier mit, um es danach vorzustellen. Warum wir das tun? Jeder bringt Hoffnungen und Befürchtungen mit – unausgesprochen oder nicht, sie sind hier. Indem ihr sie mit mir und der Gruppe teilt, haben wir die Chance darauf einzugehen. Ich habe Euch im Vorfeld bereits in Gruppen eingeteilt. Ihr findet hier im Raum kleine Stationen mit Flipchartpapier und -markern, die jeweils mit einer Farbe gekennzeichnet sind. Darüber hinaus findet ihr Euren Vornamen auf der PP (vgl. **PP 6**) in der Farbe eurer entsprechenden Gruppe. Ich lese einmal vor: In Team gelb befinden sich X, Y und Z. In Team rot etc. Ich gebe Euch nun 20 Minuten Zeit für den Austausch. Ich bin bei Fragen ansprechbar.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Hoffnungen und Befürchtungen



PP 6 - Anleitung zur Übung <Hoffnungen und Befürchtungen>

– Nach 20 Minuten –

Liebe Gruppen, nun habt ihr Euch ausgetauscht und Eure Flipchartpapiere mit Stichpunkten gefüllt. Als nächstes lade ich Euch ein, dass ihr Eure Hoffnungen und Befürchtungen mit der Großgruppe teilt. Kommt also gerne entweder als Gruppe, einzeln oder zu mehrernach vorne, pinnt das Papier an die Metaplanwand und stellt den Inhalt kurz vor.

– Nach der Vorstellung der Hs & Bs –

Lieben Dank für Eure Offenheit. Ich kann mir vorstellen, dass einige Eurer Hoffnungen (z. B. Strategien im Umgang mit Angst oder Stress zu erlernen) hier adressiert werden. Manche ggf. leider nicht. Zu Euren Befürchtungen – ja es kann (z. B) emotional werden, es kann passieren, dass ihr getriggert werdet, es kann passieren, dass ihr Euch nichts mitnehmen könnt. Hier nochmal der Appell zur Selbstfürsorge: Sollte sich jemand nicht wohl fühlen oder für sich feststellen, dass ein anderes Bedürfnis gerade im Vordergrund steht, dann dürft ihr gut für Euch sorgen. Bitte gebt nur kurz Bescheid, solltet ihr den Workshop verlassen, damit ich im Bilde bin und mir keine Sorgen um Euch zu machen brauche.

Solltet ihr nichts von diesem Workshop für Euch mitnehmen können, kann an dieser Stelle dann nur die Einladung ausgesprochen werden, dass wenn das ein für Euch relevanter Aspekt darstellt, dass ihr Euch diese Unterstützung in einem anderen Kontext sucht, auch wenn es schade ist, dass es hier nicht dabei war. Gibt es an dieser Stelle noch Fragen oder Anmerkungen?

Dann machen wir eine kurze Pause. Danach geht es dann mit der Resilienz und den Resilienzfaktoren weiter. Bitte seid in 15 Minuten wieder hier.

KAPITEL 3 – RESILIENZ(-FAKTOREN)

Ziele:

- 🎯 **Vorstellung und Psychoedukation:**
 - Resilienz(-faktoren)
 - Salutogenese: Aufweichung bzw. Auflösung dysunktionaler Schuldannahme an Krankheit und Förderung des Wohlbefindens
 - Grundbedürfnisse zur Entstehung von Wohlbefinden
 - 🎯 **Erläuterung Konzept Grundbedürfnisse und Resilienz(-faktoren)**
 - 🎯 **Ressourcenaktivierung der Resilienzfaktoren**
-

Material:

- 📎 **Empfehlung: PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.**
 - **PP 7** – Resilienz (Begriffserläuterung)
 - **PP 8** – Resilienz Eigenschaften
 - **PP 9** – Kauai-Studie
 - **PP 10** – Kauai-Studie: Resilienzfaktoren
 - **PP 11** – Resilienzfaktoren
 - **PP 12** – Salutogenese - Gesundheitskonzept
 - **PP 13** – Salutogenese
 - **PP 14** – Kohärenzgefühl
 - **PP 15** – **Vulnerabilitäts-Stress-Modell**
 - **PP 16** – Wohlbefinden
 - **PP 17** – Konzept der Intervention
 - **PP 18** – Anleitung zur Übung *<Meine Resilienzfaktoren>*
-

-
- 📎 **Redeobjekt (z. B. Stein)**
 - 📎 **resilienzfördernde Begleitbroschüre (*Kräfte-für-Krisen-Buch*)**
 - *<Meine Resilienzfaktoren>* (Seite 10)
-

Überblick:

- 📎 **Resilienz(-faktoren)**
 - 🗣️ Vorstellung der Resilienz(-faktoren), deren Entstehungsgeschichte und Relevanz; sowie Vorstellung des der Intervention zugrundeliegende Konzepts (Grundbedürfnismodell) (25 min)
 - 🎨 *<Meine Resilienzfaktoren>* (15 Min)
 - 💬 Erfahrungsaustausch *<Meine Resilienzfaktoren>* (10 Min)
-

Zeit:

- 🕒 **Resilienz(-faktoren)**
 - 🕒 10:30 bis 11:05 Uhr (35 min)
 - 🕒 **Übung *<Meine Resilienzfaktoren>***
 - 🕒 11:05 bis 11:30 Uhr (25 min)
 - 🕒 **Pause**
 - 🕒 11.30 bis 11.45 Uhr (15 min)
-

Resilienz

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 **Empfehlung: PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.**

- **PP 7** – Resilienz (Begriffserläuterung)
- **PP 8** – Resilienz Eigenschaften

Ziele:

Den Teilnehmenden wird eine Begriffserläuterung zur Resilienz gegeben und deren Eigenschaften erläutert (Psychoedukation). Diese thematische Einführung dient dazu, den Teilnehmenden ein grundsätzliches Verständnis zu vermitteln.

Da nun Ziele formuliert und Hoffnungen und Befürchtungen ausgesprochen und ebenfalls durch die Kursleitung kommentiert wurden, erfolgt nun eine kurze Theorieeinheit zur **Resilienz**. Diese soll durch eine anschauliche PP (vgl. **PP 7** und **PP 8**) gestützt werden.

Folgende Formulierung wäre denkbar:

In einem resilienzfördernden Workshop darf die Begriffserläuterung der **Resilienz** nicht fehlen. Einige sind sicher bereit damit vertraut, andere noch nicht, daher will ich Euch näherbringen, was wir darunter verstehen.

Resilienz

- Lateinischen: **resilire** = abprallen, zurückspringen
- Fachwort in der **Physik & Materialkunde**
 - Eigenschaft elastischer Werkstoffe, die nach einer Verformung wieder in ihre Ausgangsform zurückkehren
- **Psychologie:**

Menschen, die widrigen **Lebensumständen** (z. B. eine Krebserkrankung) mit einer **Anpassung** (Erhalt bzw. Wiederherstellung der psychischen Gesundheit) **begegnen**, werden als **resilient bezeichnet** (Kalisch et al., 2017; Kalisch, Müller, & Tüscher, 2015).

PP 7 – Resilienz (Begriffserläuterung)

Resilienz leitet sich vom dem lateinischen Wort „resilire“ ab und meint so viel wie

„abprallen/zurückspringen“. Ursprünglich kommt das Fachwort aus der Physik und Materialkunde und beschreibt dort die Eigenschaften elastischer Stoffe nach der Verformung wieder in die Ausgangsform zurückzukehren. Die Psychologie hat diese Begrifflichkeit übernommen: Menschen, die widrigen Lebensumständen (z. B. eine Krebserkrankung) mit einer Anpassung (Erhalt bzw. Wiederherstellung der psychischen Gesundheit) begegnen, werden als resilient bezeichnet. Dass die psychische Gesundheit einer Person nach einem akuten Stressor entweder 1) ihr Ausgangsniveau beibehält, 2) nach kurzer Zeit wiederherstellt oder 3) eben sogar eine Verbesserung darin erfährt – das sind alles Beispiele für Resilienz. Letzteres wird als *Posttraumatisches Wachstum* in der Literatur beschrieben. Gemeint ist eine positive persönliche (Weiter-)Entwicklung bzw. ein innerliches Wachstum, was beispielsweise zu neuen Perspektiven auf die Welt im Sinne von „Was ist mir wirklich wichtig im Leben?“ führen kann. Bei Menschen, die an Krebs erkranken, wird es infolge der Auseinandersetzung mit der Erkrankung häufig beschrieben. Fallen Euch (prominente) Beispiele ein, wer ein solches Wachstum vollzogen haben könnte?

Sofern Beispiele angebracht werden, soll die Kursleitung das aufgreifen, hier dann auch ein Beispiel, das sie ansonsten erwähnen kann:

Der im Alter von 23 Jahren im Jahr 2021 leider verstorbene Philipp Mickenbecker ist für Viele ein Beispiel. Mit 16 Jahren erkrankte er das erste Mal an Lymphdrüsenkrebs, mit 20 Jahren ein weiteres Mal. Beide Erkrankungen überstand er. Die dritte Erkrankung war dann so schwerwiegend, dass er dieser erlag. Bekannt wurde er mit seinem Zwillingbruder durch den YouTube-Kanal „The Real Life Guys“, seit seiner dritten Diagnose hatte er dann einen weiteren Kanal geschaltet „Life Lion“, in dem er Einblicke darüber gab, wie das Leben voller Zuversicht und Freude sein

kann, unabhängig von den Umständen. Millionen sind von seinem Optimismus und seiner Lebensfreude sowie seinem tiefen Glauben an Gott tief ergriffen. Er konnte damit auch Mut und Hoffnung an Weitere (Betroffene) schenken.

Resilienz

Resilienz - psychische Widerstandskraft gegen Stress und Krisen

- teilweise genetisch veranlagt (Amstadter, Myers, & Kendler, 2014)
 - Bewältigung von stressvollen Herausforderungen (Färber & Rosendahl, 2018; Kalisch et al., 2015).
 - lebenslanger, dynamischer Lern- und Entwicklungsprozess (Kalisch et al., 2017; Linz et al., 2019; Macedo et al., 2014)
- „Alltags-Magie“ (Masten, 2016)
- Resilienz beschreibt nicht die eine Methode, sondern eine Reihe von Strategien (Kalisch et al., 2017; Masten, 2016)

PP 8 – Resilienz Eigenschaften

Nachdem ihr einen Eindruck habt, was mit Posttraumatisches Wachstum gemeint wird, will ich Euch noch weitere Informationen darüber geben, welche Eigenschaften Resilienz zugesprochen werden: Einerseits ist sie genetisch veranlagt, andererseits stellt sie ein lebenslanger, dynamischer Lern- und Entwicklungsprozess dar, denn sie kann nur durch die Bewältigung von stressvollen Herausforderungen entwickelt werden. Der Vergleich mit dem Muskelwachstum, dem zunächst eine Beanspruchung des Muskels vorausgegangen sein muss, ist in diesem Zusammenhang ganz stimmig. Wichtig ist, Resilienz ist etwas, das immer wieder beobachtet wird und von jedem erlernt bzw. weiterentwickelt werden kann – es ist Alltagsmagie. Dabei gibt es nicht die eine Methode, mit der Resilienz gesteigert werden kann, sondern eine Reihe von Strategien. Welche Strategie für jeden Einzelnen die richtige ist, das muss jeder für sich herausfinden. Die Einladung für diesen Workshop ist es, den verschiedenen Strategien oder auch Techniken mit Neugierde zu begegnen: Denn herausfinden, was die Resilienz

steigert, kann jeder Einzelne nur, in dem ihr etwas ausprobiert. Wichtig ist ebenfalls, dass „einmal machen“ nicht ausreichend ist, sondern regelmäßiges Trainieren die Resilienz am besten steigert. Auch hier ist der Vergleich mit dem Muskelwachstum stimmig – einmal zu trainieren bringt leider niemanden dauerhaft in Form.

Gibt es zur Resilienz erstmal Fragen oder Anmerkungen?

Resilienzfaktoren

Zeit:

🕒 ca. 10 Min

Material:

📎 PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- PP 9 – Kauai-Studie
- PP 10 – Kauai-Studie: Resilienzfaktoren
- PP 11 – Resilienzfaktoren

Ziele:

Den Teilnehmenden werden die wichtigsten Überlegungen und Ergebnisse zu den Kauai-Studien erzählt, damit diese einen Einblick erhalten, wie die Ursprünge der Resilienz(-faktoren)-Forschung aussahen. Dies soll den ersten Einblick, was Resilienz bedeutet, noch weiter vervollständigen. Darüber hinaus werden gut untersuchte Resilienzfaktoren vorgestellt, um eine Idee zu vermitteln, woran die Teilnehmenden arbeiten können, um ihre Resilienz zu steigern.

Nachdem die Resilienz vorgestellt wurde, sollen nun die Resilienzfaktoren erläutert werden. Darüber hinaus soll durch die geschichtliche Entwicklung der Resilienz nochmals verdeutlicht werden, dass Resilienz überall zu finden ist – Alltagsmagie.

Folgende Formulierung wäre denkbar:

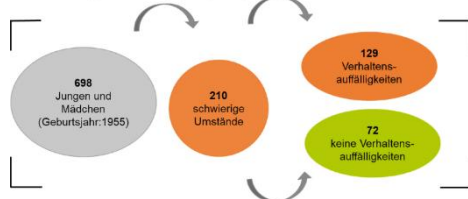
4. Resilienzfördernder Workshop: Trainer:innen-Manual

Wenn wir über Resilienz sprechen, dürfen sogenannte Resilienzfaktoren nicht fehlen. Resilienzfaktoren sind Faktoren, denen eine positive Wirkung auf die Resilienz zugesprochen wird. Wenn die Rede von Resilienzfaktoren ist, darf eine ganz wichtige Studie nicht fehlen: Die *Kauai-Studie* von Emmy Werner, die zwischen 1955 bis 1999 durchgeführt wurde. Werner und Kollegen haben über diese 40 Jahren eine entwicklungspsychologische Langzeitstudie an knapp 700 Kindern, die 1955 auf der hawaiianischen Insel geboren wurden, durchgeführt. Jeweils nach 1,2,10, 18, 32 und 40 Jahren wurden Daten erhoben.

Kauai-Studie: Resilienzfaktoren

Kauai-Studie (1955-1999):

- Entwicklungspsychologische Langzeitstudie an 698 Kindern
- Erhebung nach 1,2,10, 18, 32 und 40 Jahren



PP 9 – Kauai-Studie

Was festgestellt werden konnte ist, dass circa 200 der knapp 700 untersuchten Kinder in schwierigen Umständen, z. B. Armut; Vernachlässigung; Krankheit; Alkoholsucht, Misshandlung oder Trennung der Eltern etc., aufwuchsen. Diese Kinder wurden dann nochmals genauer betrachtet: 129 von ihnen – also fast zwei Drittel – wiesen später dann Lern- und Verhaltensprobleme sowie psychische Probleme oder Kriminalität auf. Das andere Drittel (72) erstaunlicherweise nicht: Weder waren sie verhaltensauffällig, noch waren sie in ihren Schulleistungen oder im späteren beruflichen Erfolg in irgendeiner Weise beeinflusst. Sie wiesen eine gute soziale Anbindung sowie funktionierende

Beziehungen auf und hatten auch keine Straffälligkeit o. Ä. vorzuweisen.

Kauai-Studie: Resilienzfaktoren

Kauai-Studie (1955-1999) von Emmy Werner, University of California, Entwicklungspsychologische Langzeitstudie an 698 Kindern



Individuell

- positives Temperament
- hohe Sozialkompetenz
- aktives Bewältigungsverhalten
- Übernahme von Verantwortung

Umfeld

- enge emotionale Bindung zu wichtiger Bezugsperson
- unterstützendes soziales Umfeld

PP 10 – Kauai-Studie: Resilienzfaktoren

Das eben beschriebene Drittel wurde dann nochmal genauer betrachtet und Werner und ihre Kollegen konnten die folgenden protektiven – also die psychische Gesundheit beschützenden – Faktoren auf individueller und externer Ebene bestimmen: Individuelle Schutzfaktoren sind ein positives Temperament, eine hohe Sozialkompetenz, ein aktives Bewältigungsverhalten und die Übernahme von Verantwortung. Auf Umwelt-ebene sind enge emotionale Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson und die Wahrnehmung eines unterstützenden sozialen Umfeldes schützend für die psychische Gesundheit. So wurden die ersten protektiven Faktoren für eine psychisch gesunde Entwicklung trotz widriger Umstände beschrieben. Und das ist eben genau die Definition von Resilienz, weshalb diese Faktoren als Resilienzfaktoren bezeichnet werden.

Resilienzfaktoren

- Soziale Unterstützung
- Aktives Coping
- Kognitive Flexibilität
- Hardiness (Engagement, Kontrolle, Herausforderung)
- Positive Emotionen
- Realistischer Optimismus
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Selbstwertgefühl
- Religiosität/Spiritualität
- Kohärenzgefühl

Resilienzfaktoren = Schutzfaktoren
gegen stressassoziierte Erkrankungen.
Resilienz sind mit den **Resilienzfaktoren**
assoziiert (Bengel & Lyssenko, 2012)

PP 11 – Resilienzfaktoren

Mittlerweile gibt es zehn gut untersuchte Resilienzfaktoren: Soziale Unterstützung meint, dass jemand Zugriff auf ein funktionierendes soziales Netzwerk hat. Unter aktivem Coping wird aktives Handeln (z. B. Problemlösestrategien oder Entspannungstraining) verstanden. Das aktive Bewältigen kann einem den Eindruck vermitteln, Einfluss auf den Ausgang einer Situation zu haben. Unter kognitive Flexibilität wird die Fähigkeit, auf veränderte Umweltbedingungen flexibel durch Variationen im Denken und Handeln zu reagieren verstanden. Hardiness beschreibt wiederum ein Persönlichkeitsmerkmal, dass eine Person durch hohes Engagement und mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung Probleme vor allem als Herausforderungen, die bewältigbar sind, einstuft. Das regelmäßige Erleben von positiven Gefühle (wie Freude oder Zuneigung) wird unter Positiven Emotionen zusammengefasst. Ein Mensch, der die Tendenz zu einer positiven Ergebniserwartungen und positive Ursachenzuschreibung von Ereignissen besitzt, wird als realistisch optimistisch eingestuft. Die Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können, wird als Selbstwirksamkeitserwartung beschrieben. Das Selbstwertgefühl meint eine positive Bewertung der eigenen Person. Die Religiosität/ Spiritualität beinhaltet eine Übernahme von Glaubensüberzeugungen und Teilnahme an religiösen Aktivitäten beziehungsweise Beschäftigung mit Sinnfragen des Lebens. Das Kohärenzgefühl beschreibt die generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnvoll zu empfinden. Und letztlich gibt es noch den Resilienzfaktor Sinn im Leben sehen. Wer ihn besitzt orientiert sich beispielsweise an persönlichen Werten.

Gibt es bis dahin Fragen oder Anmerkungen?

An dieser Stelle wird die Kursleitung angeregt die einzelnen Resilienzfaktoren mit eigenen Beispielen zur Veranschaulichung noch zu untermauern.

Salutogenese und Kohärenzgefühl

Zeit:

🕒 ca. 8 Min

Material:

📎 **Empfehlung: PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.**

- **PP 12** – Salutogenese - Gesundheitskonzept
- **PP 13** – Salutogenese
- **PP 14** – Kohärenzgefühl

Ziele:

Das salutogenetische Gesundheitskonzept soll den Teilnehmenden erläutert werden, um die häufig vorhandene Kopplung zwischen der Erkrankung und dem Schuldzuspruch (i. S. „Ich habe einen Fehler gemacht und bin deshalb krank geworden.“) aufzuweichen bzw. zu lösen. Zusätzlich soll dem ein neues Verständnis von Gesundheit entgegengestellt werden. Ziel ist es dabei, die Förderung des Wohlbefindens anzustreben, anstatt ausschließlich die Abwesenheit von Erkrankung zu fokussieren. Der Zusammenhang zu diesem Gesundheitskonzept und dem Resilienzfaktor Kohärenzgefühl wird aufgegriffen, um einerseits zu erläutern, wie sich dieses Konzept entwickelt hat und andererseits erneut zu verdeutlichen, wo überall Resilienz zu finden ist (Alltagsmagie).

In den bereits beschriebenen Einheiten wurden zunächst Informationen bezüglich Resilienz(-faktoren) gegeben. Nun soll es um Salutogenese und den Resilienzfaktor Kohärenzgefühl gehen: Da es sich bei der Krebserkrankung um eine Erkrankung handelt, die meist sehr schwerwiegend und langanhaltend ist, soll im Weiteren die salutogenetische Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit vorgestellt werden. Das soll bereits einen Impuls zu einer hilfreichen Sichtweise und damit auch Umgang auf die und mit der Erkrankung geben. Auch hierfür wird

empfohlen, dies PP-gestützt zu gestalten (vgl. PP 12, PP 13 und PP 14).

Folgende Formulierungen sind denkbar:

Als nächstes möchte ich Euch ein wichtiges Konzept von Gesundheit vorstellen: Die Salutogenese. Salutogenese meint die Sichtweise auf Krankheiten als „kein unübliches Ereignis“ – einfach ausgedrückt: Krankheiten sind normal und gehören dazu. Aaron Antonovsky – Medizinsoziologe und Stressforscher – wird als Entwickler dieses revolutionären Prinzips bezeichnet.

Salutogenese - Gesundheitskonzept

Pathogenese: Krankheit als Entregulierung der selbstregulierenden, homöostatischen Prozesse → Krankheit als „Fehler“	Salutogenese: Gesundheit als Prozess (≠ Zustand); Gesundheits-Krankheits-Kontinuum → Krankheit als kein unübliches Ereignis salus=Gesundheit/ Wohlbefinden; genese=Entstehung von Keine ausschließliche Fokussierung auf die Abwesenheit von Krankheit, sondern vielmehr die Zunahme an Wohlbefinden.	Aaron Antonovsky, 1996 (Medizinsoziologe/ Stressforscher)
---	--	---

PP 12 – Salutogenese - Gesundheitskonzept

Es ist konträr zur bis 1979 bestehenden pathogenetische Sichtweise: Krankheiten als Entregulierung der sich normalerweise selbstregulierenden homöostatische (im Gleichgewicht bleibenden) Prozesse. Das bedeutet so viel wie: Krankheiten als unüblich/Fehler. Antonovskys Sichtweise führte zu einer Auflösung der dichotomen – also zweiseitigen – Annahme, ein Mensch sei entweder gesund oder krank bei. Er förderte damit die Sichtweise: Gesundheit als Prozess, nicht als Zustand. In diesem Prozess soll nicht nur die Abwesenheit von Krankheit fokussiert werden, sondern vielmehr die Zunahme an Wohlbefinden.

Manch einer oder eine mit einer Krebserkrankung sucht nach einer Erklärung oder nach Ursachen für die Erkrankung: Habe ich zu viel Stress gehabt? Habe ich mich falsch ernährt? Habe ich zu wenig Sport gemacht?

– Diese Grübelgedanken sind nachvollziehbar: Unser Gehirn sucht nach Ursachen, ganz nach dem Motto: „Wenn ich weiß, woran es lag, kann ich jetzt alles anders machen und mir passiert nichts Schlimmes mehr.“ – verständlich und menschlich. Angenommen, es gäbe den EINEN Grund für die Erkrankung UND dieser könnte für die Zukunft auch geändert werden, dann könnten sich die Menschen vor Krankheiten und Leid schützen. Menschen hätten Kontrolle darüber, ob sie krank werden oder nicht. Wahrscheinlich würden sich alle gegen die Erkrankung entscheiden. Das ist leider nicht die Realität, sondern Wunschdenken.

Sich selbst die Schuld an einer Erkrankung zu geben, bedeutet, Verantwortung dafür zu übernehmen krank geworden zu sein. An dieser Stelle soll nicht außer Acht gelassen werden, dass es Faktoren gibt (z. B. Alkohol, Rauchen, im Übermaß genossene zucker- oder fettreiche Lebensmittel wie z. B. Fast-Food), die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krebserkrankungen erhöhen können. Ob jemand erkrankt oder nicht ist dabei jedoch weder willentlich steuerbar noch eindeutig einem (Fehl-)Verhalten zuordbar. Leider spielt der Zufall eine große Rolle, der dann dafür sorgt, dass die sich normalerweise selbstregulierenden körperliche Prozesse entregulieren: Eine sich schneller teilende entartete Zelle, die unkontrolliert zu einem bösartigen Tumor heranwächst, der unerkannt gesunde Zellen verdrängt. Somit ist eine Krebserkrankung durch Willen oder Verhalten weder herstell- noch abwendbar, aus diesem Grund können Betroffene nicht schuld an ihrer Erkrankung sein. Vielmehr gehören Krankheiten (leider) zum Leben. Diese Wahrheit kann zu Ungerechtigkeits-, Hilflosigkeits- und Ohnmachts-Erleben führen. Dieses Ausgeliefert-Sein gegenüber den Gefahren der Welt (z. B. Krebserkrankung, plötzlicher Herzinfarkt, Autounfall oder Pandemien) ist zwar immer da, aber in Zeiten von eigener Betroffenheit spüren und erleben wir es besonders deutlich.

Viele Betroffene suchen Halt in der Suche nach Fehlern und Ursachen (=Schuld), um das Leben wieder als kontrollierbar

wahrzunehmen. Wie eben aufgezeigt werden konnte, handelt es sich da-bei um einen Denkfehler. Hilfreicher ist es, sich dem zuzuwenden, was in der eigenen Macht liegt, nämlich: „Wie gehe ich mit meiner Erkrankung um?“. Gerade bei chronischen oder langanhaltenden Krankheiten – wie sie die Krebserkrankung darstellt – ist diese Fragestellung äußerst relevant.

Im **Kräfte-für-Krisenbuch** (Kapitel 4) wird nochmal genau beleuchtet, warum es nicht hilfreich ist, Verantwortung für etwas zu übernehmen, das nicht unter der eigenen Kontrolle liegt. Es sei hier jedoch bereits erwähnt: Krank sein hat nichts mit Schuld (Verantwortung für die Ursache übernehmen) zu tun. Verantwortungsübernahme (mit Grenzen) ist bei der Krankheitsbewältigung wiederum wichtig: Nicht alles im Leben ist mit der entsprechenden Einstellung oder Anstrengungen lösbar. Der Umgang damit, ist mit der entsprechenden Einstellung jedoch besser und lässt uns unsere Energie gezielt und wirksam einsetzen. Die Steigerung des Wohlbefindens scheint dabei ein hilfreicherer Ziel zu sein als die Fokussierung auf die Abwesenheit der Erkrankung.

Wie kam Antonovsky zu der bis heute bestehend bleibenden salutogenetischen Sichtweise? Er stellte sich die Frage „Was tun Menschen, um gesund zu bleiben?“. Zu dieser Frage kam er, als er in einer seiner Studien die Anpassungsfähigkeit verschiedener Frauen an die Menopause (mit unterschiedlicher ethnologischer Herkunft, die ein nationalsozialistisches Konzentrationslager überlebten) untersuchte. Er verglich deren psychische und physische Gesundheit mit einer Kontrollgruppe und stellte fest, dass fast ein Drittel der Frauen als gesund bezeichnet werden konnten – und das, obwohl sie die Qualen des Lagerlebens mit anschließendem Flüchtlingsdasein erlebt hatten.

Salutogenese - Gesundheitskonzept

- Untersuchung **Anpassungsfähigkeit** von Frauen, die ein nationalsozialistisches Konzentrationslager überlebten
 - Vergleich psychische und physische Gesundheit mit einer Kontrollgruppe
- fast ein Drittel der Frauen konnte als gesund bezeichnet werden



Salutogenese:
Gesundheits-Krankheits-Kontinuum
→ Krankheit als kein unübliches Ereignis
→ Zunahme an Wohlbefinden

PP 13 – Salutogenese

Davon war Antonovsky beeindruckt, und fragte sich, welche Faktoren unterstützend einwirkten, sodass diese Frauen keine gesundheitlichen Einschränkungen aufwiesen. Als er deren Ressourcen untersuchte, und formulierte er das Konzept des **Kohärenzgefühls**: Dieses beinhaltet die generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden. Unter Verstehbarkeit fasst Antonovsky die Fähigkeit zusammen, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, sie als vorhersehbar und erklärbar zu erleben. Die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können und ausreichend Ressourcen zur Verfügung zu haben, um Anforderungen zu begegnen, wird unter Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit beschrieben. Die Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit bezeichnet den Glauben an den Sinn des Lebens. Die Frage, ob sich die Anstrengung und das Engagement lohnen, muss bejaht sein, dass Sinnhaftigkeit gegeben ist.

Kohärenzgefühl

Welche Faktoren ermöglichen es Menschen, relativ gesund zu bleiben?

Formulierung des Konzepts des **Kohärenzgefühls**:

Generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens **als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft** zu empfinden, als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit.

PP 14 – Kohärenzgefühl

Da Widrigkeiten im Leben auftreten, verstand er es als äußerst wichtig, einen Umgang und im besten Fall Widerstandsressourcen (Kohärenzgefühl) bei der positiven Bewältigung dieser zu entwickeln, um gesund zu bleiben.

An dieser Stelle ein kleines Fazit: Was können wir aus den Überlegungen von Antonovsky ziehen? Mit dem Gesundheitskonzept soll verdeutlicht werden, dass Erkrankungen – leider – normal sind. Krankheiten gehören dazu und haben nichts damit zu tun, etwas falsch gemacht zu haben oder Schuld zu sein. Beim Umgang mit einer Erkrankung kann die realistische Fokussierung auf das, was ein Mensch unter Miteinbezug der Umstände realistisch tun kann, hilfreich sein: In Fällen von chronischen Erkrankung ist das oftmals die Fokussierung auf ein verbessertes Wohlbefinden. Bei ständiger Fokussierung auf die Abwesenheit der Erkrankung, laufen die Betroffenen Gefahr, wenig erfolgreich damit zu sein. Das wirkt sich negativ auf die Resilienzfaktoren und somit auf einen resilienten Umgang mit der Erkrankung aus. Gibt es an dieser Stellen Fragen dazu?

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Zeit:

🕒 ca. 4 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- **PP 15** – Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Ziele:

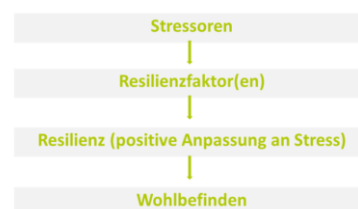
Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (adaptiert nach der Leibniz-Institut für Resilienzforschung LIR gGmbH) soll in dieser Einheit vorgestellt werden, um die Teilnehmenden dafür zu motivieren an ihrer Resilienz bzw. an den Resilienzfaktoren und letztlich an ihrem Wohlbefinden zu arbeiten.

Das Konzept von dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wurde nun nähergebracht und bereits die Relevanz der Resilienzfaktoren angedeutet. Dies soll im Folgenden durch das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nochmals vertieft werden. Eine Erläuterung anhand einer PP wird empfohlen.

Gerade eben haben wir den ersten Resilienzfaktor beleuchtet und bereits den Hinweis gegeben, dass die Förderung der Resilienzfaktoren und somit der Resilienz hilfreich für den Umgang mit einer Erkrankung sein können. Genau darauf will ich mit Euch nochmal genauer blicken.

In der Psychologie oder Psychotherapie findet das Vulnerabilitäts-Stress-Modell häufig Anwendung, um ein Entstehungsmodell einer psychischen Erkrankung zu veranschaulichen. Die Förderung der Resilienz ist ein präventives Konzept, d. b. wir setzen das Training an, bevor es zu einer psychischen Dekompensation wie z. B. einer Depression oder einer Angsterkrankung, gekommen ist. Aus diesem Grund hat das Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) in Mainz dieses Vulnerabilitäts-Stress-Modell für die Förderung der Resilienz adaptiert. Dieses Erklärungsmodell will ich Euch vorstellen, um die Relevanz des Resilienz-Trainings auch nochmals zu untermauern.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



PP 15 – Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Ob wir es wollen oder nicht – jeder Mensch ist immer wieder Stressoren, als Umständen oder Situationen, die Stress auslösen, ausgesetzt. Welcher Mensch durch was in ein Überforderungserleben (=Stress) gerät, das ist interindividuell unterschiedlich. Klar ist aber, wir alle kennen das, manchmal ist es der volle Terminkalender, manchmal aber auch Schicksalsschläge und auch die kennen viele. Ob es durch einen Stressor zu einer „Störung des psychischen Gleichgewichts“ und somit ggfs. zu psychischen Problemen kommt, ist abhängig davon, wie gut die inneren Schutzfaktoren (Resilienzfaktoren) trainiert sind. Die Resilienzfaktoren stehen wiederum in einem positiven Zusammenhang mit der Resilienz. Umso besser sie vertreten sind, desto besser ihre Schutzfunktion vor stressassoziierten Erkrankungen. Sofern den Stressoren resilient begegnet wird, kann das Wohlbefinden, also das angenehme körperliche und seelische Befinden, gefördert werden. Habt ihr dazu Fragen?

vermitteln, wie Wohlbefinden gesteigert werden kann. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird eine mediale Begleitung (durch eine PP vgl. **PP 16**) empfohlen.

Bevor wir zum Großen und Ganzen – dem Konzept der Intervention – übergehen und alle bislang vermittelten Bausteine zu einem Bild zusammensetzen, kommen wir zum letzten Baustein: Dem Wohlbefinden. Wir wissen nun bereits auch, dass die Förderung des Wohlbefindens das Ziel darstellen soll. Daher muss die nächste Frage lauten: „Wie kann ich das Wohlbefinden steigern?“

Wohlbefinden

Leibniz-Institut für Resilienzforschung

Menschen streben nach der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse (→ Überleben)

Körperliche Grundbedürfnisse	Sofern die Grundbedürfnisse hinreichend befriedigt sind, ist Wohlbefinden möglich.		
Wirksamkeitserleben	Selbstwertschutz bzw. -erhöhung	Sinn: Lustgewinn/Unlustvermeidung	Bindung

Prof. Dr. Klaus Grawe, 1998 (Psycholog, Psychotherapeut und Forscher)

Klaus Grawe würde heute 87. Jahre alt sein

PP 16 – Wohlbefinden

Wohlbefinden

Zeit:

🕒 ca. 4 Min

Material:

📎 **Empfehlung: PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.**

- **PP 16 – Wohlbefinden**

Ziele:

Wie Wohlbefinden erlangt werden kann, soll durch das Grundbedürfnis-Konzept von Klaus Grawe verdeutlicht werden.

Einer der bekanntesten und einflussreichsten Psychotherapeut – Klaus Grawe – beantwortet diese Frage folgendermaßen: Menschen streben nach der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse. Sofern diese hinreichend befriedigt sind, ist Wohlbefinden möglich. Grawe geht davon aus, dass es insgesamt fünf wichtige Grundbedürfnisse gibt:

- körperliche Grundbedürfnisse
- Wirksamkeitserleben
- Sinn (Lustgewinn/Unlustvermeidung)
- Bindung
- Selbstwert

Allen Grundbedürfnissen ist gemein, dass sie das übergeordnete Ziel ‚Überleben‘ verfolgen. Bei den körperlichen Grundbedürfnissen (wie Essen, Trinken, Schlafen, etc.) wird deutlich, warum diese überlebenswichtig sind – wie ist es bei den anderen?

Es erfolgt der letzte Baustein, dessen Verständnis relevant für das Konzept der Intervention ist: im Folgenden soll das Grundbedürfnis-Modell von Klaus Grawe vorgestellt werden, um den Teilnehmenden eine Idee zu

Mit Wirksamkeitserleben wird das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung beschrieben. Das Wissen darum, wie ich mir Nahrung beschaffen kann, fällt beispielsweise darunter. Da es bei dem Wirksamkeitserleben um den ‚Weg‘ geht, wie ich zu meinen Zielen komme (in diesem Beispiel: Essen), ist es ein Mittel zum Zweck. Das Grundbedürfnis nach Bindung geht weit zurück, ist jedoch genauso aktuell wie eh und je: Allein war ein Mensch früher (in der Steinzeit) nicht in der Lage, ein Mammut zu erlegen. Er hat den Schutz seiner Herde bzw. Gruppe benötigt. Heutzutage sind wir im Stande allein zu leben, da unsere Versorgung – zumindest in den westlich geprägten Gebieten – durch ein unterstützendes Sozialsystem gewährleistet ist. Oftmals wollen wir aber nicht allein sein, sondern erleben mehr Sinn oder auch Freude (i. S. von Lebensqualität) darin, unser Leben mit unseren Liebsten zu teilen.

Das führt uns direkt zum nächsten Grundbedürfnis: zum Sinn (bzw. Lustgewinnung und Unlustvermeidung): Für was braucht der Mensch Sinn? Es geht um die Frage, ob es sich lohnt, Anstrengungen zu unternehmen, um ein Ziel zu erreichen. Der Mensch ist von Natur aus nämlich eher faul bzw. er schont seine Ressourcen, sofern er sie nicht braucht. Lust zu haben tut uns gut (i. S. von Wohlbefinden), daher tun wir gerne Dinge, die uns guttun (auch wenn sie anstrengend sind, wie beispielsweise Joggen). Dinge, die uns nicht guttun – und keine Lust machen (z. B. Schmerzen) – wollen wir vermeiden. Letztlich dient das der körperlichen Unversehrtheit und somit ebenfalls dem Überleben.

Warum dient der Selbstwert (Selbstwerterhöhung bzw. -schutz) als Grundbedürfnis? Es ist wichtig, dass ich mich selbst als wertvoll (i. S. von wichtig) empfinde, ansonsten kümmerge ich mich gar nicht um meine anderen Bedürfnisse oder eben zumindest nicht hinreichend.

Gibt es Fragen zu der Theorie von Grawe?

Konzept der Intervention

Zeit:

⌚ ca. 4 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- PP 17 – Konzept der Intervention

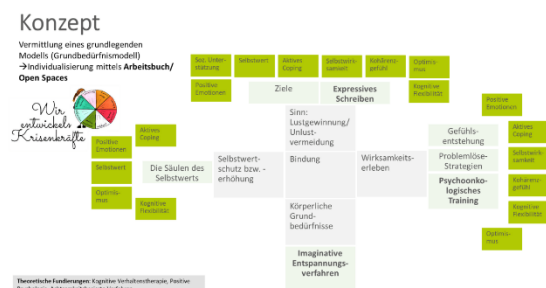
📎 **Redeobjekt (z. B. Stein)**

Ziele:

Alle wichtigen Bausteine, um das Konzept der Intervention nachvollziehen zu können, sind nun gelegt. Diese Informationen werden nun in den Transfer gebracht, um das Gefühl der Sinnhaftigkeit und die Orientierung der Teilnehmenden zu stärken. Das soll weiter die Motivation stärken, damit die Teilnehmenden mit Engagement bei der kommenden Übung dabei sind.

In dieser abschließenden theoretischen Einheit soll das Konzept der Intervention vermittelt werden, um den Teilnehmenden eine Orientierung und praktische Anleitung zur Resilienz-Steigerung an die Hand zu geben. Es wird eine mediale Begleitung (durch eine PP vgl. PP 17) empfohlen.

Nun werden alle Bausteine zusammengefügt, um das Konzept dieser Intervention zur Resilienzförderung darzulegen.



PP 17 – Konzept der Intervention

Wir beginnen mit etwas Grundsätzlichem: Die Intervention ist auf die theoretischen

Fundierungen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), der Positiven Psychologie und achtsamkeitsbasierte Verfahren zurückzuführen. Darüber hinaus adressieren sie die Förderung der Resilienzfaktoren soziales Netzwerk, aktives Coping/ kognitive Flexibilität, Selbstwert/ Selbstwirksamkeit, Kohärenzsinn, Positive Emotionen/ Optimismus. Um eine Balance zwischen einer Basis an Wissen- und Kompetenzvermittlung und gleichzeitig Raum für Individualität zu schaffen, bedient sich die Intervention den Grundlagen der KVT: Genauer der Grundannahme von Grawe, dass Menschen nach der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse (Orientierung/ Kontrolle, Lustgewinn/ Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwert-erhöhung bzw. –schutz) streben. Die Grundbedürfnisse bilden die Basis dieser Intervention. In ihr werden die verschiedenen Themeninhalte implementiert und somit die Resilienzfaktoren gestärkt. Das Grundbedürfnis nach Lustgewinnung/ Unlustvermeidung (kurz Sinn) wird durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Zielen und Befinden (durch expressives Schreiben) adressiert. Dadurch können die Resilienzfaktoren positive Emotionen, Soziale Unterstützung, Selbstwert, aktives Coping, Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl, realistischer Optimismus und Kognitive Flexibilität trainiert werden.

Das Grundbedürfnis nach Kontrolle soll durch die Psychoedukation der Gefühlsentstehung und von Problemlösestrategien sowie einem Psychoonkologischen Training (Herausforderungen und Umgang mit einer Krebserkrankung) hinreichend befriedigt werden. Das kann dann die Resilienzfaktoren positive Emotionen, aktives Coping, Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl, realistischer Optimismus und Kognitive Flexibilität trainieren. Die körperlichen Grundbedürfnisse sollen selbstverständlich auch nicht vernachlässigt werden: Einerseits wird es ausreichend, Essen, Trinken und Pausen geben und andererseits werdet ihr auch angeleitet – durch imaginative Verfahren – in die

Entspannung zu finden. Der Selbstwertschutz bzw. dessen Erhöhung soll durch die Psychoedukative Einheit „Die Säulen des Selbstwerts“ inklusive vieler Anleitungen zu Übungen hinreichend befriedigt werden. Somit können die Resilienzfaktoren aktives Coping, Positive Emotionen, Selbstwert, realistischer Optimismus und Kognitive Flexibilität trainiert werden.

Da es sich um eine Gruppenintervention handelt, kann auch das Grundbedürfnis nach Bindung hinreichend befriedigt werden: Durch Gruppenübungen aber auch ausreichend Zeit für Austausch und eine Gemeinsamkeit besteht die Möglichkeit auch hier den Resilienzfaktor der sozialen Unterstützung zu trainieren.

Gibt es Fragen zur Konzeption?

Übung <Meine Resilienzfaktoren>

Zeit:

🕒 ca. 25 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** PowerPoint-Präsentation selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- PP 18 – Anleitung zur Übung <Meine Resilienzfaktoren>

Ziele:

Ressourcenaktivierung durch Auseinandersetzung mit den eigenen Resilienzfaktoren. Stärkung des Gemeinschaftsgefühls und der sozialen Bindung.

Nachdem nun die gesamte Theorie erläutert wurde, soll es nun praktisch werden. Eine Übung zur Selbstreflexion und Ressourcenaktivierung wird im **Kräfte-für-Krisenbuch** für die Teilnehmenden angeleitet. Zur besseren Orientierung wird empfohlen, die Anleitung per PP (vgl. PP 18) zu stützen.

Folgende Anleitung durch die Kursleitung ist denkbar:

Nachdem ihr bereits angeleitet wurdet einen Blick auf Problembereiche und Zielrichtungen zu werfen, sollen hier auch bereits vorhandene Stärken bzw. Resilienzfaktoren identifiziert werden. Auch wenn die Dinge schwierig sind oder ihr euch mit Problemen überhäuft erlebt, das ist nie alles, was euch ausmacht! In problematischen Lebensphasen wird das oftmals vergessen. Heute und hier lautet die Einladung, dass ihr euch daran wieder erinnern dürft. Welche Resilienzfaktoren wendet ihr ggf. ganz intuitiv an? Welche müssen noch etwas trainiert werden? Als Unterstützung sollen die Seiten 10-12 im **Kräfte-für-Krisen-Buch** dienen, die Eurer Erinnerungsfähigkeit auf die Sprünge helfen sollen mir der Frage: „Wie steht es um meine Resilienzfaktoren?“.

Die Anleitung lautet: „Jeder Mensch hat Ressourcen und jeder Mensch stand bereits vor Problemen und hat in vielen Fällen für sich bereits Lösungen oder einen Umgang gefunden. Schauen wir uns doch mal den Ausgangspunkt an! Bitte gib an, in welchen Situationen, Du bereits ganz intuitiv auf die folgenden Resilienzfaktoren zurückgreifst? Wie häufig wendest Du diesen Resilienzfaktor im Alltag an (‘0’ bedeutet gar nicht; ‘10’ häufig)?“ Hierfür habt ihr 15 Minuten in Einzelarbeit Zeit. Bei Fragen könnt ihr gerne auf mich zukommen.

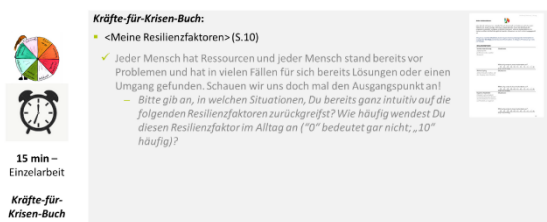
Nach den 15 Minuten Einzelarbeit wird die Übung wird durch ein Redeobjekt im Anschluss besprochen. Ein Redeobjekt (z. B. ein Stein, ein Stift oder ein Mikro) liegt in der Mitte des Kreises. Wer Lust hat, seine Erfahrungen, Gedanken oder auch Gefühle zu teilen, nimmt sich das Redeobjekt. Sobald er oder sie fertig ist, wird es wieder zurückgelegt.

So nachdem ihr euch mit euch selbst auseinandergesetzt habt, gibt es nun die Einladung, etwas zu teilen. Zum Beispiel wie es euch ging, was ihr für Erfahrungen gemacht habt oder auch welche Gedanken hochkamen. Ihr wisst, jeder darf, keiner muss. Sollte hier deshalb etwas Ruhe entstehen – darf sich jeder entspannen. Wir genießen sie dann einfach.

Sofern ein Teilnehmender/ eine Teilnehmende etwas teilt, wird die Kursleitung ebenfalls eingeladen den geleisteten Beitrag zu validieren und auch – sofern angemessen – die anderen Teilnehmenden zu befragen, wem es ebenfalls so erging. Das kann dann mit Handzeichen aufgezeigt werden.

Im Anschluss erfolgt eine 15-minütige Kaffeepause.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Meine Resilienzfaktoren



Kräfte-für-Krisen-Buch:

- <Meine Resilienzfaktoren> (S.10)
- ✓ Jeder Mensch hat Ressourcen und jeder Mensch stand bereits vor Problemen und hat in vielen Fällen für sich bereits Lösungen oder einen Umgang gefunden. Schauen wir uns doch mal den Ausgangspunkt an!
 - Bitte gib an, in welchen Situationen, Du bereits ganz intuitiv auf die folgenden Resilienzfaktoren zurückgreiffst? Wie häufig wendest Du diesen Resilienzfaktor im Alltag an (‘0’ bedeutet gar nicht; ‘10’ häufig)?

15 min – Einzelarbeit

Kräfte-für-Krisen-Buch

PP 18 – Anleitung zur Übung <Meine Resilienzfaktoren>

KAPITEL 4 – PSYCHOONKOLOGISCHER INPUT (Person mit Expertise)

Ziele:

- ☛ **Psychoedukation:**
 - Transaktionales Stressmodell (nach Lazarus)
 - Typische Krankheitsphasen und Heilungsverlauf
 - Kontrollradar
 - Abgrenzung Trauer/ Depression
 - ☛ **Umgang mit einer Krebserkrankung:**
 - Entpathologisierung
 - Konkrete Bewältigungsstrategien
 - Emotionsregulation
 - Kognitive Umstrukturierung
-
-

Material:

- 📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung
-
-

Überblick:

- 🌞 **Psychoonkologischer Input**
 - 🗨 Vorstellung der typischen Krankheitsphasen und der damit einhergehenden spezifischen Belastungen und den Emotionen Angst, Ärger und Trauer (20 min)
 - 🗨 Kontrollradar (5 min)
 - 🗨 Umgang mit Emotionen (13 min)
 - 🎨 Fünf-Finger-Atem-Technik (2 min)
-

Zeit:

- 🕒 **Stress**
 - 🕒 11:45 bis 11:50 Uhr (5 min)
 - 🕒 **Krankheitsphasen und spezifische Belastungen**
 - 🕒 11:50 bis 12:05 Uhr (15 min)
 - 🕒 **Das psychische Erleben**
 - 🕒 12:05 bis 12:10 Uhr (5 min)
 - 🕒 **Kontrollradar**
 - 🕒 12:10 bis 12:15 Uhr (5 min)
 - 🕒 **Umgang mit den Emotionen**
 - 🕒 12:15 bis 12:30 Uhr (15 min)
 - 🕒 **Pause**
 - 🕒 12:30 bis 14.00 Uhr (90 min)
-
-

Stress

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung

Ziele:

Psychoedukation zum Thema Stress, um den emotionalen Ausnahmezustands, der durch die Diagnose ausgelöst werden kann, einzuordnen. In diesem Zuge Erläuterung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus.

Nachdem der erste Input zu Resilienz(-faktoren) abgeschlossen wurde, soll es im Folgenden darum gehen, dass psychoonkologischer Input zu den Herausforderungen mit der Krebserkrankung gegeben werden. Als erstes soll hierfür ein einheitliches Verständnis von Stress und Stressreaktionen (bezugnehmend auf die erste Krankheitsphase: akuter Schock) gegeben werden. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird empfohlen, den Vortrag per PP zu stützen.

„Und dann ist nichts mehr, wie es einmal war...“. Die Diagnose Krebs verändert das Leben. Häufig nicht nur das von den Betroffenen, sondern auch das von den Angehörigen. Es wird oftmals als einschneidend erlebt und berichtet, es gäbe ein Leben vor der Diagnose und eines danach. Oftmals steht das komplette Leben nach der Diagnosestellung Kopf:

- „Damit hätte ich nie gerechnet!“
- „Es hat mir den Boden unter den Füßen weggezogen.“
- „Ich fühlte mich, wie in Watte gepackt, alles war auf einmal so unwirklich.“

– das sind Reaktionen, die oftmals von Betroffenen nach der Diagnosestellung berichtet werden. Wir können davon ausgehen,

dass das Stressreaktionen sind. Wir kennen alle Stress. Stress, der sich etymologisch vom lateinischen 'strictus' (deutsch: straff) ableitende Begriff soll zunächst definiert werden. Stress bedeutet in das Deutsche übersetzt: Druck, Spannung oder Belastung. Obwohl es Definition sowohl positiven als auch negativen Stress gibt, meinen wir häufig den negativen. Den, der anstatt zur Anregung zum Überforderungserleben führt.

Auch die Krebsdiagnose kann einen Stressor, also einen als stressig (i. S. von überfordernd) erlebten Umstand darstellen. Es kann es zu einer Dysbalance zwischen den Ressourcen einerseits (z. B. soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung) und den Herausforderungen/Belastungen andererseits (z. B. Konflikten, Untersuchungen, Bedeutung der Diagnose und den Alltagsbelastungen) kommen.

Es gibt verschiedene Konzeptionen von Stress, also Annahmen darüber, wie er entsteht.

- Stress als Reaktion des Organismus auf physische oder psychische Beanspruchung durch Stressoren.
- psychophysiologischen Alarmreaktion mit Steigerung des vegetativen Nervensystems (aus biologischer oder medizinischer Sichtweise)
- Oder Anforderungen der Umwelt überfordern die Anpassungsfähigkeit eines Organismus (zu) stark.

Diese unterschiedlichen Definitionen besitzen einen gemeinsamen Nenner: Vereinfacht gesprochen übersteigen bei Stress die Herausforderungen bzw. Belastungen die vorhandenen Kapazitäten bzw. Ressourcen. Es kommt zu einem Überforderungserleben. Die akute Stressreaktion ist einerseits zwar belastend, hat gleichzeitig jedoch einen funktionalen Hintergrund: Sie dient der Anpassung des Organismus an die neuen Umstände. Langfristig gesehen, bei chronischem Stresserleben, setzt sich die

betroffene Personen dem Risiko einer Krankheit aus.

Um das besser nachvollziehen zu können, betrachten wir in einem weiteren Zuge das transaktionale Stressmodell nach Lazarus. Dieses kann uns Aufschluss darüber geben, warum verschiedene Menschen unterschiedlich auf ein und denselben Stressor reagieren. Aber auch, warum ein und dieselbe Person auf den gleichen Stressor in unterschiedlichen Umständen anders reagiert. Wir starten mit dem Auslöser, also einem Stressor bzw. einem Umstand oder einer Situation, die als überfordernd bewertet wird. In einer ersten Einschätzung des Stressors, in der primären Bewertung, kann dieser entweder als irrelevant, positiv oder als gefährlich eingestuft werden. Sofern die erste Bewertung als „gefährlich“ eingestuft wird, kommt es zu einer weiteren Einschätzung, der sekundären Bewertung: Wie viele Ressourcen sind vorhanden, um dem Stressor zu begegnen? Sofern die Ressourcen – beispielsweise Abstand und Energie zum Weglaufen – ausreichend sind, um den Stressor – beispielsweise der Aufmerksamkeit des Säbelzähntigers – zu vermeiden, wird keine weitere Stressreaktion ausgelöst. Anders wäre es, sofern der Abstand geringer wäre (Ressource) und der Säbelzähntiger (Stressor) näher. In diesem Fall kommt es zu einer Stressreaktion, da die Ressourcen als nicht ausreichend eingeschätzt werden, um dem Stressor zu begegnen. Nun ist es heutzutage so, dass unsere Ängste sich weniger um gefährliche Tiere, sondern vielmehr um zu viel oder zu hohe Anforderungen des Alltags oder eben Erkrankungen drehen. Auch hier kann es sein, dass eine neue Aufgabe (Stressor/ Auslöser) in einer primären Bewertung als „gefährlich“ für den pünktlichen Feierabend oder die zukünftigen Pläne eingestuft wird. Es folgt eine sekundäre Bewertung, in der entweder deutlich werden könnte, dass die Ressourcen (hier beispielsweise Zeit) doch ausreichen oder eben, dass sie tatsächlich

nicht ausreichen. In letzterem Fall würde es zu einer Stressreaktion kommen.

Sobald der Stress erstmal da ist, muss damit ein Umgang – auch Coping genannt – gefunden werden. Dabei unterscheidet Lazarus zwei Bewältigungsstile: problemorientiert und emotionsorientiert. Problemorientiert bedeutet in unserem Beispiel, dass die Situation verändert wird. Das könnte bedeuten, dass die Frist für die Erledigung der Aufgabe verändert werden könnte oder auch die Aufgabe an jemand anderen abgegeben werden könnte oder eben auch, dass der pünktliche Feierabend aufgegeben wird und die Erledigung der Aufgabe an diesem Tag noch erfolgt. Manchmal ist es jedoch so, dass an der Situation nichts oder zumindest in dem Moment nichts geändert werden kann. Das wäre beispielsweise bei einer Erkrankung so. Dann wäre es hilfreich den Bezug zur Situation zu verändern – also emotionsorientiertes Coping. Darauf werde ich im Folgenden noch häufig Bezug nehmen.

Letzen Endes dient der die Stressbewältigung der Anpassung an die Gegebenheiten. Im Idealfall kommt es nach dem Coping zu einer Neubewertung, die beinhaltet, dass dem Stressor erfolgreich begegnet wurde. Das stößt dann ebenfalls einen Lernprozess für zukünftige Situationen an: Entweder wird eine Selbstwirksamkeitserfahrung gemacht, dass die eigenen Ressourcen doch ausreichend sind, um dem Stressor zu begegnen, oder eben festgestellt, dass Ressourcen für die Zukunft weiter ausgebaut werden sollten.

Die Kernaussage ist, dass die eigene Bewertung ausschlaggebend dafür ist, ob und wie heftig ein Mensch in Stress gerät. Dabei soll nicht unter den Tisch fallen, dass es gewisse Tendenzen dafür gibt, dass viele Menschen gewisse Umstände als stressig einschätzen würden: Beispielsweise Zeitdruck, finanzielle Engpässe oder auch Erkrankungen.

Ist hier deutlich geworden, warum Menschen unterschiedlich auf Stressoren

reagieren können? Solltet ihr Fragen haben, dürft ihr diese gerne stellen.

Krankheitsphasen und spezifische Belastungen

Zeit:

🕒 ca. 15 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung

Ziele:

Durch die Führung durch die verschiedenen Krankheitsphasen und deren spezifischen Belastungen sollen die Teilnehmenden Orientierung erhalten. Das soll sie dabei unterstützen zu realisieren, dass ihr derzeitiger Zustand wahrscheinlich nicht für immer so bleiben wird, sie ggfs. auch schon einiges durchgestanden haben, aber auch nochmal aufzeigen, dass eine Krebserkrankung meist sehr belastend erlebt wird. Im besten Fall erleben sich die Teilnehmenden an dieser Stelle validiert und angenommen. Da die Phasen mit der Rückkehr in das „normale“ Leben enden, kann diese Aussicht auch hoffnungsstiftend wirken.

Nachdem nun ein einheitliches Verständnis von Stress und Stressentstehung vermittelt wurde, sollen nun die verschiedenen Krankheitsphasen und die damit einhergehenden spezifischen Belastungen abgebildet werden. Dabei wird auch das psychische Erleben exemplarisch erläutert. Ein PP-gestützter Vortrag wird empfohlen.

Wir kommen nun zu den typischen Krankheitsphasen, die mit einer Krebserkrankung erlebt werden. Natürlich handelt es sich dabei um ein Modell, das zwar bestmöglich aber nicht zu 100% die Wirklichkeit abbilden kann. Solltet ihr euch in diesen Phasen also nicht wiedererkennen, ist das in Ordnung. Es kann trotzdem als Orientierung dienen.

Die erste Phase ist die Feststellung der ersten Symptome, beispielweise bei einer Routine- oder Vorsorgeuntersuchung beim Gynäkologen oder beim Urologen, bei der dann eine Zyste oder Tumor entdeckt wird. Bis es zur Untersuchung des Gewebes kommt, kann sich der Verdacht, das könnte Krebs sein, bereits einschleichen. Für Betroffene ist das bereits ein Stadium, das häufig mit Ängsten überlagert ist. Ungewissheit und Unsicherheit müssen aufgehalten werden. Zudem „hält“ das Leben drum herum nicht einfach „an“, der Alltag wird größtenteils weitgehend normal weiterbestritten. Das soll hier auch nicht als Nachteil deklariert werden, immerhin kann das Struktur und Halt geben und Betroffene auch immer wieder günstig von ihren Ängsten ablenken. Ablenkung und Vermeidung auf Dauer sind zwar keine optimalen Bewältigungsstrategien, kurzfristig, solange noch nicht sicher ist, woran ein Mensch sich anpassen muss, jedoch schon. Trotz allem ist es herausfordernd weiterzumachen wie bislang, wenn gleichzeitig existenzielle Ängste groß werden.

Wird die Diagnose Krebs gestellt, sind heftige Stressreaktionen nicht selten, da die Belastung (in diesem Falle eine Krebserkrankung) als zu gewaltig im Vergleich zu den vorhandenen Ressourcen (z. B. Heilungskräfte des Körpers) eingeschätzt wird. Ist eine Stressreaktion besonders stark, kann es zu einem akuten Schock kommen. Dieser wird häufig als neben sich stehen, in Watte gepackt sein oder surreal wahrgenommen. Starke emotionale Schwankungen beispielsweise zwischen ausgeprägter Trauer, Wut oder scheinbarer Teilnahmslosigkeit können ebenfalls Auswirkungen der Stressreaktion sein. Diese kann auch mit starker innerer Unruhe und einer tiefgreifenden Verunsicherung erlebt werden. Unter Schock zu stehen ist dabei ein Schutzmechanismus für den Körper und Geist und stellt eine normale Reaktion auf eine für das Leben bedrohliche Belastungen dar. Durch den Schockmodus

findet eine starke Priorisierung auf das Wichtigste und Dringendste (was zum Überleben notwendig ist) statt, um Ressourcen „einzusparen“. Das Ganze mit dem Ziel der Herausforderung doch noch erfolgreich zu begegnen. Sich in diesem Ausnahmezustand zu befinden, geht nicht mit angenehmen Gefühlen, vielmals mehr mit unangenehmen wie Angst, Ärger oder Trauer einher. Ein solcher Zustand für zwei bis vier Wochen nach der Diagnosestellung ist normal und auch funktional: Funktional, um Ressourcen zu sparen und sich den ganzen Herausforderung, die mit der Diagnose einhergehen, zu stellen. Die Herausforderungen für Betroffene sind zahlreich und treten ab Diagnosestellung bis über die Therapie hinaus in Kraft.

Beim Übergang zwischen an Krebs erkrankt und Krebs überlebend kann es zu Veränderungen des gewohnten Alltags durch die Organisation der Behandlungen, die Beschäftigung mit medizinrechtlichen Belangen oder auch finanzielle Sorgen kommen – alles zusätzliche Belastungen genauso wie Herausforderungen in sozialen Beziehungen. Diese können sich verändern, da Betroffene auf einmal einen anderen Unterstützungsbedarf haben könnten. Gerade für Väter oder Mütter oder Pflegende der Angehörigen kommt es zu einem Rollenwechsel. Auch Freundschaften und Beziehungen können sich verändern, da die Behandlungen und Auswirkungen einer Krebserkrankung sehr einnehmend sein können, sodass in dieser Zeitspanne weniger Alltägliches geteilt oder Unternehmungen gemacht werden. Auch kann eine starke Neugierde oder unangebrachte Reaktion des Umfeldes dafür sorgen, dass viele Betroffene sich nicht verstanden erleben und sich dann für den (sozialen) Rückzug entscheiden. Und das, obwohl die Belastungen enorm sind. Da waren sicher auch Aspekte dabei, bei der sich der oder die eine wieder findet.

Auch Ängste bezüglich der Behandlung selbst, Schmerzen oder Nebenwirkungen

wie Veränderung des Aussehens und der körperlichen Fitness bis hin zur Verletzung der körperlichen Unversehrtheit sind häufige Belastungen für Betroffene. Es ist summa summarum nicht verwunderlich, dass knapp ein Drittel der Betroffenen in irgendeiner Form so stark psychisch belastet ist, dass diese Belastung behandlungswürdig wird.

Nachdem die Therapie beendet wurde, was ein langes Zeitfenster darstellen kann, je nach Behandlungsmethode, kommt die Phase „Leben mit Krebs“. Es ist gut möglich, dass auch nach Abschluss der Behandlung noch körperliche Beschwerden oder auch Veränderungen bestehen bleiben. Damit gilt es nun, den Alltag wieder neu zu bestreiten. Das kann in vielen Fällen bedeuten, dass dieser sich verändert. Vor allem dann, wenn Problematiken bestehen bleiben. Für andere kann es die „Rückkehr in die Normalität“ bedeuten. Was jedoch häufig bleibt, ist die Angst vor einem Rezidiv. Diese wird mit jeder Nachsorge meist nochmal reaktiviert. Es kann auch sein, dass eine Rückkehr in die Normalität aufgrund eines Rezidivs oder von Metastasen nicht möglich ist. In diesem Fall kann es zu einer Palliativen Behandlung kommen, wobei die Themen Trauer und Abschied sehr viel Bedeutung erlangen.

Das psychische Erleben

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 **Empfehlung: Power Point selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung**

Ziele:

Die im Hochstress stark auftretende Emotionen sollen entpathologisiert werden. Dabei bereits Handlungsimpulse geben, wie diese reguliert werden können. Auch an dieser Stelle sollen die Teilnehmenden validiert werden, ihre Gefühle als angemessen, normal und nachvollziehbar erleben.

Nachdem nun die Krankheitsphasen skizziert wurden, soll nun darauf eingegangen

werden, wie mit dem psychischen Erleben umgegangen werden kann (Stichwort emotionsfokussierter Copingstil). Ein PP-gestützter Vortrag wird empfohlen.

Nachdem wir die Krankheitsphasen nun einmal durchgegangen sind, soll nun darauf eingegangen werden, was getan werden kann, um diese besser zu bewältigen: Wir orientieren uns auch hier wieder an den Krankheitsphasen und beginnen mit dem akuten Schock nach der Diagnosestellung. Wer im Schock steht braucht Ruhe. Um diesen Zustand gut zu überstehen, ist es wichtig, sich Zeit zu nehmen, um dem Schock zu verarbeiten und den Körper zur Ruhe kommen zu lassen. Das Einholen von fundierten, evidenzbasierten Informationen stellt neben dem „darüber sprechen“ einen wichtigen Baustein dar. Dieser scheint einfacher zu bewältigen, wenn Betroffene Unterstützung und Hilfe (auch von außen) suchen.

Die Emotion, die sich häufig hinter dem Schock befindet, ist Angst. Angst ist eine Basisemotion und soll uns vor Gefahren schützen. Auch wenn jeder, der gerade an seine Ängste denkt, mir nicht direkt zustimmen wird: Angst ist ein wichtiges Gefühl der Verarbeitung und darf sein. Warum ist Angst wichtig? Gehen wir für ein Beispiel in einen anderen Kontext: Stellt euch vor, ich würde auf einem Balkon auf dem Geländer herumlaufen. Die Emotion Angst wäre an dieser Stelle eine gute, denn sie würde mir anzeigen, dass das, was ich mache, potenziell gefährlich ist. Wenn Gefahr droht und Angst vorhanden ist, verändere ich mein Verhalten so, dass ich mich weniger in Gefahr bringe. In diesem Beispiel hat die Angst doch eine gute Funktion, oder was meint ihr?

Kommen wir aber nun wieder zur Angst vor der Krebserkrankung und der mit ihr eingehenden Herausforderung zurück. Die häufigste Befürchtung ist das Fortschreiten der Erkrankung bis hin zum Tod oder später die Rückkehr der Erkrankung, die sogenannte Progredienzangst. Die Progredienzangst ist

keine psychische Diagnose, sondern eine Realfurcht. Bei psychischen Angststörungen ist ein Kriterium, dass die Angst zu stark und zu generalisiert in Bezug auf mögliche Gefahren ist. Einleuchtend wird das bei der Spinnenangst (Arachnophobie) – zumindest in Deutschland brauchen wir keine Todesangst vor Spinnen zu haben. Die Ängste vor einem Fortschreiten oder Rückkehr der Erkrankung sind normal und dürfen sein. Auch diese Angst hat ihre Funktion, sie kann Betroffenen die notwendige Kraft und Motivation zur Verfügung stellen, um hinreichend Selbstfürsorge zu betreiben. Einerseits bezüglich eines Gleichgewichts zwischen Pausen und Aktivitäten trotz der Strapazen der Behandlung oder Zuwendung und Abgrenzung, aber auch ganz praktisch bezüglich des Aufsuchens von Nachsorgeterminen. Die Angst wird mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Begleiter bleiben. Bis dahin hat das auch keinen pathologischen Wert, sie kann behandlungsbedürftig werden, wenn sie global, also unabhängig von konkreten Auslösern (z. B. einem Nachsorgetermin) auftritt und zu einer Art Grundstimmung wird oder die Lebensqualität erheblich eingeschränkt wird.

Bevor wir zum Umgang mit der Angst kommen, soll auch noch über Ärger oder Wut gesprochen werden. Auch Ärger ist eine Basisemotion, und zwar für den Umgang mit Ungerechtigkeiten bzw. Verstößen gegen die eigenen Regeln. Ärger dient der Verteidigung der eigenen Regeln bzw. Rechte. Hier wird griffig, warum sie bei Menschen, die eine schwere Diagnose erhalten, so häufig auftreten kann. Ärger befähigt Menschen dazu, ihr Recht einzufordern. Doch bei wem soll das bei einer Krebserkrankung gehen? Bei Gott? Bei dem Schicksal? Bei sich selbst? Auch wenn Ärger eine wichtige Emotion darstellt, ist sie im Umgang mit einer Krebserkrankung gar nicht hilfreich. Das soll nicht bedeuten, dass Betroffene sich nicht mehr ärgern dürfen, das wäre nicht richtig, jede Emotion hat ihre Berechtigung. Jedoch versteckt sich

hinter dem Ärger häufig abgewendete Trauer. Während Ärger sich energetisierend anfühlt, als würde man noch etwas ändern können, kann Trauer schwer und endgültig sein. Es ist ein Kampf sich vor der Trauer zu schützen, irgendwann bahnt sie sich jedoch ihren Weg.

Auch Trauer ist eine Basisemotion und dient der Verarbeitung von Verlusten. Ganz wichtig. Trauer während einer Krebserkrankung zu empfinden ist eine normale Reaktion und darf sein. Ein betroffener Mensch trauert nämlich, um Abschied zu nehmen und sich – mit den neuen Umständen – zu arrangieren. Menschen, die an Krebs erkranken erleben häufig vielfältige Verluste beispielsweise „das alte Leben“, die Unbeschwertheit, aber auch in manchen Fällen ihr früheres Aussehen, die alte Leistungsfähigkeit oder auch Partner, Freunde oder Familie. Zur Verarbeitung von Verlusten sind Auseinandersetzungen mit diesem und somit auch das Trauern notwendig. Beides dient der Neuorientierung. Am Ende eines Trauerprozesses steht dann die Akzeptanz. Sobald eine gewisse Bereitschaft zur Akzeptanz vorhanden ist, kann die Neuausrichtung/-orientierung bzw. Anpassung an die neue Situation erfolgen.

Ausgenommen davon, dass trauern meist unangenehm ist, ist sie per se nicht behandlungswürdig. Sie kann es werden, wenn sie länger als 14 Tage anhält, unabhängig von äußeren Einflüssen auftritt und weitere Symptome hinzukommen oder die Lebensqualität erheblich eingeschränkt wird. Nichtsdestotrotz wollen wir hier gemeinsam Trauer und Depressivität nochmal genauer voneinander abgrenzen. Es ist wichtig zu betonen, dass eine Depression eine ernstzunehmende und behandlungswürdige Störung ist. Sie ist gleichzeitig aber nicht nur behandlungswürdig, sondern auch behandelbar. Sofern ihr euch in den Symptomen, die ich gleich beschreiben werde, wiederfinden solltet, lautet die Empfehlung sich professionelle Hilfe zu suchen, um nicht zusätzlich zu den Belastungen durch die

Krebserkrankung auch noch weiteren psychischen Belastungen ausgesetzt zu sein.

Bei Trauer und Depression können seelischer Schmerz, beeinträchtigter Appetit, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme und Zukunftssorgen auftreten. Ein markanter Hinweis auf eine depressive Entwicklung stellt eine dauerhafte Niedergeschlagenheit dar, im Vergleich zu einem Auf- und Abtauchen von Kummer bei traurigen Menschen. Während Menschen, die traurig sind weiterhin Trost erleben, tun depressive Menschen das nicht. Sie sind meist antriebslos, ziehen sich sozial zurück, haben Selbstzweifel oder werten sich ab, das ist bei Trauer tendenziell weniger der Fall.

Ob wir wollen oder nicht, neben der Angst brauchen wir auch die Trauer und auch sie kann Begleiter sein. Wer zu lange in seinem Ärger oder in seiner Wut verharret, der stößt seine Verarbeitungsprozesse nicht an.

Gibt es bis dahin erst einmal Fragen?

Kontrollradar

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung

Ziele:

Erkenntnisse darüber gewinnen, worüber ein Mensch Kontrolle hat und worüber nicht. Dieses Wissen ist als Voraussetzung für das emotionsfokussierte Coping wichtig.

Nachdem nun die Krankheitsphasen inklusive der spezifischen Belastung skizziert wurden sowie die Basisemotionen Angst, Ärger und Trauer in ihrer Funktionalität vorgestellt wurden, soll nun auf die Voraussetzung für einen günstigen Umgang mit Problemen eingegangen werden. Die Frage, was liegt in

meiner Macht soll beantwortet werden. Ein PP-gestützter Vortrag wird empfohlen.

Wie kann nun gut mit der Angst, Ärger oder Trauer umgegangen werden? Diese Fragestellung ist relevant, weil sowohl Angst, Ärger oder Trauer mit hoher Wahrscheinlichkeit Begleiter bleiben werde.

Für einen geeigneten Umgang ergibt es Sinn zunächst die zwei Kontrollradare zu betrachten. Kontrollradar 1 beinhaltet drei Zonen: die eigene Person, die Mitmenschen und die äußere Umwelt (z. B. das Wetter). Dazu habe ich eine Frage an Euch: Was davon ist kontrollierbar?

Wir können uns das Kontrollradar als einen großen Kreis mit zwei weiteren kleinen Kreisen darin vorstellen. Der innerste Kreis des Kontrollradars beinhaltet die eigene Person bzw. deren Handeln und deren Gedanken. Dieser Teil ist weitestgehend kontrollierbar. Der sich darum schließende Kreis, der die Mitmenschen beinhaltet, ist unter Umständen zwar beeinflussbar, aber nicht kontrollierbar. Wir können unseren Mitmenschen keine Handlungen abverlangen oder Verhaltensweisen auferlegen, es kann nur darum gebeten werden. Der äußere Kreis – die äußere Umwelt – ist nicht kontrollierbar bzw. beeinflussbar. Wenn wir da als Beispiel das Wetter heranziehen, dann gibt es nichts, was unternommen werden kann, um diese günstig zu beeinflussen, gar zu kontrollieren. Nachdem wir nun in einem weiteren Schritt Kontrollradar 2 betrachten werden, können wir gemeinsam Rückschlüsse aus diesem Wissen ziehen.

Zunächst zu Kontrollradar 2: Dieses zoomt in den kleinsten Kreis von eben – die eigene Person. Wir hatten festgestellt, dass diese kontrollierbar ist, aber was genau? Auch hier haben wir wieder drei Zonen und beginnen mit dem innersten Kreis: Das bewusste Reflektieren, Nachdenken oder Vorstellen. Ich nehme es hier schon einmal vorweg, das ist kontrollierbar. Ob ihr mir gerade aktiv zuhört

oder etwas anderes tut, das obliegt eurer Kontrolle. Wie ist es mit automatisierten – häufig negativen – Gedanken? Zunächst erst mal die Klärung, was wird darunter verstanden? Im Grunde geht es um die Kopplung von einem Reiz – beispielsweise der Voruntersuchung – und einem Angstgedanken wie beispielsweise „Ich befürchte ein Rezidiv“, der dann eine emotionale Aktivierung, die der Angst, zur Folge hat. In diesem Fall könnte diese automatisierte Kopplung als negativ erachtet werden, da sie letztlich ein unangenehmes Gefühl zur Konsequenz hat. Leider sind solch automatisierten gedanklichen Kopplungen nur schwer „überlernbar“, löschar schon gar nicht. Mit einem bewussten Lernprozess, dass ein neuer Gedanke an die Nachuntersuchung gekoppelt wird, würde die Automatisierung nach und nach „überlernt“ werden. Es bleibt jedoch ein gewisses Restrisiko, dass das Gehirn das alte Muster reaktiviert, sofern wir diesen Automatismus nicht entlarven, bleibt er, so wie die meisten automatisierten Gedanken nicht bewusst und somit nicht kontrollierbar. Nun kommen wir zum äußeren Kreis des Kontrollradars 2 den Gefühlen und Körperreaktionen wie innere Unruhe, Weinen oder Herzrasen. Diese sind nicht direkt kontrollierbar, ansonsten würde keiner von uns sich in diese unangenehmen Erlebensbereiche begeben. Jedoch sind sie durch Veränderung der Gedanken oder Einstellungen indirekt beeinflussbar. Wir ziehen erneut das Beispiel von oben hier zur Verdeutlichung heran: Die gedankliche Befürchtung bezog sich auf das Rezidiv. Nun haben wir vorhin gelernt, dass die eigene Bewertung zwischen Belastung und Ressourcen hier ganz entscheidend ist. Kommt eine Person zur abschließenden Bewertung „Ein Rezidiv wäre schlimm für mich, ich würde das nicht erneut schaffen.“ würde sich die Intensität der emotionalen Aktivierung von einer anderen Person unterscheiden, die annimmt „Ich bin beschwerdefrei, sollte es trotzdem einen Befund geben, finde ich meinen Weg, auch das zu bewältigen.“ In

beiden Fällen würde Angst eine Rolle spielen, im letzten Beispiel wahrscheinlich viel geringer. Das bedeutet über unsere Gedanken können wir indirekt unsere Emotionen und die daraus resultierenden Körperreaktionen beeinflussen. Kontrollieren jedoch nicht. Viele kennen das auch, was hier in der Theorie logisch beschrieben wird. Leider ist das nicht nur eine reine Einsichtssache, vielmehr ist eine Veränderung der Sichtweise mit Anstrengung verbunden. Wird diese eingebracht, ist es jedoch möglich.

Wir haben nun die beiden Kontrollradare vor Augen, die uns aufzeigen, woran wir arbeiten können und woran nicht. Es soll vor allem eine Sache deutlich werden, die nun nochmal wiederholt wird: Emotionen und somit auch die Angst, der Ärger oder die Trauer können nicht einfach abgestellt werden. Sie bleiben mit hoher Wahrscheinlichkeit Begleiter, deshalb ist ein angemessener Umgang damit wichtig.

Das folgende Gebet des US-amerikanischen Theologen Reinhold Niebuhr fasst diese Einheit nochmal ganz passend zusammen:

Gib mir die Gelassenheit, Dinge zu akzeptieren, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Gibt es dazu Fragen?

Umgang mit den Emotionen

Zeit:

🕒 ca. 15 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen je nach Vorstellungen der Studienleitung

Ziele:

Die im Hochstress stark auftretende Emotionen sollen entpathologisiert werden. Dabei

sollen vor allem Handlungsimpulse gegeben werden, wie diese reguliert werden können.

Nachdem nun feststeht, dass an dem Umgang mit der Emotion gearbeitet werden kann, folgen hier sich als hilfreich erachtete Strategien für dieses Ziel.

Folgende Formulierungen sind hier denkbar:

Zunächst werden Bewältigungsstrategien, die langfristig den Umgang mit der starken Emotionen verbessern können: Eine achtsame Haltung kann sich günstig auswirken: Achtsamkeit meint das bewertungsfreie Wahr- und Annehmen der Emotion. Anstatt gegen sie anzukämpfen, vielmehr sie als Begleiter zu akzeptieren und mit ihr gemeinsam den weiteren Weg zu beschreiten. Die Angst anzunehmen, bedeutet die Ungewissheit zu akzeptieren. Den Ärger anzunehmen, bedeutet die Ungerechtigkeit zu akzeptieren. Die Trauer anzunehmen, bedeutet den Verlust zu akzeptieren. Hier wird auch deutlich, warum das eher in der Kategorie langfristig ist, die Akzeptanz ist nämlich das Ergebnis eines (Trauer-)Prozess. Jedoch fängt dieser mit der Einsicht an, dass Unkontrollierbares nicht kontrolliert werden kann. Wir denken dabei wieder an das Kontrollradar. Das ist wichtig, um Handlungsmöglichkeiten, aber auch Grenzen zu erkennen.

Wer langfristig an der Gefühlsintensität arbeiten will, muss sich mit Gedankeninhalten auseinandersetzen. Das klingt erstmal paradox. Dahinter steckt jedoch das Phänomen, dass z. B. Angstgedanken häufig nicht zu Ende gedacht werden. Was könnte das Schlimmste sein, was passieren könnte? Und was würde ich dann tun, wenn dieser schlimmste Fall eintritt? Wer diese Frage für sich beantworten kann, dessen Angstintensität wird sich wahrscheinlich nach unten regulieren. Manchmal ist es auch so, dass sich hinter der Angst oder Trauer dysfunktionale Grundannahmen verbergen, die erst bei einer Auseinandersetzung deutlich und hinterfragbar werden. Wer beispielsweise über

sich selbst denkt, nur gut genug zu sein, wenn die Pflege der Eltern übernommen wird, wird in Zeiten der Erkrankung auch Angst vor einem Selbstwert-Verlust befürchten, da die alte Rolle zumindest vorübergehend nicht erfüllbar ist. Die ungünstige Grundannahme in diesem Beispiel lautet: Wer keine guten Leistungen vollbringt, ist weniger wert. Wenn wir alle mal kurz darüber nachdenken: Würden wir das zu einem Menschen sagen, den wir lieben? Zum Beispiel zu den eigenen Kindern oder Geschwistern oder Freunden? Wahrscheinlich nein. Solche Grundannahmen sind ebenfalls im Umgang mit der Emotion wichtig zu entlarven und vor allem auch zu widersprechen.

Im Umgang mit Ängsten sind die Wahrheitskriterien ebenfalls relevant: Wie realistisch ist es erneut ein Rezidiv zu kommen? Für wie wahrscheinlich halte ich es, dass es der einzige Krankheitsverlauf ist, der mir widerfahren kann? Ist das immer so, dass Menschen, die an Krebs erkranken nochmal ein Rezidiv haben? Um in diesen Prozess tiefer einzusteigen, kann es auch hilfreich sein, zunächst seine Selbstwahrnehmung in Bezug auf die eigenen Emotionen zu fördern und beispielsweise ein Angsttagebuch zu führen. Wir wissen: Alles, was automatisiert abläuft ist zunächst nicht bewusst und kann auch nicht verändert werden. Sich bei der Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten Hilfe zu suchen, kann diesen Prozess erleichtern.

Mit Partner, Freunden oder Angehörigen zu sprechen, kann ebenfalls zur Entlastung führen und diese Menschen können ganz wertvolle Ressourcen darstellen. Genauso wie Emotionsregulation über das Schreiben. Auch das – das expressive Schreiben – könnt ihr später für euch ausprobieren. Regelmäßige Entspannungsverfahren stellen ebenfalls einen wichtigen Baustein dar, um die unangenehmen Emotionen mittelfristig besser zu regulieren. Beispielsweise Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training oder eben auch imaginative Verfahren, die

wir später noch vertiefter Kennenlernen werden. Wichtig dabei zu wissen ist, dass Entspannungsverfahren mittel- und langfristig und nicht kurzfristig wirken: Wer erwartet einmal eine Entspannungsübung durchzuführen und dann entspannt zu sein, wird enttäuscht. Durch regelmäßiges Trainieren entsteht erst der Effekt. Der Trainingseffekt zielt nämlich darauf ab, trotz innerer Unruhe den Körper herunterzufahren und sich auf die Entspannung einzulassen, umso häufiger geübt, umso automatisierter kann trotz ein Mensch sich trotz Anspannung zumindest zu mehr Entspannung regulieren.

Bei akuter Angst können Selbstberuhigungstechniken angewendet werden wie Ablenkung durch Gedankenstopp. Bei dieser Strategie sage ich bewusst und am besten laut STOP. Indem das Gedankenkarusell unterbrochen wird, kann es besser gelingen von den automatisierten Gedanken in die willentlichen zu gelangen. Im Idealfall sollte eine Umfokussierung auf eine hilfreiche Technik, z. B. ein Entspannungsverfahren folgen. Außerdem kann es hilfreich sein, sich körperlich anregend zu bewegen, spazieren oder besser auch joggen, um die angestaute Emotionale Aktivierung auch körperlich abzubauen. Ganz bekannt und wirksam ist auch die 5,4,3,2,1-Übung. Zunächst werden jeweils fünf, dann vier, dann drei, dann zwei und dann eine Sache aufgezählt, die gerade gesehen, gehört und gespürt werden. Durch diese Strategie kann akut Ablenkung stattfinden. Eine weitere Technik, die immer und überall durchgeführt werden kann, will ich hier mit euch durchführen: Eine Atemübung, die Fünf-Finger-Atem-Technik:

Anleitung Fünf-Finger-Atem-Technik:

Setzt euch hierfür mit beiden Beinen fest in den Boden verankert hin oder stellt euch hin. Achtet bei der Übung auf eine bewusste und tiefe Atmung. Hier führen wir das einmal gemeinsam durch, die Übung kann beliebig oft wiederholt werden.

