



## PRAXIS- ÜBUNGEN



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## Übersicht Praxisübungen

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

**Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

**Übergewicht und Adipositas**

**Diabetes mellitus**

**Krebserkrankungen**

**HIV und AIDS**

**Rheumatische Erkrankungen und chronische Schmerzen**

**Neurologische Erkrankungen**



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

### Fallgeschichte

Herr M. ist ein 53-jähriger Familienvater, verheiratet und selbstständiger Handwerker. Bei 1,80 m Körpergröße wiegt er 82 kg und ist damit kaum übergewichtig (BMI: 25,3 kg/m<sup>2</sup>). Früher habe er viel Sport getrieben, aber dann sei einfach keine Zeit mehr da gewesen, die beruflichen Anforderungen, die Familie und das neu gebaute Haus seien ihm einfach über den Kopf gewachsen. Geraucht hat er schon seit Schulzeiten, oft mehr als zwei Packungen Zigaretten am Tag. Über die letzten Jahre hat er vor allem auf Drängen seiner Frau einige Versuche unternommen, damit aufzuhören, allerdings war dies nie auf längere Zeit erfolgreich. Bei einer Routineuntersuchung beim Hausarzt vor drei Jahren wurde ein erhöhter Blutdruck festgestellt. Ihm sei darauf ein blutdrucksenkendes Medikament verschrieben worden, dass er nach anfänglicher Einnahme allerdings aus eigenem Antrieb wieder abgesetzt habe. Es habe ihn müde gemacht, und auch mit dem Sex wollte es nicht mehr so recht klappen.

**Anlass zur Therapie.** Über das letzte Jahr sei der Stress bei der Arbeit dann immer stärker geworden, er habe nicht mehr schlafen können, sei ständig erschöpft gewesen und kam überhaupt nicht mehr zur Ruhe. Dann fingen die Schmerzen in der Brust an, vor allem wenn er sich körperlich anstrenge, und auch die Luft sei ihm manchmal weg geblieben. Er sei dann – wieder auf Drängen seiner Frau – zum Arzt gegangen, der nach einigen Untersuchungen eine Angina pectoris diagnostizierte. Ja, sein Vater sei auch im mittleren Alter am Herzinfarkt gestorben, er könne sich noch gut daran erinnern. Aber dass es ihm auch mal so gehen würde, wo er doch immer so fit war ... Nun hat ihn sein Arzt zum Psychotherapeuten überwiesen, warum, ist ihm auch nicht so ganz klar. Sein größter Wunsch sei doch, wieder ganz gesund zu werden, damit er sein früheres Leistungsniveau wieder erreiche.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Im strukturierten Interview (DIPS) zeigt sich eine depressive Verstimmung, die allerdings nicht die Kriterien für das Vollbild einer affektiven Störung erfüllt. Herr M. berichtet von Tagen, an denen er eigentlich gar nicht aufstehen wolle, weil es ja doch keinen Sinn hätte. Die meiste Zeit fühle er sich völlig erschöpft, egal, wie viel er schlafe, Tag und Nacht. Der einzige Trost seien die Familie und das Rauchen. Beim Rauchen treffe er alte Freunde und pflege alte Kontakte. In der Symptomcheckliste (SCL-90-R) zeigen sich erhöhte Werte vor allem auf den Skalen „Somatisierung“ und „Depressivität“.

### Fragen und Übungen

- ▶ Wie gestalten Sie das Erstgespräch?
- ▶ Welche primäre Symptomatik sollte behandelt werden und welche Methoden würden Sie dazu wählen?
- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind Ihrer Meinung nach relevant und erreichbar? Über welchen Zeitraum erwarten Sie eine positive Veränderung und mit welchen Hindernissen müssen Sie auf dem Weg dahin rechnen?
- ▶ Wie messen Sie den Therapieerfolg?



## Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

### Beispiel Beispiel für den Dialog im Erstgespräch

**T:** Wie Sie wissen, bin ich Psychotherapeut. Ihr Arzt hat Sie an mich überwiesen. Was denken Sie darüber?

**Herr M.:** Ich bin schockiert. Mein Herz ist krank, nicht mein Kopf!

**T:** Was, denken Sie, sind die Gründe, warum Ihr Arzt Sie an mich überwiesen hat?

**Herr M.:** Nun ja, er sagte, dass Sie jahrelange Erfahrung mit Herz-Patienten haben. Dass Sie viel davon verstehen, wie Menschen in meiner Lage mit dieser Krankheit zurechtkommen.

**T:** Ihr Arzt hat mit Ihnen sicher auch über Risikofaktoren gesprochen.

**Herr M.:** Ja, mehr als einmal (seufz).

**T:** Ich möchte gerne mit Ihnen darüber sprechen, in welchen Lebensbereichen Sie etwas verändern wollen, damit Sie wieder gesünder werden.

**Herr M.:** Ich würde gerne viele, viele Dinge verändern, wenn ich's nur könnte.

**T:** Ich glaube, es wäre am besten, wenn wir damit anfangen, welche Risikofaktoren Sie selbst bei sich sehen – dann können wir darüber sprechen, ob und wie Sie diese ändern könnten.

**Herr M.:** Nun ja, ich bin ein Raucher, ich hab' schon mehrere Versuche hinter mir, damit aufzuhören.

**T:** Irgendwelche anderen Risikofaktoren?

**Herr M.:** Ich bewege mich nicht besonders viel im Alltag, und einen Stress-Job hab' ich auch.

**T:** Wie steht's mit Ihrer Ernährung?

**Herr M.:** Die ist okay, die Diätberaterin war da und sagte, ich bräuchte nichts zu ändern.

**T:** In welchem Bereich – Rauchen, Bewegung oder Stress – glauben Sie, dass Sie am ehesten etwas verändern können?

**Herr M.:** Vielleicht Bewegung ...

**T:** Wie denken Sie darüber, das Rauchen aufzugeben?

**Herr M.:** Es ist so schwierig, weil ich in den Raucherpausen so viele andere Dinge tue, auf die ich mich freue. Wenn ich aufhöre, fallen die alle weg.

**T:** Zum Beispiel?

**Herr M.:** Mich mit meinen Mitrauchern unterhalten zu können, keine Pause mehr zu haben, auf die ich mich freue, der Kaffee schmeckt nicht mehr.

**T:** Ich verstehe. Es ist also hilfreich, wenn Sie darüber nachdenken, was Sie davon abhält, mit dem Rauchen aufzuhören. Wenn wir eine Prozentskala von 0 bis 100 anschauen, 0 heißt „überhaupt nicht“ und 100 „ganz sicher“ – wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie mit dem Rauchen aufhören können?

**Herr M.:** Vielleicht 25 Prozent?

**T:** Und wie motiviert sind Sie, mit dem Rauchen aufzuhören?

**Herr M.:** Na ja, vielleicht 40 Prozent.

**T:** Okay, wir müssen also darüber nachdenken, wie wir Ihre Zuversicht und Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, steigern.

**Herr M.:** Genau, wenn ich doch nur wüsste, wie ich damit umgehen kann, dann wäre ich auch zuversichtlicher.

**Therapieziel: Risikoverhaltensänderung beim Rauchen.** Fünf Faktoren beeinflussen das Gesundheitsverhalten, jedenfalls solange sie unter willentlicher Kontrolle stehen:

- ▶ **Ergebniserwartungen** („Wenn ich mit dem Rauchen aufhöre, verbessert sich meine Lungenfunktion und mein Herz muss weniger pumpen“): Ergebniserwartungen können von persönlichen Erfahrungen und Beobachtung von anderen, aber auch durch Informationen und Gesundheitserziehung beeinflusst werden.
- ▶ **wahrgenommene Selbstwirksamkeit** („Es wird mir gelingen, mit dem Rauchen aufzuhören“): Die eigene Erfahrung, eine entsprechende Situation gemeistert zu haben, hat wahrscheinlich die größte Wirkung auf die Etablierung von Selbstwirksamkeits-



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

überzeugungen; andere Quellen sind die Beobachtung von Verhaltensmodellen und die Überzeugung durch andere.