Ich bitte euch alle nun eine Hand vor euch auszustrecken und dabei alle fünf Finger abzuspreizen. Führt dann den Zeigefinger der anderen Hand von unten nach oben an der Außenseite des Daumens hinauf und atmet währenddessen tief ein. Ist die Fingerspitze erreicht, haltet den Atem kurz an und atmet dann kontrolliert wieder so lange aus, bis ihr den Zeigefinger an der Innenseite des Daumens hinuntergleitet seid.

Mit der nächsten Einatmung fahrt ihr die Außenseite des Zeigefingers hoch, haltet den Atem, sobald ihr die Fingerspitze erreicht habt und atmet wieder kontrolliert aus, während ihr die Innenseite des Zeigefingers hinabgleitet.

Während ihr erneut tief einatmet, führt ihr den Zeigefinger wieder an der Innenseite des Mittelfingers hinauf. Haltet den Atem kurz an und atmet dann kontrolliert wieder so lange aus, bis ihr die Außenseite des Mittelfingers vollständig hinabgegleitet seid.

Mit der nächsten Einatmung fahrt ihr die Innenseite des Ringfingers hoch, haltet den Atem, sobald ihr die Fingerspitze erreicht habt und atmet wieder kontrolliert aus, während ihr die Außenseite des Ringfingers hinabgleitet.

Während ihr ein letztes Mal tief einatmet, führt ihr den Zeigefinger wieder an der Innenseite des kleinen Fingers hinauf. Haltet den Atem ein letztes Mal kurz an und atmet ein letztes Mal dann kontrolliert wieder so lange aus, bis ihr die Außenseite des kleinen Fingers erreicht habt.

Wie war das? Gibt es etwas, das ihr teilen wollt? Rückmeldungen?

Abschließend zu dieser Einheit soll der „Weg zur Heilung“ ebenfalls kurz skizziert werden. Hier soll ein Realitätscheck erfolgen: Kaum ein Heilungsprozess verläuft linear, vom Nullpunkt ausschließlich ansteigend. Vielmehr verlaufen Prozesse in einer Dynamik von Fort- und Rückschritten. Und Rückschritten und Fortschritten, und

Fortschritten, usw. Das ist ebenfalls wichtig zu akzeptieren, wenn man sich nicht häufig enttäuschen will.

Hier erneut ein Formulierungsbeispiel:

Hier nochmal eine grobe Zusammenfassung dieser Einheit: Wer im Schock ist, braucht Schutz, soll heißen, Stabilität und Unterstützung können als wichtige Pfeiler angesehen werden. Eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung sollte erfolgen, um sich auf die ggfs. neuen Bedingungen anpassen zu können. Emotionsregulation stellt dabei einen wichtigen Baustein dar. Die Wahrscheinlichkeit mit starken Emotionen konfrontiert zu sein oder zu werden ist hoch. Hier ist nochmal wichtig. Das ist ganz normal. Der Blick auf potenzielle Ressourcen darf dabei nie vergessen werden: Egal was gerade alles im Argen zu liegen scheint, ein Mensch ist immer mehr als nur seine Probleme.

Gibt es zu dieser Einheit noch Fragen?

Dann wünsche ich uns allen eine schöne Mittagspause. Diese ist für 1,5 Stunden vorgesehen, wird treffen uns um 14 Uhr wieder hier.

KAPITEL 5 – EXPRESSIVES SCHREIBEN (Person mit Expertise)

🕒 Vorstellung/ Austausch

🕒 14:25 bis 14:40 Uhr (15 min)

🕒 *Pause*

🕒 14.40 bis 15.00 Uhr (20 min)

Ziele:

- 🎯 **Psychoedukation:**
 - Wobei wirksam?
 - Vorgehen
 - 🎯 **Schreiberfahrungen**
-

Material:

- 📌 **Stifte und ggfs. Papier oder Kräfte-für-Krisen-Buch**
 - 📌 **je nach Vorstellungen der/des Referent*in**
-

Überblick:

- 👁️ **Expressives Schreiben**
 - 🗨️ Hintergrund und Einsatzgebiet (5 min)
 - 💬 Erfahrungsaustausch (5 min)
 - 🎨 Schreibimpuls und Schreibzeit (15 min)
 - 💬 Vorstellung/ Austausch (15 min)
-

Zeit:

- 🕒 **Hintergrund und Einsatzgebiet**
 - 🕒 14:00 bis 14:05 Uhr (5 min)
 - 🕒 **Erfahrungsaustausch**
 - 🕒 14:05 bis 14:10 Uhr (5 min)
 - 🕒 **Schreibimpuls und Schreibzeit**
 - 🕒 14:10 bis 14:25 Uhr (15 min)
-

Hintergrund und Einsatzgebiet

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der/des Referent*in, z. B. Redeobjekt

Ziele:

In einem kurzen Abriss soll der Hintergrund, die Wirkung und die Einsatzgebiete des expressiven Schreibens erläutert werden, um den Teilnehmenden Orientierung für die nächste Übung zu geben.

Da an dieser Stelle eine Person mit Expertise (ggfs. ein/e weitere/r Referent*in) eingeladen wird, darf diese den Inhalt selbst gestalten. Wichtig ist es jedoch, eine einladende Haltung einzunehmen: Das Expressive Schreiben darf ausprobiert werden, es geht nicht darum, einen besonders tollen Text zu schreiben. Es soll darauf hingewiesen werden, dass Rechtschreibfehler, Bulletpoint sowie laienhafte Ausdrucksweise erlaubt sind und den Wert des Schriftstücks nicht mildern, sondern dass es vielmehr um die Erfahrung geht.

Es soll auch hier wieder verdeutlicht werden „Alles darf, nichts muss“ – die Texte werden allein geschrieben und dürfen später geteilt werden, dies ist jedoch selbstverständlich als Einladung zu verstehen.

Erfahrungsaustausch

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der/des Referent*in

Ziele:

Zur Steigerung der Motivation und auch der Offenheit der Teilnehmenden sollen

Eindrücke, die ggfs. in der Gruppe vorhanden sind, geteilt werden.

Auch an dieser Stelle kann die Referentin entscheiden, ob sie die Teilnehmenden aufrufen will oder ebenfalls mit einem Redeobjekt arbeiten will.

Auch soll an dieser Stelle eine Empfehlung mit beispielsweise zurückhaltenden Rückmeldungen gegeben werden: Empfohlen wird, nach wie vor eine wertschätzende Haltung und die Einladung zum Ausprobieren, sollte es kaum Erfahrungswerte geben.

Schreibimpuls und Schreibzeit

Zeit:

🕒 ca. 15 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der/des Referent*in bzw. des Schreibimpulses

Ziele:

Erste Schreiberfahrung machen, was durch die Selbstreflexion potenziell die Selbstwirksamkeitserfahrung, den Kohärenzsinn wie auch den Resilienzfaktor Sinn stärken kann.

Auch an dieser Stelle kann die Referentin oder der Referent selbst entscheiden, welchen Schreibimpuls sie oder er geben will. Da es sich gesamt jedoch um einen resilienzfördernden Workshop handelt, wird empfohlen ein eher neutraleren Reiz (z. B. Meeresrauschen) zu geben, der nicht zwingend einen Bezug zur Krebserkrankung impliziert (z. B. das Wort „Krebs“). Durch den tendenziell neutraleren Impuls gelingt es, die angestrebte Freiheit, worüber die Teilnehmenden schreiben wollen (sei es in Bezug auf die Erkrankung oder eben auch nicht), aufrechtzuhalten.

Die Person mit Expertise im expressiven Schreiben sollte ansprechbar bleiben, sofern Fragen oder Anliegen bei den Teilnehmenden auftauchen.

Vorstellung/ Austausch

Zeit:

🕒 ca. 15 Min

Material:

✍ je nach Vorstellungen der/des Referent*in

Ziele:

Durch das Teilen der entstandenen Schriftstücke können im besten Fall Synergieeffekte entstehen. Also, dass Personen sich durch die in Worte verschriftlichten Gedanken anderer selbst verstanden erleben. Letztlich kann dadurch einerseits die Selbstakzeptanz gefördert werden, i. S. ich bin gut so wie ich bin, und andererseits die soziale Unterstützung, da dieser Austausch ggfs. auch über das expressive Schreiben hinaus Gesprächsanhaltspunkte erlaubt.

Die Person mit Expertise leitet den Austausch der Schriftstücke an und bettet den Inhalt ein. Dabei sollen auf Bewertungen, i. S. von „besonders gut“ oder „besonders schlecht“, verzichtet werden. Vielmehr ist die Erfahrung, die durch das Anhören des Textes entsteht, zentral und soll durch die Person mit Expertise eingefangen werden. Für jeden Beitrag bedankt sich der oder die Referent*in und fängt auch das Stimmungsbild der Gruppe dabei mit ein.

Im Anschluss an die Vorstellung der Schriftstücke erfolgt eine 20-minütige Pause bis 15.00 Uhr. Hier besteht die Möglichkeit Kaffee und Kuchen oder Häppchen zu servieren.

KAPITEL 6 – IMAGINATIVE ENT- SPANNUNGSVERFAHREN (Person mit Expertise)

Ziele:

- 👁️ **Psychoedukation:**
 - Wobei wirksam?
 - Vorgehen
 - 👁️ **Imaginative Entspannung - Erfahrung**
-

Material:

- 📎 je nach Vorstellungen der/des
Referent*in, z. B. Redeobjekt
-

Überblick:

- 🌞 **Imaginative Entspannungsverfahren**
 - 🗨️ Hintergrund und Einsatzgebiet (10 min)
 - 🎨 Praktische Übung (15 min)
 - 💬 Nachbesprechung (10 min)
-

Zeit:

- 🕒 **Hintergrund und Einsatzgebiet**
 - 🕒 15:00 bis 15:05 Uhr (5 min)
 - 🕒 **Praktische Übung**
 - 🕒 15:05 bis 15:20 Uhr (15 min)
 - 🕒 **Nachbesprechung**
 - 🕒 15:20 bis 15:30 Uhr (10 min)
 - 🕒 **Pause**
 - 🕒 15.30 bis 15.35 Uhr (5 min)
-

Hintergrund und Einsatzgebiet

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der/des Referent*in

Ziele:

In einem kurzen Abriss sollen der Hintergrund, die Wirkung und die Einsatzgebiete über Entspannungsverfahren mit besonderem Fokus auf imaginative Verfahren erläutert werden, um den Teilnehmenden Orientierung für die nächste Übung zu geben.

Da an dieser Stelle eine Person mit Expertise (ggfs. ein/e weitere/r Referent*in) eingeladen wird, darf diese den Inhalt (z. B. die angeleitete Übung) selbst gestalten. Wichtig ist es jedoch, eine einladende Haltung einzunehmen: Die imaginativen Entspannungsverfahren dürfen ausprobiert werden, es geht nicht darum, besonders „richtig“ diese Übung zu machen, sondern dass es vielmehr um die Erfahrung geht.

Es soll auch hier wieder verdeutlicht werden „Alles darf, nichts muss“ – jeder ist in seiner Imagination (Vorstellung) und darf später teilen, wie es ihm oder ihr erging. Dies ist jedoch selbstverständlich als Einladung zu verstehen.

Praktische Übung

Zeit:

🕒 ca. 15 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der/des Referent*in bzw. des Schreibimpulses

Ziele:

Erste Erfahrung mit imaginativen Entspannungsverfahren machen, was potenziell die Selbstwirksamkeitserfahrung und je nach

Inhalt auch die positiven Emotionen fördern kann. Darüber hinaus kann diese Erfahrung anregend dazu sein, sich weiterhin mit der Thematik der Entspannung auseinanderzusetzen.

Auch an dieser Stelle kann die Referentin oder der Referent selbst entscheiden, welche imaginative Entspannungsübung sie oder er anleiten will. Da es sich gesamt jedoch um einen resilienzfördernden Workshop handelt, wird empfohlen ein eher positives bzw. stärkendes Thema (z. B. Vergleich Mensch und Baum) zu geben, das nicht zwingend einen Bezug zur Krebserkrankung impliziert (z. B. die Bekämpfung der Krebszellen). Durch die positive bzw. stärkende Ausrichtung kann es gelingen den Fokus der Teilnehmenden auf etwas Positives zu richten und somit positive Emotionen zu fördern.

Die Person mit Expertise in den imaginativen Entspannungsverfahren und die Kursleitung sollten aufmerksam bleiben, sofern sie bei einem oder einer der Teilnehmenden feststellt, dass diese stark emotional aktiviert sein sollte. Hier sollte dann eine Hilfestellung angeboten werden und das möglichst diskret.

Nachbesprechung

Zeit:

🕒 ca. 15 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der/des Referent*in, z. B. Redeobjekt

Ziele:

Durch das Mitteilen der entstandenen Gedanken bzw. Gefühle sollen Erfahrungen geteilt werden (Förderung der sozialen Unterstützung) und auch die Möglichkeit gegeben werden, die Person mit Expertise bei Schwierigkeiten um weitere Unterstützung zu bitten.

Die Person mit Expertise leitet den Austausch an, wie sie dabei vorgehen will (z. B. mit oder ohne Redeobjekt) das obliegt ihrer Entscheidung. Wünschenswert wäre eine Validierung, sollten Teilnehmende Schwierigkeiten gehabt haben. Für jeden Beitrag bedankt sich der oder die Referent*in und fängt auch das Stimmungsbild der Gruppe dabei mit ein.

Im Anschluss an den Austausch erfolgt eine 5-minütige Pause bis 15.35 Uhr.

KAPITEL 7 – OPEN SPACE

Ziele:

- 🎯 Fokus auf eigene Bedürfnisse
 - 🎯 Vertiefung von Interessengebieten
 - 🎯 Individualisierung des Workshops
-

Material:

- 📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen, je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.
 - PP 19 – Open Space Themen zur Orientierung
 - PP 20 – Gruppenbildung
 - PP 21 – Gesetz und Prinzipien
 - 📎 **Metaplanwand** (Anzahl: 1)
 - Papier und Stifte**
 - 📎 **Redeobjekt** (z. B. Stein)
-

Überblick:

- 🌞 **Open Space**
 - 🗨️ Einführung Open Space (5 min)
 - Gesetz und 4 Prinzipien
 - Vorschläge sammeln
 - Gruppenbildung
 - 🎨 Gruppenbildung (10 min)
 - 🎨 Durchführung (45 min)
 - 💬 Nachbesprechung (5 min)
-

Zeit:

-
- 🕒 **Hintergrund und Einsatzgebiet**
 - 🕒 15:35 bis 15:40 Uhr (5 min)
 - 🕒 **Gruppenbildung**
 - 🕒 15:40 bis 15:50 Uhr (10 min)
 - 🕒 **Durchführung**
 - 🕒 15:50 bis 16:35 Uhr (45 min)
 - 🕒 **Nachbesprechung**
 - 🕒 16.35 bis 16.45 Uhr (10 min)
 - 🕒 **Pause**
 - 🕒 16.45 bis 16.50 Uhr (5 min)
-

Hintergrund und Einsatzgebiet

Zeit:

🕒 ca. 5 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen, je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- **PP 19** – Open Space Themen zur Orientierung
- **PP 20** – Gruppenbildung
- **PP 21** – Gesetz und Prinzipien

Ziele:

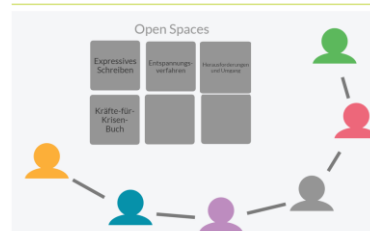
In einem kurzen Überblick sollen der Sinn und Zweck, der Ablauf und die Rahmenbedingungen des Open Spaces erläutert werden, so dass die Teilnehmenden im Anschluss daran in der Lage sind, eine auf den eigenen Bedürfnissen basierte Entscheidung zu deren Vertiefungsgebiet zu treffen.

Zunächst soll kurz erneut eingeführt werden, was Open Spaces sind, welchen Sinn und Zweck sie erfüllen und was die Rahmenbedingungen sind, die ein Open Space umfasst. Es werden das Gesetz der zwei Füße und die vier Prinzipien des Open Spaces vorgestellt. Diese Einführung in die Durchführung der Open Spaces dient dem darauffolgenden Schritt der Themenfindung, bevor es zur Durchführung kommt. Gerne darf dieser Aspekt zur besseren Veranschaulichung PP-gestützt sein (vgl. **PP 19**, **PP 20** oder **PP 21**). Wichtig ist auch an dieser Stelle, eine einladende Haltung einzunehmen, keiner muss an einem vorgegebenen Open Space teilnehmen, jeder darf das tun, was für ihn oder sie in diesem Moment sich gut anfühlt („Alles darf, nichts muss“).

So nun kommen wir zu dem, was ich heute Vormittag bereits angesprochen zu den Open Spaces habe. Was bedeutet das für Euch? Ihr habt nun die Möglichkeit, entweder eines der Angebote aus dem heutigen Programm – also *psychoonkologischer Input*, *expressives Schreiben* oder

(*imaginative*) *Entspannungsverfahren* – weiter zu vertiefen oder eben auch selbst sogenannte „Spaces“ also Räume zu eröffnen für Eure Anliegen oder Angebote (z. B. Yoga, Waldbaden, etc.).

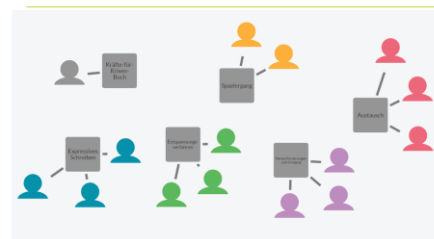
Open Space – Themen finden



PP 19 – Open Space Themen zur Orientierung

Dabei habt ihr komplette Gestaltungsfreiheit: Wenn ihr merkt: „Ich würde gerne spazieren gehen und mich freuen, wenn mich weitere Personen begleiten.“ – dann macht einen Space auf und schaut, ob jemand anderes gerade auch dieses Bedürfnis verspürt. Sollte dem nicht so sein, dürft ihr auch allein dem nachgehen, wonach Euch gerade ist. Sich eine kleine Auszeit in Form einer Kaffeepause oder einem Rückzug auf das Zimmer mit einem „kurz die Beine hochlegen“ darf auch sein.

Open Spaces – Gruppen bilden



PP 20 – Gruppenbildung

Jetzt geht es darum, worum wir uns teilweise zu wenig Zeit in unserem Alltag einräumen, nämlich die Fragestellung „Was brauche ich jetzt gerade.“

So viel erstmal zu den Themen. Wie die Themen und demnach die Personen zueinanderfinden, darauf komme ich gleich nochmal zurück. Habt ihr dazu erstmal eine Frage?

Jetzt will ich uns noch den Rahmen geben, den ein gelungener Open Space benötigt. Es gibt nämlich auch hierbei ein Gesetz und vier Prinzipien.

Open Spaces – Gesetz und Prinzipien



PP 21 – Gesetz und Prinzipien

Das Gesetz, das der zwei Füße, beinhaltet, dass ihr Eure Füßen nehmen könnt und auch den Space verändern, verlassen oder dazukommen könnt. Unter uns befinden sich nämlich sogenannte „Hummeln“ und „Schmetterlinge“. Hummeln fliegen von Blüte zu Blüte und verteilen so den Blütenstaub, auch die Hummeln in unserem Kreis werden durch ihr „hummeln“ Input von einem zum anderen Space bringen. Schmetterlinge sehen einfach toll aus. Falls ihr Schmetterlinge sehen solltet, vielleicht an der Kaffecke, vielleicht auf dem Flur – begrüßt sie freundlich und erfreut euch über deren Anwesenheit. Was bedeutet das nun? Mit dem Gesetz der zwei Füße wird die Einladung, in verschiedene Spaces zu gehen oder auch einfach nur den einen zu verlassen, gegeben. Macht das, wonach Euch ist.

Wir fahren fort mit den vier Prinzipien. Als erstes damit, dass „Die da sind, sind die Richtigen“. Egal ob ihr eine große oder kleine Gruppe werdet, ihr werdet mit denjenigen Personen Zusammensein, die sich gerade mit ähnlichen Themen wie ihr beschäftigen wollen. Wenn ihr allein sein solltet, auch ok, nur weil andere Personen andere Anliegen haben, macht das Euch ja nicht weniger relevant.

Das nächste Prinzip lautet „Was auch immer geschieht: Es ist das Einzige, was geschehen konnte.“ Was bedeutet das? Ob nun eine interessante Diskussion oder ein reger Austausch zu Stande kommt oder ihr für Euch feststellt, dass ihr dieses Thema bereits gut durchstiegen habt – nichts davon ist falsch und nichts richtig. Ihr seid eingeladen, Euch voll und ganz auf eine Erfahrung einzulassen, unabhängig davon, welche das ist, es sollte so sein.

Als drittes Prinzip stelle ich Euch dieses vor: „Es fängt an, wenn die Zeit reif ist.“ Wir sind hier in einem Workshop und machen uns ganz bewusst, dass die Bearbeitung des Themas dann beginnt, wenn die Zeit bzw. die Personen, die sich dem Thema widmen, reif sind. Wir arbeiten nicht mit einer Uhrzeit, sondern mit unseren Bedürfnissen.

Und schließlich zu guter Letzt „(Nicht) vorbei ist (nicht) vorbei.“ Dieses Prinzip geht in zwei Richtungen: Manchmal sind Themen schneller ausgeschöpft und ihr seid nach 10 Minuten fertig – dann ist vorbei, wenn vorbei ist. Bitte nicht gezwungenermaßen die Zeit füllen – das braucht ihr nicht. Ihr dürft dann wieder zum Ausgangspunkt und zur Ankerfrage „Was brauche ich jetzt gerade?“ zurückkehren und das dann tun. Auf der anderen Seite kann es sein, da wir heute hier in einem Workshop sind, dass die Zeit vorbei ist, Eure Themen aber nicht – dann wäre eben nicht vorbei, obwohl die Zeit um ist. Dazu gebe ich Euch die herzliche Einladung Euch für später (z. B. beim Abendessen) zu verabreden oder

im Anschluss an die Abschlussrunde nochmal Zeit zu nehmen.

Habt ihr zu dem Gesetz der zwei Füße oder den vier Prinzipien nochmal Fragen?

Gruppenbildung

Zeit:

🕒 ca. 10 Min

Material:

📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen, je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- **PP 19** – Open Space Themen zur Orientierung
- **PP 20** – Gruppenbildung

📎 **Metaplanwand** (Anzahl: 1)

📎 **Papier und Stifte zum Sammeln von Open Space Angeboten**

Ziele:

Angebote von Open Spaces machen und Gruppenbildungsprozess anhand Interessengemeinschaften.

Nun erfolgt der zweistufige Prozess der Angebots- und Gruppenbildung. Zunächst werden Themen gesammelt, wobei die Referenten jeweils eine Vertiefung der von Ihnen angebotenen Inhalte anbieten sollten (psychoonkologischer Austausch, expressives Schreiben und imaginative Entspannungsverfahren). Darüber hinaus dürfen eigene Themen der Angebote aus der Gruppe entstehen. Zur Themenfindung soll circa die Hälfte der Zeit (5 Minuten) eingeplant werden. Die Angebote sollen auf einfaches Papier, das im Idealfall mittig im Kreis mit ein paar Stiften liegt, jeweils mit einem Titel (z. B. Expressives Schreiben) und dem Namen des Einberufenden (z. B. Referent:in des expressiven Schreibens) geschrieben werden. Im Anschluss an die Metaplanwand gepinnt werden. Nachdem sich Spaces

gebildet haben, stellen alle Einberufende ihren Titel kurz vor – dies wird durch die Kursleitung moderiert. Daran anschließend gehen alle Teilnehmenden mit einem Stift zur Metaplanwand und tragen sich auf die verschiedenen Angebote ein bzw. schreiben ihren Namen auf das Papier. Das Eintragen bezieht sich darauf, woran eine Person als erstes teilnehmen will. Dies kann je nach räumlichen Möglichkeiten wichtig für die Kursleitung sein, die in einem folgenden Schritt die verschiedenen Gruppen räumlich koordinieren wird. Gerne darf dieser Prozess zur besseren Veranschaulichung PP-gestützt sein (vgl. **PP 19** oder **PP 20**).

So nun gestalten wir gemeinsam das Angebot. In den nächsten 5 Minuten habt ihr die Chance das Papier, das in der Kreismitte liegt, zu nehmen und Euer Thema oder Angebot in Form eines Titels (z. B. Spazieren gehen) darauf zu schreiben. Bitte ergänzt dieses Papier dann noch mit Eurem Namen und pinnt es dann an die Metaplanwand. Nachdem wir alle Angebote gesammelt haben bzw. nach circa 5 Minuten, stellt der oder die Einberufenden seinen Open Space Titel kurz vor, sodass alle die verschiedenen Angebote kennen. Im Anschluss daran, tragt ihr Euch freiwillig für Euren ersten Open Space ein. Wohin die einzelnen Gruppen dann gehen, das werde ich im Anschluss an unseren Angebots- und Gruppenbildungsprozess dann nochmal aufgreifen. Habt ihr dazu Fragen?

Je nach Anzahl der Open Spaces muss die Kursleitung den Raum entsprechend aufteilen und die Gruppen koordinieren, z. B. Gruppen „Spazieren“ trifft sich um 15.50 Uhr am Eingang des Hotels, Gruppe „expressiven Schreiben“ ist in der linken hinteren Ecke des Raumes. Wichtig ist an dieser Stelle, dass die Kursleitung mitteilt, dass gemeinsamer Treffpunkt im Raum wieder um 16.35 Uhr ist.

Durchführung

Zeit:

🕒 ca. 45 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der Studienleitung

Ziele:

Durchführung des Open Spaces, Individualisierung des Workshops. Förderung bedürfnisbezogener Verhaltensweisen.

Die Kursleitung sollte auch während des Open Spaces ansprechbar bleiben und mitteilen, wo sie sich selbst aufhalten wird bzw. den „Hummeln“ Anweisungen geben können, wo sie die anderen Spaces finden.

zum gesamten Tag erfolgen, wird die Kursleitung ermutigt, dies zu kennzeichnen und darum zu bitten, es in der Abschlussrunde zu teilen. Im Anschluss an den Austausch erfolgt eine 5-minütige Pause bis 16.50 Uhr, daran schließt sich die Abschlussrunde an.

Schön, dass wir nochmal alle zusammen im Kreis sind. Nun gibt es die Möglichkeit, die Erfahrungen, die ihr die letzten 45 Minuten gemacht habt, mit der Gruppe zu teilen. Ihr wisst, „alles darf, nichts muss“ – wer gerne teilen will, nimmt sich das Redeobjekt. Wenn etwas Ruhe entstehen sollte, dann genießen wir sie gemeinsam. Im Anschluss an diese Austauschrunde zum Open Space machen wir eine Abschlussrunde, also bitte nun zunächst das Teilen, was zum Open Space gehört.

Nachbesprechung

Zeit:

🕒 ca. 10 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- Redeobjekt

Ziele:

Durch das Mitteilen der Erfahrungen sollen auch die anderen Teilnehmenden Einblicke gewinnen können, was sie Überraschendes oder auch Erstaunliches erlebt haben. Das Miteinander Teilen soll der sozialen Unterstützung dienlich sein.

Die Kursleitung leitet den Austausch mittels eines Redeobjekts an. Wünschenswert wäre eine Validierung, sollten Teilnehmende Schwierigkeiten gehabt haben. Für jeden Beitrag bedankt sich die Kursleitung und fängt auch das Stimmungsbild der Gruppe dabei mit ein. Sollte bereits ein Feedback

KAPITEL 8 – ABSCHLUSSRUNDE

Ziele:

- 👁️ Abschluss des ersten Workshoptages
-
-

Material:

- 📎 je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B. Redeobjekt
-
-

Überblick:

- 🌅 **Abschlussrunde**
 - 💬 Nachbesprechung: „Wie war es heute?“
(10 min)
-
-

Zeit:

- 🕒 **Abschlussrunde**
 - 🕒 16:50 bis 17:00 Uhr (10 min)
-

Abschlussrunde

Zeit:

🕒 ca. 10 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der
Studienleitung, z. B. Redeobjekt

Ziele:

In einem kurzen Austausch sollen die Teilnehmenden die Chance erhalten zu teilen, was sie an diesem Tag bewegt hat.

Bevor die Studienleitung zur Abschlussrunde mit der Frage „Wie war es heute?“ einleitet, sollen zunächst weitere Hinweise zur Organisation gegeben werden: Beispielsweise, wann es Abendessen gibt, wann Frühstück, bis wann im Hotel ausgecheckt werden muss und wann der Workshop am nächsten Tag beginnt. Die Abschlussrunde fängt in einer Seite des Kreises an und das Redeobjekt wird weitergegeben – dabei besteht eine Einladung zum Teilen. Wer nichts teilen will, gibt das Redeobjekt weiter. Die Studienleitung kommentiert die Rückmeldungen nicht inhaltlich, sondern validiert diese durch teilnahmevolles Anschauen bzw. anerkennendes Nicken o. Ä.

Wir sind nun am Ende des heutigen Workshoptages angelangt. Bevor wir eine Abschlussrunde machen, hier noch ein paar organisatorische Hinweise: [...]

Ich gebe nun das Redeobjekt herum, jeder darf teilen „Wie es heute war“, wer das nicht teilen möchte, gibt das Redeobjekt einfach weiter.

Nachdem die Abschlussrunde vorbei ist, bedankt sich die Kursleitung für die Teilnahme.

KAPITEL 9 – DER SELBSTWERT

Ziele:

- 🔗 Psychoedukation Selbstwert
- 🔗 Säulen des Selbstwerts erkennen
- 🔗 (dysfunktionale)(Grund-)Annahmen erkennen
- 🔗 Förderung der Selbstreflexion
- 🔗 Selbstwertentkopplung von (z. B. Leistung oder Zuneigung anderer)
- 🔗 Selbstwerkstärkung
- 🔗 Ressourcenaktivierung

Material:

- 📎 Coachingkarten (z. B. metaFox – Positive Psychologie; www.metaFox.eu)
- 📎 resilienzfördernde Begleitbroschüre (*Kräfte-für-Krisen-Buch*)
- 📎 Flipchartpapier (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier) und Flipchart-Stifte (2 pro Gruppe à 5 Personen)
- 📎 Metaplanwand (Anzahl: 1)
- 📎 Buntes Papier (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier)
- 📎 Weitere Materialien: je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B. Redeobjekt
- 📎 **Empfehlung:** Power Point selbst erstellen, je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

PP 22 – Selbstwert

- PP 27 – ABC-Modell
- PP 28 – Selbstwert - Denken und Fühlen
- PP 29 – Selbstwertkopplung
- PP 30 – Selbstwertsäulen
- PP 31 – Selbstwertmodell

- PP 32 – Meine Säulen des Selbstwerts
- PP 23 – Gruppenbildung für Selbstwertübung
- PP 35 – Meine neuen Säulen des Selbstwerts
- PP 36 – Anleitung <Wecke Dein Vertrauen>
- PP 37 – Anleitung Reflecting Team

Überblick:



Transfer-In

- 🗨️ Austausch anhand einer Coaching-Karte in der Gruppe mit der Frage: „Was sagt die Karte (nicht) darüber aus, wie ich heute hier bin?“ (30 min)
- ***Pause*** (10 min)



Selbstwert

- 🗨️ (Entstehung der) Säulen des Selbstwerts, Zusammenhang mit Denken und Fühlen (15 min)
- 🎨 <Meine Säulen des Selbstwerts> (15 min)
- 🗨️ ggf. Austausch in der Gruppe und Frage: „Was macht den Menschen objektiv wertvoll“ → Vorstellung der Ergebnisse im Plenum (20 min)
- 🎨 Moderationsstuhl (20 min)
- 🎨 <Meine neuen Säulen des Selbstwerts> (15 min)
- 🗨️ Austausch (Redeobjekt) (10 min)

- ***Kaffeepause*** (15 min)



Resilienzfaktor Selbstwert

- 🗨️ Anleitung: Reflecting Team (5 min)
- 🎨 <Wecke Dein Vertrauen> (15 min)

-  Reflecting Team (30 min)
 -  Austausch (Redeobjekt) (10 min)
-
-

Zeit:

- 🕒 **Transfer-In**
 - 🕒 09:00 bis 09:30 Uhr (30 min)
 - 🕒 ***Pause***
 - 🕒 09:30 bis 09:40 Uhr (10 min)
 - 🕒 **Selbstwert**
 - 🕒 09:40 bis 11:15 Uhr (95 min)
 - 🕒 ***Kaffeepause***
 - 🕒 11:15 bis 11:30 Uhr (15 min)
 - 🕒 **Resilienzfaktor Selbstwert**
 - 🕒 11:30 bis 12:30 Uhr (60 min)
 - 🕒 ***Pause***
 - 🕒 12:30 bis 12:35 Uhr (5 min)
-

Transfer-In

Zeit:

🕒 ca. 30 Min

Material:

- 📌 Coachingkarten (z. B. metaFox – Positive Psychologie (www.metaFox.eu))
- 📌 Weitere Materialien: je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B. Redeobjekt

Ziele:

Zunächst sollen die Teilnehmenden wieder im Workshop „landen“. Dazu dürfen sie anhand einer Coachingkarte zur Assoziationsbildung teilen, wie es Ihnen geht. Sie haben ebenfalls die Chance, sollte etwas vom Vortrag noch offen sein, das zu teilen.

Die Studienleitung sollte circa eine Viertelstunde vor Workshopbeginn bereits im Raum sein und dort entsprechend einladende ruhige Musik (vgl. Kaffeemusik) anstimmen. Außerdem soll sie vor dem Beginn des zweiten Workshoptages auf jeden Stuhl eine Coachingkarte legen. Sollten Karten übrig sein, können diese ebenfalls anschaulich in der Kreismitte ausgelegt werden. Sollten Teilnehmende bereits vor Workshopbeginn in den Raum kommen, dürfen sie ihre Karte dann ggfs. auch durch eine andere austauschen. Die Studienleitung sollte bei der Auswahl der Coachingkarten bedacht sein und möglichst positiv assoziierte Bilder auswählen und ggfs. prüfen, ob darauf befindliche Texte angemessen sind (z. B. Bitte um Ausschluss der Frage: „Was würdest du tun, wenn du nur noch ein halbes Jahr zu Leben hättest?“).

Zum Auftakt des zweiten Workshoptages wird eingangs nochmal kurz der Ablauf des heutigen Workshoptages von der Kursleitung skizziert. Dabei soll nochmal der Rahmen des Selbstworks und die Selbstfürsorge betont werden. Anschließend beginnt der Einstieg anhand von Coachingkarten. Diese

erweitern die Assoziationsmöglichkeiten des Befindens und dürfen im Idealfall auch behalten werden. Auch hier gibt es eine Einladung zum Teilen, „jeder darf und keiner muss“. Die Einstiegsrunde fängt in einer Seite des Kreises an und das Redeobjekt wird weitergegeben. Wer nichts teilen will, gibt das Redeobjekt weiter. Die Studienleitung kommentiert die Rückmeldungen nicht inhaltlich, sondern validiert diese durch teilnahmevolles Anschauen bzw. anerkennendes Nicken o. Ä.

Herzlich willkommen zum zweiten und somit auch letzten Workshoptag des 1,5-tägigen resilienzstärkenden Workshops „Wir entwickeln Krisenkräfte“. Als erstes möchte ich mit Euch auf die heutige Agenda schauen: Wir beginnen gleich mit dem „Landen in dem Workshop“ hierfür habt ihr sicher schon die Karten auf eurem Platz entdeckt, dabei gebe ich Euch gleich eine Anweisung. Nach der Ankommensrunde machen wir eine kurze Pause und dann werden wir uns heute dem Selbstwert widmen – also der Frage nachgehen, wie er entsteht, wovon ihr Euren abhängig macht und ggfs. auch ein paar ungünstige Annahmen auch durch praktische Übungen verändern. An dieser Stelle jedoch schon der Hinweis, Grundannahmen, welche wir uns heute anschauen werden, sind meist sehr stark verinnerlicht und brauchen etwas Zeit, um sich langfristig zu verändern. Solltet ihr heute feststellen, dass ihr Euch diesem Thema noch intensiver widmen wollt, so freue ich mich, dass ihr Euch durch den Workshop angeregt damit auseinandersetzt. Sollte es jemandem mit dem Thema nicht gut gehen oder heute nicht der richtige Tag sein, sich damit auseinanderzusetzen, dann dürft ihr Euch rausnehmen. Ich bin froh, wenn ihr auf Euch gut aufpasst. Auch heute wäre ich jedoch dankbar darüber, wenn ihr mich kurz darüber informiert, sodass ich mir keine Sorgen zu machen brauche. Wir haben wieder eine Kaffeepause ab circa 11.15 Uhr eingeplant und werden zwischendrin auch kurze Pausen machen. Gegen 13 Uhr

beenden wir dann den heutigen Workshoptag, nachdem wir miteinander geteilt haben, wie wir den Workshop erlebt haben – „Wie war es heute?“ und ihr freiwillig Feedback gegeben habt. Gibt es dazu erstmal noch Fragen zum heutigen Ablauf?

So nun wollen wir im Workshop landen. Dazu nehmen wir uns 1-2 Minuten zur Einzelreflexion und anschließend gebe ich das Redeobjekt einmal um und jeder der will darf gerne teilen: „Wie bin ich heute hier und was sagt meine Karte darüber (nicht) aus?“. Sollte von gestern noch etwas offengeblieben sein, dürft ihr es ebenfalls an dieser Stelle teilen. Wer lieber noch etwas zurückhaltender heute Morgen bleiben will, gibt das Redeobjekt einfach weiter.

Nach der Ankunftsrunde soll eine kurze Pause von circa 5 Minuten erfolgen.

Selbstwert

Zeit:

🕒 ca. 95 Min

Material:

- 📎 **Flipchartpapier** (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier) **und Flipchart-Stifte** (2 pro Gruppe à 5 Personen)
 - 📎 **Metaplanwand** (Anzahl: 1)
 - 📎 **Buntes Papier** (pro Gruppe à 5 Personen ein Papier)
 - 📎 **je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B. Redeobjekt und**
 - **PP 24** – Selbstwert
 - **PP 27** – ABC-Modell
 - **PP 28** – Selbstwert - Denken und Fühlen
 - **PP 29** – Selbstwertkopplung
 - **PP 30** – Selbstwertsäulen
 - **PP 31** – Selbstwertmodell
 - **PP 32** – Meine Säulen des Selbstwerts
-

- **PP 25** – Gruppenbildung für Selbstwertübung
- **PP 35** – Meine neuen Säulen des Selbstwerts
-

Ziele:

Nach einer kurzen theoretischen Einheit werden die Teilnehmenden zur Selbstreflexion ihrer Säulen des Selbstwertes bzw. der darunterliegenden Grundannahmen angeleitet. Durch den Austausch mit der Gruppe kann es zu Synergie-Effekten kommen, indem Teilnehmende ihr Säulen oder Annahmen ebenfalls kennen und Verständnis haben, oder eben dadurch, dass die Gruppe derjenigen Person spiegelt, dass es sich dabei um einen Denkfehler handle. Durch die sokratische Disputation der Annahmen, welche durch die Anwendung der Technik „Moderationsstuhl“ allen Teilnehmenden die Möglichkeit zur Mitwirkung bietet, sollen ungünstige Annahmen hinterfragbar werden. Ziel ist es zu erkennen, dass der Selbstwert eine subjektive Meinung über sich selbst ist und es keine objektiven Maßstäbe gibt, den Wert des Menschen zu bestimmen.

Im Anschluss daran werden die Teilnehmenden dazu angeregt, ihre Säulen des Selbstwertes neu zu wählen und zwar so, dass sie hilfreich für das Wohlbefinden sind – sodass im Idealfall ein neues Selbstwertkonzept erstellt wird von den Teilnehmenden.

Im folgenden Abschnitt wird ein kurzer Theorieinput zur Entstehung des Selbstwertgefühls und exemplarisch zu den „Säulen des Selbstwerts“ gegeben. Darüber hinaus soll der Zusammenhang mit Denken und Fühlen (anhand des ABC-Modells) aufgegriffen werden, um die Auswirkungen eines negativen bzw. positiven Selbstwertgefühls zu skizzieren. Daran anschließend sollen die Teilnehmenden selbst aktiv werden bzw. ihre eigenen (alten) Selbstwertsäulen gestützt durch die Anleitung aus dem **Kräfte-für-Krisen-Buch** (S.61) identifizieren. Zur Anleitung der Übungen soll die Kursleitung die Instruktion auf einer PP-Folie (inklusive Seitenangaben und zur Verfügung stehenden

Zeitangabe; siehe Folienbeispiel **PP 32**) vorbereitet haben und diese dann nochmal vorstellen. In einem weiteren Schritt können die Teilnehmenden sich darüber austauschen, müssen jedoch nichts preisgeben, denn die offizielle Fragestellung für den Gruppene Austausch lautet: „Was macht den Menschen objektiv wertvoll?“. Pro Gruppe sollten es höchstens fünf Teilnehmende sein. Je nach der sich daraus ergebenden Gruppenanzahl (z. B. 30 Teilnehmende = 6 Gruppen, 25 Teilnehmende = 5 Gruppen) sollte während der 15-minütigen Einzelarbeit von der Kursleitung ein Flipchartpapier mit jeweils zwei Flipchartmarkern für jede Gruppe (auf den Tischen) vorbereitet werden. Die Einteilung in die Gruppen erfolgt zufällig bereits vor dem Workshop. Jede Gruppe ist durch eine Farbe (z. B. rot) gekennzeichnet: Die Namen der Teilnehmenden sind pro Gruppe in der entsprechenden Farbe auf der **PP 33**, die die Gruppeneinteilung kenntlich macht, dargestellt. In den Gruppen entsprechenden Farben soll die Kursleitung zudem ein buntes Papier zu dem jeweiligen Flipchartpapier legen. Somit ist die Gruppenzuordnung eindeutig geregelt und ebenfalls nachlesbar. Das hat den Vorteil, dass wenig Zeit für die Gruppenbildung verloren geht und immer andere Teilnehmende in den Austausch miteinander kommen. Die gemeinsam gesammelten objektiven Bewertungen für den Selbstwert werden anschließend von den einzelnen Gruppen (gemeinsam oder von einer Person) mit dem Flipchartpapier an der Metapinnwand vorgestellt. Nach der Vorstellung werden die Merkmale ebenfalls in die Mitte des Raumes gelegt und bleiben dort bis zum Ende der Veranstaltung liegen. Nach der Vorstellung bedankt sich die Kursleitung und leitet zur nächsten Übung – nämlich im Plenum durch den „Moderationsstuhl“ an. Die Instruktionen sind im Idealfall stets durch eine PP gestützt (vgl. **PP 34**). Anschließend bekommen die Teilnehmenden die Chance auf Seite 65 des **Kräfte-für-Krisen-Buchs** die Übung <Meine neuen Säulen des

Selbstwerts auszufüllen. Anschließend darf zu der gesamten Einheit mit einem Re- deobjekt geteilt werden, was waren die Aha´s oder die Oh nein´s.

Bei diesem Abschnitt kann es emotional werden, hier darf der Hinweis vom Vortag, dass Emotionen erlaubt sind, nochmals aufgegriffen werden. Die Aufgabe der Gruppenleitung besteht hierbei auch darin, ansprechbar zu sein und das Befinden der Teilnehmenden im Blick zu behalten. Bei Verdacht, dass es jemandem nicht gut gehen könnte, sollte die Kursleitung dies aktiv ansprechen.

Wie eingangs vor der Ankunftsrunde bereits angedeutet, starten wir mit der Selbstwertstärkung hier und heute, es mag sein, dass eine weitere Auseinandersetzung damit und Bearbeitung notwendig ist, um einen deutlichen Effekt zu sehen. Wir können hier immer an das Muskeltraining denken, das – leider – ebenfalls kontinuierlich durchgeführt werden muss, um entsprechende Ergebnisse zu sehen oder zu spüren. Falls die Übungen Euch heute nah gehen, will ich nochmal daran erinnern, dass Emotionen erlaubt sind. Ich will an dieser Stelle erneut an die Selbstfürsorge hinweisen. Speziell dann, wenn Euch die Übungen zu nah gehen. Kommt bitte in einem solchen Fall auf mich zu.

Selbstwert



Selbstwert = Wert, den eine Person sich zuschreibt.

Grundbedürfnis



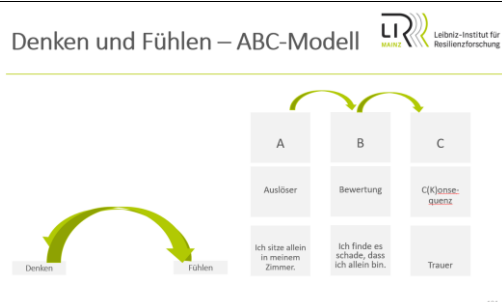
Resilienzfaktoren

- Soziale Unterstützung
- Aktives Coping
- Kognitive Flexibilität
- Hardiness
- Positive Emotionen
- Realistischer Optimismus
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Selbstwertgefühl
- Religiosität/Spiritualität

PP 26 – Selbstwert

Wir beginnen zunächst mit der Einordnung, was der Selbstwert ist: „Es ist der Wert, den sich eine Person zuschreibt.“ Dabei handelt

es sich zudem einmal ein Grundbedürfnis – wir streben nach dem Selbstwertschutz bzw. -erhöhung – das andere Mal ein Resilienzfaktor. Stärken wir also den Selbstwert, so tun wir etwas für unsere Resilienz. Ein geringer Selbstwert ist zudem häufig mit psychischen Störungen assoziiert, weshalb die Stärkung ein wichtiges Ziel darstellt.



PP 27 – ABC-Modell

Der Selbstwert steht in einer engen Wechselwirkung zu unserem Denken und Fühlen. Wieso das so ist? – das will ich Euch anhand des ABC-Modells erläutern: A steht für Auslöser, B für die Bewertung und C für das englische Wort Consequences – zu Deutsch: Konsequenzen.

Wenn eine Person in einer Situation A ist (z. B: Ich sitze allein in meinem Zimmer.), dann folgt darauf eine abschließende Bewertung B, wie beispielsweise „Ich finde es schade, dass ich allein bin.“. Nach dieser Bewertung B wird wahrscheinlich die Konsequenz C erfolgen, dass diese Person traurig ist. Wenn wir uns bei demselben A (allein im Zimmer) eine andere Bewertung vorstellen, z. B. B = „Ich finde es gut, endlich mal Zeit für mich zu haben.“, wird es wahrscheinlich so sein, dass diese Person die Verhaltenskonsequenz C=Freude haben wird. Dabei wahrscheinlich keine übermäßig starke Freude, aber doch so eine angenehme Zufriedenheit. Daraus können wir Folgendes schlussfolgern: Die Art und Weise wie wir die Situation bewerten beeinflusst, wie wir uns damit fühlen.

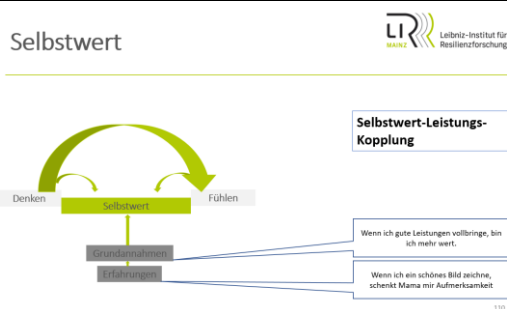
Was hat das nun mit dem Selbstwert zu tun? Wir können uns vorstellen, dass der Selbstwert – also wie wir über uns denken und uns abschließend bewerten – ein ganz grundlegender Gedanke ist. Hier will ich die Begrifflichkeit „Grundannahme“ einführen, wenn ich ganz grundsätzlich über mich denke, „Ich bin weniger wert.“ wird sich das in verschiedenen Situationen zeigen und meine Bewertung dieser wird wahrscheinlich tendenziell etwas negativer sein. Hierzu auch nochmal ein Beispiel, das eben verdeutlichen sollen, dass unser Denken und Fühlen in Abhängigkeit zum Selbstwert stehen: Angenommen eine Person mit einem niedrigen Selbstwert erleben ist in der Situation A ein Vorstellungsgespräch zu haben liegt nahe, dass sie denken könnte: „Ich traue mir diese Herausforderung nicht zu. Ich fände es schrecklich zu versagen.“ und somit als emotionale Konsequenz mit Angst reagiert.



PP 28 – Selbstwert - Denken und Fühlen

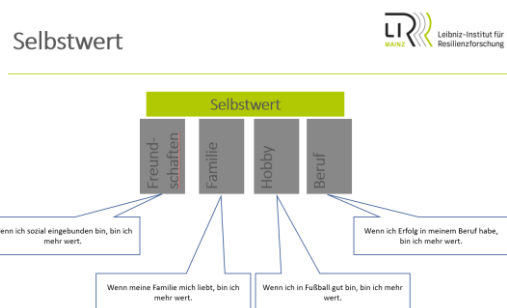
Auch hier wollen wir nochmal durchdenken, wie die Bewertung B aussehen könnte bei einem gesunden Selbstwert. Ein Beispiel wäre „Ich traue mir diese Herausforderung zu. Ich finde es gut, dass ich mich vorstellen darf.“ Eine Person, die so denkt, wird mit höherer Wahrscheinlichkeit auch ein angenehmes Gefühl in Form von leichter Freude verspüren. Wir stellen also erneut fest, nicht nur Denken bzw. Bewerten in der Situation (A) sondern auch unser Selbstwert hat Einfluss auf unser Fühlen. Wie bereits erwähnt der Selbstwert als ein grundsätzliches Denken

über uns selbst verstanden werden. Häufig verbinden oder koppeln wir diese Gedanken über uns selbst an verschiedene Säulen, so dass z. B. die Grundannahme „Wenn ich gute Leistungen vollbringe, bin ich mehr wert.“ entsteht. Diese Grundannahmen gehen auf Erfahrungen, die ein Mensch in seinem Leben macht, zurück. Ein Beispiel aus dem Alltag: Wenn ein Kind von einer im Homeoffice arbeitenden Mutter dann Aufmerksamkeit bekommt, wenn es ein schönes Bild zeichnet, wird es verinnerlichen „Wenn ich ein schönes Bild zeichne, schenkt Mama mir Aufmerksamkeit.“ Positive Aufmerksamkeit kann im frühen Kindesalter mit Liebe und „richtig sein“ gleichgesetzt werden. Durch die Entwicklung ist es irgendwann nicht mehr das Bild, sondern vielleicht die Hobbys und später die Schule oder das Studium oder der Beruf.



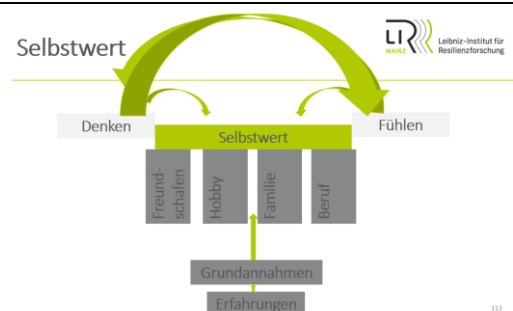
PP 29 – Selbstwertkopplung

Jeder Mensch lernt auf diese Art und Weise in seinem Leben, seinen Selbstwert auf verschiedene Säulen zu „stellen“.



PP 30 – Selbstwertsäulen

Wenn wir nun alle Informationen zusammenragen, können wir festhalten: Der Selbstwert hat Einfluss auf unser Denken und somit auch unser Fühlen. Der Selbstwert fußt auf verschiedenen Säulen, die sich durch Erfahrungen zu Grundannahmen zusammengebündelt haben. Sofern hier einige Säulen stehen und diese auch „stabil“ sind, geht es dem Selbstwert wahrscheinlich ebenfalls gut. Wenn jedoch einige Säulen wackeln, und das ist bei einer Erkrankung häufig der Fall, kann der Selbstwert auch deutlich leiden.



PP 31 – Selbstwertmodell

Nun lade ich Euch ein, dass ihr Euer Selbstwertmodell erstellt. Ihr erstellt das für Euch persönlich, ihr werdet nachher nicht aufgefordert, das zu teilen. Wie immer dürft ihr das jedoch auch später. Zur Erstellung findet ihr im **Kräfte-für-Krisen-Buch** auf der Seite 61 die folgende Instruktion: Wie sieht es in Deinem Leben aus? Nutze die freien Felder, um das Modell an Dich anzupassen. Was sind Deine prägenden Erfahrungen? Hattest Du beispielsweise strenge Eltern? Viele Freunde? Gute Erfahrungen in der Schule? Welche Grundannahmen hast Du? Auf welchen Säulen fußt Dein Selbstwert: Stelle Dir die Frage, wann fühle ich mich gut? In welchen Situationen, in welchen Umständen

oder mit welchen Menschen? Was denkst und fühlst Du häufig?

Bewege Dich unter den Schutzschirm:
Meine Säulen des Selbstwerts

Kräfte-für-Krisen-Buch:
• <Meine Säulen des Selbstwerts> (S.61)

- ✓ Wie siehst es in Deinem Leben aus? Nutze die freien Felder, um das Modell an Dich anzupassen.
- ✓ Was sind Deine prägenden **Erfahrungen**? Hattest Du beispielsweise strenge Eltern? Viele Freunde? Gute Erfahrungen in der Schule?
- ✓ Welche **Grundannahmen** hast Du?
- ✓ Auf welchen **Säulen** fußt Dein Selbstwert: Stelle Dir die Frage, wann fühle ich mich gut? In welchen Situationen, in welchen Umständen oder mit welchen Menschen?
- ✓ Was **denkst und fühlst** Du häufig?

15 min – Einzelarbeit

bis 10 10 Uhr

PP 32 – Meine Säulen des Selbstwerts

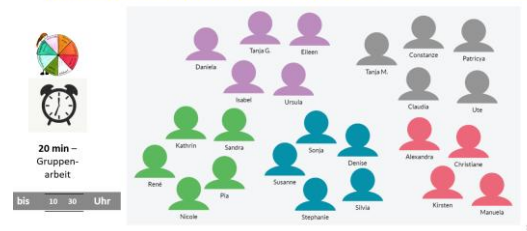
Ich gebe Euch nun 15 Minuten Zeit, dass ihr in Einzelarbeit Euch damit auseinandersetzen könnt. Bei Fragen oder Problemen bin ich ansprechbar. Habt ihr dazu Fragen?

In dieser Zeit, während die Teilnehmenden mit der Übung beschäftigt sind, trifft die Kursleitung ebenfalls die Vorbereitung zur Gruppenbildung analog wie bei den Hoffnungen und Befürchtungen.

– Nach 15 Minuten –

Nun gehen wir einen Schritt weiter. Wie ihr an der Folie der PP sehen könnt, habe ich Euch in Gruppen eingeteilt. Anhand der Farben Eurer Namen und des im Raum verteilten bunten Papiers könnt ihr euch zu Gruppen formen. Dabei lade ich Euch ein, dass ihr gemeinsam mit der Gruppe die Frage diskutiert „Was macht den Menschen objektiv wertvoll?“. Gerne dürft ihr teilen, wie es Euch in der Einzelreflexion ging, das müsst ihr aber nicht. Zur Fragestellung könnt ihr Euch auf dem Flipchart-Papier Notizen machen, um diese später dann mit der Großgruppe zu teilen. Ich gebe Euch hierfür 15 Minuten Zeit, dann stellen wir kurz vor.

Bewege Dich unter den Schutzschirm:
Meine Säulen des Selbstwerts
Was bestimmt den Wert des Menschen objektiv?



PP 33 – Gruppenbildung für Selbstwertübung

– Nach 15 Minuten –

In dem nächsten Schritt lade ich Euch dazu ein, entweder als Gruppe, einzeln oder zu mehr nach vorne zu kommen und das Flipchartpapier an die Metaplanwand zu pinnen und die Ergebnisse kurz vorzustellen.

Während die Kursleitung im Folgenden die Übung zum Moderationsstuhl erklärt, stellt sie mittig der u-Form des Kreises drei Stühle hin, die von allen Seiten gut sichtbar sein sollen. Im Idealfall stehen die Stühle so, dass der Stuhl der Kursleitung denen der beiden Personen auf den Moderationsstühlen gegenübersteht.

Lieben Dank für das Teilen. Das war ihr nun alles zusammengetragen habt, soll uns gemeinsam als Disputationsbasis für die nächste Übung, den Moderationsstuhl, dienen. Zwei freiwillig Personen aus dem Kreis werden nun erneut mit mir disputieren – also auf Grundlage von wissenschaftlichen, logischen oder auch hilfreichen Argumenten klären wir hier erneut im Plenum die Fragestellung, was den Menschen objektiv wertvoll macht. Ich nehme die Rolle des Moderators ein und ihr bringt – jeweils im Doppelpack – Argumente für Eure Position vor. Dabei lassen wir uns selbstverständlich ausreden und hören einander zu. Solltet ihr eine kleine Verschnaufpause benötigen oder die anderen aus dem Plenum auch zu Wort

kommen lassen wollen, setzt Euch einfach wieder an Euren Platz und der frei gewordene Platz darf von demjenigen oder derjenigen eingenommen werden, der oder die gerne weitere Argumente anbringen will. Bitte lasst uns gemeinsam darauf achten, dass jeder oder jede Person, die das möchte, auch zu Wort kommt. Habt ihr hierzu noch Fragen?

Dann bitte ich zwei Freiwillige sich zu mir auf die Moderationsstühle zu setzen.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Sokratischer Disput



PP 34 – Anleitung Moderationsstuhl

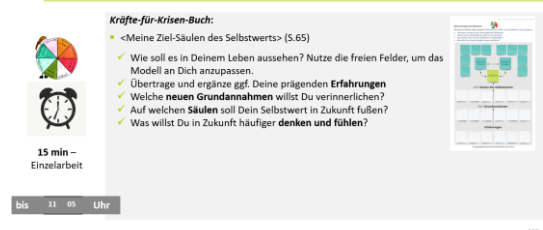
Im Folgenden führt die Kursleitung den Sokratischen Dialog zum Wert des Menschen durch. Häufig wird die Kopplung des Selbstwertes an Leistung und an die Zu- bzw. Abneigung von anderen angebracht. Für letzteres bietet sich die Eismetapher an: Wenn eine der teilnehmenden Personen gefragt wird, welches Eis sie am liebsten mag (z. B. Schokolade) und die Kursleitung die Gegenposition einnimmt, wird anschließend gefragt „Über wen oder was sagt das was aus?“. Nach etwas Austausch sollte klarifiziert werden, dass es etwas über den Geschmack einer Person aussagt und nicht über das Eis per se. Bezüglich der Leistung können Fragestellungen wie „Ab welchem Alter gilt das denn? Ein Kind vollbringt ja in dem Sinne noch keine Leistung, oder etwa doch? Und ab wann können Menschen überhaupt wertvoll werden?“.

Die Kursleitung hat bei dieser Übung die Herausforderung inhaltlich aktiv zu werden und

gleichzeitig auch die Gruppe im Blick zu behalten und ggfs. zu moderieren, wenn deutlich wird, dass andere Personen aus dem Stuhlkreis ebenfalls auf einem der Moderationsstühle aktiv werden. Darüber hinaus muss sie das zeitliche Limit von 20 Minuten im Blick behalten. Die letzten 5 Minuten sollten auf das Ergebnis des Sokratischen Dialogs abzielen, nämlich, dass der Selbstwert eine subjektive Meinung darstellt. Jede Person kann sich selbst aussuchen, auf welchen Säulen sie ihre Wertigkeit legen WILL. Dabei wäre es empfehlenswert sich auf die Säulen zu konzentrieren, die auch beeinflussbar sind. Dabei kann Bezug auf die Kontrollradare (aus dem Psychoonkologischen Input) genommen werden.

Als nächster logischer Schritt soll diese logische Einsicht in ein neues Selbstwertmodell übertragen werden, weshalb die Kursleitung anregt, die kommenden 15 Minuten dafür zu verwenden auf Seite 65 des Kräfte-für-Krisen-Buchs die Übung <Meine neuen Säulen des Selbstwerts> auszufüllen. Auch diese Instruktion sollte im besten Fall durch eine PP gestützt sein (vgl. **PP 35**) und die Kursleitung bei dieser Einzelarbeit für die Teilnehmenden ansprechbar bleiben.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Meine Ziel-Säulen des Selbstwerts



PP 35 – Meine neuen Säulen des Selbstwerts

Daran anschließend erfolgt ein 10-minütiges Angebot zum Austausch anhand eines Redeobjekt. Die Kursleitung agiert hierbei validierend, zeigt sich dankbar, wenn eine Person

sich öffnet und ermutigt die Gruppe immer wieder dazu, zu Teilen, wem es genauso geht. Eine mögliche Formulierung hierzu wäre:

Lieben Dank für diese offenen Worte und ich könnte mir vorstellen, dass nicht nur Du festgestellt hast, dass dich diese Übung auch traurig macht. Wem ging es genauso bitte Handzeichen [wobei die Kursleitung authentisch selbst antwortet]. Wenn ich mir hier so umschaue, habe ich den Eindruck, es ging einigen so, deshalb nochmal danke fürs Teilen.

Nach dem Austausch der Aha´s und Oh nein´s folgt eine 15-minütige Kaffeepause. Die Kursleitung gibt den Teilnehmenden Orientierung, indem sie ihnen einen Zeit nennt, wann sie wieder zurück sein sollen.

Resilienzfaktor Selbstwert

Zeit:

🕒 ca. 60 Min

Material:

je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B.

- **PP 36** – Anleitung <Wecke Dein Vertrauen>
- **PP 37** – Anleitung Reflecting Team

Ziele:

Nachdem eine intensive Auseinandersetzung mit dem Selbstwertmodell und zu Grunde liegenden Annahmen erfolgte, zielt der Abschluss des Workshops wiederum auf die Ressourcenaktivierung ab: Durch die Übungen <Wecke Dein Vertrauen> und Reflecting Team werden die Stärken und Fähigkeiten erneut fokussiert. Das soll dabei unterstützen den Kohärenzsinn und die positive Emotionen zu fördern sowie ggfs. den Selbstwert zu stärken und die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern. Darüber hinaus findet die Reflecting Team-Übung in Gruppen statt,

sodass im Idealfall auch der Resilienzfaktor soziale Unterstützung gefördert wird.

Abschließend zur Selbstwert-Einheit sollen nun Ressourcen (re-)aktiviert werden. Die folgenden Übungen bauen aufeinander auf. Zunächst wird die Übung im **Kräfte-für-Krisen-Buch** <Wecke Dein Vertrauen> auf Seite 15 als Einzelreflexion angeleitet. Hierfür sind 15 Minuten eingeplant (vgl. **PP 36**). Anschließend erfolgt auf Grundlage dieser Überlegungen eine Gruppenaufgabe, nämlich in dreier Teams (vgl. **PP 37**). Diesmal dürfen die Teilnehmenden sich selbst zuordnen. Die Studienleitung soll jedoch prüfen, dass jede Person in einer Gruppe untergebracht ist. Ggfs. werden die Gruppengrößen größer, sollte die Teilnehmendenanzahl sich nicht durch 3 teilen lassen. Die Kursleitung soll zunächst beide Übungen erläutern, sodass die Teilnehmenden gut überlegen können, welche Herausforderung aus dem ersten Aufgabenpart sie teilen wollen.

Wir kommen nun zur letzten aktiven Einheit des Workshops. Hierbei widmen wir uns unseren Stärken. Es ist immer wieder wichtig, sich den eigenen Stärken zu widmen, denn gerade in den Krisenzeiten, sehen wir sie kaum noch. Daher an dieser Stelle die Einladung zur Erinnerung und zum erneuten Bewusstmachen. Die nächste Stunde verbringen wir folgendermaßen: Zunächst habt ihr 15 Minuten Zeit zur Eigenreflexion mit Hilfe des Kräfte-für-Krisen-Buchs: Dort findet ihr auf Seite 15 die Übung <Wecke Dein Vertrauen>. Ihr werdet darin aufgefordert, Euch an Herausforderungen in Eurem Leben zu erinnern, bei denen ihr dachtet „Das schaffe ich nicht“ und letztlich habt ihr es doch geschafft. Sucht Euch eine solche Situation/Herausforderung heraus und reflektiert: Welche Deiner Eigenschaften haben Dich bei der Bewältigung unterstützt? Welche Gefühle Dich begleitet? Wie stark war Deine Angst? Wie mutig warst Du? Welche Deiner Stärken konntest Du ausleben (z. B.

Durchhaltevermögen, Diplomatie, Optimismus, Vertrauen, Ehrlichkeit, Charakterstärke, usw.)? Wie groß war die Erleichterung (Freude) am Schluss? Wie viel Durchhaltevermögen hattest Du gezeigt? Und zu guter Letzt: Wie resilient (widerstandsfähig) warst Du? Nachdem ihr diese Aufgabe gemacht habt, findet ihr Euch in Dreiergruppen zusammen. Wie ihr zusammenkommt, dürft ihr nun selbst entscheiden.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Wecke Dein Vertrauen

Kräfte-für-Krisen-Buch:
• <Wecke Dein Vertrauen> (S.15)

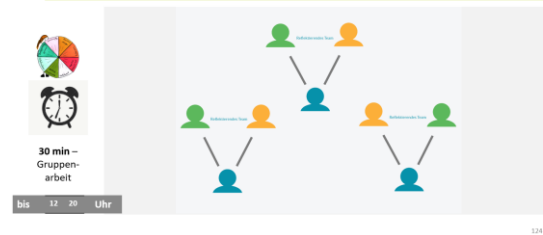
- ✓ Standest Du bereits in Deinem Leben vor Herausforderungen, bei denen Du dachtest: „Das schaffe ich nicht?“ und letztlich hast Du es doch geschafft?
- ✓ Suche Dir **eine** solche Situation/Herausforderung heraus. Reflektiere und schätze ein:
 - ✓ Welche Deiner Eigenschaften haben Dich bei der Bewältigung unterstützt? Welche Gefühle Dich begleitet?
 - ✓ Wie stark war Deine Angst?
 - ✓ Wie mutig warst Du?
 - ✓ Welche Deiner Stärken konntest Du ausleben (z. B. Durchhaltevermögen, Diplomatie, Optimismus, Vertrauen, Ehrlichkeit, Charakterstärke, usw.)?
- ✓ Die groß war die Erleichterung (Freude) am Schluss?
- ✓ Wie viel Durchhaltevermögen hattest Du gezeigt?
- ✓ Wie resilient (widerstandsfähig) warst Du?

15 min – Einzelarbeit
bis 11:50 Uhr

PP 36 – Anleitung <Wecke Dein Vertrauen>

In den Dreier-Teams habt ihr die folgende Aufgabe. Eine Person erzählt – gern ausführlich so in etwa 5 Minuten lang – welche Situation sie im ersten Aufgabenteil gemeistert hat. Die anderen beiden hören nur zu. Sie kommentieren während des Erzählens nichts, können sich jedoch Notizen machen. Sie werden nämlich nach der Erzählung gemeinsam reflektieren, welche Eigenschaften, Fähigkeiten und Stärken besitzt diese Person, dass sie die erzählte Situation gemeistert hat. Die zuvor erzählende Person hört an dieser Stelle ebenfalls ausschließlich zu und kommentiert das nicht. Bitte bleibt bei Euren Äußerungen wertschätzend – wir fokussieren uns bei der Übung auf die Stärken. Wenn dieser Ablauf einmal durch ist, beginnt eine andere Person von ihrer Herausforderung zu berichten. Danach dann die dritte. Habt ihr hierzu erstmal fragen? Ich werde die Zeit jeweils im Blick behalten und Euch darüber aufklären, was wann ansteht.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Reflektierendes Team



PP 37 – Anleitung Reflecting Team

Beim Anleiten des Reflecting Teams kann die Kursleitung gerne selbst ein Beispiel anfügen und z. B. exemplarisch kurz eine gemeisterte Situation erläutern und Fähigkeiten, die darin deutlich werden, aufgreifen. Die Kursleitung bleibt während der Einzelarbeit stets für Fragen ansprechbar. Sie gibt den Hinweis, wann die Übung startet und wann sie zu Ende ist. Nach den Übungen holt die Kursleitung alle Teilnehmenden zurück in den Kreis und bietet Ihnen die Möglichkeit für einen 10-Minütigen Austausch mittels Redeobjekt. Dabei soll die Kursleitung darauf achten, dass das noch nicht das Abschlussgespräch bzw. die Feedbackrunde darstellt, sondern es ausschließlich um die letzten beiden Übungen geht. Nach dem Austausch folgt eine 5-minütige Pause bis 12:35 Uhr.

KAPITEL 10 – ABSCHLUSS

Ziele:

- 🎯 **Abschluss des ersten Workshoptages**
-
-

Material:

- 📎 je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B. Redeobjekt
-
-

Überblick:

- 🌅 **Abschlussrunde**
 - 💬 Nachbesprechung: „Wie war es heute?“
(10 min)
 - 🌅 **Feedbackrunde**
 - 💬 Nachbesprechung: „Wie war der Workshop? Lob und Kritik“
(10 min)
-
-

Zeit:

- 🕒 **Abschlussrunde**
 - 🕒 12:35 bis 12:50 Uhr (15 min)
 - 🕒 **Feedbackrunde**
 - 🕒 12:50 bis 13:00 Uhr (10 min)
-
-

Abschlussrunde

Zeit:

🕒 ca. 15 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B. Redeobjekt

Ziele:

In einem kurzen Austausch sollen die Teilnehmenden die Chance erhalten zu teilen, was sie an diesem Tag bewegt hat.

Bevor die Studienleitung zur Abschlussrunde mit der Frage „Wie war es heute?“ einleitet, sollen zunächst weitere Hinweise zur Organisation gegeben werden: Beispielsweise, wann es Mittagsessen gibt. Die Abschlussrunde fängt in einer Seite des Kreises an und das Redeobjekt wird weitergegeben – dabei besteht eine Einladung zum Teilen. Wer nichts teilen will, gibt das Redeobjekt weiter. Die Studienleitung kommentiert die Rückmeldungen nicht inhaltlich, sondern validiert diese durch teilnahmevolles Anschauen bzw. anerkennendes Nicken o. Ä.

Wir sind nun am Ende des heutigen Workshoptages angelangt und auch gesamt am Ende des 1,5-tägigen resilienzfördernden Workshops. Bevor wir eine Abschlussrunde machen, hier noch ein paar organisatorische Hinweise: [...]

Ich gebe nun das Redeobjekt herum, jeder darf teilen „Wie war der Workshop für mich – was habe ich mitgenommen, was vermisst? Wie geht es mir?“, wer das nicht teilen möchte, gibt das Redeobjekt einfach weiter. Bitte bleibt zunächst bei den Fragestellungen. Im Anschluss frage ich Euch noch zu Feedback zu dem Workshop. Auch das ist natürlich freiwillig.

Nachdem die Abschlussrunde vorbei ist, bedankt sich die Kursleitung für die Teilnahme und validiert die Rückmeldungen. Sie gibt den Hinweis, dass wer möchte, ihr oder dem Workshop Feedback geben kann.

Feedbackrunde

Zeit:

🕒 ca. 10 Min

Material:

📎 je nach Vorstellungen der Studienleitung, z. B. Redeobjekt

Ziele:

In einem kurzen Austausch sollen die Teilnehmenden die Chance erhalten der Studienleitung bzw. dem Workshop Feedback zu geben.

Die Studienleitung betont erneut die Freiwilligkeit der Rückmeldung. Die Feedbackrunde erfolgt anhand eines Redeobjekts, das sich diejenigen, die gerne etwas teilen wollen, holen. Die Studienleitung kommentiert die Rückmeldungen nicht inhaltlich, sondern validiert diese durch teilnahmevolles Anschauen bzw. anerkennendes Nicken o. Ä.

Ich lege nun das Redeobjekt in die Mitte, wer mag nimmt es sich und gibt Feedback. Sollte etwas Ruhe entstehen, genießen wir diese noch ein letztes Mal zusammen.

Nachdem die Feedbackrunde vorbei ist, bedankt sich die Kursleitung für die Rückmeldungen. Sie kommentiert das Feedback nicht, sondern nimmt es ausschließlich auf. Anschließend verabschiedet sie die Teilnehmenden und der Workshop ist zu Ende.

4.2. Trainer:innen-Manual (Kräfte-für-Krisen-Arbeitsbuch): Autoren Beiträge

LH: Konzeptualisierung, Visualisierung, Durchführung des Workshops. LH: Verfassen des ursprünglichen Entwurfs des Trainer:innen-Manuals sowie des Kräfte-für-Krisen-Arbeitsbuchs. IH: Überwachung und Validierung der Konzeption, Korrekturlesen der ursprünglichen Entwürfe. LH: Erstellung der finalen Versionen. Alle Autoren haben an dem Artikel mitgewirkt und die eingereichte Version genehmigt.

4.3. Evaluation des resilienzfördernden Workshops

Die „*Wir-entwickeln-Krisenkräfte*“-Intervention und deren Evaluation war im „Resist Krebs“-Projekt eingebettet, welches in Kooperation mit der Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH) durchgeführt und durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwischen 2019 bis 2022 gefördert wurde. Die Evaluation der Workshops erfolgte durch eine offene unkontrollierte Studie mit zwei Messzeitpunkten (Studieneinschluss, Nachuntersuchung nach drei Monaten) im ersten Quartal 2022. Durch die Evaluation sollte nachgewiesen werden, ob die Teilnahme an dem Workshop die psychische Gesundheit, Resilienz und das psychische Wohlbefinden bzw. Resilienz-assoziierte Konstrukte (wie z. B. Selbstwirksamkeit) der AYAC über die Zeit verbesserte.

Die statistische Überprüfung der Wirksamkeit des Workshops erfolgte mittels einseitiger t-Tests für abhängige Stichproben. Die Entscheidung für ein einseitiges Testverfahren ist durch die gerichtete Hypothesenformulierung begründet: Da es sich um eine gezielte psychologische Intervention zur Stärkung von Ressourcen handelt, wurde exklusiv eine Verbesserung der Zielparameter (Zunahme der Resilienz und des Wohlbefindens sowie Abnahme der psychopathologischen Belastung wie Angst) erwartet. Ein Effekt in die entgegengesetzte Richtung – also eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit durch die Teilnahme am Workshop – war theoretisch nicht begründet und widerspräche dem primären Interventionsziel. Durch die einseitige Testung wird die statistische Power (Teststärke) erhöht, um relevante Effekte in der erwarteten Wirkrichtung auch bei der vorliegenden moderaten Stichprobengröße (N=46) sensibler detektieren zu können. Dieses Vorgehen ist in der klinischen Interventionsforschung sowie bei Pilot-Evaluationen etabliert, sofern eine klare theoretische Wirkrichtung postuliert wird (Howell, 1992; Myors, Murphy, & Wolach, 2010).

Insgesamt nahmen $N = 57$ an dem Workshop teil. Nach Einschluss lagen für den ersten Messzeitpunkt (MZT) $n = 57$ vollständige Datensätze und zur Nacherhebung nach 3 Monaten lagen $n = 46$ vor. Da kurz vor dem Workshop nochmal 11 Teilnehmer:innen abgesagt hatten bzw. die zweite Erhebung nicht ausfüllten, wurden ihre Daten von den Analysen ausgeschlossen. Die Stichprobengröße bestand somit aus $N = 46$ Proband:innen (wobei nur ein männlicher Proband teilnahm). Die meisten Teilnehmenden kamen aus Nordrhein-Westfalen (28,1%), gefolgt von Baden-Württemberg (19,3%), Hessen (15,8%) sowie Rheinland-Pfalz (12,3%). Aus Bayern und Niedersachsen kamen jeweils weitere 7% und aus Hamburg 3,5%. Jeweils 1,8% kamen entweder aus Brandenburg, Bremen, Sachsen oder Thüringen. Die Altersspanne reichte bei Studieneinschluss von 27 bis 49 Jahren (Durchschnittliches Alter = 36,76). Das durchschnittliche Alter, in dem die Krebsdiagnose gestellt wurde, lag bei 37,46 Jahren ($SD = 11,09$). Die meisten Teilnehmerinnen litten an Brustkrebs (74%), gefolgt von Gebärmutterhalskrebs (6%), Magenkrebs (5%), Bauchspeicheldrüsenkrebs (4%), Brustfellkrebs (3%), Eierstockkrebs (2%), Hirntumor (2%), Mundhöhlenkrebs (2%), und Schilddrüsenkrebs (2%). Zudem gaben circa 25% der Proband:innen an, metastasiert zu sein. Knapp 37% gaben neben der Krebserkrankung an, mindestens eine weitere chronische Erkrankungen zu haben. Weitere knapp 37% der Befragten gaben ebenfalls an, eine psychische Störung diagnostiziert bekommen zu haben, von denen auch 35% in psychotherapeutischer Behandlung zum Erhebungszeitpunkt gewesen sind. Betreffend des Familienstatus waren etwas mehr als die Hälfte (54%) der Teilnehmer:innen verheiratet, 35% ledig und 11% geschieden. Ebenfalls etwas über die Hälfte (52%) der Befragten gab an mindestens ein Kind zu haben. Bezüglich des Erwerbsstatus waren 75% der Proband*innen entweder in Vollzeit (42%) oder in Teilzeit (33%) berufstätig. Davon leisteten 19% zur Studieneingangserhebung regelmäßig mindestens eine Überstunde. 18% der Proband*innen gaben Care-Arbeit als ihren Erwerbsstatus an sowie jeweils knapp 2% gaben an in Elternzeit oder Ausbildung zu sein. Nur 3,5% der Teilnehmer:innen machten keine Angaben. Knapp ein Viertel derjenigen, die „in Teilzeit oder Zuhause“ arbeiteten, führten das auf gesundheitliche Hintergründe zurück.

Ein primäres Zielkriterium war die Erfassung der Veränderung der psychischen Gesundheit (GHQ, Klaiberg, Schumacher, & Brähler, 2004), wobei die Subskalen somatische Beschwerden, Ängstlichkeit, soziale Dysfunktion sowie Depressivität betrachtet wurden. Hierbei konnte im t-Test für abhängige Stichproben aufgezeigt werden, dass die Ängstlichkeit signifikant mit einem kleinen Effekt zum Posterhebungszeitpunkt abgenommen hatte ($t(46) = 1.741, p = .044, d = .254$, siehe auch Abbildung 2). Die weiteren Subskalen (somatische Beschwerden, soziale

Dysfunktion und Depressivität) wiesen keine signifikante Veränderung auf (siehe auch Tabelle 2).

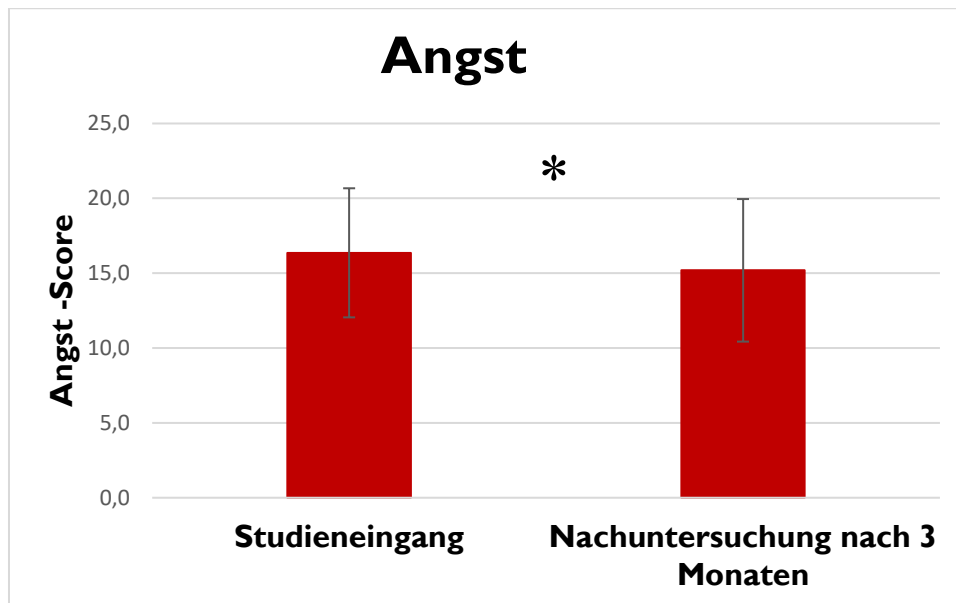


Abbildung 2. Mittelwertsunterschiede zwischen Studieneingang und der Nachuntersuchung nach 3 Monaten der Angst

(Subskala des General Health Questionnaire (GHQ-28) – 28 Items auf einer 4-Punkte-Likert-Skala – misst die Angst in den letzten paar Wochen. Höhere Punktzahlen bedeuten eine höhere Angstwerte).

Hinsichtlich der Resilienz, i. S. der Stresserholungsfähigkeit (Brief Resilience Scale; BRS; A. Chmitorz, M. Wenzel, et al., 2018), zeigte sich, dass sich diese signifikant nach 3 Monaten verbessert hatten ($t(45) = -2.128, p = .019, d = -.314$; siehe auch Abbildung 3). Bei der psychischen Gesundheit unter Berücksichtigung der Stressor-Exposition (SR-Score, siehe ausführliche Beschreibung im Methodenteil der **Corona-Studie**) konnte wiederum keine Veränderung über die Zeit nachgewiesen werden (siehe Tabelle 2). Auch die posttraumatische Reifung (PPR, Maercker & Langner, 2001) veränderte sich zwischen den beiden Messzeitpunkten nicht signifikant.