- ▶ wahrgenommene persönliche Bedrohung („Ich stehe kurz vor einem Herzinfarkt“): Zu den Bestimmungsgrößen für die wahrgenommene persönliche Bedrohung durch eine Erkrankung gehören der derzeitige Gesundheitszustand, bereits existierende frühe Anzeichen oder Symptome für eine Erkrankung, Vorkommen der Erkrankung in der Familie und bereits bestehende Erfahrungen mit der Erkrankung.
- ▶ wahrgenommene Schwere des Problems („Ich könnte an einem Herzinfarkt sterben“)
- ▶ wahrgenommene soziale Erwünschtheit (soziale Normen) („Meine Familie wünscht sich, dass ich gesünder lebe“)

Bei der Klärung der Motivationslage von Herrn M. zeigte sich, dass er hochmotiviert war, mit dem Rauchen aufzuhören. Die verbleibende Ambivalenz bezog sich auf den möglichen Kontaktverlust mit seinen „Raucher-Freunden“. Gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitete Herr M. eine Alternative: Er stellte sich zu seinen Freunden, ohne zu rauchen. Nach Absprache mit dem Arzt begann Herr M. gleichzeitig mit einem Bewegungsprogramm (Nordic Walking), das ihm wieder Selbstbewusstsein und Vertrauen in seine körperliche Leistungsfähigkeit zurückgab. Anfänglich habe er zwar noch ängstlich auf seinen Herzschlag gehorcht, aber dann habe er gemerkt, wie es ein ums andere Mal besser ging. Schwieriger gestaltete sich die Verminderung der empfundenen Belastung durch seine selbstständige berufliche Tätigkeit. Obwohl die Probleme nicht kleiner geworden sind, hat er aber – vor allem durch seine neue sportliche Aktivität – das Gefühl, dass er jetzt manchmal einfach abschalten kann. Nach einem Gespräch mit seinem Arzt hat Herr M. ein neues blutdrucksenkendes Medikament verschrieben bekommen und damit begonnen, dieses regelmäßig einzunehmen. Zur Kontrolle seines Blutdrucks hat er ein automatisiertes Blutdruckmessgerät, das er regelmäßig etwa dreimal pro Woche benutzt, um unter Ruhebedingungen und immer zur selben Tageszeit seinen Blutdruck zu messen.

### **Allgemeine Vorschläge zum psychotherapeutischen Vorgehen in der ambulanten Rehabilitation**

#### **Einzeltherapie:**

- ▶ Umgang mit der durch die Herz-Kreislauf-Krankheit veränderten persönlichen, familiären und beruflichen Lebensperspektive
- ▶ Therapie dysfunktionaler kognitiver Muster wie Perfektionismus, Alles-oder-nichts-Denken, Übergeneralisierung
- ▶ Berücksichtigung eventueller psychischer Störungen

#### **Gruppentherapie:**

- ▶ Ernährungsumstellung und Gewichtsreduktion
- ▶ Förderung der Bewegungsaktivität
- ▶ Stressmanagement
- ▶ Kommunikations- und Problemlösetraining (Ärger, Feindseligkeit, soziale Isolation)



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

### Fallgeschichte

Herr V. ist ein 75-jähriger verheirateter Mann, der seit mehr als zehn Jahren an COPD erkrankt ist. Herr V. wurde durch den behandelnden Hausarzt wegen depressiver Verstimmungen und Angst an die psychologische Praxis überwiesen. Ängste und Depressionen sind nach seiner Auskunft nach dem letzten Krankenhausaufenthalt immer schlimmer geworden. Seit Herr V. wieder zu Hause ist, hat sich sein Gesamtzustand erheblich verschlechtert. Er verbringt die meiste Zeit im Bett oder auf dem Sofa liegend.

**Derzeitige Beschwerden.** Trotz vielfacher Beschwerden, wie Atemnot bei körperlichen Tätigkeiten, quälendem Husten und Müdigkeit, hatte Herr V. vor der letzten Klinikeinweisung noch an den regelmäßigen Aktivitäten der Familie (Einkaufen, leichte Gartenarbeiten, Besuche bei Freunden und Bekannten) teilgenommen. Nach der letzten Exazerbationsperiode, die zu einem achtwöchigen Krankenhausaufenthalt geführt hatte, klagte Herr V. über zunehmende Depressionen und Ängstlichkeit (Gedanken an den Tod, Furcht vor körperlicher Belastung, Interesseverlust, Vermeidung von sozialen Kontakten). Er bewegt sich nicht mehr aus dem Haus, und selbst im engeren Wohnbereich versucht er, jegliche körperliche Aktivität zu vermeiden. Im Mittelpunkt seiner Ängste steht die Befürchtung, dass bereits die kleinste körperliche Anstrengung zu einem Erstickungsanfall führt, in dessen Verlauf er sterben würde. Er ist hoffnungslos und erwartet keine Besserung seines Zustands.

**Patientenakte.** Die Krankengeschichte von Herrn V. lässt darauf schließen, dass sich seine COPD zwar langsam verschlechtert, seine derzeitige Lungenfunktion jedoch wesentlich besser ist, als dies seine Beschwerden erwarten ließen.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Im strukturierten klinischen Interview (DIPS) zeigt sich, dass Herr V. derzeit die DSM-IV-Kriterien für eine Major Depression und eine Panikstörung mit Agoraphobie erfüllt. Die Fragebogendiagnostik umfasste die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) und das Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC). Beide Fragebogenergebnisse bestätigen die DSM-IV-Diagnosen.

### Fragen und Übungen

- ▶ Wie würden Sie bei der Therapieplanung vorgehen? Begründen Sie die Wahl der Intervention!
- ▶ Welche Besonderheiten sind beim Einsatz kognitiv-behavioraler Methoden zu berücksichtigen?
- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind Ihrer Meinung nach relevant und erreichbar?

### Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

**Therapeutischer Plan.** Die klinisch-psychologische Diagnostik zeigt bei COPD-Patienten häufig, dass im Mittelpunkt der Ängste die Befürchtung steht, bei auch kleinen körperlichen Tätigkeiten Erstickungsgefühle zu bekommen, die schließlich zum Tode führen. Eine klassische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) würde diese Annahme durch Übungen mit körperlicher Aktivität geradezu herausfordern. Aufgrund der COPD ist jedoch tatsächlich mit einer Verschlechterung der Sauerstoffversorgung bei körperlicher Aktivität zu rechnen, auch wenn diese in keinem Verhältnis zur objektiven Lungenfunktion steht. Als therapeutisches Ziel ist es deshalb angebracht, eher auf eine Akzeptanz der körperlichen Symptomatik hinzuarbeiten, als diese zu provozieren.



**PRAXIS-  
ÜBUNGEN**



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

**Therapeutisches Vorgehen.** Eine typische Behandlung besteht aus ca. zwölf Einzelsitzungen, die von einem psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten im zweiwöchentlichen Abstand durchgeführt werden. In der ersten Therapiesitzung wird eine Liste jener Aktivitäten zusammengestellt, die der Patient gerne wieder ausüben würde (z. B. selbstständig duschen, sich selbst anziehen, mit dem Hund spazieren gehen, zur Kirche gehen, Freunde besuchen). Mit Unterstützung des behandelnden Hausarztes wird ein Plan erstellt, der diese Aktivitäten in kleinere Einheiten zerlegt – mit dem Ziel, die Zeitdauer und Intensität der Aktivitäten langsam zu steigern. Beispielsweise beginnt die Aktivitätssteigerung mit zwei Minuten auf der Bettkante sitzen und einer Minute Stehen. Die Zeit des Stehens wird über die erste Woche auf 15 Minuten ausgedehnt, einschließlich der Einführung kurzer Gehstrecken mit Pausen. So wird eine langsame Steigerung der körperlichen Aktivität über die verbleibenden Sitzungen erreicht.