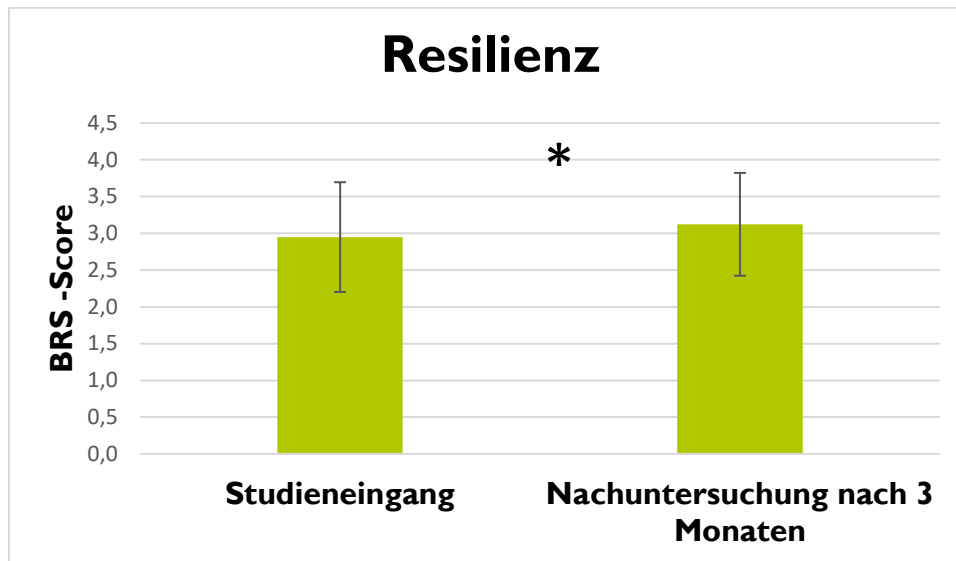


Abbildung 3. Mittelwertsunterschiede zwischen Studieneingang und der Nachuntersuchung nach 3 Monaten der Resilienz

(BRS-Skala – 6 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala – „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll zu“). Höhere Punktzahlen bedeuten eine höhere Resilienz).

Weder bei der Betrachtung des Wohlbefindens (WHO, Brähler, Mühlen, Albani, & Schmidt, 2007) ($t(46) = 0.213, p = .0584, d = 0.031$), noch bei weiteren resilienzassoziierten Konstrukten wie Selbstwert (Rosenberg Self-Esteem Scale, Von Collani & Herzberg, 2003), Selbstwirksamkeitserwartung (ASKU-4, Beierlein, Kovaleva, Kemper, & Rammstedt, 2014), Optimismus (SOP-2, Kemper, Beierlein, Kovaleva, & Rammstedt, 2012b), interne oder externe Kontrollüberzeugung (IE-4, Kovaleva, Beierlein, Kemper, & Rammstedt, 2014), Kohärenzsinn (Sense of coherence Scale, Schumacher, Gunzelmann, & Brähler, 2000) und soziale Unterstützung (F-SozU, Fydrich, Sommer, Tydecks, & Brähler, 2009) konnten Verbesserungen nachgewiesen werden. Auch gab es keinen Nachweis für eine Abnahme der wahrgenommenen Stressbelastung (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1994) oder für eine Veränderung der Bewältigungsstrategien (Abnahme vermeidend und Zunahme bewältigend) (Brief Cope, Knoll, Rieckmann, & Schwarzer, 2005).

Tabelle 1. t-tests für abhängige Stichproben

Konstrukt	t-Wert	Df	<i>p-Wert</i>	Cohen's d
somatische Beschwerden	1.238	46	0.111	0.181
soziale Dysfunktion	0.898	46	0.187	0.131
Depressivität	0.933	46	0.178	0.136
Resilienz (SR-Score)	1.0044e-16	44	0.500	0.018
Posttraumatische Reifung	-0.983	44	0.835	-0.147
Wohlbefinden	0.213	46	0.584	0.031
Selbstwert	-1.196	44	0.119	-0.178
Selbstwirksamkeitserwartung	-0.530	44	0.299	-0.079
Optimismus	1.729	44	0.254	0.258
internale Kontrollüberzeugung	-0.104	44	0.541	-0.015
externale Kontrollüberzeugung	-0.490	44	0.313	0.073
Kohärenzsinn	-0.506	43	0.308	0.077
sozialen Unterstützung	0.703	44	0.757	0.105
wahrgenommene Stressbelastung	1.374	46	0.088	0.200

Anmerkung: einseitige Testung; * = $p < 0.005$

4.4. Beitrag des Trainer:innen-Manual zur Zielsetzung der Dissertation

Das in diesem Kapitel vorgestellte Trainer:innen-Manual „*Wir entwickeln Krisenkräfte*“ operationalisiert die theoretischen und empirischen Erkenntnisse dieser Dissertation in ein anwendungsbereites, strukturiertes Interventionsformat. Durch die Kombination aus einem 1,5-tägigen Präsenz-Workshop im Gruppensetting und dem begleitenden Arbeitsbuch („*Kräfte-für-Krisen*“-Buch) bietet das Manual einen ganzheitlichen Ansatz zur Stärkung der psychischen Widerstandskraft bei jungen, an Krebs erkrankten Erwachsenen (AYAC).

Inhaltlich übersetzt das Manual komplexe psychologische Konstrukte in zugängliche, praxisnahe Module. Durch gezielte Psychoedukation (z. B. zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell und zum salutogenetischen Gesundheitskonzept nach Antonovsky) wird eine kognitive Umstrukturierung gefördert, die Betroffenen helfen kann, dysfunktionale Schuldannahmen abzubauen und ein Kohärenzgefühl zu entwickeln. Die praktischen Übungen – von expressivem Schreiben über imaginative Entspannungsverfahren bis hin zur sokratischen Reflexion des eigenen Selbstwerts – sind konsequent darauf ausgerichtet, die psychischen Grundbedürfnisse nach Grawe (2004; Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn, Bindung, Selbstwerterhöhung) zu befriedigen. Insbesondere das gewählte Gruppensetting und Methoden wie der „Open Space“ greifen die Erkenntnisse aus dem **systematischen Review** auf, indem sie den essenziellen Resilienzfaktor der sozialen Unterstützung und Verbundenheit aktiv nutzbar machen.

Im Kontext des gesamten Promotionsvorhabens stellt dieses Manual somit die erfolgreiche Synthese aus Bedarfsanalyse und Interventionsentwicklung dar. Es liefert der psychoonkologischen Praxis ein evidenzinformatives, zielgruppenspezifisches Werkzeug, um der erhöhten Vulnerabilität der AYAC-Population präventiv zu begegnen. Durch die systematische Anleitung zur Ressourcenaktivierung leistet das Manual einen direkten Beitrag zum Hauptziel dieser Arbeit: der nachhaltigen Förderung von Resilienz und Wohlbefinden bei jungen Menschen, die mit der existenziellen Krise einer Krebserkrankung konfrontiert sind. Die Einordnung der Wirksamkeit und die kritische Reflexion dieses Interventionsansatzes werden in der abschließenden Gesamtdiskussion vorgenommen.

5. Resilienzbroschüre

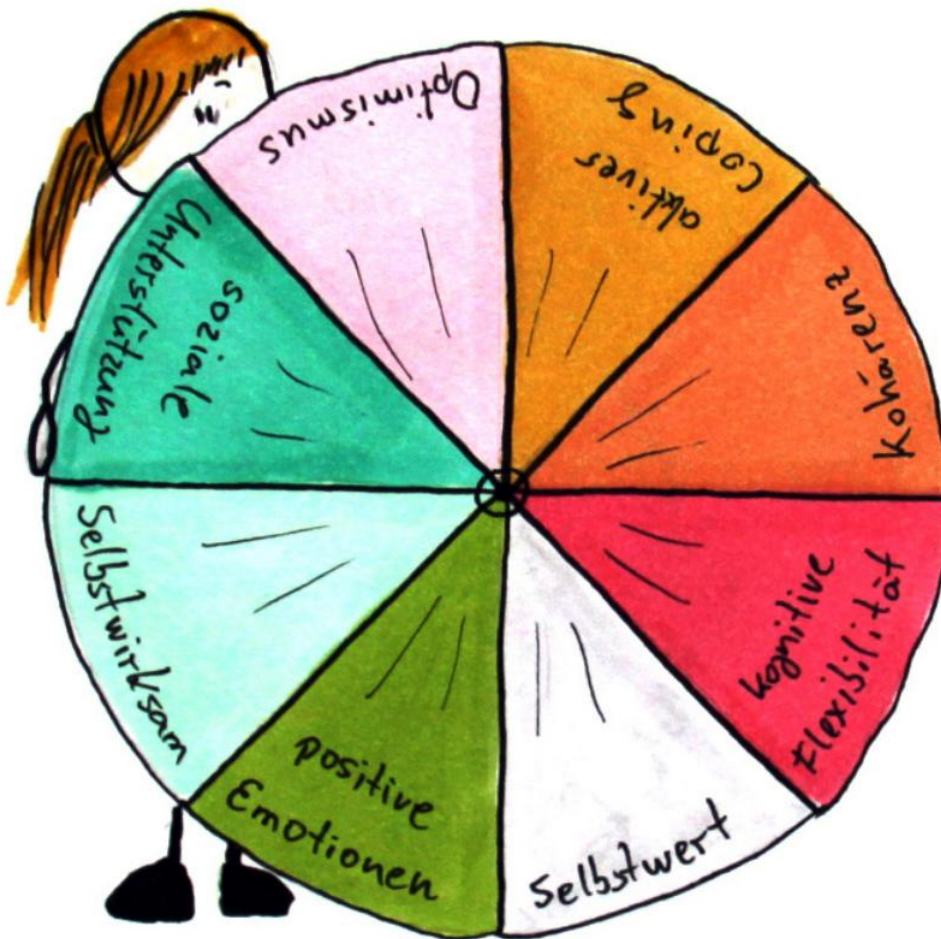
5.1. Herleitung und Verortung der Resilienzbroschüre im Promotionsvorhaben

Das vorliegende Kapitel 5 dokumentiert die Entwicklung und den Aufbau der Resilienzbroschüre mit dem Titel „*Resilienz-Broschüre – ein Wegbegleiter zu mehr Resilienz und Wohlbefinden*“. Die Erstellung dieser Broschüre ist ein integraler Bestandteil des Promotionsvorhabens und stellt den praktischen Transfer der in den vorangegangenen Kapiteln 2 und 3 gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der **Corona-Studie** und dem **systematischen Review** dar.

Während die **Corona-Studie** grundlegende Stressoren und Schutzfaktoren identifizierte und das **systematische Review** die spezifische Belastungssituation sowie die Forschungslücken bei jungen Erwachsenen mit Krebs (AYAC) aufzeigte, adressiert die **Resilienzbroschüre** diese Bedarfe unmittelbar. Sie übersetzt komplexe theoretische Konstrukte, wie das Kohärenzgefühl (Antonovsky) und die psychischen Grundbedürfnisse (Grawe), in ein niederschwelliges, patientenorientiertes Selbsthilfeformat. Die Broschüre dient somit als konkrete Interventionsmaßnahme, die eigenständig eingesetzt werden kann. Im Rahmen des Promotionsvorhabens fungiert dieses Kapitel als Beleg für die Anwendungsorientierung der Dissertation und den unmittelbaren Nutzen der Forschungsergebnisse für die Zielgruppe der AYAC.

Resilienz-Broschüre

– ein Wegbegleiter zu mehr Resilienz und Wohlbefinden



Inhaltsverzeichnis

Herzlich Willkommen!.....	174
Begrüßung	174
Infos zu den Projektverantwortlichen und -hintergrund	174
Stress – Resilienz – Wohlbefinden	175
Aufbau.....	175
Kapitel 1: Grundwissen kompakt	177
Resilienz	177
Resilienz(-faktoren).....	178
Kapitel 2: Krankheitsphasen – Eine kleine Orientierung.....	181
Die Erkrankung in jüngeren Jahren	181
Die Diagnose	182
Der Schock	182
Transformation von „an Krebs erkrankt“ zum Leben mit Krebs	183
Kapitel 3: Krankheitsbewältigung – Leben mit einer Krebserkrankung	186
Emma	186
Bin ich schuld an meiner Erkrankung?.....	187
Krank oder gesund? – das Salutogenese-Prinzip	188
Kohärenzgefühl	190
Realistischer Optimismus und positive Emotionen.....	192
Selbstwirksamkeit	195
Aktives Coping (lösbare Probleme).....	198
Kognitive Flexibilität (unlösbare Probleme).....	200
Selbstwert.....	205
Soziale Unterstützung	208
Abschlussreisebericht.....	213
Selbsthilfebücher-Empfehlungen	215
Impressum.....	217

Herzlich Willkommen!

Begrüßung

Hallo! Ich bin Lara Hubenschmid, die Autorin dieser Broschüre. Schön, dass diese Broschüre zu Dir gefunden hat.

Mit der *Resilienz*-Broschüre beginnt nun Deine Reise zu mehr *Resilienz* und Wohlbefinden. Die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach kritischen Situationen oder Lebensereignissen (*Resilienz*) kann mit einem Schutzschirm verglichen werden. Du wirst im Folgenden die verschiedenen Resilienzfaktoren nicht nur kennenlernen, sondern Dir werden auch Impulse gegeben, sie auf Dich anzuwenden. Das soll Dich dabei unterstützen, in zukünftigen herausfordernden Situationen besser gewappnet zu sein – ganz nach dem Motto: **„Komm unter den Schutzschirm, den Du auf dem Cover der Broschüre sehen kannst!“**

Mit dieser *Resilienz*-Broschüre will ich Dir von meinen resilienzfördernden Entdeckungen und Erfahrungen berichten, die ich bei der wissenschaftlichen Begleitung einer Selbsthilfeorganisation, der NetzwerkStatt Krebs (NSWK; www.netzwerkstattkrebs.de) gesammelt habe.

Diese *Resilienz*-Broschüre soll gleichzeitig Deine Reisebegleitung mit vielen Infos und vor allem Impulsen auf Deinem persönlichen Weg mit einer Krebserkrankung zu mehr *Resilienz* und Wohlbefinden sein.

Infos zu den Projektverantwortlichen und -hintergrund

Sehr gerne stelle ich mich vor: Ich bin eine sich in der Weiterbildung zur Psychotherapeutin befindende Psychologin (M. Sc.) und arbeite seit Mitte 2019 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR, www.lir-mainz.de) in Mainz.

In meiner Tätigkeit dort bin ich federführend für das *Resist Krebs*-Projekt verantwortlich. Dieses ist ein Kooperationsprojekt des Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) Bundesverbandes (www.frauenselbsthilfe.de) und des LIR, welches durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG; www.bundesgesundheitsministerium.de) gefördert wird. Das *Resist Krebs*-Projekt verfolgt in drei aufeinander aufbauenden Projektphasen das Ziel, die resilienzfördernden Faktoren im Bereich der jungen Selbsthilfe zu ermitteln und in Form von konkreten Maßnahmen in der Selbsthilfearbeit umzusetzen bzw. weiterzuentwickeln.

Durch das *Resist Krebs*-Projekt wird das Modellprojekt NWSK - ein altersspezifisches Unterstützungsangebot und -netzwerk für junge an Krebs erkrankte Menschen im Alter von 18 bis 49 Jahren - durch das LIR wissenschaftlich begleitet und weitergeführt.

Von Seiten des LIRs unterstützt mich insbesondere noch Dr. Isabella Helmreich, die Leiterin des Bereichs „Resilienz & Gesellschaft“. Sie ist promovierte psychologische Psychotherapeutin und beschäftigt sich im Rahmen des Forschungstransfers im LIR intensiv damit, wie Resilienz bei verschiedenen Zielgruppen gestärkt und langfristig gefördert werden kann.

Stress – Resilienz – Wohlbefinden

Diese drei Zustandsbeschreibungen stehen in enger Verbindung miteinander. *Stress* bedeutet hohe Anforderung bis hin zur Überforderung. *Resilienz* wiederum ist der positive Anpassungsprozess an Stress bzw. an eine Belastungssituation, also die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach kritischen Situationen oder Lebensereignissen. Das bedeutet, um Resilienz (weiter-)zuentwickeln, muss zuerst Stress oder eine schwierig zu bewältigende Situation vorausgegangen sein. Das ist vergleichbar mit dem Muskelwachstum, dem oftmals der Muskelkater vorausgeht. Resilienz ist eng mit *Wohlbefinden*, also dem angenehmen körperlichen und seelischen Befinden verbunden. Gerade bei dem Erleben eines einschneidenden Ereignisses – wie es eine Krebsdiagnose oftmals darstellt – ist das Empfinden von Stress und Überforderung bis hin zur Hoffnungslosigkeit keine Seltenheit.

Wie die eigenen Ressourcen gestärkt oder auch auf- und ausgebaut werden können, sodass eine Anpassung an die neue Lebenssituation erfolgreich gelingt, wirst Du durch kleine Impulse und Erfahrungsberichte in dieser *Resilienz*-Broschüre lernen.

Aufbau

In der *Resilienz*-Broschüre wird es zunächst darum gehen, was Resilienz und Resilienzfaktoren eigentlich sind. Anschließend erfährst Du, warum es besonders wichtig ist, bei Menschen, die (in jungen Jahren) an Krebs erkranken, Resilienz zu fördern. Die Krebserkrankung alleine schon ist eine riesige Herausforderung. Kommen noch zusätzliche Entwicklungsaufgaben, wie beispielsweise Partnerschaft, Familienplanung oder die berufliche Ausrichtung hinzu, sind die auf Dir lastenden Anforderungen extrem hoch. Um dabei psychisch gesund zu bleiben oder die psychische Gesundheit wieder zurückzuerlangen, ist es wichtig, gut mit Dir umzugehen. Die gute Nachricht: Das Training der Resilienzfaktoren kann Dich

dabei unterstützen. Dabei soll Dir diese Broschüre helfen. Neben Informationen und Hintergrundwissen wird sie Dir immer wieder kleine Impulse geben, wie Du das aktiv tun kannst. Dabei darf natürlich auch ein Blick auf die Dynamik zwischen Gesundheit und Krankheit nicht fehlen.

Um Dir die Orientierung zu erleichtern, ist die *Resilienz*-Broschüre anhand drei Kapiteln aufgebaut. Zu jedem Kapitel findest Du dann unterstützende Impulse zu deren Bewältigung (mittels Resilienzfaktoren):

- Grundwissen zu Resilienz(-faktoren)
- Krankheitsphasen – Eine kleine Orientierung
- Krankheitsbewältigung - Leben mit einer Krebserkrankung

Die *Resilienz*-Broschüre ist in Du-Form geschrieben, da Du Dich mit Dir selbst auseinandersetzt und die Du-Form mehr Nähe erlaubt. Sie will Dich dabei unterstützen, den Umgang mit Widrigkeiten zu verbessern und Deine Resilienz zu stärken. Habe bitte nicht die Erwartung an Dich oder an die *Resilienz*-Broschüre, dass dadurch alle Probleme gelöst werden können – auch wenn das schön wäre. Es geht vielmehr darum, einen günstigen Umgang damit zu fördern.

Und jetzt heißt es:

Komm unter den Schutzschirm! Lege los und gewinne viele neue Eindrücke und Impulse!

Gutes Gelingen auf Deiner Reise zu mehr Resilienz und Wohlbefinden!

Kapitel 1: Grundwissen kompakt

Zu Beginn der Broschüre starten wir mit der Erklärung, was unter dem Begriff der Resilienz verstanden wird. Um Dir einen Einblick dazu zu geben, wie auch Du Deine Resilienz trainieren und Dich so besser vor Stress und psychischen Erkrankungen schützen kannst, werden Dir im Folgenden einzelnen Resilienzfaktoren vorgestellt. Warum? Resilienzfaktoren sind positiv mit Resilienz assoziiert, das bedeutet, man geht davon aus, wird einer oder mehrere dieser Faktoren trainiert, verbessert sich dadurch auch die psychische Widerstandsfähigkeit. Wie die Forschung zu dieser Annahme kam, wird ebenfalls aufgegriffen.

Resilienz

Resilienz leitet sich aus dem lateinischen *resilire* (deutsch: abprallen, zurückspringen) ab. Ursprünglich beschreibt *Resilienz* die Eigenschaft elastischer Werkstoffe, die nach einer Verformung wieder in ihre Ausgangsform zurückkehren. Der Begriff wurde von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen – darunter auch die Psychologie – aufgegriffen. Der Resilienz-Forscher Raffael Kalisch und seine Kollegen (Raffael Kalisch et al., 2017; Kalisch et al., 2015) definieren Resilienz folgendermaßen: Menschen, die widrigen Lebensumständen (z. B. eine Krebserkrankung) mit einer Anpassung (Erhalt bzw. Wiederherstellung der psychischen Gesundheit) begegnen, werden als resilient bezeichnet.

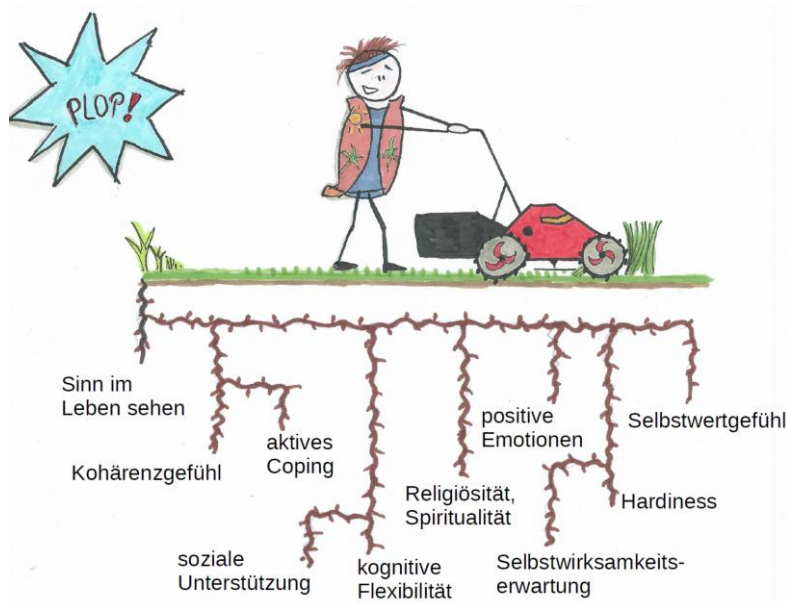
Resilienz = Aufrechterhaltung bzw. rasche Rückgewinnung der psychischen Gesundheit nach und während widrigen Lebensumständen.

Resilienz – die psychische Widerstandsfähigkeit – ist zwar zum Teil genetisch veranlagt (Amstadter et al., 2014), aber ein großer Teil bildet sich erst durch die Bewältigung von stressvollen Herausforderungen heraus (Färber & Rosendahl, 2018; Kalisch et al., 2015). Resilienz ist kein seltenes Phänomen, es ist – wie die Forschung zeigt – „Alltags-Magie“ (Masten, 2016). Sie verkörpert dabei nicht die eine Methode, sondern vielmehr eine Reihe an Strategien (Donya Gilan & Helmreich, 2021; Raffael Kalisch et al., 2017; Masten, 2016). Einige davon werden hier aufgegriffen und vorgestellt. Resilienz wird als ein lebenslanger, dynamischer Lern- und Entwicklungsprozess verstanden (Raffael Kalisch et al., 2017; Linz et al., 2019; Macedo et al., 2014).

Resilienz ist eine trainierbare psychische Widerstandskraft. Einerseits bildet sie sich durch die Bewältigung von Stress und Krisen heraus und andererseits ist sie wie ein Schutzschild gegen diese.

Resilienz(-faktoren)

An dieser Stelle wird ein Vergleich angestellt: Nehmen wir an, eine gesunde Psyche ist ein grüner Rasen in einem Garten. Solange die Sonne scheint und der Boden Wasser bekommt, grünt und gedeiht hier die Gesundheit. Bis das Leben einen Gärtner oder eine Gärtnerin vorbei schickt, der oder die einmal fröhlich mit dem Rasenmäher drüber schiebt. Dieser Rasenmäher ist wie ein massiver Stressor, der unserer gesunden Psyche erst einmal ein Ende bereitet. Vorerst. Denn während auf der einen Seite noch lärmend gemäht wird, ploppt auf der anderen Seite schon wieder ein Grasbüschel auf. Es kommt zum Vorschein, was bereits in der Tiefe angelegt ist: Eine ganze Reihe von *Resilienzfaktoren* wirken zusammen, um das Wachstum einer gesunden Psyche anzukurbeln.



„Resilienz-Rasen“ von Toni Fleischer

Die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner wird als Pionierin der Resilienzforschung angesehen. Sie prägte mit ihrer Kauai-Studie den Begriff *Resilienzfaktoren* (E. E. Werner, 1993). Sie stellte fest, dass Kinder unter besonders belastenden Entwicklungsbedingungen (z. B. Armut, Vernachlässigung) sich durch bestimmte Ressourcen zu gesunden und erfolgreichen Erwachsenen entwickelten. Günstig waren personale (z. B. positives Temperament) und soziale (z. B. soziales Netzwerk) Ressourcen. Besonders eindrücklich war, dass die resilienten Kinder mindestens eine enge emotionale

Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson hatten und auch außerhalb ihrer Familie auf ein unterstützendes soziales Umfeld zugreifen konnten.

Resilienz ist die Antwort auf eine gesunde Entwicklung trotz widriger Lebensumstände. Die personalen und sozialen Ressourcen (**Resilienzfaktoren**) helfen dabei, die persönliche Resilienz zu stärken. Das bedeutet, dass die Resilienzfaktoren als Schutzmechanismen vor stressbedingten Erkrankungen verstanden werden können.

Seit den Studien von Werner wurden zahlreiche potenzielle Resilienzfaktoren in unterschiedlichsten Zielgruppen untersucht (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012b; Isabella Helmreich et al., 2017). Es wird angenommen, dass sowohl interne (z. B. *Selbstwirksamkeit*) als auch externe Ressourcen (z. B. *soziale Unterstützung*) die Resilienz stärken bzw. protektiv gegen Stressoren wirken (Kalisch et al., 2015). In der Literatur haben sich bestimmte Resilienzfaktoren bei Erwachsenen als besonders resilienzförderlich gezeigt (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012b; Isabella Helmreich et al., 2017).

Wie Du in unserem „**Resilienz-Rasen**“-Bild sehen kannst, gibt es ganz unterschiedliche Resilienzfaktoren, die Dir helfen können. Hier jetzt erstmal eine kurze Übersicht über die einzelnen Faktoren und was damit gemeint ist. Keine Sorge, die Auflistung hier dient zunächst als ein grober Überblick, es wird im Verlauf dieser Broschüre noch genauer auf die verschiedenen Faktoren eingegangen.

Resilienzfaktoren (vgl. Gilan & Helmreich, 2021, S. 32)

Sinn im Leben sehen: *beispielsweise über die Orientierung an persönlichen Werten*

Kohärenzgefühl: *generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden*

Aktives Coping: *aktives Handeln, Einfluss auf den Ausgang einer Situation*

Soziale Unterstützung: *Zugriff auf ein funktionierendes soziales Netzwerk*

Kognitive Flexibilität: *Fähigkeit, auf veränderte Umweltbedingungen flexibel durch Variationen im Denken und Handeln zu reagieren*

Religiosität/ Spiritualität: *Übernahme von Glaubensüberzeugungen und Teilnahme an religiösen Aktivitäten beziehungsweise Beschäftigung mit Sinnfragen des Lebens*

Positive Emotionen: *regelmäßiges Erleben positiver Gefühle*

Realistischer Optimismus: *Tendenz zu positiven Ergebniserwartungen und positive Ursachenzuschreibung von Ereignissen*

Selbstwirksamkeitserwartung: *Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können*

Hardiness: *Engagement, Kontrolle, Herausforderung; Widerstandsfähigkeit als Persönlichkeitsfaktor*

Selbstwertgefühl: *positive Bewertung der eigenen Person*

Alle Resilienzfaktoren hängen natürlich zusammen und beeinflussen bzw. stärken oder hemmen sich gegenseitig. Wenn eine Person beispielsweise eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung hat, spiegelt sich das häufig in einem hohen Selbstwertgefühl wider.

Tendenziell versuchen Menschen, die sich weniger zu trauen, auch weniger Einfluss auf die Lösung von Problemen zu nehmen. Das spiegelt sich dann auch in einem negativeren Selbstbild (z. B. „Ich bekomme das nicht hin.“) und in einem geringeren Selbstwerterleben wieder.

An späterer Stelle (Kapitel 3: Krankheitsbewältigung – Leben mit einer Krebserkrankung) werden die Resilienzfaktoren im Umgang mit Krebs noch näher anhand von einem Fallbeispiel erläutert. Zunächst wird auf die Erkrankung und auf die typischen Krankheitsphasen eingegangen.

Kapitel 2: Krankheitsphasen – Eine kleine Orientierung

Dieses Kapitel widmet sich nun der Erkrankung selbst und um den vier verschiedenen Phasen einer Krebserkrankung:

- 1) Der Weg zur *Diagnose*
- 2) Der sich häufig anschließende *akute Schock*
- 3) Der darauffolgenden *Transformation* von einem „an Krebs Erkrankten“ zum „Krebs Überlebenden“ und
- 4) Schließlich das *Leben mit einer Krebserkrankung*.

Diese Phasen haben sich in der Wissenschaft bei vielen Krebserkrankten gezeigt. Sie sind fließend und ggfs. auch nicht direkt abgeschlossen, nachdem sie einmal durchlebt wurden. Kaum ein Heilungsprozess verläuft linear, vom Nullpunkt ausschließlich ansteigend. Vielmehr verlaufen Prozesse in einer Dynamik von Fort- und Rückschritten und Rückschritten und Fortschritten, und Fortschritten, usw.

Die Erkrankung in jüngeren Jahren

Auch wenn das durchschnittlich Ersterkrankungsalter bei 68 Jahren liegt ((Krebsregister, 2016)), sind jüngere Menschen ebenfalls damit konfrontiert. Weltweit erkranken jährlich circa 1 Milliarde Menschen neu an Krebs. In 3-4 % der Fälle sind junge Menschen im Alter zwischen 18 bis 39 Jahren betroffen (Bleyer et al., 2017). Für Deutschland sind die Zahlen ähnlich (<http://krebsregister.info/>).

Dabei wird deutlich, dass zwar nur eine Minderheit betroffen ist, es sich aber trotzdem um die häufigste Todesursache in dieser Altersgruppe handelt (Bleyer et al., 2017).

Es gibt aber auch gute Nachrichten: Die Überlebensrate von jungen Betroffenen in den einkommensstarken Ländern (Deutschland gehört dazu) ist weltweit angestiegen. Fünf Jahre nach der Krebserkrankung liegt diese bei über 80 %. Du fragst Dich jetzt sicher, woran das liegt: Ein zentrales Element ist der tendenziell bessere Gesamt-Gesundheitsstatus von jüngeren Betroffenen im Vergleich zu älteren. Durch diesen kann die Krebsbehandlung meist intensiver und aggressiver durchgeführt werden. Dadurch wird ein besseres Ergebnis in Bezug auf die Krebsbekämpfung erhofft und häufig auch erzielt, andererseits werden damit auch mehr Nebenwirkungen in Kauf genommen (Bleyer, 2002).

Nun schauen wir uns, anhand von Emmas Geschichte, einen beispielhaften Krankheitsverlauf gemeinsam an.

Die Diagnose

Emma, 42 Jahre berichtet:

Ich war 41 als ich (wie jedes Jahr) zur Routineuntersuchung zu meinem Frauenarzt ging. Da ich keine Beschwerden hatte, bin ich davon ausgegangen, dass die Untersuchung wie jedes Mal mit dem Satz: „Es ist alles in bester Ordnung!“ endet. Dieses Mal war das Gesicht meines Arztes ernst, er sprach von einer Zyste am Eierstock und meinte, dass sich das unbedingt ein „Fachmann ansehen muss“. Zwei Wochen später hatte ich einen Termin bei einem Chefarzt einer Gynäkologie, der mir nach der Untersuchung mitteilte, dass die Chancen 50:50 stehen, dass die Zyste bösartig ist. Endgültig könne das erst bei der Operation festgestellt werden. Da ich verneinte, noch Kinder bekommen zu wollen, teilte er mir mit, dass bei der Operation „alles rauskommt“ (Eierstöcke und Gebärmutter).

Durch den Erlebnisbericht von **Emma** wird deutlich, wie schnell sich das Leben und der Zustand von „gesund“ zu „krank“ ändern kann. Bei einigen ist die Zeit zwischen den ersten Symptomen und der Diagnosestellung kurz, bei anderen dauert es länger und bedarf verschiedener Untersuchungen. Die Studienlage zur Zeitspanne, die bis zur Diagnosestellung vergeht, ist begrenzt. Je früher natürlich der Krebs erkannt und behandelt wird, umso besser sind die Behandlungschancen (Koo, Hamilton, Walter, Rubin, & Lyratzopoulos, 2018).

Impuls Was bedeutet das nun?

Das Fallbeispiel verdeutlicht, wie wichtig das Wahrnehmen **regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen** ist. Diese stellen natürlich keine Garantie dafür dar, dass eine Krebserkrankung gut und erfolgreich behandelt werden kann, sie erhöhen aber die Wahrscheinlichkeit, eines frühen Entdeckens und verbessern damit die Behandlungschancen. Also, auch wenn Du jetzt vielleicht Angst vor Vorsorgeuntersuchungen hast, weil Du schlechte Nachrichten befürchtest, nimm Sie trotzdem wahr!

Der Schock

Emma, 42 Jahre berichtet:

Erst nach der OP und dem Gespräch mit dem Arzt wurde mir richtig bewusst, dass es Krebs ist. Es war alles irgendwie unwirklich, da das Durchschnittsalter dieser Diagnose bei 66 liegt und es bei uns in der Familie bisher keine Krebserkrankungen gab.

Emmas Reaktion ist ganz typisch für Betroffene nach der Diagnosestellung und weist auf einen *akuten Schock* hin. Der Schock ist eine normale Reaktion auf eine für das Leben bedrohliche Belastung. Ausgelöst wird diese heftige Stressreaktion, da die Belastung (in diesem Falle eine Krebserkrankung) als zu gewaltig im Vergleich zu den vorhandenen Ressourcen (z. B. Heilungskräfte des Körpers) eingeschätzt wird.

Sich in diesem Ausnahmezustand zu befinden, geht nicht mit angenehmen Gefühlen, vielmals mehr mit unangenehmen (z. B. Angst) oder mit einer Art Gefühlstaubheit („Ich fühle mich wie betäubt“) einher. Ein solcher Zustand ist nach zwei bis zu vier Wochen nach der Diagnosestellung normal. Er dient dazu, dass man von den aufkommenden Emotionen nicht „überflutet“ wird.

Ein **akuter Schock** nach der Diagnosestellung ist normal und dient als Schutz.

Um diesen Zustand gut zu überstehen, ist es wichtig, sich Ruhe zu gönnen, um diesen Schock zu verarbeiten. Das Einholen von fundierten, evidenzbasierten Informationen stellt neben dem „Darüber sprechen“ einen wichtigen Baustein dar. Wenn Betroffene Unterstützung und Hilfe (auch von außen) suchen, kann der Schutz besser bewältigt werden. Wer im Schock ist, braucht Schutz.

Impuls Was bedeutet das nun?

Mache Dir bewusst, dass Du Dich in einer solchen Situation überfordert erlebst, ist ganz normal. Es ist auch normal, dass es Dir schwerfallen wird, Dich jetzt zu entspannen. Versuche Dir und Deinem Organismus jedoch trotzdem Ruhe zu gönnen: Zum Beispiel ausgiebig duschen und dabei Deine Sorgen und Belastungen symbolisch von Dir zu streichen. Nimm ein heißes Bad. Höre Musik, die zu Deiner Stimmung passend ist. Lenke Dich ab und male ein Bild oder geh' spazieren. Warum? Weil Dein Körper die Kraft braucht, um die nächsten Schritte zu gehen.

Suche Dir ärztliches Personal, dem Du vertraust und hole Dir Familie, Freunde oder gute Bekannte an Deine Seite, die Dich unterstützen: z. B. Dich zu Deinen Terminen fahren, in Besprechungen mit dabei sind und einfach Deine Hand halten.

Transformation von „an Krebs erkrankt“ zum Leben mit Krebs

Emma, 42 Jahre berichtet:

Vier Wochen nach der OP begann eine viermonatige Chemotherapie, die zum Ende sehr kräftezehrend war. Zwei Bluttransfusionen waren notwendig und wirkten wie ein Lebenselixier. Nach Abschluss der Therapie waren meine Ängste vor einem Rezidiv sehr groß. Glücklicherweise werden solche Gedanken immer weniger präsent, je größer der Abstand zur Diagnose wird.

Noch im Schock oder kurz nach dessen Verdauung erfolgen die Therapien und Behandlungen. Meist sind diese Kräfte zehrend und gehen mit Schmerzen einher. Unsicherheiten, ob die Therapie anschlägt und wie es weiter geht, kommen noch erschwerend hinzu.

Eine Krebserkrankung stellt eine enorme Belastung und Herausforderung dar und stellt die ganze bisherige Lebensweise auf den Kopf. Sie macht vor keinem Lebensbereich halt. Menschen, die eine solche Diagnose erhalten haben, sind mit den unterschiedlichsten Widrigkeiten konfrontiert, sowohl körperlich (z. B. Fatigue, Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten), psychisch (Umgang mit unangenehmen Gefühlen wie Angst, Wut, Trauer) als auch sozial (z. B. finanzielle Sorgen, Veränderungen von sozialen Beziehungen). Das macht sich auch im Alltag bemerkbar.

Wer kennt das nicht? - Einfache Dinge, die zuvor kein Problem darstellten, sind plötzlich große Herausforderungen. Gute Stimmung zu haben, kann schwerfallen oder auch gar nicht gelingen. Oftmals fühlen Betroffene sich niedergeschlagen, traurig oder haben Angst (Mehnert et al., 2014). Die Forschung hat gezeigt – sollte es auch Dir so gehen – damit bist Du nicht allein: In den ersten fünf Jahren nach einer Krebsdiagnose leiden über ein Drittel der Patient*innen unter den Symptomen einer Depression, einer Anpassungsstörung oder einer Angststörung. Bei den jungen an Krebs erkrankten Menschen (älter als 18 und unter 55 Jahren) ist es sogar jeder Vierte, der zusätzlich eine psychische Erkrankung diagnostiziert bekommt. Subklinisch (nicht diagnostiziert) kommt schätzungsweise ein weiteres Fünftel hinzu. Warum das so sein könnte? Potenziell kommen zur Bewältigung der Erkrankung auch noch weitere Anforderungen im Leben hinzu, wie zum Beispiel Familienplanung oder die berufliche Weiterentwicklung.

Psychische Symptome und Erkrankungen gehen dabei nicht nur mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität, sondern auch mit einer schlechteren Heilungsprognosen im Hinblick auf die Krebserkrankung einher (Y.-H. Wang et al., 2020). Nicht nur während, sondern vor allem nach Abschluss der somatischen Behandlung erleben sich viele Betroffene mit ihrer Erkrankung überfordert, da die psychosozialen Folgen (z. B. im Beruf, bei der Familienplanung, im Freundeskreis) in der medizinischen Behandlung häufig unzureichend adressiert werden (Barnett et al., 2016; Hauken et al., 2013; Sansom-Daly, Wakefield, et al., 2012).

Impuls Was bedeutet das nun?

Eine Krebserkrankung bringt eine ganz Hand voll an Belastungen mit sich. Häufig kommt es zusätzlich zur körperlichen Erkrankung zu psychischen Problemen. Diese können jedoch gut behandelt werden.

Wenn Du merkst, dass es Dir über einen längeren Zeitraum psychisch nicht gut geht und sich nichts verbessert, dann suche Dir Unterstützung: Spreche mit Deiner Familie oder Freunden, besuche eine Selbsthilfegruppe, **suche Dir ggfs. auch externe Hilfe** wie beispielsweise eine*n Psychotherapeuten*in. Die Belastungen, mit denen Du durch eine Krebserkrankung konfrontiert bist, sind vielseitig und oft überfordernd – das musst Du nicht alles allein bewältigen.

Akute und unkomplizierte Hilfe in einer psychischen Krisensituation erhältst Du z. B. bei der Telefonseelsorge unter der Nummer 0800 111 0 111 (Internet: www.telefonseelsorge.de) oder bei der Nummer gegen Kummer 116 111. Sollten Du drängende Suizidgedanken oder konkrete Suizidabsichten haben, wende Dich bitte umgehend an den Notruf (112).

Oftmals wird von einer ‚Transformation‘ von einem an Krebs erkrankten Menschen zu einem ‚Krebsüberlebenden‘ gesprochen. Betroffene gelten somit weder als wirklich krank noch als wirklich gesund. Mit diesem Zustand müssen Krebsüberlebende ihr weiteres Leben planen und führen. Anhand von Emmas Geschichte, soll dir ein Einblick gegeben werden, wie eine Krankheitsbewältigung erfolgreich verlaufen kann. Die verschiedenen Resilienzfaktoren spielen dabei eine wichtige Rolle.

Kapitel 3: Krankheitsbewältigung – Leben mit einer Krebserkrankung

Erinnere Dich nochmal an das Rasenbild – selbst wenn der Gärtner das Gras abgemäht hat, befinden sich in der Erde noch Wurzeln, die ein neues Aufblühen ermöglichen. So kannst Du das auch auf Dich übertragen: Wenn eine Krebserkrankung Deine mentale Gesundheit ziemlich in Mitleidenschaft genommen hat, gibt es Ressourcen in Dir, die eine Aufrechterhaltung oder Rückgewinnung der psychischen Gesundheit ermöglichen: die Resilienzfaktoren. Es ist deshalb sinnvoll, diese zu trainieren.

An dieser Stelle soll betont werden, dass es hierbei kein richtig oder falsch gibt. Resilienzförderung ist nicht die eine Strategie, die Dich „unbesiegbar“ macht, sondern es gibt eine Vielzahl an Möglichkeiten, wie Du Deine Gesundheit und Dein Wohlbefinden steigern kannst.

Welche für Dich die richtigen Wegbegleiter sind, das kannst nur Du herausfinden. Lasse Dich nicht entmutigen, solltest Du merken, dass eine Strategie nicht die Richtige für Dich ist. Probiere einfach Verschiedenes aus, das gehört zum Prozess dazu. Auch die Erfahrung, dass etwas nicht hilft, macht Dich um eine Erfahrung reicher.

Wie das gelingen kann, zeigen Dir Emma und ihre Selbsthilfegruppe. Emma hast Du ja schon kennengelernt und wie sie von ihrer Krebsdiagnose erfahren hat. Durch die Krebserkrankung bzw. -behandlung ist sie mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Welche Resilienzfaktoren ihr beim Umgang damit geholfen haben, soll nun beleuchtet werden.

Emma



Das ist Emma. Emma ist 41 Jahre und mag gerne Spieleabende mit Freunden und geht gerne auf Konzerte.

Als Folge der Krebserkrankung bzw. -behandlung leidet sie unter Fatigue. Das bedeutet, dass sie schnell ermüdet oder erschöpft ist. Aus diesem Grund baut sie in ihrem Alltag viele Pausen ein. In ihren Pausen genießt sie das im ‚Hier und Jetzt‘ Sein und nimmt ganz bewertungsfrei wahr, wie es ihr gerade geht (Achtsamkeit). Außerdem wird Emma aktiv, indem sie regelmäßig Yoga betreibt und somit ihre körperliche Aktivität steigert. Die Schlusssentspannung vom Yoga (Shavasana) mag sie dabei am liebsten.

Praktisch lässt Emma sich ebenfalls unterstützen und nimmt einen Einkaufsservice in Anspruch.

An Tagen, an denen Emma etwas nicht so gut gelingt, wendet sie sich an Freunde, Familie und an eine Selbsthilfegruppe.

Die können sie mit guten Gesprächen emotional unterstützen. Besonders belastend für sie sind Schuldgefühle und die Angst, dass der Krebs wieder kommen könnte (*Progreddenzangst*).

Bin ich schuld an meiner Erkrankung?

Als Emma von ihrer Krebserkrankung erfuhr, war sie komplett überfordert: Welche Behandlung soll sie in Anspruch nehmen? Was wird passieren? Aber auch immer wieder kamen Schuldgedanken auf: „Was habe ich falsch gemacht, dass mir so etwas passiert? Habe ich zu viel Stress gehabt? Habe ich mich falsch ernährt? Habe ich zu wenig Sport gemacht?“ Emma kam aus diesen Grübelgedanken nicht heraus und suchte deshalb eine Selbsthilfegruppe auf. Sie erzählt dort von ihren Schuldgedanken und die anderen Teilnehmer*innen geben ihr folgende Gedanken mit auf den Weg:

Unser Gehirn sucht nach Ursachen, ganz nach dem Motto: „Wenn ich weiß, woran es lag, kann ich jetzt alles anders machen und mir passiert nichts Schlimmes mehr.“ – verständlich und menschlich. Angenommen, es gäbe den EINEN Grund für die Erkrankung UND dieser könnte für die Zukunft auch geändert werden, dann könnten sich die Menschen vor Krankheiten und Leid schützen. Menschen hätten Kontrolle darüber, ob sie krank werden oder nicht. Wahrscheinlich würden sich alle gegen eine Erkrankung entscheiden und alles tun, um sie zu vermeiden. Das ist leider nicht die Realität, sondern Wunschenken.

Sich selbst die Schuld an einer Erkrankung zu geben bedeutet, Verantwortung dafür zu übernehmen, krank geworden zu sein. An dieser Stelle soll nicht außer Acht gelassen werden, dass es Faktoren gibt (z. B. Alkohol, Rauchen, im Übermaß genossene zucker- oder fettreiche Lebensmittel wie z. B. Fast-Food), die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krebserkrankungen erhöhen können. Ob jemand erkrankt oder nicht, ist dabei jedoch weder willentlich steuerbar noch eindeutig einem (Fehl-)Verhalten zuordenbar. Leider spielt auch der Zufall eine große Rolle: Im Körper haben wir normalerweise sich selbstregulierende Prozesse. Diese können durcheinandergeraten – was auch immer die Ursache dafür ist (z. B. Genetik, Umweltfaktoren) – und entartete Zellen entstehen. Sofern diese entarteten Zellen nicht erkannt werden, kann es dazu kommen, dass sie sich unbemerkt weiter teilt und zu einem bösartigen Tumor heranwachsen. Dieser verdrängt dann gesunde Zellen. Eine Krebserkrankung ist weder durch Willen oder Verhalten herstell- noch abwendbar. Aus diesem Grund können Betroffene nicht schuld an ihrer Erkrankung sein.

Durch den Austausch in der Selbsthilfegruppe konnte Emma erkennen, dass sich hinter dem Schuldgedanken der Wunsch nach Kontrollierbarkeit versteckt: „Ich will etwas tun, um doch noch etwas zu ändern.“. Leider mussten auch sie die Erfahrung machen, dass eine Krebserkrankung oder ein Rezidiv nicht verhinderbar sind.

Impuls Was bedeutet das nun?

Viele kennen diese Gedanken von **Emma**. Kennst Du das vielleicht auch?

Wichtig ist festzuhalten, dass man **keine Schuld an seiner Krebserkrankung** hat. Vielmehr gehören Krankheiten (leider) zum Leben. Diese Wahrheit kann zu Ungerechtigkeits-, Hilflosigkeits- und Ohnmachts-Erleben führen.

Viele Betroffene suchen Halt in der Suche nach Fehlern und Ursachen (=Schuld), um das Leben wieder als kontrollierbar wahrzunehmen. Wie eben aufgezeigt werden konnte, handelt es sich dabei um einen sogenannten „Denkfehler“. Hilfreicher ist es, sich dem zuzuwenden, was in der eigenen Macht liegt, nämlich: „**Wie gehe ich gut mit meiner Erkrankung um?**“.

Der Gedanke an die Schuld kommt Emma auch nach dem Treffen immer wieder in den Kopf. Sie kann sich jetzt jedoch immer besser davon distanzieren, da sie weiß, dass sie nichts Falsches gemacht hat. Emma macht sich nun auch Gedanken darüber, wie sie besser mit der Erkrankung umgehen könnte. Immer wieder fällt ihr das nämlich schwer, weil sie ihrem Körper nicht mehr vertraut. Sie ist gespannt, welche Erfahrungen bereits in der Selbsthilfe gemacht wurden und will das beim nächsten Treffen thematisieren.

Krank oder gesund? – das Salutogenese-Prinzip

Nachdem Emma sich intensiv mit der Schuldfrage auseinandergesetzt hat, beschäftigte sie sich gemeinsam mit ihrer Selbsthilfegruppe mit der Frage des Umgangs mit der Erkrankung.

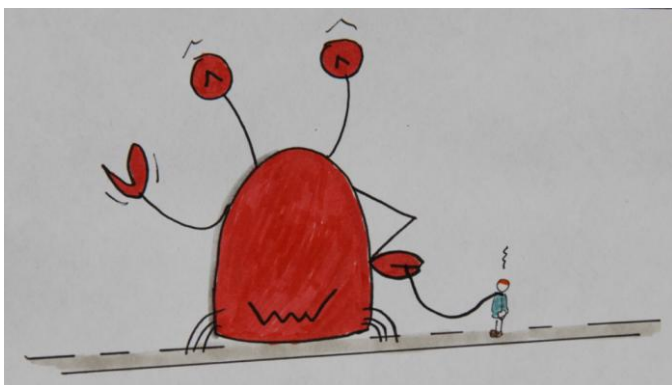
Emma berichtete, dass es ihr besonders schwerfalle, ihrem Körper wieder zu vertrauen und sich nicht als „ausschließlich krank“ zu erleben. In diesem Zusammenhang erklärte ihr ein weiterer Teilnehmer der Selbsthilfegruppe, dass er das auch ziemlich gut kenne. Aus diesem Grund habe er sich mit der Wissenschaft der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit beschäftigt, der *Salutogenese*.

Aaron Antonovsky – Medizinsoziologe und Stressforscher – wird als Vater der Salutogenese bezeichnet (Antonovsky, 1996). Er stellte sich die Frage „Was tun Menschen, um gesund zu bleiben?“. Der salutogenetische Ansatz fokussiert sich vor allem auf die Förderung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens, also möglichst bevor eine Krankheit entsteht (Präventionsansatz). Der pathogenetische Ansatz konzentriert sich darauf, bei Krankheiten die Funktionsfähigkeit wiederherzustellen.

Die beiden Pole „Gesundheit“ und „Krankheit“ schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern sind auf einem Kontinuum angesiedelt. Jeder Mensch besitzt sowohl gesunde als auch kranke Anteile, die sich im Laufe des Lebens immer wieder verändern.

Salutogenese ist die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit. Gesundheitsförderung und -erhaltung stehen somit im Vordergrund. Damit wird auch betont, dass ein Mensch weder nur gesund oder krank ist (dichotome Sichtweise), sondern: Gesundheit ist ein Prozess (und nicht ein starrer Zustand).

Wie **Emma** geht es einigen Betroffenen. Der freundliche Mann aus der Selbsthilfegruppe hat dazu ein passendes Bild gemalt, das den **„Krebs als Mittelpunkt“** zeigt: Betroffene denken häufig, dass der Krebs „den Weg angibt“. Durch Antonovskys Sichtweise konnte er seine Sichtweise verändern und den Blick mehr vom Krebs weg und auf die Prävention lenken, d. h. darauf, was er tun kann, um seine Gesundheit oder die gesunden Anteile erhalten zu können.



„Krebs als Mittelpunkt“ von Toni Fleischer

Impuls Was bedeutet das nun?

Wie das Bild mit dem „Krebs als Mittelpunkt“ verdeutlicht, denken manche Betroffene, der Krebs würde die Richtung angeben. Mit der salutogenetischen Sichtweise wird die Förderung der Gesundheit

bzw. der gesunden Anteile angestrebt. Sie verdeutlicht, dass Gesundheit und Krankheit sich auf einem Kontinuum bewegen und auch chronisch erkrankte Menschen viele gesunde Anteile in sich haben.

Wie es gelingen kann, die gesunden Anteile zu fördern, erfahren wir im Folgenden.

Kohärenzgefühl

Innerhalb der Selbsthilfe will Emma nun auch lernen, ihre Ressourcen aufzubauen und ihre Resilienz zu fördern. Um diesen Prozess zu unterstützen, geht die Selbsthilfegruppe zunächst auf die Frage „Was tun Menschen, um gesund zu bleiben?“ ein und stellt den ersten Resilienzfaktor – das Kohärenzgefühl – vor.

Um der Frage nach dem „Was tun Menschen, um gesund zu bleiben“ auf den Grund zu gehen, untersuchte Antonovsky Frauen, die ein nationalsozialistisches Konzentrationslager überlebt hatten. Sein eigentliches Studienziel war die Anpassungsfähigkeit dieser Frauen an die Menopause. Er verglich deren psychische und physische Gesundheit mit einer Kontrollgruppe und stellte fest, dass fast ein Drittel der Frauen als gesund bezeichnet werden konnten - und das, obwohl sie die Qualen des Lagerlebens mit anschließendem Flüchtlingsdasein erlebt hatten.

Davon war Antonovsky (Antonovsky, 1996) extrem beeindruckt. Um herauszufinden, wie das diese Frauen schafften, untersuchte er deshalb deren schützende Faktoren. Er konnte drei identifizieren: *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit*. Die sich aus den genannten Komponenten zusammensetzende Widerstandsressource bezeichnete er als *Kohärenzgefühl*.

- *Verstehbarkeit* bedeutet nach Antonovsky, die Fähigkeit Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, sie als vorhersehbar und erklärbar zu erleben.
- *Handhabbarkeit* (oder Bewältigbarkeit) steht für die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können und ausreichend Ressourcen zur Verfügung zu haben, um Anforderungen zu begegnen.
- Das Gefühl der *Sinnhaftigkeit* bzw. Bedeutsamkeit bezeichnet den Glauben an den Sinn des Lebens. Die Frage, ob sich die Anstrengung und das Engagement lohnen, muss bejaht sein, dass Sinnhaftigkeit gegeben ist.

Das **Kohärenzgefühl** beschreibt die generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden.

Emma ist von diesem neuen Wissen ergriffen: Da scheinen Ressourcen in Menschen zu sein, obwohl sie schreckliche Erfahrungen gemacht haben. **Emma** überlegt, ob sie das Leben generell als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft empfindet.

Aktuell kann sie für sich nicht erkennen, dass die Erkrankung in einem größeren Zusammenhang im Leben stehen könnte (*Verstehbarkeit*). Aus anderen Lebenslagen kennt sie so etwas jedoch: Wäre sie nicht so gerne auf Konzerte gegangen, hätte sie nicht ihren heutigen Partner kennengelernt. In Bezug auf die Fatigue erlebt sie Handhabbarkeit: Durch die Steigerung der körperlichen Aktivität, merke sie, wie sie dadurch ihr Wohlbefinden verbessert. Gerade bei der Durchführung ihrer Yoga-Übungen erlebe sie auch eine große *Sinnhaftigkeit*. Und das, obwohl es anstrengend ist. **Emma** merkt, wie diese Reflexion sie dabei unterstützt, etwas Hoffnung zu schöpfen.

Impuls Was bedeutet das nun?

Das Kohärenzgefühl ist ein wichtiger Resilienzfaktor. Sich darüber Gedanken zu machen, wieweit dieser Faktor im eigenen Leben vertreten ist, kann auch für Dich gegebenenfalls hoffnungstiftend sein. Dabei musst Du nicht ausschließlich auf aktuelle Herausforderung schauen, sondern kannst Dir auch bereits Gemeistertes in Dein Gedächtnis rufen. Die folgende Übung **Wecke Dein Vertrauen** kann Dich dabei unterstützen:

Suche Dir zwei Situationen/Herausforderungen heraus, bei den Du dachtest: „Das schaffe ich nicht“ und Du es letztlich dann doch geschafft hast.

1. Herausforderung:
2. Herausforderung:

Reflektiere und schätze ein:

- Welche Deiner Stärken haben Dich unterstützt (z. B. Durchhaltevermögen, Diplomatie, Optimismus, Vertrauen, Ehrlichkeit, Charakterstärke, usw.)?

- *Wie resilient (widerstandsfähig) warst Du?*

Deine Stärke:

Realistischer Optimismus und positive Emotionen

Am Anfang des nächsten Treffens der Selbsthilfegruppe berichtet Emma, sie habe keine gute Woche gehabt. Ihre Stimmung sei nicht gut, sie fühle sich niedergeschlagen und verspüre eine starke innere Anspannung. Besonders schade sei das für sie, da sie aus dem letzten Treffen so viel Hoffnung geschöpft habe.

Daraufhin wurde Emma liebevoll mit den Worten „Das kennen wir auch“ von der Selbsthilfegruppe empfangen. Eine Teilnehmerin sagt: „Nach unserem Treffen wirst Du eine Idee haben, wie die Resilienzfaktoren *realistischer Optimismus* und *positive Emotionen* gestärkt werden können.“

Oftmals findet eine Fokussierung auf Probleme statt: Wer kennt es nicht? Von dem „schlechten Tag“ erzählen wir – von dem „guten“ seltener. Evolutionär gesehen ist die Fokussierung auf Probleme auch sinnvoll: Unser Gehirn ist auf Effizienz getrimmt und will keine Energie „verschwenden“, wenn alles gut ist. Auf Gefahren hingegen muss tendenziell schneller reagiert werden, weshalb darauf fokussiert wird (Born, 2019).

Wer sich häufig auf seine Ängste, Schmerzen oder seinen Ärger konzentriert, wird tendenziell auch häufiger unangenehme Gefühle (z. B. Angst) haben. Das liegt darin begründet, dass unsere Gedankeninhalte und deren abschließende Bewertung auslösend für unser Gefühlserleben sind.

Emma berichtet, sie habe viel über die Einschränkungen mit den Fatigue nachgedacht. Immer wieder sei ihr das „**Krebs als Mittelpunkt**“-Bild in dem Kopf gekommen. Das habe sie traurig gemacht. Manchmal habe sie auch Angst: Wie soll sie so später mal eine Familie gründen?

Auch das kennen die andere Betroffenen aus der Selbsthilfegruppe und entgegenen ihr, dass unangenehme Gefühle wie Trauer oder Angst normal sind. Sie müssen und sollen nicht weggedrückt werden, denn auch sie haben ihre Daseinsberechtigung: Menschen, die allen ihren Emotionen Raum geben –

den angenehmen wie den unangenehmen –, haben einen besseren Zugang zu ihren Bedürfnissen. Sie wissen, was sie brauchen und können dafür dann auch besser eintreten.

Hier kann **Emma** vollkommen zustimmen und sagt: “Ich merke schon, dass allein das Verstanden werden und darüber sprechen mir hilft. Der Trost tut mir gerade gut. Und zu wissen, dass auch ihr diese Ängste kennt und trotzdem eine Familie gegründet habt, gibt mir Zuversicht.”

Die Teilnehmenden freuen sich, dass sie **Emma** trösten konnten. Eine Teilnehmerin führt fort, wie negative Gedanken und Gefühle langfristig zu einer Stimmung (vergleichbar mit Wetter und Klima) werden können, sofern negative Gedanken und daraus resultierend Gefühle überhandnehmen. Langfristig gesehen hat das meist negative Konsequenzen für die psychischen Gesundheit. In jedem Fall leiden das Wohlbefinden und die Lebensqualität.

Auswirkungen der **Negativ-Fokussierung** (Abwärtsspirale):

- negative Gedanken
- unangenehme Gefühle
- schlechte Stimmung
- Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit/ Wohlbefinden und Lebensqualität

Um dieser Abwärtsspirale zu entkommen, müssen die positiven Aspekte im Leben fokussiert werden: Das schafft eine realistischere Einschätzung und einen Ausgleich zur omnipräsenten (allgegenwärtigen) – evolutionär sinnvoll erscheinenden – Fokussierung auf Sorgen.

Die **Abwärtsspirale** kann zur **Aufwärtsspirale** umgekehrt werden: Dabei geht es nicht darum, dass Zukunftssorgen oder Trauer nicht mehr vorhanden sind. Vielmehr geht es um die anregende Wirkung (auf Verhaltensebene) von positiven Emotionen: Freude und Zuneigung motivieren uns nämlich dazu, uns in Bewegung zu bringen (=Motivation zur Erreichung unserer Ziele).

Auswirkungen der **Positiv-Fokussierung** (Aufwärtsspirale):

- Fokussierung auf das Positive/ Positive Gedanken
- tendenziell häufiger angenehme Gefühle
- tendenziell angenehmere Stimmung und Antrieb (durch Motivation)
- tendenziell weniger oder gar keine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit

Das Gehirn ist lern- und anpassungsfähig (=veränderbar): Deutlich wird das bei Menschen, die eine Fertigkeit (z. B. Klavier spielen) häufig üben. Deren Gehirn merkt sich die entsprechenden Abläufe und

bildet bei häufig Ausgeführtem entsprechende (Synapsen-)Verbindungen im Gehirn, also Verschaltungen einzelner Nervenzellen. Auch bei Dingen, die zum ersten Mal gemacht werden, bildet das Gehirn entsprechende Verbindungen und das lebenslang (=Neuroplastizität des Gehirns), damit beim zweiten Mal bereits auf die ersten Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Die Neuroplastizität des Gehirns kommt dem Menschen – nachdem wir uns entschieden haben uns auf das Positive zu fokussieren – zugute.

Die uns allen bekannten Optimisten fokussieren sich bereits auf das Positive und haben ihr Gehirn so trainiert, dass sie dies auch nicht als Anstrengung empfinden. Sie haben eine Lebensauffassung, die alles von der besten Seite betrachtet; meist heiter, zuversichtlich und lebensbejahend. Mit der entsprechenden Übung kann sich jeder diese Grundhaltung zulegen. Mehr Möglichkeiten zu erkennen, indem Probleme von verschiedenen Seiten aus betrachtet werden (*kognitive Flexibilität*) und dadurch leichter eine Lösung zu finden oder auch mehr Erfolg (sowohl privat als auch beruflich) zu haben, wird einer optimistischen Haltung zugesprochen (Forgeard & Seligman, 2012).

Emma hinterfragt kritisch, ob Optimismus nicht auch zu Naivität oder Verdrängung führen kann. Worauf hin ihr entgegnet wird, dass das Maß wie immer entscheidend ist: Ziel soll es auch nicht sein, ein „hoffnungsloser Optimist“ zu werden, sondern vielmehr ein Gegengewicht zu unangenehmen Gefühlen zu bilden.

Ein **realistischer Optimismus** kann dafür sorgen, dass negative Gefühle oder Ereignisse nicht mehr komplett das ganze Denken und Handeln einnehmend. Probleme müssen zwar weiterhin gelöst werden und an schwierige und manchmal unveränderliche Situationen weiterhin eine Anpassung (in Form von Akzeptanz) erfolgen – dabei jedoch hoffnungsvoll in die Zukunft zu schauen, kann jedoch hilfreich und anregend (i. S. von in Bewegung bringend=motivierend) sein. Wichtig ist mit **positiven Emotionen** eine Art Gegengewicht zu den Belastungen herzustellen und mit mir selbstfürsorglich umzugehen, um das Wohlbefinden zu fördern. Dadurch können Belastungen und Stress besser abgebaut werden.

Impuls Was bedeutet das nun?

Ganz richtig gelesen: Glück ist eine Entscheidung. Wer sich nicht auf die positiven Aspekte bewusst fokussiert, behält sein evolutionäres Programm – bleibt also bei der Fokussierung auf das Negative. Das Gute ist, das Gehirn ist veränderbar. Das bedeutet, dass mit der entsprechenden Übung – also auch in den kleinen unscheinbaren Begebenheiten das Positive zu sehen – das Gehirn sich nach und nach eigenständig mehr darauf fokussiert.

Auch die positiven Dinge im Leben vor Augen zu behalten, kann bedeuten, negative Reize effektiver auszublenden, was vor allem dann Sinn ergibt, wenn wir nichts an den Umständen ändern können.

5. Resilienzbroschüre

Unter den Resilienzfaktoren *realistischer Optimismus* und *positive Emotionen* soll nicht verstanden werden, dass alle Probleme ignoriert oder verdrängt werden, sondern vielmehr ein Gegengewicht zu den negativen Aspekten geschaffen wird.

Unangenehme Emotionen müssen und dürfen Teil einer gesunden Psyche sein. Wer sich selbst auferlegt, alles gut finden zu müssen, ist sich selbst und seinen Bedürfnissen nicht nahe. Diese Selbstnähe ist jedoch wichtig, um sich selbst gut zu unterstützen und das eigene Wohlbefinden zu steigern.

Die folgenden **Ankerfragen** „**Was war heute positiv?**“ oder „**Was macht mich glücklich?**“ oder „**Wofür bin ich dankbar?**“ können Dich unterstützen, Deinen Fokus mehr auf das Positive zu legen. Im Idealfall führst Du wie eine Art Tagebuch, indem Du diese Informationen für dich festhältst. Für den Anfang kannst Du hier (siehe Kasten) damit beginnen.

Was war heute positiv?

Was macht mich glücklich?

Wofür bin ich dankbar?

Nach diesem Treffen geht **Emma** zufrieden nach Hause. Sie kann für sich gut festhalten, wofür sie heute dankbar ist: Die Selbsthilfegruppe und die Unterstützung, die sie hier durch den Austausch erhält. In den nächsten Tagen merkt sie, wie sich ihre Stimmung wieder aufhellt und freut sich über diese *Selbstwirksamkeitserfahrung*.

Was mit dem Resilienzfaktor *Selbstwirksamkeit* gemeint ist, das erfährst Du im Folgenden.

Selbstwirksamkeit

Die positiven Erfahrungen nach dem letzten Treffen will Emma heute mit der Selbsthilfegruppe teilen und hat sich hierfür mit dem Thema Selbstwirksamkeit befasst. Vor allem spannend findet sie, wie diese entsteht und auch wie sie weiter gefördert werden kann.

Der Begriff *Selbstwirksamkeitserwartung* beschreibt die Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können (Bandura, 1977). *Selbstwirksamkeitserfahrungen* gehen meist mit *positiven Emotionen* einher und wirken energetisierend und kraftvoll.

Wie gut die eigene *Selbstwirksamkeitserwartung* ist, hängt davon ab, welche Erfahrungen ein Mensch bislang mit Herausforderungen gemacht hat: Ist er eher aktiv oder tendenziell vermeidend mit Herausforderungen oder Konflikten umgegangen? Für eine gute *Selbstwirksamkeitserfahrung* sind positive Erfahrungen beim Einsatz der eigenen Fähig- und Fertigkeiten im Umgang mit Hürden wichtig. Wurde Herausforderungen erfolgreich begegnet, stärkt das wiederum die Überzeugung, auch weitere Hürden im Leben nehmen zu können. So kann sich nämlich Selbstvertrauen – Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten – entwickeln.

Selbstwirksamkeit ist die Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Diese innere Selbstüberzeugung hilft dabei, dass man selbst wirksam werden kann, also die Dinge aktiv in die Hand nimmt und Schwierigkeiten eher als Herausforderungen sieht. Umso besser die *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* ausgeprägt ist, desto aktiver kann an Probleme herangegangen werden (*aktives Coping*). Dadurch kann man resilienter reagieren und das Wohlbefinden steigern.

Sollte der bisherige Umgang mit Schwierigkeiten eher vermeidend gewesen sein, kann das verändert werden, um die eigene *Selbstwirksamkeit* zu stärken: Zu Übungszwecken kann mit ganz kleinen Dingen begonnen werden, wie das Kümmern um eine Pflanze oder das Ausprobieren eines neuen Rezepts. Aber auch größere Aufgaben wie das Erlernen eines Instruments oder einer neuen Sprache etc. sind gute Beispiele dafür.

Die Teilnehmer des Treffens freuen sich über die Ausführungen von **Emma**. Eine Teilnehmerin merkt jedoch an, dass es jedoch auch Umstände gibt, die nicht veränderbar sind (z. B. „die Krebserkrankung soll weg sein“). **Emma** versteht den Hinweis und kann nur zustimmen. Sie erwidert darauf, dass die Erkenntnis darüber, welche Probleme lösbar – und somit in der eigenen Macht – und welche unlösbar – und somit nicht in der eigenen Macht liegen – essenziell für die *Selbstwirksamkeit* sind.

Daher zunächst die Klärung: Was liegt in der eigenen Macht, worüber hat ein Mensch Kontrolle?

- Wir haben weitgehend die Kontrolle über unsere Handlungen (außer reflexartiges Handeln) und über das willkürliche Denken, das Glaubens- (z. B. Religion) oder Willensentscheidungen (z. B. Ziele setzen) miteinschließt.
- Wenig Kontrolle haben wir über unsere Körperreaktionen (z. B. Anspannung), Körpergefühle (z. B. Schmerzen) und über unsere Emotionen (z. B. Angst, Trauer, Scham etc.). Durch intensives Trainieren können wir jedoch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit unsere Emotionen indirekt beeinflussen (siehe *Realistischer Optimismus*) - jedoch nicht kontrollieren.
- Keine oder begrenzte Kontrolle haben wir außerdem über andere Menschen: Eigene Wünsche können aktiv geäußert werden, ob eine andere Person unseren Wünschen nachkommt, entscheidet diese jedoch selbst. Ausschließlich Entscheidung können wir bei unserem Gegenüber erzwingen, und zwar, indem wir auf Konsequenzen hinweisen: „Wenn du XY nicht tust, werde ich X machen.“ Wie die Entscheidung ausfällt, bestimmt jeder selbst.

Emma fasst nach der gemeinsamen Diskussion nochmal zusammen: Menschen haben kaum Kontrolle über andere Menschen, sondern ausschließlich Einfluss. Und das nur, wenn das Gegenüber das zulässt. Bei der Verfolgung des Ziels, dass eine andere Person die eigene Meinung teilen soll, ist die Wahrscheinlichkeit Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen recht gering. Die andere Person entscheidet nämlich unabhängig von guter Kommunikation oder guten Argumenten selbst darüber, was und wie sie denkt. Das Ziel hingegen zu verfolgen, die eigene Sichtweise zu verändern (z. B. die Fokussierung auf das Positive), kann mit entsprechendem Einsatz zu einem Erfolgserlebnis führen. Worauf die willentliche Fokussierung stattfindet, liegt nämlich im eigenen Kontrollbereich.

Impuls Was bedeutet das nun?

Um *selbstwirksam* handeln zu können, ist es wichtig zu wissen, was in der eigenen Macht liegt. Sinnvollerweise sollten Ziele so gesetzt werden, wie sie in unserer Kontrolle liegen. Ziele zu verfolgen, die unerreichbar – da außerhalb unserer Kontrollmöglichkeiten sind – ist vergleichbar mit einem Kampf gegen Windmühlen: sehr anstrengend und ineffizient. Diese Erkenntnis ist schwer und gleichzeitig extrem wichtig, da der Umgang mit unlösbaren Problemen sich von dem von lösbaren Problemen unterscheidet.

Beispiele für *Selbstwirksamkeitserfahrungen* können sein: etwas Neues zu lernen oder auszuprobieren sein; die eigene Meinung zu äußern, selbst wenn andere anderer Meinung sind; aber auch ganz einfache Dinge, wie regelmäßige Bewegung, regelmäßiges Dehnen und regelmäßige Pausen. Letzteres in schweren Momenten durchzuführen, bedeutet Selbstfürsorge zu betreiben und sich selbst – wie eine gute Freundin/ ein guter Freund – zu unterstützen.

5. Resilienzbroschüre

Gerade in den Zeiten, in denen Probleme schwer ins Gewicht fallen, sollte dem etwas entgegen-„gewichtet“ werden. Sofern die Umstände nicht oder nicht sofort aufgelöst werden können, ist der Blick zu den **Ankerfragen** wie „**Was tut mir jetzt gut?**“ oder „**Was würde ich einer guten Freundin/ einem guten Freund raten?**“. sehr wichtig und notwendig. Diese Fragen können auch an den*die Partner*in, die Familie oder Freund*innen gestellt werden. Gute Erfahrungen durch Selbstwirksamkeit können als eine Art Gegengewicht zu all dem, was einen belastet, betrachtet werden.

Was tut mir jetzt gut?

Was würde ich einer guten Freundin/ einem guten Freund raten?

Auch nach dem heutigen Treffen geht **Emma** zufrieden nach Hause. Dort angekommen stellt auch sie sich die Frage „Was tut mir jetzt gut?“. Sie beschließt, in Ruhe einen Tee zu trinken und dann früh ins Bett zu gehen. Im Bett angekommen kommt ihr die Frage „Wie soll *ich* eigentlich mit meiner Fatigue den Alltag schaffen?“. Um diesen Gedanken innerlich loslassen zu können, schreibt sie ihn auf und legt sich schlafen.

Gerne will sie diese Frage (zum *aktivem Coping*) zur nächsten Selbsthilfe-Sitzung mitnehmen.

Aktives Coping (lösbare Probleme)

Etwas geknickt nimmt Emma das nächste Mal bei der Selbsthilfe teil. Sie wird daraufhin gefragt, was sie denn beschäftigt. Emma berichtet von ihren Sorgen, wie sie den Alltag mit der Fatigue bewerkstelligen soll. Die Selbsthilfegruppe kann Emma in der *aktiven Bewältigung* gut unterstützen, denn sie kennen bereits einige Problemlösestrategien.

Nun kommen wir zu den Umgangsstrategien mit Problemen oder Herausforderungen, dem *aktiven Coping*. Zu den aktiven Bewältigungsstrategien zählen Problemlösestrategien oder auch

Entspannungstraining wie Achtsamkeitsmeditationen. Sie zeichnen sich durch eine Aktivität (das Erfüllen von einer Aufgabe) im Gegensatz zur passiven Resignation aus (Betsch, Funke, & Plessner, 2011).

Auch wenn es einfach und banal klingt, ist es wichtig, sich zunächst damit zu beschäftigen, was überhaupt das Problem ist. Manchmal mag das ganz offensichtlich sein, manchmal verborgener. Nehmen wir an, eine Person erlebt sich mit den alltäglichen Aufgaben (z. B. Haushalt, Einkaufen gehen etc.) überfordert. Bei Überforderungserleben handelt es sich prinzipiell zunächst um ein Problem, für das nach Lösungen gesucht werden kann (=Problemlösestrategie). Potenzielle Lösungen könnten sein:

- Interne (innerhalb der Familie/ Angehörigen) Unterstützung suchen, um Aufgaben abzugeben oder zu verteilen
- Externe Unterstützung z. B.
 - eine Haushaltshilfe
 - Kinderbetreuung
 - Essenslieferung
- die eigenen Ansprüche bezüglich des Haushalts verändern, z. B.
 - anstatt 2x pro Woche, nur noch 1x pro Woche saugen
 - anstatt täglich zu kochen etwas vorkochen oder Reste vom Vortag essen
- Entspannungstechniken (z. B. Progressive Muskelentspannung, Meditation, Autogenes Training etc.) anwenden
- Reduktion der Arbeitszeit
-

Indem verschiedene Lösungsversuche gefunden und ausprobiert werden, wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Lösung für sich zu finden. Hilfreich kann es sein, bei der Suche nach Lösungen zunächst ganz offen Ideen fließen zu lassen, um möglichst viele Bewältigungsansätze zu überlegen. Diese können dann nach Belieben sortiert und ausprobiert werden. Sollte das Problem gelöst sein, müssen die weiteren Lösungsideen natürlich nicht weiterverfolgt werden.

Aktives Coping beschreibt die aktive Bewältigung von Problemen: Ein mögliches Vorgehen ist das Anwenden eines Problemlöseschemas: Beginnend damit, das Problem zu definieren, dann Lösungsvorschläge zu entwickeln und diese durchzugehen, bis das gewünschte Ergebnis erreicht wird.

Emma bemerkt, dass sie sich gar nicht im Einzelnen damit beschäftigt hat, was sie eigentlich befürchtet, nicht zu schaffen. Sie hatte ihr Problem bislang noch nicht gut definiert. Mit den Anleitungen durch die Gruppe gelingt ihr das jedoch und sie beschließt, in ihren Alltag mehr Pausen einzubauen.

Außerdem will **Emma** aktiv werden. Sie hat gelesen, dass regelmäßige körperliche Aktivität hilfreich bei Fatigue sein kann. Aus diesem Grund will sie gerne mit Yoga anfangen. Sie nimmt sich auch vor, ihren Partner und ihre Eltern um Unterstützung zu bitten – mal für sie mitzukochen oder auch mal das Einkaufen zu übernehmen. **Emmas** Partner kommt dabei auf die Idee, dass auch ab und an ein Einkaufsservice in Anspruch genommen werden kann.

Impuls Was bedeutet das nun?

Steht jemand vor einem Problem oder einer Herausforderung, so ist es zunächst wichtig, das Problem genau zu definieren. Warum das wichtig ist, wird im Verlauf des angeführten Beispiels deutlich: Das ‚Sich-überfordert-Erleben‘ wird von einem diffusen Gefühl zu einem **lösbaren Problem verwandelt**, indem es in kleinere Teile zerlegt wird und für diese nach Lösungen gesucht werden können. Die **Ankerfrage** zum aktiven Coping lautet **„Wie sieht es in Deinem Leben aus? Vor welchen Herausforderungen stehst du?“**.

Vor welchen Herausforderungen stehst du?

Voller Enthusiasmus ist **Emma** die genannten Punkte angegangen. Doch sie merkt, auch wenn ihr Aufgaben abgenommen werden, scheint das nicht ihr Problem zu lösen. Jetzt ist **Emma** enttäuscht, hatte sie sich doch so über den tollen Input gefreut. Sie fragt sich, warum ihr das alles nicht hilft. Sie sucht im Internet nach Lösungen und findet das folgende Gelassenheitsgebet: **„Gib mir Kraft**, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, **die Gelassenheit**, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann und **die Weisheit**, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

Sie fragt sich: **„Muss ich lernen, anders darüber zu denken?“** Wieder vermerkt sie sich diese Frage und entschließt sich, sich für heute erstmal Ruhe zu gönnen.

Kognitive Flexibilität (unlösbare Probleme)

Am nächsten Tag beschließt Emma direkt, eine mittlerweile Freundin aus der Selbsthilfe anzurufen und sie um Rat zu bitten: Obwohl sie Aufgaben abgegeben hat, fühlt sie sich immer noch nicht gut. Sie ist niedergeschlagen. Die Freundin versteht Emmas Verzweiflung und teilt ihre eigenen Erfahrungen mit ihrer Fatigue. Dabei stellt sie Emma den Resilienzfaktor *kognitive Flexibilität* vor.

Die Freundin berichtet, dass es ihr zu Beginn ihrer Erkrankung auch so erging. Sie habe sich dafür abgewertet, dass sie mit der Krebs-Erkrankung nicht dieselbe Leistungsfähigkeit besaß wie zuvor. Deshalb waren solche Lösungsideen zwar praktisch (i. S. von Arbeit abnehmend) unterstützend, aber sie hatte weiterhin das emotionale Problem der Selbstabwertung.

Emma wird schlagartig klar, warum die zuvor unternommenen Lösungsversuche nicht greifen konnten. Sie bittet ihr Freundin, dass sie gemeinsam die Problemdefinition nochmals aktualisieren: Ihr tatsächliches Problem ist die eigene Bewertung, nämlich aufgrund von weniger Leistungsfähigkeit nicht mehr so gut oder wertvoll zu sein.

Die Freundin von Emma berichtet, dass es sich dabei auch potenziell um ein aktuell unlösbares Problem handelt: Gegebenenfalls lässt sich die Leistungsfähigkeit nicht oder nicht sofort verbessern. Anstatt hier weiter nach Lösungen zu suchen, würde sich hier die Nutzung des Resilienzfaktors *kognitive Flexibilität* anbieten, sodass an dem Umgang bzw. der Bewertung gearbeitet und diese verändert wird. Eine andere Sichtweise auf sich selbst und die eigene Leistungsfähigkeit wäre in diesem Fall für den Resilienzfaktor *Selbstwert* ebenfalls wichtig. Zunächst soll es jedoch um die *kognitive Flexibilität* gehen:

Kognitive Flexibilität bedeutet, dass wir fähig sind, unser Denken flexibel an die Umstände anzupassen. Darunter können wir verstehen, Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Im vorherigen Abschnitt wurde bereits ein wichtiger Hinweis gegeben: Unsere Art und Weise auf Umstände zu schauen, sie also zu bewerten, ist durch *kognitive Flexibilität* veränderbar. Diese Fähigkeit benötigen wir immer dann, wenn Probleme sich als aktuell unlösbar darstellen (Born, 2019).

Es gibt auch Probleme, die aktuell unlösbar sind. ***Kognitive Flexibilität***, also die Anpassung an die Umstände im Denken, kann uns bei einer positiven Anpassung an die ungewollten Umstände unterstützen. Eine positive Anpassung an widrige Umstände wird als Resilienz bezeichnet.

Einen großen Stolperstein für *kognitive Flexibilität* stellen die sogenannten Denkfallen nach Beck (Beck, 1979) und Stavemann (Stavemann, 2010a) dar. Bei Denkfallen handelt es sich um eine Art Täuschung oder Verzerrung im Denken. Ein paar von ihnen werden im Folgenden aufgelistet:

- Das Denken in den Kategorien ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ bzw. das **Schwarz-Weiß-Denken**, das keine Zwischentöne (Graustufen) zulässt. Beispiel: „Nur wenn ich mit voller Punktzahl die Prüfung bestehe, bin ich gut!“ Anstatt: „Volle Punktzahl wäre toll, mir ist aber wichtig zu bestehen und letztlich noch wichtiger, dass ich meinem Ziel (z. B. eine neue Sprache zu beherrschen) damit näherkomme.“
- **Katastrophendenken**, das beinhaltet, wie der Name bereits sagt, stets an den Worst-Case zu denken (geht mit häufiger Angst einher). Ein Beispiel wäre: Ein wichtiger Mensch sagt ein Treffen ab und ich ‚katastrophisiere‘ diese Absage und verstehe sie als Ablehnung: „Mein Freund/ Meine Freundin will wohl keine Zeit mehr mit mir verbringen.“, anstatt daran zu denken, dass der wichtige Mensch einfach etwas Zeit für sich benötigt.
- **Enttäuschungsvermeidungs-Denken** ist dem Katastrophendenken sehr nahe, denn auch hier wird an den Worst-Case gedacht. Es unterscheidet sich jedoch in der Funktion: Enttäuschungsvermeidungs-Denker*innen wollen nämlich Enttäuschungen vermeiden und denkt deshalb sehr negativ. Beispielsweise bewusst die Vorannahme zu treffen, bei einem Treffen versetzt zu werden, so kann die Enttäuschung – bei tatsächlichem Eintreten – vermieden werden.
- „Einmal Pech in der Liebe, immer Pech in der Liebe.“ – auch das ist eine Denkfalle, nämlich das **Generalisieren**: Man schließt vom Einzelfall auf das Ganze oder überträgt vergangene Situationen auf die Gegenwart. Dabei wird vergessen, dass die aktuelle Situation (z. B. die neue Partnerschaft und somit der*die neue Partner*in) völlig andere Gegebenheiten (bzw. Eigenschaften) hat.
- **Verantwortungsübernahme-Denken**: Dieser Denkfalle unterliegen vor allem Personen, die viel Verantwortung für andere übernehmen – Prinzipiell ist das eine schöne Sache. Hier ist es mit aufgelistet, da wir gelernt haben, dass nicht alles und schon gar nicht jeder kontrollierbar ist (weiterhin für alles Verantwortung zu übernehmen, ist deshalb ein Denkfehler).