Anstatt – wie in der KVT üblich – die Richtigkeit der katastrophisierenden Gedanken infrage zu stellen, ist es wegen der Grunderkrankung (COPD) besser, dem Patienten dabei zu helfen, mit der Atemnot bei körperlicher Aktivität und den begleitenden Gedanken auf eine Weise umzugehen, die den Teufelskreislauf von Atemnot, katastrophisierenden Gedanken, Angst und größerer Atemnot nicht weiter unterstützt. Dazu wird zuerst die Progressive Muskelrelaxation eingeführt (Schwerpunkt: Bauchatmung), damit der Patient nach körperlicher Anstrengung wieder Kontrolle über seine Atmung erlangt. Dies wird mit Techniken der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie („Mindfulness-Based Cognitive Therapy“, MBCT) kombiniert, deren Ziel es ist, dass Patienten unabänderliche Gedanken und Gefühle akzeptieren, ohne sie festhalten oder verdrängen zu wollen. Der Patient übt beispielsweise, Sorgen und katastrophisierende Gedanken während der Atemnot als vorübergehende Phänomene zu betrachten, und nicht als feststehende Realitäten. Wie in der KVT wird der Patient gebeten, ein Tagebuch über seine Gefühle und Gedanken zu führen (Identifikation automatischer Gedanken).



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## Übergewicht und Adipositas

### Fallgeschichte

Frau T. ist eine 37-jährige allein erziehende Mutter eines zehnjährigen Sohnes. Derzeit wiegt sie bei einer Körpergröße von 1,70 m 98 kg (BMI: 33,9 kg/m<sup>2</sup>). Sie sei schon immer „pummelig“ gewesen und deswegen in der Schule oft gehänselt worden. Sie hat schon zahlreiche Gewichtsabnahmeversuche hinter sich und nach eigener Auskunft „so ziemlich jede Diät ausprobiert“, die es gibt. Sie könne sich eigentlich nicht erinnern, jemals „normal“ gegessen zu haben, eigentlich sei sie immer „auf Diät“. Im Alter von 18 bis 20 Jahren habe sie ihr bislang niedrigstes Gewicht gehabt (BMI: 25 kg/m<sup>2</sup>), allerdings nur, weil sie konsequent gefastet und sich viel bewegt habe. Dann hat sie angefangen zu studieren und dabei kontinuierlich zugenommen. Mit jedem neuen Kilo mehr auf der Waage fand sie es zunehmend schwierig, Essen zu genießen oder sich überhaupt noch zu bewegen. Schließlich ist sie schwanger geworden, und da war es mit jeglicher Zurückhaltung beim Essen endgültig vorbei. Nach der Geburt ihres Sohnes hat sie kaum Gewicht verloren und nahm weiter zu. Erneute Gewichtsabnahmeversuche (z. B. mit Hilfe der „Weight Watchers“) blieben erfolglos.

**Anlass zur Therapie.** Frau T. wird von ihrem Hausarzt an die psychotherapeutische Praxis überwiesen. Sie hat vor einigen Wochen ihre Arbeit als Verwaltungsangestellte bei einer größeren Firma verloren, und sie vermutet, dass ihr Körpergewicht und ihr Aussehen entscheidend dazu beigetragen haben. Sie hatte schon seit längerem den Eindruck, dass sie von ihren Arbeitskollegen nicht akzeptiert wurde. Auch zu Elternabenden in der Schule ihres Sohnes ging sie nicht mehr, weil sie das Gefühl hatte, ständig angestarrt zu werden. Mit den wenigen Freunden, die ihr geblieben seien, unternehme sie schon lange nichts mehr, weil „man sich mit mir geniert“. Schließlich liege ihr ihr Hausarzt schon seit langem in den Ohren, dass es unumgänglich für ihre Gesundheit sei, wenigstens 20 kg abzunehmen. Frau T. gibt an, unglücklich und überfordert zu sein. Ihren eigenen Angaben zur Folge hat sie erhöhten Blutdruck (135/90 mmHg), erhöhte Harnsäurewerte (Gicht), gerät leicht in Atemnot und leidet unter Gelenkschmerzen in den Knien sowie in dem unteren Rückenbereich. Ihr großer Wunsch sei, „wieder am Leben teilhaben zu können“, Freunde zu haben, aktiv zu sein und wieder ihrer alten Leidenschaft, dem Tanzen, nachzukommen.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Im strukturierten Interview „Eating Disorder Examination“ (EDE) zeigt sich eine BED-Symptomatik, die allerdings nicht die Kriterien für das Vollbild erfüllen (BED = Binge Eating Disorder). Frau T. berichtet von gelegentlichen Heißhungerattacken, denen sie dann auch nachgibt, bis sie voll sei – nicht aus Genuss, sondern weil es sie zuerst beruhige und ablenke. Danach fühle sie sich von sich selbst angeekelt und deprimiert. Im standardisierten, über eine Woche geführten Essstagebuch zeigt sich, dass Frau T. keine festen Mahlzeiten einhält, sondern ständig isst. Ihre durchschnittliche Kalorienaufnahme beträgt ca. 3800 kcal/Tag. Die Auswertung des standardisierten Bewegungstagebuchs zeigt, dass Frau T. sich bis auf die notwendigsten Verrichtungen im Haushalt praktisch überhaupt nicht bewegt. In der Symptomcheckliste (SCL-90-R) zeigen sich erhöhte Werte, vor allem auf den Skalen Soziale Unsicherheit, Depressivität und Ängstlichkeit.



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

### Fragen und Übungen

- ▶ Wie würden Sie bei der Therapieplanung vorgehen? Begründen Sie die Wahl der Intervention!
- ▶ Welche primäre Symptomatik sollte behandelt werden, und welche Methoden würden Sie dazu wählen?
- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind Ihrer Meinung nach relevant und erreichbar? Über welchen Zeitraum erwarten Sie eine positive Veränderung, und mit welchen Hindernissen müssen Sie auf dem Weg dahin rechnen?
- ▶ Wie messen Sie den Therapieerfolg?

### Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

**Stimuluskontrolltechniken.** Das Hauptziel besteht im Erlernen eines normalen Essverhaltens mit festen Essenszeiten, zu denen man sich an den Tisch setzt. Fernsehen, Radio und Computer bleiben dabei ausgeschaltet. Außer zwei leichten Zwischenmahlzeiten sind keine Snacks oder sonstiges Essen zwischen den Mahlzeiten erlaubt. Hochkalorische Nahrungsmittel sind nur noch in kleinen Mengen im Haus und außer Sichtweite.

**Ernährungsmanagement.** Die Diät besteht aus einer fettreduzierten, kohlenhydratreichen Mischkost.

**Verstärkung der Selbstkontrolle durch Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung** (z. B. Führen einer Gewichtskurve mit realistischer Zielvorgabe). Zur Gewichtskontrolle wiegt sich der Patient einmal pro Woche zur selben Tageszeit und verzeichnet das Ergebnis in einer Gewichtskurve. Als Richtlinie sind in der Gewichtskurve ein idealisierter Gewichtsverlauf bei einer Abnahme von 500 g/Woche abgebildet. Ebenfalls aufgeführt sind eine minimale (300 g/Woche) und eine maximale Gewichtsabnahme (800 g/Woche), bei deren Überschreiten in der therapeutischen Sitzung Gegenmaßnahmen besprochen werden.

**Misserfolgsprophylaxe und -bewältigung** (z. B. durch flexible Kontrolle), Korrektur dysfunktionaler Kognitionen („Alles-oder-nichts-Denken“). Perioden der Stagnation während der Gewichtsabnahme werden von Anfang an als normale Begleiterscheinung definiert. Außerdem wird in der Therapie thematisiert, dass Adipositas eine chronische Erkrankung ist. Rückfälle in alte Verhaltensmuster kommen vor und müssen als Herausforderung verstanden werden. „Alles-oder-nichts-Kognitionen“ („Ich bin schon dick, jetzt machen die paar Kilos mehr auch nichts mehr aus“) werden mit funktionalen Alternativen ersetzt („Es lohnt sich immer, gesund zu essen, und ich bin in der Lage dazu“).

**Genustraining.** „Verbotene“ Nahrungsmittel (z. B. Schokolade) sind ausdrücklich erlaubt, jedoch nicht, um den Hunger zu stillen, sondern (in geringer Dosierung) als Belohnung und zum Genuss.

**Training sozialer Kompetenz.** Beispielsweise im Rahmen von Selbstsicherheitstrainings werden Verhaltensalternativen im Umgang mit als schwierig empfundenen Situationen geübt. Besonders wichtig ist dabei das Erlernen der Wahrnehmung und des adäquaten Ausdrucks negativer Emotionen, z. B. Ärger und Angst. Auf diese Weise werden die auslösenden Situationen für übermäßiges Essen in ihrer Häufigkeit reduziert, und es wird ein anderer Umgang mit ihnen ermöglicht.

**Stressmanagement.** Verschiedene Entspannungstechniken erleichtern die Bewältigung von Krisensituationen (z. B. Atemtechniken, Progressive Muskelrelaxation).

**Aktivitätssteigerung.** Die in der Tabelle und weiter unten angeführten Interventionen und Beispiele bieten Anhaltspunkte zur Gestaltung eines aktivitätssteigernden Programms.





Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

### Motivationsinterview zur Steigerung körperlicher Aktivität

| Motivationsfaktor            | Frage   |
|------------------------------|---|
| 1. persönliche Ziele         | Was möchten Sie erreichen, und warum?   |
| 2. persönliche Bereitschaft  | Wozu sind Sie bereit?   |
| 3. wahrgenommene Hindernisse | Was könnte Sie daran hindern, Ihre Ziele zu erreichen?  |
| 4. Selbstvertrauen           | Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie die Hindernisse, über die wir gerade gesprochen haben, überwinden können?   |
| 5. wahrgenommener Nutzen     | Welche positiven Effekte erwarten Sie, wenn Sie Ihr Ziel erreichen?   |
| 6. Figurprobleme             | Ist es Ihnen unangenehm, wenn Sie sich vorstellen, dass andere Ihre Figur bewerten?<br>Könnte dies für Sie ein Hinderungsgrund sein, in der Gruppe Sport zu treiben?<br>Wenn ja, wie könnten wir dies ändern?<br>Was könnten Sie tun? |
| 7. soziale Unterstützung     | Brauchen Sie Unterstützung/Ermutigung von/durch andere(n), um Sport zu treiben?<br>Wenn ja, wie bekommen Sie diese Unterstützung?   |
| 8. Gefühl/Befindlichkeit     | Wie fühlen Sie sich, wenn Sie Sport treiben?<br>Wie sehen diese Gefühle im Vergleich zu anderen Aktivitäten aus?<br>Bei welchem Sport fühlen Sie sich am besten?  |
| 9. Freude                    | Was können Sie tun, damit Sport Ihnen jedes Mal Spaß macht?<br>Was können Sie tun, damit Ihr Training Ihnen mehr Freude macht?  |

### Interventionen zur Steigerung körperlicher Aktivität

Um einen optimalen Effekt körperlicher Aktivität im Rahmen eines Gewichtsreduktionsprogramms zu erzielen, hat es sich als günstig erwiesen, folgende Punkte zu berücksichtigen:

- ▶ Das Programm darf keine hohen motorischen Vorerfahrungen voraussetzen.
- ▶ Das Programm darf weder das Herz-Kreislauf-System noch den Bewegungs- und Stützapparat zu intensiv beanspruchen.
- ▶ Das Programm muss Erfolgserlebnisse ermöglichen und Freude an körperlicher Aktivität vermitteln, so dass es zu langfristiger körperlicher Aktivität motiviert.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Sportarten für Übergewichtige. Trotzdem lassen sich aufgrund der spezifischen Voraussetzungen bei Adipösen einige Empfehlungen formulieren. Diese sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
 Körperliche Erkrankungen  
 kompakt**  
 ISBN 978-3-621-27754-9

**Verschiedene Freizeitsportarten und ihre Eignung für Übergewichtige**  
**(++ = sehr gut geeignet, + = gut geeignet, o = bedingt geeignet, - = nicht geeignet)**

| Sportart           | Adipöse unter 45 Jahren | Adipöse über 45 Jahren |
|--------------------|-------------------------|------------------------|
| Walking            | ++                      | ++                     |
| Radfahren          | ++                      | ++                     |
| Schwimmen          | ++                      | ++                     |
| Skilanglauf        | ++                      | ++                     |
| Gymnastik          | +                       | +                      |
| Low Impact Aerobic | +                       | +                      |
| Step Aerobic       | +                       | +                      |
| Bergwandern        | +                       | +                      |
| Volleyball         | +                       | 0                      |
| Tauchen            | +                       | 0                      |
| Tennis             | 0                       | 0                      |
| Ski alpin          | 0                       | 0                      |
| Surfen/Segeln      | 0                       | 0                      |
| Laufen/Joggen      | 0                       | -                      |
| Fußball            | -                       | -                      |
| Squash             | -                       | -                      |

Am sinnvollsten hat sich ein vielseitiges Programm erwiesen, das aus folgenden Elementen besteht:

- ▶ Training der Ausdauerleistungsfähigkeit
- ▶ Gymnastik (Kraftsport)

Dabei ist allerdings die Strukturierung eines langfristigen Trainingsaufbaus zu berücksichtigen. Bei regelmäßigem Training kann man drei Phasen der körperlichen Reaktionen während eines solchen Programms voneinander unterscheiden:

- ▶ körperliche Anpassung (ca. 4 bis 10 Wochen)
- ▶ körperlicher Aufbau (ca. 8 Wochen)
- ▶ Stabilisierung (langfristig)

Während dieser Phasen sollten unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Bei der **körperlichen Anpassung** sind dies:

- ▶ Anpassung an körperliche Belastung
- ▶ zunächst niedrige Belastungsintensität
- ▶ kurze Belastungsphasen mit „lohnenden“ Pausen
- ▶ viele Koordinations- und Flexibilitätsübungen
- ▶ Schulung der Atemtechnik
- ▶ Erlernen der Pulsmessung

Beim **körperlichen Aufbau**:

- ▶ kontinuierlicher Aufbau der Ausdauerleistungsfähigkeit
- ▶ Intensivierung des Flexibilitätstrainings
- ▶ kräftigende Übungen mit Haltungskorrektur und Atemkontrolle



**PRAXIS-  
ÜBUNGEN**



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

Bei der **Stabilisierung**:

- ▶ Stabilisierung des erreichten Niveaus
- ▶ Motivation zum selbstständigen Training
- ▶ „Nachbetreuung“, eventuell Kontakt mit Sport treibenden Gruppen herstellen



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## Diabetes mellitus

### Fallgeschichte

Frau H. ist eine 20-jährige, sportlich sehr aktive Frau, die gerade mit dem Studium der Informatik begonnen hat. Sie lebt in einer Wohngemeinschaft und unternimmt gerne lange Radtouren mit ihren Freunden. In letzter Zeit war sie allerdings häufig müde, abgeschlagen und hatte sehr starken Durst. Durch Zufall stieß sie im Internet auf die Beschreibung der Symptome des Typ-1-Diabetes und ließ sich gleich beim Arzt Blut abnehmen. Ihr Verdacht wurde bestätigt. In der Folgezeit machte sie ein Schulungsprogramm mit, das ihrer Auskunft nach sehr ausführlich und gut durchgeführt war. Trotzdem fand sie es zunehmend schwieriger zu akzeptieren, dass sie für den Rest ihres Lebens mehrmals täglich Insulin spritzen und den Blutzuckerspiegel kontrollieren muss. Schließlich kam für sie erschwerend hinzu, dass sie bei einer Radtour das Insulin wohl nicht richtig dosiert hatte und mit deutlicher Unterzuckerung fast vom Fahrrad gefallen wäre. Seit diesem für sie sehr peinlichen Ereignis hatte sie ausgesprochene Angst vor der Wiederholung eines solchen Vorfalls und kontrollierte mindestens 8-mal am Tag ihren Blutzucker. Sie hat alle ihre sportlichen Aktivitäten eingestellt und sich angewöhnt, nicht mehr alleine auszugehen. Aus Sicherheit hat sie sich ein zweites Blutzuckermessgerät angeschafft und führt immer beide mit sich, „weil ja eines mal ausfallen könnte“.