Dadurch, dass unser Denken unser Fühlen und Handeln bestimmt, ist die Identifikation solcher Denkfallen wichtig: Denkfallen machen es uns nämlich schwer, unser Blickfeld für andere Optionen zu weiten und somit *kognitiv flexibel* auf unterschiedliche Anforderungen zu reagieren.

Impuls Was bedeutet das nun?

Jeder Mensch unterliegt gewissen **Denkfallen**. Was sind Deine? Wie willst Du in Zukunft mit Ihnen umgehen?

Reflektiere, in welchen Situationen rutschst Du in die **Denkfallen**? Hast Du Ideen, wie Du das in Zukunft ändern willst?

Schwarz-Weiß-Denken

In welchen Situationen denkst Du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Enttäuschungsvermeidungs-Denken

In welchen Situationen denkst Du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Katastrophendenken

In welchen Situationen denkst Du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Generalisieren

In welchen Situationen denkst Du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Verantwortungsübernahme-Denken

In welchen Situationen denkst Du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Emma findet die Hinweise von ihrer Freundin sehr hilfreich, fragt sich aber „Wie sieht ein hilfreicher Umgang aus, wenn es sich um ein aktuell unlösbares Problem handelt?“.

Für aktuell unlösbare Probleme gibt es nur eine hilfreiche Umgangsstrategie: die *Akzeptanz*. Manche Dinge lassen sich nicht ändern (= Grundhaltung eines gesunden Fatalismus). Akzeptanz meint hier die innere Haltung „Es ist, wie es ist. Ich muss das nicht gut finden, aber auch nicht schlecht. Es ist so.“

Der Versuch, unlösbare Probleme zu lösen, kann mit einem Kampf gegen Windmühlen gleichgesetzt werden – er kostet viel Energie und das Ergebnis ist unbefriedigend. Bei unlösbaren Problemen besteht die Aufgabe darin sich in **Akzeptanz** zu üben.

Nur wie kann ein Mensch etwas akzeptieren, fragt sich **Emma**. Die Antwort lautet, in dem er seinen Verlust (in diesem Fall seine frühere Leistungsfähigkeit) betrauert. Zur Verarbeitung des Verlusts ist eine Auseinandersetzung mit diesem und auch das Trauern notwendig. Beides dient der Neuorientierung. Am Ende eines Trauerprozesses steht dann die Akzeptanz. Sobald eine gewisse Bereitschaft zur Akzeptanz vorhanden ist, kann die Neuausrichtung/-orientierung bzw. Anpassung an die neue Situation erfolgen.

Impuls Was bedeutet das nun?

Probleme können grob in zwei Kategorien eingeteilt werden:

- **lösbar** (z. B. Überforderungserleben, daraus ergibt sich die **Aufgabe**, nämlich *aktives Coping*) und
- **unlösbar** (z. B. eingeschränkte Leistungsfähigkeit während oder nach einer Krebsbehandlung).

Bei letzterem stößt jeder an eine Restriktion (einen unveränderlichen Zustand). Der einzig günstige Umgang mit Restriktionen ist die **Akzeptanz**. Probleme oder unliebsame Umstände zu akzeptieren, stellt eine Herausforderung und somit eine (schwere) Aufgabe dar. Die *Akzeptanz* von aktuell unlösbaren Aufgaben (z. B., dass die Leistungsfähigkeit ggf. vorübergehend eingeschränkt ist) kann traurig machen. Nun ist es nun mal so, dass jeder von der *Akzeptanz* abweichende Lösungsversuch des Problems (Veränderung der Leistungsfähigkeit) in Stress – also einem Überforderungserleben – ausartet. Das ist *immer* so, weil das letztliche Ziel (Abwendung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit) in diesem Stadium nicht hinreichend erfüllt werden kann.

Wenn Betroffene nach und nach feststellen, dass ihre Anstrengungen nicht ausreichen, um das Problem abzuwenden, wird der Mensch hilflos und damit handlungsunfähig. Langfristig macht der Kampf gegen Windmühlen psychisch krank. Ist man soweit, dass man die unveränderbaren Umstände akzeptiert hat, kann mit Hilfe von *kognitiver Flexibilität* an dem Umgang gearbeitet werden. Hier sind ein paar Anregungen, wie es einfacher gelingen könnte:

- Du kennst sicher Menschen, deren Sichtweise auf Dinge sich von Deiner unterscheiden? Hier könnte die **Ankerfrage** folgendermaßen lauten: „**Wie würde Person X das Problem einschätzen?**“.
- Potenziell könnte eine andere Perspektive auf das Problem aus dem Blick in die Vergangenheit gezogen werden. **Ankerfrage:** „**Ich kenne es, dass ich mich unverstanden erlebe. Bei meinem ersten Job und der dabei empfundenen Überforderung ging es mir ganz ähnlich. Wie habe ich damals dieses Problem für mich gelöst? Kann ich von meinen Erfahrungen damals etwas für heute lernen?**“

- Nachdem das Problem akzeptiert wurde, könnte sich eine neue Perspektive daraus eröffnen (**Ankerfrage**): „Was kann ich jetzt tun, was zwar das Problem nicht lösen kann, aber meinen allgemeinen Zustand verbessert? Ganz im Sinne der Förderung des Wohlbefindens.“

Wie würde Person X das Problem einschätzen?

Was kann ich von meinen Erfahrungen von damals für heute lernen?

„Was tut mir generell gut?“

Nach dem Telefonat ist **Emma** zugleich traurig, aber auch etwas ruhiger. Die Sorge, dass sie ihre Leistungsfähigkeit Eventuell nie wieder zurückbekommen wird, wiegt schwer. Gleichzeitig will sie ihre vorhandene Kraft nicht für einen Kampf gegen Windmühlen aufbrauchen – das bringt sie ja auch nicht weiter. **Emma** will das erstmal sacken lassen und sich selbst Zeit geben.

Sie hätte nicht gedacht, dass ihre Leistungsfähigkeit für ihren Selbstwert so wichtig ist. Sie fragt sich, wie sie da eigentlich draufkommt und beschließt, auch das mit der Selbsthilfegruppe beim nächsten Treffen zu teilen.

Selbstwert

Beim nächsten Treffen ist Emma gespannt, ob den anderen wohl bewusst ist, dass der Selbstwert eine wichtige Rolle beim psychischen Wohlbefinden einnimmt. Ein gesunder Selbstwert kann als Schutzfaktor vor psychischen Erkrankungen angesehen werden. Auch für heute hatte sie sich belehen und Folgendes über diesen Resilienzfaktor in Erfahrung gebracht.

Der *Selbstwert* ist der Wert, den eine Person sich selbst zuschreibt. Erfahrungen, die im Leben gemacht werden (positiv als auch negativ), stellen die Weichen im Leben, wie wir über uns selbst in der (Um-)Welt denken. Dadurch werden Regeln (z. B. „Sei immer fleißig.“) und Bedingungen (z. B. „Wenn ich gute Leistungen vollbringe, bin ich wertvoller.“) entwickelt und verinnerlicht (Born, 2019).

Bei sich selbst, so stellt **Emma** fest, ist der eigene Wert an ‚Leistungsfähigkeit‘ geknüpft. Die Kriterien, an die der *Selbstwert* gekoppelt ist, sind von Person zu Person unterschiedlich. Sie gehen auf die eigenen Erfahrungen zurück: Ein Kind, das für gute Leistungen gelobt und für schlecht bestraft wird, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit lernen, dass es nur gut ist, wenn es gute Leistungen vollbringt. Über die im Leben gesammelten Erfahrungen manifestiert sich daraus ein eigenes Regelwerk, sogenannte Grundannahmen wie z. B. „Ich bin wertvoll, wenn ich XY mache/erreiche.“. Diese Grundannahmen können sich auf verschiedene *Bereiche bzw. Säulen* beziehen.

Das Thema Leistung wurde exemplarisch als eine Säule des *Selbstwerts* bereits vorgestellt. Es ist aber auch möglich, den *Selbstwert* an andere Kriterien zu koppeln, wie zum Beispiel an ein bestimmtes Hobby („Wenn ich das Fußballspiel gewinne, bin ich wertvoll), an eine intakte Familie („Wenn meine Familie mich mag, bin ich wertvoll), an guten Freundschaften („Wenn alle mich mögen, bin ich wertvoll“) und so weiter. Welche Säulen den *Selbstwert* einer Person tragen, ist immer ganz individuell und von ihren gemachten Erfahrungen im Leben abhängig.

Der ***Selbstwert***, also der Wert, den eine Person sich zuschreibt, ist subjektiv. Die Kriterien, von denen wir ihn abhängig machen (z. B. unserer Leistung, unseres Aussehen oder wer uns mag oder auch nicht mag), bilden sich im Laufe des Lebens anhand unserer Erfahrungen heraus. Auf welchen „Säulen“ unser *Selbstwert* fußt, ist demnach individuell unterschiedlich.

Beim Treffen mit der Selbsthilfegruppe angekommen, teilt Emma ihre gewonnenen Erkenntnisse mit.

Ein stabiler *Selbstwert* wirkt sich positiv auf die Art und Weise, wie wir denken, aus und umgekehrt (*positive Emotionen* und *realistischer Optimismus*). Eine Krebserkrankung, die auch mit Veränderungen der Leistungsfähigkeit oder des Aussehens einhergehen kann, kann an den ansonsten gegebenenfalls stabilen Säulen des Selbstwertes ziemlich rütteln. Manche auch zum Einsturz bringen. Die komplette Identität kann dadurch zerrüttet werden. Eine Krebserkrankung kann sich – muss aber nicht – einschneidend auf das *Selbstwertgefühl* auswirken.

Einer der Teilnehmer protestiert und sagt: „Aber **Emma**, du verlierst doch nicht Deine Wertigkeit, nur wenn Du nicht mehr so leistungsfähig bist.“ Die anderen Teilnehmer*innen stimmen ihm zu und die Frage „Was macht den Menschen überhaupt *objektiv* wertvoll?“ kommt auf. Nach einiger Diskussion wird deutlich, es gibt keinen Maßstab ob oder ab wann ein Mensch objektiv wertvoll ist. Warum das so ist? Weil es sich dabei um eine subjektive Meinung von sich selbst handelt und nicht um eine Tatsache, die in irgendeiner Form mess- oder belegbar ist.

Darüber hatte **Emma** noch gar nicht nachgedacht, aber sie kann mitgehen. Der Selbstwert ist subjektiv. Aber was soll sie nun aus dieser Erkenntnis ziehen? Auch diese Frage wird in der Runde besprochen und abschließend wird festgehalten:

Der *Selbstwert* sollte auf Säulen fußen, die ein Mensch beeinflussen kann/ die in seiner Macht liegen (siehe Abschnitt zu „Was liegt in meiner Kontrolle.“, S.20). Wer seinen *Selbstwert* z. B. von seiner Leistungsfähigkeit abhängig macht, läuft Gefahr in Zeiten von Krankheiten ein emotionales Problem zu entwickeln. Dann kann es zu einem Kampf gegen Windmühlen kommen: Denn sollte dem so sein, dass die Leistungsfähigkeit vorübergehend oder auch anhaltend eingeschränkt ist, können sich Betroffene noch so sehr anstrengen, das vorherige Niveau zu erlangen, das gewünschte Ergebnis kann aber auch ausbleiben.

Es ist ungünstig, die eigene Wertigkeit an (vorübergehend) Unerreichbares zu knüpfen. Denn wenn es trotz massiver Anstrengungen real wenig oder keinen Einfluss gibt, kommt es nicht zu *Selbstwirksamkeitserfahrungen*. Vielmehr entstehen Selbstzweifel bis hin zu Selbstabwertung – wie bei **Emma**.

Eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit muss niemandem egal sein, sie kann weiterhin wichtig bleiben, nämlich in Bezug auf Ziele. Eine gute Leistung im Haushalt zu vollbringen, ist ggf. wichtig für das Ziel des eigenen Wohlbefindens. Aber die Steigerung des Wohlbefindens kann auf verschiedene Arten erreicht werden. Sie liegt leider nicht vollends in der eigenen Kontrolle (z. B. die Abwesenheit von Krankheit), aber die Teilnahme an regelmäßigen Untersuchungen, Therapien, eine ausgewogene und gesunde Ernährung sowie ein Ausgleich anhand der Durchführung von Entspannungsverfahren und (Ausdauer-)Sport sind potenzielle Mittel zur Wohlbefindens-Steigerung.

Impuls Was bedeutet das nun?

Da der *Selbstwert* subjektiv ist, sind es auch die Kriterien, von denen wir ihn abhängig machen (z. B. unserer Leistung, unseres Aussehen oder wer uns mag oder auch nicht mag). Dies gilt es zu hinterfragen (**Ankerfrage**): **Ändert sich etwas an meinem Wert, wenn ich nicht mehr so leistungsfähig bin?**

Ändert sich etwas daran, wenn sich mein Aussehen verändert?

Das sind keine Dinge, die jemandem egal zu sein brauchen. Das ist hierbei nicht die Intention. Im Gegenteil, das kann und darf wütend oder traurig machen.

Aber wäre Dein Freund oder Deine Freundin für Dich weniger wert, wenn er oder sie ihren Job verlieren würde? (Ankerfrage).

5. Resilienzbroschüre

Bitte nimm Dir einen kurzen Moment und denke darüber nach. Meine persönliche Meinung ist: nein. Ich fände es schade für den- oder diejenige, sofern sie gerne gearbeitet hätte. Aber deshalb würde sich nicht ändern, dass ich diese Person schätze. Du darfst diese Frage genauso für Dich beantworten.

Woran kopple ich meinen Selbstwert?

Woran kopple ich den Wert von anderen?

Emma denkt darüber nach, was sie bereits alles durch den Austausch mitgenommen hat: Wie sie bereits beim *aktivem Coping* gelernt, kann sie für ihr Problem (geringere Leistungsfähigkeit) verschiedene Lösungsstrategien überlegen. Wenn sie vor einem aktuell unlösbaren Problem (Unveränderbarkeit der eingeschränkten Leistungsfähigkeit) steht, dann hat sie eine Aufgabe, nämlich die Akzeptanz.

Leistungsfähigkeit ist wichtig, um Ziele zu erreichen und sagt nichts über die eigene Wertigkeit aus. Eine neue günstige Grundannahme könnte folgendermaßen lauten: „Ich bin gut, so wie ich bin. Ein (un-)getaner Haushalt sagt nichts über meine Wertigkeit aus. Ein getaner Haushalt ist wichtig für das Ziel, mich wohlfühlen. Mein Wohlbefinden kann ich steigern, indem ich Dinge tue, die mir guttun.“ Das schreibt **Emma** sich auf und hängt es an ihren Spiegel, damit sie sich das immer wieder bewusst machen kann.

Sie nimmt sich vor, dass sie der Selbsthilfegruppe gerne das nächste Mal zeigen will, was sie alles von der Gemeinschaft lernen konnte. Sie kann nachvollziehen, warum die soziale Unterstützung einen der wichtigsten Resilienzfaktoren darstellt.

Soziale Unterstützung

Seit Emma das erste Mal zur Gruppe bekommen ist, hat sich einiges für sie verändert. Durch den regelmäßigen Austausch, das Verstanden werden und die vergangene Zeit, die bekannterweise Wunden heilen kann, hat sich ihr Wohlbefinden verbessert.

Einsam sein, nicht verstanden zu werden, anders zu sein – so ist es **Emma** ergangen, bevor sie die Gruppe kennengelernt hat.

Wir Menschen sind soziale Wesen und wollen – zumindest meistens – in Gemeinschaft leben. Früher (in der Steinzeit) war dies auch wichtig zum Überleben (allein hätte wohl kaum einer das Mammut erlegen können). Heutzutage sind wir im Stande allein zu leben, da unsere Versorgung – zumindest in den westlich geprägten Gebieten – durch ein unterstützendes Sozialsystem gewährleistet ist. Oftmals wollen wir aber nicht allein sein, sondern erleben mehr Sinn oder auch Freude (i. S. von Lebensqualität) darin, unser Leben mit unseren Liebsten zu teilen.

Damit ist **Emma** auch nicht allein: Einsamkeits-Erleben kann trotz einer Vielzahl an Freunden oder Bekannten auftreten. Häufig berichten an Krebs erkrankte Menschen nämlich, dass keiner, der das nicht selbst erlebt hat, die Bedeutung und die Auswirkungen der Krebserkrankung verstehen kann. Dadurch entstehen häufig dann Ratschläge von außen, die zwar gut gemeint, aber nicht gut gelungen sind.

Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Ein/e Betroffene/r nimmt durch die Behandlungen deutlich an Gewicht ab. Auch wenn diejenige oder derjenige zuvor Gewicht abnehmen wollte, ist der Hinweis, dass das doch ein positiver Aspekt der Erkrankung sei, sehr unpassend. Das Beispiels soll darauf hinweisen, dass es einen Unterschied zwischen gut gemeint und gut gemacht gibt. Die Wahrscheinlichkeit hier in ein „Fettnäpfchen“ zu treten ist erhöht, da Nicht-Betroffene keinerlei Erfahrungen haben, was Betroffene durchmachen. Warum wird das hier angeführt? Es kann die Stärkung des Resilienz Faktors der *sozialen Unterstützung* erschweren.

Doch wobei unterstützten uns soziale Kontakte eigentlich? Mitgefühl und der Beistand durch unsere Liebsten tun uns im wahrsten Sinne des Wortes gut. Wir wollen den Eindruck haben, (mit unseren Herausforderungen) nicht allein da zu stehen – das vermittelt uns Sicherheit. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die *soziale Unterstützung* in der Resilienzforschung häufig als Resilienzfaktor angeführt wird (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012b; Isabella Helmreich et al., 2017).

Soziale Unterstützung hat viele Facetten, sie kann emotional (z. B. Trost, Verständnis, ein Erleben von Geborgenheit und Sicherheit), praktisch (z. B. Hilfe beim Umzug), materiell (z. B. Geld) oder informationell (z. B. Bereitstellen von hilfreichen Informationen und Lösungsvorschlägen) sein.

Wie kann *soziale Unterstützung* erfolgen, wenn andere (z. B. Familie oder Freunde) nicht oder nicht gut verstehen, was in einem vorgeht?

Wenn nun die *kognitive Flexibilität* ins Spiel gebracht wird, dann erinnern wir uns, dass es Dinge gibt, die außerhalb der eigenen Macht liegen: Wenn man sich nicht verstanden erlebt, gibt es für Betroffene

eine Aufgabe: Die *Akzeptanz* darüber, dass in dieser Beziehung das Bedürfnis nach blindem Verständnis (bezüglich der Erkrankung) nicht erfüllt werden kann. Das muss nicht schlimm sein und die Beziehung nicht weniger wertvoll machen, sondern eben *nur* anders.

Sofern Betroffene das akzeptieren und nicht dagegen ankämpfen, kann sich der eigene Blickwinkel weiten: Wenn die Strategie des *aktiven Copings* an dieser Stelle ins Gedächtnis gerufen wird, kann die Suche nach Lösungen erfolgen. Eine könnte das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe sein. Dort sind dann Menschen, die die dieselben Erfahrungen bzw. sich ähnliche Gedanken zu Behandlungen oder bezüglich der Zukunft gemacht haben. Oftmals erhalten Betroffene dort Verständnis und es wird sich „blind“ verstanden. Diese Erfahrung hat auch **Emma** gemacht.

Eine weitere Lösung könnte es sein, einem Krebsblogger oder einer Krebsbloggerin auf deren Weg zu folgen. Das kann einerseits helfen, leicht Informationen zu erlangen (Welcher Behandlungsweg? / Welche Erfahrungen mit dem Umfeld oder der Partnerschaft?) und Orientierung geben (Wie geht es der Person jetzt? Wie ist sie oder er mit Hürden umgegangen?). Es besteht beides Mal die Chance, sich verstanden zu erleben.

Die beste Freundin, der beste Freund, die Mama, der Papa, wer auch immer können uns weiterhin emotional nah bleiben. Wenn der Kampf („Du musst mich doch verstehen“) aufgegeben wird, kann wieder Raum für andere Gemeinsamkeiten geschaffen werden. Diese Gemeinsamkeiten sind sicher auch vorhanden, da es Gründe gibt, warum einmal eine Beziehung entstanden ist.

Wenn diese Gemeinsamkeiten aus dem Fokus geraten sein sollten, dann folgt hier die Erinnerung: Was ist es, was Dich und Deine Liebsten verbindet oder mal verbunden hat?

Selbst wenn zunächst die Frage in Vergangenheitsform beantwortet wird, kann sich darauf wieder eine neue emotionale Verbindung aufbauen. Und das ist wichtig. Der Vorschlag, einige Erfahrungen zum Teil aus der Beziehung zu dieser Person „auszulagern“, soll dabei eher ein Zusatz sein, anstatt ein kompletter Ausschluss der Angehörigen/Freund*innen. Viele Betroffene berichten, dass der Austausch mit Betroffenen ihnen guttut, deshalb darf dieser Hinweis hier nicht fehlen.

Wer sich **sozial unterstützt** und eingebunden erlebt, der merkt, dass er*sie unter einem besseren Schutzschild gegen Stress steht: Bei Belastungen können mehrere Menschen tätig werden und Aufgaben (wie z. B. den Haushalt) können abgenommen werden. Das Ablenken (z. B. durch schöne Aktivitäten) fällt gemeinsam leichter, wodurch positivere Emotionen gefördert und der *Selbstwert* gesteigert werden kann (Uchino, Bowen, Carlisle, & Birmingham, 2012)].

Andere sehen manchmal das, was wir selbst nicht (mehr) sehen können: Nämlich das wir mehr sind als Probleme oder Fehler. Andere sehen unsere Ressourcen, manchmal auch unsere Bedürfnisse und können uns unterstützen, wieder zu Kräften zu kommen.

Impuls Was bedeutet das nun?

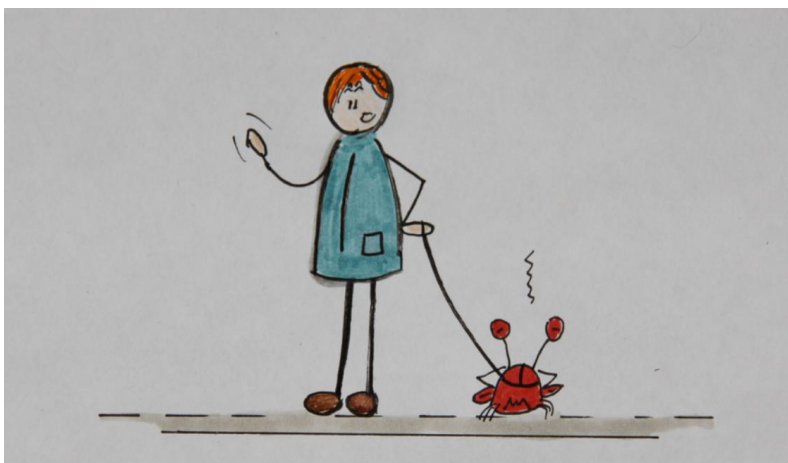
Das Erleben von Alleingelassen-Sein mit der Erkrankung ist oft eine Folge von dem Unverstanden werden. Begründet liegt es darin, dass Nicht-Betroffene nicht gut oder nicht gut genug nachvollziehen können, was Betroffene durchmachen. Und das selbst dann, wenn sich beide Seiten noch so sehr darum bemühen.

Tatsächlich ist das eine schwere Situation, denn auf einmal könnte der Mensch, mit dem zuvor alles geteilt wurde und bislang auch verstanden wurde, nicht mehr die Stütze sein, wie zuvor. Glücklicherweise gibt es sowohl Unterstützungsangebote für Betroffene als auch für Angehörige. Wenn eine Person aktiv nach Unterstützung sucht und diese auch findet, stärkt sie eine ganze Reihe an Resilienzfaktoren und somit auch ihrer Resilienz.

Bindung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und durch erfahrene *soziale Unterstützung* erleben wir uns in einer Art „**Sicherheitsnetz**“ – wir sind mit den Herausforderungen des Lebens nicht allein. Auch wenn jemand nicht mehr ein und aus weiß, so gibt es noch andere Menschen, die stützend zur Seite stehen können. *Soziale Unterstützung* hat dabei viele Facetten, das kann der Partner, die Partnerin, Freund*innen, Kolleg*innen, der Arzt oder Ärztin, Fachpflegepersonal, die Selbsthilfegruppe oder die Eltern etc. sein.

Auch dieses Treffen war wieder sehr schön für **Emma**. Sie merkt, wie sich etwas in ihr verändert hat. Kaum denkt sie noch an das „**Krebs als Mittelpunkt**“-Bild. Vielmehr hat sich ein anderes Bild in ihr verankert: Dadurch, dass sich **Emma** immer wieder bewusst in den eigenen Lebensmittelpunkt gestellt hat, hat sie die Krebserkrankung als etwas, das sie nun begleitet, anerkannt („**Ich als Mittelpunkt**“).

Nachdem weiterer Zeit vergangen ist, bleibt nur noch das „**Ich**“ übrig: Die Krebserkrankung ist ein Teil von ihr, aber es ist kein Kampf mehr. Er gehört nun zu **Emmas** Geschichte dazu.



„Ich als Mittelpunkt“ von Toni Fleischer



„Ich“ von Toni Fleischer

Abschlussreisebericht

Du hast nun das Ende dieser *Resilienz*-Brochure erreicht.

Wir sind nun am Ende dieser Reise. Sie war ein Sinnbild für einen Prozess, der bei der Konfrontation mit einer Erkrankung durchlaufen werden kann. Wichtig ist, dass Du Dir immer wieder bewusst machst, dass es nicht immer vorwärts geht. Stillstand und mancher Rückschritt gehören dazu.

Du warst mutig, hast Dich auf eine Reise eingelassen, ohne zu wissen, wie sie Dich zu mehr Resilienz und Wohlbefinden führt.

Du hast Deinen Koffer um Wissen über *Resilienz* und die *Resilienzfaktoren* erweitert: Wir blicken gemeinsam nochmal zurück – Was ist passiert?

- Dir wurden Resilienz und die Resilienzfaktoren nähergebracht
- Es wurde beleuchtet, warum der Blick auf Schicksale als ein dem Leben dazugehöriger Teil, hilfreich sein kann: Es hat nichts mit Fehlern, Schuld oder Strafe zu tun. Es ist, wie es ist.
- Die Frage, warum Resilienzförderung für Menschen, die (in jungen Jahren) an Krebs erkranken besonders relevant ist wurde folgendermaßen beantwortet: Die Wahrscheinlichkeit, dass es zusätzlich zu der körperlichen Erkrankung zu einer psychischen kommt, ist deutlich erhöht.
- Dir wurden anhand eines 4-Phasigen Prozesses (typischen Krankheitsphasen: Der Weg zur Diagnose, Der akute Schock, die Transformation von „an Krebs erkrankt“ zum „Krebs Überlebenden“ und das Leben mit einer Krebserkrankung) Impulse zur Förderung der einzelnen Resilienzfaktoren und somit zur Resilienz gegeben.

Eine Kernbotschaften, die diese *Resilienz-Broschüre* versucht zu vermitteln, ist:

Achte auf Dich! Sei für Dich da! Und denke daran, Du bist nicht allein – suche Dir die Unterstützung, die Du benötigst. Auf der folgenden Seite findest Du Selbsthilfebücher-Empfehlungen, falls Du Deine Reise weiter fortsetzen willst.

Wir wünschen Dir, dass Du zufrieden auf Deine Reise zurückblickst und Du Deine „Krisenkräfte“ weiter ausbauen konntest!

Auf Deiner weiteren Lebensreise wünschen wir Dir alles, alles Gute!

Hier noch ein Ausblick:

Bei Menschen, die an Krebs erkranken oder anders gesprochen, die mit einer tiefgreifenden Unsicherheit des Lebens konfrontiert werden, wird infolge der Auseinandersetzung mit dieser oft die sogenannte *posttraumatische Reifung* beschrieben. Gemeint ist eine positive persönliche (Weiter-)Entwicklung bzw. ein innerliches Wachstum, was beispielsweise zu neuen Perspektiven auf die Welt im Sinne von „Was ist mir wirklich wichtig im Leben?“ führen kann.

Impuls Was bedeutet das nun?

Kennst Du das auch? Haben sich Deine Lebensgewohnheiten – vielleicht auch im positiven Sinn - geändert? Kannst Du jetzt vielleicht auch besser im Schweren Sinn oder positive (Lern-)Erfahrungen sehen? Gibt es Versprechen an Dich selbst, wie Du ab jetzt Dein Leben für Dich nutzen möchtest?

Diese Lebensgewohnheiten haben sich verändert:

Dieses Versprechen möchte ich mir selbst geben:

Selbsthilfebücher-Empfehlungen

Bei der Stärkung der Resilienzfaktoren verhält es sich wie bei der Fitness – um in Form zu bleiben, solltest Du Dich von Zeit zu Zeit aktivieren und (weiter-)trainieren. In diesem Sinne und zur weiteren Unterstützung folgen einige Selbsthilfebücher-Empfehlungen – falls Du Deine Reise fortführen willst!

Allgemeine Bücher zur Resilienzstärkung

- Berndt C (2013) Resilienz: Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft. Was uns stark macht gegen Stress, Depressionen und Burn-out. München: dtv.
- Gilan D & Helmreich I mit Hahad O (2021). Resilienz - die Kunst der Widerstandskraft: Was die Wissenschaft dazu sagt. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Kalisch R (2017) Der resiliente Mensch. München/Berlin: Berlin-Verlag in der Piper Verlag GmbH.
- Maehrlein K (2014) Die Bambusstrategie: Den täglichen Druck mit Resilienz meistern. Offenbach: GABAL Verlag.
- Murlane D (2014) Resilienz: Die unentdeckte Fähigkeit der wirklich Erfolgreichen. Göttingen: BusinessVillage GmbH.

Bücher zum Thema Emotionsregulation

- Stavemann HH (2018) Im Gefühlsdschangel: Emotionale Krisen verstehen und bewältigen. Weinheim: Beltz.
- Wengenroth M (2016) Das Leben annehmen. So hilft die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Bern: Huber.
- Windscheid L (2021) Besser fühlen. Eine Reise zur Gelassenheit. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.

Bücher zur Achtsamkeit

- Löhmer C & Standhardt R (2012) Timeout statt Burnout. Einübung in die Lebenskunst der Achtsamkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Chazen Bays J (2016) Achtsam durch den Tag. 53 federleichte Übungen zur Schulung der Achtsamkeit. Windpferd.

Buch zur Stärkung der psychischen Gesundheit

- Bohus M, Lyssenko L, Wenner M & Berger M (2013). Lebe Balance. Das Programm für innere Stärke und Achtsamkeit. Stuttgart: TRIAS Verlag.

Wichtig: Die *Resilienz*-Broschüre ersetzt keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung! Solltest Du Dich über einen längeren Zeitraum niedergeschlagen fühlen, extreme Angstattacken erleben, Dich selbst verletzen, Suizidgedanken haben oder unter anderen psychischen Symptomen leiden, wenden Dich bitte an Deine Hausärztin*Hausarzt bzw. zuständige Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen.

Akute Hilfe in Krisensituationen erhältst Du z. B. bei der Telefonseelsorge unter der Nummer 0800 111 0 111 (Internet: www.telefonseelsorge.de) oder bei der Nummer gegen Kummer 116 111.

Solltest Du drängende Suizidgedanken oder konkrete Suizidabsichten haben, wende Dich bitte umgehend an den Notruf (112).

Impressum

Resilienz-Broschüre – ein Wegbegleiter zu mehr Resilienz und Wohlbefinden

Im Auftrag der Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH) und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

entwickelt von

M. Sc. Lara Hubenschmid
in Zusammenarbeit mit Dr. Isabella Helmreich
Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) gGmbH
www.lir-mainz.de

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Herausgeber: Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH), Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn

Gestaltung: Lara Hubenschmid

Illustrationen: Toni Fleischer, Leipzig: Mannequin mit geöffnetem Regenschirm (Titelseite großes Bild und Folgende)

Bonn, 2021

Die **FSH** (<https://www.frauenselbsthilfe.de/>) ist mit elf Landesverbänden und einem dichten Netz an Gruppen im gesamten Bundesgebiet, in denen ca. 30.000 Menschen mit einer Krebserkrankung Rat, Hilfe und Unterstützung finden, eine der größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. Der Verband steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe und wird von ihr finanziell gefördert.

Das **LIR** (www.lir-mainz.de) ist ein wissenschaftlich eigenständiges Forschungsinstitut innerhalb der Leibniz-Gemeinschaft, das sich der Erforschung der Resilienz widmet, das heißt der Aufrechterhaltung bzw. raschen Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensereignissen. Die zentralen Anliegen des LIR sind es, Resilienzmechanismen neurowissenschaftlich zu verstehen, darauf aufbauend Interventionen zur Förderung der Resilienz zu entwickeln und darauf hinzuwirken, Lebens- und Arbeitsumfelder so zu verändern, dass Resilienz gestärkt wird.



5.2. Resilienzbroschüre: Autoren Beiträge

LH: Konzeptualisierung, Visualisierung. LH: Verfassen des ursprünglichen Entwurfs der Resilienzbroschüre. IH: Überwachung und Validierung der Konzeption, Korrekturlesen des ursprünglichen Entwurf. LH: Erstellung der finalen Version. Alle Autoren haben an dem Artikel mitgewirkt und die eingereichte Version genehmigt.

5.3. Beitrag der Resilienzbroschüre zur Zielsetzung der Dissertation

Die Resilienzbroschüre stellt das anwendungsorientierte Endprodukt der empirischen Phasen dieser Dissertation dar. Sie bündelt Strategien zur Ressourcenaktivierung, Emotionsregulation und kognitiven Umstrukturierung, die gezielt auf die im Forschungsprozess identifizierten Herausforderungen junger Krebspatient:innen zugeschnitten sind. Durch die Resilienzbroschüre wird der Bogen von der theoretischen Analyse zur praktischen Intervention gespannt. Damit wird das übergeordnete Ziel des Promotionsvorhabens – die Förderung der mentalen Gesundheit einer besonders vulnerablen Gruppe durch bedarfsgerechte Maßnahmen – konkretisiert. Die in der Broschüre enthaltenen Übungen und psychoedukativen Inhalte bilden zudem die Grundlage für die abschließende Gesamtdiskussion, in der der Stellenwert solcher niedrigschwelligen Angebote im psychoonkologischen Versorgungssystem kritisch reflektiert wird.

6. Diskussion

6.1. Zusammenfassung und Integration der Ergebnisse

Resilienz wird als der positive Anpassungsprozess an Stress bzw. an Belastungssituationen, also die Aufrechterhaltung oder rasche Wiedergewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach kritischen Situationen oder Lebensereignissen verstanden (Kalisch et al., 2015). Um Resilienz (weiter-)zuentwickeln, muss zuerst ein noch bewältigbares Maß an Stress vorausgegangen sein (Crane et al., 2019). *Psychische Gesundheit* wird oftmals mittels *Wohlbefinden*, also dem angenehmen körperlichen und seelischen Befinden (anstatt der ausschließlichen Abwesenheit von körperlichen oder psychischen Symptomen), definiert (World Health Organization, 2004). *Stress* entsteht, sobald ein Individuum einer (vermeintlich bedrohlichen) Anforderung ausgesetzt ist und es für deren Bewältigung die eigenen Ressourcen als nicht ausreichend einschätzt (Lazarus & Folkman, 1984). Gerade bei dem Erleben einer chronischen Belastung – wie es eine Krebsdiagnose oftmals darstellt (Barnett et al., 2016; Marshall et al., 2019; Min et al., 2013; Seiler & Jenewein, 2019) – werden Risikofaktoren (ungünstige Lebensumstände wie Krankheit) und Stress geeint, sodass die Entstehung einer *psychischen Störung* begünstigt wird (Vulnerabilitäts-Stress-Modell; Wittchen & Hoyer, 2011). Menschen mit entsprechend ungünstigen Prädispositionen (z. B. mehrere körperliche Diagnosen) sind dabei besonders anfällig für die Entwicklung weiterer Komorbiditäten (Edwards et al., 2014; Sarfati, Koczwara, & Jackson, 2016). Diese *Vulnerabilität* zeigt in der erhöhten Wahrscheinlichkeit für an Krebs erkrankte Menschen, ebenfalls an einer psychischen Störung zu leiden (Mitchell et al., 2011). Bei jüngeren Individuen mit Krebs (unter 55 Jahre) ist die Wahrscheinlichkeit zudem erhöht (jede vierte Person ist betroffen; Grinyer, 2009). Daher ist es für diesen vulnerablen Personenkreis wichtig, resilienzfördernde Faktoren zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu entwickeln, die die Resilienz stärken.

Aus diesem Grund wurden in der **Corona-Studie** Stress- und Resilienz(-faktoren) in der Allgemeinbevölkerung untersucht: Besonders belastet scheint die deutsche Erwachsenenpopulation durch finanzielle, körperliche, zwischenmenschliche sowie zeitliche Probleme, durch Schlafprobleme und Verlust von sozialen Kontakten, Zeitdruck sowie schlechte Nachrichten und Einschränkungen in der Freizeit und in der körperlichen Aktivität. Anschließend wurde in dem **systematischen Review** der Fokus auf die besonders vulnerable Gruppe gelegt, die der jungen an Krebs erkrankten Menschen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren (Adolescents and Young Adults; AYAC). Deren spezifische resilienzfördernde Faktoren wurden mittels

randomisiert-kontrollierten Interventionsstudien untersucht. Auf Basis dieser Ergebnisse (im Gesamttest über alle Studien hinweg weder Zunahme der psychischen Gesundheit bzw. Abnahme von Stress, aber positive Ergebnisse in Primärstudien sowie Hinweis darauf, dass soziale Unterstützung eine moderierende Rolle einnimmt) konnten Hinweise auf eine resilienzfördernde Wirkung für die Zielgruppe extrahiert werden: Die theoretischen Fundierungen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), achtsamkeitsbasierten Verfahren und solche aus der Positiven Psychologie schienen dabei besonders wirksam. Ein relevanter inhaltlicher Baustein einer solchen Intervention könnte sein, individuell auf spezifische Probleme der Zielgruppe (beispielsweise sexuelle Schwierigkeiten oder die Schuldannahme („Bin ich schuld an meiner Erkrankung?“)) einzugehen. Außerdem sollte die Resilienz-Steigerung über die Förderung der einzelnen Resilienzfaktoren adressiert werden. Aus diesen Ergebnissen wurden zwei Handlungsimplikation, in Form eines **resilienzfördernden Workshops** sowie einer **Resilienzbroschüre**, abgeleitet. Dabei wurde der Resilienzfaktor der Sozialen Unterstützung in dem **resilienzfördernden Workshop** durch das Gruppensetting und in **Resilienzbroschüre** durch das Narrativ einer Selbsthilfegruppe jeweils besonders adressiert. Beide Interventionen zielen auf die Resilienzförderung durch Stärkung der einzelnen Resilienzfaktoren ab und sind auf die besondere Situation junger an Krebs erkrankter Menschen abgestimmt.

6.1.1. Stress(-faktoren) und psychische Gesundheit bei an Krebs erkrankten Menschen

Um die Vulnerabilität von jungen an Krebs erkrankten Erwachsenen besser zu verstehen und daraus Implikationen hinsichtlich der Resilienzförderung abzuleiten, werden zunächst die Ergebnisse aus der **Corona-Studie** – einer repräsentativen Querschnittsstudie an der deutschen, über 18-jährigen Allgemeinbevölkerung – herangezogen. Sie liefert allgemeine Hinweise über den Zusammenhang zwischen Stress(-faktoren) und dessen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sowie zu risiko- und resilienzfördernden Faktoren: Es wurden vorrangig die sogenannten *Daily Hassles* (DH – in deren Auftretenshäufigkeit und ihre Belastung), also die täglichen Stressoren/ kleinen Ärgernisse des Alltags (z. B. Pendeln, Albträume, finanzielle Sorgen, schlechtes Wetter) untersucht. Aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt herrschenden pandemischen Lage (Erhebungszeitpunkt: Juni/Juli 2020, nach der ersten Corona-Welle), wurden nicht nur allgemeine DH abgefragt, sondern auch solche, die die besondere Lage der Gesellschaft während der Corona-Pandemie erfasst haben (z. B. weniger Möglichkeiten für Aktivitäten, wirtschaftlicher Schaden, Sorgen um Angehörige aufgrund der Erkrankung; Veer

et al., 2021). DH ziehen einen unmittelbaren Anpassungsprozess nach sich (Kanner et al., 1981), weshalb ihnen auch ein Einfluss auf die Gesundheit, das Wohlbefinden (Serido et al., 2004; Stone & Shiffman, 1992) sowie auf die Lebenszufriedenheit insgesamt (Udayar et al., 2023) zugesprochen wird.

In der **Corona-Studie** wird über ein Drittel (36 %) der Varianz der psychischen Gesundheit durch die Belastung durch allgemeine und corona-spezifische Stressoren gemeinsam aufgeklärt. Bei der ausschließlichen Betrachtung der Belastung durch die allgemeinen DH wurden 31% und durch allein corona-spezifischen Stressoren 24% aufgeklärt. Demnach konnte übereinstimmend mit der Literatur nachgewiesen werden, dass die Exposition von Stressoren sich auf die psychische Gesundheit niederschlägt (Vulnerabilitäts-Stress-Modell; Wittchen & Hoyer, 2011). Gleichzeitig ist ein gewisses Maß an Stress eine notwendige Voraussetzung, um Resilienz zu entwickeln (Seery, 2011). Zurückführbare wäre dies u. a auf die dadurch auslös-bare systematischen Selbstreflexion (Crane et al., 2019).

Welche Art von Stressoren sich günstiger bzw. ungünstiger auf die psychische Gesundheit auswirken, darauf wird im Weiteren nun eingegangen, denn Stress scheint nicht gleich Stress zu sein: Literaturkonform (vgl. subjektive Bewertung entscheidend für Stressentstehung; Lazarus & Folkman, 1984) unterscheiden sich die Häufigkeit und das dadurch erlebte Belastungserleben durch auftretende Stressoren: In der **Corona-Studie** traten von den allgemeinen Stressoren am häufigsten ‘Haushaltsführung’ (83,64% der Teilnehmenden waren davon an mindestens einem und bis zu 7 Tag(en) betroffen), gefolgt von ‘schlechten Nachrichten in den Medien’ (80,73%), ‘negativen politischen Ereignissen’ (72,42%), ‘eigenen körperlichen Beschwerden’ (65,95%) sowie ‘schlechtes Wetter’ (71,15%) und ‘Schlafprobleme’ (59,41%) auf. Gleichzeitig waren die Befragten durch diese Stressor-Exposition – außer bei den Schlafproblemen – nur wenig belastet: ‘Haushaltsführung’ (geringer Schweregrad der Belastung: 1,23, möglicher Antwortbereich 1-4, Anteil der Betroffenen 53,49%), ‘negative politische Ereignisse’ (1,71; 58,23%) und ‘schlechtes Wetter’ (1,61; 52,64%). Bei den corona-spezifischen Stressoren liegen Häufigkeit und Belastung währenddessen nahe beieinander: Die am häufigsten angegebenen coronaspezifischen DH waren ‘Corona-Medienberichte’ (angegeben von 96,60 % der Teilnehmenden in den letzten 7 Tagen), gefolgt von dem Verlust der Fähigkeit, an ‘Freizeitaktivitäten oder wichtigen sozialen Ereignissen teilzunehmen’ (93,29%), dem ‘Verlust sozialer Kontakte’ (87,24%), ‘weniger körperlicher Aktivität’ (83,84%), ‘Einschränkungen, das Haus zu verlassen’ (81,87%), und ‘wirtschaftlichen Schäden’ (69,68%). Am stärksten belastet

waren die Befragten ebenfalls von ‘Corona-Medienberichten‘ (durchschnittlicher Schweregradmittelwert: 2,88, möglicher Antwortbereich: 1-5, Anteil der Betroffenen: 96,60%), gefolgt vom Verlust der Möglichkeit, an ‘Freizeitaktivitäten oder wichtigen sozialen Ereignissen‘ teilzunehmen (2,80; 93,52%), ‘private oder berufliche Reisen nicht möglich‘ (2,53; 85,07%), ‘Verlust von sozialen Kontakten‘ (2,35; 87,36%) und ‘weniger körperlicher Aktivität‘ als üblich (2,23; 84,08%). Da die Corona-Pandemie für viele Menschen als einschneidend erlebt wurde (Qiu et al., 2020; Schäfer et al., 2022), wäre denkbar, dass es durch die Unmittelbarkeit der Umstände und Implikationen der Pandemie zu einer gedanklichen Verhaftung mit dieser Thematik (Präokkupation; Eberle & Maercker, 2024) kam.

Die Essenz, dass ein Stressor hinsichtlich seiner Durchschlagskraft auf verschiedene Lebensbereiche Rückschlüsse auf seinen Belastungsgrad gibt, verdeutlicht, warum Stressoren wie ‘finanzielle Probleme‘ (mittlerer Schweregrad der Belastung: 2,31; möglicher Antwortbereich 1–4; Anteil der Betroffenen: 28,5 %), gefolgt von ‘Schlafproblemen‘ (2,29; 51,30 %), ‘eigenen körperlichen Beschwerden‘ (2,13; 57,34 %) sowie ‘schlechtem Verhalten anderer‘ und ‘Zeitdruck‘ (jeweils 2,10; 38,04 % bzw. 38,27 %) mit besonderen Belastungen einhergehen: Finanzielle Probleme könnten nicht ausschließlich im Hier und Jetzt Verzicht bedeuten, sondern auch zu Einschränkungen oder gar Insolvenz in der Zukunft führen. Schlechter Schlaf schlägt sich nicht ausschließlich auf die Erschöpfung nieder, sondern zeigt sich häufig auch in vermehrter Reizbarkeit und Konzentrationsproblemen (S. Wu, Zhang, & Yang, 2024). Körperliche Beschwerden können ebenfalls Auswirkungen auf die Möglichkeiten Aktivitäten auszuführen (i.S. von Einschränkungen) sowie negative Auswirkungen auf die Stimmung (Sator-Katzenschlager et al., 2003) zeigen. Im Falle dessen, dass die genannten Probleme persistieren, werden sie zum chronischer Stress: Sie beeinflussen sich wechselseitig negativ, was wiederum das Belastungserleben durch weitere DH verstärkt und sich somit in der Konsequenz negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt (Serido et al., 2004).

Eine Krebserkrankung stellt mit ihren mannigfaltigen Belastungen einen chronischen Stressor dar, dessen Einfluss sich eben auch in allen Lebensbereichen zeigt. Das Belastungserleben kumuliert u. a. durch verminderte Leistungsfähigkeit, Schmerzen, häufige Krankenhausaufenthalte oder Arztbesuche (Ormanns, 2023; Taha, Matheson, & Anisman, 2012). Erschwerend kann bei einer Krebserkrankung das Erleben eines ‘Zeitdrucks‘ entstehen (vgl. auch **Corona-Studie**), immerhin sehen sich Betroffene mit lebenslangen Einschränkungen und ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert (Ojewole, Madu, & Nwozichi, 2018; Vrinten et al., 2017).

Bereits unmittelbar nach der Diagnosestellung zeigen sich die Auswirkungen des chronischen Stressors Krebs auf die psychische Gesundheit: Circa 13-15 % der an Krebs erkrankten Menschen entwickeln eine Anpassungsstörung (Van Beek et al., 2022), die durch Präokkupationen gekennzeichnet sind (Eberle & Maercker, 2024). Existentielle Ängste sowie Ängste vor einem Fortschreiten der Erkrankung oder einem Rezidiv (*Prognedienzangst*) nehmen dabei u. a. eine starke gedankliche Präokkupation ein (Vrinten et al., 2017). Insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten besteht u. a. deshalb unmittelbar nach der Diagnose ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen (Donghao Lu et al., 2013). Oftmals entsteht eine Überforderung mit der neuen Situation (u. a. durch unzureichende Informationen bezüglich Behandlung und Prognose; Ojewole et al., 2018). In einer qualitativen Befragung zu den Bedürfnissen und Bedarfen junger an Krebs erkrankter Männer (18 bis 49 Jahre) wurde u. a. der Wunsch nach einer ganzheitlichen Behandlung, die über den kurativen Ansatz hinaus gehen sollte, salient. Häufig (in 60 % der Aussagen) wurde ein Mangel an Aufklärung zu klinikexternen Hilfoptionen (wie Selbsthilfegruppen, Beratungsanlaufstellen für finanzielle, soziale oder ernährungsspezifische Aspekte) kritisiert. Was wiederum zur Folge hatte, dass die große Mehrheit (86 % der Befragten) bzgl. Informationsbeschaffung selbst aktiv wurde (Ormanns, 2023). Gleichzeitig ist es nicht so trivial, passenden Content zu finden: In den sozialen Medien gibt es zahlreiche Erfahrungsberichte, die oftmals Empfehlungen zu einem ‚Healthy Lifestyle‘ geben (vorrangig vegetarische Ernährung, Sport, Entspannung; Eisenberg & Josselin, 2023), aber auch über spezifische Krebs- und Behandlungsarten berichten (Allard & Orom, 2023). Jedoch sind in solchen Foren die Erfahrungen teilweise sehr individuell und lassen nicht immer Rückschlüsse auf die eigene Behandlung und deren Auswirkungen zu, weshalb (meist jüngere Betroffene zwischen 20 und 30 Jahren) noch verunsicherter darin sind, welchen Informationen sie Glauben schenken können (Allard & Orom, 2023). Möglicherweise wurde auch aus dem gleichen Grund die eigenständige Informationssuche in der Untersuchung von Ormanns (2023) in dreiviertel der Fälle überwiegend als Belastung wahrgenommen. Trotz der zusätzlichen Belastungen, die mit einer Krebserkrankung einhergehen können, bleiben die Anforderungen des Alltags weiterhin bestehen (DHs, wie beispielsweise Haushaltsführung). Und das, obwohl diese teilweise nicht mehr wie gewohnt oder gar nicht mehr bewältigbar sind (Verstärker-Verlust; Lewinsohn, Breckenridge, Antonuccio, & Teri, 1985): Eine Krebserkrankung kann u. a. auch die in der **Corona-Studie** als am belastendsten gewerteten, mittelgradigen Belastungen miteinschließen: Sie geht oftmals sowohl mit Schmerzen (‚eigene körperlichen Beschwerden‘ vgl. Erickson et al., 2011) als auch möglicherweise aufgrund der verminderten Leistungsfähigkeit (Chan et al.,

2022; Erickson et al., 2011; Warner et al., 2016) resultierenden ‚finanziellen Problemen‘ (Ojewole et al., 2018) einher. Darüber hinaus wird oftmals berichtet, dass sich die Sozialbeziehungen durch die Erkrankung verändern können (vgl. aus der **Corona-Studie**: ‚schlechtes Verhalten anderer‘; ‚Verlust der Möglichkeit, an Freizeitaktivitäten oder wichtigen sozialen Ereignissen teilzunehmen‘, ‚Verlust von sozialen Kontakten‘, ‚weniger körperlicher Aktivität‘): Für Angehörige und Freunde ist der Umgang häufig erschwert, jüngere Betroffene erleben häufig einen Autonomieverlust und werden wieder zu den „kleinen Kindern von damals“ (König & Sauter, 2022; Magrath et al., 2021; Marshall et al., 2019). Betroffene selbst können das als unpassende (i. S. von keiner) Unterstützung erleben (Ojewole et al., 2018), aber auch umgekehrt selbst ein vermehrtes Bedürfnis nach Unterstützung (i. S. von Verantwortung- und Aufgabenabgabe) entwickeln (M. Köhler, 2015). Freundschaften können sich aus „gutgemeinter“ Rücksichtnahme distanzieren (Magrath et al., 2021; Nass et al., 2015) und letztlich kann es aufgrund der Behandlung vorübergehend dazu kommen, dass sich Betroffene durch das geschwächte Immunsystem von anderen Menschen distanzieren müssen (Marshall et al., 2019; Warner et al., 2016; Zhao et al., 2010). Welche Auswirkungen Isolierungen auf den Menschen zeigen, wurde in der Corona-Pandemie offensichtlich. Der Kampf gegen die Ausbreitung des COVID-Virus basierte zeitweise (in Deutschland bis zur Möglichkeit der Impfung ab September 2020; Bundesministerium für Gesundheit, 2023) im Wesentlichen auf sozialer Distanzierung (*Social Distancing*) sowie Quarantäne bei Infektion (Nam et al., 2021). In den letzten Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation die soziale Entfremdung als eine bedeutende neue Herausforderung für die öffentliche Gesundheit anerkannt (World Health Organization, 2004). Frühzeitig meldeten sich während der Corona-Pandemie deshalb Wissenschaftler:innen mit der Sorge, bereits vulnerable Patientengruppen – z. B. bereits psychisch erkrankte Menschen (Courtet, Olié, Debien, & Vaiva, 2020; Kampe, Hörz-Sagstetter, Bohn, & Remmers, 2024) oder an Krebs erkrankte Menschen (Croizier et al., 2022) – noch zusätzlich zu gefährden. Die soziale Isolierung während der Quarantäne wurde in zahlreichen Untersuchungen mit Symptomen einer akuten Belastungsstörung verglichen, die sich mit längerer Dauer tendenziell weiter verschlimmerten (Brooks et al., 2020; Dewa et al., 2021; Luo et al., 2020; Moreno et al., 2020; T. Wu et al., 2021) und für alleinlebende Menschen besonders belastend war (Eggert et al., 2023). Durch die ergriffenen Maßnahmen kam es nicht nur zu einer Einschränkung in der persönlichen Freiheit (Pfefferbaum & North, 2020), auch wirkten sich diese gesamtwirtschaftlich (auf Bildung, den Job, die Finanzen, etc.) aus, was anhaltend einen Nährboden für Zukunfts- und Existenzängste darstellt (Diseases, 2020; Moreno et al., 2020; Pfefferbaum &

North, 2020; Tsamakis et al., 2021). Der gesellschaftliche Leidensdruck, wird auch in veränderten Gesundheitsverhaltensweisen deutlich: Es kam zu einer Zunahme an Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum (Diseases, 2020; Meda-Lara et al., 2022; Pfefferbaum & North, 2020; Tsamakis et al., 2021), einer ungesünderen Ernährungsweise (Pfefferbaum & North, 2020) sowie zu einer Zunahme an häuslicher Gewalt (Humphreys, Myint, & Zeanah, 2020; Moreno et al., 2020; Tsamakis et al., 2021). Diese nichtadaptiven Bewältigungsstrategien werden im Vergleich zu gesunden jungen Erwachsenen auch vermehrt bei jungen Krebsüberlebenden beobachtet (Berg et al., 2019). Dies wiederum wird mit Leidensdruck und einer geringeren Lebensqualität in Zusammenhang gebracht (Karanci & Erkam, 2007). Frühzeitig meldeten sich während der Corona-Pandemie deshalb Wissenschaftler:innen mit der Sorge, bereits vulnerable Patientengruppen – z. B. bereits psychisch erkrankte Menschen (Courtet et al., 2020; Kampe et al., 2024) oder an Krebs erkrankte Menschen (Croizier et al., 2022) – noch zusätzlich zu gefährden.

Schließlich lässt sich festhalten: In der **Corona-Studie** wurde ein Zusammenhang zwischen Stressoren und der psychische Gesundheit deutlich. Bei den corona-spezifischen Stressoren gab es im Vergleich zu den allgemeinen Stressoren ein geringeres Delta zwischen Auftretenshäufigkeit und Belastung, sprich Auftretenshäufigkeit und Belastungserleben unterschieden sich kaum. Dies könnte auf einen weitreichenderen Einfluss mancher Stressoren zurückführbar sein: Beispielsweise könnte das Auftreten negativer Nachrichten Präokkupationen von zusätzlichen Ängsten (vor dem Virus selbst aber auch vor den gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen) geschürt haben (Donya Gilan et al., 2021), was sich dadurch auch auf die Belastung auswirkt. Auch die Belastungen, die mit einer Krebserkrankung einhergehen, haben einen weitreichenden Einfluss auf andere Lebensbereiche. Sie können die als besonders belastend erlebten Stressoren aus der **Corona-Studie** (wie Schmerzen, verminderte Leistungsfähigkeit, verminderte soziale Teilhabe, finanzielle Probleme, veränderte Sozialbeziehungen) ebenfalls miteinschließen. Zudem können krebsspezifische Ängste (Fortschreiten/Rezidiv) eine zusätzlich belastende Rolle spielen: Diese in ihrer Wahrscheinlichkeit einzuschätzen ist durch Hürden in der qualifizierten Informationsbeschaffung sowie durch fehlende Ressourcen (sowohl eigene als auch die vom Gesundheitssystem) erschwert. Manche Menschengruppen werden durch ihre kumulativ auftretenden und sich evtl. gegenseitig auch negativ beeinflussenden Stressoren anfälliger (*vulnerabler*). Diese Personen benötigen einen besonderen Schutz bzw. Unterstützung und das besonders in Anbetracht von Krisen (Kuran et al., 2020). Welche Faktoren zusammenspielen, damit Stressoren in Vulnerabilität münden, wird im Folgenden am Beispiel der jungen

an Krebs erkrankten Menschen (18 bis 49 Jahre; Adolescents and Young Adults with Cancer; AYAC) betrachtet.

6.1.2. Vulnerabilität bei an Krebs erkrankten Menschen – mit besonderem Fokus auf AYAC

Aus der Untersuchung an der deutschen Erwachsenen-Allgemeinbevölkerung (**Corona-Studie**) geht in Einklang mit anderen Studien hervor, dass das weibliche Geschlecht (vgl. Alodhayani et al., 2021; Bäuerle et al., 2020; Beames et al., 2021; Donya Gilan et al., 2020; Meda-Lara et al., 2022; Pérez-Gómez et al., 2022; Riepenhausen et al., 2021; Zamarripa et al., 2021), ein höheres Alter sowie ein niedrigeres Bildungsniveau (niedrige oder mittlere Sekundarbildung; Haupt- oder Realschule) (vgl. Garcia de Avila et al., 2020; Kunzler et al., 2021; Mazza et al., 2020) als Risikofaktoren gelten. Zudem haben Menschen mit somatischen Erkrankungen besonders sensibel/vulnerabel auf coronaspezifische Stressoren reagiert, jeweils in dem Sinne, dass die psychische Gesundheit unter diesen Stressoren tendenziell schlechter wurde. Auch letzteres ist insofern übereinstimmend mit der bisherigen Literatur, dass körperliche und mentale Probleme eine hohe Komorbidität aufweisen (erhöhte Wahrscheinlichkeit körperlich und psychisch zu erkranken sowie vice versa; Behan et al., 2015; Dai et al., 2020; Fiorillo & Sartorius, 2021; Scott et al., 2016; Whitty et al., 2020) – und das besonders bei älteren Menschen (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators et al., 2015). Unter welchen Bedingungen Stressoren in Vulnerabilität münden, soll im Folgenden am Beispiel der AYAC hervorgehen.

Der ursprüngliche Zustand einer Person (1), die Exposition gegenüber Risiken (2) sowie die Fähigkeit, mit diesen umzugehen (3), stellen entscheidende Determinanten für Vulnerabilität dar (Alwang et al., 2001). Bei an Krebs erkrankten Menschen leidet fast die Hälfte komorbid an mindestens einer weiteren chronischen Problematik (40% an einer weiteren, 15% an mind. einer weiteren; Edwards et al., 2014; Ng, Roder, Koczwara, & Vitry, 2018), was ihren ursprünglichen Zustand bereits beeinträchtigt (1). Durch die notwendige Behandlung wird das Risiko meist erhöht, weitere kardiovaskuläre, metabolische, muskuläre Komorbiditäten (wie Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus sowie Muskelschwäche) zu entwickeln oder den Zustand bereits vorhandener Komorbiditäten weiter zu verschlechtern (Edwards et al., 2014; Sarfati et al., 2016). Durch diese weitere Exposition mit Risiken (2) kommt es zu einer teufelskreisartigen

Verstärkung der Risiken. Dieser *Circulus vitiosus* sogt vor allem die AYAC ein, denn sie erhalten durch ihren tendenziell – im Vergleich zu älteren Betroffenen – besseren Gesundheitszustand (Bleyer, 2002) meist wirksamere, aber auch aggressivere Behandlungen. Diese erhöhen nicht nur die Überlebenschancen (80% in Industrieländern; Bleyer et al., 2017), sondern auch das Risiko für Nebenwirkungen (u. a. auch Entwicklung von Komorbiditäten). Die Nebenwirkungen können potenziell auch erst mit Verzögerung, nach Abschluss der Therapie, auftreten und zudem noch Jahre nach der Therapie anhalten (chronische Belastung; Mehnert & Johansen, 2019).

Erschwerend kommt hinzu, dass unter starker Stressor-Exposition die ansonsten vorhandenen internalen Ressourcen (wie Selbstvertrauen und Beherrschung (Bovier et al., 2004)), Selbstwirksamkeit (Häusser, Kattenstroth, van Dick, & Mojzisch, 2012; Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang, & Margraf, 2016) und soziale Unterstützung (Bovier et al., 2004; Häusser et al., 2012) negativ miteinander agieren können, i. S. einer Abschwächung ihrer ansonsten positiven Wirkung. Die Ergebnisse aus der **Corona-Studie** untermauern dies: Während sich Selbstwirksamkeit und interne Kontrollüberzeugung als schützend, i. S. einer abschwächenden Wirkung gegenüber coronaspezifischen Stressoren auf die psychische Gesundheit erwiesen, war dies bei der sozialen Unterstützung nicht der Fall: Ein hohes Maß an sozialer Unterstützung bei gleichzeitig hoher coronaspezifischer Stressor-Exposition zeigte negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Erklärbar wäre dies u. a. aufgrund des erlebten Deltas zwischen dem realen und virtuellen Kontakt (Newson et al., 2021) und den verringerten Möglichkeiten an Freizeitaktivitäten teilzunehmen (vgl. **Corona-Studie**; Veer et al., 2021). Darüber hinaus scheint soziale Unterstützung tendenziell bei extrovertierten Menschen einen spürbareren positiven Einfluss zu haben, als bei tendenziell Introvertierteren (Krause, Pargament, & Ironson, 2020). Zudem konnten in der **Corona-Studie** keine spezifischen Schutzfaktor für die besonders vulnerablen Gruppen (weibliches Geschlecht, ältere Menschen, Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau sowie somatisch erkrankte Menschen) identifiziert werden. Im Gegenteil: Die Analysen zeigten, dass höheres Alter und die Diagnose einer somatischen Krankheit einen negativen Einfluss auf Resilienzfaktoren hatten – sie schwächten den ansonsten positiven Einfluss von internaler Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung von (allgemeinem) Stresserleben auf die psychische Gesundheit ab. D.h. unter bestimmten Bedingungen scheinen die ansonsten vor Stress-Auswirkungen schützenden Resilienzfaktoren (Schäfer et al., 2023) in ihrer positiven Wirkung abgeschwächt zu werden.

Bei einer Krebserkrankung kann es, i.S. eines Verstärker-Verlusts (Lewinsohn et al., 1985), ebenfalls dazu kommen: Wenn eine Person in ihrem Leben ohne eine Krebserkrankung beispielsweise sich selbst in ihrem Berufsleben als wirksam empfand, dadurch das Selbstvertrauen stärkte und sozialen Austausch pflegte, würden diese Schutzfaktoren zunächst wegfallen, wenn die Arbeit zeitweise aufgrund der Behandlungen pausiert werden müsste (Beraldi, Brathuhn, Heußner, König, & Lawrenz, 2011).

Die Wahrscheinlichkeit diese Exposition mit Risiken (2) gepaart mit einer bereits ungünstigen Ausgangslage (1) erfolgreich zu bewältigen (3), wird in den häufigen psychischen Komorbiditäten bei Menschen mit einer Krebs-Erkrankung salient: Depressionen (13%-20%), gefolgt von Angststörungen (7%-13%), Anpassungsstörung (10%-13%) sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung (5%–12%) (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012; Mitchell et al., 2011). Auch hier trifft es junge an Krebs erkrankte Frauen besonders häufig (Linden et al., 2012). Das könnte u.a. darin begründet liegen, dass in die Jahre der Erkrankung Entwicklungsaufgaben, wie Kinder bekommen, Studium absolvieren, Berufseinstieg hineinfallen können – was erneut ihre adaptiven Umgangsmöglichkeiten einschränkt (3) und summa summarum die weitreichende und chronische Wirkung der Erkrankung auf alle Lebensbereiche unterstreicht. Diese Einschränkungen können auch nach Abschluss der Behandlung bestehen bleiben, da AYAC aufgrund ihrer verminderten Leistungsfähigkeit ggfs. im Berufsleben benachteiligt werden, was sich dann wiederum auf die finanzielle Ausgangslage bzw. die Sorgen darum negativ auswirken kann. Der allgemeine sozioökonomischen Status, der für sich genommen einen Risikofaktor darstellt (Scrignaro et al., 2016), kann durch eine Krebserkrankung in jungen Jahren bedroht sein. Zarowsky et al. (2013) beschreiben anhand eines Schwellenmodells einen Grenzwert, der zwischen einem gesellschaftlich noch-akzeptablen bis einem nicht mehr akzeptablen Zustand an Wohlbefinden teilt („etwas vulnerabel“ bis „vulnerabel in einer bereits anfänglich prekären Lage“). Letztere Personengruppe ist vor einem gesellschaftlichen/sozialem Abstieg, vergleichbar mit der Armut- Abwärtsspirale, bedroht (Criel, 1998). Auch Krebserkrankungen werden mit Armut sowie einer kürzeren Lebenserwartung in Zusammenhang gebracht (Moss, Pinto, Srinivasan, Cronin, & Croyle, 2020), und das sogar in Deutschland (Klein, 2023).

Alwang et al. (2001)‘s Determinanten für Vulnerabilität (grundlegender Zustand von Betroffenen (1), die Exposition mit Risikofaktoren (2) und letztlich den Umgang mit diesen (3)) offenbaren in besonderen Maße die Betroffenheit von Menschen mit einer Krebs-Erkrankung während der Corona-Pandemie (Velasco-Durantez et al., 2022; World Health Organization,

2022): Ihre meist bereits beeinträchtigte Immunität (1), die wahrscheinlich durch eine Kombination der Krankheit selbst und der damit verbundenen Therapien verursacht wird, macht sie anfälliger für eine SARS-CoV-2-Infektion selbst. Darüber hinaus sind Menschen mit einer Krebserkrankung zudem besonders gefährdet für Komplikationen (2) und benötigen aufgrund dessen im Falle einer Infektion mehr medizinische Unterstützung und Überwachung (Liang et al., 2020; Tsamakakis et al., 2020). Aufgrund der zeitweise bestehenden Sorge einer Überlastung des Gesundheitssystems, drohte Betroffenen auch häufig eine terminliche Verschiebung oder gar ein Ausfall ihrer notwendigen Behandlungen (Tsamakis et al., 2021). Selbst wenn real nur wenige Menschen mit einer Krebserkrankung ihre Behandlungen verschieben oder aufschieben mussten (zumindest in Deutschland), erlebten Betroffene diese Aussicht als beängstigend und bedrohlich (Eckford et al., 2022). Zeitweise (in Deutschland bis zur Möglichkeit der Impfung ab September 2020; Bundesministerium für Gesundheit, 2023) ließ sich die Exposition mit dem Virus vorrangig durch die soziale Isolierung einschränken (Nam et al., 2021) (3), was die Umgangsmöglichkeiten von an Krebs erkrankten Menschen darauf limitierte (Croizier et al., 2022). Dabei legen Studienergebnisse zudem nahe, dass jüngere Menschen tendenziell mehr von der sozialen Distanzierung und der Freizeiteinschränkungen betroffen waren als ältere, da diese mit unter ihre Freizeit bereits weniger aktiv gestaltet haben (Nam et al., 2021), was einen adaptiven Umgang für jüngere Betroffene erneut erschwerte (Holderness, Magrath, Hatcher, & Critoph, 2024).

Schließlich wird deutlich, dass der ursprüngliche Zustand einer an Krebs erkrankten Person (1) in Kombination mit der Exposition mit weiteren Risiken (2), wie Behandlung, ggfs. die Möglichkeiten für einen adaptiven Umgang eingeschränkt (3). Vor allem da die schützende Wirkung durch Ressourcen aufgrund der kumulativen Stressoren abgeschwächt werden kann (Zeier et al., 2022). Das verdeutlicht die Vulnerabilität dieser Patientengruppe – vor allem im Angesicht einer Krise. Jüngere Betroffenen sind durch ihre Behandlungsmöglichkeiten, den daraus resultierenden potenziell langfristigen Konsequenzen und der längeren Lebenszeit damit besonders vulnerabel (Aubin & Perez, 2015; Barnett et al., 2016; Bleyer et al., 2017; Marshall et al., 2019) – das unterstreicht den Bedarf an Unterstützungsangeboten. Idealerweise sollte möglichst frühzeitig, in einem präventiven Sinne, psycho-onkologisch interveniert werden (Ludolph et al., 2019), damit ein Sog in die Abwärtsspirale erst gar nicht beginnt oder frühzeitig gestoppt werden kann (Zarowsky et al., 2013).

Nachdem der Unterstützungsbedarf der Zielgruppe der AYAC durch die Auseinandersetzung mit Stressoren und Vulnerabilität offenbart wurde, sollen nun die Faktoren beleuchtet werden, die die Resilienz von AYAC fördern könnten.

6.1.3. Resilienz(-faktoren) bei den AYAC

Wie kann diese besonders vulnerable Gruppe an Menschen auf psycho-onkologische Art und Weise unterstützt werden? Die Sinnhaftigkeit von psycho-onkologischen Interventionen zeigt sich in bisherigen Forschungsergebnissen: Diese legen nahe, dass eine aktive Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung (z. B. in Form einer Teilnahme an einer psycho-onkologischen Intervention) eine adaptive Bewältigungsstrategie darstellen kann. Aktives Coping kann dabei u. a. durch Neubewertung, Soziale Unterstützung, Stressbewältigung, problemorientiertes Coping gefördert werden (Lelorain et al., 2010). Bei Menschen mit einer Krebserkrankung und höheren Ausprägungen im aktiven Coping konnten gleichzeitig auch höhere Ausprägungen in weiteren Resilienzfaktoren (wie positive Emotionen, Optimismus, Sinnhaftigkeit und Kohärenzgefühl; Manne et al., 2015) nachgewiesen werden. Dabei wird Optimismus mit einer besseren Anpassung an die Erkrankung und einer günstigeren Therapieadhärenz in Verbindung gebracht (Miller et al., 1996), Hoffnung mit einem gesteigerten (Kohärenz-)Sinnerleben (Hunter-Hernández et al., 2015), was sich beides wiederum positiv auf die Lebenszufriedenheit auswirken kann. Zu einem aktiven Coping gehören auch internale Kontrollüberzeugung (Zuversicht in akzeptabler Weise Probleme lösen bzw. annehmen zu können) und Selbstwirksamkeit (Fähigkeit wirksam mit Problemen umzugehen). Aktives Coping steht sowohl in Zusammenhang mit einer besseren Lebensqualität, einem geringeren Leidensdruck (Popa-Velea, Diaconescu, Jidveian Popescu, & Truțescu, 2017) als auch mit einer höheren psychischen Gesundheit (Manne et al., 2015).

Um für die Zielgruppe der AYAC eine wirksame psycho-onkologische Maßnahme zu entwickeln, wurde ein **systematisches Review** (Untersuchung der resilienzfördernden Interventionen für junge an Krebs erkrankten Erwachsene (AYAC)) durchgeführt und metaanalytisch ausgewertet: Bei den untersuchten Interventionen wurde im Gesamttest über alle Studien hinweg keine resilienzfördernde Effekte im Vergleich zur Kontrollgruppe (weder Zunahme der psychischen Gesundheit bzw. Abnahme von Stress) gefunden. Die eingeschlossenen randomisiert kontrollierte Studien waren jedoch auch sehr heterogen. Das bedeutet jedoch nicht, dass

die Primärstudien und einzelnen Interventionen für sich genommen nicht wirksam gewesen sind oder daraus keine weiteren Anhaltspunkte ermittelt werden konnten: Unmittelbar nach der Intervention nahmen jeweils in Primärstudien die Resilienz, das posttraumatische Wachstum (nach erfolgreicher Bewältigung resultiert eine positive psychologische Veränderungen, i. S. einer Reifung; Calhoun & Tedeschi, 1999), und das sexuelle Selbstvertrauen sowie die Selbstvergebung zu, während die sexuelle Depression abnahm. Resilienz, das sexuelle Selbstvertrauen und die Selbstvergebung (Gefühle und Handlungen sowie Glaubenssätze) nahmen dabei mit großer Effektstärke zu, ebenso wie die sexuelle Depression mit großer Effektstärke abnahm. Das Posttraumatische Wachstum nahm mit einer mittleren Effektstärke zu.

Bei der Resilienz stärkenden Intervention von Rosenberg et al. (2018) wurde sich an der KVT (z. B. dysfunktionale Annahmen hinterfragen) orientiert. Darüber hinaus wurden Achtsamkeitstechniken sowie psychosoziale Elemente (Bewältigungsstrategien erlernen durch Problemlösefähigkeiten und Zielsetzungen) verwendet. Diese Techniken sind in einer anderen Studien mit einer Steigerung der Resilienz, Reduzierung von Stress und der Förderung von Bewältigungsstrategien assoziiert (Rosenberg et al., 2015). Bei der Intervention von Toussaint et al. (2014) – eine Reise zu Selbstvergebung – handelt es sich um ein Arbeitsbuch, das (Selbst-)Akzeptanz und die Motivation (sich selbst zu verbessern) mittels psychoedukative Selbstvergebungsstrategien, Expressivem Schreiben, Achtsamkeitspraktiken und Reflexionen erreichen will. Ziel bei der Förderung von Selbstakzeptanz ist es die eigene kritische Haltung abzubauen (Chaturvedi, 2012). Bislang gibt es nur wenig Forschungsergebnisse, wie Selbstvergebung gefördert werden könnte (M. L. Fisher & Exline, 2010), weshalb das Arbeitsbuch mit der Vermittlung von Begriffsdefinitionen beginnt und darin dann Reflexionsfragen, Achtsamkeitsübungen und Schreibübungen einbaut. Erklärt werden Begriffe wie die Nicht-Selbstvergebung, die als auf sich selbst gerichtete negative Gedanken oder Gefühle (wie Abneigung, Wut, Reue, Bedauern und Schuld) verstanden werden. Andererseits wird Selbstvergebung als ein Weg negative Gedanken oder Gefühle über sich selbst umzuleiten und ein positives, produktives Selbstbild wiederherzustellen definiert. Die Autoren zielen durch ihre Intervention auf die Aufweichung bzw. Auflösung einer dysfunktionalen Schuldannahme an Krankheit ab, nämlich dass es keinen Eigenanteil bzw. Schuld an der Erkrankung gibt (Taylor, Lichtman, & Wood, 1984; Toussaint et al., 2014).

Nur 3 der 13 eingeschlossenen Studien untersuchten explizit AYAC – in zwei Primärstudien wurden positive Auswirkungen auf das sogenannte posttraumatische Wachstum,

sexuelles Selbstvertrauen, sexuelle Depression nachgewiesen. Die Intervention, durch die das posttraumatische Wachstum gestärkt wurde (Victorsen et al., 2020) untersuchte ein bereits etabliertes Programm, Mindfulness-based stress reduction (MBSR). Ziel der Intervention ist die Gesundheitsförderung, vor allem der Abbau von Stress und krankheits- und behandlungsbedingten Folgen der Krebserkrankung. Mit der Intension durch den Geist das Physikalische (z. B. Schmerzen) positiv zu beeinflussen soll das Zusammenspiel zwischen Geist, Körper und Verhalten fokussiert werden. Zur Anwendung kamen Achtsamkeitsmeditationen und Hatha Yoga. Die Intervention, die das sexuelle Selbstvertrauen verbesserte und die sexuelle Depression verringerte, wurde von Aubin et al. (2019) konzipiert: Um einen besseren Umgang mit Stress zu erlangen, wurde bei der Intervention die Vermittlung einer „Toolbox“ (i. S. von Fertigungsbox) fokussiert, um einerseits Bewältigungsstrategien zu erlernen und andererseits Ressourcen zu aktivieren. Da durch Forschungsergebnisse anderer Studien (D'Agostino et al., 2011; Fern et al., 2013; Rabin, Simpson, Morrow, & Pinto, 2013; Zebrack & Isaacson, 2012; Zebrack, Mathews-Bradshaw, & Siegel, 2010) sich für die Zielgruppe der AYAC die folgenden Inhalte als relevant erwiesen, wurden drei thematische Bereiche adressiert: 1) Probleme und Herausforderungen mit einer Krebserkrankung (wie z. B. limitiertes medizinisches Wissen), 2) soziale und familiäre Beziehungen (wie beispielsweise die eigene Rolle oder soziale Isolation) und 3) Paarbeziehungen und sexuelle Beziehungen (v. a. verlangsamte sexuelle Entwicklung, Risiko zur Unfruchtbarkeit). Die Intervention setzte sich sowohl aus Bausteinen der sogenannten dritten kognitiven Welle, d. h. klassische Elemente der KVT (wie kognitive Umstrukturierung) und achtsamkeitsbasierte Elemente aus der Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT), als auch kompetenzbasierte Interventionen (wie Schulung der Problemlösefähigkeiten) zusammen.

Dass sich im **systematischen Review** weitere Outcomes (wie Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Selbstakzeptanz, Selbstmitgefühl, Selbstverbesserung, positive Einstellung, positiver Affekt, Soziale Unterstützung, Bestimmung (purpose)) nicht verbesserten könnte auf die fehlende Intensität (Ludolph et al., 2019) und Individualisierung zurückgeführt werden (Llewellyn et al., 2013; Macedo et al., 2014; Magrath et al., 2021; Pradhan et al., 2021) – immerhin waren nur 3 der 13 Interventionen explizit auf AYAC zugeschnitten. Die Bedeutung der sozialen Unterstützung wurde literaturkonform (Duan-Porter et al., 2016; Llewellyn et al., 2013; Salazar et al., 2023; Seiler & Jenewein, 2019; Somasundaram & Devamani, 2016) auch im **systematischen Review** salient: Bei den in Gruppensettings stattfindenden Interventionen konnte festgestellt werden, dass direkt im Anschluss an die Intervention das Stresserleben reduziert war. Darüber hinaus konnte ermittelt werden, dass der Beziehungsstatus der Teilnehmenden

(verheiratet oder in einer Beziehung zu sein) sich positiv auf die psychische Gesundheit (direkt nach der Intervention) und auf die Abnahme von Stress (in der Nachuntersuchung) auswirkte. Wie auch in anderen Untersuchungen zu resilienzfördernden Interventionen (A Chmitorz et al., 2018; Kunzler, Helmreich, Chmitorz, et al., 2020; Ludolph et al., 2019) waren die Interventionen aus dem **systematischen Review**, die sich als besonders effektiv erwiesen haben, auf die theoretischen Fundierungen der KVT, der Positiven Psychologie und achtsamkeitsbasierte Verfahren zurückzuführen und adressierten die Stärkung mindestens eines resilienzfördernden Faktors (vgl. Tabelle 1). In Tabelle 1 wurden Übungsbeispiele aus den Primärstudien von dem **systematischen Review** extrahiert. Demnach scheinen aktives Coping, Selbstwert, Kognitive Flexibilität, Kohärenz(-Sinn), Selbstwirksamkeit, Positive Emotionen/ Optimismus sowie Soziale Unterstützung für die Zielgruppe relevante Resilienzfaktoren darzustellen. Mit der Förderung dieser auf Grundlage der KVT, achtsamkeitsbasierter Verfahren sowie Bausteinen der Positiven Psychologie könnten die Resilienz bzw. das Posttraumatische Wachstum gefördert werden. Darüber hinaus scheint es auch relevant zu sein, eine dysfunktionale Annahme an Schuld an der Krebs-Erkrankung zu bearbeiten, i.S. einer Auflösung dieser. Darüber hinaus sollten Interventionen auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe zugeschnitten sein und somit individuell auf die Problemstellungen (z.B. sexuelle Schwierigkeiten) eingehen. Der Prozess sowie die Umsetzung davon, wie das Wissen um die besonderen Belastungen und um die Resilienzfaktoren in einer Intervention geeint werden können, wird im Folgenden abgebildet.

Tabelle 2. Resilienzfaktoren und Übungsbeispiele

Resilienzfaktor/en	Übungsbeispiele anhand der vorgestellten Interventionen
Aktives Coping	Achtsamkeits- und Stressbewältigungsstrategien (z. B. Atem- und Entspannungstechniken; Übungen zur Förderung der Wahrnehmung von Stressoren) (Körner et al., 2019; Rosenberg et al. 2018, Steineck, 2019)
Selbstwert/ Sinn	Konkrete, realistische, wünschenswerte Ziele setzen, Hindernisse einplanen & damit umgehen (Berg et al. 2019; Rosenberg et al. 2018, Steineck, 2019)
Kognitive Flexibilität/ aktives Coping	Erkennen negativer Selbstgespräche, Identifizieren unrealistischer/negativer Gedanken, Ersetzen dieser durch

	positive/kontrollierbare Gedanken; kognitive Bewältigungsfähigkeiten; Denkfallen (Körner et al., 2019; Rosenberg et al. 2018, Steineck, 2019);
Kohärenzsinn	Umformung der aktuellen Erfahrung in eine sinnvolle Erfahrung, Identifizierung von Sinn oder Zweck angesichts von Widrigkeiten (Rosenberg et al. 2018, Steineck, 2019)
Selbstwirksamkeit	Problemlösung, Kommunikation und soziale Unterstützung (Körner et al., 2019) Praktiken, die durch die Psyche (z. B. Gedanken) den Körper (z. B. Schmerzen) positiv beeinflussen. (Victorsen et al, 2020)
Positive Emotionen/ Optimismus	Vermittlung des Hoffnungskonzepts (Berg et al., 2019)
Soziale Unterstützung	Verbesserung der Kommunikation (Körner et al., 2019)

6.1.4. Resilienzinterventionen bei AYAC

Wie aus der bisherigen Arbeit hervorgehen sollte, bedarf es, um eine passgenaue Intervention zu konzeptualisieren, einer genauen Auseinandersetzung mit der entsprechenden Zielgruppe (Aubin et al., 2019): Relevant scheint bei der Zielgruppe zu sein, dass die Resilienzfaktoren einerseits und die Auflösung der Schuldannahme an die Erkrankung andererseits adressiert werden sollten. Auf der psychischen Ebene gibt es bei an Krebs erkrankten Menschen eine weitere Besonderheit: Anders als bei psychiatrischen Angststörungen, ist die *Progreddienzangst*, also die Angst davor, dass die Erkrankung weiter fortschreiten oder auch zurückkommen könnte (*Rezidiv*), bei Menschen mit einer Krebserkrankung eine Realangst (Herschbach, 2006). Sie ist ein ständiger Begleiter (Vrinten et al., 2017) mit welcher genauso wie mit den körperlichen Einschränkungen (Erickson et al., 2011) ein Umgang erlernt werden sollte, um die psychische Gesundheit trotz mannigfaltiger Stressoren aufrecht zu erhalten bzw. rasch wieder zu erlangen (Resilienz; Raffael Kalisch et al., 2017). Ein adaptiver Umgang würde sich in hinreichendem Wohlbefinden (World Health Organization, 1948) widerspiegeln, da Wohlbefinden auch mit Krankheiten bzw. Störungen möglich ist.