**Anlass zur Therapie.** Frau H. wird von ihrem Hausarzt an die psychotherapeutische Praxis überwiesen. Sie hatte ihren Bewegungsradius immer weiter eingeschränkt und verbringt die meiste Zeit des Tages mit der Kontrolle ihres Blutzuckers und der genauen Berechnung, wie viele Kohlenhydrate sie zu sich nehmen darf. Ihr Arzt berichtet in seiner Überweisung, dass er sehr besorgt ist, weil Frau H. entgegen seinem Rat ständig versucht, den Blutzuckerspiegel über 140 mg/dl zu halten, indem sie das Insulin zu niedrig dosiert.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Im strukturierten Interview (DIPS) zeigt sich das Vollbild einer Agoraphobie ohne Panikstörung mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten. Diese Diagnose wird durch die Fragebogenwerte im HADS-D bestätigt. Die Ergebnisse der Verhaltensanalyse und des Hypoglykämie-Angstinventars erhärten den Verdacht auf eine stark ausgeprägte Hypoglykämie-Angst mit Vermeidungsverhalten. Das Vermeidungsverhalten zeigt sich in der Einschränkung des Bewegungsradius, der exzessiven Häufung der Blutzuckerkontrollen und dem Mitführen von zwei Blutzuckermessgeräten.

### Fragen und Übungen

- ▶ Wie würden Sie bei der Therapieplanung vorgehen? Begründen Sie die Wahl der Intervention!
- ▶ Wenn Sie eine Expositionsbehandlung in Betracht ziehen, was ist bei der Konfrontation zu beachten?
- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind Ihrer Meinung nach erreichbar? Mit welchen Hindernissen müssen Sie auf dem Weg dahin rechnen?
- ▶ Wie messen Sie den Therapieerfolg?



## PRAXIS- ÜBUNGEN



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

### Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

**Training zur Hypoglykämie-Wahrnehmung.** Das „Blood Glucose Awareness Training“ (BGAT) ist ein strukturiertes Trainingsprogramm zur Verbesserung der Hypoglykämie-Wahrnehmung bei Patienten mit Typ-1-Diabetes. In acht wöchentlich angebotenen Doppelstunden, die in der Gruppe (6 bis 8 Personen) oder einzeln durchgeführt werden können, wird die Wahrnehmung persönlicher Hypoglykämie-Warnzeichen systematisch trainiert und geübt, was im Fall einer Unterzuckerung zu unternehmen ist.

**Diskriminationstraining.** Die Patienten lernen, Unterzuckerungsreaktionen von Angstreaktionen zu unterscheiden (Kulzer, 1995). Der Patient protokolliert dabei über einige Wochen die Anzeichen, die bei ihm mit Unterzuckerung einhergehen.

**Konfrontationsverfahren.** Wenn Vermeidungsverhalten eine entscheidende Rolle spielt, ist ein Konfrontationsverfahren die beste Behandlungsmöglichkeit. Bei der Therapie sollte berücksichtigt werden, dass das Mitführen des Blutzuckermessgeräts ein wichtiges Sicherheitssignal darstellt und deshalb dazu beiträgt, das Vermeidungsverhalten aufrechtzuerhalten. Wesentliches Element der Behandlung ist also die Aufgabe, sich ohne das Messgerät (zumindest über einen gewissen Zeitraum) in den gefürchteten Situationen zu bewegen. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ein reales Unterzuckerungsrisiko besteht. Allerdings kann dieses Risiko durch eine adäquate Insulindosierung und/oder Kohlenhydrataufnahme minimiert werden.

**Muskuläre Anspannungstechniken, um dem Blutdruckabfall bei beginnender Ohnmacht entgegenzuwirken** („Applied Tension“, AT). Bei einer Blut-Spritzen-Verletzungsphobie reagieren die Betroffenen häufig mit einem sehr raschen Blutdruckabfall. Dadurch fallen die Patienten in Ohnmacht, was oft sensibilisierend auf die Wahrnehmung der Angstreize wirkt (der Anblick von Blut, Spritzen usw.). Dadurch ängstigen sich die Patienten noch mehr, und es kommt zu einem Aufschaukelungsprozess bzw. zu einer Stabilisierung der Angstsymptomatik. **Diese Ohnmacht ist von einer beginnenden Bewusstlosigkeit wegen Unterzuckerung zu unterscheiden!** In der Therapie der Blut-Spritzen-Verletzungsphobie hat sich ein muskuläres Anspannungstraining bewährt. Dabei lernt der Patient, bei beginnender Ohnmacht (Schwindelgefühl, Übelkeit) die großen Muskelgruppen der Beine (Oberschenkel) und Arme (Oberarme, Faust machen) rhythmisch anzuspannen. Dies verhindert in vielen Fällen den Blutdruckabfall und damit die Ohnmacht. Der Teufelskreis ist unterbrochen.

#### **Beispiel** Beispiel für eine AT-Trainingssitzung

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| „Bitte spannen Sie jetzt Ihre Arm- und Beinmuskulatur an, ohne Ihren Atem anzuhalten. Halten Sie die Spannung, bis es Ihnen warm wird.“ | Pause (20 bis 30 Sekunden)           |
| AT (20 bis 30 Sekunden)   | „Bitte spannen Sie wieder an.“       |
| „Bitte entspannen Sie jetzt Ihre Muskeln, aber nur soweit, wie vorhin zu Beginn der Übung.“   | AT (20 bis 30 Sekunden)              |
|   | „Und entspannen Sie wieder.“         |
|   | Pause (20 bis 30 Sekunden)           |
|   | Die ganze Sequenz 5-mal wiederholen. |



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## Krebserkrankungen

### Fallgeschichte

Frau A. ist eine 57-jährige, verheiratete Frau. Vor vier Wochen diagnostizierte der behandelnde Gynäkologe einen Tumor in der Brust, der sich als bösartig herausstellte. Eine Chemotherapie erreichte die gewünschte Verkleinerung des Tumors vor der Operation. Allerdings waren auch trotz entsprechender Medikation die Übelkeit und das Erbrechen so schlimm, dass sie unentschieden ist, ob sie die Chemotherapie, die nach der Operation stattfinden soll, überhaupt durchführen lassen will. Schon der Geruch auf der Station bereite ihr Übelkeit, berichtet sie im Erstgespräch.

**Derzeitige Beschwerden.** Frau A. befindet sich auf der allgemeinen chirurgischen Station des städtischen Krankenhauses und soll in drei Tagen operiert werden. Der behandelnde Chirurg empfiehlt nach den ersten Gesprächen, Kontakt mit einer Psychologin der örtlichen Krebsberatungsstelle aufzunehmen. Frau A. ist gerne dazu bereit, da sie sich Unterstützung bei der Bewältigung der psychischen Belastung vor der Operation und Hilfe bei der Entscheidung, ob eine brusterhaltende Operation oder eine völlige Brustentfernung durchgeführt werden soll. Angesichts der schweren Nebenwirkungen der empfohlenen Chemotherapie, die nach der Operation stattfinden soll, ist sie sehr deprimiert.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Das Screening mit dem Distress-Thermometer zeigt eine hohe Belastung bei den Themen „Bevorstehende Operation“ und „Chemotherapie“. Die Werte in der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) sind auf beiden Skalen (Angst und Depression) erhöht. Im strukturierten klinischen Interview (DIPS) zeigt sich, dass Frau A. derzeit nicht die DSM-IV-Kriterien für eine affektive Störung oder eine Angststörung erfüllt. Allerdings hatte sie vor einigen Jahren eine generalisierte Angststörung, die damals mit Medikamenten behandelt wurde. Frau A. macht im Erstgespräch einen sehr ängstlichen und deprimierten Eindruck.

### Fragen und Übungen

- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind in der gegebenen Situation (vor der Operation) vorrangig? Wie würden Sie vorgehen?
- ▶ Welche Interventionen sind in der Zeit nach der Operation geeignet, die medizinische Krebstherapie effektiv zu unterstützen?
- ▶ Entwerfen Sie einen Behandlungsplan für die Zeit vor der Operation und die Begleitung danach! Wie könnten Sie Frau A. bei der Krankheitsbewältigung unterstützen?

### Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

Im Vordergrund steht die Reduzierung der Behandlungsnebenwirkungen. Zur Operationsvorbereitung sind folgende Aufklärungselemente wichtig:

- ▶ Prozedurinformationen
- ▶ Verhaltensinstruktionen
- ▶ Empfindungsinformationen
- ▶ kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze
- ▶ Hypnose und Entspannungstechniken
- ▶ tiefenpsychologische Verfahren

Hinzu kommen konkrete Aufklärungsgespräche mit den Patienten.

  
**PRAXIS-  
ÜBUNGEN**



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

**Beispiel** Aufklärungsgespräch als psychologische Operationsvorbereitung

**Psychotherapeut:** Wir wissen von vielen Patienten, dass es ihnen, wenn ihnen klar ist, was vor und während der Operation mit ihnen passiert, nachher besser geht. Sie haben weniger Angst und brauchen weniger Schmerzmedikamente.

**Patient:** Wirklich?

Psychotherapeut: Ja, deswegen wollte ich heute mit Ihnen darüber sprechen, ob sie das Gefühl haben, ausreichend informiert

zu sein, so dass Sie sich gut vorbereiten können.

**Patient:** Ja, das ist gut, sich vorbereiten zu können.

**Psychotherapeut:** Vielleicht ist es eine gute Idee, wenn Sie alles aufschreiben, was wir jetzt besprechen. Dann können Sie dies noch einmal durchlesen, wenn Sie nach der Operation wieder auf die Station zurückkommen.

**Patient:** Na gut, haben Sie einen Stift?

Bei der Chemotherapie sind besonders wirksame psychologische Vorbereitungsmaßnahmen:

- ▶ Prozedurinformationen
- ▶ Empfindungsinformationen

Die größte Wirkung wird erzielt, wenn diese Informationen mit einem positiven Rollenmodell (z. B. in einem Video) kombiniert werden. In einem Video kann beispielsweise ein Patient gezeigt werden, der die Chemotherapie erhält und nach anfänglicher Unsicherheit und Ängstlichkeit zunehmend an Vertrauen gewinnt und positive Bewältigungsstrategien demonstriert („Übelkeitsgefühle werden vorübergehen“; „Die Therapie hilft mir, wieder gesund zu werden“).

Entspannungsverfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation, Hypnose, Autogenes Training) sind ebenfalls erfolgreich.



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## HIV und AIDS

### Fallgeschichte

Frau O. ist eine 37-jährige, allein lebende Frau. Vor sechs Jahren hatte Frau O. eine schwere Erkältung, von der sie sich nur sehr schwer erholte. Eine Reihe sich anschließender Infekte bewog sie dann, sich auf HIV testen zu lassen. Das positive Testergebnis war ein schrecklicher Schlag für sie: Ihr damaliger Lebenspartner trennte sich von ihr, und sie musste versuchen, alleine mit dieser Situation zurechtzukommen. Weil sie damals in einer Kleinstadt wohnte, zog sie in die nächstliegende größere Stadt, „um dem Gerede der Nachbarn“ aus dem Weg zu gehen. Vor vier Jahren verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand, so dass sie auf Anraten ihrer Hausärztin mit antiretroviraler Therapie (HAART) begann. Seither geht es ihr gesundheitlich ganz gut, auch wenn ihr manchmal Kopfschmerzen, Übelkeit und Durchfälle das Leben schwer machen.

**Derzeitige Beschwerden.** Seit einiger Zeit vermeidet Frau O., sich mit Bekannten zu treffen, da sie den Eindruck hat, dass man ihr die HIV-Infektion ansieht. Sie findet den Gedanken unerträglich, andere möglicherweise anstecken zu können, und vermeidet deshalb jede körperliche Berührung, z. B. Händeschütteln. Sie verbringt die meiste Zeit des Tages zu Hause und fühlt sich zunehmend isoliert und deprimiert. Kommt es doch einmal zu einer Begegnung mit Bekannten oder Freunden, bricht sie in Schweiß aus, hat Hitzewallungen und verspürt Herzrasen. In Gedanken beschäftigt sie sich dann damit, dass ihre körperlichen Reaktionen mit Sicherheit auf ihren HIV-Status zurückzuführen sind und eine akute Verschlechterung anzeigen. Außerdem befürchtet sie, mit diesen Reaktionen andere in Verlegenheit zu bringen oder sie anzustecken.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Im strukturierten klinischen Interview (DIPS) zeigt sich, dass Frau O. derzeit die DSM-IV-Kriterien für eine Sozialphobie erfüllt. Die Fragebogendiagnostik umfasste die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) und den PRIME-MD Patient Health Questionnaire (deutsch: PHQ-D). Beide Fragebogenergebnisse bestätigen die DSM-IV-Diagnose „Erhöhte Ängstlichkeit“ und zeigen außerdem erhöhte Depressions- und Somatisierungswerte. Frau O. berichtet von großen Schwierigkeiten bei der regelmäßigen Medikamenteneinnahme. Besonders sind es Nebenwirkungen, die sie als peinlich empfindet (z.B. Durchfälle), weil diese sie zwingen, öffentliche Toiletten aufzusuchen, wenn sie nicht zu Hause ist. Sie hat deshalb häufig die eine oder andere Tablette weggelassen.

### Fragen und Übungen

- ▶ Wie würden Sie bei der Therapieplanung vorgehen? Begründen Sie die Wahl der Intervention!
- ▶ Welche Besonderheiten sind beim Einsatz kognitiv-behavioraler Methoden zu berücksichtigen?
- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind Ihrer Meinung nach relevant und erreichbar?
- ▶ Wie könnten Sie die Behandlungsadhärenz verbessern?

### Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

HIV-Patienten berichten häufig von Beschwerden wie depressiver Stimmung, Angst oder Sorgen, die im Zusammenhang mit kritischen Ereignissen stehen oder über längere Zeit anhalten. Im ersten Fall weist dies auf eine Anpassungsstörung hin, der letztere Fall auf eine depressive Störung oder eine Angststörung. Grundsätzlich sind alle Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung dieser Störungen geeignet. Wie bei anderen chronischen Erkrankungen ist es allerdings wichtig, zu berücksichtigen, dass diese Beschwerden auch eine Folge der Erkrankung oder der Medikation sein können.





Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

Ängste, die sich auf den Umgang mit anderen beziehen, sind bei HIV-Patienten nicht selten. Die Sicht, dass HIV eine „schmutzige“ Infektionskrankheit ist, ist immer noch weit verbreitet. In der Allgemeinbevölkerung ist das Wissen um die Übertragungswege erstaunlich lückenhaft. Werden diese Ängste übergeneralisiert und wie im Fallbeispiel internalisiert, entstehen Rückzug und soziale Isolation. Die Folge sind Depressionen und Angststörungen.

**Therapeutisches Vorgehen.** Eine empirisch in ihrer Wirksamkeit gut belegte Behandlung der Sozialphobie ist die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie nach Heimberg. Das Gruppenformat stellt an sich schon eine Konfrontationsübung dar, da mit mehreren gefürchteten sozialen Ereignissen gerechnet werden muss:

- ▶ Sprechen vor anderen
- ▶ sich fremden Personen vorstellen
- ▶ mit relativ fremden Personen über persönliche Dinge sprechen (z. B. die HIV-Infektion)

Gruppensitzungen bieten einen guten Rahmen, um viele der logischen Denkfehler zu überprüfen, die dazu beitragen, soziale Ängste aufrechtzuerhalten:

- ▶ „Man sieht mir an, dass ich HIV habe“
- ▶ „Schwitzen bedeutet ein erneuter Krankheitsschub“
- ▶ „Wenn ich dem jetzt die Hand schüttle, dann stecke ich ihn an“

Außerdem wird den Gruppenteilnehmern bewusst, dass sie nicht an einem einzigartigen Problem leiden. Auch andere haben ähnliche Ängste oder sind HIV-positiv. Als Ergebnis solcher Gruppengespräche lernen die Gruppenmitglieder, sich gegenseitig zu unterstützen. Dies ist eine wertvolle Erfahrung für Personen mit sozialphobischen Ängsten und/oder HIV, die im Allgemeinen Gruppensituationen und Gespräche über persönliche Schwächen vermeiden.

#### **Zwölf Tipps zur Verbesserung der Behandlungssadhärenz**

1. Jeder Patient sollte einen schriftlichen (lesbaren!) Therapieplan bekommen, der gemeinsam am Ende des Gesprächs noch einmal genau durchgegangen werden sollte. Auf dem Plan sollte eine Telefonnummer für Probleme/Rückfragen stehen.
2. Patient und Arzt/Therapeut sollten sich über den Therapieplan einig sein. Vorbehalte und skeptische Fragen seitens des Patienten sollten diskutiert worden sein.
3. Der Patient sollte das Gefühl haben, dass die Therapie nicht beliebig ausgewählt, sondern auf seine Bedürfnisse hin zugeschnitten wurde.
4. Eine neue Therapie oder eine Umstellung zu erklären erfordert Zeit und geht nicht zwischen Tür und Angel – alle Fragen sollten beantwortet sein.
5. Der Patienten sollte verstehen, warum die genaue Befolgung des Therapieplans wichtig ist. Solche Gespräche sollten wiederholt werden – sie sollten nicht nur bei Therapiestart oder -wechsel geführt werden, sondern Teil der Routinebetreuung sein.
6. Es sollte erklärt werden, mit welchen Nebenwirkungen zu rechnen ist und was man dagegen tun kann.
7. Support Groups und andere Angebote sollten erwähnt bzw. vermittelt werden.
8. Wichtig ist der Hinweis, dass der Patient sofort kommen kann und soll, wenn es Probleme mit der HAART gibt – lieber gemeinsam ändern als den Patienten zu Hause werkeln lassen.
9. Der Patient sollte wissen, dass die Therapie auf keinen Fall partiell reduziert werden darf („Die großen Pillen habe ich dann den letzten Monat weggelassen . . .“).



**PRAXIS-  
ÜBUNGEN**



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

10. Das Ausstellen von Rezepten sollte notiert werden, damit die Einnahme wenigstens grob überprüft werden kann. Falls Unregelmäßigkeiten auffallen, sollten diese offen angesprochen werden.
11. Gerade am Anfang, wenn die Viruslast sinkt und die T-Helfer-Zellen steigen, sollte dem Patienten der Erfolg mitgeteilt werden.
12. Psychische Beeinträchtigungen und Störungen müssen behandelt werden.



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
 Körperliche Erkrankungen  
 kompakt**  
 ISBN 978-3-621-27754-9

## Rheumatische Erkrankungen und chronische Schmerzen

### Fallgeschichte

Herr M. ist ein 53-jähriger Angestellter, der seit Jahren an Schmerzen in den Füßen litt. Anfangen hatte es mit Morgensteifigkeit und Schwellungen in den Grundgelenken der Zehen an beiden Füßen. Schließlich zeigten sich ähnliche Symptome in seinen Händen. Umfangreiche diagnostische Untersuchungen bestätigten die Verdachtsdiagnose des Hausarztes auf rheumatoide Arthritis. Herr M. raucht eine Schachtel Zigaretten am Tag und „kommt leicht außer Puste“. Trotz mehrerer Kuraufenthalte und medikamentöser Behandlung mit nichtsteroidalen Antirheumatika hat sich sein Zustand über die letzten Jahre verschlechtert. Selbst einfache Verrichtungen im Haushalt vermeidet er, „aus Angst vor Schmerzen“. Die Schmerzen beschreibt er als „ziehend, stechend und reißend“. Er fehlte oft bei der Arbeit und hat deswegen Angst, seine Stelle als Kraftfahrzeugmechaniker zu verlieren. Obwohl er sich als sehr gesellig beschreibt, hat sich Herr M. inzwischen von allen sozialen Aktivitäten zurückgezogen. Das ganze Leben der Familie kreist um seine Schmerzen. Die Beziehung zu seiner Partnerin ist durch seine häufige Gereiztheit und depressive Verstimmung schwer beeinträchtigt. Zusätzlich zu seiner rheumatischen Erkrankung hat der Hausarzt bei Herrn M. einen behandlungsbedürftigen Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte festgestellt.

**Derzeitige Beschwerden.** Herr M. wird vom Hausarzt an die psychotherapeutische Praxis überwiesen, weil er mit der mangelnden Kooperationsbereitschaft des Patienten nicht mehr zurechtkommt. Herr M. ist ärgerlich und deprimiert, weil trotz aller Behandlungsversuche seine Erwartungen an ein schmerz- und beschwerdefreies Leben nicht erfüllt wurden. Er ist oft müde und abgeschlagen und klagt über ein ständiges Krankheitsgefühl.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Die psychologischen Fragebögen zeigen eine deutlich erhöhte Schmerzintensität und eine starke Beeinträchtigung durch den Schmerz. Dazu kommen erhöhte Werte in der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) auf der Skala „Depression“. Im strukturierten klinischen Interview (DIPS) zeigt sich, dass Herr M. derzeit die DSM-IV-Kriterien für eine affektive Störung (Dysthyme Störung) erfüllt. Er macht im Erstgespräch einen gereizten und deprimierten Eindruck. Häufig äußert er die Meinung, dass ihm doch nicht zu helfen sei.

### Fragen und Übungen

- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind in der gegebenen Situation vorrangig? Sind es die Schmerzen, das Gesundheitsverhalten oder die depressive Verstimmung? Wie würden Sie vorgehen?
- ▶ Welche Interventionen sind geeignet, um Herrn M. bei einer besseren Bewältigung seiner Schmerzen zu unterstützen? Begründen Sie Ihr Vorgehen!
- ▶ Entwerfen Sie einen Behandlungsplan für die Steigerung der körperlichen Aktivität und der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens!



## PRAXIS- ÜBUNGEN



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

### Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

**Differenzielle Schmerztherapie-Indikation.** Operantes Training ist indiziert bei

- ▶ ausgeprägtem Schmerzverhalten,
- ▶ geringer körperlicher Aktivität,
- ▶ identifizierbarem Schmerzverstärker,
- ▶ Kooperationsbereitschaft des Partners.

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Schmerzbewältigungstraining und Biofeedback sind indiziert bei

- ▶ hilfloser Einstellung zum Schmerz,
- ▶ hoher Belastung,
- ▶ hoher muskulärer Reaktionsbereitschaft,
- ▶ depressiver Verstimmung.

**Hypnose und Entspannungstechniken.** Diese Verfahren werden verwendet, um akute Stressreaktionen zu behandeln und das Erregungsniveau bei sehr aufgeregten und ängstlichen Patienten zu senken. Ein Verfahren, das für Patienten schnell zu erlernen ist, ist die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson. Mit diesem Verfahren wird die Arm-, Bein-, Rumpf- und Gesichtsmuskulatur zuerst angespannt und diese Anspannung schließlich langsam gelöst. Dadurch entsteht schnell und zuverlässig ein tiefes Gefühl der Entspannung. Als erfolgreich hat sich die Kombination von Progressiver Muskelrelaxation und autosuggestiven Verfahren herausgestellt. Bei diesen Hypnoseverfahren werden Gefühle der Geborgenheit und Sicherheit durch selbst gewählte Bilder und Vorstellungen vermittelt. Dieses Vorgehen hat sich besonders bewährt, wenn der Patient lernt, sich gezielt in Belastungssituationen auf diese Weise zu entspannen.