Gemäß dem Schweizer Psychologen Klaus Grawe ist psychologisches Wohlbefinden möglich, sofern die vier psychischen Grundbedürfnisse hinreichend erfüllt sind: Das Bedürfnis

nach Selbstwerterhöhung, das nach Bindung, das nach Kontrolle/Orientierung sowie das nach Lustgewinnung/Unlustvermeidung (Grawe, 2004). Demnach war es das Ziel der beiden Interventionen über die Ressourcenaktivierung (Stärkung der Resilienzfaktoren) Wohlbefinden zu steigern. Um eine Balance zwischen einer Basis an Wissen- und Kompetenzvermittlung und gleichzeitig Raum für Individualität zu schaffen, bedient sich der **resilienzfördernde Workshop** den Grundlagen der KVT, genauer gesagt der Grundbedürfnis-Theorie nach Grawe (Born, 2019). In ihr werden die verschiedenen Resilienzfaktoren implementiert, die mittels Positiver Psychologie, achtsamkeitsbasierter Verfahren sowie expressivem Schreiben gefördert werden (vgl. **systematisches Review**). Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Konzeptualisierung der „Wir entwickeln Krisenkräfte“-Intervention (**resilienzfördernder Workshop**).

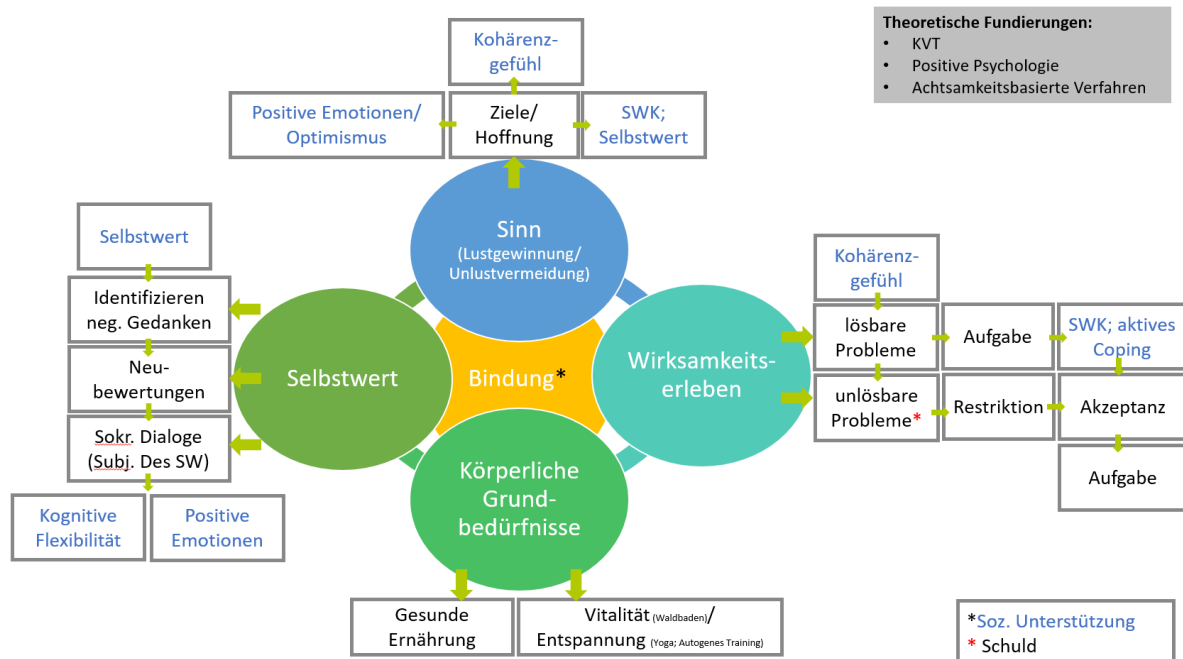


Abbildung 4. Konzeptualisierung der „Wir entwickeln Krisenkräfte“-Intervention.

Mittig sind die Grundbedürfnisse abgebildet, drumherum (in blauer Farbe) die verschiedenen Resilienzfaktoren. Abkürzungen: KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, neg. Gedanken= negative Gedanken, Sokr. Dialoge= Sokratische Dialoge, Subj. des SW= Subjektivität des Selbstwertes.

Ebenfalls aus den Ergebnissen dem **systematischen Review** schlussfolgernd fand die Stärkung der Resilienzfaktoren bei der **Resilienzbroschüre** Anwendung. Die Resilienzbroschüre ist im Narrativ des Selbsthilfesettings geschrieben, um auch mittels eines Arbeitsbuches den für junge an Krebs erkrankte Menschen wichtigsten Resilienzfaktor, die soziale Unterstützung, zu

betonen. Sie enthält psychoedukative Elemente sowie Reflexionsfragen, um in der Auseinandersetzung damit die entsprechenden Resilienzfaktoren zu stärken. Im Folgenden werden die beiden Interventionen nacheinander vorgestellt und in die bisherige Forschung eingeordnet.

6.1.5. Resilienzfördernder Workshop

Die Ergebnisse aus dem **systematischen Review** sprechen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und sozialen Verbundenheit bei der Förderung der Resilienz (Zunahme psychische Gesundheit und Abnahme von Distress) eine Bedeutung zu: Das steht im Einklang dazu, dass soziale Unterstützung als einer der wichtigsten Resilienzfaktoren bei Menschen mit einer Krebserkrankung gilt (Duan-Porter et al., 2016; Llewellyn et al., 2013; Salazar et al., 2023; Seiler & Jenewein, 2019; Somasundaram & Devamani, 2016). Auch während der pandemischen Lage wurde der positive Einfluss von sozialer Unterstützung und Austausch zur Abschwächung des Einsamkeitserleben bei an Krebs erkrankten Menschen nachgewiesen (z. B. auch in Form einer Online-Selbsthilfegruppe; P. J. Pan, Chang, & Yu, 2005; Verringerung ängstlicher Besorgnis und Verbesserung Resilienz; Velasco-Durantez et al., 2022). Gleichzeitig zeigten Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung, dass der virtuelle Kontakt – im Vergleich zum realen – nicht genauso positiv erlebt wurde, i. S. von positiven Emotionen (Newson et al., 2021). Aus diesem Grund wurde der **resilienzfördernde Workshop** in einem Mix aus face-to-face-Gruppenintervention (pro Workshop 30 Teilnehmer:innen) und einem „*Kräfte-für-Krisen*“-Arbeitsbuch entwickelt. In der Intervention wurden die folgenden Themenblöcke - Resilienz(-faktoren), Herausforderungen im Umgang mit der Krebserkrankung, expressives Schreiben, imaginative Entspannungsverfahren, Open Spaces und Selbstwert – zunächst in einer knappen Theorieeinheit vorgestellt und daran anschließend durch gezielte Übungseinheiten praktisch angeleitet. Das „*Kräfte-für-Krisen-Buch*“ wurde in den 1,5-tägigen Workshop integriert. Es stellt die verschiedenen Resilienzfaktoren und deren Grundbedürfnisbezug vor. Durch praktische Übungseinheiten am Ende jedes Kapitels sollen diese gefördert werden: Das *Kräfte-für-Krisen-Buch* ist in die folgenden sechs Kapitel eingeteilt:

- Kapitel 1 – Resilienz(-faktoren): Was ist das?
- Kapitel 2 – Salutogenese und Schutzfaktoren (Kohärenzgefühl)
- Kapitel 3 – Positive Emotionen und Optimismus

- Kapitel 4 – Selbstwirksamkeit, aktives Coping, Kognitive Flexibilität
- Kapitel 5 – Selbstwert und Soziale Unterstützung
- Kapitel 6 – Abschluss: Der Reisebericht

Das Arbeitsbuch konnte im Rahmen des Workshops, aber auch darüber hinaus (nach dem Workshop) zum Einsatz kommen. Der Präsenz-Workshop wurde auf 1,5 Tage (6 Unterrichtseinheiten; 6 x 1,5h= 9h) konzipiert, mit der Möglichkeit mit dem Kräfte-für-Krisen-Buch darüber hinaus zu arbeiten. Diese Festlegung ist auf die Machbar- und Zumutbarkeit (im Falle einer Erwerbsfähigkeit) dieser vulnerablen Zielgruppe zurückzuführen.

Das Trainer:innen-Manual und somit der **resilienzfördernde Workshop** beinhaltet neben den Hinweisen zur Begrüßung und Anreise (Kapitel 1), organisatorische Aspekte (Kapitel 2) und die Vorstellung der Resilienz(-faktoren) sowie deren Zusammenhang und geschichtlicher Hintergrund (Kapitel 3). Daran anschließend wird die Salutogenese, die Gesundheit als Prozess postuliert, aufgegriffen und zur Aufweichung bzw. Auflösung dysunktionaler Schuldannahme an Krankheit (Taylor et al., 1984; Toussaint et al., 2014) genutzt. Schließlich werden die Grundbedürfnisse (Grawe, 2004) zur Entstehung von Wohlbefinden erläutert und das Gesamtkonzept der Intervention, welche die Resilienz (Re-)Aktivierung über die verschiedenen adressierten Resilienzfaktoren beinhaltet, vorgestellt. Anschließend folgt der psychoonkologische Input (Kapitel 4), welcher sich mit den Herausforderungen und dem Umgang mit einer Krebserkrankung auseinandersetzt (Aubin et al., 2019): Die verschiedenen Krankheitsphasen und deren spezifische Belastungen werden in diesem Kapitel den Teilnehmenden vorgestellt: Damit erhalten diese Orientierung im Umgang mit der Erkrankung, i. S. von bereits erfolgreich durchgestandenen und wahrscheinlich noch folgenden Phasen (Krankheit und Gesundheit als Prozess; Antonovsky, 1996). Beispielsweise wird die Chemotherapie häufig als besonders (Stimmungs-)belastend erlebt (Ioannou et al., 2022). Das Bewusstsein darüber zu erlangen, dass diese Phase auch vorübergehen kann, kann hoffnungstiftend wirkend. Beim psychoonkologischen Input werden neben dem Wissen auch praktische Übungen vermittelt (z. B. Psychoedukation zum Kontrollradar zur Förderung eines geeigneten Umgangs; aktives Coping). Anschließend erfolgt ein Kapitel (5) über das Expressive Schreiben. Da sich in Metaanalysen kleine positive Effekte bei an Krebs erkrankten Menschen durch die Intervention Expressives Schreiben zeigten (Merz, Fox, & Malcarne, 2014; Oh, 2016), wurde es als Intervention für den Workshop aufgegriffen. Die im **systematischen Review** untersuchte

Primärstudie ‚Selbstvergebungsintervention‘ (Toussaint et al., 2014) legt ebenfalls einen positiven Effekt für die junge Zielgruppe nahe. Eine weitere Primärstudie (bei Betrachtung aller Daten, nicht ausschließliche Betrachtung des Altersrange zwischen 18 und 49 Jahren) von Jensen-Johansen et al. (2013) konnte zudem in der Nachuntersuchung nach 3 Monaten zeigen, dass innere Vermeidung mittels Expressivem Schreiben abgebaut wurde. Dem Expressiven Schreiben wird nachgesagt, dass es die Katharsis (altgriechisch: Reinigung) fördern soll (Pennebaker & Beall, 1986), indem es die individuelle Einordnung des Erlebten (i. S. von Verarbeitung/ Abschließen; Meichenbaum, 1977), die Assimilation (i. S. Angleichen der bisherigen Schemata des Erlebten an die „neue“ Wirklichkeit; Horowitz, 1976) sowie die Sinngebung (z. B. „Für was stellte das Erlebte einen hilfreichen Faktor dar?“; Silver, Boon, & Stones, 1983) als Verarbeitungsprozesse fördert. Expressives Schreiben wird in Verbindung mit Resilienz und dem Resilienzfaktor Kohärenzsinn assoziiert (Saldanha & Barclay, 2021) und der Kohärenzsinn als ein über alle Resilienzfaktoren hinweg einender Faktor angesehen (Schäfer et al., 2023). Es gibt jedoch noch kaum Untersuchungen zur Wirksamkeit von Expressivem Schreiben, welche ausschließlich an der jungen Stichprobe durchgeführt wurden. Im Workshop soll das Verfahren Expressives Schreiben zunächst kurz in seinem wissenschaftlichen Hintergrund eingebettet werden (z. B. Anwendungsbereiche), anschließend wird der Schreibimpuls (z. B. 3-minütiges Meeresrauschen) präsentiert und das Schreiben durchgeführt. Diese Einheit wird durch das Teilen/Vorlesen der Texte im Plenum abgeschlossen. Im weiteren sechsten Kapitel (Imaginative Entspannungsverfahren) werden imaginative Entspannungsverfahren angeleitet – hierzu gibt es positive Effekte auf die Stimmung (Charalambous et al., 2016), jedoch ebenfalls noch keine Untersuchungen an den jungen an Krebs erkrankten Erwachsenen. Insgesamt gibt es deutliche Hinweise darauf, dass Imagination einen starken Einfluss auf unser Erleben und unsere Stimmung haben kann (vgl. Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT); Grunert, Weis, Smucker, & Christianson, 2007; false memory Syndrom; Mendez & Fras, 2011). Auch die imaginativen Entspannungsverfahren werden kurz in den wissenschaftlichen Hintergrund eingebettet (z. B. Anwendungsbereiche), anschließend wird eine praktische Übung angeleitet. Um die Intervention möglichst individuell zu gestalten (bezugnehmend auf die individuellen Bedürfnisse; Aubin et al., 2019; Llewellyn et al., 2013; Magrath et al., 2021; Ormanns, 2023; Pradhan et al., 2021), gab es ebenfalls Raum für sogenannte *Open Spaces*. Durch Open Spaces sind die Teilnehmer:innen prinzipiell in der Lage gewesen, sich entweder in (Interessens-)Gruppen oder auch allein mit denen für sie relevanten Themen zu beschäftigen: Ihnen wurde jeweils durch

die Kursleitung und durch deren Referenten vertretene Schwerpunkte unter Anleitung erneut zu vertiefen (weiterer Austausch zu Resilienz oder psychoonkologischen Themen sowie neue Schreibübung und neue Imagination mit jeweils Zeit für Austausch und Fragen). Darüber hinaus bestand die Möglichkeit eigene Räume (Spaces) zu öffnen und für die jeweilige Person(en – im Einzel oder in der Gruppe) relevante Themen zu behandeln oder auch die Zeit zu nutzen, um im Kräfte-für-Krisen-Buch zu arbeiten. Zunächst wird in Kapitel 7 erklärt, was Open Space ist und wie es abläuft, anschließend kommt es zur Themen- und Gruppenbildung und dann zur 45-minütigen Durchführung und anschließenden Nachbesprechung. Der erste Workshoptag endet dann mit der Abschlussrunde (Kapitel 8).

Die Inhalte des zweiten Workshopstages beziehen sich alle auf die Steigerung des Selbstwerterlebens – da es sowohl ein Grundbedürfnis darstellt (Grawe, 1998), mit Vulnerabilität für psychische Erkrankungen assoziiert ist (Flynn & Chow, 2017) und somit auch als ein wichtiger Grundstein in Interventionen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen gebracht wird (Aubin et al., 2019; Stein, 2024): Es wird der Zusammenhang zwischen Selbstwert, Denken und Fühlen, sowie ein Selbstwertmodell aufgegriffen (Stavemann, 2010b). Darüber hinaus erfolgen ein sokratischer Dialog zur Auflösung der dysfunktionalen den Selbstwert betreffenden Annahmen sowie Übungen zur Ressourcenaktivierung (kognitiv therapeutisches Vorgehen). Im letzten Kapitel wird dann der Abschluss des zweiten Workshopstages beschrieben.

6.1.6. Resilienzbroschüre

Die **Resilienzbroschüre** ist ebenfalls u. a. als Ergebnis der Erkenntnisse aus dem **systematischen Review** entstanden. Darüber hinaus enthält sie viele Anregungen durch den Input der regelmäßigen Teilnahme an einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierten Modellprojekt einer Onlineselbsthilfegruppe für AYAC, der *NetzwerkStatt Krebs (NWSK)*, www.netzwerkstattkrebs.de. Zum einen durch den engen Austausch zu Betroffenen selbst sowie durch die Ergebnisse eines weiteren Unterprojekts des „Resist Krebs“-Projekts, einer Längsschnitterhebung, die die Selbsthilfeangebote der NWSK evaluierte (Kresbach, 2022): In dieser über 18 Monate erhobenen Evaluation an jungen an Krebs erkrankten Erwachsenen (18 bis 49 Jahre), die die Selbsthilfeangebote der NWSK nutzen, konnte zwar keine generelle Verbesserung der psychischen Gesundheit, der Resilienz und des Wohlbefindens, sowie resilienzassoziierten Konstrukten über die Zeit festgestellt werden, jedoch wirkte sich die aktive

Beteiligung an der Selbsthilfe positiv auf die Gruppenzugehörigkeit (soziale Unterstützung) aus. Darüber hinaus wurde die Tendenz ersichtlich, dass umso mehr Angebote in Anspruch genommen wurden, desto besser die psychischen Gesundheit und Resilienz. Das steht im Einklang damit, dass ein aktives Angehen der Probleme sich positiv auswirkt (Manne et al., 2015). Dass die soziale Unterstützung, als wichtigster Resilienzfaktor bei jungen Krebspatienten (Duan-Porter et al., 2016; Llewellyn et al., 2013; Salazar et al., 2023; Seiler & Jenewein, 2019; Somasundaram & Devamani, 2016), durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen gefördert werden kann, wurde auch in weiteren Untersuchungen belegt (Alizadeh et al., 2018; Kyngäs et al., 2001; Ozkan & Ogce, 2008; Zhang et al., 2017). Ein Wirkfaktor von Selbsthilfe könnte sein, dass Menschen mit denselben oder mindestens ähnlichen Problemen durch den (Austausch von) Erfahrungen (Bedürfnissen, Emotionen und Wissen) bei der Krankheitsbewältigung andere unterstützen (Hundertmark-Mayser et al., 2004). Selbsthilfe kann sich dadurch auch günstig auf die eigene Selbstwirksamkeit auswirken (Braun, Kettler & Becker, 1997) und kann dabei helfen, Probleme aktiv anzugehen (Cuijpers et al., 2017). Aus diesem Grund ist die **Resilienzbrochure** aus der Perspektive einer neu an Krebs diagnostizierten Patientin geschrieben, die Woche für Woche neue Erkenntnisse mit und aus ihrer Selbsthilfegruppe erlangt. Hintergrund für diese Didaktik sind einerseits lerntheoretische Erkenntnisse, die ein besseres Lernen und Verinnerlichen nahe legen, sofern die Informationen in einen assoziativen und emotionsaktivierenden Kontext integriert sind (Koch & Stahl, 2017). Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass die Adressaten sich möglichst gut identifizieren können (bezüglich Alter, Lebensumstände, Phase der Erkrankung, etc.), was ebenfalls einen von Betroffenen, die über ihre Erkrankung auf den sozialen Medien berichten, ausgehenden Wirkfaktor darstellt (Influencer; Heiss & Rudolph, 2023). In der **Resilienzbrochure** wird jeder Resilienzfaktor vorgestellt und durch entsprechende Reflexionsfragen werden Anregungen gegeben, diese zu fördern.

6.1.7. Zusammenfassende Einordnung und Fazit der entwickelten psychoonkologischen Interventionen

Die im Rahmen dieser Dissertation entwickelten Interventionen – der 1,5-tägige **resilienzfördernde Workshop** „*Wir entwickeln Krisenkräfte*“ und die **Resilienzbrochure** – adressieren die in den Vorstudien (**Corona-Studie** und **systematisches Review**) identifizierten spezifischen Belastungen und Bedarfe junger Erwachsener mit Krebs (AYAC). Die Evaluation des Workshops lieferte erste Belege für die Wirksamkeit dieses ressourcenorientierten Ansatzes:

Drei Monate nach der Intervention konnte eine signifikante Abnahme der Ängstlichkeit (gemessen mit dem GHQ-28; $p = .044$, $d = .254$) sowie eine signifikante Steigerung der Resilienz im Sinne der Stresserholungsfähigkeit (gemessen mit der BRS; $p = .019$, $d = .314$) nachgewiesen werden. Dass weitere Konstrukte wie das allgemeine Wohlbefinden oder die Selbstwirksamkeit keine signifikanten Veränderungen zeigten, deckt sich mit Erkenntnissen aus vergleichbaren Studien (z. B. NWSK-Evaluation), die darauf hindeuten, dass tiefgreifende Veränderungen in stabilen Persönlichkeitsmerkmalen längere Beobachtungszeiträume oder eine höhere Interventionsdosis erfordern könnten. Dennoch unterstreichen die Ergebnisse, dass bereits kurzzeitige, gruppenbasierte Interventionen einen messbaren Beitrag zur psychischen Stabilisierung in der post-akuten Krankheitsphase leisten können.

Die Interventionen basieren konsequent auf der Grundbedürfnis-Theorie nach Grawe und dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus. Die positiven Effekte auf die Angstreduktion legen nahe, dass die Vermittlung von Kontrollüberzeugungen (Kontrollradar) und die (Re-)Aktivierung von Resilienzfaktoren (z. B. soziale Unterstützung durch die Gruppe) als wirksame Mediatoren fungieren (Transfer der theoretischen Modelle in die Praxis). Sowohl der Workshop als auch die didaktisch als „Reisebericht aus der Selbsthilfe“ gestaltete Resilienzbroschüre nutzen den Wirkfaktor der sozialen Unterstützung. Die Evaluation gibt damit Hinweise darauf, dass die Identifikation mit einer Gruppe Gleichaltriger („Peers“) ein kritisches Element der Krankheitsbewältigung für AYAC darstellen könnte, welches durch standardisierte klinische Angebote oft unzureichend abgedeckt wird. Während der Workshop eine intensive Auseinandersetzung ermöglicht, dient die Broschüre als nachhaltiges Transferinstrument für den Alltag. Es bleibt offen, inwieweit solche kombinierten Formate die Lücke zwischen Akutbehandlung und langfristiger Rehabilitation im deutschen Gesundheitssystem schließen können.

6.2. Limitation und zukünftige Forschung

Die vorliegende Arbeit stellt Stressoren und die ggfs. daraus resultierende Mündung in Vulnerabilität von jungen an Krebs erkrankten Erwachsenen mit ihren spezifischen Anforderungen differenziert dar: Zum einen, da Resilienz- und Risikofaktoren zunächst an der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung herausgestellt wurden (allgemeine und corona-spezifische Stressoren und deren Wirkung auf die psychische Gesundheit). Zum anderen, da der Bezug zwischen diesen besonders belasteten Stressoren und der darüber hinaus hinzukommenden von

jungen an Krebs erkrankten Menschen (wie Behandlung, Konsequenzen auf Leistungsvermögen, Aussehen und Schmerzen sowie Ängste) hergestellt wurde. Darüber hinaus gibt sie Hinweise darauf, dass Resilienzinterventionen für AYAC einerseits aktuell noch rar – jedoch andererseits die vorhandenen, auf die Zielgruppe zugeschnittenen Interventionen, wirksam sind. Auch der **resilienzfördernde Workshop** erwies sich in Bezug auf die Angstminderung und die Resilienz-Steigerung als wirksam. Die intensive Auseinandersetzung mit der Zielgruppe ist demnach sehr wertvoll. Hervorzuheben bei dieser Arbeit ist, dass durch die repräsentativen Daten der Bevölkerungsumfrage (**Corona-Studie**) während der Corona-Pandemie die Vulnerabilität bestimmter Gruppen gut untersucht und herausgestellt wurden. Durch das Zusammentragen mit den Resultaten aus dem **systematischen Review**, zu resilienzfördernden Faktoren der Zielgruppe der AYAC, sind diese Ergebnisse für die Entwicklung der beiden Interventionen (**resilienzfördernder Workshop und Resilienzbroschüre**) nutzbar gemacht worden. Diese zeichnen sich durch eine tiefgehende Exploration der Bedürfnisse und Bedarfe der untersuchten Zielgruppe aus.

Einschränkend zu dieser Arbeit ist zu sagen, dass die Ergebnisse des **systematischen Reviews** mit Vorsicht interpretiert werden sollten, denn die Stichprobengrößen in Primärstudien waren heterogen, klein und die Analysen waren gefährdet unterdimensioniert und verzerrt zu sein. Zukünftige Forschung muss das Wissen der resilienzfördernden Faktoren der AYAC vertiefen, beispielsweise in dem (idealerweise) mehr Studien miteinbezogen werden und Subgruppen in den Metaanalysen betrachtet werden. Das könnte Aussagen über einzelnen Interventionen und Populationen erlauben, und letztlich dabei unterstützen wirksame Interventionen zu entwickeln. Darüber hinaus müssen die entwickelten Interventionen insbesondere in einer randomisiert kontrollierten Studie auf ihre resilienzfördernde Wirkung untersucht werden. Insgesamt ist bei einer Krebserkrankung auch ein multimodaler Behandlungsansatz äußerst relevant (Behan et al., 2015; Engel, 1981), da sich die Beschwerden von Menschen mit einer Krebserkrankung nicht ausschließlich auf den psychoonkologischen Bereich beziehen. Der interdisziplinäre Ansatz ist jedoch häufig aufgrund der Komplexität – der Störungen selbst und der ggfs. vorhandenen Komorbiditäten (v. a. bei an Krebs erkrankten Menschen; Edwards et al., 2014)) und fehlendem Personal in der Praxis schwer umsetzbar (Whitty et al., 2020).

6.3. Schlussfolgerung

Besonders belastet scheint die deutsche Erwachsenenpopulation durch finanzielle, körperliche, zwischenmenschliche sowie zeitliche Probleme, durch Schlafprobleme und Verlust von sozialen Kontakten, Zeitdruck sowie schlechte Nachrichten und Einschränkungen in der Freizeit und in der körperlichen Aktivität (vgl. **Corona-Studie**). All diese vermeintlich kleinen Stressoren des Alltags (DH) werden in ihrer negativen Wirkung auf die psychische Gesundheit bei Hinzukommen eines chronischen Stressors (vgl. Corona-Pandemie) nochmals verstärkt. Eine Krebserkrankung stellt ebenfalls einen chronischen Stressor dar, wobei jüngere an Krebs erkrankte Menschen deutlich länger (cancer survivor) und teils auch heftiger (aufgrund der aggressiveren Therapiemethoden und ggfs. Notwendigkeit Erfüllung von Entwicklungsaufgaben) leiden müssen. Das macht AYAC auch in Angesicht von weiteren Stressoren (wie beispielsweise der pandemischen Lage) besonders vulnerabel. Aus diesem Grund sollte diese vulnerable Gruppe präventiv psycho-onkologische Unterstützung erhalten: Dabei sollten Interventionen passgenau zu ihren entsprechenden Bedürfnissen und Bedarfen zugeschnitten sein und dabei noch vorhandene Ressourcen weiter stärken. Wichtig scheint zu berücksichtigen (vgl. **Systematisches Review**), die noch vorhandene Ressourcen auf eine aktive Bewältigung umzuleiten: Das kann gelingen (vgl. Evaluation des **resilienzfördernden Workshops**), indem einmal die Schuldannahme an die Krebserkrankung aufgelöst wird und die weiteren Resilienzfaktoren (wie beispielsweise aktives Coping oder Selbstwirksamkeit) gestärkt werden. Dabei scheint es wichtig zu sein, dass die Intervention die Bedürfnisse dieser gefährdeten Bevölkerungsgruppe adressiert (z. B. im Hinblick auf die Behandlung spezifischer Themen wie Bearbeitung der Schuldannahme). Open Spaces oder ein Arbeitsbuch sind eine mögliche Option zur Individualisierung eines Workshops. Zudem stellt auch die soziale Unterstützung einen wichtigen Baustein dar, diese kann auch explizit durch die Teilnahme an einer Gruppenintervention oder auch im Selbsthilfesetting adressiert werden (vgl. **resilienzfördernder Workshop und Resilienzbroschüre**). Durch die Evaluationsergebnisse des **resilienzfördernden Workshops**, Steigerung der Resilienz sowie auch eine Verbesserung der psychischen Gesundheit (Abnahme der Angst) in einer stark belasteten Stichprobe (vgl. zu Beginn der Studie wurde bei etwa 37 % der Befragten bereits eine psychische Störung diagnostiziert), wird die Wirksamkeit eines gezielten Trainings deutlich. Dass keine Verbesserungen in den Endpunkten Wohlbefindens oder in weitere resilienzfördernden Faktoren (wie beispielsweise Kohärenzsinn) nachgewiesen wurden, könnte wiederum auf die fehlende Intensität zurückgeführt werden. Nichtsdestotrotz ist die psycho-onkologische Behandlung wichtig, damit ein adaptiver

Umgang mit den neuen Umständen gefördert wird und letztlich Wohlbefinden trotz Erkrankung bzw. Störung möglich ist.

7. Implikationen für die Psycho-Onkologie

Die Psychoonkologie umfasst die körperlichen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen bei der Entstehung und dem Verlauf von Krebserkrankungen. Diese Teildisziplin, die den kurativen onkologischen Behandlungsansatz um die psycho-onkologische Komponente erweitert, hat sich seit Mitte der 1970er als wichtiger Bestandteil etabliert (Weis et al., 2007). Die jungen an Krebs erkrankten Erwachsenen (Adolescents and Young Adults with Cancer; AYAC; im Alter zwischen 18 und 49 Jahren) sind in der Onkologie bislang noch unterpräsentiert (Aubin et al., 2019; Bleyer et al., 2017; Fern et al., 2013; Hauken et al., 2013): Pädiatrische Einrichtungen untersuchen vorrangig Kinder unter 15 Jahren und Krebszentren überwiegend an Krebs erkrankte Menschen über 40 Jahre (Bleyer et al., 2006). Hintergrund dessen ist, dass das Krebsrisiko ab dem vierten bis fünften Lebensjahrzehnt deutlich steigt und seinen Höhepunkt zwischen dem fünften und achten Jahrzehnt erreicht (Rensing & Rippe, 2013). Deshalb sind die meisten Versorgungsangebote und Therapien in erster Linie auf die Bedürfnisse und körperliche Verfassung jüngerer oder eben älterer Patient:innen ausgerichtet.

Die vorliegende Arbeit unterstreicht die Notwendigkeit, die psychoonkologische Versorgung stärker auf die spezifische Gruppe der Adolescents and Young Adults with Cancer (AYAC) im Alter von 18 bis 49 Jahren auszurichten. Während pädiatrische und geriatrische Onkologie etablierte Strukturen besitzen, fallen AYAC häufig in eine Versorgungslücke. Aus den Ergebnissen der **Corona-Studie**, dem **systematischen Review** und der Evaluation des **Resilienz-Workshops** lassen sich weitreichende Implikationen für die Forschung und klinische Praxis ableiten.

Die Ergebnisse der **Corona-Studie** verdeutlichen, dass chronische Stressoren (wie eine Pandemie oder eine Krebserkrankung) die negative Wirkung alltäglicher Belastungen (Daily Hassles) potenzieren. Für die Psycho-Onkologie ergeben sich hieraus folgende spezifische Erkenntnisse:

- 1) Soziale Isolation als Risikofaktor: Die Daten zeigen, dass soziale Distanzierung jüngere Menschen stärker belastet als ältere. Für AYAC, deren Identitätsentwicklung und soziale Teilhabe essenziell sind, wirkt Isolation doppelt vulnerabilisierend. Psychoonkologische Interventionen müssen daher soziale Verbundenheit (auch virtuell) als primäres Schutzziel adressieren.
- 2) Finanzielle Prekarität: AYAC sind durch Krankheitsphasen in einer Phase des Berufsaufbaus besonders von finanziellen Sorgen betroffen. Die Studie untermauert den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und psychischer Gesundheit. Es wäre denkbar, dass die

langfristigen Auswirkungen finanzieller Einbußen bei AYAC zu einer "Armuts-Abwärtsspirale" führen können, die weit über die medizinische Heilung hinausgeht und die psychische Rekonvaleszenz nachhaltig behindert. Und 3) physische Vulnerabilität: Die erhöhte Infektionsgefahr und die Sorge um Behandlungsverschiebungen (Realangst) erzeugten bei Betroffenen massiven Distress. Kliniken sollten präventive Krisenpläne kommunizieren, um diese spezifische Angst zu reduzieren.

Das **systematische Review** identifizierte zentrale Wirkfaktoren für die Resilienzförderung bei AYAC. Für die psychoonkologische Praxis bedeutet dies: 1) Methodenmix: Effektive Interventionen basieren auf der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), Achtsamkeitsbasierten Verfahren (MBSR/ACT) und Elementen der Positiven Psychologie. Und 2) Themenspezifität und Individualisierung: Ein entscheidender Faktor scheint die Bearbeitung von Schuldannahmen bezüglich der Erkrankung sowie die Adressierung von Sexualität und Fertilität – Themen zu sein, die in Standardprogrammen oft unterrepräsentiert sind. Da AYAC eine sehr heterogene Gruppe sind, sollten Interventionen (wie durch Open Spaces im Workshop realisiert) zudem Raum für individuelle Bedarfe lassen.

Die quantitative Evaluation des **resilienzfördernden** „Wir entwickeln Krisenkräfte“-**Workshops** liefert direkten Beleg für die Veränderbarkeit psychischer Parameter bei AYAC: signifikante Abnahme der Ängstlichkeit sowie eine signifikante Steigerung der Resilienz im Sinne der Stresserholungsfähigkeit 3 Monate nach der Intervention. Dass Parameter wie das allgemeine Wohlbefinden oder der Selbstwert keine signifikante Steigerung erfuhren, deutet darauf hin, dass kurzzeitige Interventionen (1,5 Tage) zwar Symptome wie Angst lindern und die Erholungsfähigkeit (Resilienz) stärken können, für tiefgreifende strukturelle Änderungen der Persönlichkeit jedoch eine höhere Intensität oder längerfristige Begleitung (z.B. durch das entwickelte Arbeitsbuch oder Auseinandersetzung mit der **Resilienzbroschüre** oder das zusätzliche Aufsuchen von einer Selbsthilfegruppe) notwendig ist. Zusammenfassend wird bei zukünftig psychoonkologischen Angeboten empfohlen, folgende AYAC-spezifische Punkte integrieren: 1) Validierung der Realangst: Progredienzangst bei Krebs ist keine pathologische Angststörung, sondern eine adaptive Reaktion auf eine lebensbedrohliche Realität. 2) Entwicklungsaufgaben: Die Interventionen müssen den Konflikt zwischen "Patientenrolle" und "Entwicklungsaufgaben" (Studium, Familiengründung) aktiv thematisieren. 3) Peer-Support: Der Austausch in der Gruppe (Selbsthilfe-Narrativ) ist aufgrund der sozialen Isolation in der Alterskohorte der wichtigste Resilienzfaktor. Es ist zu vermuten, dass digital gestützte Hybrid-Modelle (Präsenz-Workshop kombiniert mit App-basierten Reflektionseinheiten) die Nachhaltigkeit der Effekte

auf den Selbstwert signifikant verbessern könnten, da sie eine kontinuierliche Ressourcenaktivierung im Alltag ermöglichen. Hypothetisch betrachtet könnte eine frühzeitige psychoonkologische Intervention zudem die Rate an Langzeit-Erwerbsunfähigkeit senken, indem sie die psychische Robustheit für den Wiedereinstieg ins Berufsleben stärkt.

Mit dieser Arbeit soll auf den besonderen Unterstützungsbedarf der AYAC aufmerksam gemacht werden. Gleichzeitig soll auch die Notwendigkeit (da besonders vulnerable Zielgruppe) sowie Wirksamkeit von zielgruppenspezifischen Angeboten verdeutlicht werden. Es konnte aufgezeigt werden, dass auf die Zielgruppe der AYAC maßgeschneiderte Angebote mit positiven Evaluationsergebnissen, d. h. resilienzfördernde und angstreduzierende Wirkung einhergehen. Die Ergebnisse liefern wichtige Hinweise für die Konzeption von neuen sowie die Optimierung von bestehenden Interventionen und (Selbst-)Hilfeangeboten.

8. Literatur

- Ahrens, K. F., Neumann, R. J., Kollmann, B., Brokelmann, J., Werthern, V., MalyschauWeichert, D., Lutz, B., Fiebach, Wessa, Kalisch, Plichta, M. M., Lieb, K., Tüscher, O., & Reif, A. (2021). Impact of COVID-19 lockdown on mental health in Germany: longitudinal observation of different mental health trajectories and protective factors. *Translational psychiatry*, 11(1), 10.
- Ali, K., Farrer, L., Gulliver, A., & Griffiths, K. M. (2015). Online peer-to-peer support for young people with mental health problems: a systematic review. *JMIR mental health*, 2(2), e4418.
- Allard, N. C., & Orom, H. (2023). Examining beliefs and information-seeking behaviors of young adults aged 20–39 to help inform cancer prevention communication. *Preventive Medicine*, 166, 107353.
- Almeida, D. M. (2005). Resilience and vulnerability to daily stressors assessed via diary methods. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 64-68.
doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00336.x
- Almeida, D. M., & Horn, M. C. (2004). Is daily life more stressful during middle adulthood. *How healthy are we*, 425-451. doi:10.7208/9780226074764
- Alodhayani, A. A., Almutairi, K. M., Alshobaili, F. A., Alotaibi, A. F., Alkhaldi, G., Vinluan, J. M., Albedewi, H. M., & Al-Sayyari, L. (2021). Predictors of Mental Health Status among Quarantined COVID-19 Patients in Saudi Arabia. *Healthcare*, 9(10), 1271.
doi:10.3390/healthcare9101271
- Alwang, J., Siegel, P. B., & Jorgensen, S. L. (2001). *Vulnerability: a view from different disciplines*. Retrieved from
- Amstadter, A. B., Myers, J. M., & Kendler, K. S. (2014). Psychiatric resilience: longitudinal twin study. *The British Journal of Psychiatry*, 205(4), 275-280.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Ärzteblatt, D. (2023). Arbeitsunfähigkeit: Längere Ausfallzeiten wegen psychischer Krankheiten. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=229770>
- Assink, M., & Wibbelink, C. J. M. (2016). Fitting three-level meta-analytic models in R: A step-by-step tutorial. *The Quantitative Methods for Psychology*, 12(3), 154-174.
doi:10.20982/tqmp.12.3.p154

- Aubin, S., & Perez, S. (2015). The clinician's toolbox: assessing the sexual impacts of cancer on adolescents and young adults with cancer (AYAC). *Sexual Medicine*, 3(3), 198-212.
- Aubin, S., Rosberger, Z., Hafez, N., Noory, M. R., Perez, S., Lehmann, S., Batist, G., & Kavan, P. (2019). Cancer!? I don't have time for that: impact of a psychosocial intervention for young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(2), 172-189.
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2021). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76, e49–e52. doi:[10.1093/geronb/gbaa051](https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Barnett, M., McDonnell, G., DeRosa, A., Schuler, T., Philip, E., Peterson, L., Touza, K., Jhanwar, S., Atkinson, T. M., & Ford, J. S. (2016). Psychosocial outcomes and interventions among cancer survivors diagnosed during adolescence and young adulthood (AYA): a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 814-831.
- Bauer, G. F., Hämmig, O., & Keyes, C. L. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach*, 179-192.
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E.-M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672-678. doi:[10.1093/pubmed/fdaa106](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106)
- Beames, J. R., Li, S. H., Newby, J. M., Maston, K., Christensen, H., & Werner-Seidler, A. (2021). The Upside: Coping and Psychological Resilience in Australian Adolescents During the COVID-19 Pandemic. doi:[10.1186/s13034-021-00432-z](https://doi.org/10.1186/s13034-021-00432-z)
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Penguin.
- Begg, C. B., & Mazumdar, M. (1994). Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *biometrics*, 1088-1101.

- Behan, C., Doyle, R., Masterson, S., Shiers, D., & Clarke, M. (2015). A double-edged sword: review of the interplay between physical health and mental health. *Irish Journal of Medical Science (1971-), 184*(1), 107-112.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2012). ASKU-Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2014). Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS), 10*. Retrieved from <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-292351>.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter* (Vol. 40). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012a). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 43*.
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012b). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter Schriftenreihe zu Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. *Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Band 43*.
- Beraldi, A., Brathuhn, S., Heußner, P., König, V., & Lawrenz, B. (2011). Der junge Krebspatient: Psychosoziale Probleme und Konzepte der Rehabilitation. *Oncology Research and Treatment, 34*(suppl 5)(Suppl. 5), 17-23. doi:10.1159/000329909
- Berg, C. J., Vanderpool, R. C., Getachew, B., Payne, J. B., Johnson, M. F., Sandridge, Y., Bierhoff, J., Le, L., Johnson, R., & Weber, A. (2019). A hope-based intervention to address disrupted goal pursuits and quality of life among young adult cancer survivors. *Journal of Cancer Education, 1-12*.
- Betsch, T., Funke, J., & Plessner, H. (2011). Problemlösen: Grundlegende Konzepte. In *Denken–Urteilen, Entscheiden, Problemlösen* (pp. 137-159): Springer.
- Bleyer, A. (2002). Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology:*

- The Official Journal of SIOP—International Society of Pediatric Oncology (Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique*, 38(1), 1-10.
- Bleyer, A., Ferrari, A., Whelan, J., & Barr, R. D. (2017). Global assessment of cancer incidence and survival in adolescents and young adults. *Pediatric blood & cancer*, 64(9), e26497.
- Bleyer, A., O'Leary, M., Barr, R., & Ries, L. (2006). Cancer epidemiology in older adolescents and young adults 15 to 29 years of age, including SEER incidence and survival: 1975-2000. *Cancer epidemiology in older adolescents and young adults 15 to 29 years of age, including SEER incidence and survival: 1975-2000*.
- Bohus, M., Lyssenko, L., Wenner, M., & Berger, M. (2013). *Lebe Balance: das Programm für innere Stärke und Achtsamkeit*: Georg Thieme Verlag.
- Born, K. (2019). *Kognitive Therapie. Reihe Handwerk der Psychotherapie*. (Vol. Band 9). Tübingen: Psychotherapie-Verlag.
- Born, K., Born, H., & Müller, G. (2015). Störungsmodell und Therapierational Philosophisch und wissenschaftlich fundierte, bedürfnisorientierte Psychotherapie. 4.
- Børøsd, E., Ehlers, S. L., Varsi, C., Clark, M. M., Andrykowski, M. A., Cvancarova, M., & Solberg Nes, L. (2020). Results from a randomized controlled trial testing StressProffen; an application-based stress-management intervention for cancer survivors. *Cancer Medicine*, 9(11), 3775-3785.
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of life research*, 13, 161-170.
- Bowman, K. F., Deimling, G. T., Smerglia, V., Sage, P., & Kahana, B. (2003). Appraisal of the cancer experience by older long-term survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(3), 226-238.
- Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C., & Schmidt, S. (2007). Teststatistische prüfung und normierung der deutschen versionen des EUROHIS-QOL lebensqualität-Index und des WHO-5 wohlbefindens-index. *Diagnostica*, 53(2), 83-96.
- Bredal, I. S., Kåresen, R., Smeby, N. A., Espe, R., Sørensen, E. M., Amundsen, M., Aas, H., & Ekeberg, Ø. (2014). Effects of a psychoeducational versus a support group intervention in patients with early-stage breast cancer: results of a randomized controlled trial. *Cancer nursing*, 37(3), 198-207.

- Bretschneider, J., Janitza, S., Jacobi, F., Thom, J., Hapke, U., Kurth, T., & Maske, U. E. (2018). Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC psychiatry*, 18, 1-13.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? Retrieved from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>
- Cain, E. N., Kohorn, E. I., Quinlan, D. M., Latimer, K., & Schwartz, P. E. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 57(1), 183-189.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*: Routledge.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934. doi:10.1016/j.psychres.2020.112934
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British journal of clinical psychology*, 43(4), 421-436.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J. W., Harrington, H., Smeijers, J., & Silva, P. A. (1996). The life history calendar: a research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International journal of methods in psychiatric research*.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11(3), 570-579.
- Chan, A., Cheng, I., Wang, C., Tan, C. J., Toh, Y. L., Ng, D. Q., Koh, Y. Q., Zhou, H., Foo, K. M., & Chan, R. J. (2022). Cognitive impairment in adolescent and young adult cancer patients: Pre-treatment findings of a longitudinal study. *Cancer Medicine*.
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., Marcou, Y., Kitsios, P., & Paikousis, L. (2016). Guided imagery and progressive muscle relaxation as a cluster of symptoms

- management intervention in patients receiving chemotherapy: a randomized control trial. *PloS one*, 11(6), e0156911.
- Chaturvedi, S. K. (2012). Psychiatric oncology: Cancer in mind. *Indian journal of psychiatry*, 54(2), 111.
- Chen, M. H., Colan, S. D., & Diller, L. (2011). Cardiovascular disease: cause of morbidity and mortality in adult survivors of childhood cancers. *Circulation research*, 108(5), 619-628.
- Chen, X., Origasa, H., Ichida, F., Kamibeppu, K., & Varni, J. W. (2007). Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™(PedsQL™) Short Form 15 generic core scales in Japan. *Quality of life research*, 16, 1239-1249.
- Cheung, M. W.-L., & Vijayakumar, R. (2016). A guide to conducting a meta-analysis. *Neuropsychology review*, 26, 121-128.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience—A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience - A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clin Psychol Rev*, 59, 78-100. doi:10.1016/j.cpr.2017.11.002
- Chmitorz, A., Kurth, K., Mey, L., Wenzel, M., Lieb, K., Tüscher, O., Kubiak, T., & Kalisch, R. (2020). Assessment of microstressors in adults: Questionnaire development and ecological validation of the mainz inventory of microstressors. *JMIR mental health*, 7(2), e14566. doi:10.2196/14566
- Chmitorz, A., Neumann, R. J., Kollmann, B., Ahrens, K. F., Öhlschläger, S., Goldbach, N., Weichert, D., Schick, A., Lutz, B., Plichta, M. M., Fiebach, C. J., Wessa, M., Kalisch, R., Tüscher, O., Lieb, K., & Reif, A. (2021). Longitudinal determination of resilience in humans to identify mechanisms of resilience to modern-life stressors: the longitudinal resilience assessment (LORA) study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 271(6), 1035-1051. doi:10.1007/s00406-020-01159-2
- Chmitorz, A., Wenzel, M., Stieglitz, R.-D., Kunzler, A., Bagusat, C., Helmreich, I., Gerlicher, A., Kampa, M., Kubiak, T., & Kalisch, R. (2018). Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale. *PloS one*, 13(2), e0192761.

- Chmitorz, A., Wenzel, M., Stieglitz, R., Kunzler, A., Bagusat, C., Helmreich, I., Gerlicher, A., Kampa, M., Kubiak, T., & Kalisch, R. (2018). Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale. *PloS one*, 13(2), e0192761. doi:10.1371/journal.pone.0192761
- Clarke, J. N., & Everest, M. M. (2006). Cancer in the mass print media: Fear, uncertainty and the medical model. *Social science & medicine*, 62(10), 2591-2600.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). Perceived stress scale (PSS). *J Health Soc Beh*, 24, 285.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 10(2), 1-2.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1997). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*: Oxford University Press on Demand.
- Collaborators, G. A. Y. A. C. (2022). The global burden of adolescent and young adult cancer in 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet oncology*, 23(1), 27-52. doi:[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00581-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00581-7)
- Courtet, P., Olié, E., Debien, C., & Vaiva, G. (2020). Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. *J Clin Psychiatry*, 81(3). doi:10.4088/JCP.20com13370
- Crane, M. F., Searle, B. J., Kangas, M., & Nwiran, Y. (2019). How resilience is strengthened by exposure to stressors: The systematic self-reflection model of resilience strengthening. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(1), 1-17.
- Criel, B. (1998). *District-based Health insurance in sub-Saharan Africa. Part I: From theory to practice*: ITGPress.
- Croizier, C., Bouillon-Minois, J. B., Bay, J. O., & Dutheil, F. (2022). COVID-19 lockdown and mental health: why we must look into oncology units. *Psychol Med*, 52(4), 787-788. doi:10.1017/s0033291720002500
- Cuijpers, P., Weitz, E., Cristea, I., & Twisk, J. (2017). Pre-post effect sizes should be avoided in meta-analyses. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 364-368.
- D'Agostino, N. M., Penney, A., & Zebrack, B. (2011). Providing developmentally appropriate psychosocial care to adolescent and young adult cancer survivors. *Cancer*, 117(S10), 2329-2334.
- D'Angelo, B., & Wierzbicki, M. (2003). Relations of daily hassles with both anxious and depressed mood in students. *Psychological reports*, 92(2), 416-418.

- Dahlberg, L. (2021). Loneliness during the COVID-19 pandemic. 25(7), 1161-1164.
doi:10.1080/13607863.2021.1875195
- Dai, H., Mei, Z., An, A., & Wu, J. (2020). Epidemiology of physical and mental comorbidity in Canada and implications for health-related quality of life, suicidal ideation, and healthcare utilization: A nationwide cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 263, 209-215.
- de Moor, J. S., Mariotto, A. B., Parry, C., Alfano, C. M., Padgett, L., Kent, E. E., Forsythe, L., Scoppa, S., Hachey, M., & Rowland, J. H. (2013). Cancer survivors in the United States: prevalence across the survivorship trajectory and implications for care. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 22(4), 561-570.
- Deeks, J. J., Higgins, J. P., Altman, D. G., & Group, C. S. M. (2019). Analysing data and undertaking meta-analyses. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, 241-284.
- Dewa, L. H., Lawrance, E., Roberts, L., Brooks-Hall, E., Ashrafian, H., Fontana, G., & Aylin, P. (2021). Quality social connection as an active ingredient in digital interventions for young people with depression and anxiety: Systematic scoping review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e26584.
- Die Bundesregierung. (2020). 17. Juni 2020: Gemeinsame Maßnahmen zum Corona-Virus. Retrieved from <https://www.bundesregierung.de/breg-de/leichte-sprache/17-juni-2020-gemeinsame-massnahmen-zum-corona-virus-1762788>
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Diminich, E. D., & Bonanno, G. A. (2015). Resilience. *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: An Interdisciplinary, Searchable, and Linkable Resource*, 1-13.
- Ding, H., Ouyang, M., Wang, J., Xie, M., Huang, Y., Yuan, F., Jia, Y., Zhang, X., Liu, N., & Zhang, N. (2022). Shared genetics between classes of obesity and psychiatric disorders: A large-scale genome-wide cross-trait analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 162, 111032.
- Diseases, T. L. I. (2020). The intersection of COVID-19 and mental health. *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(11), 1217.
- Docea, A. O., Tsatsakis, A., Albulescu, D., Cristea, O., Zlatian, O., Vinceti, M., Moschos, S. A., Tsoukalas, D., Goumenou, M., & Drakoulis, N. (2020). A new threat from an old

- enemy: Re-emergence of coronavirus. *International journal of molecular medicine*, 45(6), 1631-1643.
- Domingo, F. R., Waddell, L. A., Cheung, A. M., Cooper, C. L., Belcourt, V. J., Zuckermann, A. M., Corrin, T., Ahmad, R., Boland, L., & Laprise, C. (2021). Prevalence of long-term effects in individuals diagnosed with COVID-19: an updated living systematic review. *MedRxiv*, 2021.2006. 2003.21258317.
- Doosje, B., Ellemers, N., & Spears, R. (1995). Perceived intragroup variability as a function of group status and identification. *Journal of experimental social psychology*, 31(5), 410-436. doi:10.1006/jesp.1995.1018
- Duan-Porter, W., Cohen, H. J., Demark-Wahnefried, W., Sloane, R., Pendergast, J. F., Snyder, D. C., & Morey, M. C. (2016). Physical resilience of older cancer survivors: an emerging concept. *Journal of geriatric oncology*, 7(6), 471-478.
- Eberle, D. J., & Maercker, A. (2024). Belastungsbezogene Störungen in der ICD-11. *Die Psychotherapie*, 1-5.
- Eckford, R. D., Gaisser, A., Arndt, V., Baumann, M., Kludt, E., Mehlis, K., Ubels, J., Winkler, E. C., Weg-Remers, S., & Schlander, M. (2022). The COVID-19 pandemic and cancer patients in Germany: impact on treatment, follow-up care and psychological burden. *Frontiers in Public Health*, 9, 788598.
- Edwards, B. K., Noone, A. M., Mariotto, A. B., Simard, E. P., Boscoe, F. P., Henley, S. J., Jemal, A., Cho, H., Anderson, R. N., & Kohler, B. A. (2014). Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. *Cancer*, 120(9), 1290-1314.
- Eggert, L., Schröder, J., & Lotzin, A. (2023). Living alone is related to depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health*, 1-8.
- Ehrhardt, M. J., Williams, A. M., Liu, Q., Hudson Scholle, S., Bhakta, N., Yasui, Y., Robison, L. L., & Hudson, M. M. (2021). Cumulative burden of chronic health conditions among adolescent and young adult survivors of childhood cancer: identification of vulnerable groups at key medical transitions. *Pediatric blood & cancer*, 68(6), e29030.
- Eisenberg, E., & Josselin, D. (2023). A Better Me? An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experiences of Female Cancer Survivors' Heightened Preoccupation With 'Healthy Eating'. *Qualitative Health Research*, 10497323231224777.

- Eismann, G., & Lammers, C.-H. (2017). *Therapie-Tools Emotionsregulation: mit E-Book inside und Arbeitsmaterial*: Beltz.
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of medicine and philosophy*, 6(2), 101-124.
- Erickson, J. M., Beck, S. L., Christian, B. R., Dudley, W., Hollen, P. J., Albritton, K. A., Sennett, M., Dillon, R. L., & Godder, K. (2011). Fatigue, sleep-wake disturbances, and quality of life in adolescents receiving chemotherapy. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 33(1), e17-e25.
- Färber, F., & Rosendahl, J. (2018). The association between resilience and mental health in the somatically ill: a systematic review and meta-analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(38), 621.
- Fern, L. A., Taylor, R. M., Whelan, J., Pearce, S., Grew, T., Brooman, K., Starkey, C., Millington, H., Ashton, J., & Gibson, F. (2013). The art of age-appropriate care: reflecting on a conceptual model of the cancer experience for teenagers and young adults. *Cancer nursing*, 36(5), E27-E38.
- Fiorillo, A., & Sartorius, N. (2021). Mortality gap and physical comorbidity of people with severe mental disorders: the public health scandal. *Annals of General Psychiatry*, 20, 1-5.
- Fischer, A., & Kohr, H. (2014). *Sozio-Politische Einstellungen*. Retrieved from <https://doi.org/10.6102/zis6>
- Fisher, J., Tran, T., Hammarberg, K., Nguyen, H., Stocker, R., Rowe, H., Sastri, J., Popplestone, S., & Kirkman, M. (2021). Quantifying the mental health burden of the most severe covid-19 restrictions: A natural experiment. *Journal of affective disorders*, 293, 406-414. doi:10.1016/j.jad.2021.06.060
- Fisher, M. L., & Exline, J. J. (2010). Moving toward self-forgiveness: Removing barriers related to shame, guilt, and regret. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(8), 548-558.
- Flynn, D. M., & Chow, P. (2017). Self-efficacy, self-worth and stress. *Education*, 138(1), 83-88.
- Forgeard, M., & Seligman, M. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques*, 18(2), 107-120.
- Fox, J., & Weisberg, S. (2018). *An R companion to applied regression*: Sage publications.

- Fox, R. S., Armstrong, G. E., Gaumond, J. S., Vigoureux, T. F., Miller, C. H., Sanford, S. D., Salsman, J. M., Katsanis, E., Badger, T. A., & Reed, D. R. (2023). Social isolation and social connectedness among young adult cancer survivors: A systematic review. *Cancer*.
- Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Veneti, A., Daglas, A., Christodoulou, E., Zyga, S., & Kourakos, M. (2017). Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(9), 2545.
- Fritz, J., Fried, E. I., Goodyer, I. M., Wilkinson, P. O., & Van Harmelen, A.-L. (2018). A network model of resilience factors for adolescents with and without exposure to childhood adversity. *Scientific Reports*, 8(1), 1-13.
- Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in resilience: initial coping among older adults during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114-125.
doi:10.1093/geront/gnaa170
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 18(1), 43-48.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14(2), 231.
- Garcia de Avila, M. A., Hamamoto Filho, P. T., Jacob, F. L. d. S., Alcantara, L. R. S., Berghammer, M., Jenholt Nolbris, M., Olaya-Contreras, P., & Nilsson, S. (2020). Children's anxiety and factors related to the COVID-19 pandemic: An exploratory study using the children's anxiety questionnaire and the numerical rating scale. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5757.
doi:10.3390/ijerph17165757
- Gatt, J. M., Burton, K. L., Williams, L. M., & Schofield, P. R. (2015). Specific and common genes implicated across major mental disorders: a review of meta-analysis studies. *Journal of psychiatric research*, 60, 1-13.
- Germer, C., & Neff, K. (2019). Mindful self-compassion (MSC). In *Handbook of mindfulness-based programmes* (pp. 357-367): Routledge.
- Geue, K., Sender, A., Schmidt, R., Richter, D., Hinz, A., Schulte, T., Brähler, E., & Stöbel-Richter, Y. (2014). Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population. *Quality of Life Research*, 23, 1377-1386.

- Gilan, D., & Helmreich, I. (2021). Resilienz - die Kunst der Widerstandskraft: Was die Wissenschaft dazu sagt. *Herder*.
- Gilan, D., Müssig, M., Hahad, O., Kunzler, A. M., Samstag, S., Röthke, N., Thrul, J., Kreuter, F., Bosnjak, M., & Sprengholz, P. (2021). Protective and Risk Factors for Mental Distress and Its Impact on Health-Protective Behaviors during the SARS-CoV-2 Pandemic between March 2020 and March 2021 in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9167. doi:10.3390/ijerph18179167
- Gilan, D., Röthke, N., Blessin, M., Kunzler, A., Stoffers-Winterling, J., Müssig, M., Yuen, K. S., Tüscher, O., Thrul, J., & Kreuter, F. (2020). Psychomorbidity, Resilience, and Exacerbating and Protective Factors During the SARS-CoV-2 Pandemic: A Systematic Literature Review and Results from the German COSMO-PANEL. *Deutsches Aerzteblatt International*, 117(38). doi:10.3238/arztebl.2020.0625
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, Pesudovs, K., & Melaku, Y. A. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013 diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(9995), 743-800. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, 27(1), 191-197.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., Negi, L. T., & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische therapie*: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*: Hogrefe Publishing.
- Grinyer, A. (2009). *Life after cancer in adolescence and young adulthood: The experience of survivorship*: Routledge.
- grosse Holtforth, M., Grawe, K., & Tamcan, Ö. (2016). *INK*. Paper presented at the Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie.

- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 317-328.
- Hähnle, S., Weilemann, M., & Fegert, J. M. (2023). Armut als Risikofaktor in Kindheit und Jugendalter. In *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters* (pp. 1-16): Springer.
- Hamidian, P., Rezaee, N., Shakiba, M., & Navidian, A. (2019). The effect of cognitive–emotional training on post-traumatic growth in women with breast cancer in Middle East. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 26(1), 25-32.
- Hampton, T. (2005). Cancer treatment’s trade-off. *JAMA*, 294(2), 167-168. Retrieved from <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201214>
- Hauken, M. A., Larsen, T. M. B., & Holsen, I. (2013). Meeting reality: young adult cancer survivors’ experiences of reentering everyday life after cancer treatment. *Cancer nursing*, 36(5), E17-E26.
- Häusser, J. A., Kattenstroth, M., van Dick, R., & Mojzisch, A. (2012). “We” are not stressed: Social identity in groups buffers neuroendocrine stress reactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(4), 973-977.
- Heiss, R., & Rudolph, L. (2023). Patients as health influencers: motivations and consequences of following cancer patients on Instagram. *Behaviour & Information Technology*, 42(6), 806-815.
- Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2017(2).
- Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD012527. doi:10.1002/14651858.CD012527
- Henze, G.-I., Konzok, J., Kreuzpointner, L., Bärtl, C., Peter, H., Giglberger, M., Streit, F., Kudielka, B. M., Kirsch, P., & Wüst, S. (2020). Increasing deactivation of limbic structures over psychosocial stress exposure time. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(7), 697-704.

- Hermann, D. (2004). Individuelle reflexive Werte Retrieved from <https://doi.org/10.6102/zis135>
- Herschbach, P. (2006). The need for treatment in psychooncology: Principles and assessment strategies. *Der Onkologe*, 12, 41-47.
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Tianjing, L., Page, M., & Welch, V. (2022). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version. Chapter 9: analyzing data and undertaking meta-analyses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.3 (updated February 2022)(0). Retrieved from www.training.cochrane.org/handbook.
- Hindley, G., Frei, O., Shadrin, A. A., Cheng, W., O'Connell, K. S., Icick, R., Parker, N., Bahrami, S., Karadag, N., & Roelfs, D. (2022). Charting the landscape of genetic overlap between mental disorders and related traits beyond genetic correlation. *American Journal of Psychiatry*, 179(11), 833-843.
- Ho, R. T., Wan, A. H., Chan, J. S., Ng, S., Chung, K., & Chan, C. L. (2017). Study protocol on comparative effectiveness of mindfulness meditation and qigong on psychophysiological outcomes for patients with colorectal cancer: a randomized controlled trial. *BMC complementary and alternative medicine*, 17(1), 390.
- Hoaglin, D. C. (2016). Misunderstandings about Q and 'Cochran's Q test' in meta-analysis. *Statistics in medicine*, 35(4), 485-495.
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: do they work? *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381-440.
- Holderness, A., Magrath, C., Hatcher, H., & Critoph, D. (2024). "Absolutely No One Else, Other Than Yourself": Experiences of Adolescents and Young Adults with Cancer During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 13(2), 251-261.
- Horowitz, M. J. (1976). Stress response syndromes.
- Howell, D. C. (1992). *Statistical methods for psychology*: PWS-Kent Publishing Co.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
- Hughes, N., & Stark, D. (2018). The management of adolescents and young adults with cancer. *Cancer treatment reviews*, 67, 45-53.

- Humphreys, K. L., Myint, M. T., & Zeanah, C. H. (2020). Increased Risk for Family Violence During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, *146*(1). doi:10.1542/peds.2020-0982
- Husson, O., Prins, J. B., Kaal, S. E., Oerlemans, S., Stevens, W. B., Zebrack, B., van der Graaf, W. T., & van de Poll-Franse, L. V. (2017). Adolescent and young adult (AYA) lymphoma survivors report lower health-related quality of life compared to a normative population: results from the PROFILES registry. *Acta oncologica*, *56*(2), 288-294.
- Ioannou, A., Paikousis, L., Papastavrou, E., Avraamides, M. N., Astras, G., & Charalambous, A. (2022). Effectiveness of Virtual Reality Vs Guided Imagery on mood changes in cancer patients receiving chemotherapy treatment: A crossover trial. *European Journal of Oncology Nursing*, *61*, 102188.
- Jayathilaka, R., Selvanathan, S., & Bandaralage, J. S. (2016). Is there a link between alcohol consumption and the level of poverty? *Applied Economics*, *48*(22), 2054-2063.
- Jensen-Johansen, M. B., Christensen, S., Valdimarsdottir, H., Zakowski, S., Jensen, A. B., Bovbjerg, D., & Zachariae, R. (2013). Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors—Results from a nationwide randomized clinical trial. *Psycho-oncology*, *22*(7), 1492-1500.
- Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T. S., & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World psychiatry*, *16*(1), 90-99.
- Jung, S. (2022). Gender-based depression factors of older adults living alone during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional and secondary data approach. *Heliyon*, *8*(12).
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*: Delta.
- Kalisch, R., Baker, D., Basten, U., Boks, M., Bonanno, G., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C., Galatzer-Levy, I., Geuze, E., Groppa, S., Helmreich, I., Hendler, T., Hermans, E., Jovanovic, T., Kubiak, T., Lieb, K., Lutz, B., Müller, M., Murray, R., Nievergelt, C., Reif, A., Roelofs, K., Rutten, B., Sander, D., Schick, A., Tüscher, O., Van Diest, I., van Harmelen, A.-L., Veer, I., Vermetten, E., Vinkers, C., Wager, T., Walter, H., Wessa, M., Wibral, M., & Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nat Hum Behav*, *1*(11), 784–790.

- Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C. J., & Galatzer-Levy, I. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature human behaviour*, 1(11), 784-790.
- Kalisch, R., Köber, G., Binder, H., Ahrens, K. F., Basten, U., Chmitorz, A., Fiebach, C., Goldbach, N., Horstmann, R., & Kampa, M. (2020). A generic solution for the operationalization and measurement of resilience and resilience processes in longitudinal observations: rationale and basic design of the MARP and LORA studies. doi:10.31234/osf.io/jg238
- Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and brain sciences*, 38.
- Kampe, L., Hörz-Sagstetter, S., Bohn, J., & Remmers, C. (2024). How personality functioning relates to psychological distress and behavioral attitudes during the Covid-19 pandemic. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-14.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(1), 1-39.
- Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and individual differences*, 43(2), 277-287.
- Karanci, A. N., & Erkam, A. (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(5), 315-322.
- Kauff, M., & Wagner, U. (2012). Valuable therefore not threatening: The influence of diversity beliefs on discrimination against immigrants. *Social Psychological and Personality Science*, 3(6), 714-721. doi:10.1177/1948550611435942
- Kelada, L., Wakefield, C., Heathcote, L., Jaaniste, T., Signorelli, C., Fardell, J., Donoghoe, M., McCarthy, M., Gabriel, M., & Cohn, R. (2019). Perceived cancer-related pain and fatigue, information needs, and fear of cancer recurrence among adult survivors of childhood cancer. *Patient education and counseling*, 102(12), 2270-2278.
- Kemper, C. J., Beierlein, C., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2012a). *Eine Kurzsкала zur Messung von Optimismus-Pessimismus*. Retrieved from

- Kemper, C. J., Beierlein, C., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2012b). SOP2-Skala Optimismus-Pessimismus-2. *Mannheim: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)*. doi:10.23668/psycharchives
- Kirchhoff, A. C., Fowler, B., Warner, E. L., Pannier, S. T., Fair, D., Spraker-Perlman, H., Yancey, J., Bott, B., Reynolds, C., & Randall, R. L. (2017). Supporting adolescents and young adults with cancer: oncology provider perceptions of adolescent and young adult unmet needs. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(4), 519-523.
- Klaiberg, A., Schumacher, J., & Brähler, E. (2004). General Health Questionnaire 28 (GHQ-28): teststatistische Überprüfung einer deutschen Version in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52(1), 31-42.
- Klein, F. (2023). Armut und Krebs: Zeit, den Teufelskreis zu durchbrechen! *Die Onkologie*, 29(3), 262-263.
- Knight, S., Lorenzo, A., Maloney, A. M., Srikanthan, A., Donen, R., Greenblatt, E., & Gupta, A. (2015). An approach to fertility preservation in prepubertal and postpubertal females: A critical review of current literature. *Pediatric blood & cancer*, 62(6), 935-939.
- Knoll, N., Rieckmann, N., & Schwarzer, R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: a longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality*, 19(3), 229-247.
- Kocalevent, R.-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U., & Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC psychology*, 6(1), 1-8.
- Koch, I., & Stahl, C. (2017). Lernen–Assoziationsbildung, Konditionierung und implizites Lernen. *Allgemeine Psychologie*, 319-355.
- Köhler, M. (2015). Adoleszente und junge Erwachsene mit Krebs. *Der Onkologe*, 21(10), 953-958. doi:10.1007/s00761-015-2977-2
- Köhler, M. (2021). Jung und Krebs – Herausforderung meistern. In A. Petermann-Meyer, J. Panse, & T. H. Brümmendorf (Eds.), *Leben mit Krebs: Praktischer Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Behandelnde* (pp. 189-199). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

- König, V., & Sauter, S. (2022). Der junge Patient in der onkologischen Rehabilitation. In *Kompendium Internistische Onkologie: Standards in Diagnostik und Therapie* (pp. 1-7): Springer.
- Koo, M. M., Hamilton, W., Walter, F. M., Rubin, G. P., & Lyratzopoulos, G. (2018). Symptom signatures and diagnostic timeliness in cancer patients: a review of current evidence. *Neoplasia*, 20(2), 165-174.
- Körner, A., Roberts, N., Steele, R. J., Brosseau, D. C., & Rosberger, Z. (2019). A randomized controlled trial assessing the efficacy of a self-administered psycho-educational intervention for patients with cancer. *Patient education and counseling*, 102(4), 735-741.
- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C., & Rammstedt, B. (2012). *Eine Vier-Item-Skala zur Erfassung von internaler und externaler Kontrollüberzeugung (IE-4)*. Retrieved from
- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C., & Rammstedt, B. (2014). Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. doi:<https://doi.org/10.6102/zis184>
- Krause, N., Pargament, K. I., & Ironson, G. (2020). Assessing the relationships among spiritual social support, stress, and anxiety: Does extraversion also play a role in the coping process? *Current Psychology*, 39, 307-314.
- Krebsregister. (2016, 11.04.2016). Tabellen zum GEKID-Atlas. Retrieved from <http://krebsregister.info/>
- Kresbach, J. K. (2022). *Fördert Selbsthilfe Resilienz? Eine Evaluation der Selbsthilfeangebote am Beispiel der NetzwerkStatt Krebs (NWSK)*. Hochschule Fresenius
- Kunzler, A. M., Chmitorz, A., Bagusat, C., Kaluza, A. J., Hoffmann, I., Schäfer, M., Quiring, O., Rigotti, T., Kalisch, R., & Tüscher, O. (2018). Construct validity and population-based norms of the German brief resilience scale (BRS). *European journal of health psychology*. doi:10.1027/2512-8442/a000016
- Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & K., L. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD012527. doi:10.1002/14651858.CD012527.pub2.

- Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).
- Kunzler, A. M., Helmreich, I., König, J., Chmitorz, A., Wessa, M., Binder, H., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare students. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art. No.: CD013684*. doi:10.1002/14651858.CD013684
- Kunzler, A. M., Helmreich, I., König, J., Chmitorz, A., Wessa, M., Binder, H., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).
- Kunzler, A. M., Röthke, N., Günthner, L., Stoffers-Winterling, J., Tüscher, O., Coenen, M., Rehfuess, E., Schwarzer, G., Binder, H., & Schmucker, C. (2021). Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. *Globalization and health, 17*(1), 1-29.
- Kuran, C. H. A., Morsut, C., Kruke, B. I., Krüger, M., Segnestam, L., Orru, K., Nævestad, T. O., Airola, M., Keränen, J., & Gabel, F. (2020). Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective. *International Journal of Disaster Risk Reduction, 50*, 101826.
- Lampert, T., Kroll, L.-E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). In (Vol. 56, pp. 131–143). Bundesgesundheitsblatt: Springer.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*, 159-174.
- Langmaack, B., & Braune-Krickau, M. (1993). *Wie die Gruppe laufen lernt: Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen; ein praktisches Lehrbuch*: Beltz, Psychologie-Verlag-Union.
- Layne, C. M., Beck, C. J., Rimmasch, H., Southwick, J. S., Moreno, M. A., & Hobfoll, S. E. (2008). Promoting “resilient” posttraumatic adjustment in childhood and beyond: “Unpacking” life events, adjustment trajectories, resources, and interventions. In *Treating Traumatized Children* (pp. 31-66): Routledge.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company.

- Leiva-Bianchi, M., Baher, G., & Poblete, C. (2012). The effects of stress coping strategies in post-traumatic stress symptoms among earthquake survivors. An explanatory model of post-traumatic stress. *Terapia Psicológica*, 30(2), 51-59.
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M., Sood, A., Erwin, P. J., Brito, J. P., & Boehmer, K. R. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS one*, 9(10), e111420.
- Lewinsohn, P. M., Breckenridge, J. S., Antonuccio, D. O., & Teri, L. (1985). A behavioral group therapy approach to the treatment of depression. In *Handbook of behavioral group therapy* (pp. 303-329): Springer.
- Liang, W., Guan, W., Chen, R., Wang, W., Li, J., Xu, K., Li, C., Ai, Q., Lu, W., & Liang, H. (2020). Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *The lancet oncology*, 21(3), 335-337.
- Linden, W., Andrea Vodermaier, A., McKenzie, R., Barroetavena, M. C., Yi, D., & Doll, R. (2009). The Psychosocial Screen for Cancer (PSSCAN): further validation and normative data. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-8.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*, 141(2-3), 343-351.
- Linz, S., Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., Lieb, K., & Kubiak, T. (2019). Interventions To Promote Resilience In Adults-A Narrative Review. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 70(1), 11-21.
- Liu, J. J., Ein, N., Gervasio, J., Battaion, M., Reed, M., & Vickers, K. (2020). Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. *Clinical Psychology Review*, 82, 101919.
- Llewellyn, C. D., Horney, D. J., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K., & Smith, H. E. (2013). Assessing the psychological predictors of benefit finding in patients with head and neck cancer. *Psycho-oncology*, 22(1), 97-105.
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial. *Clinical breast cancer*, 11(6), 364-368.

- Lu, D., Fall, K., Sparén, P., Ye, W., Adami, H.-O., Valdimarsdottir, U., & Fang, F. (2013). Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Annals of oncology*, 24(12), 3112-3117.
- Lu, D., Fall, K., Sparen, P., Ye, W., Adami, H. O., Valdimarsdottir, U., & Fang, F. (2013). Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Ann Oncol*, 24(12), 3112-3117. doi:10.1093/annonc/mdt415
- Ludolph, P., Kunzler, A. M., Stoffers-Winterling, J., Helmreich, I., & Lieb, K. (2019). Interventions to promote resilience in cancer patients. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(51-52), 865.
- Luo, X., Estill, J., Wang, Q., Lv, M., Liu, Y., Liu, E., & Chen, Y. (2020). The psychological impact of quarantine on coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Psychiatry Res*, 291, 113193. doi:10.1016/j.psychres.2020.113193
- Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E. S. F., Vilete, L., Figueira, I., & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-8.
- Maercker, A., & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (personal growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47(3), 153-162.
- Magrath, C. M., Critoph, D. J., Smith, L. A., & Hatcher, H. M. (2021). "A Different Person Entirely": Adolescent and Young Adults' Experiences Returning to Education after Cancer Treatment. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 10(5), 562-572.
- Manchia, M., Gathier, A. W., Yapici-Eser, H., Schmidt, M. V., de Quervain, D., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Cryan, J. F., Howes, O. D., & Pinto, L. (2022). The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *European neuropsychopharmacology*, 55, 22-83. doi:10.1016/j.euroneuro.2021.10.864
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of personality*, 77(6), 1805-1832. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., Rubin, S. C., & Rosenblum, N. (2015). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer nursing*, 38(5), 375-382.

- Marin-Ferrer, M., Vernaccini, L., & Poljansek, K. (2017). Index for risk management inform concept and methodology report—version 2017. *Luxembourg*. doi: <https://doi.org/10.2760/094023>.
- Marshall, S., Grinyer, A., & Limmer, M. (2019). Dual liminality: A framework for conceptualizing the experience of adolescents and young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(1), 26-31.
- Masten, A. S. (2016). *Resilienz: Modelle, Fakten & Neurobiologie: Das ganz normale Wunder entschlüsselt*: Junfermann Verlag GmbH.
- Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2019). Current cancer epidemiology. *Journal of epidemiology and global health*, 9(4), 217.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3165. doi:10.3390/ijerph17093165
- McAlpine, H., Joubert, L., Martin-Sanchez, F., Merolli, M., & Drummond, K. J. (2015). A systematic review of types and efficacy of online interventions for cancer patients. *Patient education and counseling*, 98(3), 283-295.
- Meda-Lara, R. M., Muñoz-Valle, J. F., Juárez-Rodríguez, P., Figueroa-López, C., Herrero, M., de Santos Ávila, F., Palomera-Chávez, A., Yeo Ayala, C., & Moreno-Jiménez, B. (2022). Psychological responses to COVID-19 in a Mexican population: an exploratory study during second and third phases. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 257-264. doi:10.1080/13548506.2021.1883689
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., & Hund, B. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3540-3546.
- Mehnert, A., & Johansen, C. (2019). *Forschungsperspektiven bei Langzeitüberlebenden nach Krebs*. Paper presented at the Forum.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive behaviour modification. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6(4), 185-192.
- Mendez, M. F., & Fras, I. A. (2011). The false memory syndrome: experimental studies and comparison to confabulations. *Medical hypotheses*, 76(4), 492-496.

- Merz, E. L., Fox, R. S., & Malcarne, V. L. (2014). Expressive writing interventions in cancer patients: a systematic review. *Health psychology review*, 8(3), 339-361.
- Mikulska, J., Juszczak, G., Gawrońska-Grzywacz, M., & Herbet, M. (2021). HPA axis in the pathomechanism of depression and schizophrenia: new therapeutic strategies based on its participation. *Brain sciences*, 11(10), 1298.
- Min, J.-A., Yoon, S., Lee, C.-U., Chae, J.-H., Lee, C., Song, K.-Y., & Kim, T.-S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 21(9), 2469-2476.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., & Carr, S. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The lancet psychiatry*, 7(9), 813-824.
- Moss, J. L., Pinto, C. N., Srinivasan, S., Cronin, K. A., & Croyle, R. T. (2020). Persistent poverty and cancer mortality rates: an analysis of county-level poverty designations. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 29(10), 1949-1954.
- Myors, B., Murphy, K. R., & Wolach, A. (2010). *Statistical power analysis: A simple and general model for traditional and modern hypothesis tests*: Routledge.
- Nam, S.-H., Nam, J.-H., & Kwon, C.-Y. (2021). Comparison of the mental health impact of COVID-19 on vulnerable and non-vulnerable groups: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of environmental research and public health*, 18(20), 10830.
- Nass, S. J., Beaupin, L. K., Demark-Wahnefried, W., Fasciano, K., Ganz, P. A., Hayes-Lattin, B., Hudson, M. M., Nevidjon, B., Oeffinger, K. C., & Rechis, R. (2015). Identifying and addressing the needs of adolescents and young adults with cancer: summary of an Institute of Medicine workshop. *The oncologist*, 20(2), 186. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4319626/pdf/theoncologist_14265.pdf
- National Cancer Institute. (2012). A Snapshot of Adolescent and Young Adult Cancers. Retrieved from <http://www.thesamfund.org/samfund/wp-content/uploads/2012/10/NCI-on-AYA-2012.pdf>

- Newnham, E. A., Pearson, R. M., Stein, A., & Betancourt, T. S. (2015). Youth mental health after civil war: the importance of daily stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 116-121.
- Newson, M., Zhao, Y., Zein, M. E., Sulik, J., Dezecache, G., Deroy, O., & Tunçgenç, B. (2021). Digital contact does not promote wellbeing, but face-to-face contact does: A cross-national survey during the COVID-19 pandemic. *New Media & Society*, 26(1), 426-449. doi:10.1177/14614448211062164
- Neylon, K., Condren, C., Guerin, S., & Looney, K. (2023). What Are the Psychosocial Needs of Adolescents and Young Adults with Cancer? A Systematic Review of the Literature. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*.
- Ng, H. S., Roder, D., Koczwara, B., & Vitry, A. (2018). Comorbidity, physical and mental health among cancer patients and survivors: an Australian population-based study. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 14(2), e181-e192.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International journal of surgery*, 78, 185-193. doi:10.1016/j.ijsu.2020.04.018
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC cancer*, 19(1), 1-8.
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., LoRusso, P., Hayes, D. F., Hussain, M., Ruckdeschel, J., & Fendrick, A. M. (2013). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psycho-oncology*, 22(3), 555-563.
- O'Mahoney, L. L., Routen, A., Gillies, C., Ekezie, W., Welford, A., Zhang, A., Karamchandani, U., Simms-Williams, N., Cassambai, S., & Ardavani, A. (2023). The prevalence and long-term health effects of Long Covid among hospitalised and non-hospitalised populations: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 55.
- Oh, P.-J. (2016). The effects of expressive writing interventions for patients with cancer: a meta-analysis. *Number 4/July 2016*, 43(4), 468-479.
- Ojewole, F. O., Madu, A. M., & Nwozichi, C. U. (2018). Association between psychological distress and unmet information needs among female cancer patients in two selected

- teaching hospitals in South-West Nigeria. *Chrismed Journal of Health and Research*, 5(1), 11-17.
- Ormanns, F. S. J. (2023). *Bedürfnisse der AYAC-M mit besonderem Fokus auf die Betreuung durch Onkolog*innen*.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., & Brennan, S. E. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, 10(1), 1-11.
- Palmer, T. M., Sutton, A. J., Peters, J. L., & Moreno, S. G. (2008). Contour-enhanced funnel plots for meta-analysis. *The STATA journal*, 8(2), 242-254.
- Pan, K.-Y., Kok, A. A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R. A., Rhebergen, D., van Oppen, P., Giltay, E. J., & Penninx, B. W. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121-129. doi:10.1016/S2215-0366(20)30491-0
- Pan, P. J., Chang, S.-H., & Yu, Y.-Y. (2005). A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: Learning from practice. *The Journal for Specialists in Group Work*, 30(4), 363-374.
- Parrish, B. P., Cohen, L. H., & Laurenceau, J.-P. (2011). Prospective relationship between negative affective reactivity to daily stress and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(3), 270-296.
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Fiest, K. M., Bulloch, A. G., & Wang, J. (2014). Changing perceptions of mental health in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 591-596.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95(3), 274.
- Pérez-Gómez, H. R., González-Díaz, E., Herrero, M., de Santos-Ávila, F., Vázquez-Castellanos, J. L., Juárez-Rodríguez, P., Moreno-Jiménez, B., & Meda-Lara, R. M. (2022). *The Moderating Effect of Resilience on Mental Health Deterioration among COVID-19 Survivors in a Mexican Sample*. Paper presented at the Healthcare.
- Perrig-Chiello, P., Hutchison, S., & Knöpfli, B. (2016). Vulnerability following a critical life event: Temporary crisis or chronic distress? A psychological controversy,

- methodological considerations, and empirical evidence. *Surveying human vulnerabilities across the life course*, 87-111.
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and behavior*, 10(9), e01745. doi:10.1002/brb3.1745
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England journal of medicine*, 383(6), 510-512.
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *Bmj*, 361.
- Ponder, W. N., Prosek, E. A., & Sherrill, T. (2021). Validation of the Adapted Response to Stressful Experiences Scale (RSES-4) Among First Responders. *Professional Counselor*, 11(3), 300-312.
- Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Jidveian Popescu, M., & Truțescu, C. (2017). Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *The international journal of psychiatry in medicine*, 52(2), 124-136.
- Potreck-Rose, F., & Jacob, G. (2015). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen: Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl* (Vol. 163): Klett-Cotta.
- Pradhan, P., Sharpe, L., & Menzies, R. E. (2021). Towards a stepped care model for managing fear of cancer recurrence or progression in cancer survivors. *Cancer management and research*, 8953-8965.
- Prati, G., & Mancini, A. D. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med*, 51(2), 201-211. doi:10.1017/S0033291721000015
- Pschyrembel, W. (2011). *Klinisches wörterbuch*: Walter de Gruyter.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2). doi:10.1136/gpsych-2020-100213
- R Core Team. (2022). R: A language and environment for statistical computing Vienna, Austria. Retrieved from <https://www.R-project.org/>.

- Rabin, C., Simpson, N., Morrow, K., & Pinto, B. (2013). Intervention format and delivery preferences among young adult cancer survivors. *International journal of behavioral medicine*, 20(2), 304-310.
- Refisch, A., & Walter, M. (2023). The importance of the human microbiome for mental health. *Der Nervenarzt*, 94(11), 1001-1009.
- Rensing, L., & Rippe, V. (2013). *Altern: zelluläre und molekulare Grundlagen, körperliche Veränderungen und Erkrankungen, Therapieansätze*: Springer-Verlag.
- Riepenhausen, A., Veer, I. M., Wackerhagen, C., Reppmann, Z. C., Köber, G., Ayuso-Mateos, J. L., Bögemann, S. A., Corrao, G., Felez-Nobrega, M., & Abad, J. M. H. (2021). Coping with COVID: Risk and Resilience Factors for Mental Health in a German Representative Panel Study. *Psychological medicine*, 1-47.
doi:10.31234/osf.io/fjqpb
- Robert Koch Institut, R. (2020). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 01.07.2020 – AKTUALISierter STAND FÜR DEUTSCHLAND. Retrieved from https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-07-01-de.pdf?__blob=publicationFile
- Rohleder, N., & Kirschbaum, C. (2007). Effects of nutrition on neuro-endocrine stress responses. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 10(4), 504-510.
- Romppel, M., Hinz, A., Finck, C., Young, J., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2017). Cross-cultural measurement invariance of the General Health Questionnaire-12 in a German and a Colombian population sample. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(4), e1532. doi:10.1002/mpr.1532
- Rosenberg, A. R., Bradford, M. C., McCauley, E., Curtis, J. R., Wolfe, J., Baker, K. S., & Yi-Frazier, J. P. (2018). Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Cancer*, 124(19), 3909-3917.
- Rosenberg, A. R., Yi-Frazier, J. P., Eaton, L., Wharton, C., Cochrane, K., Pihoker, C., Baker, K. S., & McCauley, E. (2015). Promoting resilience in stress management: a pilot study of a novel resilience-promoting intervention for adolescents and young adults with serious illness. *Journal of pediatric psychology*, 40(9), 992-999.
- Ross, X. S., Gunn, K. M., Olver, I., Willems, R. A., Lechner, L., Mesters, I., & Bolman, C. A. (2020). Online psychosocial interventions for posttreatment cancer survivors: An

- international evidence review and update. *Current opinion in supportive and palliative care*, 14(1), 40-50.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of statistical software*, 48, 1-36.
- Rutter, M. (2011). Resilience: Causal pathways and social ecology. In *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (pp. 33-42): Springer.
- Sadighi, Z. S., Ness, K. K., Hudson, M. M., Morris, E. B., Ledet, D. S., Pui, C.-H., Howard, S. C., Krull, K. R., Browne, E., & Crom, D. (2014). Headache types, related morbidity, and quality of life in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: a prospective cross sectional study. *European journal of paediatric neurology*, 18(6), 722-729.
- Salazar, S. M. D., Dino, M. J. S., & Macindo, J. R. B. (2023). Social connectedness and health-related quality of life among patients with cancer undergoing chemotherapy: A mixed method approach using structural equation modelling and photo-elicitation. *Journal of Clinical Nursing*.
- Saldanha, M. F., & Barclay, L. J. (2021). Finding meaning in unfair experiences: Using expressive writing to foster resilience and positive outcomes. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 13(4), 887-905.
- Sansom-Daly, U. M., Peate, M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., & Cohn, R. J. (2012). A systematic review of psychological interventions for adolescents and young adults living with chronic illness. *Health Psychology*, 31(3), 380.
- Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., Butow, P., Sawyer, S., Patterson, P., Anazodo, A., Thompson, K., & Cohn, R. J. (2012). Online group-based cognitive-behavioural therapy for adolescents and young adults after cancer treatment.
- Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Ellis, S. J., McGill, B. C., Donoghoe, M. W., Butow, P., Bryant, R. A., Sawyer, S. M., Patterson, P., & Anazodo, A. (2021). Online, group-based psychological support for adolescent and young adult cancer survivors: results from the recapture life randomized trial. *Cancers*, 13(10), 2460.
- Sapienza, J. K., & Masten, A. S. (2011). Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current opinion in Psychiatry*, 24(4), 267-273.
- Sarfati, D., Koczwara, B., & Jackson, C. (2016). The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 337-350.

- Sator-Katzenschlager, S. M., Schiesser, A. W., Kozek-Langenecker, S. A., Benetka, G., Langer, G., & Kress, H.-G. (2003). Does pain relief improve pain behavior and mood in chronic pain patients? *Anesthesia & Analgesia*, 97(3), 791-797.
- Savioni, L., Triberti, S., Durosini, I., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2022). Cancer patients' participation and commitment to psychological interventions: A scoping review. *Psychology & health*, 37(8), 1022-1055.
- Schäfer, S. K., Fritz, J., Sopp, M. R., Kunzler, A. M., von Boros, L., Tüscher, O., Göritz, A. S., Lieb, K., & Michael, T. (2023). Interrelations of resilience factors and their incremental impact for mental health: insights from network modeling using a prospective study across seven timepoints. *Translational Psychiatry*, 13(1), 328.
- Schäfer, S. K., Kunzler, A. M., Kalisch, R., Tüscher, O., & Lieb, K. (2022). Trajectories of resilience and mental distress to global major disruptions. *Trends in Cognitive Sciences*.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International journal of clinical and health psychology*, 16(1), 1-10.
- Schulz-Kindermann, F. (2013). *Psychoonkologie*: Beltz.
- Schumacher, J., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der sense of coherence scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46(4), 208-213.
- Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., De Girolamo, G., Hu, C., & De Jonge, P. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries. *JAMA psychiatry*, 73(2), 150-158.
- Scrignaro, M., Nichelli, F., Cattaneo, L., Spinelli, M., Magrin, M. E., Fraschini, D., Biondi, A., & Jankovic, M. (2016). From adjustment to thriving: exploring well-being in young adult survivors of childhood cancer and their siblings. *Journal of adolescent and young adult oncology*, 5(4), 330-336.
- Seery, M. D. (2011). Resilience: A silver lining to experiencing adverse life events? *Current Directions in Psychological Science*, 20(6), 390-394. doi:10.1177/0963721411424740
- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of personality and social psychology*, 99(6), 1025.

- Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*, 10, 208.
- Seitz, D. C., Besier, T., Debatin, K.-M., Grabow, D., Dieluweit, U., Hinz, A., Kaatsch, P., & Goldbeck, L. (2010). Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *European Journal of Cancer*, 46(9), 1596-1606.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*.
- Selye, H. (1979). *The stress of my life: a scientist's memoirs*. Toronto, Canada: McClelland and Stewart Limited.
- Serido, J., Almeida, D. M., & Wethington, E. (2004). Chronic stressors and daily hassles: Unique and interactive relationships with psychological distress. *Journal of health and social behavior*, 45(1), 17-33.
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., & Stocks, T. V. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych open*, 6(6). doi:10.1192/bjo.2020.109
- Shnorhavorian, M., Doody, D. R., Chen, V. W., Hamilton, A. S., Kato, I., Cress, R. D., West, M., Wu, X. C., Keegan, T. H. M., Harlan, L. C., & Schwartz, S. M. (2018). Knowledge of Clinical Trial Availability and Reasons for Nonparticipation Among Adolescent and Young Adult Cancer Patients: A Population-based Study. *Am J Clin Oncol*, 41(6), 581-587. doi:10.1097/coc.0000000000000327
- Sihvola, S., Kuosmanen, L., & Kvist, T. (2022). Resilience and related factors in colorectal cancer patients: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 56, 102079.
- Silver, R. L., Boon, C., & Stones, M. H. (1983). Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. *Journal of Social issues*, 39(2), 81-101.
- Smith, A. W., Seibel, N. L., Lewis, D. R., Albritton, K. H., Blair, D. F., Blanke, C. D., Bleyer, W. A., Freyer, D. R., Geiger, A. M., & Hayes-Lattin, B. (2016). Next steps for adolescent and young adult oncology workshop: an update on progress and recommendations for the future. *Cancer*, 122(7), 988-999.

- Somasundaram, R. O., & Devamani, K. A. (2016). A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care. *Indian journal of palliative care*, 22(2), 135.
- Stavemann, H. H. (2010a). Im Gefühlsdschungel. *Emotionale Krisen verstehen und bewältigen*. Beltz, 2.
- Stavemann, H. H. (2010b). *Im Gefühlsdschungel*: Beltz Verlagsgruppe.
- Stawski, R. S., Sliwinski, M. J., Almeida, D. M., & Smyth, J. M. (2008). Reported exposure and emotional reactivity to daily stressors: the roles of adult age and global perceived stress. *Psychology and aging*, 23(1), 52. doi:10.1037/0882-7974.23.1.52
- Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2020). Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of affective disorders*, 271, 239-247.
- Stein, A. v. (2024). Examining the Relationship Between Self-Compassion and Body Image Disturbance in Breast Cancer Survivors : The mediating Role of Self-Worth. In.
- Steineck, A., Bradford, M. C., Lau, N., Scott, S., Yi-Frazier, J. P., & Rosenberg, A. R. (2019). A Psychosocial Intervention's Impact on Quality of Life in AYAs with Cancer: A Post Hoc Analysis from the Promoting Resilience in Stress Management (PRISM) Randomized Controlled Trial. *Children*, 6(11), 124.
- Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., & Eldridge, S. M. (2019). RoB 2. *BMJ: British Medical Journal*, 366, 1-8.
- Stone, A. A., & Shiffman, S. (1992). Reflections on the intensive measurement of stress, coping, and mood, with an emphasis on daily measures. *Psychology and Health*, 7(2), 115-129.
- Sudo, N., Chida, Y., Aiba, Y., Sonoda, J., Oyama, N., Yu, X. N., Kubo, C., & Koga, Y. (2004). Postnatal microbial colonization programs the hypothalamic–pituitary–adrenal system for stress response in mice. *The Journal of physiology*, 558(1), 263-275.
- Syrjala, K. L., Walsh, C. A., Yi, J. C., Leisenring, W. M., Rajotte, E. J., Voutsinas, J., Ganz, P. A., Jacobs, L. A., Palmer, S. C., Partridge, A., & Baker, K. S. (2022). Cancer survivorship care for young adults: a risk-stratified, multicenter randomized controlled trial to improve symptoms. *J Cancer Surviv*, 16(5), 1149-1164. doi:10.1007/s11764-021-01105-8

- Taha, S. A., Matheson, K., & Anisman, H. (2012). Everyday experiences of women posttreatment after breast cancer: the role of uncertainty, hassles, uplifts, and coping on depressive symptoms. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 359-379.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140.
doi:[10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- Taylor, S. E., Falke, R. L., Shoptaw, S. J., & Lichtman, R. R. (1986). Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(5), 608.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology*, 46(3), 489.
- Techniker Krankenkasse. (2022). *Gesundheitsreport - Arbeitsunfähigkeiten*. Retrieved from <https://www.tk.de/resource/blob/2125010/da11bbb6e19aa012fde9723c8008e394/gesundheitsreport-au-2022-data.pdf>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- Telles, C. M. (2021). A scoping review of literature: What has been studied about adolescents and young adults (AYAs) with cancer? *Cancer Treatment and Research Communications*, 27, 100316.
- Tennyson, R. E., & Griffiths, H. C. (2019). A Systematic Review of Professionals' Experiences of Discussing Fertility Issues with Adolescents and Young Adults with Cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(4), 387-397.
doi:[10.1089/jayao.2018.0146](https://doi.org/10.1089/jayao.2018.0146)
- Toussaint, L., Barry, M., Bornfriend, L., & Markman, M. (2014). Restore: The journey toward self-forgiveness: A randomized trial of patient education on self-forgiveness in cancer patients and caregivers. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(2), 54-74.
- Tsamakis, K., Triantafyllis, A. S., Tsiptisios, D., Spartalis, E., Mueller, C., Tsamakis, C., Chaidou, S., Spandidos, D. A., Fotis, L., & Economou, M. (2020). COVID-19 related stress exacerbates common physical and mental pathologies and affects treatment. *Experimental and therapeutic medicine*, 20(1), 159-162.
- Tsamakis, K., Tsiptisios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C., Nikolakakis, N., Tyros, G., Kypouropoulos, S., & Lazaris, A. (2021). COVID-19

- and its consequences on mental health. *Experimental and therapeutic medicine*, 21(3), 1-1.
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the “ghosts” of research past, present, and future. *Social science & medicine*, 74(7), 949-957.
- Udayar, S., Urbanaviciute, I., Morselli, D., Bollmann, G., Rossier, J., & Spini, D. (2021). The LIVES Daily Hassles Scale and Its Relation to Life Satisfaction. *Assessment*, 30(2), 348-363. doi:10.1177/10731911211047894
- Udayar, S., Urbanaviciute, I., Morselli, D., Bollmann, G., Rossier, J., & Spini, D. (2023). The LIVES daily hassles scale and its relation to life satisfaction. *Assessment*, 30(2), 348-363.
- United Nations Sustainable Development Group: Policy Brief. (2020). COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Retrieved from <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>
- Van Beek, F., Wijnhoven, L., Custers, J., Holtmaat, K., De Rooij, B., Horevoorts, N., Aukema, E., Verheul, S., Eerenstein, S., & Strobbe, L. (2022). Adjustment disorder in cancer patients after treatment: prevalence and acceptance of psychological treatment. *Supportive Care in Cancer*, 1-10.
- Van der Gucht, K., Takano, K., Labarque, V., Vandenabeele, K., Nolf, N., Kuylen, S., Cosyns, V., Van Broeck, N., Kuppens, P., & Raes, F. (2017). A mindfulness-based intervention for adolescents and young adults after cancer treatment: effects on quality of life, emotional distress, and cognitive vulnerability. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(2), 307-317.
- Veer, I. M., Riepenhausen, A., Zerban, M., Wackerhagen, C., Puhlmann, L. M., Engen, H., Köber, G., Bögemann, S. A., Weermeijer, J., & Uściłko, A. (2021). Psycho-social factors associated with mental resilience in the Corona lockdown. *Translational psychiatry*, 11(1), 1-11.
- Velasco-Durantez, V., Jimenez-Fonseca, P., Martin Abreu, C. M., Ghanem, I., Gonzalez Moya, M., Asensio, E., Corral, M. J., Rodriguez-Gonzalez, A., Gil-Raga, M., & Carmona-Bayonas, A. (2022). Resilience, social support, and anxious preoccupation in patients with advanced cancer during COVID-19 pandemic. *Cancer Investigation*, 40(6), 475-482.

- Victorson, D., Murphy, K., Benedict, C., Horowitz, B., Maletich, C., Cordero, E., Salsman, J. M., Smith, K., & Sanford, S. (2020). A randomized pilot study of mindfulness-based stress reduction in a young adult cancer sample: Feasibility, acceptability, and changes in patient reported outcomes. *Psycho-oncology*, 29(5), 841-850.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in {R} with the {metafor} package. *Journal of Statistical Software*, 36(3), 1-48. Retrieved from <https://doi.org/10.18637/jss.v036.i03>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. doi:[10.1016/j.bbi.2020.05.048](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048)
- Viola, S., & Moncrieff, J. (2016). Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. *BJPsych Open*, 2(1), 18-24. doi:[10.1192/bjpo.bp.115.002246](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002246)
- Von Collani, G., & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie*.
- Votruba, N., Thornicroft, G., & Group, F. S. (2016). Sustainable development goals and mental health: learnings from the contribution of the FundaMentalSDG global initiative. *Global Mental Health*, 3, e26.
- Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J., & Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1070-1079.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. doi:[10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729)
- Wang, Y.-H., Li, J.-Q., Shi, J.-F., Que, J.-Y., Liu, J.-J., Lappin, J. M., Leung, J., Ravindran, A. V., Chen, W.-Q., & Qiao, Y.-L. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular psychiatry*, 25(7), 1487-1499.

- Warner, E. L., Kent, E. E., Trevino, K. M., Parsons, H. M., Zebrack, B. J., & Kirchhoff, A. C. (2016). Social well-being among adolescents and young adults with cancer: a systematic review. *Cancer*, 122(7), 1029-1037.
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Rüffer, J., Werner, A., & Weyland, P. (2007). Psychoonkologie. *Die Onkologie*, 13(2), 185-194.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 5(4), 503-515.
- Werner, M. C. F., Wirgenes, K. V., Shadrin, A., Lunding, S. H., Rødevand, L., Hjell, G., Ormerod, M. B. E. G., Haram, M., Agartz, I., & Djurovic, S. (2022). Immune marker levels in severe mental disorders: associations with polygenic risk scores of related mental phenotypes and psoriasis. *Translational Psychiatry*, 12(1), 38.
- White, M. C., Holman, D. M., Boehm, J. E., Peipins, L. A., Grossman, M., & Henley, S. J. (2014). Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. *American journal of preventive medicine*, 46(3), S7-S15.
- Whitty, C. J., MacEwen, C., Goddard, A., Alderson, D., Marshall, M., Calderwood, C., Atherton, F., McBride, M., Atherton, J., & Stokes-Lampard, H. (2020). Rising to the challenge of multimorbidity. In (Vol. 368): British Medical Journal Publishing Group.
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: elegant graphics for data analysis*: springer.
- Willems, R. A., Bolman, C. A., Lechner, L., Mesters, I., Gunn, K. M., Ross, X. S., & Olver, I. (2020). Online interventions aimed at reducing psychological distress in cancer patients: evidence update and suggestions for future directions. *Current opinion in supportive and palliative care*, 14(1), 27-39.
- Winzelberg, A. J., Classen, C., Alpers, G. W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R. E., Ernst, H., Dev, P., & Taylor, C. B. (2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 97(5), 1164-1173.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Vol. 2). Springer.
- Woodrow, M., Carey, C., Ziauddeen, N., Thomas, R., Akrami, A., Lutje, V., Greenwood, D. C., & Alwan, N. A. (2023). *Systematic review of the prevalence of long COVID*. Paper presented at the Open Forum Infectious Diseases.
- World Health Organization. (1948). *Präambel zur Satzung*: Genf: WHO.
- World Health Organization. (1989). *Ottawa Charta for health promotion*: Ottawa: WHO.

- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*: Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020.
- World Health Organization. (2021). A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1
- World Health Organization. (2022). The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. World Health Organization. R. *Regional Office for Europe*. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/352137>
- Wu, S., Zhang, Y., & Yang, H. (2024). The curvilinear relationship between supervisor negative feedback and subordinate job performance: the role of work concentration and leader-member exchange. *Current Psychology*, 43(11), 10346-10355.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91-98.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., & Majeed, A. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*. doi:10.1016/j.jad.2020.08.001
- Ye, Z. J., Liang, M. Z., Qiu, H. Z., Liu, M. L., Hu, G. Y., Zhu, Y. F., Zeng, Z., Zhao, J. J., & Quan, X. M. (2016). Effect of a multidiscipline mentor-based program, Be Resilient to Breast Cancer (BRBC), on female breast cancer survivors in mainland China—A randomized, controlled, theoretically-derived intervention trial. *Breast cancer research and treatment*, 158(3), 509-522.
- Yi, J. C., & Syrjala, K. L. (2017). Overview of cancer survivorship in adolescent and young adults. *Waltham, MA: UpToDate*, 1-18.
- Zainal, N. Z., Booth, S., & Huppert, F. A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-oncology*, 22(7), 1457-1465.

- Zamarripa, J., Delgado-Herrada, M., Morquecho-Sánchez, R., Baños, R., de la Cruz-Ortega, M., & Duarte-Félix, H. (2021). Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender. *Salud mental*, 43(6), 273-278.
doi:[10.17711/SM.0185-3325.2020.037](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.037)
- Zarowsky, C., Haddad, S., & Nguyen, V.-K. (2013). Beyond ‘vulnerable groups’: contexts and dynamics of vulnerability. *Global Health Promotion*, 20(1_suppl), 3-9.
- Zebrack, B., & Isaacson, S. (2012). Psychosocial care of adolescent and young adult patients with cancer and survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1221-1226.
- Zebrack, B., Mathews-Bradshaw, B., & Siegel, S. (2010). Quality cancer care for adolescents and young adults: a position statement. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4862-4867.
- Zeier, P., Meine, L. E., & Wessa, M. (2022). It's worth the trouble: Stressor exposure is related to increased cognitive reappraisal ability. *Stress and Health*, 38(3), 602-609.
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2381.
doi:[10.3390/ijerph17072381](https://doi.org/10.3390/ijerph17072381)
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K., & Thombs, B. D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting “unsure” sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: forgotten groups? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 104-113.

9. Anhang

9.1. Corona-Studie

Table S 1 Survey questionnaire

Survey questionnaire	Description	Number of items	Time period	Response format
<i>Sociodemographic (Part I)</i>	General (age, gender, ...) Origin and language Social situation Occupational situation	3 items 7 items 2 items 10 items	-	Selection Open response format Yes No, selection Selection Yes No, selection
<i>Corona Pandemic, a selection of 13 items of the international survey DynaCORE (Veer et al., 2021)</i>	Corona-specific Daily Hassles (DH _s) Frequency (DH _{fs}) and burden (DH _{bs})	13 items	Up to the last 7 days	Selection from 'not at all burdensome' to 'very burdensome' on a five-point Likert scale; did not occur
<i>Pro-diversity beliefs (Kauff & Wagner, 2012)</i>	Cultural diversity	2 items	-	1 'not at all' 2 'rather not' 3 'rather' 4 'fully'
<i>Individual reflective values (Individuelle reflexive Werte), (Hermann, 2004)</i>	Values	16 items	-	'not very important' to 'very important' on a seven-point Likert scale
<i>Political attitudes (Sozio-Politische Einstellungen) (Fischer & Kohr, 2014)</i>	Non-political attitude/ political engagement	16 items	-	'correct' 'not correct'
<i>Social Identity (Doosje et al., 1995)</i>	Social identification	4 items	-	1 'do not agree at all' 2 'tend to disagree' 3 'neither' 4 'tend to agree' 5 'agree completely'
<i>General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg et al., 1997)</i>	Mental health	12 items	The last few weeks	1 'no, not at all' / 'better than usual' / 'more than usual' 2 'not worse than usual' / 'not more than usual' / 'as usual' 3 'worse than usual' / 'more than usual' / 'heavier than usual' / 'less

9. Anhang

				than usual' 4 'much worse than usual' / 'much more than usual' / 'much heavier than usual' / 'much less than usual'
<i>Brief Resilience Scale</i> (BRS) (A. Chmitorz, M. Wenzel, et al., 2018)	Ability to bounce back quickly from stress	6 items	-	1 'do not agree at all' 2 'tend to disa- gree' 3 'neither' 4 'tend to agree' 5 'agree completely'
<i>Perceived Stress Scale</i> (PSS-4) (Cohen et al., 1983)	Subjective per- ceived stress	4 items	Within last month	1 'never' 2 'rarely' 3 'sometimes' 4 'frequently' 5 'very often'
<i>Mainz Inventory of Microstressors</i> (MIMIS) (Chmitorz et al., 2020)	general Daily Hassles (DH _g) Frequency (DH _{fg}) and burden (DH _{bg})	58 items	Up to the last 7 days	1-7 days, did not occur from 'not at all burdensome' to 'very burdensome' on a five-point Lik- ert scale
<i>Life Event</i>	Stressful event	1 item	Within the last 12 months	Open response for- mat
<i>Response To Stressful Experiences-Scale</i> (RSES-4) (Ponder et al., 2021)	Evaluation of the stressful event	4 items	-	1 'do not agree at all' 2 'tend to disa- gree' 3 'neither' 4 'tend to agree' 5 'agree completely'
<i>Optimism-pessimism</i> (SOP-2) (Kemper et al., 2012a)	optimism-pes- simism	2 items	-	from 'not optimistic/ pessimistic at all' to 'very optimistic/ pessimistic' on a seven-point Likert scale
<i>Locus of control</i> (IE- 4) (Kovaleva et al., 2012)	internal and external locus of control	4 items	-	1 'does not apply at all' 2 'applies a lit- tle' 3 'applies somewhat' 4 'ap- plies fairly' 5 'ap- plies fully'
<i>Self-efficacy</i> (ASKU) (Beierlein et al., 2012)	self-efficacy	3 items	-	1 'does not apply at all' 2 'applies a lit- tle' 3 'applies somewhat' 4 'ap- plies fairly' 5 'ap- plies fully'

9. Anhang

<i>Social support</i> (OSSS-3) (Kocalevent et al., 2018)	Perceived social support	3 items	-	response format differs on a 4 resp. 5-point Likert scale
<i>Sociodemographics</i> (Part 2)	Health Alcohol consumption Tobacco consumption Consumption of illegal drugs	4 items 2 items 3 items 3 items		Yes No, Open response format Selection Yes No, selection Yes No, selection
182 items				

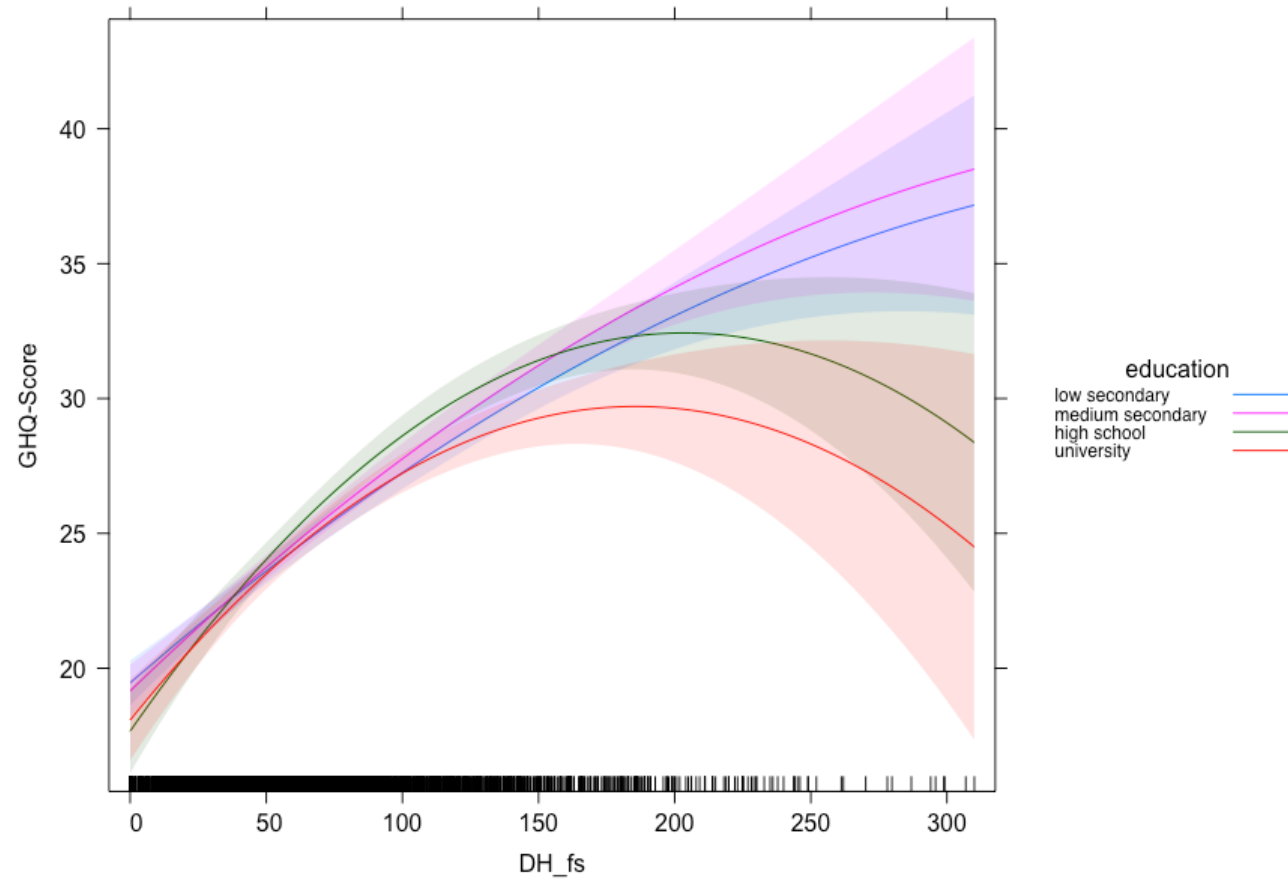


Figure S1. Influence of education level on DH_{fs}-GHQ-Relationship (multivariate regression analyses with GHQ score as criterion and DH_{fs} as predictors, and education as moderator).

9. Anhang

9.2. Systematisches Review

Table S 2. Characteristics of included studies.

Authors	Sample	Outcomes (<i>instruments</i>)	T	Intervention Details	Control group
Aubin et al. (2019)	Sample size: n=95 (n_{IG}: 45, n_{CG}: 50) Gender distribution (%): ♀=76.6, ♂=23.4 Age: M=30.12; 18-49 Type of cancer: Brain (n=8), Breast (n=25), Gastrointestinal (n=4), Gynecological (n=6), Hodgkin's lymphoma (n=14), Non-Hodgkin's lymphoma (n=6), unspecified lymphoma (n=3), sarcoma (n=8), skin (n=3), Testicular (n=9), Thyroid (n=6), other (n=3)	- Anxiety (<i>HADS</i>) - Depression (<i>HADS</i>) - QoL (<i>FACT-G</i>) - Self-efficacy (<i>CDSES</i>) - Sexual well-being (<i>SS</i>)	T₀ T₁: 6 weeks T₂: 18 weeks	Psychosocial intervention 'Toolbox' addresses 1) problems and challenges with cancer, 2) social and family relationships, and 3) couple relationships and sexual relationships. Theoretical foundation: CBT, ACT, PST Intensity (duration): 60 min sessions/ week (3 weeks) Setting (presentation mode): Individual (FTF/ Skype) Treatment stage: not exactly defined (many – CG: 51.9% IG: 63.8% – have completed the treatments)	TAU: follows the holistic approach with medical and psychosocial (< 1/month) support.
Berg et al. (2019)	Sample size: n=65 (n_{IG}: 38, n_{CG}: 18) Gender distribution (%): ♀=75.0, ♂=25.0 Age M=32.55; SD=5.45; 18-40 Type of cancer: Brain (n=0), Breast (n=16), Gastrointestinal (n=5), Gynecological (n=2), Hodgkin's lymphoma (n=0), Non-Hodgkin's lymphoma (n=0), unspecified lymphoma (n=7), sarcoma (n=5), skin (n=9), Testicular (n=5), Thyroid (n=0), other (n=16)	- Depression (<i>PHQ-9</i>) - QoL (<i>FACT-G & Short Form Health Survey</i>) - General health: substance use (<i>alcohol and marijuana</i>) - Hope (<i>Adult Trait Hope Scale</i>)	T₀ T₁: 8 weeks T₂: 6 months	AWAKE intervention: providing hope-related skills; smartphone-based weekly intervention module, including homework and phone coaching. Theoretical foundation: Positive Psychology Intensity (duration): 1 module/ week + daily monitoring of mood and health behavior goals (8 weeks) Setting (presentation mode): individual (App/ Phone) Treatment stage: after completion of treatment (0- 2 years)	Active control group: smartphone-based weekly module on other topics and opportunity for phone coaching on that topic over an 8-week period.
*Børøsund et al. (2020)	Sample size: n=73, (n_{IG}: 36, n_{CG}: 37) Gender distribution (%): N/A Age M=41.68; SD=7.19; 18-49 Type of cancer: Brain (n=8), Breast (n=35), Gastrointestinal (n=6), Gynecological (n=6), Hodgkin's lymphoma (n=0), Non-Hodgkin's lymphoma (n=1), unspecified lymphoma (n=5), sarcoma (n=4), skin (n=0), Testicular (n=0), Thyroid (n=0), other (n=8)	- Anxiety (<i>HADS</i>) - Depression (<i>HADS</i>) - Stress (<i>PSS-14</i>) - Health-related QoL (<i>SF-36</i>)	T₀ T₁: 3 months T₂: 6 months + 12 months	StressProffen-Intervention – gold-standard cognitive-behavioral distress- and stress-management intervention – 10 modules including the following themes: stress; QoL, self-care, mindfulness, guided imagery; coping, social support, meditation, anger management, communication, health behaviors and setting goals. Theoretical foundation: CBT, stress-management, mindfulness-based practices	TAU

9. Anhang

Table S 2. Characteristics of included studies.

				• Intensity (duration): 1 module/ week + follow-up phone calls at 2-3 and 6-7 weeks (by health-care study personnel) (3 months) • Setting (presentation mode): individual (FTF/ App/ Phone) • Treatment stage: close to diagnosis (currently or recently in cancer treatment – maximum 1 year since hospital treatment completion)	
*Bredal et al. (2014)	• Sample size: n=89 (n_{IG}: 44, n_{CG}: 45) • Gender distribution (%): ♀=100.0 • Age M=43.94; 18-49 • Type of cancer: N/A	• Anxiety (<i>HADS</i>) • Depression (<i>HADS</i>) • Positive attitude/ anxious preoccupation/ helplessness/hopelessness/ cognitive avoidance (<i>Mini-MAC</i>)	T₀ (T₁): 2 months T₂: 6 months ± 12 months	PEG (PsychoEducational Group) Intervention consists of four components: Health education, stress management, problem-solving skills improvement, and psychological support. • Theoretical foundation: CBT, stress-management, PST, psycho-social support • Intensity (duration): 2-hour sessions/ week (5 weeks) • Setting (presentation mode): group (FtF) • Treatment stage: close to diagnosis (1-8 weeks after surgery)	Active control group SHG intervention consists of weekly 2-hour sessions: Sharing of experiences/ feelings. Each 30 minutes: participation of surgeon, physiotherapist, and volunteers of Breast Cancer Society.
*Gonzalez-Hernandez et al. (2018)	• Sample size: n=20 (n_{IG}: 12, n_{CG}: 8) • Gender distribution (%): N/A • Age 35-49 • Type of cancer: N/A	• Mental distress (<i>BSI-18</i>) • QoL (<i>FACT-G</i>) • Mindfulness (<i>FFMQ-SH</i>) • Fear of cancer recurrence inventory - psychological stress and functional difficulties (<i>FCRI</i>) • Self-compassion (<i>SCS-SF</i>)	T₀ T₁: 8 weeks T₂: 6 months	Cognitively - Based Compassion Training (CBCT) for breast cancer survivors. • Theoretical foundation: mindfulness-based practices • Intensity (duration): 2-hour sessions/ week (8 weeks) • Setting (presentation mode): group (FtF) • Treatment stage: not exactly defined (no treatments during the study)	TAU: consisting of counseling interventions, cognitive-behavioral family interventions (regular visits to psycho-oncologist).
*Ho et al. (2017)	• Sample size: n=6 (n_{IG}: 3, n_{CG}: 3) • Gender distribution (%): ♀=75.0, ♂=25.0 • Age M=46.63 SD=2.62; 18-49 • Type of cancer: N/A	• Anxiety and depression (<i>HADS</i>) • Stress (<i>PSS-14</i>) • Mindfulness (<i>FFMQ-SH</i>)	T₀ 4 weeks post	Mindfulness meditation intervention: combination of mindfulness practice, relaxation and yoga exercises based on the core components of mindfulness-based stress reduction and mindful self-compassion. • Theoretical foundation: mindfulness-based practices	Waiting list control group: continued routine care and after the 6-month

9. Anhang

Table S 2. Characteristics of included studies.

		positive and negative affect (<i>PANAS</i>)	T₁: 8 weeks T₂: 6 months	Intensity (duration): 1,5-hour sessions/ week + expectation to practice at least 20 min daily (8 weeks) Setting (presentation mode): group (FTF) Treatment stage: after completion of treatment (6 months - 5 years)	opportunity to participate in the mindfulness intervention.
*Jensen-Johansen et al. (2013)	Sample size: n=157 (n_{IG}: 79, n_{CG}:78) Gender distribution (%): ♀=100 Age M=43.5 SD=5.2; 18-49 Type of cancer: N/A	- Depression (<i>BDI</i>) - Mental distress/ cancer distress (<i>IES</i>) - Negative mood (<i>POMS</i>) - Passive positive mood (<i>PPMS</i>)	T₀ T₂: 3 months + 9 months	Expressive Writing Intervention (EWI): writing about a traumatic/stressful event to explore feelings. Research assistants contact participants by phone to initiate and end the writing sessions. Theoretical foundation: psychoanalysis Intensity (duration): 20 min. sessions/ week (3 weeks) Setting (presentation mode): individual (FtF) Treatment stage: close to diagnosis (up to 3 weeks after mastectomy or lumpectomy)	Active control group: objective and detailed emotionally neutral writing about daily activities.
*Körner et al. (2019)	Sample size: n=24 (n_{IG}: 13, n_{CG}: 11) Gender distribution (%): ♀=76.6, ♂=23.4 Age M=39.75; SD=7.75; 18-49 Type of cancer: Brain (n=3), Breast (n=8), Gastrointestinal (n=2), Gynecological (n=3), Hodgkin's lymphoma (n=0), Non-Hodgkin's lymphoma (n=2), unspecified lymphoma (n=2), sarcoma (n=1), skin (n=0), Testicular (n=0), Thyroid (n=1), other (n=2)	- Mental distress (<i>HADS</i>) - QoL (<i>FACT-G</i>) - Coping (<i>WoC</i>) - Empowerment (<i>heiQ</i>)	T₀ T₁: 6 weeks T₂: 10 weeks	Self-help book 'NuCare': 174-page workbook (Nu-Care). Training in seven skills: mindfulness, cognitive coping skills, relaxation techniques, goal setting, problem solving, communication, and social support. Theoretical foundation: CBT, stress-management, PST, psycho-social support Intensity (duration): approximately two chapters per week (6 weeks) Setting (presentation mode): individual (Self Help Workbook) Treatment stage: not exactly defined (close to diagnosis/ before medical treatment/ at a later stage)	TAU: clinical care approach (psycho-social oncology programs, that provide patients with access to social work, psychology, psychiatry, nursing, and pastoral care specialties).
*Northouse et al. (2013)	Sample size: n=79 (n_{IG}: 28, n_{CG}: 30) Gender distribution (%): ♀=78.5, ♂=21.5 Age M=43.32; 21-49 Type of cancer: Brain (n=0), Breast (n=32), Gastrointestinal (n=15), Gynecological (n=3), Hodgkin's lymphoma (n=0), Non-Hodgkin's lymphoma	- QoL (<i>FACT-G</i>) - Coping (<i>Brief Cope</i>) - Appraisal of illness (<i>Appraisal of Illness</i>) - Uncertainty (<i>Mishel Uncertainty Scale</i>) - Hopelessness (<i>Beck Hopelessness Scale</i>)	T₀ T₁: 3 months T₂: 6 months	Psychosocial intervention FOCUS (family involvement, optimistic attitude, coping effectiveness, uncertainty reduction, and symptom management). Theoretical foundation: CBT Intensity (duration): 4 x 90 min. home visits + 2x 30-min phone sessions (10 weeks) Setting (presentation mode): individual (FtF/phone) Treatment stage: close to diagnosis (up to 6 months)	TAU: consisting of medical treatment of cancer and symptom management. Psychosocial support was occasionally

9. Anhang

Table S 2. Characteristics of included studies.

	(n=0), unspecified lymphoma (n=0), sarcoma (n=0), skin (n=0), Testicular (n=0), Thyroid (n=0), other (n=29)	• Positive health behavior (<i>Health Behaviors Scale</i>) • Communication (<i>Lewis MIS Scale</i>) • Self-efficacy (<i>CASE</i>) • Social support (<i>social support questionnaire</i>)			provided, but not routinely to patients or caregivers.
*Rosenberg et al. (2018); Steineck et al. (2019)	• Sample size: n=25 (n_{IG}: 13, n_{CG}: 12) • Gender distribution (%): N/A • Age 18-25 • Type of cancer: Brain (n=0), Breast (n=0), Gastrointestinal (n=13), Gynecological (n=2), Hodgkin's lymphoma (n=0), Non-Hodgkin's lymphoma (n=0), unspecified lymphoma (n=0), sarcoma (n=0), skin (n=0), Testicular (n=0), Thyroid (n=0), other (n=10)	• Anxiety (<i>HADS</i>) • Depression (<i>HADS</i>) • Mental distress (<i>Kessler-6</i>) • QoL (<i>PedsQL SF-15</i>) • Cancer experiences (<i>PedsQL Cancer Module</i>) • Resilience (CD-RISC) •	T₀ T₂: 6 months	PRISM psychosocial intervention developed based on (CBT) theories of resilience, stress, and coping for AYA with serious chronic illness. Strengthening four resources: stress management, goal setting, cognitive reappraisal, and meaning making. • Theoretical foundation: CBT, stress-management, PST, mindfulness-based practices • Intensity (duration): 30-60 min. sessions every two weeks (4 weeks) • Setting (presentation mode): individual (FtF) • Treatment stage: close to diagnosis (1-10 weeks before treatment or with 'advanced cancer')	TAU: includes a psychosocial assessment at the time of diagnosis and at the request of the family.
*Sansom-Daly et al. (2021)	• Sample size: n=40 (n_{IG}: 19, n_{CG}: 11) • Gender distribution (%): ♀=52; ♂=48 • Age M=20.6; SD=3.0; 21-49 • Type of cancer: N/A	• Anxiety (<i>DASS</i>) • Depression (<i>DASS</i>) • Impact of cancer (<i>Impact of Cancer Scale</i>)	T₀ T₁: 6 weeks T₂: 12 weeks	Recapture Life (Resilience and Coping skills for young People and their families To Live well Following cancer - Adolescent and Young Adult version) psycho-educational online program. • Theoretical foundation: CBT • Intensity (duration): 90 min. sessions/ week (6 weeks) • Setting (presentation mode): group (online videoconferencing (FtF)/ workbook) • Treatment stage: after completion of treatment (up to 24 months)	Waiting list control group: completion of a repeated baseline assessment, and re-randomization to receive either Recapture Life or peer-support group after their waitlist period.
*Toussaint et al. (2014)	• Sample size: n=29 (n_{IG}: 15, n_{CG}: 14) • Gender distribution (%): N/A • Age 21-49 • Type of cancer: N/A	• Self-forgiveness (<i>SSFS</i>) • Self-acceptance (<i>PTCI</i>) • Self-improvement (<i>BFS</i>) • Pessimism (<i>LOT-R</i>)	T₀ T₁ (subsequently)	SFC - Self-Forgiveness Education consisting of two main building blocks: acceptance and motivation (to better oneself). • Theoretical foundation: positive psychology • Intensity (duration): 1 session (not exactly defined) • Setting (presentation mode): group (workbook) • Treatment stage: close to diagnosis (current treatment)	AWC: reading newspapers and magazines.

9. Anhang

Table S 2. Characteristics of included studies.

Victorson et al. (2020)	• Sample size: n=126 (n_{IG}: 67, n_{CG}: 59) • Gender distribution (%): ♀=78.6; ♂=21.4 • Age M=32.8; SD=4.76; 18-39 • Type of cancer: Brain (n=4), Breast (n=43), Gastrointestinal (n=5), Gynecological (n=3), Hodgkin's lymphoma (n=0), Non-Hodgkin's lymphoma (n=0), unspecified lymphoma (n=32), sarcoma (n=0), skin (n=0), Testicular (n=3), Thyroid (n=3), other (n=33)	• Depression (<i>PROMIS CATs</i>) • Stress (<i>PSS-4</i>) • QoL (<i>PROMIS CATs</i>) • Mindfulness (<i>MAAS</i>) • Disease and treatment related symptoms (<i>PROMIS CATs</i>) • Self-compassion (<i>SCS</i>) • Self-kindness (<i>SCS</i>) • Post-traumatic growth (<i>PTGI-SF</i>)	T₀ T₁: 8 weeks T₂: 16 weeks	MBSR- mindfulness - based stress reduction Intervention: • Theoretical foundation: mindfulness-based practices • Intensity (duration): 2.5 hours/ week (8 weeks) • Setting (presentation mode): group (FtF) • Treatment stage: not extract defined	Waiting list control group: conventional medical care as determined by the treating hospital.
--------------------------------	--	--	--	---	--

Note: T=Measurement time points. CG=control group; IG=intervention group; N/A=not applicable. (*) Use of subdata (age range 18 to 49 years). ♀=female. ♂=male. M=mean. SD=Standard deviation. Crossed out =not applicable. Colored= Outcomes marked in the same color were used to assess this variable in meta-analyses. T₀=baseline. T₁=post-intervention. T₂=Follow Up. IG=intervention group. CG=control group. TAU=treatment as usual. SHG=self-help group. CBT=Cognitive Behavioral Therapy. ACT=Acceptance and commitment therapy. PST=Problem solving training. AWC=Active (waiting) control group. QoL=Quality of Life. FtF=Face-to-face. *HADS*=Hospital Anxiety and Depression Scale. *FACT-G*=Functional Assessment of Cancer Therapy: General. *CDSES*=Chronic Disease Self-Efficacy Scale. *SS*=Sexuality Scale. *SCS-SF*=Self-Compassion Scale–Short Form. *PHQ-9*=Patient Health Questionnaire. *CD-RISC*=Connor Davidson-Resilience Scale. *SF-36*=Short-Form Health Surveys. *BSI*=Brief Symptom Inventory. *FCRI*=Fear of Cancer Recurrence Inventory. *FFMQ-SH*=Five Facets of Mindfulness Questionnaire. *PSS*=Perceived Stress Scale. *PANAS*=Positive and Negative Affect Schedule. *BDI*=Beck Depression Inventory. *IES*=Impact of Event Scale. *POMS*=Profile of Moods State. *PPMS*=Passive Positive Mood Scale. *heiQ*=The Health Education Impact Questionnaire. *WoC*=Ways of Coping Questionnaire – Cancer Version. *CASE*=Cancer Self-Efficacy Scale. *PedsQL SF-15*=Pediatric Quality of Life Inventory Short Form. *Kessler-6*=Kessler Psychological Distress Scale. *Mini-MAC*=Mini-Mental Adjustment to Cancer. *DASS*=Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form. *SSFS*=State Self-Forgiveness Scale. *PTCI*=Post-Traumatic Cognitions Inventory. *BFS*=Benefit-Finding Scale. *LOT-R*=Life Orientation Test-Revised. *PROMIS CATs*=Patient Reported Outcomes Measurement Information System Computer Adaptive Tests. *MAAS*=Mindfulness Attention Awareness Scale. *SCS*=Self-Compassion Scale. *PTGI-SF*=Posttraumatic Growth Inventory – Short Form.

9. Anhang

Table S 3. Results of primary studies.

Author	Outcome (instrument)	Post-intervention		Follow-Up		Comment
		SMD	[95% CI]	SMD	[95% CI]	
Aubin et al. (2019)	Self-efficacy (CDESES)	-0.17	[-0.56, 0.23]	0.06	[-0.33, 0.46]	Mean self-efficacy score in the IG did <u>not differ significantly</u> from the CG (neither at post-intervention nor follow-up).
	Sexual esteem (SS)	5.78	[1.80, 9.76]	5.64	[1.60, 9.68]	Higher values indicate higher sexual esteem: the mean scores in the IG were on both assessments <u>higher</u> (1.80 to 9.76 or 1.60 to 9.68 higher) than in the CG.
	Sexual depression (SS)	-7.11	[-11.17, -3.05]	-6.27	[-10.49, -2.05]	Lower values indicate lower sexual depression: the mean score in the IG was, on average, 7.11 or 6.27 standard deviations <u>lower</u> (11.17 to 3.05 or 10.49 to 2.05) lower than in the CG.
Berg et al. (2019)	Hope (<i>Adult Trait Hope Scale</i>)	0.28	[-0.29, 0.85]	0.27	[-0.33, 0.87]	In the IG mean hope score was <u>not significantly different</u> from the CG (neither at post-intervention nor follow-up).
Bredal et al. (2014)	Positive attitude (<i>Mini-MAC</i>)	N/A	N/A	-0.20	[-1.60, 1.20]	In the IG mean positive attitude score was <u>not significantly different</u> from the CG at follow-up.
Gonzalez-Hernandez et al. (2018)	Self-compassion (<i>SCS-SF</i>)	0.78	[-0.95, 2.50]	0.63	[-1.55, 2.81]	In the IG mean self-compassion score was <u>not significantly different</u> from the CG (neither at post-intervention nor follow-up).
Ho et al. (2017)	Positive affect (<i>PANAS</i>)	-0.03	[-0.73, 0.66]	0.25	[-0.56, 1.06]	In the IG mean positive affect score was <u>not significantly different</u> from the CG (neither at post-intervention nor follow-up).
Northouse et al. (2013)	Social support (<i>social support questionnaire</i>)	0.62	[0.16, 1.08]	0.15	[-0.35, 0.64]	Higher values indicate higher social support: at post-intervention the mean score in the IG was, on average, 0.62 standard deviations <u>higher</u> (0.16 to 1.08 higher). At follow-up in the IG mean social score was <u>not significantly different</u> from the CG.
	Self-efficacy (<i>CASE</i>)	-6.06	[-27.28, 15.16]	-18.02	[-43.62, 7.58]	In the IG mean self-efficacy score was <u>not significantly different</u> from the CG (neither at post-intervention nor follow-up).
Rosenberg et al. (2018); Steineck et al. (2019)	Resilience (<i>CD-RISC</i>)	N/A	N/A	7.00	[2.50, 11.50]	Higher values indicate higher resilience: at follow-up the mean score in the IG was, on average, 7.00 standard deviations <u>higher</u> (2.50 to 11.50 higher).
Sansom-Daly et al. (2021)	Sense of purpose (<i>Impact of Cancer Scale</i>)	0.34	[-0.24, 0.92]	N/A	N/A	In the IG mean sense of purpose score was <u>not significantly different</u> from the CG at post-intervention.

9. Anhang

Table S3. Results of primary studies.

Author	Outcome (instrument)	Post-intervention SMD	[95% CI]	Follow-Up SMD	[95% CI]	Comment
Toussaint et al. (2014)	Self-forgiving feelings and actions (SSFS)	0.96	[0.07, 1.85]	N/A	N/A	Higher values indicate higher self-forgiving feelings and actions: at post-intervention the mean score in the IG was, on average, 0.96 standard deviations <u>higher</u> (0.07 to 1.85 higher).
	Self-forgiving beliefs (SSFS)	0.80	[0.02, 1.58]	N/A	N/A	Higher values indicate higher self-forgiving beliefs: at post-intervention the mean score in the IG was, on average, 0.80 standard deviations <u>higher</u> (0.08 to 1.58 higher).
	Self-acceptance (PTCI)	-0.76	[-1.59, 0.07]	N/A	N/A	In the IG mean self-acceptance score was <u>not significantly different</u> from the CG at post-intervention.
	Self-improvement (BFS)	0.43	[-0.05, 0.91]	N/A	N/A	In the IG mean self-improvement score was <u>not significantly different</u> from the CG at post-intervention.
Victorson et al. (2020)	PTG (PTGI-SF)	0.22	[-0.32, 0.76]	0.59	[0.09, 1.09]	Higher values indicate higher PTG: at post-intervention in the IG mean PTG score was <u>not significantly different</u> from the CG. At follow-up the mean score in the IG was, on average, 0.59 standard deviations <u>higher</u> (0.09 to 1.09 higher).

Note: CG=control group; IG=intervention group; N/A=not applicable. *CDSES*=Chronic Disease Self-Efficacy Scale. *SS*=Sexuality Scale. *SCS-SF*=Self-Compassion Scale–Short Form. *CD-RISC*=Connor Davidson-Resilience Scale. *PANAS*=Positive and Negative Affect Schedule. *CASE*=Cancer Self-Efficacy Scale. *Mini-MAC*=Mini-Mental Adjustment to Cancer. *SSFS*=State Self-Forgiveness Scale. *PTCI*=Post-Traumatic Cognitions Inventory. *BFS*=Benefit-Finding Scale. PTG=posttraumatic growth. *PTGI-SF*=Posttraumatic Growth Inventory – Short Form.

Table S 4. Results of the sensitivity analyses on risk of bias

Analysis	<i>n</i>	<i>k</i>	SMD	Confidence interval		Prediction interval		<i>p</i>	<i>Q</i>	<i>df</i>	<i>p(Q)</i>	<i>I</i> ² (<i>I</i> ² _S , <i>I</i> ² _O)
				95% _l	95% _u	95% _l	95% _u					
1. Randomization												
Post-intervention												
Mental distress (overall)	5	8	0.18	−0.10	0.46	−0.18	0.54	.181	3.45	7	.841	7.9 (0, 7.9)
Positive mental health (overall)	3	7	−0.63	−1.20	−0.07	−1.46	0.19	.033	4.54	6	.604	21.5 (0, 21.5)
Follow-up intervention												
Mental distress (overall)	4	7	−0.20	−0.95	0.56	—	—	.470	6.96	6	.325	56.8 (56.8, 0)
Positive mental health (overall)	2	5	−0.19	−4.71	4.32	—	—	.681	8.40	4	.078	54.8 (42.8, 12.0)
2. Deviations from intended intervention												
Post-intervention												
Mental distress (overall)	5	10	0.22	0.05	0.39	—	—	.017	3.67	9	.912	0
Positive mental health (overall)	3	8	−0.33	−1.58	0.92	—	—	.372	18.88	7	.009	68.4 (43.1, 25.3)
Follow-up intervention												
Mental distress (overall)	3	5	−0.27	−1.60	1.06			.471	6.78	4	.148	75.3 (75.3, 0)
Positive mental health (overall)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Missing outcome data												
Post-intervention												
Mental distress (overall)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Positive mental health (overall)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Follow-up intervention												
Mental distress (overall)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Positive mental health (overall)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Outcome measurement												
Post-intervention												

Table S 4. Results of the sensitivity analyses on risk of bias

Analysis	<i>n</i>	<i>k</i>	SMD	Confidence interval		Prediction interval		<i>p</i>	<i>Q</i>	<i>df</i>	<i>p(Q)</i>	<i>I</i> ² (<i>I</i> ² _S , <i>I</i> ² _O)
				95% _l	95% _u	95% _l	95% _u					
Mental distress (overall)	4	7	0.17	−0.12	0.45	–	–	.200	3.22	6	.781	5.5 (0, 5.5)
Positive mental health (overall)	2	3	−0.40	−2.61	1.83	–	–	.265	1.48	2	.467	15.0 (0, 15.0)
Follow-up intervention												
Mental distress (overall)	4	9	0.07	−0.02	0.16	–	–	.097	1.72	8	.989	0
Positive mental health (overall)	2	2	−0.09	−4.84	4.65	–	–	.844	1.88	1	.171	46.7 (23.4, 23.4)
5. Selective reporting												
Post-intervention												
Mental distress (overall)	5	13	0.17	−0.06	0.40	−0.16	0.50	.135	5.02	12	.957	12.7 (12.7, 0)
Positive mental health (overall)	4	8	−0.01	−0.95	0.92	–	–	.969	22.02	7	.003	77.5 (62.8, 14.7)
Follow-up intervention												
Mental distress (overall)	6	13	0.01	−0.37	0.39	−0.73	0.75	.949	11.56	12	.482	37.9 (37.9, 0)
Positive mental health (overall)	5	10	−0.11	−0.46	0.24	−0.66	0.44	.433	11.79	9	.225	25.0 (17.5, 7.5)

Note. This table presents the results of meta-analyses limiting included effect estimates to those that were rated to be at ‘low risk of bias’ for the respective domain (see ratings for specific domains and outcome types per study in Table 1).

The multilevel meta-analysis on mental distress included anxiety symptoms, depressive symptoms, psychological distress, and stress symptoms. The multilevel meta-analysis on positive mental health outcomes included coping, mindfulness, and quality of life. Outcomes were only included in the multilevel model if three or more effect estimates were available per outcome. For all outcomes, SMDs were calculated in a way that positive values indicate increases in the respective outcome.

df=degrees of freedom; *I*²=heterogeneity index in percentage (range: 0–100%); *I*²_S=heterogeneity accounted for by between-study differences; *I*²_O=heterogeneity accounted for by between-outcome differences; *k*=number of effect estimates; *n*=number of studies; *Q*=Cochran’s *Q* statistic with *p* value; SMD=standardized mean difference; 95%_l=lower boundary of the 95% confidence/prediction interval; 95%_u=upper boundary of the 95% confidence/prediction interval.

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Aubin 2019	Anxiety (HADS); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Anxiety (HADS); 3 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Depression (HADS); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Depression (HADS); 3 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Anxiety and Depression (HADS); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Anxiety and Depression (HADS); 3 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	QoL (social/family well-being); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	QoL (social/family well-being); 3 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Sexual esteem (Sexuality Scale); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Sexual esteem (Sexuality Scale); 3 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Sexual depression (Sexuality Scale); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Aubin 2019	Sexual depression (Sexuality Scale); 3 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	Depression (PHQ9); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	Depression (PHQ9); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (social/family well-being) (SF-36); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (social/family well-being) (SF-36); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (physical well-being) (SF-36); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (physical well-being) (SF-36); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (emotional well-being) (SF-36); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (emotional well-being) (SF-36); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (functional well-being) (FACT-G); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	QoL (functional well-being) (FACT-G); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	Hope (Adult Trait Hope Scale); post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Berg 2019	Hope (Adult Trait Hope Scale); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Børø Sund 2020	Anxiety (HADS); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børø Sund 2020	Depression (HADS); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børø Sund 2020	Anxiety and depression (HADS); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børø Sund 2020	Stress (PSS); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børø Sund 2020	QoL (functional well-being) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Børøsund 2020	QoL (role physical) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børøsund 2020	QoL (pain) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børøsund 2020	QoL (general health) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børøsund 2020	QoL (vitality) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børøsund 2020	QoL (social functioning) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børøsund 2020	QoL (role emotional) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Børøsund 2020	QoL (mental health) (SF-36); 3 months follow up	Some concerns	High	High	High	Low
Bredal 2014	Anxiety (HADS); 2 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Anxiety (HADS); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Anxiety (HADS); 12 months follow up after surgery	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Depression (HADS); 2 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Depression (HADS); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Depression (HADS); 12 months follow up after surgery	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Positive attitude (Mini-MAC); 2 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Positive attitude (Mini-MAC); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Positive attitude (Mini-MAC); 12 months follow up after surgery	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Anxious preoccupation (Mini-MAC); 2 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Anxious preoccupation (Mini-MAC); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Anxious preoccupation (Mini-MAC); 12 months follow up after surgery	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Helplessness/ hopelessness (Mini-MAC); 2 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Helplessness/ hopelessness (Mini-MAC); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Helplessness/ hopelessness (Mini-MAC); 12 months follow up after surgery	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Cognitive avoidance (Mini-MAC); 2 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Cognitive avoidance (Mini-MAC); 6 months follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Bredal 2014	Cognitive avoidance (Mini-MAC); 12 months follow up after surgery	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Gonzalez-Hernandez 2018	QoL (FACT-B+4); post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	QoL (FACT-B+4); 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Well-being - psychological distress (BSI-18); post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Well-being - psychological distress (BSI-18); 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Self-compassion (Self-Compassion Scale–Short Form); post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Self-compassion (Self-Compassion Scale–Short Form); 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (insight); FCRI; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (insight); FCRI; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (triggers); FCRI; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (triggers); FCRI; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (psychological distress); FCRI; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (psychological distress); FCRI; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (coping); FCRI; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Fear of Cancer Recurrence Inventory - psychological stress and functional difficulties (coping); FCRI; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - observe; FFMQ-SF; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - observe; FFMQ-SF; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - describe; FFMQ-SF; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - describe; FFMQ-SF; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - awareness; FFMQ-SF; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - awareness; FFMQ-SF; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - non-judge; FFMQ-SF; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - non-judge; FFMQ-SF; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - non-react; FFMQ-SF; post-intervention	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Gonzalez-Hernandez 2018	Mindfulness - non-react; FFMQ-SF; 4 months follow up	Some concerns	Some concerns	High	Low	High
Jensen-Johansen 2013	Depression (BDI); 3 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Depression (BDI); 6 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Distress (IES); 3 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Distress (IES); 6 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Negative Mood (37-item Profile of Moods State); 3 months follow up; 6 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Negative Mood (37-item Profile of Moods State); 6 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Positive Mood (Passive Positive Mood Scale); 3 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Positive Mood (Passive Positive Mood Scale); 6 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Distress (Intrusion); 3 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Distress (Intrusion); 6 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Distress (Avoidance); 3 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Jensen-Johansen 2013	Distress (Avoidance); 6 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Some concerns
Körner 2019	Empowerment; Health Education Impact Questionnaire (heiQ); post-intervention	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	Empowerment; Health Education Impact Questionnaire (heiQ)	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	Distress (HADS); post-intervention	Low	Low	Some concerns	High	Low

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Körner 2019	Distress (HADS)	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (physical well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; post-intervention	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (physical well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; 1 month follow up	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (social/family well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; post-intervention	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (social/family well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; 1 month follow up	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (emotional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; post-intervention	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (emotional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; 1 month follow up	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (functional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; post-intervention	Low	Low	Some concerns	High	Low
Körner 2019	QoL (functional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy – General; 1 month follow up	Low	Low	Some concerns	High	Low
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Threat; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Threat; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Loss; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Loss; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Financial Strain; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Financial Strain; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - General Stressfulness; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - General Stressfulness; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Total; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Total; Appraisal of Illness Scale (patients); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Uncertainty; Mishel Uncertainty in Illness Scale; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Northhouse 2013	Uncertainty; Mishel Uncertainty in Illness Scale; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Hopelessness; Beck Hopelessness Scale; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Hopelessness; Beck Hopelessness Scale; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Active Coping; Brief Cope; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Active Coping; Brief Cope; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Avoidant Coping; Brief Cope; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Avoidant Coping; Brief Cope; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Positive Health Behaviors (researcher-developed scale to assess activities that were encouraged in the intervention (e.g., exercise, nutrition, and adequate sleep)) --> not validated; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Positive Health Behaviors (researcher-developed scale to assess activities that were encouraged in the intervention (e.g., exercise, nutrition, and adequate sleep)) --> not validated; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Communication (Total); Lewis Mutuality and Sensitivity Scale; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Communication (Total); Lewis Mutuality and Sensitivity Scale; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Social Support (Total); Social Support Questionnaire; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Social Support (Total); Social Support Questionnaire; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Self-efficacy; Lewis Cancer Self efficacy Scale; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Self-efficacy; Lewis Cancer Self efficacy Scale; Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Physical well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Physical well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Social well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Social well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Emotional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Emotional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Functional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Functional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Northhouse 2013	QoL; Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; post-intervention; Brief; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL; Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Brief; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Threat; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Threat; Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Loss; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Loss; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Financial Strain; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Financial Strain; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - General Stressfulness; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - General Stressfulness; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Total; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Appraisal of Illness - Total; Appraisal of Illness Scale (patients); Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Uncertainty; Mishel Uncertainty in Illness Scale; Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Uncertainty; Mishel Uncertainty in Illness Scale; Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Hopelessness; Beck Hopelessness Scale; Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Hopelessness; Beck Hopelessness Scale; Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Active Coping; Brief Coping; Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Active Coping; Brief Coping; Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Avoidant Coping; Brief Coping; Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Avoidant Coping; Brief Coping; Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Positive Health Behaviors (researcher-developed scale to assess activities that were encouraged in the intervention (e.g., exercise, nutrition and adequate sleep)) --> not validated; Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Positive Health Behaviors (researcher-developed scale to assess activities that were encouraged in the intervention (e.g., exercise, nutrition and adequate sleep)) --> not validated; Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Northhouse 2013	Communication (Total); Lewis Mutuality and Sensitivity Scale; Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Communication (Total); Lewis Mutuality and Sensitivity Scale; Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Social Support (Total); Social Support Questionnaire; Extensive; post-intervention; Extensive; follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Social Support (Total); Social Support Questionnaire Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Self-efficacy; Lewis Cancer Self efficacy Scale; Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	Self-efficacy; Lewis Cancer Self efficacy Scale Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Physical well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Physical well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4) Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Social well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Social well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4) Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Emotional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Emotional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4) Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Functional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL (Functional well-being); Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4) Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL; Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4); Extensive; post-intervention	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Northhouse 2013	QoL; Functional Assessment of Cancer Therapy (version 4) Extensive; 1 month follow up	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	QoL; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	QoL (cancer module); Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Resilience (CDRISC-10); 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Anxiety (HADS); 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Depression (HADS); 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Distress (K6); 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Physical health summary; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Emotional functioning; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Social functioning; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	School functioning; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Total Score (Cancer Modul); Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Pain and Hurt; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Nausea; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Procedural anxiety; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Treatment anxiety; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Worry; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Cognitive problems; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Perceived physical appearance; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Rosenberg 2018; Steinberg 2019	Communication; Pediatric Quality of Life (PedsQL) Generic Short-Form and Cancer Modules; 6 months follow-up	Low	Some concerns	Some concerns	High	Some concerns
Sansom-Daly 2021	Anxiety (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Anxiety (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Depression (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low

9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Sansom-Daly 2021	Depression (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Identity (positive impact of cancer); Centrality of Events Scale-Short Form; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Identity (positive impact of cancer); Centrality of Events Scale-Short Form; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Health behaviours (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Health behaviours (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Social life (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Social life (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Uncertainties (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Uncertainties (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Sense of purpose (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Sense of purpose (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Anxiety (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Anxiety (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Depression (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Depression (Depression, Anxiety and Stress Scale-Short Form); 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low

9. Anhang

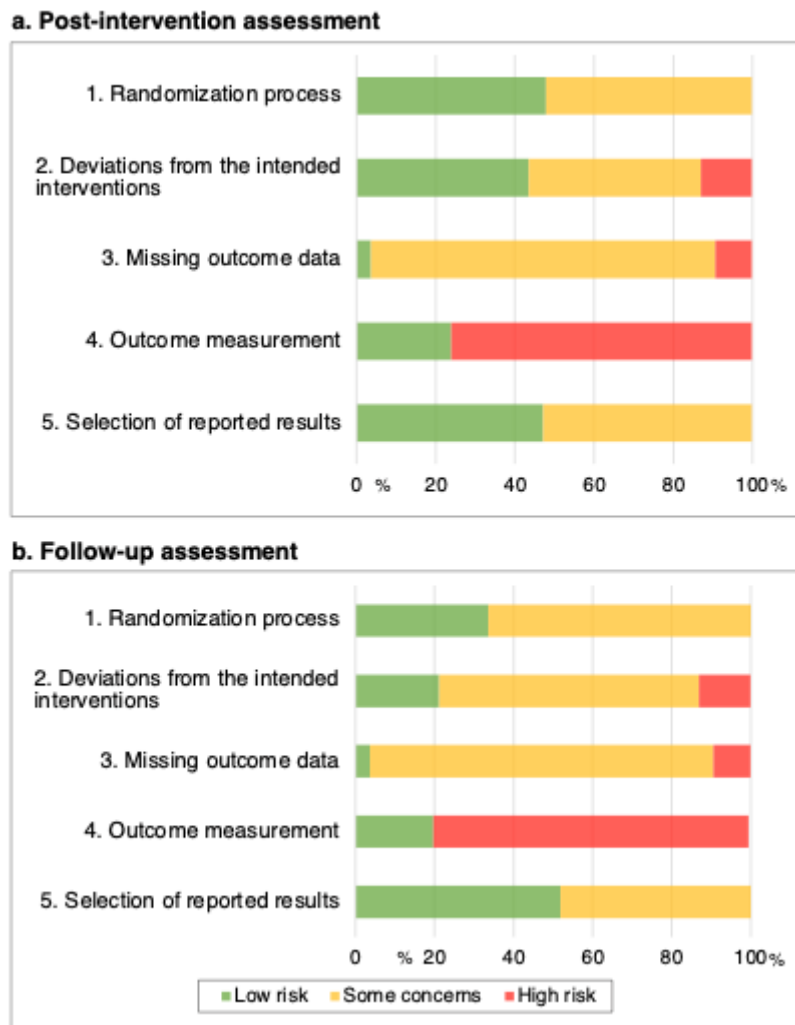
Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Sansom-Daly 2021	Identity (positive impact of cancer); Centrality of Events Scale-Short Form; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Identity (positive impact of cancer); Centrality of Events Scale-Short Form; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Health behaviours (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Health behaviours (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Social life (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Social life (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Uncertainties (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Uncertainties (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Overall (negative impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Sense of purpose (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; post-intervention	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Sansom-Daly 2021	Sense of purpose (positive impact of cancer); Impact of Cancer Scale AYA module; 12 months follow up	Low	Low	Some concerns	Low	Low
Toussaint 2014	Self-Forgiveness (SSFS)	Some concerns	Some concerns	Low	High	Some concerns
Toussaint 2014	Self-Acceptance (PTCI)	Some concerns	Some concerns	Low	High	Some concerns
Toussaint 2014	Self-Forgiving Beliefs (SSFS)	Some concerns	Some concerns	Low	High	Some concerns
Toussaint 2014	Self-Improvement (BFS)	Some concerns	Some concerns	Low	High	Some concerns
Toussaint 2014	Pessimism (LOT-R)	Some concerns	Some concerns	Low	High	Some concerns
Victorson 2020	Disease and Treatment Related Symptoms - Pain Interference (PROMIS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Disease and Treatment Related Symptoms - Pain Interference (PROMIS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Disease and Treatment Related Symptoms - Fatigue (PROMIS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Disease and Treatment Related Symptoms - Fatigue (PROMIS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low

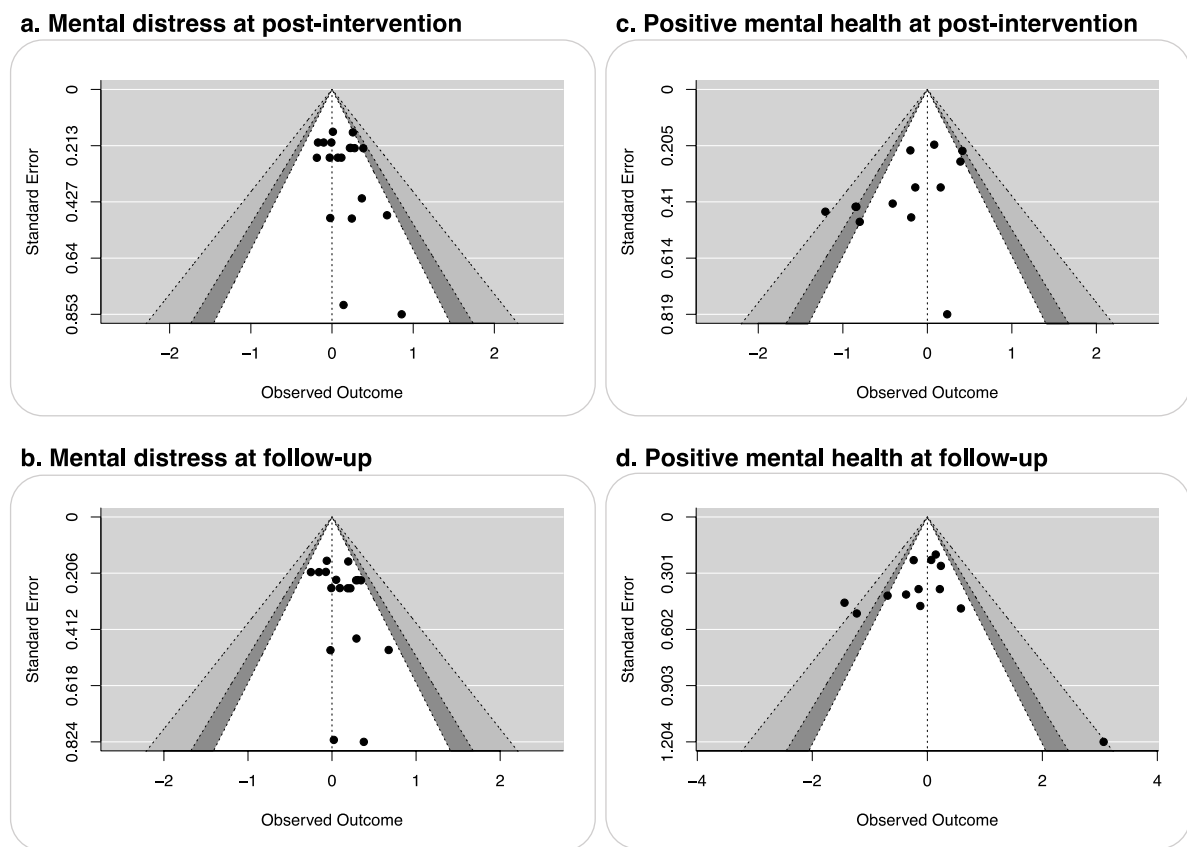
9. Anhang

Table S 5. Risk of bias for included effect estimates

Study ID	Outcome type	Randomization	Deviations from interventions	Missing outcome data	Measurement of outcome	Selection of result
Victorson 2020	Disease and Treatment Related Symptoms - Sleep Disturbance (PROMIS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Disease and Treatment Related Symptoms - Sleep Disturbance (PROMIS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Anxiety; PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Anxiety; PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Depression; PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Depression; PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Psychosocial Distress (Social Isolation); PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Psychosocial Distress (Social Isolation); PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Psychosocial Distress (Intolerance of Uncertainty); PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Psychosocial Distress (Intolerance of Uncertainty); PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Psychosocial Distress (Cancer Survivor Concerns); PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Psychosocial Distress (Cancer Survivor Concerns); PROMIS CATs	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Stress (PSS-4)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Stress (PSS-4)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Self-judgement (SCS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Self-judgement (SCS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Overall Wellbeing (Emotional Support); PROMIS CATS	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Overall Wellbeing (Emotional Support); PROMIS CATS	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Overall Wellbeing (Role Satisfaction); PROMIS CATS	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Overall Wellbeing (Role Satisfaction); PROMIS CATS	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Overall Wellbeing (Positive Affect & Wellbeing); PROMIS CATS	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Overall Wellbeing (Positive Affect & Wellbeing); PROMIS CATS	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Mindfulness (MAAS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Mindfulness (MAAS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Posttraumatic Growth (PTGI-SF)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Posttraumatic Growth (PTGI-SF)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Self-kindness (SCS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low
Victorson 2020	Self-kindness (SCS)	Some concerns	Some concerns	Some concerns	High	Low

Figure S2. Risk of bias across effect estimates at post-intervention and follow-up assessments.

Note. Risk of bias in percentages across effect estimates assessed using the Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB2; Sterne et al., 2019). Percentages at post-intervention assessment relate to 138 effect estimates, while percentages at follow-up relate to 137 effect estimates (i.e., all effect estimates included in our qualitative and quantitative evidence synthesis).

Figure S3. Contour-enhanced funnel plots

Note. Contour-enhanced funnel plots of the analysis on mental distress (a. and b.) and positive mental health outcomes (c. and d.). Contour-enhanced funnel plots are used to highlight significance levels of each effect size in the plot and allow to examine whether studies are missing in a specific area of the plot, that is, the non-significant area or findings pointing into the opposite effect direction. For the present analyses, there is no evidence for a publication bias.

9. Anhang

9.2.1. Material A

Search strategy

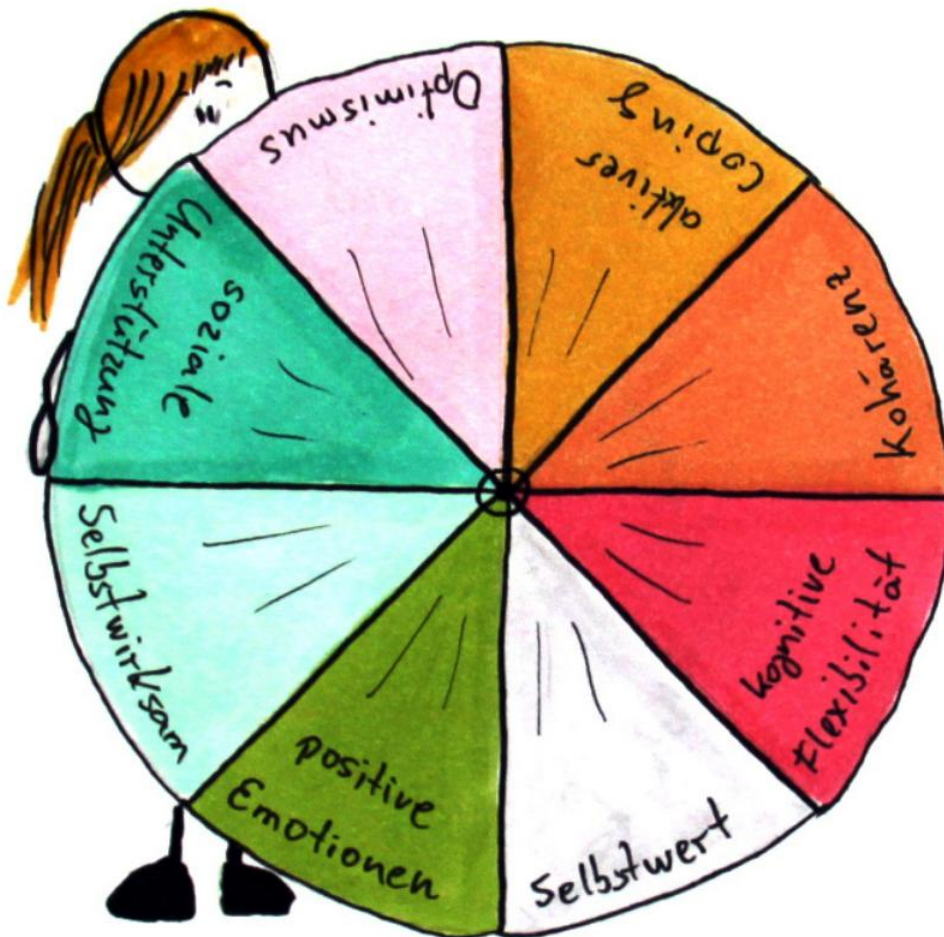
Electronic searches were carried out in Cochrane Library (Wiley), MEDLINE Ovid (PubMed), Database of Abstracts of Reviews of Effects, PSYINDEX (EBSCOhost), PsycINFO (EBSCOhost) and the trial register ClinicalTrials.gov. The searches were performed in May 2020 and updated in January 2022. All databases were searched up to the latest issue available or to the update status at the date of search. The MEDLINE Ovid search strategy (see below) was adapted for the other databases according to their specific search functions and index terms. The search strategy included the following MeSH terms and free terms related to the PICO framework:

1. Population: ((AYA OR AYAC OR Adolescen* OR young adult* OR Teen* OR Youth* OR Young Adult [Mesh] OR Adolescent [Mesh]) AND (cancer* OR neoplasm* OR leukaemia* OR leukemia* OR sarcoma* OR carcinoma* OR oncolog* OR radiotherapy OR chemotherapy OR Neoplasms [Mesh])) AND
2. Intervention: Training* OR Intervention* OR Program* OR teaching* OR educat* OR enhanc* OR promot* OR prevent* OR Health Education [Mesh] OR Health Promotion [Mesh] OR Patient Education as Topic [Mesh] AND
3. Outcome: mental health OR Mental wellbeing OR Mental well-being OR Psychological Adaptatio* OR Coping Behavior* OR adaptative behaviour* OR Adaptive Behavior* OR Coping Skill* OR Coping Behaviour* OR Adaptation, Psychological [Mesh] OR Mental health [Mesh] OR Resilienc* OR "Resilience, Psychological"[Mesh] OR Posttraumatic growth* OR Post-traumatic growth* OR Posttraumatic Growth, Psychological [Mesh].

9.3. Resilienzfördernder Workshop: „Kräfte-für-Krisen“-Arbeitsbuch

Wir entwickeln Krisenkräfte

DAS KRÄFTE-FÜR-KRISEN-BUCH
- DEIN BEGLEITER AUF DEINER REISE ZU
MEHR RESILIENZ



Das Kräfte-für-Krisen-Buch von

Impressum

Wir entwickeln Krisenkräfte – Ein resilienzstärkender Workshop mit der resilienzfördernden Begleitbroschüre, dem *Kräfte-für-Krisen-Buch*

Im Auftrag der Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH) und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

entwickelt von

M. Sc. Lara Hubenschmid
in Zusammenarbeit mit Dr. Isabella Helmreich
Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) gGmbH
www.lir-mainz.de

Herausgeber: Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH), Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn

Gestaltung: Lara Hubenschmid

Illustrationen: Toni Fleischer, Leipzig: Mannequin mit geöffnetem Regenschirm (Titelseite großes Bild und Folgende); Mannequin mit geschlossenem Schirm (S.5 und Folgende); Canva Pty. Ltd, Austria: Hand (S.21)

Bonn, 2021

Die **FSH** (<https://www.frauenselbsthilfe.de/>) ist mit elf Landesverbänden und einem dichten Netz an Gruppen im gesamten Bundesgebiet, in denen ca. 30.000 Menschen mit einer Krebserkrankung Rat, Hilfe und Unterstützung finden, eine der größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. Der Verband steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe und wird von ihr finanziell gefördert.

Das **LIR** (www.lir-mainz.de) ist ein wissenschaftlich eigenständiges Forschungsinstitut innerhalb der Leibniz-Gemeinschaft, das sich der Erforschung der Resilienz widmet, das heißt der Aufrechterhaltung bzw. raschen Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensereignissen. Die zentralen Anliegen des LIR sind es, Resilienzmechanismen neurowissenschaftlich zu verstehen, darauf aufbauend Interventionen zur Förderung der Resilienz zu entwickeln und darauf hinzuwirken, Lebens- und Arbeitsumfelder so zu verändern, dass Resilienz gestärkt wird.

Vorwort

Stress – Resilienz – Wohlbefinden.