**Kognitive Verhaltenstherapie in der Schmerztherapie.** Beispiele für Bewältigungsstrategien sind:

- ▶ die Wahrnehmung auf Umweltmerkmale lenken (Gegenstände im Zimmer, Tapete etc.)
- ▶ die Wahrnehmung auf verschiedene Gedanken lenken (eine Liste mit zu erledigenden Aufgaben erstellen)
- ▶ die Wahrnehmung auf einen bestimmten Körperteil lenken
- ▶ Imagination schöner Situationen (z. B. am Strand oder auf einer Wiese liegen)
- ▶ imaginative Schmerztransformation (man stellt sich vor, man hat einen Körper aus Gummi, der keine Schmerzen empfindet)
- ▶ imaginative Transformation des Kontexts (man stellt sich vor, man wäre bei einem Ballspiel verletzt worden und spiele trotzdem weiter)



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

## Neurologische Erkrankungen

### Fallgeschichte

Herr V. ist ein 52-jähriger, verheirateter Polizeibeamter, der vor sechs Jahren einen Schlaganfall erlitt (diffuse Einblutung im linken Basalganglienbereich). Anlass für den Schlaganfall war eine hypertensive Krise, die durch eine Bluthochdruckkrankheit ausgelöst wurde. Der Bluthochdruck war in der Vorgeschichte bekannt und behandelt worden, der Patient war bei der Einnahme der verschriebenen Medikamente jedoch wenig kooperativ. Nach erfolgreicher intensivmedizinischer Behandlung und den anschließenden rehabilitativen Maßnahmen in einer Fachklinik erholte sich Herr V. rasch. Zurück blieb jedoch eine Hemiparese der rechten Körperseite. Herr V. kann nur sehr langsam und mit Hilfe gehen, der Gebrauch des rechten Arms ist stark eingeschränkt. Auch die Sprachmotorik ist betroffen. Nachdem Herr V. aus der Rehabilitation entlassen worden war, wurden ambulante Therapiemaßnahmen (Physiotherapie, Logopädie) eingeleitet, die aber nach wenigen Monaten wegen mangelnder Kooperationsbereitschaft des Patienten abgebrochen wurden. Ein Jahr nach dem Schlaganfall wurde Herr V. frühberentet.

**Derzeitige Beschwerden.** Herr V. wird von der Hausärztin an die psychotherapeutische Praxis überwiesen, weil sie mit der mangelnden Kooperationsbereitschaft des Patienten nicht mehr zurechtkommt. Die Beeinträchtigung seiner psychischen Verfassung hat sich in den letzten Jahren äußerst negativ auf seine Therapieadhärenz ausgewirkt, mit den zu erwartenden Konsequenzen der unregelmäßigen Medikamenteneinnahme, des Abbruchs physiotherapeutischer Maßnahmen und der Verschlechterung der neuromotorischen Kontrolle. Die rechtsseitige Hemiparese ist jetzt deutlicher ausgeprägt, als dies in der ersten Zeit nach den Rehabilitationsmaßnahmen der Fall war.

Herr V. ist ärgerlich und deprimiert, weil trotz aller Behandlungsversuche seine Erwartungen an eine Besserung seines Zustands nicht erfüllt wurden. Er ist oft müde und antriebslos, steht in der Regel erst mittags auf und sitzt dann stundenlang vor dem Fernseher. Aus dem Haus geht er kaum noch. Die Beziehung zu seiner Frau ist schwer belastet. Sie wirft ihm vor, „sich hängen zu lassen“. Insgesamt macht Herr V. einen stark depressiven und antriebsarmen Eindruck.

**Klinisch-psychologische Diagnostik.** Die neuropsychologische Diagnostik ergibt keinerlei auffällige Werte bei Intelligenz oder allgemeiner Gedächtnisleistung (HAWIE-R). Eingeschränkt sind jedoch die Daueraufmerksamkeit (TAP) und die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen (Wechsler Gedächtnis Test). Im strukturierten klinischen Interview (DIPS) zeigt sich, dass Herr V. derzeit die DSM-IV-Kriterien für eine affektive Störung (Major Depression) erfüllt. Er bricht häufig in Tränen aus und wirkt insgesamt äußerst affektlabil. Bei der Begrüßung und beim Abschied gibt er die linke Hand.

### Fragen und Übungen

- ▶ Welche therapeutischen Ziele sind in der gegebenen Situation vorrangig? Ist es die Depression, ein eventuell gelernter Nichtgebrauch oder die mangelnde Therapieadhärenz? Wie würden Sie vorgehen?
- ▶ Welche Interventionen sind geeignet, um Herrn V. bei einer besseren Bewältigung seiner depressiven Beschwerden zu unterstützen? Begründen Sie Ihr Vorgehen!
- ▶ In welchem Rahmen wäre ein Bewegungsinduktionstraining möglich? Entwerfen Sie einen Behandlungsplan für die Steigerung der körperlichen Aktivität und der Verbesserung der neuromotorischen Kontrolle!



## PRAXIS- ÜBUNGEN



Claus Vögele  
**Klinische Psychologie:  
Körperliche Erkrankungen  
kompakt**  
ISBN 978-3-621-27754-9

### Vorschläge und Anregungen zum therapeutischen Vorgehen

**Restitution.** Unter Restitution versteht man die vollständige Wiederherstellung eines gesunden Ausgangszustands. Dies bedeutet, dass die durch die Erkrankung eingeschränkten oder verlorenen kognitiven, motorischen oder sensorischen Funktionen weitgehend oder vollständig wiedererlangt werden. Dies kann spontan erfolgen oder durch spezielle therapeutische Maßnahmen gestützt werden. Die physiologische Grundlage ist die neuronale Plastizität, d.h. die Fähigkeit des Gehirns, sich selbst neu zu organisieren, um verlorene Funktionen wiederzuerlangen.

Restitutionsmaßnahmen beruhen auf der Stimulation der betroffenen Bereiche (kognitiv, sensorisch, motorisch), um so zu einer Reaktivierung der synaptischen Verbindungen des geschädigten neuronalen Netzwerks beizutragen. Der Erfolg einer solchen Maßnahme ist an gewisse Voraussetzungen gebunden:

- ▶ Die Stimulation ist störungsspezifisch.
- ▶ Die Stimulation erfolgt mit ausreichender Intensität und Frequenz.
- ▶ Ein Teil der Neurone im geschädigten Bereich hat überlebt.
- ▶ Die Erkrankung schreitet nicht fort.

Eine Form der Restitutionsmaßnahme ist beispielsweise die Fixierung eines gesunden Arms bei gleichzeitigem Training des durch die Erkrankung betroffenen Arms (Bewegungsinduktionstraining). Andere Restitutionsmaßnahmen beziehen sich auf die Stimulation von kognitiven Prozessen (z. B. intensiv und wiederholt durchgeführte Aufmerksamkeits- oder Gedächtnistrainings, mentales Training von Bewegungsabläufen). Wichtig bei der Durchführung ist es, zu beachten, dass eine Reaktivierung gestörter Funktionen nicht immer zu erreichen ist. Wie bei jeder anderen therapeutischen Maßnahme spielen für den Erfolg der Behandlung die Motivation und der emotionale Zustand des Patienten eine bedeutende Rolle.

**Depressionstherapie bei Schlaganfall.** Für die Behandlung von Depressionen bei Schlaganfall eignen sich vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren. Über ihre nachgewiesene Wirksamkeit bei nichtneurologisch Erkrankten hinaus bieten diese Interventionen die Möglichkeit, den kognitiven Anteil und die Verhaltenskomponente der Behandlung den Erfordernissen des Patienten anzupassen. Dies ist wichtig, da viele Patienten aufgrund ihrer neurologischen Erkrankung kognitive Einschränkungen haben, die es ihnen schwer machen, beispielsweise die Konzentrationsleistung aufzubringen, die in einer einstündigen kognitiven Therapie erforderlich ist. Empfehlenswert ist daher, die Therapiesitzungen kurz zu gestalten und dabei den Schwerpunkt der Therapie auf den Aktivitätsaufbau zu legen. Dazu gehören:

- ▶ Erfassen von Ereignissen und Aktivitäten, die Verstärkerwert haben (z. B. durch Ausfüllen eines Stimmungs- und Handlungstagebuchs)
- ▶ Erkennen der wechselseitigen Beeinflussung von Aktivität und Befinden
- ▶ geplantes und abgestuftes Heranführen an angenehme Aktivitäten
- ▶ Identifikation und Kontrolle depressionsfördernder Verhaltensweisen
- ▶ Vermittlung von Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung eines ausgeglichenen Aktivitätsniveaus