Diese drei Zustandsbeschreibungen stehen in enger Verbindung miteinander. *Stress* bedeutet hohe Anforderung bis hin zur Überforderung. *Resilienz* wiederum ist der positive Anpassungsprozess an Stress bzw. an eine Belastungssituation, also die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach kritischen Situationen oder Lebensereignissen. Das bedeutet, um Resilienz (weiter-)zuentwickeln, muss zuerst Stress oder eine schwierig zu bewältigende Situation vorausgegangen sein, vergleichbar mit dem Muskelwachstum, dem oftmals der Muskelkater vorausgeht. Resilienz ist eng mit *Wohlbefinden*, also dem angenehmen körperlichen und seelischen Befinden verbunden. Gerade bei dem Erleben eines einschneidenden Ereignisses - wie es eine Krebsdiagnose oftmals darstellt - ist das Empfinden von Stress und Überforderung bis hin zur Hoffnungslosigkeit keine Seltenheit. Wie können wir die eigenen Ressourcen stärken oder auch auf- und ausbauen, sodass eine Anpassung an die neue Lebenssituation erfolgreich gelingt?

Um dieser Frage zu begegnen wurde auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche die Intervention **Wir entwickeln Krisenkräfte** mit der Begleitbroschüre **Kräfte-für-Krisen-Buch** innerhalb des „Resist Krebs“- Projekts entwickelt. Das Resist Krebs Projekt ist ein Projekt der Frauenselbsthilfe Krebs Bundesverband e.V. (FSH) in Zusammenarbeit mit dem Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR), welches durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wird. Es verfolgt in drei aufeinander aufbauenden Projektphasen das Ziel, die resilienzfördernden Faktoren im Bereich der jungen Selbsthilfe zu ermitteln und in Form von konkreten Maßnahmen in der Selbsthilfearbeit umzusetzen bzw. weiterzuentwickeln. Durch das Resist Krebs-Projekt wird das Modellprojekt *NetzwerkStatt Krebs* (NWSK; www.netzwerkstattkrebs.de) - ein altersspezifisches Unterstützungsangebot und -netzwerk für junge an Krebs erkrankte Menschen im Alter von 18 bis 49 Jahren - weitergeführt und durch das LIR wissenschaftlich begleitet.

Dieses vorliegende *Kräfte-für-Krisen-Buch* kann als resilienzfördernde Begleitbroschüre und auch als Wegbegleiter darüber hinaus verstanden werden. Das *Kräfte-für-Krisen-Buch* will Dich auf deiner Reise zu mehr Resilienz und einem besseren Wohlbefinden begleiten.

Viel Vergnügen wünschen die *Frauenselbsthilfe Frauenselbsthilfe Krebs (FSH)* und das *Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR)*



Wünsche und Kritik sind willkommen - Gehör finden Sie bei Lara Hubenschmid (lara.hubenschmid@lir-mainz.de).

Inhaltsverzeichnis

Einführung	317
Kapitel 1 – Resilienz(-faktoren): Was ist das?	319
Kapitel 2 – Salutogenese und Schutzfaktoren (Kohärenzgefühl)	329
Kapitel 3 – Positive Emotionen und Optimismus	339
Kapitel 4 – Selbstwirksamkeit, aktives Coping, Kognitive Flexibilität	359
Kapitel 5 – Selbstwert und Soziale Unterstützung	372
Kapitel 6 – Abschluss: Der Reisebericht	382
Platz für meine Gedanken/ Erfahrungen/ Übungen (während des Workshops)	385

Einführung

Schön, dass Du Dir für Dich Zeit nimmst. Mit dem *Wir entwickeln Krisenkräfte*-Workshop und dem *Kräfte-für-Krisen-Buch* als Begleitbroschüre beginnt nun Deine Reise zu mehr Resilienz und Wohlbefinden.

Die Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung der psychischen Gesundheit während oder nach kritischen Situationen oder Lebensereignissen (Resilienz) kann mit einem Schutzschirm verglichen werden. Du wirst im Folgenden die verschiedenen Resilienzfaktoren nicht nur kennenlernen, sondern vor allem angeleitet, sie auf Dich anzuwenden. Das soll Dich dabei unterstützen, in zukünftigen herausfordernden Situationen besser gewappnet zu sein – Ganz nach dem Motto: „Komm unter den Schutzschirm.“

Da der *Wir entwickeln Krisenkräfte*-Workshop stark praxisorientiert ist, können dort nicht alle Inhalte vermittelt werden. Aus diesem Grund wurde das *Kräfte-für-Krisen-Buch* entwickelt: Mit dieser Begleitbroschüre hast Du die Möglichkeit Dich mit Deiner Stärkung der Resilienz über den 1,5-tägigen Workshop hinaus zu beschäftigen und auch die vorgestellten Inhalte nochmal in Ruhe nachzulesen.

Wieso wir davon ausgehen, dass eine Stärkung der Resilienz für Dich hilfreich sein könnte? Das soll in diesem ersten Kapitel beleuchtet werden. Darüber hinaus sollst Du mit dieser Begleitbroschüre vertraut gemacht werden, es erfolgt eine kleine Anleitung zur Handhabung des *Kräfte-für-Krisen-Buchs*.

Resilienz und Krebs – Deshalb sind resilienzfördernde Maßnahmen so wichtig

Wer kennt das nicht? - Einfache Dinge, die zuvor kein Problem darstellten, sind plötzlich große Herausforderungen. Oftmals steht das komplette Leben während oder nach einer Krebserkrankung Kopf. Es kann schwer sein, gute Stimmung zu haben, oft fühlen Betroffene sich niedergeschlagen, traurig oder haben Angst. Die Forschung hat gezeigt – sollte es auch Dir so gehen – damit bist Du nicht allein: In den ersten fünf Jahren nach einer Krebsdiagnose leiden über ein Drittel der Patient*Innen

unter den Symptomen einer Depression, einer Anpassungsstörung oder einer Angststörung. Neben dem Verlust an Lebensqualität können stressassoziierte psychischen Erkrankungen die Prognose der Krebserkrankung verschlechtern, da sie u. A. zu einer geringeren Therapieadhärenz führen können. Nicht nur während, sondern vor allem nach Abschluss der somatischen Behandlung erleben sich viele Betroffene mit ihrer Erkrankung überfordert, da die psychosozialen Folgen (z. B. im Beruf, bei der Familienplanung, im Freundeskreis) in der medizinischen Behandlung häufig unzureichend adressiert werden. Oftmals wird von einer ‚Transformation‘ von einem an Krebs erkrankten Menschen zu einem ‚Krebsüberlebenden‘ gesprochen. Betroffene gelten somit weder als wirklich krank noch als wirklich gesund. Mit diesem Zustand müssen Krebsüberlebende ihr weiteres Leben planen und führen.

Bei der Betrachtung von jungen an Krebs erkrankten Menschen (älter als 18 und unter 55 Jahren) wird deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit - zusätzlich zur Krebserkrankung - eine psychische Störung diagnostiziert zu bekommen erhöht ist: Jeder Vierte von den jüngeren an Krebs erkrankten Menschen scheint betroffen zu sein. Subklinisch (nicht diagnostiziert) kommt schätzungsweise ein weiteres Fünftel hinzu. Studien zeigen darüber hinaus, dass im Zeitraum nach der Diagnosestellung - insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten - ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen besteht.

Diese Ergebnisse zeigen auf, dass es sich bei jüngeren Betroffenen einer Krebserkrankung um einen vulnerablen Personenkreis handelt, dessen Risiko - zusätzlich zur körperlichen Erkrankung - eine psychische Störung zu entwickeln deutlich erhöht ist. Die Förderung der Resilienz – der psychischen Widerstandsfähigkeit – und der psychischen Gesundheit sowie des Wohlbefindens spielen daher in diesem Personenkreis eine große Rolle. Einen wichtigen Beitrag leisten hier gezielte Interventionen zur Resilienzförderung.

Anleitung des *Kräfte-für-Krisen-Buchs*

Der *Wir entwickeln Krisenkräfte*-Workshop und das *Kräfte-für-Krisen-Buch* sind wie bereits im

Vorwort erwähnt im „Resist Krebs“- Projekt eingebettet. In einem der Unterprojekte wurde eine systematische Litertaturrecherche zum Thema resilienzfördernde Interventionen bei jungen an Krebs erkrankten Menschen durchgeführt. Es hat sich gezeigt, dass es kaum speziell auf die Bedürfnisse von jungen an Krebs erkrankten Menschen entwickelte Konzepte gibt. Darüber hinaus wurde ebenfalls deutlich, dass die Menschen, die in noch jungen Jahren an Krebs erkrankt sind, ganz andere Bedürfnisse und Bedarfe haben als ältere Menschen (z. B. Umgang mit Familienplanung, Arbeitsfähigkeit), weshalb ein darauf angepasster Workshop und eine Begleitbroschüre entwickelt wurde: Sie basieren auf wissenschaftlich fundierten und überprüften Konzepten wie z. B. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder Positive Psychologie. Darüber hinaus adressieren sie anhand praktischer Übungen die Förderung der verschiedenen Resilienz-faktoren (z. B. Optimismus), die für diese Zielgruppe besonders wichtig und trainierbar sind.

Das *Kräfte-für-Krisen-Buch* ist in Du-Form geschrieben, da Du Dich mit Dir selbst auseinandersetzt und die Du-Form mehr Nähe erlaubt. Es will Dich dabei unterstützen, den Umgang mit Widrigkeiten zu verbessern und Deine Resilienz zu stärken. Habe bitte nicht die Erwartung an Dich, an den Workshop oder an dieses Buch, dass dadurch alle Probleme gelöst werden können – auch wenn das schön wäre. Es geht vielmehr darum, einen günstigen Umgang damit zu fördern.

Das Buch gliedert sich in fünf Kapitel, die inhaltlich aufeinander aufbauen: Deine Reise beginnt zunächst in Kapitel 1 mit der Einführung in die Thematik *Resilienz(-faktoren)* und gibt darüber hinaus einen Überblick, über das dieser Intervention zu Grunde liegende Konzept. Daran anschließend wirst Du eingeladen, Deine aktuelle(n) *Resilienz(-faktoren)* zu testen und Dir darüber bewusst zu werden, was Deine Herausforderungen, Wünsche und Ziele in Bezug auf diese Intervention sind. Im darauffolgenden zweiten Kapitel wird das *Salutogenese-Prinzip* (Gesundheit als Prozess) und der Resilienzfaktor *Kohärenzgefühl* vorgestellt und darauf eingegangen. Dieses Kapitel soll Dir ein besseres Verständnis von dem Gesundheits-

Krankheits-Verlauf geben und Dich dabei unterstützen, wieder mehr Vertrauen in Dich und Deine Fähigkeiten zu erlangen (Ressourcenaktivierung). Daran schließt sich das Kapitel an, welches die Entstehung und Bedeutung von Gefühlen – mit besonderem Fokus auf *positive Emotionen* – beleuchtet. In diesem Zuge wird ebenfalls der Resilienzfaktor *realistischer Optimismus* beschrieben und mittels Übungen auch gestärkt. Im folgenden vierten Kapitel werden lösbare von unlösbaren Problemen und deren Umgang beschrieben: Die Resilienzfaktoren *Selbstwirksamkeit*, *Kognitive Flexibilität* und *aktives Coping* werden darin vorgestellt und durch Anleitungen praktischer Übungen trainiert. Den letzten Reiseabschnitt stellen die beiden Resilienzfaktoren *Selbstwert* und *Soziale Unterstützung* dar, diese und deren Relevanz werden vorgestellt und Du dazu eingeladen Dich und Deine bisherigen Annahmen zu reflektieren und zu hinterfragen. Zum Abschluss erfolgt ein zusammenfassender ‚Reisebericht‘, der die vermittelten Inhalte nochmals eint.

Nach jedem Kapitel erfolgt ein praktischer Teil, in dem Du selbst aktiv werden kannst. Zwei Symbole begleiten Dich auf Deiner Reise zu mehr Resilienz und Wohlbefinden:



Dieses Mannequin macht Dich auf besonders relevante Inhalte aufmerksam.



Dieses Mannequin weist Dich auf Übungen hin.

Und jetzt heißt es:

Komm unter den Schutzschirm! Lege los und gewinne viele neue Eindrücke und Erkenntnisse!

Viel Spaß auf Deiner Reise zu mehr Resilienz und Wohlbefinden!

Kapitel 1– Resilienz(-faktoren): Was ist das?

In diesem ersten Kapitel starten wir von vorne: Zunächst werden die Begrifflichkeiten Resilienz und Resilienzfaktoren vorgestellt und deren Entstehungsgeschichten aufgegriffen. Daran anschließend soll das Basiskonzept (Grundbedürfnisse), in welches die Stärkung der Resilienzfaktoren eingebaut wurden, vorgestellt werden.

Daraufhin wirst Du eingeladen, Dich mit Deiner Ausgangssituation (Deinen Zielen und Wünschen an den Workshop sowie an die Begleitbroschüre, Deiner Resilienz und Deinen Resilienzfaktoren) auseinanderzusetzen.

Resilienz - Die trainierbare psychische Widerstandskraft gegen Stress und Krisen

Resilienz leitet sich aus dem lateinischen *resilire* (deutsch: abprallen, zurückspringen) ab. Ursprünglich beschreibt Resilienz die Eigenschaft elastischer Werkstoffe, die nach einer Verformung wieder in ihre Ausgangsform zurückkehren. Der Begriff wurde von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen - darunter auch die Psychologie - aufgegriffen. Der Resilienz-Forscher Raffael Kalisch und seine Kollegen (Raffael Kalisch et al., 2017; Kalisch et al., 2015) definieren Resilienz folgendermaßen:



Menschen, die widrigen Lebensumständen (z. B. eine Krebserkrankung) mit einer Anpassung (Erhalt bzw. Wiederherstellung der psychischen Gesundheit) begegnen, werden als resilient bezeichnet.

Resilienz - also die psychische Widerstandsfähigkeit - ist zwar zum Teil genetisch veranlagt (Amstadter et al., 2014), aber ein großer Teil bildet sich erst durch die Bewältigung von stressvollen Herausforderungen heraus (Färber & Rosendahl, 2018; Kalisch et al., 2015).

Resilienz kann somit als ein lebenslanger, dynamischer Lern- und Entwicklungsprozess

verstanden werden (Raffael Kalisch et al., 2017; Linz et al., 2019; Macedo et al., 2014).

Resilienz ist kein seltenes Phänomen, es ist – wie die Forschung zeigt – „Alltags-Magie“ (Masten, 2016). Sie verkörpert dabei nicht die eine Methode, sondern vielmehr eine Reihe an Strategien (Raffael Kalisch et al., 2017; Masten, 2016). Einige davon werden hier aufgegriffen und vorgestellt.

Die Geschichte der Resilienz(-faktoren)

Die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner wird als Pionierin der Resilienzforschung angesehen. Sie prägte mit ihrer Kauai-Studie den Begriff ‚Resilienzfaktoren‘ (E. E. Werner, 1993). Sie stellte fest, dass Kinder unter besonders belastenden Entwicklungsbedingungen (z. B. Armut, Vernachlässigung) sich durch bestimmte Ressourcen zu gesunden und erfolgreichen Erwachsenen entwickelten. Günstig waren personale (z. B. positives Temperament) und soziale (z. B. soziales Netzwerk) Ressourcen. Besonders eindrücklich war, dass alle resilienten Kinder mindestens eine enge emotionale Bindung zu einer wichtigen Bezugsperson hatten und auch außerhalb ihrer Familie auf ein unterstützendes soziales Umfeld zugreifen konnten.



Resilienz ist die Antwort auf eine gesunde Entwicklung trotz widriger Lebensumstände. Die personalen und sozialen Ressourcen (**Resilienzfaktoren**) sind mit Resilienz assoziiert. Das bedeutet, dass die **Resilienzfaktoren** als **Schutzmechanismen vor stressbedingten Erkrankungen** verstanden werden können.

Seit den Studien von Werner wurden zahlreiche potenzielle Resilienzfaktoren in unterschiedlichsten Zielgruppen untersucht (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012a; Isabella Helmreich et al., 2017). Es wird angenommen, dass sowohl interne (z. B. Selbstwirksamkeit) als auch externe Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung) die Resilienz stärken bzw.

protektiv gegen Stressoren wirken (Kalisch et al., 2015).

In der Literatur haben sich die folgenden Resilienzfaktoren bei Erwachsenen als besonders resilienzförderlich gezeigt (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012a; Isabella Helmreich et al., 2017). Im Folgenden kannst Du Dir durchlesen, was mit den einzelnen Faktoren gemeint ist:



Resilienzfaktoren

Soziale Unterstützung: *Zugriff auf ein funktionierendes soziales Netzwerk*

Aktives Coping: *aktives Handeln, Einfluss auf den Ausgang einer Situation*

Kognitive Flexibilität: *Fähigkeit, auf veränderte Umweltbedingungen flexibel durch Variationen im Denken und Handeln zu reagieren*

Hardiness: *Engagement, Kontrolle, Herausforderung; Widerstandsfähigkeit als Persönlichkeitsfaktor*

Positive Emotionen: *regelmäßiges Erleben positiver Gefühle*

Realistischer Optimismus: *Tendenz zu positiven Ergebniserwartungen und positive Ursachenzuschreibung von Ereignissen*

Selbstwirksamkeitserwartung: *Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können*

Selbstwertgefühl: *positive Bewertung der eigenen Person*

Religiosität/ Spiritualität: *Übernahme von Glaubensüberzeugungen und Teilnahme an religiösen Aktivitäten beziehungsweise Beschäftigung mit Sinnfragen des Lebens*

Kohärenzgefühl: *generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden*

Sinn im Leben sehen: *beispielsweise über die Orientierung an persönlichen Werten*

Grundbedürfnisse und Resilienzfaktoren

In dem *Wir entwickeln Krisenkräfte Workshop* und dem *Kräfte-für-Krisen-Buch* werden alle Resilienzfaktoren – bis auf die Faktoren *Hardiness* und *Religiosität/ Spiritualität* - adressiert. Die Grundlage der Intervention basiert auf einem wichtigen Konzept der Kognitiven Verhaltenstherapie: Genauer gesagt der Grundannahme des prominenten Psychotherapeuten Klaus Grawe, dass Menschen nach der Erfüllung ihrer Grundbedürfnisse streben. Grawe (1998) geht davon aus, dass es insgesamt fünf wichtige Grundbedürfnisse gibt: *körperliche Grundbedürfnisse, Wirksamkeitserleben, Sinn (Lustgewinn/Unlustvermeidung), Bindung und Selbstwert*. Sofern diese hinreichend befriedigt sind, ist Wohlbefinden möglich.



Grundbedürfnisse nach Grawe



Allen Grundbedürfnissen ist gemein, dass sie das übergeordnete Ziel ‚Überleben‘ verfolgen. Bei den **körperlichen Grundbedürfnissen** (wie Essen, Trinken, Schlafen, etc.) wird deutlich, warum diese überlebenswichtig sind – wie ist es bei den anderen?

Mit **Wirksamkeitserleben** wird das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung beschrieben. Das Wissen darum, wie ich mir Nahrung verschaffen kann, kann beispielsweise darunterfallen. Da es bei dem **Wirksamkeitserleben** um den ‚Weg‘ geht, wie ich zu meinen Zielen komme (in diesem Beispiel: Essen), ist es ein Mittel zum Zweck.

Das Grundbedürfnis nach **Bindung** geht weit zurück, ist jedoch genauso aktuell wie eh und je: Allein war ein Mensch früher (in der

Steinzeit) nicht in der Lage, ein Mammut zu erlegen. Er hat den Schutz seiner Herde bzw. Gruppe benötigt. Heutzutage sind wir im Stande allein zu leben, da unsere Versorgung – zumindest in den westlich geprägten Gebieten – durch ein unterstützendes Sozialsystem gewährleistet ist. Oftmals wollen wir aber nicht allein sein, sondern erleben mehr Sinn oder auch Freude (i. S. von Lebensqualität) darin, unser Leben mit unseren Liebsten zu teilen.

Das führt uns direkt zum nächsten Grundbedürfnis: zum **Sinn** (bzw. Lustgewinnung und Unlustvermeidung): Für was braucht der Mensch Sinn? Es geht um die Frage, ob es sich lohnt, Anstrengungen zu unternehmen, um ein Ziel zu erreichen. Der Mensch ist von Natur aus nämlich eher faul bzw. er schont seine Ressourcen, sofern er sie nicht braucht. Lust zu haben tut uns gut (i. S. von Wohlbefinden), daher tun wir gerne Dinge, die uns guttun (auch wenn sie anstrengend sind, wie beispielsweise Joggen). Dinge, die uns nicht guttun – und keine Lust machen (z. B. Schmerzen) – wollen wir vermeiden. Letztlich dient das der körperlichen Unversehrtheit und somit ebenfalls dem Überleben.

Warum dient der **Selbstwert** (Selbstwerterhöhung bzw. -schutz) als Grundbedürfnis? Es ist wichtig, dass ich mich selbst als wertvoll (i. S. von wichtig) empfinde, ansonsten kümmere ich mich gar nicht um meine anderen Bedürfnisse oder eben zumindest nicht hinreichend.

Die Grundbedürfnisbefriedigung bildet die Basis dieser Intervention. Die vorgestellten Resilienzfaktoren helfen dabei, eigene Grundbedürfnisse besser wahrzunehmen und zu erfüllen:

- Zur hinreichenden Befriedigung der **körperlichen Grundbedürfnisse** werden neben Ernährung, Schlaf und ausreichenden Pausen, vor allem (**imaginative**) **Entspannungstechniken** in dieser Intervention vermittelt.
- Zur hinreichenden Befriedigung des Bedürfnisses nach **Sinn** werden Ziele formuliert (=Hoffnungsstiftend, Förderung der **positiven Emotionen/ Optimismus**) und Wege aufgezeigt, wie diese erreicht werden können (=Förderung der **Selbstwirksamkeit** und Stabilisierung des **Selbstwerts**) sowie mittels **expressivem Schreiben** das

Kohärenzgefühl (=Anforderungen als verstehbar, bewältigbar, sinnhaft) gefördert.

- Das Bedürfnis nach **Wirksamkeitserleben** (=Selbstwirksamkeit) soll durch die Unterscheidung lösbarer und unlösbarer Probleme und deren jeweiligen Umgang (**aktives Coping/ kognitive Flexibilität/ Kohärenzgefühl**) befriedigt werden. Hierbei wird auch auf den **Erfahrungsschatz** einer erfahrenen Psychoonkologin zurückgegriffen.
- Das Bedürfnis **Selbstwerterhöhung** bzw. -schutz wird durch Aufdecken & Umdenken von automatisierten ungünstigen Denkweisen adressiert (**kognitive Flexibilität/ aktives Coping/ positive Emotionen**).
- Das Grundbedürfnis nach **Bindung** soll in dieser Gruppen-Intervention durch Gruppenprozesse (z. B. Stärkung der Wahrnehmung der **sozialen Unterstützung**) adressiert werden.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Ausgangspunkt und Ziele

So viel zum theoretischen Hintergrund der Intervention. Doch jetzt geht es endlich praktisch los mit Deiner ersten Übung!

Den Standpunkt und das Ziel zu kennen, sind essenziell, um das Handeln aktiv auf eine Verbesserung auszulegen. In diesem Sinne beginnen wir Deine Reise damit, dass Du Dir Gedanken darüber machst,

- 1) Warum hast Du Dich bei dem Workshop angemeldet ? Was war Deine Intension? Gibt es Probleme, die Du angehen willst? Wie stark wiegen diese? Auf der folgenden Seite ist hierfür **<Meine Herausforderungen>** vorbereitet. Trage Deine Überlegungen dort ein.
- 2) Was willst Du lernen? Womit willst Du lernen besser umzugehen? Was sind Deine Ziele? Hierfür ist **<Meine Ziele/Wünsche/Erwartungen>** vorbereitet. Trage sie dort ein.



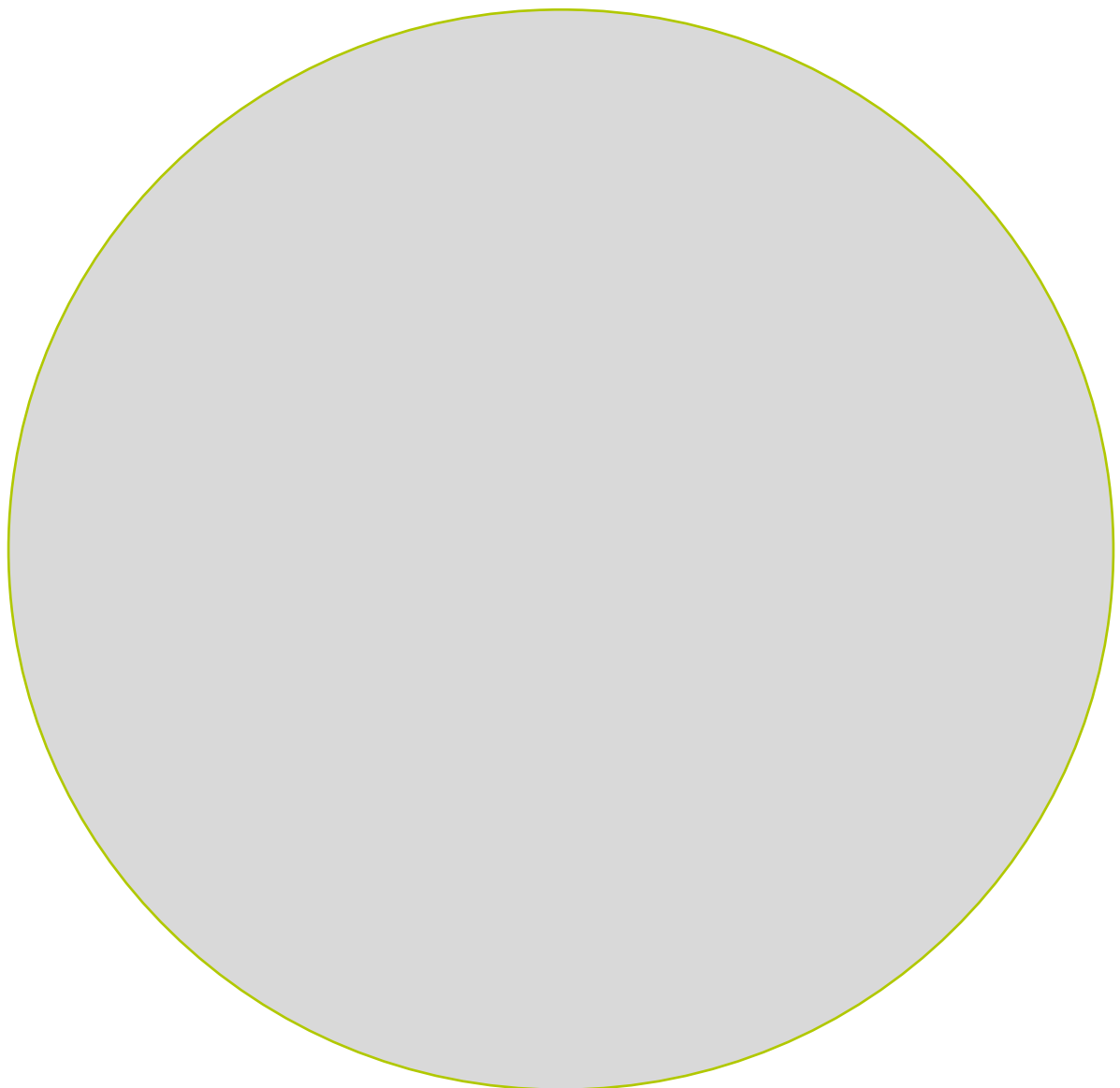
Meine Herausforderungen	S. 6
Meine Ziele/Wünsche/Erwartungen	S. 7

Meine Herausforderungen



Was sind Deine Problembereiche, die Du gerne im Workshop *Wir entwickeln Krisenkräfte* (oder mit diesem *Kräfte-für-Krisen-Buch*) oder darüber hinaus ansprechen/angehen möchtest?

Bitte teile den Kreis in ‚Tortenstücke‘ entsprechend Deiner Problembereiche ein. Berücksichtige bei der Wahl der Größe der ‚Tortenstücke‘ die Relevanz und den Leidensdruck durch das jeweilige Problem.



Ziele bringen uns in Bewegung, sie motivieren uns, daher nutzen wir zuerst den etwas unschönen Blick auf die Probleme, um diese dann auch gut angehen zu können: **Was möchtest Du lernen, um mit Deinen Problemen besser umgehen zu können oder diese zu lösen?**

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Resilienz(-faktoren)

Nachdem Du bereits angeleitet wurdest einen Blick auf Problembereiche und Zielrichtungen zu werfen, sollen hier auch bereits vorhandene Stärken bzw. Resilienzfaktoren identifiziert werden.

Auch wenn die Dinge schwierig sind oder Du Dich mit Problemen überhäuft erlebst, das ist nie alles, was Dich ausmacht! In problematischen Lebensphasen wird das oftmals vergessen – Betroffene erleben sich als nur noch als:

- die oder der Schwache
- die oder der Kranke
- die oder der Dumme
- usw.

Vielleicht kennst Du das auch?

Die wichtige Botschaft an dieser Stelle ist, dass in jedem von uns mehr steckt. Auch wenn wir von Problemen überhäuft oder krank sind oder einen Fehler nach dem anderen machen – da ist noch mehr, was Dich auszeichnet. Du behältst Deine Ressourcen, hast beispielsweise trotzdem noch Deine Familie oder Freunde oder dein geliebtes Haustier. Du verlierst auch nicht einfach Deine Hobbys, Deinen Humor oder Deine bereits gemeisterten Erfolge – auch wenn es sich vielleicht so anfühlt. In Kapitel 2, 3 und 5 wird beleuchtet, warum wir uns einerseits häufig auf unsere Probleme fokussieren und sich das andererseits negativ auf unser emotionales Erleben und unsere Sicht auf uns selbst (unseren Selbstwert) auswirkt. Fest steht, die Fokussierung oder auch Einengung auf unsere Probleme verdeckt die Sicht auf uns als Ganzes, nämlich: Ich mit meinen Problemen UND meinen Ressourcen. Auch in kleineren Belangen wird das deutlich: Manchmal war oder ist das Leben wie eine ‚Rough Hour‘ – also genau die Zeit, in der viel los ist. Du bist in Deinem Alltag so involviert, dass Du nur funktionierst, um Deine Aufgaben zu erledigen. Gerade in diesen Zeiten, weiß man eventuell auch gar nicht, wie man etwas gemeistert hat und welche Eigenschaften bzw. Stärken einen Beitrag dazu geleistet haben. Das machen wir uns meist gar nicht bewusst. Unser Gehirn ist – sofern alles gut ist – etwas denkfaul

bzw. spart Ressourcen. Du wirst nun aber eingeladen Dich genau damit auseinanderzusetzen und Dir Deinen Stärken bewusst zu werden.

Um Dich bei diesem Prozess zu unterstützen folgt auf der nächsten Seite ein kleiner Test (<Meine Resilienz>), der Dir die Frage beantwortet: „Wie resilient bin ich?“

Auf den Seiten 10-12 wird Deiner Erinnerungsfähigkeit noch mehr auf die Sprünge geholfen und der Frage nachgegangen: „Wie steht es um meine Resilienzfaktoren?“. Hierfür ist das Arbeitsblatt <Meine Resilienzfaktoren> vorbereitet.



Meine Resilienz	S. 9
Meine Resilienzfaktoren	S. 10-12

Meine Resilienz



Resilienz ist keine Seltenheit, sondern Alltags-Magie. Mache den Test und schaue, wie es um deine Resilienz steht. Zur Testung Deiner Resilienz findest Du die *Brief Resilience Scale (BRS)* (Andrea Chmitorz et al., 2018), einen wissenschaftlich überprüften Fragebogen.

Bitte gebe an, wie sehr Du den folgenden Aussagen jeweils zustimmst.

*Im Anschluss daran zähle die **Item-Scores** zu einem **Summen-Score** zusammen.*

	Stimme über- haupt	Stimme eher nicht zu	Neutral	Stimme eher zu	Stimme vollkom- men zu
1. Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Es fällt mir nicht schwer, stressige Situationen durchzustehen.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Es fällt mir nicht schwer, zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich brauche tendenziell nicht lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Item-Score</i>	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
<i>Summen-Score:</i>					

Prinzipiell: Umso höher der Summenscore (0-24): desto besser ist Deine Resilienz bzw. Erholungsfähigkeit von Stress. Der Durchschnittswert der deutschen Bevölkerung (bei einer repräsentativen Umfrage an über 3.000 Probanden ab 18 Jahren) liegt bei circa 20.

Wenn Dein Ergebnis zeigt, dass Du bereits resilient bist – wunderbar!

Sollte es eher darauf hinweisen, dass Du noch Training brauchst – wunderbar – dafür bist Du auch beim Workshop *Wir-entwickeln Krisenkräfte* und hast dieses *Kräfte-für-Krisen-Buch* vorliegen.

Meine Resilienzfaktoren



Jeder Mensch hat Ressourcen und jeder Mensch stand bereits vor Problemen und hat in vielen Fällen für sich bereits Lösungen oder einen Umgang gefunden. Durch den Workshop *Wir entwickeln Kirschkraft* und dieses *Kräfte-für-Krisen-Buch* sollen die Resilienzfaktoren, die Resilienz und Dein Wohlbefinden gefördert werden. Schauen wir uns doch mal den Ausgangspunkt an!

Bitte gib an, in welchen **Situationen**, Du bereits ganz intuitiv auf die folgenden Resilienzfaktoren zurückgreifst? **Wie häufig** wendest Du diesen Resilienzfaktor im Alltag an ("0" bedeutet gar nicht; „10“ häufig)?

RESILIENZFAKTOREN

Soziale Unterstützung

Situationen:

*Zugriff auf ein funktionierendes
soziales Netzwerk*

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=häufig)

Aktives Coping

Situationen:

*aktives Handeln, Einfluss auf den
Ausgang einer Situation*

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=häufig)

Kognitive Flexibilität

Situationen:

*Fähigkeit, auf veränderte
Umweltbedingungen flexibel
durch Variationen im Denken
und Handeln zu reagieren*

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=häufig)

Hardiness

Situationen:

*Engagement, Kontrolle,
Herausforderung;*

9. Anhang

Widerstandsfähigkeit als Persönlichkeitsfaktor

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=häufig)

Positive Emotionen

*regelmäßiges Erleben positiver
Gefühle*

Situationen:

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=häufig)

Realistischer Optimismus

*Tendenz zu positiven
Ergebniserwartungen und
positive Ursachenzuschreibung
von Ereignissen*

Situationen:

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=häufig)

Selbstwirksamkeitserwartung

*Überzeugung,
Anforderungssituationen aus
eigener Kraft bewältigen zu
können*

Situationen:

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=häufig)

Selbstwertgefühl

*positive Bewertung der eigenen
Person*

Situationen:

Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?

9. Anhang

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	(0=gar nicht; 10=häufig)										
Religiosität/ Spiritualität	Situationen:										
<i>Übernahme von Glaubensüberzeugungen und Teilnahme an religiösen Aktivitäten beziehungsweise Beschäftigung mit Sinnfragen des Lebens</i>											
	Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	(0=gar nicht; 10=häufig)										
Kohärenzgefühl	Situationen:										
<i>generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden</i>											
	Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	(0=gar nicht; 10=häufig)										
Sinn im Leben sehen	Situationen:										
<i>beispielsweise über die Orientierung an persönlichen Werten</i>											
	Wie häufig wende ich diesen Resilienzfaktor an?										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	(0=gar nicht; 10=häufig)										

Jetzt hast Du schon mal einen guten Überblick über Deine Resilienz, die Resilienzfaktoren und wie Du diese in Deinem Leben nutzt.

In den folgenden Kapiteln werden wir auf alle einzeln nochmal eingehen und Du wirst lernen, wie Du Deine Stärken und Resilienzfaktoren noch mehr einzusetzen kannst.

Kapitel 2 – Salutogenese und Schutzfaktoren (Kohärenzgefühl)

Nachdem nun wichtige Resilienz(-faktoren) vorgestellt wurden, soll es in diesem Kapitel um das salutogenetische Konzept von Gesundheit und dem zugrunde liegenden Kohärenzgefühl (einem Resilienz- oder Schutzfaktor) gehen.

Das Salutogenese Prinzip – Gesundheit als dynamischer Prozess

Salutogenese meint die Sichtweise auf Krankheiten als ‚kein unübliches Ereignis‘ – einfach ausgedrückt: Krankheiten sind normal und gehören dazu.

Aaron Antonovsky - Medizinsoziologe und Stressforscher - wird als Entwickler dieses revolutionären Prinzips bezeichnet (Antonovsky, 1996). Es ist konträr zur bis zuvor (1979) bestehenden pathogenetische Sicht: Krankheiten als Entregulierung der sich normalerweise selbst-regulierenden homöostatische (im Gleichgewicht bleibenden) Prozesse = Krankheiten als unüblich/Fehler.

Antonovskys Sichtweise führte zu einer Auflösung der dichotomen (zweiseitigen) Annahme, ein Mensch sei entweder gesund oder krank, sondern vielmehr zur Sichtweise: Gesundheit als Prozess (und nicht als Zustand): der Gesundheits-Krankheits-Verlauf. In diesem Prozess soll nicht nur die Abwesenheit von Krankheit fokussiert werden, sondern vielmehr die Zunahme an Wohlbefinden.



Salutogenese-Prinzip: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum: Gesundheit als Prozess.

Gerade bei chronischen oder langanhaltenden Krankheiten – wie sie die Krebserkrankung darstellt – ist diese Sichtweise auf Gesundheit hilfreich: Der Körper ‚versagt‘ nicht, wenn er eine Krankheit entwickelt. Die Person, um deren Körper es sich handelt, hat deshalb keinen Fehler gemacht und braucht auch keine

Verantwortung (i. S. von Schuld) zu übernehmen. Es ist leider normal, dass Prozesse im Körper ablaufen, die eine Erkrankung zur Folge haben. Später beleuchten wir, warum es nicht hilfreich ist, Verantwortung für etwas zu übernehmen, das nicht unter der eigenen Kontrolle liegt (siehe Kapitel 4). Es sei hier jedoch bereits erwähnt: Krank sein hat nichts mit Schuld (Verantwortung für die Ursache übernehmen) zu tun. Verantwortungsübernahme (mit Grenzen) ist bei der Krankheitsbewältigung wiederum wichtig: Nicht alles im Leben ist mit der entsprechenden Einstellung oder Anstrengungen lösbar. Der Umgang damit, ist mit der entsprechenden Einstellung jedoch besser und lässt uns unsere Energie gezielt und wirksam einsetzen (dazu an späterer Stelle in Kapitel 4 mehr).

Der Resilienzfaktor Kohärenzgefühl

Wie kam Antonovsky zu der bis heute bestehend bleibenden salutogenetischen Sichtweise? In einer seiner Studien untersuchte er die Anpassungsfähigkeit verschiedener Frauen (mit unterschiedlicher ethnologischer Herkunft, die ein nationalsozialistisches Konzentrationslager überlebten). Er verglich deren psychische und physische Gesundheit mit einer Kontrollgruppe und stellte fest, dass fast ein Drittel der Frauen als gesund bezeichnet werden konnten - und das, obwohl sie die Qualen des Lagerlebens mit anschließendem Flüchtlingsdasein erlebt hatten.

Zunächst nahm er an, dass diese Menschen das Persönlichkeitsmerkmal *Hardiness* hatten und deren innere Widerstandsfähigkeit ihnen bereits in die Wiege gelegt worden war. Nachdem er die Ressourcen der Betroffenen weiter untersucht hatte, formulierte er das Konzept des *Kohärenzgefühls*: Es meint damit, die generelle Tendenz, Anforderungen des Lebens **als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft** zu empfinden.

Unter dem Gefühl der **Verstehbarkeit** fasst Antonovsky die Fähigkeit zusammen, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, sie als vorhersehbar und erklärbar zu erleben. Die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können – das Gefühl der **Handhabbarkeit** oder **Bewältigbarkeit** – meint letztlich nichts anderes als das *Selbstwirksamkeitserleben*, das später noch ausführlicher (in Kapitel 4) beleuchtet

wird. *Selbstwirksamkeit* meint die Überzeugung, ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehend zu haben, um Anforderungen zu begegnen. Das Gefühl der **Sinnhaftigkeit** bzw. Bedeutsamkeit bezeichnet den Glaube an den Sinn des Lebens. Die Frage, ob sich die Anstrengung und das Engagement lohnen, muss bejaht sein, dass Sinnhaftigkeit gegeben ist.



Das **Kohärenzgefühl** beschreibt die generelle Tendenz, **Anforderungen des Lebens als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft** zu empfinden. Es gilt als Resilienzfaktor.



Wecke Dein Vertrauen	S. 15-19
Hand voller Ressourcen	S. 20-22

Bewege dich unter den Schutzschirm: Stärkung deines (Selbst-)Vertrauens

Antonovsky sah das *Kohärenzgefühl* als Ursprung für die Widerstandsfähigkeit bzw. für die Entstehung von Gesundheit an: Es führe dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren und ihnen deshalb besser begegnen können. Der Schlüssel zu dem *Kohärenzgefühl* liegt im Vertrauen. Vertrauen ins Leben („Das wird schon einen Grund haben, auch wenn ich ihn jetzt nicht verstehe“) und in sich selbst („Auch wenn ich es mir nicht ausgesucht habe, werde ich daran wachsen und nicht daran zu Grund gehen – ich stehe mir selbst bei!“).

Wieder geht es auch darum – wie bereits zuvor beschrieben – den Blickwinkel, um die eigenen Stärken, zu erweitern. So erhältst Du ein realistischeres Bild von Dir selbst. Dieser Blick erlaubt es Dir zu betrachten, was Du bereits in Deinem Leben gemeistert hast. Daraus kannst Du für Dich schlussfolgern, was Du Dir selbst zutraust. Wenn Du Dir selbst etwas zutraust, weckst Du Vertrauen.

Dieses Vertrauen darfst Du nun in einem nächsten Schritt stärken und Dir Deine ‚Krisenkräfte‘ bewusst machen: Hierfür stehen Dir auf den folgenden Seiten die Übungen **<Wecke Dein Vertrauen>** und **<Hand voller Ressourcen>** zur Verfügung.

Wecke Dein Vertrauen



Standest Du bereits in Deinem Leben vor Herausforderungen, bei denen Du dachtest: „Das schaffe ich nicht?“ und letztlich hast Du es doch geschafft?

Suche Dir **drei solche Situationen/Herausforderungen** heraus. Reflektiere und schätze ein: Welche Deiner Eigenschaften haben Dich bei der Bewältigung unterstützt? Welche Gefühle Dich begleitet?

- Wie stark war Deine Angst?
- Wie mutig warst Du?
- Welche Deiner Stärken konntest Du ausleben (z. B. Durchhaltevermögen, Diplomatie, Optimismus, Vertrauen, Ehrlichkeit, Charakterstärke, usw.)?
- Die groß war die Erleichterung (Freude) am Schluss?
- Wie viel Durchhaltevermögen hattest Du gezeigt?
- Wie resilient (widerstandsfähig) warst Du?

Herausforderung 1:

Beschreibung der **Herausforderung**:

Einschätzung **Deiner Angst** in der Situation:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=keine Angst; 10=panische Angst)

Welche **Deiner Stärken** kamen Dir zu gute?

Einschätzung **Deines Mutes** (Handeln trotz der Angst):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=kein Mut; 10=sehr viel Mut)

Einschätzung Deiner schlussendlichen **Erleichterung** (Freude):

9. Anhang

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=keine Erleichterung; 10=sehr hohe Erleichterung)

*Einschätzung Deines **Durchhaltvermögens**:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=kein Durchhaltevermögen; 10=sehr hohes Durchhaltevermögen)

*Einschätzung Deiner **Resilienz** in der Situation:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=keine Resilienz; 10=sehr hohe Resilienz)

Herausforderung 2:

*Beschreibung der **Herausforderung**:*

*Einschätzung **Deiner Angst** in der Situation:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=keine Angst; 10=panische Angst)

*Welche **Deiner Stärken** kamen Dir zu gute?*

*Einschätzung **Deines Mutes** (Handeln trotz der Angst):*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=kein Mut; 10=sehr viel Mut)

9. Anhang

*Einschätzung Deiner schlussendlichen **Erleichterung** (Freude):*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=keine Erleichterung; 10=sehr hohe Erleichterung)

*Einschätzung Deines **Durchhaltevermögens**:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=kein Durchhaltevermögen; 10=sehr hohes Durchhaltevermögen)

*Einschätzung Deiner **Resilienz** in der Situation:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=keine Resilienz; 10=sehr hohe Resilienz)

Herausforderung 3:

*Beschreibung der **Herausforderung**:*

*Einschätzung **Deiner Angst** in der Situation:*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=keine Angst; 10=panische Angst)

*Welche **Deiner Stärken** kamen Dir zu gute?*

*Einschätzung **Deines Mutes** (Handeln trotz der Angst):*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=kein Mut; 10=sehr viel Mut)

*Einschätzung Deiner schlussendlichen **Erleichterung** (Freude):*

9. Anhang

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(0=keine Erleichterung; 10=sehr hohe Erleichterung)										
<i>Einschätzung Deines Durchhaltvermögens:</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(0=kein Durchhaltevermögen; 10=sehr hohes Durchhaltevermögen)										
<i>Einschätzung Deiner Resilienz in der Situation:</i>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(0=keine Resilienz; 10=sehr hohe Resilienz)										

*Reflektiere über die drei Herausforderungen hinweg: **Wer oder was hat Dir dabei geholfen, die schweren Zeiten zu bewältigen? Welche besonderen Qualitäten hast Du daraus entwickelt? Was hast Du gelernt?***

Wer oder was hat Dir dabei geholfen, die schweren Zeiten zu bewältigen?

Welche besonderen Qualitäten hast Du daraus entwickelt?

Was hast Du gelernt?

Hand voller Ressourcen

Egal, wie groß das Problem sein mag, es ist nie alles, was einen Menschen ausmacht und auch nicht das Einzige in seinem Leben. **Jeder Mensch hat Ressourcen.** Eine Ressource ist alles, was von einer bestimmten Person in einer bestimmten Situation wertgeschätzt oder als hilfreich erlebt wird.

Schritt 1: Wähle 10 Ressourcen aus den Listen (*Ressourcen-Sammlung, siehe S. 22*) aus, die Du Dir selbst zuschreibst und schreibe Sie auf.

Dabei geht es nicht darum, Ressourcen zu finden, von denen Du denkst, dass sie Dir gut „stehen“ würden. Sondern Ressourcen, bei denen Du ein warmes Gefühl im Bauch bekommst. Es gibt über die Liste hinaus noch viel mehr Ressourcen, ergänze die Liste gerne auch mit Deinen eigenen Ressourcen.

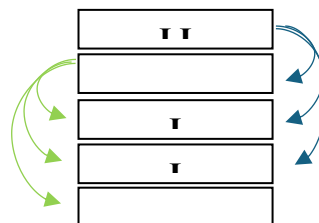
Schritt 2: Schreibe Deine 10 Ressourcen auf.

Wäge nun in einem weiteren Schritt jede Ressource gegen die nächste ab: **Welche Ressource ist Dir wichtiger? Siehe Beispiel:**

- Ist die Ressource 1 (z. B. Empathie) auf deiner Liste dir wichtiger als die Ressource 2 (z. B. Wissen) (siehe blauer Pfeil)? Mache jeweils für die wichtigere Ressource einen Strich.
- Ist die Ressource 1 (z. B. Empathie) dir wichtiger als der Ressource 3, Ressource 4, ... Ressource 10 (siehe blauer Pfeil)? Mache jeweils für die wichtigere Ressource einen Strich.
- Nachdem Du Ressource 1 (z. B. Empathie) mit der Ressource 10 verglichen hast, beginne dieses Prozedere wieder mit der Ressource 2 (z. B. Wissen) und Ressource 3, Ressource 4, ... Ressource 10 (siehe grüner Pfeil) usw.- bis Du mit allen Ressourcen durch bist.

Ressource 1 Empathie
Ressource 2 Wissen
Ressource 3 Familie
Ressource 4 Freundschaften
Ressource 5 Job

Strichliste



Ressource 1 _____
Ressource 2 _____
Ressource 3 _____
Ressource 4 _____
Ressource 5 _____
Ressource 6 _____
Ressource 7 _____
Ressource 8 _____
Ressource 9 _____
Ressource 10 _____

Strichliste



Schritt 3: Trage daran im Anschluss die fünf Ressourcen mit den meisten Strichen in die weiter unten abgebildete Hand ein. Sie können Dir als **Anker** dienen – und du hast sie immer dabei!

Deine Ressourcen-Hand:



Die **Ressourcen-Sammlung** unterscheidet zwischen den eigenen (**intrapersonellen**), den zwischenmenschlichen (**interpersonellen**) und **externen** Ressourcen. Diese Unterscheidung wurde ausschließlich getroffen, um darauf aufmerksam zu machen, dass auch andere Menschen (z. B. die soziale Unterstützung) oder Umstände (z. B. finanzielle Sicherheit) ebenfalls als Ressourcen dienen.

Intrapersonelle Ressourcen:

- kognitive Fähigkeiten (z. B. Auffassungsgabe, Perspektivübernahme, sich Anker schaffen, Konzentrationsfähigkeit, Vorstellungskraft, ...)
- emotionale Fähigkeiten (z. B. Empathie, Emotionsregulation, Überzeugungen, ...)
- praktische Fähigkeiten (z. B. Stärken, Problemlösestrategien, Wissen und Bildung, Gitarre spielen, Fußball spielen, Handstand machen, Zwinkern, ...)
- physische Merkmale (z. B. Aussehen (Pflege), Kraft (Sport), Ausdauer, ...)
- motivationale Bereitschaften (z. B. Interessen, Wünsche, Ziele, Werte, Persönlichkeit, Einstellungen, Glauben, Identität, Selbstwert, ...)

Interpersonelle Ressourcen:

- Gewohnheiten und Interaktionsstile
- sozialer Rückhalt und Unterstützung
- sich eingebunden fühlen
- gemeinsame Hobbys haben
- Problemlösestrategien
- Perspektivübernahme
- Gegenseitiger Respekt
- Kommunikation
- Reziprozität
- Bindung
- Familienstolz
- Therapeutische Beziehung
- Gemeinsame Unternehmungen (z. B. miteinander kochen, streichen, spielen, ...)
- Baden gehen
- Zeit mit der Familie

Externe Ressourcen:

- finanzielle Möglichkeiten,
- Lebens- und Arbeitsumfeld
- Wohnumstände
- Schulumstände
- Sozialstaatliche Fonds (Kranken-, Arbeitslosen- oder Rentenversicherung)
- Kompetenzen von Bezugspersonen

Kapitel 3 – Positive Emotionen und Optimismus

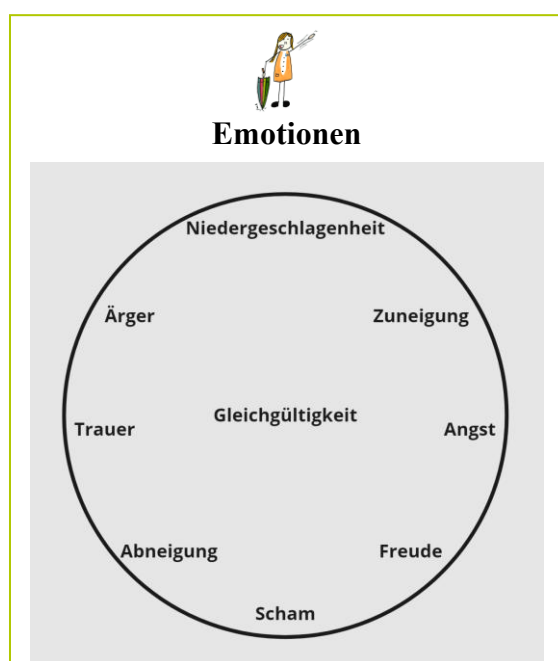
Die kognitive Verhaltenstherapie gilt bei Resilienz-Interventionen für Menschen mit einer Krebserkrankung als besonders wirksam (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004). Aus diesem Grund werden ihre Grundlagen im Weiteren kurz beschrieben. In der kognitiven Verhaltenstherapie wird – da Gedanken, Gefühle und Verhalten in einer gegenseitigen Wechselwirkung zueinanderstehen – vor allem an den Kognitionen (Gedanken) eines Menschen gearbeitet.

In diesem Kapitel sollen daher die Entstehung und die Bedeutung von Emotionen sowie deren (indirekten) Einflussmöglichkeiten beleuchtet werden.

Darüber hinaus wird auf die Resilienzfaktoren *positive Emotionen* und *Optimismus* eingegangen. Es soll aufgezeigt werden, wieso *positive Emotionen* (und letztlich *Optimismus*) hilfreich und eine Kraftquelle sein können.

Was sind Gefühle? Wofür brauchen wir sie?

Gefühle sind seelische Erregungen. Es werden neun Grundemotionen unterschieden: Freude, Trauer, Angst, Scham, Zu- und Abneigung, Ärger, Niedergeschlagenheit und Gleichgültigkeit.



Die Frage danach, wozu unsere Gefühle dienen, lässt sich leicht beantworten: Sie lassen uns lebendig fühlen!

Sofern wir *positive Emotionen* verspüren (wie beispielsweise Freude oder Zuneigung), ist das meist angenehm. Anders sieht es aus, wenn die unangenehmen Gefühle vorherrschend sind. Die Wahrheit ist, dass wir deutlich mehr unangenehme Gefühle (Trauer, Angst, Scham, Abneigung, Ärger und Niedergeschlagenheit) als angenehme (Freude, Zuneigung) besitzen. Ein weiteres ist neutral (Gleichgültigkeit). Das hat einen funktionalen Hintergrund: Unsere Emotionen geben uns nämlich Impulse zur Handlung, um unsere (Grund-)Bedürfnisse zu befriedigen. Übergeordnetes Ziel dabei ist das Überleben: Menschen, die Angst verspüren, bekommen einen Handlungsimpuls (nämlich Flucht oder Kampf), so schützen sie sich vor dem Eintreten ihrer Befürchtung (z. B. „Ich könnte vom Säbelzahn tiger gefressen werden.“). Hinter jedem Gefühl versteckt sich nämlich eine Bedeutung, die uns Hinweise zum Handeln (i. S. von Bedürfnisbefriedigung) geben soll.

Die Perspektive, die eigenen Emotionen als Kompass für Handlungen zur Befriedigung von Bedürfnissen zu sehen, kann erleichternd sein und kann etwas von der Schwere von den unangenehmen Gefühlen nehmen.

An dieser Stelle soll betont werden: Emotionen sind – egal wie stark ausgeprägt – nichts Gefährliches, sondern vielmehr die Anzeiger für Schutzstrategien unserer Bedürfnisse. Darüber hinaus sind Emotionen vergänglich – bei Freude ist uns das meist bewusst, dass diese nicht stundenlang andauert. Bei den unangenehmen verhält es sich ähnlich: Egal wie stark beispielsweise die Angst ist, sie wird mit der Zeit (aus Erschöpfung des Körpers) abnehmen. Dieses Phänomen findet in der Psychotherapie häufig Anwendung.

Gefühle dienen wie eine Art Kompass, sie zeigen uns (unerfüllte) Bedürfnisse auf.
Um die Bedürfnisse zu befriedigen ist es wichtig, die Bedeutung der Gefühle zu kennen.

Der Gefühls-Bedeutungs-Zusammenhang

Um das eben beschriebene besser nachvollziehen zu können, soll der Gefühls-Bedeutungs-Zusammenhang (Frage: „Was bedeutet es, wenn Gefühl XY auftritt?“) ausführlich beleuchtet werden:

- Hinter **Angst** steckt eine **Befürchtung**, diese bezieht sich immer auf die Zukunft: Wenn ich Angst davor habe, meinen Job zu verlieren, habe ich ihn tatsächlich (noch) nicht verloren.
- Sollte es dazu kommen (Jobverlust), wäre ich **traurig**, da ich einen **Verlust** zu verbuchen habe.
- Sofern ich der Annahme unterliege „Ich brauche einen Job, um in der Gesellschaft anerkannt zu sein.“ kann der Jobverlust mit **Scham** einhergehen, da davon ausgegangen wird, die anderen (also die Gesellschaft) stellen Regeln an mich, denen ich nicht gerecht werde (**Regelverstoß der Regeln anderer**).
- Nehmen wir einmal an, ich selbst erlege mir ebenfalls die Regel auf „Nur wenn ich berufstätig bin, erkenne ich meine Leistungen an.“ → Verstoße ich dagegen, kommt es zum (**Selbst-Ärger (Regelverstoß der eigenen Regeln)**).
- Eine Person, die lange Zeit nach einer Arbeit sucht und auch nach zahlreichen Bewerbungen und Vorstellungsgesprächen keinen Job bekommt, ist eventuell **niedergeschlagen**, was bedeutet, dass sie annimmt „Nie wird sich etwas an meiner Situation ändern. Ich bin dem hilflos ausgeliefert.“ (**negative Zukunftsperspektive**)
- Sollte es jedoch doch dazu kommen, dass diese einen Job erhält (und somit einen **Gewinn** einfährt) **freut** sie sich.
- Tatsächlich kann es sein, dass ein Job bereits ausgeführt wird, die Aufgaben der Person jedoch gar nicht zusagen (i. S. **nicht deren Geschmack** entsprechen). In diesem Fall wird die Emotion **Abneigung** produziert.
- Im umgekehrten Falle – die Aufgaben sagen sehr zu und fallen in den **Geschmack**, entsteht **Zuneigung**.



Gefühle	Bedeutung
Angst	Befürchtung
Trauer	Verlust
Scham	Regelverstoß (Regeln anderer)
Ärger	Regelverstoß (eigene Regeln)
Abneigung	Geschmack (nicht zutreffend)
Niedergeschlagenheit	negative Zukunftsperspektive
Freude	Gewinn
Zuneigung	Geschmack (zutreffend)
Gleichgültigkeit	Keine Relevanz

Was können wir aus dem Gefühls-Bedeutungs-Zusammenhang schlussfolgern? Unangenehme Gefühle sind wichtig – sie zeigen genauso wie die angenehmen auf, wie ich handeln soll. Das bedeutet, es ist günstig für mehr Wohlbefinden unangenehme Gefühle nicht als nur lästig, sondern auch als wichtig anzuerkennen. Wer auf sein emotionales Befinden hört und danach handelt, wird mehr zu sich selbst finden und mit sich im Einklang sein.

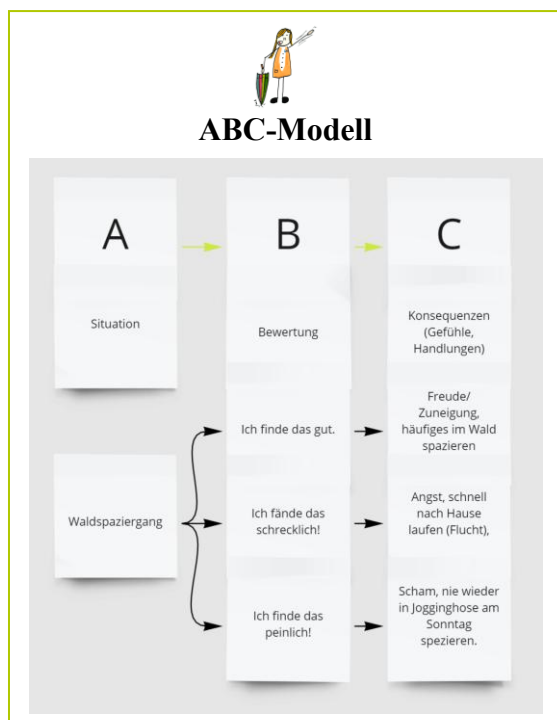
Wie entstehen Gefühle?

In ein und derselben Situation (z. B. im Wald) können verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Gefühlen (z. B. Freude, Angst) reagieren. Gleichzeitig kann ein und dieselbe Person in derselben Situation (z. B. im Wald) verschiedene Emotionen (z. B. Freude, Angst) erleben. Betrachten wir hierfür einige Beispiele: Wenn ich mich im Wald befinde (=Situation), ist für die Gefühlsentstehung (=emotionale Konsequenzen) ausschlaggebend, wie ich es finde (=Bewertung), im Wald zu sein:

- Finde ich es **gut**, wird **Freude oder Zuneigung** entstehen.
- Finde ich es wiederrum **schrecklich** (z. B. weil es dunkel ist und ich darüber nachdenke, was im letzten Krimi passiert ist), wird **Angst** die emotionale Folge sein.
- Würde ich es **unfair** finden (da ich lieber ins Schwimmbad gegangen wäre), würde wiederum **Ärger** entstehen.

- **Scham** würde entstehen, wenn ich die Situation **peinlich** finden würde - beispielsweise, weil ich meinen sich für seinen Sonntagsspaziergang rausgeputzten Chef treffen würde, während ich in Jogginghose unterwegs bin.
- Als Allergiker im Frühling/Sommer in den Wald zu gehen, könnte **Abneigung** produzieren, sofern ich es **nicht gut** finden würde, häufig niesen zu müssen.
- Angenommen ich befinde mich im Regenwald und finde es **schade**, dass dieser abgerodet wird, würde **Trauer** entstehen.
- Sofern ich diese Situation (Abrodung des Waldes) als **hoffnungslos** empfinde, würde ich **niedergeschlagen** werden.

Daraus können wir schlussfolgern, dass nicht allein die Situationen oder die Umstände dafür verantwortlich sein können, wie wir uns fühlen. Gefühle entstehen durch Gedanken – genauer gesagt durch unsere abschließende Bewertung (gut/ neutral/ schlecht) der Gedanken. Hierzu sprechen wir gerne von dem **ABC-Modell**, welches besagt, dass es durch die abschließende Bewertung (B) der Situation (A) zu Konsequenzen (C) auf emotionaler und Verhaltens- Ebene kommt.



Das Erleben ist nicht eindimensional, sondern läuft mehrdimensional ab: Neben der emotionalen Wahrnehmung (z. B. von Angst) können auch Körpergefühle (z. B. Wärme), Körperreaktionen (z. B. Anspannung, schwitzen, ...), Gedanken (z. B. „Das ist bedrohlich!“) und Handlungsimpulse (z. B. Flucht) mit involviert sein. Das macht deutlich, wieso das Erleben (von Emotionen) so intensiv sein kann.

Je intensiver die Bewertung, desto stärker das emotionale Erleben (vgl. Abneigung: „Ich mag das nicht!“ vs. „Ich hasse das!“). Alle Emotionen – bis auf die Gleichgültigkeit – verlaufen in einem Kontinuum: Ich kann etwas ärgerlich sein oder eben auch richtig wütend (Ärger). Ich kann einen Menschen oder eine Sache etwas mögen oder eben auch lieben (Zuneigung). Dinge, Menschen oder Umstände (z. B. der Sack Reis in China), die für mich keine Relevanz haben, sind mir gleichgültig und diese Emotion entsteht in einem solchen Fall auch.

Nachdem wir nun wissen, warum wir Emotionen haben (Kompass zum Schutz der Bedürfnisse, Gefühls-Bedeutungs-Zusammenhang als Hinweis für einen Handlungsimpuls) und wie sie entstehen (durch die abschließende Bewertung), kommen wir nun zum Kern der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT): Der Arbeit an den Gedanken (bzw. an der abschließenden Bewertung): In der KVT werden ungünstige Gedanken aufgedeckt und zu günstigen verändert (=kognitive Umstrukturierung). Wichtig dabei ist, dass ich meine (neuen) Annahmen über Sachverhalte als logisch und stimmig empfinde. In Kapitel 5 *Selbstwert und Soziale Unterstützung* wird dies besonders deutlich. An dieser Stelle beginnen wir zunächst damit, auf welche Gedankeninhalte ein Mensch sich fokussiert und wenden uns der Frage zu: Ist das – in Bezug auf das Ziel Wohlbefinden – günstig?

Positive Emotionen – wieso das?

Sich zu fokussieren bedeutet, die gesamte zur Verfügung stehende Energie für das Erreichen eines Ziels einzusetzen. Oftmals findet eine Fokussierung auf Probleme statt: Wer kennt es nicht? Von der kaputten Waschmaschine erzählen wir, von dem netten Gespräch beim Bäcker oftmals nicht. Evolutionär gesehen (zum Überleben) ist das auch sinnvoll: auf Gefahren

muss tendenziell schneller reagiert werden als auf freudige Umstände bzw. ist unser Gehirn auf Effizienz getrimmt und will keine Energie „verschwenden“, wenn alles gut ist.

Bei der evolutionär als sinnvoll erachteten Fokussierung auf Negatives oder Gefahren entstehen dann ebenfalls tendenziell unangenehme Gefühle (z. B. Angst). Wie wir nämlich bereits gelernt haben, entstehen diese durch Gedanken und deren abschließenden Bewertung.

Sofern die negative Gedanken und daraus resultierend Gefühle überhandnehmen, wird daraus eine Stimmung (vergleichbar mit Wetter und Klima). Bei einer durchgängig negativ gefärbten Stimmung ist die Gefahr, unsere Grundbedürfnisse zu vernachlässigen groß: Typisch für schlechte Stimmung ist,

- dass ich mich zurückziehe (Vernachlässigung des **Bindungsbedürfnis**),
- dass ich mich selbst und meine Kompetenzen anzweifle (Vernachlässigung des Bedürfnis nach **Selbstwertschutz bzw. -erhöhung**)
- dass mir meine Aufgaben über den Kopf wachsen (Vernachlässigung des Bedürfnis nach **Wirksamkeit**)
- und dass ich auf gar nichts mehr Lust oder im schlimmeren Fall an nichts mehr Freude empfinde (Vernachlässigung von **Unlustvermeidung und Lustgewinnung** – nichts macht mehr Sinn),

Langfristig gesehen hat das meist negative Konsequenzen für die psychischen Gesundheit. In jedem Fall leiden mein Wohlbefinden und meine Lebensqualität.

Bislang hatte sich dieser Abschnitt darauf bezogen, was der Hintergrund der Negativ-Fokussierung und deren Auswirkungen (Abwärtsspirale) sind:

- negative Gedanken
- unangenehme Gefühle/ Stimmung
- Nicht-Erfüllung der Grundbedürfnisse
- Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit

Um dieser Abwärtsspirale zu entkommen, ist es hilfreich, sich mehr auf die positiven Aspekte im Leben zu fokussieren: das hilft dabei, zu

einer realistischeren Einschätzung zu gelangen und schafft einen Ausgleich zur omnipräsenten (allgegenwärtigen) – evolutionär sinnvoll erscheinenden – Fokussierung auf Sorgen. Der Philosoph Epiktet sagt dazu: „Es sind nicht die Dinge, die uns beunruhigen, sondern die Meinungen, die wir von den Dingen haben.“

Die Abwärtsspirale kann zur Aufwärtsspirale umgekehrt werden – was nicht bedeutet, dass die zugrunde liegenden Probleme deshalb nicht mehr vorhanden sind – vielmehr geht es um die anregende Wirkung (auf Verhaltens-ebene) von positiven Emotionen: Freude und Zuneigung motivieren uns nämlich dazu, uns in Bewegung zu bringen (=Motivation zur Erreichung unserer Ziele). Sie erfüllen nämlich das Grundbedürfnis nach Lustgewinnung – es ergibt Sinn, Anstrengungen zu unternehmen, um Freude oder Zuneigung zu empfinden, weil das ein (emotional) angenehmer Zustand ist.

- Fokussierung auf das Positive/ Positive Gedanken
- tendenziell häufiger angenehme Gefühle
- tendenziell angenehmere Stimmung und Antrieb (durch Motivation)
- tendenziell bessere Grundbedürfniserfüllung
- tendenziell weniger oder gar keine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit



Umso mehr das Positive fokussiert wird, desto besser tendenziell die Stimmung, was sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Optimismus macht uns widerstandsfähiger, resilienter.

Achte auf Deine **Gedanken**, denn sie werden **Worte**.
Achte auf Deine **Worte**, denn sie werden **Handlungen**.
Achte auf Deine **Handlungen**, denn sie werden **Gewohnheiten**.
Achte auf Deine **Gewohnheiten**, denn sie werden Dein **Charakter**.
Achte auf Deinen **Charakter**, denn er wird Dein **Schicksal**.
(Charles Reade)

Unser Gehirn ist lern- und anpassungsfähig (=veränderbar): Deutlich wird das bei Menschen, die eine Fertigkeit (z. B. Klavier spielen) häufig üben. Deren Gehirn merkt sich die entsprechenden Abläufe und bildet bei häufig Ausgeführtem entsprechende (Synapsen-)Verbindungen. Auch bei Dingen, die wir zum ersten Mal machen, bildet das Gehirn entsprechende Verbindungen, damit wir beim zweiten Mal bereits auf die ersten Erfahrungen zurückgreifen können (=Neuroplastizität des Gehirns). Die Neuroplastizität des Gehirns kommt uns – nachdem wir uns entschieden haben uns auf das Positive zu fokussieren – zugute. Ganz richtig gelesen: **Glück ist eine Entscheidung**. Wer sich nicht auf die positiven Aspekte bewusst fokussiert, behält sein ‚evolutionäres Programm‘. Das Gute ist, das Gehirn ist veränderbar. Das bedeutet, dass mit der entsprechenden Übung – also auch in den kleinen unscheinbaren Begebenheiten das Positive zu sehen – das Gehirn sich nach und nach eigenständig mehr darauf fokussiert. Sich auf die positiven Dinge im Leben vor Augen zu behalten kann bedeuten negative Reize effektiver auszublenden, was vor allem dann Sinn ergibt, wenn wir nichts an den Umständen ändern können. (Dieser Aspekt wird später nochmal in Kapitel 4 aufgegriffen).

Zum Optimisten werden bzw. sich vor Pessimismus schützen

Die uns allen bekannten Optimisten fokussieren sich bereits auf das Positive und haben ihr Gehirn so trainiert, dass sie dies auch nicht als Anstrengung empfinden. Sie haben eine Lebensauffassung, die alles von der besten Seite betrachtet; meist heiter, zuversichtlich und lebensbejahend ist. Mit der entsprechenden Übung kann sich jeder (durch die Neuroplastizität des Gehirns) dieser Grundhaltung zulegen. Mehr Möglichkeiten zu erkennen, Probleme von verschiedenen Seiten aus zu betrachten (=kognitive Flexibilität) und dadurch leichter eine Lösung zu finden oder auch mehr Erfolg (sowohl privat als auch beruflich) zu haben, wird einer optimistischen Haltung zugesprochen (Forgeard & Seligman, 2012).

Jetzt könnte auch Kritik an zu starken Optimismus geübt werden, beispielsweise Naivität

oder Verdrängung – Natürlich, das Maß ist wie immer entscheidend. Ziel soll es auch nicht sein, ein ‚hoffnungsloser Optimist‘ zu werden, sondern vielmehr ein Gegengewicht zu unangenehmen Gefühlen zu bilden. Ein realistischer Optimismus könnte dafür sorgen, dass negative Gefühle oder Ereignisse nicht mehr komplett einnehmend sind. Probleme müssen weiterhin gelöst werden und an schwierige unveränderliche Situationen weiterhin eine Anpassung (in Form von Akzeptanz) erfolgen – dabei hoffnungsvoll in die Zukunft zu schauen, kann jedoch hilfreich und anregend (i. S. von in Bewegung bringend=motivierend) sein.

Ob es durch Probleme zu einer ‚Störung des psychischen Gleichgewichts‘ und somit zu einer psychischen Erkrankung kommt, ist abhängig davon, wie gut die inneren Schutzfaktoren (Resilienzfaktoren) trainiert sind. Die Resilienzfaktoren (*realistischer Optimismus, Selbstwirksamkeit, Soziale Unterstützung, Aktives Coping/ Kognitive Flexibilität, Kohärenzgefühl, Sinn im Leben, Religiosität, Hardiness und Selbstwertgefühl*) stehen in Zusammenhang mit Wohlbefinden und Resilienz. Umso besser sie vertreten sind, desto besser ihre Schutzfunktion. Mit der Fokussierung auf das Positive stärkst Du bereits einen Deiner Schutzfaktoren.



Bewege dich unter den Schutzschirm: Stärkung der positiven Gefühle und des realistischen Optimismus

Das Wohlbefinden ist das, was wir trotz Krankheit und Einschränkungen weiter fördern können. So erscheint es hilfreich (um das eigene Wohlbefinden zu steigern), die Resilienzfaktoren *positive Emotionen* und *realistische Optimismus* zu stärken.

Der Dalai Lama würde uns ‚*Tsewa*‘ empfehlen! *Tsewa* kommt aus dem Tibetischen und meint Mitgefühl mit anderen und sich selbst. In diesem Kontext soll *Tsewa* vor allem hinsichtlich Deines eigenen Selbstmitgefühls praktiziert werden. Mit Selbstmitgefühl ist eine positive und mitfühlende Einstellung Dir selbst gegenüber gemeint. Und das, mit allen Qualitäten, Grenzen und Fehlern. Letztlich geht es darum, dass Du Dich um Dich sorgst. Immer – in stürmischen Zeiten aber besonders. Positive Emotionen helfen Dir dabei, diese stürmischen Zeiten besser zu überstehen.

In diesem Sinne bist Du jetzt an der Reihe: Aktivierte Deine Krisenkräfte! Du darfst jetzt *Tsewa* praktizieren:

Beginne damit, mit Dir, Deinen Gefühlen und Bedürfnissen in Kontakt zu kommen. Hierfür steht Dir auf der folgenden Seite das Übungsblatt **<Wie fühle ich mich und was brauche ich?>** zur Verfügung.

Daran anschließend wirst Du eingeladen, einen Brief **<Brief und Versprechen an Dich selbst>** an Dich selbst zu schreiben, der Dir dabei hilft zu erkennen, wie gut Du bislang für Dich da warst. Im Anschluss kannst Du überlegen, ob und was Du daran etwas optimieren willst, um besser auf Dich und Deine Bedürfnisse aufzupassen.

Zudem soll auch Dein positiver Blick geschult werden und Du wirst angeleitet, Dir folgende Fragen zu beantworten, **<Was macht Dich (un)glücklich?>** und **<Wofür bist Du dankbar?>** und **<Wem bist Du dankbar?>**.



Wie fühle ich mich und was brauche ich?	S. 29-37
Brief und Versprechen an Dich selbst	S. 38
Was macht Dich unglücklich?	S. 39
Was macht Dich glücklich?	S. 40
Wofür bist Du dankbar?	S. 41
Wem bist Du dankbar?	S. 42



Wie fühle ich mich und was brauche ich?

Hinter jedem Gefühl verbirgt sich eine Bedeutung. Die eigenen Gefühle und deren Bedeutung zu erkennen, ist wichtig, um die dahinterliegenden Bedürfnisse zu befriedigen. Lass uns genauer hinschauen – was brauchst Du?

Gehe alle Gefühle mal durch und spüre ich Dich hinein: Welche Gefühle habe ich häufig? Was bedeutet es, wenn ich mich so fühle? Was brauche ich dann eigentlich und wie häufig gehe ich meinem Bedürfnis auch tatsächlich nach?

*Zur besseren Nachvollziehbarkeit anbei **zwei Beispiele**.*

Angst

Was ist deine Befürchtung?

Ich befürchte, dass wenn ich zeige, dass ich nicht gut drauf bin, meine Freunde weniger Zeit mit mir verbringen wollen.

Was brauchst Du, wenn Du Angst hast?

Ich würde mir eigentlich wünschen, dass ich einfach ich selbst sein kann und trotzdem gemocht werde (Unterstützung, Sicherheit, Verbindung mit anderen = Grundbedürfnis nach Bindung)

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	x	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum nicht?

*Ich befürchte, dass ich belastend bin.
Ich befürchte, dass ich abgelehnt werde.*

Ärger

Gegen welche Regel (Deiner eigenen Regeln) wurde verstoßen (oder hast Du selbst verstoßen)?

*Ich bin genervt, weil ich häufig schlechte Laune habe (Regel: Habe immer gute Laune).
Was brauchst Du, wenn Du Dich ärgerst?*

Ich würde mir eigentlich wünschen, dass ich Unterstützung erhalte und zum Beispiel mich nicht ständig überfordert mit dem Haushalt oder der Arbeit erlebe (Wahrung eigener Grenzen, Schutz vor Grenzüberschreitung, Freiheit sich mitzuteilen = Grundbedürfnis Selbstwertschutz)

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	x	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum nicht?

*Ich befürchte, dass ich belastend bin.
Ich befürchte, dass ich abgelehnt werde.*

Bei dieser Übung geht es darum, dass Du mit Dir, Deinen Gefühlen und Deinen Bedürfnissen ins Spüren kommst. Verfolge an dieser Stelle nicht das Ziel zu lösen, nimm einmal wahr. Im späteren Verlauf werden wir uns auf diese Übung nochmal beziehen.

Jetzt bist Du dran: Reflektiere, welche Gefühle gerade oder auch generell bei Dir vorherrschend sind? Was brauchst Du, um ihnen gerecht zu werden bzw. sie zu bewältigen?

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für dahinterstehende Bedürfnisse)

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

Angst (=Befürchtung)

- Schutz,
- Sicherheit,
- Unterstützung,
- Freiheit sich mitzuteilen,
- Verbindung mit anderen,
- Verantwortungsabnahme
- etc.

Bedeutung: Was ist deine Befürchtung?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du Angst hast?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum nicht?

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für
dahinterstehende Bedürfnisse)

Trauer (=Verlust)

- Aufmerksamkeit,
- Unterstützung,
- Freiheit sich mitzuteilen,
- Verbindung mit anderen,
- Geborgenheit

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

Bedeutung: Worin besteht der Verlust?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du traurig bist?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum nicht?

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für
dahinterstehende Bedürfnisse)

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

**Scham (=Regelverstoß, Regeln
der anderen)**

- Anerkennung,
- Unterstützung,
- Verbindung mit anderen,
- Geborgenheit

Bedeutung: Gegen welche Regel (der anderen, z. B.
Gesellschaft) hast Du verstoßen?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du Dich
schämst?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum
nicht?

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für
dahinterstehende Bedürfnisse)

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

Ärger (=Regelverstoß, eigene Regeln)

- Wahrung eigener Grenzen
- Schutz vor
Grenzüberschreitung
- Freiheit sich mitzuteilen
- Anerkennung

Bedeutung: Gegen welche Regel (Deiner eigenen Regeln)
wurde verstoßen (oder hast Du selbst verstoßen)?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du Dich
ärgerst?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum
nicht?

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für
dahinterstehende Bedürfnisse)

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

**Abneigung (=nicht dem
eigenen Geschmack
entsprechend)**

- Akzeptanz
- Freiheit sich mitzuteilen
- Wahrung eigener Grenzen
- Distanz

Bedeutung: Was oder wen magst du nicht?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du eine
Abneigung empfindest?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum
nicht?

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für
dahinterstehende Bedürfnisse)

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

**Zuneigung (=dem eigenen
Geschmack entsprechend)**

- Akzeptanz
- Freiheit sich mitzuteilen
- Wahrung eigener Grenzen
- Nähe

Bedeutung: Was oder wen magst du?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du eine
Zuneigung empfindest?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

**Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum
nicht?**

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für
dahinterstehende Bedürfnisse)

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

Niedergeschlagenheit

(=negative

Zukunftsperspektive)

- Neuorientierung
- Verbundenheit, um neue Kraft zu tanken
- Unterstützung

Bedeutung: Was findest Du hoffnungslos oder macht Dich hilflos?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du Niedergeschlagenheit/ Hoffnungslosigkeit empfindest?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum nicht?

Gefühl (= Bedeutung)

(Beispiele für
dahinterstehende Bedürfnisse)

Was brauchst Du, wenn Du Dich so fühlst?

Freude (=Gewinn)

- Anerkennung
- Lob
- Verbundenheit mit anderen

Bedeutung: Was bereitet Dir Freude/ Welchen Gewinn hast Du?

Schutz deiner Bedürfnisse: Was brauchst Du, wenn Du Dich freust?

Wie gut gehst Du Deinem Bedürfnis nach?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(0=gar nicht; 10=sehr)

Falls Du Deinen Bedürfnis nicht stark nach gehst, warum nicht?

Brief und Versprechen an Dich selbst



Nachdem Du gerade reflektiert hast, inwieweit Du Deinen Bedürfnissen nachgehst oder eben eventuell auch nicht, überlege: Was kannst Du tun, um dem Ausdruck Deines Gefühls und Deinem Bedürfnis besser gerecht zu werden?

Schreibe einen Brief an Dich selbst. Reflektiere darin, was Du tun kannst, um dem Ausdruck Deines Gefühls und Deinem Bedürfnis besser gerecht zu werden.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Reflexion: Wenn Du fertig bist, lies den Brief noch einmal durch und überlege, ob Du Dir selbst etwas versprechen willst, um Deine Bedürfnisse z. B. in Zukunft wichtiger zu nehmen?



Was macht Dich unglücklich?

Diese Übung dient dazu, Dich und deine Bedürfnisse besser kennen zu lernen.

Stell Dir zunächst die Frage, was Dich unglücklich macht. Welchen Sinn und Zweck das haben könnte? Das Leben hat nun einmal beide Seiten. Unterschiede und Eigenschaften bewegen sich auf einem Kontinuum: Wir kennen Wärme, weil wir Kälte kennen, beides Eigenschaften der Temperatur. Wir kennen Freude und wir kennen Leid, beides Eigenschaften des Lebens. So zu tun, als gäbe es kein Leid, keine Trauer, keinen Schmerz, ist nicht hilfreich. Dabei fehlt eine Seite der Medaille.

Auch die unangenehmen Gefühlszustände sind wichtig für uns, da sie uns unsere unerfüllten Bedürfnisse aufzeigen sollen. Außerdem kann es Dir dabei helfen zu identifizieren, was Dich glücklich macht. Vielleicht kennst Du dieses Phänomen: „Ich weiß nicht, was ich will, was ich nicht will wiederrum schon.“

Auch wenn es nicht leicht ist, den Blick darauf zu richten, nimm Dir die Zeit für Dich und schreibe hier ein paar Dinge auf, die Dich unglücklich machen.

[illegible]



Was macht Dich glücklich?

Das klingt nach einer einfachen Frage? Ich freue mich, wenn es Dir leicht fällt, darauf zu antworten und Du ein gutes Gespür dafür hast, was Du gerne tust und Dir Freude bereitet.

Da die Beschäftigung mit positiven Aspekten sich auch positiv auf deine Stimmung auswirken kann, nimm Dir die Zeit für Dich und schreibe auch hier ein paar Dinge auf, die Dich glücklich machen.

(Das kann auch für spätere Momente hilfreich sein, wenn Du mal keinen so guten Zugang zu Dir und deinen Bedürfnissen haben solltest.)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Sollte Dir diese Übung schwer fallen, ist das ganz normal. Akzeptiere es, dass du gerade (in diesem Moment, als Du das ausfüllen willst) schwer an positive Aspekte heran kommst. Eventuell kann es inspirierend sein, Dein Umfeld zu befragen. Wenn das gerade (in diesem Moment) nicht das Richtige ist, dann ist es eben so. Morgen könnte das schon anders sein.

Manchmal ist es für uns selbstverständlich, dass wir ein Dach über dem Kopf haben und genug zu essen. Mit diesen Umständen ist nicht jeder gesegnet. Sich dessen bewusst zu werden, öffnet die Perspektive für Dankbarkeit. Es geht nicht darum, alles gut zu finden, sondern darum ein Gegengewicht darzustellen, um eine realistischere Einschätzung zu erlangen.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Wem bist Du dankbar?

Überlege Dir, welchen oder welchem Mensch(en) Du in Deinem Leben dankbar bist oder auch in der Vergangenheit warst.

Nutze die folgenden Zeilen und schreibe dieser Person oder diesen Personen einen Brief.

Es geht nicht darum, ihn abzuschicken, sondern darum, damit in Kontakt zu kommen, was die Tat oder die Taten dieser Person(en) für Dich bedeutet/bedeuten.

Fragen, die Dir dabei helfen können:

- Was hat dieser Mensch (damals) getan, was für Dich wichtig ist/war?
- Wie hat sich seine oder ihre Hilfe (damals) auf Dich ausgewirkt?
- Wo stehst Du heute in Deinem Leben aufgrund dessen?

[illegible]

Kapitel 4– Selbstwirksamkeit, aktives Coping, Kognitive Flexibilität

Nachdem Du nun einen Eindruck hast, wie Gefühle entstehen, was sie bedeuten und wie unser evolutionäres Programm läuft, wendet sich dieses Kapitel den Resilienzfaktoren *Selbstwirksamkeit, aktives Coping* und *Kognitive Flexibilität* zu. Um sie zu stärken ist die Erkenntnis wichtig, wann man selbstwirksam werden kann und wann auch nicht. Dazu wird notwendiges (z. B. Schicksalsschläge) von unnötigem Leid (z. B. Kontrollieren von unkontrollierbaren Phänomenen) unterschieden.

Selbstwirksamkeit – die innere Selbstüberzeugung

Selbstwirksamkeit beschreibt die Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Selbstwirksamkeit ist das Gegenteil von Ohnmachts-Erleben, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit. Während letzteres meist als belastend und bedrückend empfunden wird, gehen Selbstwirksamkeitserfahrungen meist mit positiven Emotionen einher und wirken energetisierend und kraftvoll. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Selbstüberzeugung einen Resilienz stärkenden Faktor darstellt, was so viel bedeutet wie: Stärke ich meine *Selbstwirksamkeit*, so stärke ich meine Resilienz (positive Anpassungsfähigkeit an widrige Umstände).



Selbstwirksamkeit ist ein Resilienzfaktor.

Welch positiven Nutzen die Selbstwirksamkeitserwartung hat, wird in einer Studie deutlich: Menschen in einem Altersheim lebten tendenziell glücklicher und länger, wenn sie Verantwortung für etwas übernahmen – also selbst wirksam werden konnten. Dabei wurde ebenfalls deutlich, dass die Aufgaben nicht groß zu sein brauchen (z. B. Pflege von Pflanzen).

Was lernen wir daraus? Der Mensch will wichtig und einflussreich sein. Deshalb stellt der

Selbstwert auch ein Grundbedürfnis dar – wenn ich mich nicht als wichtig und wertvoll wahrnehme, kümmere ich mich auch nicht um mich – letztlich verkümmere ich.



Selbstwirksamkeit beschreibt die Überzeugung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können.

Wie gut meine persönliche Selbstwirksamkeitserwartung ist, hängt davon ab, wie gut ich meine Entwicklungsaufgaben (vor allem in der Kindheit, z. B. Annäherung an Ängste) erfüllt habe. Darüber hinaus ist entscheidend, welche Erfahrungen ich mit mir und meinen Fähig- und Fertigkeiten im Leben gemacht habe. Letztlich ist es jedoch nie zu spät, jetzt damit anzufangen, Verantwortung zu übernehmen und die Chance zu ergreifen, sich selbst als wirksam, als einflussreich zu erleben. Die Dinge, für die ich Verantwortung übernehmen will, brauchen dabei nicht groß zu sein.

Selbstwirksamkeit – Wann habe ich Einfluss?

Wie bereits weiter oben an der ein oder anderen Stelle genannt wurde, lassen sich nicht alle Umstände ändern, was oftmals mit Leiden einhergehen kann: Leid kann einerseits bei dem Versuch entstehen, Dinge zu kontrollieren, die nicht unter der eigenen Kontrolle stehen, und andererseits, wenn vorhandene Kontrollmöglichkeiten nicht – oder nicht optimal – genutzt werden. Die Erkenntnis darüber, welche Probleme lösbar – und somit in meiner Macht – und welche unlösbar – und somit nicht in meiner Macht – sind, ist essenziell für die *Selbstwirksamkeit*. Daher zunächst die Klärung: Was liegt in meiner Macht, worüber habe ich Kontrolle?

- Wir haben weitgehend die Kontrolle über unsere Handlungen (außer reflexartiges Handeln) und über das willkürliche Denken, das Glaubens- (z. B. Religion) oder Willensentscheidungen (z. B. Ziele setzen) miteinschließt.
- Wenig Kontrolle haben wir über unsere Körperreaktionen (z. B. Anspannung),

Körpergefühle (z. B. Schmerzen) und über unsere Emotionen (z. B. Angst, Trauer, Scham, etc.).

- Keine oder begrenzte Kontrolle haben wir außerdem über andere Menschen: Eigene Wünsche können geäußert werden, ob eine andere Person unseren Wünschen nachkommt, entscheidet sie jedoch selbst. Ausschließlich Entscheidung können wir bei unserem Gegenüber erzwingen, und zwar indem wir auf Konsequenzen hinweisen: „Wenn du XY nicht tust, werde ich X machen.“ Wie die Entscheidung ausfällt bestimmt jeder selbst.

Der Vollständigkeit halber soll hier erwähnt werden: Unter Manipulation können strategisch angewendete Handlungen bzw. Kommunikation verstanden werden, in denen die eigenen Wünsche so formuliert oder dargestellt werden, dass sie für das Gegenüber ebenfalls vorteilhaft erscheinen. Dies gelingt nur, wenn die Bedürfnisse und Ziele anderer der (manipulierenden) Person vertraut sind – es gibt keine Kontrolle über andere Menschen.



Unter unserer Kontrolle liegen hauptsächlich das willkürliche Denken und unser Handeln.

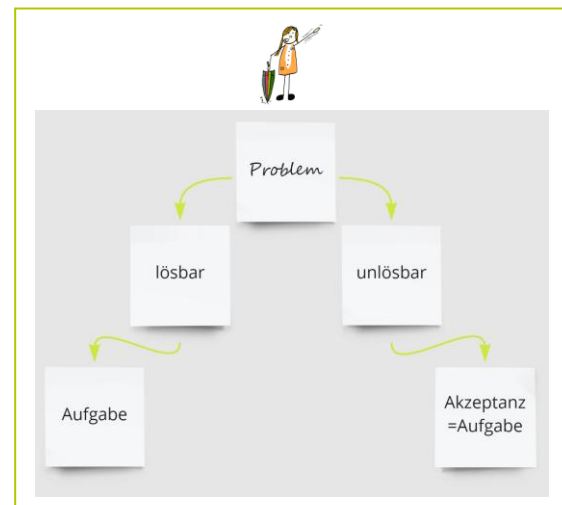
Sinnvollerweise sollten Ziele so gesetzt werden, wie sie in unserer Kontrolle liegen. Ziele zu verfolgen, die unerreichbar – da außerhalb meiner Kontrollmöglichkeiten sind – ist vergleichbar mit einem Kampf gegen Windmühlen: sehr anstrengend und ineffizient.

Dies lässt sich leichter niederschreiben als durchführen. Diese Erkenntnis ist schwer und gleichzeitig wichtig, da der Umgang mit unlösbaren Problemen sich von dem von lösbaren Problemen unterscheidet. Durch intensives Trainieren können wir jedoch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit unsere Emotionen indirekt beeinflussen (siehe Optimismus) – jedoch nicht kontrollieren.

(Un)nötiges Leid – wie entsteht es und wie gehe ich damit um?

Nachdem wir nun bereits eine Idee haben, was in unserer Macht liegt und was außerhalb, vertiefen wir diese Thematik weiter. Im Folgenden soll *notwendiges* von *unnötigem Leid* unterschieden werden, bevor es die Schritte in Richtung Lösung geht (Bewältigung durch *kognitive Flexibilität* und *das aktive Coping*).

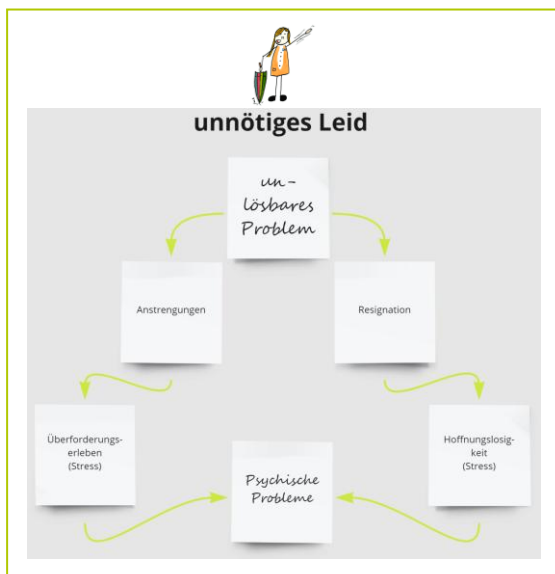
Probleme – die Diskrepanz zwischen dem, wie es ist und dem, wie es sein sollte – sind Bestandteile des Lebens. Sie können in zwei Kategorien eingeteilt werden: **lösbar** (z. B. leerer Kühlschrank, daraus ergibt sich die **Aufgabe**, nämlich einkaufen zu gehen) und **unlösbar** (z. B. Endlichkeit des Lebens). Bei letzterem stoßt jeder an eine **Restriktion** (einen unveränderlichen Zustand). Der einzig günstige Umgang mit Restriktionen ist die Akzeptanz. Probleme oder unliebsame Umstände zu akzeptieren, stellt eine Herausforderung und somit eine Aufgabe dar.



Bei der *Akzeptanz* von unlösbaren Aufgaben handelt es sich um notwendiges - nicht verhinderbares – Leid: Es ist traurig, dass das Leben endlich ist, ob man nun selbst betroffen ist, oder eben eine oder einer der Liebsten (letztlich ist jedes Lebewesen davon betroffen).

Nun ist es nun mal so, dass jeder von der *Akzeptanz* abweichende Lösungsversuch des Problems (Endlichkeit des Lebens) in Stress – also einem Überforderungserleben – ausartet. Das ist *immer* so, weil das letztliche Ziel (Abwendung der Endlichkeit des Lebens) nie

hinreichend erfüllt werden kann. Wenn Betroffene nach und nach feststellen, dass ihre Anstrengungen nicht ausreichen, um das Problem abzuwenden, wird der Mensch hilflos und damit handlungsunfähig. Langfristig macht der Kampf gegen Windmühlen krank. Bei eben genanntem handelt es sich um *unnötiges Leid*.



Ziel bei kontrollierbaren Phänomene ist es die *Selbstwirksamkeit* zu stärken. Bei unkontrollierbaren Phänomene wiederum die *Akzeptanz*.

Auch lösbare Probleme können *unnötiges Leid* verursachen: Nämlich, wenn vorhandene Kontrollmöglichkeiten nicht – oder nicht optimal – genutzt werden. Auch ein ungünstiger Umgang mit Problemen oder Herausforderungen kann langfristig gesehen zur Erschöpfung führen und die mentale Gesundheit negativ beeinflussen: Manchmal sind nämlich objektiv lösbare Probleme es subjektiv nicht. Hintergrund ist meist, dass die Kosten der Veränderung (um das Problem zu lösen) als zu hoch eingestuft werden.

Ein Beispiel stellt den Zustand einer unzufriedenstellenden Beziehung dar. Eine Paartherapie oder eine Trennung wären potenziell mögliche Vorgehensweisen, um das Problem anzugehen oder gar zu lösen. Doch oftmals kommt es nicht zu diesen günstigen Umgangsstrategien, sondern zu eher ungünstigen Strategien: Beispiele für ungünstige Bewältigungsstrategien stellen:

- *Vermeidung* von der Konfrontation mit dem Problem. Hintergrund von Vermeidung ist der Schutz vor bedürfnisverletzenden Erfahrungen. In den meisten Fällen – und vor allem langfristig – ist eine permanente Vermeidung eine ungünstige Strategie: Beispielsweise Vermeidung von Konflikten aus Angst vor einer Trennung, dadurch keine offene Kommunikation und Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Trennung kommt.
- *Verdrängung*, dass es ein Problem gibt. „Was ich nicht sehe, ist auch nicht da!“, der Mensch ist in der Lage besonders belastende Umstände von sich selbst und seinem Erleben ‚abzuspalten‘. Dies ist als eine Schutzvorkehrung des Körpers zu verstehen: Manchmal kommt einfach zu viel auf einmal zusammen. Kurzfristig ist dieser Schutz auch in Ordnung, langfristig – sofern betreffende Person sich nicht damit auseinandersetzt – entstehen innere Konflikte, denn auch wenn Verdrängung ein sehr starker Mechanismus ist, kennt ein Anteil in uns die Wahrheit. Solange dieser Anteil unterdrückt bleibt und nicht aufgelöst wird, bleibt die Grundproblematik bestehend und verstärkt sich tendenziell bei jeder Problemaktualisierung.
- *Flucht* um zu ‚vergessen‘, dass es das Problem gibt: beispielsweise in die Arbeit, in ein Hobby oder in eine andere Beziehung, in den Konsum von Alkohol oder anderen stimmungsbeeinflussenden Präparaten (bis hin zur Abhängigkeit).

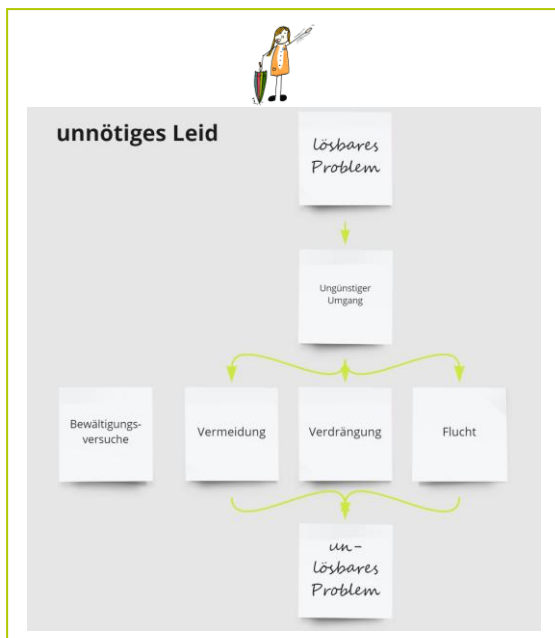
Die Antwort auf die Frage „Warum werden die ungünstigen Strategien den günstigen vorgezogen“ lautet: Kurzfristig vor Langfristig.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass das menschlich ist. Der Mensch hat tendenziell Probleme damit, sich auf die langfristigen Ziele zu fokussieren, das wird bei Themen wie Sparen oder jeden Tag einen Apfel zu essen („An apple a day keeps the doctor away!“) deutlich: „Ich habe heute keine günstige Auswirkung davon, dass ich Geld zur Seite legen. Heute bin ich sogar davon genervt, weil ich mir gerne etwas gönnt hätte.“

Bei dem täglichen Apfel, der langfristig einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben

soll, ist es ganz ähnlich: „Ob ich heute den Apfel oder eben lieber Schokolade esse, macht für heute keinen Unterschied.“ – langfristig kann dieser sich jedoch abzeichnen. Schokolade ist in Maßen ebenfalls in Ordnung, das Beispiel bezieht sich eher darauf, dass in einem Apfel ein gelungener Vitamin- und Nährstoffkomplex enthalten ist, den Schokolade nun mal nicht so aufweist.

Auch in dem oben genannten Beispiels der unzufriedenstellenden Beziehung wird deutlich, dass die kurzfristige Vermeidung, Verdrängung oder Flucht – erstmal – die geringeren Kosten aufweist. Langfristig betrachtet kann das anders aussehen.



Aktives Coping

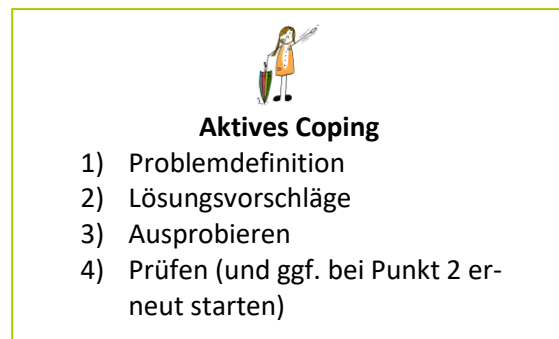
Nun kommen wir zu den Umgangsstrategien: Wir starten mit dem *aktiven Coping*, also der aktiven Bewältigung anstatt der passiven Resignation.

Einen wichtigen Bausteine für eine aktive Bewältigung sind wir hier bereits gemeinsam gegangen: die Problemdefinition. Daran anschließend werden Lösungen für das Problem gesucht. Zur besseren Veranschaulichung soll ein Beispiel herangezogen werden: Nehmen wir an, das Problem sei, dass eine Person sich einsam erlebt (=Problemdefinition). Potenzielle Lösungen könnten sein:

- Anmeldung in einem Verein,

- Aktivierung alter Kontakte,
- Kollegen bei der Arbeit ansprechen,
- sich für einen Wohltätigen Zweck einsetzen,
- ein Haustier holen
- etc.

Mit diesen Lösungsversuchen erhöht eine Person die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit Menschen in Kontakt kommt und sich weniger einsam erlebt. Funktioniert Lösungsidee „Vereinssanmeldung“ nicht, folgt Lösungsidee „Aktivierung alter Kontakte“, usw – bis das gewünschte Ziel erreicht wird (=Überprüfung der Wirksamkeit).



Kognitive Flexibilität

Ein wichtiger Aspekt wurde bislang jedoch zu wenig beleuchtet: Da wir keine Kontrolle darüber haben, ob wir z. B. Freundschaften knüpfen können, ist auch eine innere Haltung („Auch wenn ich mich mal einsam fühle, bin ich trotzdem ok.“) und *Akzeptanz* („Ich finde es nicht gut, aber es ist gerade so.“) wichtig.

Im Falle dessen – damit waren Viele von uns während der Lock-Downs konfrontiert – ,dass sich ein Problem nicht, nicht ganz oder nicht sofort lösen lässt, hilft die *kognitive Flexibilität*. *Kognitive Flexibilität* meint, dass wir fähig sind unser Denken flexibel an die Umstände anzupassen: Nehmen wir an, diese Person denkt, sie sei einsam und kann aufgrund der Pandemie jetzt nichts daran ändern. Sobald sie in die *Akzeptanz* geht (ihr Denken in dem Sinne anpasst, dass es zielgerichtet und hilfreich ist), kann sie sich für Neues öffnen. Möglicherweise sucht sie sich ein Hobby, geht Interessen nach, für die sie andere nicht braucht. Eine Ankerfrage zur Förderung der kognitiven Flexibilität ist: „Was

würdest Du einer guten Freundin/ einem guten Freund raten.“

Einen großen Stolperstein für kognitive Flexibilität stellen die sogenannten Denkfällen nach Beck (Beck, 1979) und Stavemann (Stavemann, 2010a) dar. Ein paar von ihnen werden im Folgenden aufgelistet:

- Das Denken in richtig und falsch bzw. das **Schwarz-Weiß-Denken**, das keine Zwischentöne (Graustufen) zulässt. Beispiel: „Nur wenn ich mit voller Punktzahl die Prüfung bestehe, bin ich gut!“ Anstatt: „Volle Punktzahl wäre toll, mir ist aber wichtig zu bestehen und letztlich noch wichtiger, dass ich meinem Ziel (z. B. eine neue Sprache zu beherrschen) damit näherkomme.“
- **Katastrophendenken**, das beinhaltet, wie der Name bereits sagt, stets an den Worst-Case zu denken (geht mit häufiger Angst einher). Ein Beispiel wäre: Ein wichtiger Mensch sagt ein Treffen ab und ich ‚katastrophisiere‘ diese Absage und verstehe sie als Ablehnung: „Mein Freund/ Meine Freundin will wohl keine Zeit mehr mit mir verbringen.“, anstatt daran zu denken, dass der wichtige Mensch einfach etwas Zeit für sich benötigt.
- **Enttäuschungsvermeidungs-Denken** ist dem Katastrophendenken sehr nahe, denn auch hier wird in den Worst-Case gedacht. Es unterscheidet sich jedoch in der Funktion: Enttäuschungsvermeidungs-Denker will nämlich Enttäuschungen vermeiden und denkt deshalb sehr negativ.
- „Einmal Pech in der Liebe, immer Pech in der Liebe.“ – auch das ist eine Denkfalle, nämlich das **Generalisieren**: Man schließt vom Einzelfall auf das Ganze oder überträgt vergangene Situationen auf die Gegenwart. Dabei wird vergessen, dass die aktuelle Situation (z. B. die neue Partnerschaft und somit der neue Partner oder die neue Partnerin) völlig andere Gegebenheiten (bzw. Eigenschaften) hat.
- **Verantwortungsübernahme-Denken**: Dieser Denkfalle unterliegen vor allem Personen, die viel Verantwortung für anderes und andere übernehmen- Prinzipiell ist das eine schöne Sache. Hier ist es mit aufgelistet, da wir gelernt haben, dass nicht alles und schon gar nicht jeder kontrollierbar ist

(weiterhin für alles Verantwortung zu übernehmen, ist deshalb ein Denkfehler).

Dadurch, dass unser Denken unser Fühlen und Handeln bestimmt, ist die Identifikation solcher Denkfällen wichtig: Denkfällen machen es uns nämlich schwer, unser Blickfeld für andere Optionen zu weiten und somit kognitiv flexibel auf unterschiedliche Anforderungen zu reagieren.

Wir haben gelernt – auch bei unlösbaren Problemen kommt es zu einer Aufgabe, nämlich der *Akzeptanz*. Wenn Unlösbares akzeptiert ist, kann die Aufmerksamkeit auf Lösbares gelenkt und somit die *Selbstwirksamkeit* und das *aktive Bewältigen* bzw. *Coping* (mit günstigen Umgangsstrategien) gesteigert werden. Die *kognitive Flexibilität* hilft uns bei der Bewältigung.

Das Gelassenheits-Gebet fasst den letzten Abschnitt nochmal zusammen:



Gib mir Kraft, Dinge zu ändern, die ich ändern kann,
die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann und
die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Ein Hinweis zur *Akzeptanz*: Manche Dinge lassen sich nicht ändern (= Grundhaltung eines gesunden Fatalismus). Du darfst darüber traurig sein, das steht Dir zu und ist angemessen. Du brauchst es nicht gut zu finden. Hilfreich ist es jedoch nicht, darin zu verharren. Damit schenkst du dem Problem noch mehr Aufmerksamkeit und es nimmt noch mehr Platz in deinem Kopf und somit in deinem Leben ein. Lass los, kämpfe nicht gegen Windmühlen, nutze Deine Energie in den Bereichen, in denen du wirksam werden kannst! Sobald du bemerkst, dass du nach Lösungen für Unveränderbares grübelst/ nachdenkst, sage dir bewusst „Ich finde das nicht gut - das muss ich auch nicht, aber es ist so, wie es ist! Ich nehme es an, es ist, wie es ist“.

Akzeptanzförderung durch Achtsamkeit

Akzeptanz – „Ja, ich sollte es akzeptieren, aber wie?“ Die Frage danach, wie Akzeptieren geht ist schnell beantwortet: „Du musst Dich dazu entscheiden, den Kampf der Veränderung aufzugeben, dann kannst Du die Unveränderlichkeit der Situation anerkennen und somit unnötiges Leiden verhindern.“ Die Aussage „Das kann ich nicht“ schließt sich an dieser Stelle häufig an. Deshalb wenden wir uns nun dieser Aussage zu: Sie bezieht mit ein, dass, wenn der Kampf aufgegeben wird und die Wut über die Ungerechtigkeit weg ist, ein ganz anderes Gefühl mit ins Spiel kommt: Die Trauer. Das Gefühl Trauer bedeutet einen Verlust zu haben. Diesen Verlust anzunehmen kann (emotional) schmerzlich sein. Deshalb wenden wir sie auch ab. Trauer ist das Unveränderbare, das Endgültige und das mit all seinen Konsequenzen. Doch auch wenn es sich alles andere als angenehm anfühlt traurig zu sein, hat auch diese ihre Berechtigung und ihre Funktion: Trauer lenkt unsere Aufmerksamkeit nach innen – anstatt wie bei Ärger im Außen etwas verändern zu wollen. Dieser Blick nach innen erlaubt es uns zu reflektieren: „Was brauche ich? Welche Kraft kann ich aktivieren? Welche Menschen oder andere Ressourcen brauche ich?“ Letztlich dient Trauer der Neuorientierung: Meine bisherigen Pläne und Ziele sind durchkreuzt, sich seiner Trauer zuzuwenden, für sich selbst da zu sein und sich selbst zu unterstützen bietet die Chance neue Pläne zu schmieden.

Wie kann dieser Prozess nun unterstützt werden? Eine Antwort lautet *Achtsamkeit*. Das Konzept der *Achtsamkeit* stammt ursprünglich aus dem Buddhismus und bedeutet eine bewertungsfreie Wahrnehmung der eigenen Emotionen. Das fördert nämlich wiederum das *Selbstmitgefühl*, welches als der Wirkfaktor der *Achtsamkeit* anerkannt ist und ganze Trainings danach ausgelegt sind (Germer & Neff, 2019). Achtsames Wahrnehmen einer Emotion bedeutet beispielsweise, dass wenn ich traurig bin, das nicht bewertet wird (i. S. „Das bringt mir doch jetzt gar nichts!“ / „Ich bin schwach.“ / „Ich sollte mich zusammenreißen“ / usw.). Dass ich traurig bin, darf einfach sein. Trauer ist nicht gut, auch nicht schlecht, sondern einfach da. Ich muss jetzt auch nichts gegen die Trauer tun, ich lasse sie, wie sie ist und nehme sie

einfach nur wahr. Sobald ich meine Emotion akzeptiere – also nicht dagegen ankämpfe, schon gar nicht mit ungünstigen Mitteln wie z. B. Alkoholkonsum – erhöht sich die Chance, dass ich auch nach ihr angemessen (i. S. ihrer Bedeutung) handle.



Akzeptanz ist deshalb so herausfordernd, da sie mit einem **Trauerprozess** einhergeht. Dieser ist wichtig, um sich an die neuen Gegebenheiten anzunähern und sich daran anzupassen. **Achtsamkeit** (bewertungsfreie Wahrnehmung) kann dabei helfen: Die Emotion ist weder gut noch schlecht, sondern einfach da. Gegen die Emotion muss nichts getan werden, sondern sie soll nur wahrgenommen werden.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Probleme angehen

Jetzt geht es um Dich: Als erster Schritt, überlege Dir: Sind Deine **<Probleme: lösbar oder nicht?>**. Danach beschäftige Dich mit dem **<Kampf gegen Windmühlen>**, um nochmal Schwarz auf Weiß deutlich zu haben, in welchen Bereichen sich der Kampf (nicht) lohnt.

Die Übung **<Akzeptanz mit Achtsamkeit>** kann Dich bei dem Annehmen der Situation unterstützen und fördert Dein Selbstmitgefühl. Als nächstes bist Du eingeladen **<[D]Meine Denkfallen>** zu entlarven und Deinen zukünftigen Umgang damit zu verändern: Erkenntnis ist der erste Schritt der Veränderung. Gehe dann über zum **<Perspektivwechsel>** und mache Dir Gedanken darüber, welche Türen sich bereits in Deinem Leben verschlossen hatten und welche Neuen dadurch geöffnet wurden.



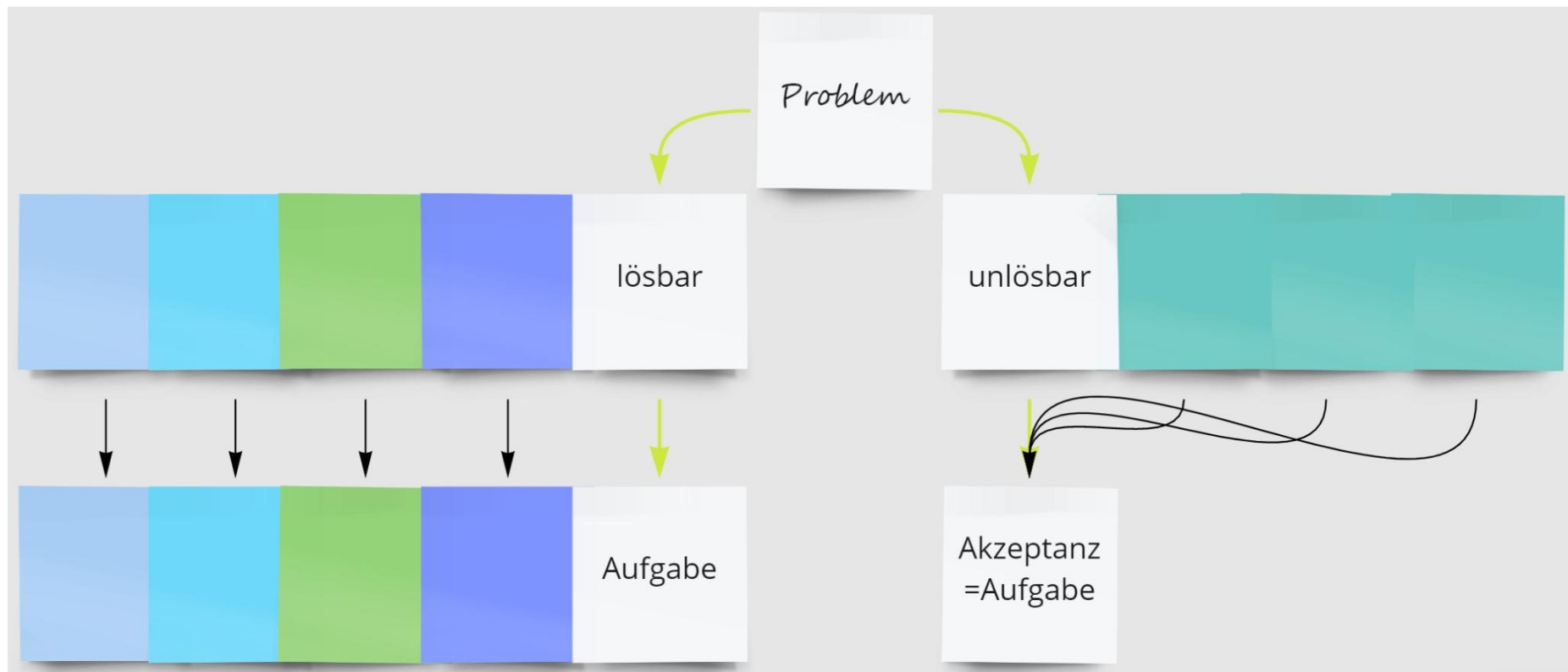
Probleme: lösbar oder nicht?	S. 49
Kampf gegen Windmühlen	S. 50
Akzeptanz mit Achtsamkeit	S. 51
Meine Denkfallen	S. 52-53
Perspektivwechsel	S. 54-55



Probleme: lösbar oder nicht?

Wie sieht es in Deinem Leben aus? Welche Probleme hast Du? Wie gehst Du damit um? Was sind Deine Aufgaben?

Nutze die blauen Felder, um in das Modell Deine (un)lösbaren Probleme und Deinen Umgang damit (Aufgabe) anzupassen. Erinnerung: bei unlösbaren Problemen gibt es nur eine günstige Umgangsweise – die Akzeptanz. Deshalb wirst Du hier nicht angeleitet, einen alternativen Umgang damit aufzuschreiben.



Hinweis zur radikalen Akzeptanz: Sobald du bemerkst, dass du nach Lösungen für Unveränderbares grübelst/ nachdenkst, sage dir bewusst „Ich finde das nicht gut - das muss ich auch nicht, aber es ist so, wie es ist! Ich nehme es an, es ist, wie es ist“.

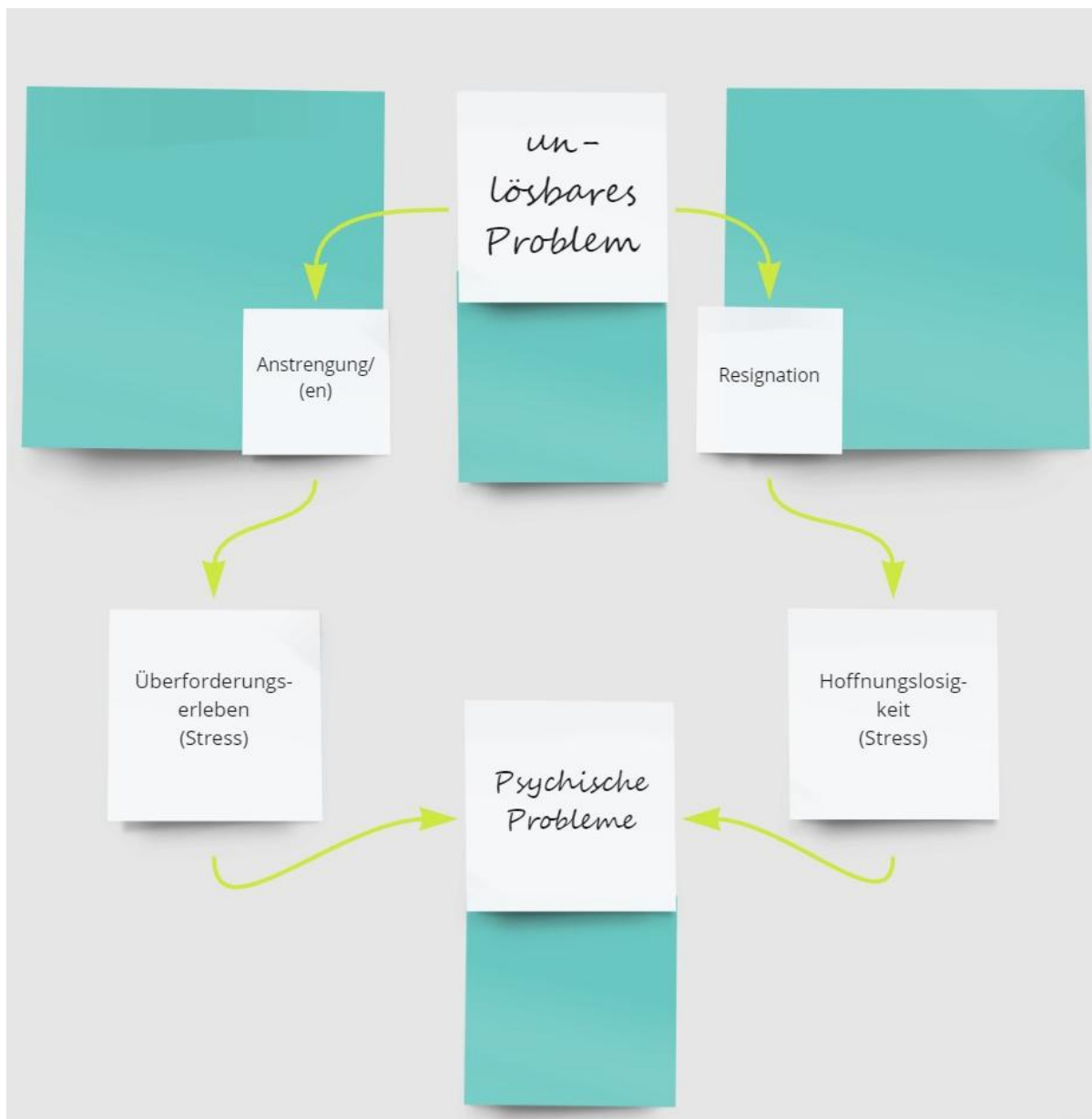
Kampf gegen Windmühlen



Wie sieht es in Deinem Leben aus? Fühst Du in manchen Bereichen einen ‚Kampf gegen Windmühlen‘ – versuchst, mit starker **Anstrengung unlösbare Probleme zu lösen**?

Nutze die blauen Felder, um das Modell an Dein unlösbares Problem, Deine Anstrengungen oder Deine Resignation und ggf. an Deine dadurch entwickelte psychischen Probleme anzupassen. Beurteile und umkreise, ob Du Dich bei deinem Kampf tendenziell eher überfordert erlebst (links) oder hoffnungslos (rechts) bist oder ob eventuell sogar beides zutrifft.*

**ungünstiger Umgang (Vermeidung, Verdrängung und Flucht) sind hier ebenfalls verortet*



Akzeptanz mit Achtsamkeit



Achtsamkeit löst keine Probleme in dem Sinne, vielmehr besteht eine Chance darin, einen hilfreichen Umgang mit Problemen oder unangenehmen Gefühlen zu erlernen oder diesen eben zu verbessern.

Unangenehme Gefühle wie beispielsweise Angst, Ärger oder Trauer gehören nun mal dazu. Sich Ihnen überhaupt nicht zuzuwenden (z. B. Vermeidung, Verdrängung oder Flucht) birgt die Gefahr, dass sie sich diffus einen Weg suchen. Beispielsweise eine Weinattacke mitten im Supermarkt – vermeintlich aus dem Nichts.

Es folgt eine Anleitung zum achtsamen Wahrnehmen, ein möglicher Umgang mit Deinen unangenehmen Emotionen:

- 1) *Nimm die Emotion wahr*
- 2) *Benenne sie wertungsfrei*
- 3) *Akzeptiere die Emotion*
- 4) *Beginne wieder bei Punkt 1*



Probiere diesen Umgang für Dich aus.

Manche beschreiben hier ein ‚Emotionssurfing‘. Die Emotion kommt wie eine Welle, türmt sich auf, bricht und geht auch wieder. Das kann mehrmals hintereinander ablaufen.

Merke: Wie auch bei den angenehmen Emotionen (z B. Freude) sind auch die unangenehmen vergänglich.

- Übung ist nach (Eismann & Lammers, 2017) adaptiert -



Meine Denkfallen

Jeder Mensch unterliegt gewissen Denkfallen. Was sind Deine? Wie willst Du in Zukunft mit Ihnen umgehen?

Reflektiere, in welchen Situationen rutschst Du in die Denkfallen? Hast Du Ideen, wie Du das in Zukunft ändern willst?

Schwarz-Weiß-Denken

In welchen Situationen denkst Du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Katastrophendenken

In welchen Situationen denkst du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Enttäuschungsvermeidungs-Denken

In welchen Situationen denkst du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Generalisieren

In welchen Situationen denkst du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Verantwortungsübernahme-Denken

In welchen Situationen denkst du genauso?

Wie willst Du in Zukunft anders damit umgehen?

Perspektivwechsel

Was war schwer in Deiner Vergangenheit?



Finde drei Situationen, in denen Du Pech hattest oder eine Gelegenheit verpasst hast. Reflektiere und schreibe darüber: Welche Tür sich dadurch schloss und welche neue sich gleichzeitig dadurch öffnete.

1. Situation: _____

geschlossene Tür:

geöffnete Tür:

2. Situation: _____

geschlossene Tür:

geöffnete Tür:

9. Anhang

3. Situation: _____	
geschlossene Tür:	geöffnete Tür:

Kapitel 5 – Selbstwert und Soziale Unterstützung

Im letzten, jedoch sehr wichtigen Kapitel sollen zwei weitere Resilienzfaktoren beleuchtet werden: der *Selbstwert* und die *soziale Unterstützung*.

Selbstwert – Was bin ich mir wert?

Der *Selbstwert* ist der Wert, den eine Person sich selbst zuschreibt. Erfahrungen, die im Leben gemacht werden (positiv als auch negativ), stellen die Weichen dafür dar, wie wir über uns selbst in der (Um-)Welt denken. Dadurch werden Regeln (z. B. „Sei immer nett.“) und Bedingungen (z. B. „Wenn ich gemocht werde, bin ich wertvoller.“) entwickelt und verinnerlicht.

In dem genannten Beispiel wäre der eigene Wert an der Zu- bzw. Abneigung anderer festgemacht. Die Kriterien, an die der Selbstwert gekoppelt ist, sind von Person zu Person unterschiedlich und somit nicht objektiv, sondern subjektiv. Wir bezeichnen diese Kriterien (z. B. Familie, Erfolg, Hobbys oder Freundschaften) hier als die *Säulen des Selbstwertes*. Sie gehen auf die eigenen Erfahrungen zurück. Das ‚eigene Regelwerk‘ manifestiert über die gesammelten Erfahrungen zu Grundannahmen (z. B. „Ich bin wertvoll, wenn ich XY mache/erreiche.“) über uns selbst. Diese Grundannahmen beziehen sich auf verschiedene *Säulen* (in diesem Schaubild exemplarisch Hobby, Familie, Freunde und beruflicher Erfolg, das ist aber unterschiedlich).



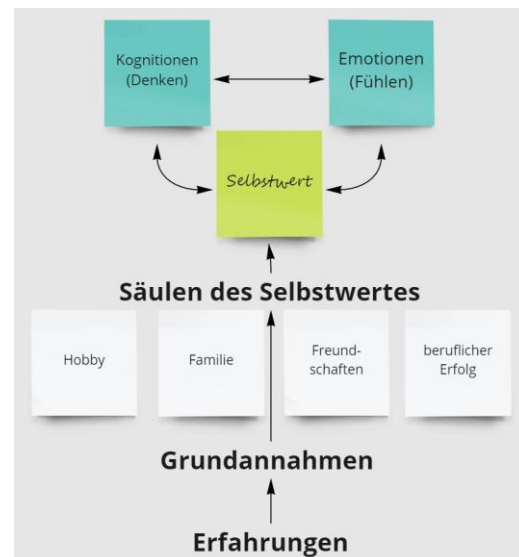
Der Selbstwert ist subjektiv. Wenn ein Mensch aufgrund seiner Erfahrungen und Grundannahmen annimmt, er sei weniger wert, handelt es sich nicht um eine Tatsache, sondern um eine Meinung. Diese Meinung ist auf die Erfahrungen dieses Menschen zurückzuführen.

Wie wir über uns selbst denken und uns dabei fühlen, ist ebenfalls abhängig davon, wie ‚stark‘ die einzelnen *Säulen des Selbstwertes* ‚stehen‘

und auch in der Vergangenheit ‚standen‘. Ein stabiler Selbstwert wirkt sich positiv auf die Art und Weise, wie wir denken aus und umgekehrt.



Die Säulen des Selbstwerts



Bei einem gesunden *Selbstwert* handelt es sich nicht nur um einen Resilienzfaktor, also einem Schutzfaktor vor psychischen Erkrankungen, sondern auch um ein *Grundbedürfnis*. Wie die anderen Grundbedürfnisse auch ist er wichtig, um das Überleben zu sichern. Wer sich selbst nichts wert ist, nimmt die eigenen Bedürfnisse (z. B. Essen und Trinken) nicht wichtig und kümmert sich auch nicht um deren Befriedigung. Die hinreichende Bedürfniserfüllung ist darüber hinaus wichtig für eine gesunde Psyche und Wohlbefinden.



Der Selbstwert ist sowohl ein Resilienzbzw. Schutzfaktor als auch ein Grundbedürfnis.

Selbstwertproblem – Wie kommt es dazu?

Wie bereits erwähnt ist es so, wenn die psychischen Grundbedürfnisse nicht hinreichend erfüllt werden (Wegfall einer oder mehrerer

tragender Säulen), entwickelt sich daraus ein (Selbstwert-)Problem.

Betroffene erleben sich beispielsweise nur dann als wertvoll, wenn sie gemocht werden oder gute Leistung vollbringen. Ihr Umgang damit kann entweder annähernd oder vermeidend sein:

- Annäherung durch Anstrengungen (Vermeidung von Konflikten/ Versagen: keine eigene Meinung äußern, es den anderen recht machen wollen, bis hin zur Selbstaufgabe für andere oder die Arbeit).
- Vermeidung (z. B. „Ich treffe keine anderen Menschen aus Sorge abgelehnt zu werden.“ / „Ich gehe nicht arbeiten, aus der Sorge zu versagen.“)

Letztlich bergen beide Umgangsstrategien die Gefahr, das Bedürfnis (sich selbst als wertvoll zu empfinden) nicht hinreichend zu erfüllen. Darunter leidet das Wohlbefinden und langfristig wirkt sich das negativ auf die psychische Gesundheit aus und psychische Probleme können entstehen.

Wieso das? Bei der Annäherung durch Anstrengung können wir uns ein Bild vorstellen: Ein Becher hat viele Löcher im Boden. Dieser Becher symbolisiert einen maroden Selbstwert. Wenn eine Person Wertschätzung von außen erhält, dann wird in den Selbstwertbecher Wasser (=Wertschätzung) geschüttet. Solange die Wertschätzung fließt, gibt es kein Problem. Hört diese jedoch auf, geht der Becher leer und der Selbstwert wird instabil. Menschen die jegliche Form der Konfrontation mit etwas, was per se dem eigenen Selbstbild schaden könnte, vermeiden, füllen ihren Becher erst gar nicht.



Zu einem **Problem mit dem Selbstwert** kommt es, **wenn** selbst aufgestellte Regeln und Bedingungen (z. B. „Ich bin nur wertvoll, wenn andere mich mögen/wenn ich gute Leistungen vollbringe) **nicht hinreichend erfüllt werden können**.

Selbstwertproblem und dysfunktionale Grundannahmen

„Ich bin nur wertvoll, wenn andere mich mögen/ wenn ich immer gute Leistungen vollbringe“ – dabei handelt es sich um Beispiele für dysfunktionale – als ungünstige - Grundannahmen. Dysfunktional bzw. nicht hilfreich und deshalb ungünstig, da sowohl das Gemocht werden bzw. auch konstant gute Leistungen unkontrollierbare Faktoren darstellen. Gute Leistung zu vollbringen, hängt nicht ausschließlich von der eigenen Kompetenz, sondern auch von Umständen (z. B. Zeitmangel, schlechtes Teamwork) mit ab. Diese Größen sind nur begingt beeinflussbar. Zu- und Abneigung hat etwas mit dem Geschmack des Menschen zu tun. Sollte eine Person Vanilleeis dem Schokoladeneis vorziehen, sagt das allein etwas über deren Geschmack, nicht über die beiden Speisen per se aus. Ebenso ist es Geschmackssache, wen eine Person mag und wen nicht. Das ist ebenfalls nur bedingt beeinflussbar.



Seinen Wert an etwas festzumachen, das nur bedingt beeinflussbar ist, ist ungünstig. **Dysfunktionale Grundannahmen** (z. B. „Ich bin nur wertvoll, wenn andere mich mögen/ wenn ich immer gute Leistungen vollbringe) **sind nicht hilfreich für einen gesunden Selbstwert**.

Der Grundbedürfnisbezug des Selbstwerts und der Bindung

Warum tendieren Menschen dazu, sich selbst kritisch zu bewerten und sich solche strengen Regeln („nur dann bin ich wertvoll“) zu unterlegen? Die Antwort liegt in dem Schutz unserer *Grundbedürfnisse*: Durch eine kritische Selbstbewertung (bis hin zur Selbstabwertung) wird oftmals das Bedürfnis *Schutz der Bindung* durch *Wirksamkeitserleben* befriedigt.

Wie das? Durch Selbstbewertungen (in sozialen Vergleichen) prüfen wir stets, was es zu tun oder was zu lassen gilt, um der sozialen Norm – zumindest einigermaßen – zu entsprechen. Dadurch bekommen wir Orientierung und

Kontrolle und können wirksam werden (=Wirk-samkeitserleben). Diese dienen als Mittel zum Zweck (Bindungssicherung).



Selbstbewertungen haben eine Funktio-nalität: Schutz der Bindung.

Das *Grundbedürfnis nach Bindung* ist Hinter-grund unseres Strebens nach sozialer Ange-passtheit (dem „richtigen Verhalten“). Wir Menschen sind soziale Wesen und wollen – zu-mindest meistens – in Gemeinschaft leben. Früher (in der Steinzeit) war dies auch wichtig zum Überleben (allein hätte wohl kaum einer das Mammut erlegen können). Heutzutage sind wir im Stande allein zu leben, da unsere Versorgung – zumindest in den westlich ge-prägten Gebieten – durch ein unterstützendes Sozialsystem gewährleistet ist. Oftmals wollen wir aber nicht allein sein, sondern erleben mehr Sinn oder auch Freude (i. S. von Lebens-qualität) darin, unser Leben mit unseren Liebs-ten zu teilen.



Die Antwort auf „Warum kann Einsamkeit krank machen?“ lautet: **Wir erfüllen unse-rer Grundbedürfnisse (Wunsch nach Bin-dung) nicht hinreichend.**

Selbstwertbewertungen vs Selbstabwertungen

Nachdem nun die Funktionalität von Selbstbe-wertungen beleuchtet wurde, bleibt offen: „Wie unterscheiden sich Selbstbewertungen von Selbstabwertungen und warum ist Ersteres funktional und Letzteres dysfunktional“?

Nehmen wir ein Beispiel: Es steht eine Verab-redung zu einem gemeinsamen Abendessen an. Um der oder dem Gastgeber eine Freude zu bereiten, ist geplant, eine Schachtel Pralinen mitzubringen. Diese werden zu Hause verges-sen. Wertet sich eine Person aufgrund dieses

kleinen Fehltritts (Fauxpas) ab, so wird sie bei-spielsweise über sich selbst denken:

„Ich bin dumm.“

Viele Menschen ärgern sich über sich selbst bei einem solchen Gedanken und zum ursprüngli-chen Fauxpas kommt ein negatives Selbstbild hinzu. Wer geht mit diesem Denken über sich selbst nun entspannt zur Verabredung? – Wohl kaum einer.

Eine angemessene Selbstbewertung in dieser Situation könnte lauten:

„Schade, dass ich ausnahmsweise die Pralinen vergessen habe, ich hätte der oder dem Gast-geber*In gerne eine Freude bereitet. So etwas passiert nun mal.“

Bei dieser Reaktion bzw. Denkweise über sich selbst, wird die betroffene Person sich eben-falls über ihren Fauxpas ärgern, jedoch nicht diesen auf sich als Person und ihre Wertigkeit attribuieren. Einer entspannten Verabredung steht nichts im Wege. Was ist der Unterschied? Während unter Selbstbeurteilung eine diffe-renzierte (mal so mal so), realitätsnahe und vor allem nicht pauschale (allgemeingültige) Be-wertung in Bezug auf ein Ziel verstanden wird, handelt es sich bei der Selbstabwertung um das Gegenteil: generalisiert (verallgemeinert) und pauschalisiert (vereinfachend) – von einem Er-eignis auf die gesamte Person schlussfolgernd.

Durch Selbstabwertungen kann vermeintlich (vorsichtig Denkfehler!) Kontrolle ausgeübt werden: Selbstabwertung erfolgt häufig mit der Intention, sich anzuspornen, sich „richtig“ zu verhalten. An dieser Stelle sei richtiggestellt, dass Selbstabwertung kein günstiges Mittel ist, um sich zu motivieren – ganz im Gegenteil. Mo-tivation erfolgt durch Zielsetzungen! Durch Selbstabwertungen hingegen fühlen sich die Betroffenen schlecht (Ärger, Trauer, Scham oder Niedergeschlagenheit) und nimmt zuneh-mender Abwertung erhöht sich die Wahr-scheinlichkeit Tätigkeiten zu vermeiden, denn keiner will sich dauerhaft schlecht fühlen.



Der Selbstwert leidet unter Selbstabwertungen. Sie sind dysfunktional und nicht hilfreich, um Ziele zu erreichen.

Bindung und soziale Unterstützung

Bindung als Grundbedürfnis des Menschen und soziale Unterstützung als Resilienzfaktor und Ressource sind uns nun bereits das ein oder andere Mal über den Weg gelaufen. Doch wobei unterstützten uns soziale Kontakte eigentlich?

Soziale Unterstützung hat viele Facetten, sie kann emotional (z. B. Trost, Verständnis und ein Erleben von Geborgen- und Sicherheit), praktisch (z. B. Hilfe beim Umzug), materiell (z. B. Geld) oder informationell (z. B. Bereitstellen von hilfreichen Informationen und Lösungsvorschlägen) sein. Mitgefühl und der Beistand durch unsere Liebsten (*Tsewa*) tun uns im wahrsten Sinne des Wortes gut. Wir wollen den Eindruck haben, (mit unseren Herausforderungen) nicht allein da zu stehen – das vermittelt uns Sicherheit. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die soziale Unterstützung in der Resilienzforschung häufig als Resilienzfaktor angeführt wird (J. Bengel & L. Lyssenko, 2012a; Isabella Helmreich et al., 2017). Spätestens durch die Corona-Pandemie wurde deutlich, dass dabei nicht nur die Qualität, sondern auch die Quantität wichtig ist: Auch die Kollegen auf der Arbeit oder beim Sport sind wichtige Bezugspersonen für uns, auch wenn wir uns ihnen nicht genauso emotional nah erleben wie unseren Besten.

Wer sich sozial unterstützt und eingebunden erlebt, dem wird nachgesagt, er stehe unter einem Schutzschild gegen Stress: Bei Belastungen können mehrere Menschen tätig werden und Aufgaben (wie z. B. den Haushalt) abgenommen werden, das Ablenken (z. B. durch schöne Aktivitäten) fällt gemeinsam leichter, wodurch positivere Emotionen gefördert und der Selbstwert gesteigert werden kann (Uchino et al., 2012). Andere sehen manchmal das, was wir selbst nicht (mehr) sehen können: Nämlich das wir mehr sind als Probleme oder Fehler. Andere sehen unsere Ressourcen, manchmal auch unsere Bedürfnisse und können uns

unterstützen, wieder in unsere ‚Krisenkräfte‘ zu kommen.

Bewege Dich unter den Schutzschirm: Du und die anderen

Nachdem nun die Säulen des Selbstwertes vorgestellt wurden und Zusammenhänge zur Bindung erläutert wurden, bist Du nun an der Reihe. Erstelle in einem ersten Schritt **<Meine Säulen des Selbstwerts>**. Überlege Dir darüber hinaus, welchen **<Grundannahmen und Regeln>** Du unterliegst. Die Frage, ob Du daran etwas ändern willst, darfst Du in diesem Kontext auch gerne beantworten – diese wird ebenfalls auch im Workshop *Wir entwickeln Krisenkräfte* aufgegriffen. Hierfür sind dann die Arbeitsblätter **<Meine Ziel-Säulen des Selbstwerts>** und **<Meine Ziel-Grundannahmen und Regeln>** vorbereitet.

Also nächstes schauen wir wieder ressourcenorientiert auf Dich: **<Was zeichnet Dich aus?>** und welche Beziehungen gibt es in Deinem Leben **<Mein soziales Netz>**?



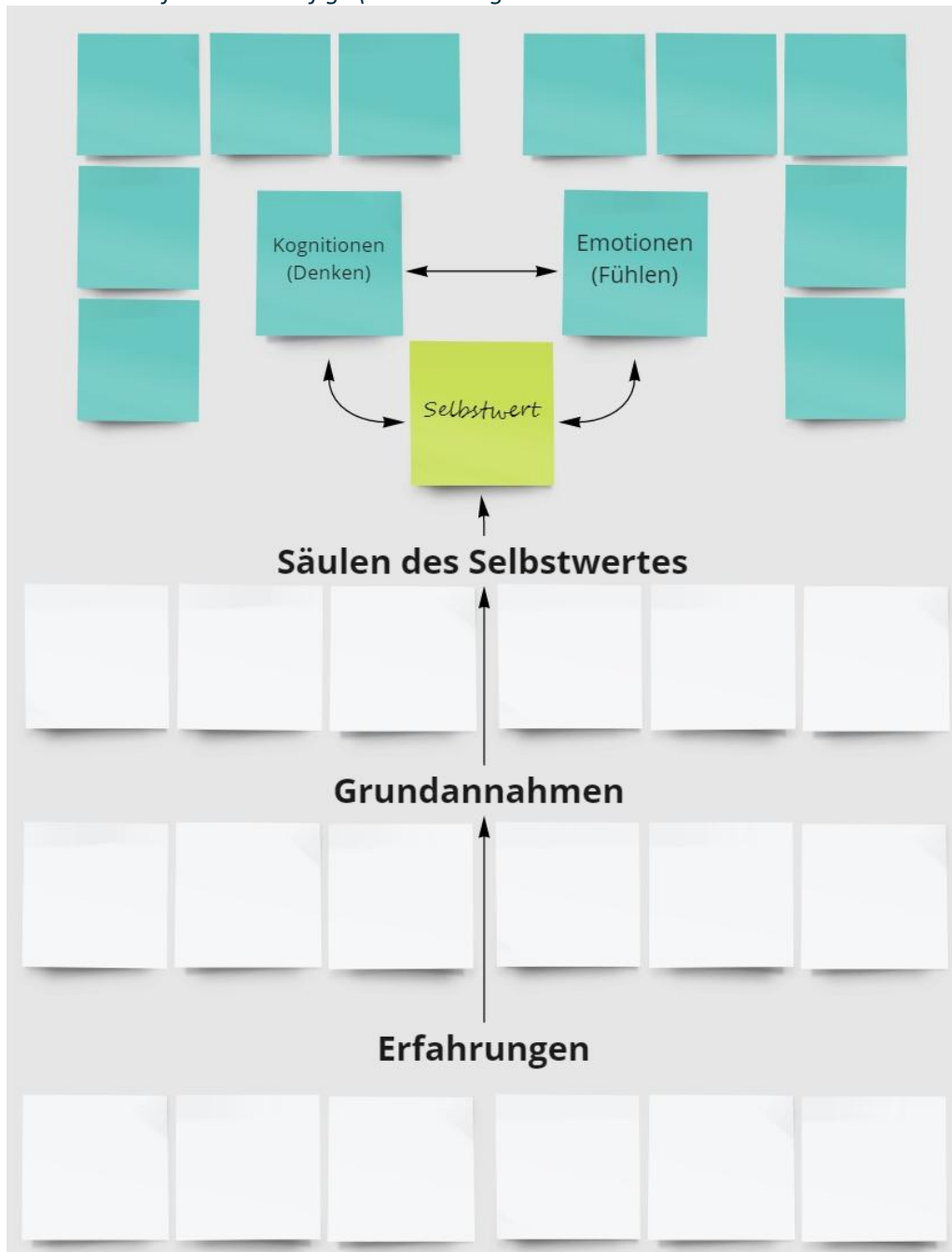
Meine Säulen des Selbstwerts	S. 60
Meine Grundannahmen und Regeln	S. 61
Was zeichnet Dich aus?	S. 62
Mein soziales Netz	S. 63
Meine Ziel-Säulen des Selbstwerts	S. 64
Meine Ziel-Grundannahmen und Regeln	S. 65



Meine Säulen des Selbstwerts

Wie sieht es in Deinem Leben aus? *Nutze die freien Felder, um das Modell an Dich anzupassen.*

- Was sind Deine prägenden Erfahrungen? Hattest Du beispielsweise strenge Eltern? Viele Freunde? Gute Erfahrungen in der Schule?
- Welche Grundannahmen hast Du? (unten sind einige Beispiele aufgelistet; an der Übung: **<Wie fühle ich mich und was brauche ich?>** kannst Du Dich ebenfalls orientieren)
- Auf welchen Säulen fußt Dein Selbstwert: Stelle Dir die Frage, wann fühle ich mich gut? In welchen Situationen, in welchen Umständen oder mit welchen Menschen?
- Was denkst und fühlst Du häufig? (siehe Übung: **<Wie fühle ich mich und was brauche ich?>**)



Grundannahmen: Ich bin (nicht) wertvoll; Ich bin (nicht) ok; Ich bin ein guter/schlechter Mensch, Ich bin ein (in)kompetenter Mensch, Ich bin ein Versager, Ich falle zur Last, Ich muss (keine) Rücksicht auf die Gefühle anderer nehmen, Ich werde (nicht) geliebt, Ich bin (nicht) verantwortlich für die Gefühle anderer, Ich kann niemandem/jedem vertrauen, Meine Wünsche sind (nicht) wichtig, Ich werde (nicht) verstanden, Ich bin anders/normal, Ich bin stark/ schwach, ...

- Übung adaptiert nach (Potreck-Rose & Jacob, 2015) -



Meine Grundannahmen und Regeln

Auf Grundlage Deiner **Grundannahmen**: Wie gehst du mit Deinen Glaubenssätzen um? Was sind Deine **Verhaltensregeln**?

Nutze die freien Felder, um das Modell an Dich anzupassen.

Grundannahmen	Verhaltensregeln
Ich bin nur wertvoll, wenn andere mich mögen	<i>Verhalte Dich angepasst!</i> <i>Sag besser nie „nein“!</i> <i>Stelle Deine Bedürfnisse hinten an!</i> <i>Sei immer für andere da!</i> <i>Enttäusche niemanden!</i>
Ich bin nur wertvoll, wenn ich gute Leistungen vollbringe!	<i>Arbeite viel!</i> <i>Gehe jede extra Meile!</i> <i>Vermeide Fehler!</i> <i>Zeig' keine Schwächen!</i> <i>Sei immer gut vorbereitet!</i>



Was zeichnet Dich aus?

Damit ist nicht gemeint, welche Stärken Du bei einem Vorstellungsgespräch angeben würdest. Zwar darfst Du auch diese nennen, Du wirst aber eher dazu eingeladen, Dich frei von sozial anerkannten Eigenschaften (wie Fleiß oder Ehrgeiz) oder Fähigkeiten (wie Geduld) zu wirklich persönlichen Themen (wie Fähigkeit, das Gute in dem Schlechten zu sehen) zu beschreiben. Horche tief in Dich und Deine Persönlichkeit hinein.

Fragen, die Du Dir stellen kannst:

- Was würde mein engster oder ,eine engste Vertraute/r über mich sagen? Warum verbringen er/sie gerne Zeit mit mir?
- Wenn es Dir schwerfallen sollte, darauf selbst Antworten zu finden – frage sie!
- Worauf schaust Du in Deinem Leben (mit Stolz) zurück?

Wenn es Dir schwerfällt, Dich gerade in diesem Moment auf diese Fragen einzulassen oder Deine Gedanken sich viel mehr um Deine nicht so geliebten Eigenschaften drehen: Stell Dir selbst die Frage: Ist das alles, was mich auszeichnet? Oder gab es schon einmal Zeiten, in denen mich mehr ausgezeichnet hat? Falls ja, schreibe es auf. Immerhin war es mal ein Teil von Dir und es besteht die Chance, dass es auch wieder einer wird.

Wichtig: Es geht nicht darum, sich selbst in den Himmel zu loben – es ist aber erlaubt: Alles darf, nichts muss. Wenn es sich für Dich gerade (in dem Moment, in dem du das gerade ausfüllen willst) nicht gut, nicht richtig anfühlt, dann akzeptiere, dass es gerade eben so ist. Bleibe im Waffenstillstand mit Dir selbst und erzwingen nichts. Vielleicht hast Du morgen einen anderen Blick darauf.

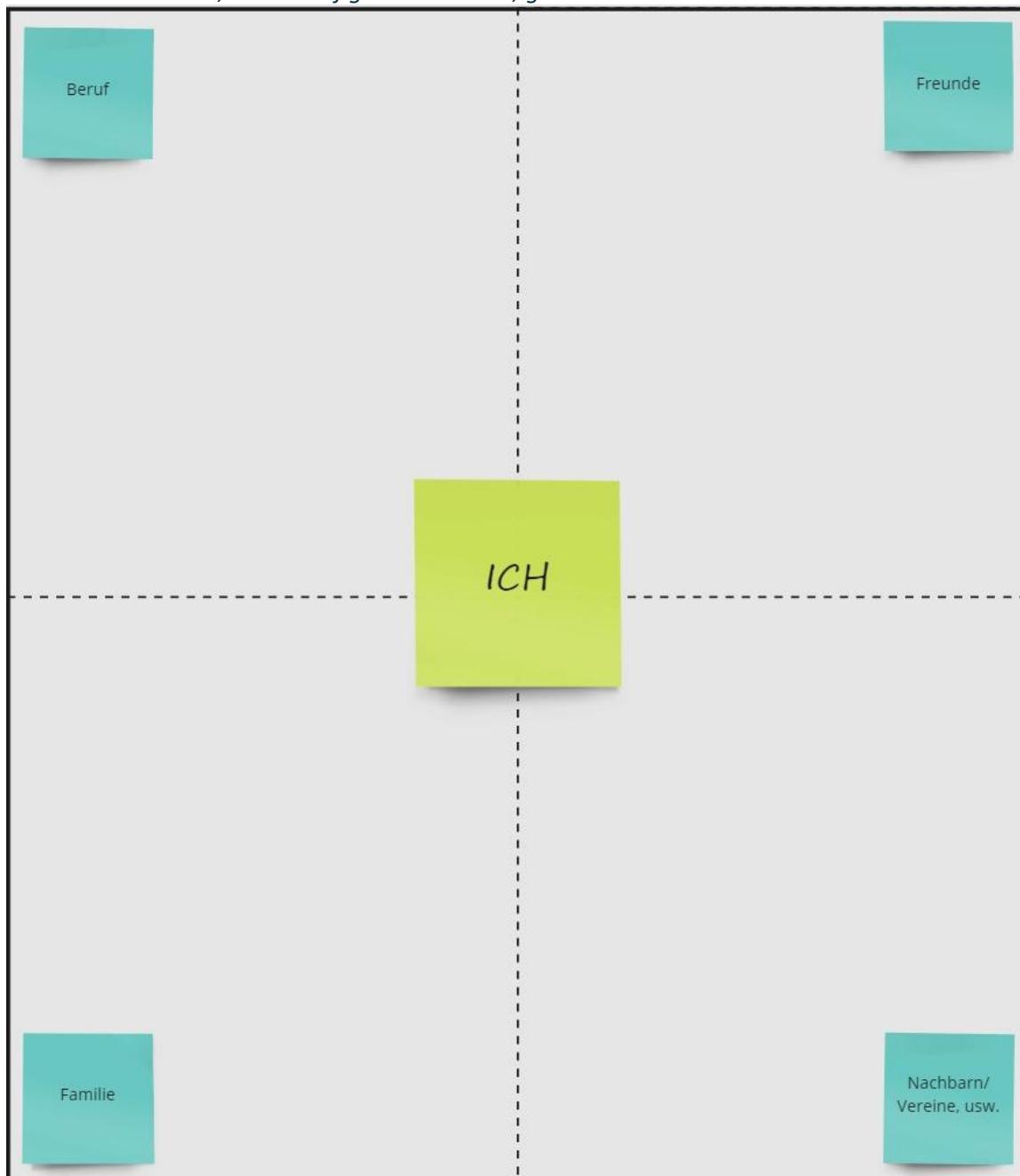


Mein soziales Netz

Wie sind Deine Beziehung zu anderen Menschen? Hier geht es um eine Bestandsaufnahme.

Welche Menschen gibt es in Deinem aktuellen Leben und wie ist Eure Verbindung?

- Zeichne **Kreise** für jede Person in Deinem Leben und ordne sie den Bereichen zu: Überlege, wie wichtig sie für Dich sind: **Je größer der Kreis, desto wichtiger!**
- **Verbinden der Kreise** mit dem eigenen Namen: gerade (=positive Beziehung); wellenförmig (=schwierige Beziehung; je schwieriger, desto welliger)
- **Stärke der Linie:**
Je dicker die Linie, desto häufiger der Kontakt, gestrichelte Linie= Fast Kontaktabbruch:



Betrachte Dein soziales Netz: Bist Du zufrieden? Willst Du etwas verändern? Willst Du eventuell die Übung <Wem bist Du dankbar?> nutzen, um ‚eingeschlafene‘ Kontakte zu reaktivieren?

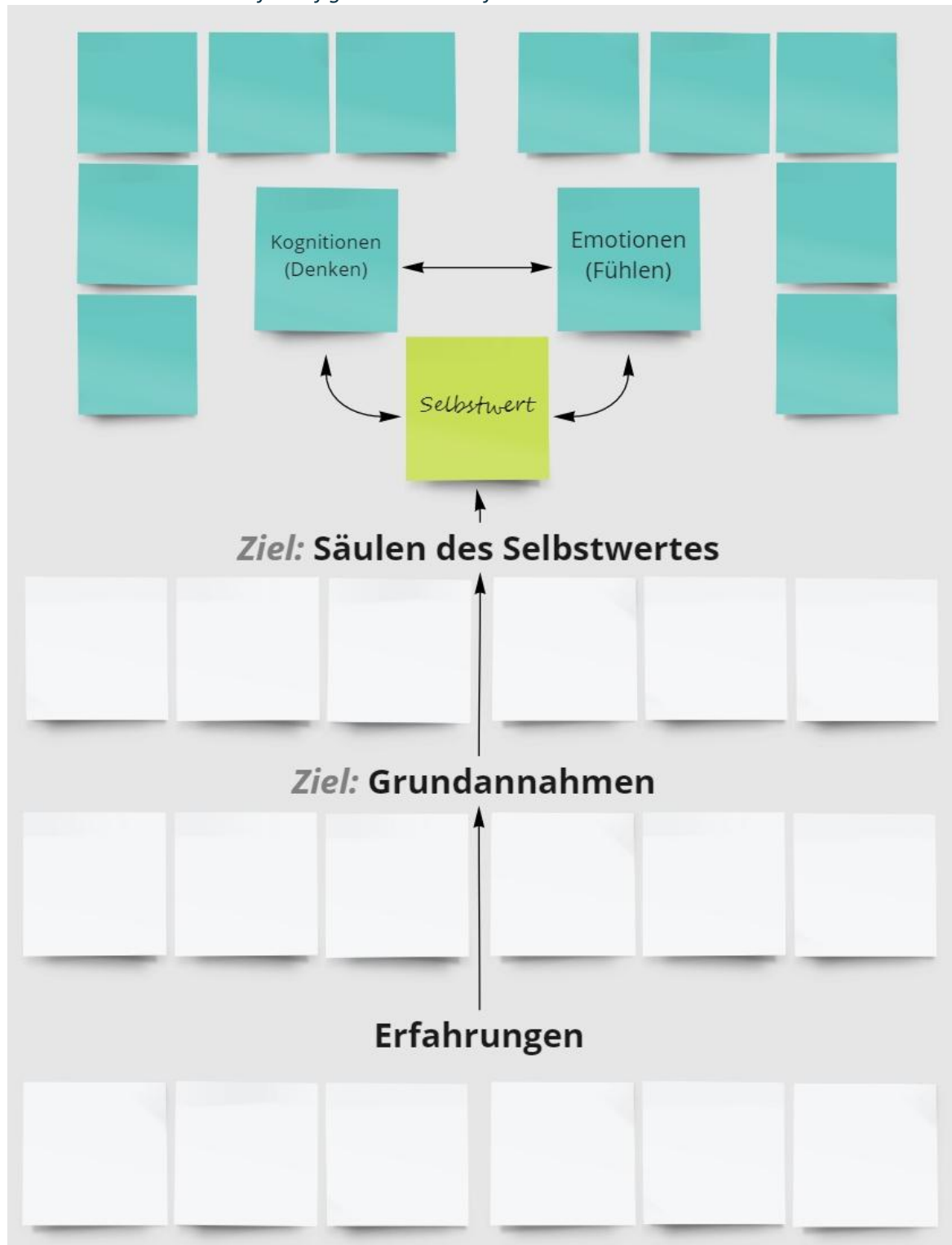
- Übung adaptiert nach (Bohus, Lyssenko, Wenner, & Berger, 2013) -



Meine Ziel-Säulen des Selbstwerts

Wie soll es in Deinem Leben aussehen? *Nutze die freien Felder, um das Modell an Dich anzupassen.*

- Übertrage und ergänze ggf. Deine prägenden Erfahrungen
- Welche neuen Grundannahmen willst Du verinnerlichen?
- Auf welchen Säulen soll Dein Selbstwert in Zukunft fußen?
- Was willst Du in Zukunft häufiger denken und fühlen?



- Übung adaptiert nach (Potreck-Rose & Jacob, 2015) -



Meine Ziel-Grundannahmen und Regeln

Auf Grundlage Deiner **Ziel-Grundannahmen**: Wie willst Du mit Deinen Glaubenssätzen umgehen?
Was sind Deine **Ziel-Verhaltensregeln**?

Nutze die freien Felder, um das Modell an Dich anzupassen.

Ziel-Grundannahmen	Verhaltensregeln
Ich bin wertvoll, auch wenn ich abgelehnt werde!	<i>Du darfst Deine eigene Meinung haben, auch wenn andere sie nicht teilen!</i> <i>Du darfst nach Deinen eigenen Bedürfnissen und Zielen handeln und Dich selbst wichtig nehmen.</i> <i>Du darfst eigene Interessen haben und vertreten, auch wenn andere unterschiedliche Interessen haben!</i>
Ich bin wertvoll, auch wenn ich Fehler mache!	<i>Arbeite auf Deine Ziele hin, achte aber auch auf Dich und Deine Grenzen!</i> <i>Fokussiere Dich auf Dich, Deine Bedürfnisse und Ziele!</i> <i>Übernimm nur Verantwortung für das, was in Deiner Kontrolle liegt!</i> <i>Du darfst Fehler machen.</i> <i>Du darfst Schwächen haben.</i>

Du hast nun das Ende diese *Kräfte-für-Krisen-Buches* erreicht.

Du warst mutig, hast Dich auf eine Reise eingelassen, ohne zu wissen, *wie* sie Dich zu mehr Resilienz und Wohlbefinden führt. Du hast Deinen Koffer um Wissen über *Resilienz* und die *Resilienzfaktoren* erweitert und Dich durch Übungseinheiten gestärkt: Wir blicken gemeinsam nochmal zurück – Was ist passiert?

Gerne kannst Du für Dich nochmal resümieren, welche Deiner *Grundbedürfnisse* hinreichend adressiert – und welche Resilienzfaktoren in diesem Zuge gestärkt wurden. Nutze jeweils die dafür vorgefertigten Kästchen. Wir starten nun mit dem Reisebericht und Du kannst für Dich überprüfen (ankreuzen), inwieweit Dein Deine Resilienzfaktoren gestärkt wurden und somit Deine Grundbedürfnisse (besser) befriedigt wurden:

- Du hast Dir in einem ersten Schritt überlegt, warum nehme ich am Workshop teil: Was sind meine Herausforderungen, an denen ich arbeiten will (Ziele)?
- Du hast Deinen Blickwinkel auf das Positive gelenkt, um somit Deine Ressourcen und Dein Vertrauen in Dich und Deine Fähigkeiten (re-)aktiviert.
- Du hast *expressives Schreiben* innerhalb des Workshops kennen gelernt und angewendet, um Deinen Bedürfnissen und Wünschen Worte zu schenken.

☐ **Befriedigung des Bedürfnisses nach Sinn**

☐ **Stärkung der Resilienzfaktoren**

- *positive Emotionen*
 - *realistischer Optimismus*
 - *Selbstwirksamkeit*
 - *Selbstwert*
 - *Kohärenzgefühl*
 - *Aktives Coping*
 - *Kognitive Flexibilität*
 - *Soziale Unterstützung*
 - *Selbstwert*
-

- Beim Workshop konntest Du von dem *psychoonkologischen Erfahrungsschatz*

profitieren und Dir hilfreiche Anregungen im Umgang mit Schwierigkeiten einholen.

- Du hast Dich damit auseinandergesetzt, was in Deinem Leben in Deiner Macht steht und was wiederum nicht (=Probleme lösbar?). Dabei wurdest Du auch angeleitet, wie Du jeweils damit umgehen kannst: Aktiv werden oder Dich in Akzeptanz (mittels Achtsamkeit und Selbstmitgefühl) zu üben.

☐ **Befriedigung des Bedürfnisses nach Wirksamkeitserleben**

☐ **Stärkung der Resilienzfaktoren**

- *Selbstwirksamkeit*
 - *kognitive Flexibilität*
 - *aktives Coping*
 - *Kohärenzgefühl*
 - *positive Emotionen*
 - *realistischer Optimismus*
-

- innerhalb des Workshops konntest Du eine weitere Fertigkeit ausprobieren: die *imaginative Entspannungsverfahren*. Da Entspannung ein körperliches Grundbedürfnis wie Essen, Trinken, Schlafen, Pausen, usw. darstellt, wird es hier auch zu diesem gezählt. Eventuell hat Dich die Übung jedoch auch auf anderen Ebenen bzw. Resilienz-faktoren gestärkt?

☐ **Befriedigung der körperlichen Grundbedürfnisse**

☐ **Stärkung der Resilienzfaktoren**

- *Selbstwirksamkeit*
 - *positiven Emotionen*
 - *realistischer Optimismus*
 - *Kohärenzgefühl*
 - *Selbstwert*
-

- Du hast Dich sowohl im Workshop als auch in diesem *Kräfte-für-Krisen-Buch* mit Deinem Selbstwert auseinandergesetzt: Worauf fuße ich ihn und will ich das auch zukünftig so? Möglicherweise wurden nämlich Grundannahmen aufgedeckt, die Du so nicht weiter verinnerlichen willst.

Befriedigung des Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung bzw. -schutz

☐ **Stärkung der Resilienzfaktoren**

- *Selbstwert*
 - *positiven Emotionen*
-

-
- *realistischer Optimismus*
 - *kognitive Flexibilität*
 - *aktives Coping*
-

- Du hast Dich in einer Gruppe befunden, mit der Du etwas geteilt hast: Nämlich, dass Du Dich mit Dir auseinandersetzen willst. Das wollten die anderen auch, deshalb haben sie sich angemeldet und an dem Workshop teilgenommen.
- Du hattest durch verschiedene Gruppenarbeiten die Möglichkeit, Dich mit anderen Betroffenen auszutauschen.

-
- **Befriedigung des Bedürfnisses nach *Bindung***
 - **Stärkung der Resilienzfaktoren**
 - *Soziale Unterstützung*
 - *Selbstwert*
 - *kognitive Flexibilität*
 - *positiven Emotionen*
-

Eine Kernbotschaften, die diese Intervention versucht zu vermitteln ist: **Achte auf Dich! Sei für Dich da! Und denke daran, Du bist nicht allein – Suche Dir die Unterstützung, die Du benötigst. Auf der folgenden Seite findest Du Selbsthilfebücher-Empfehlungen, falls Du deine Reise weiter fortsetzen willst.**

Wir wünschen Dir, dass Du zufrieden auf Deine Reise zurückblickst und Du Deine ‚Krisenkräfte‘ ausbauen konntest!

Sei stolz auf Dich, was Du bisher in Deinem Leben und an diesem Wochenende geschafft hast.

Auf Deiner weiteren Lebensreise wünschen wir Dir alles Gute!

Selbsthilfebücher-Empfehlungen

Bei der Stärkung der Resilienzfaktoren verhält es sich wie bei der Fitness – um in Form zu bleiben, solltest Du Dich von Zeit zu Zeit aktivieren und (weiter-)trainieren. In diesem Sinne und zur weiteren Unterstützung folgen einige Selbsthilfebücher-Empfehlungen – falls Du Deine Reise fortführen willst!

Allgemeine Bücher zur Resilienzstärkung

- Berndt C (2013) Resilienz: Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft. Was uns stark macht gegen Stress, Depressionen und Burn-out. München: dtv.
- Gilan D & Helmreich I mit Hahad O (2021). Resilienz - die Kunst der Widerstandskraft: Was die Wissenschaft dazu sagt. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Kalisch R (2017) Der resiliente Mensch. München/Berlin: Berlin-Verlag in der Piper Verlag GmbH.
- Maehrlein K (2014) Die Bambusstrategie: Den täglichen Druck mit Resilienz meistern. Offenbach: GABAL Verlag.
- Murlane D (2014) Resilienz: Die unentdeckte Fähigkeit der wirklich Erfolgreichen. Göttingen: BusinessVillage GmbH.

Bücher zum Thema Emotionsregulation

- Stavemann HH (2010) Im Gefühlsdschun- gel: Emotionale Krisen verstehen und bewältigen. Weinheim: Beltz.
- Wengenroth M (2013) Das Leben annehmen. So hilft die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Bern: Huber.
- Windscheid L (2021) Besser fühlen. Eine Reise zur Gelassenheit. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.

Buch zur Achtsamkeit

- Löhmer C & Standhardt R (2012) Timeout statt Burnout. Einübung in die Lebenskunst der Achtsamkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Buch zur Stärkung der psychischen Gesundheit

- Bohus M, Lyssenko L, Wenner M & Berger M (2013). Lebe Balance. Das Programm für innere Stärke und Achtsamkeit. Stuttgart: TRIAS Verlag.

Wichtig: Das Training ersetzt keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung! Solltest Du Dich über einen längeren Zeitraum niedergeschlagen fühlen, extreme Angstattacken erleben, Dich selbst verletzen, Suizidgedanken haben oder unter anderen psychischen Symptomen leiden, wenden Dich bitte an Deine Hausärztin*Hausarzt bzw. zuständige Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen.

Akute Hilfe in Krisensituationen erhältst Du z. B. bei der Telefonseelsorge unter der Nummer 0800 111 0 111 (Internet: www.telefonseelsorge.de) oder bei der Nummer gegen Kummer 116 111.

Solltest Du drängende Suizidgedanken oder konkrete Suizidabsichten haben, wende Dich bitte umgehend an den Notruf (112).

9. Anhang

Platz für Deine Gedanken/ Erfahrungen/
Übungen (während des Workshops)

[illegible]

10. Erklärung

gemäß § 6 Absatz 2 g) und gemäß § 6 Absatz 2 h) der Promotionsordnung der

Fachbereiche 02, 05, 06, 07, 09 und 10 vom 04. April 2016

Name (ggf. Geburtsname): Hubenschmid

Vorname: Lara

Hiermit erkläre ich, dass ich die eingereichte Dissertation selbständig, ohne fremde Hilfe verfasst und mit keinen anderen als den darin angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe, dass die wörtlichen oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, Zeichnungen, Skizzen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht sind.

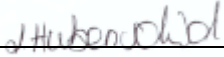
Von der Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis in Forschung und Lehre und zum Verfahren zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten habe ich Kenntnis genommen.

Meine Erklärung bezieht sich auf Schriften, die ich als alleinige Autorin eingereicht habe oder bei Ko-Autorenschaft auf jene Teile, für die ich mich verantwortlich zeichne.

Ich habe keine Hilfe von kommerziellen Promotionsberater*innen in Anspruch genommen.

20.03.2025

Datum


Unterschrift