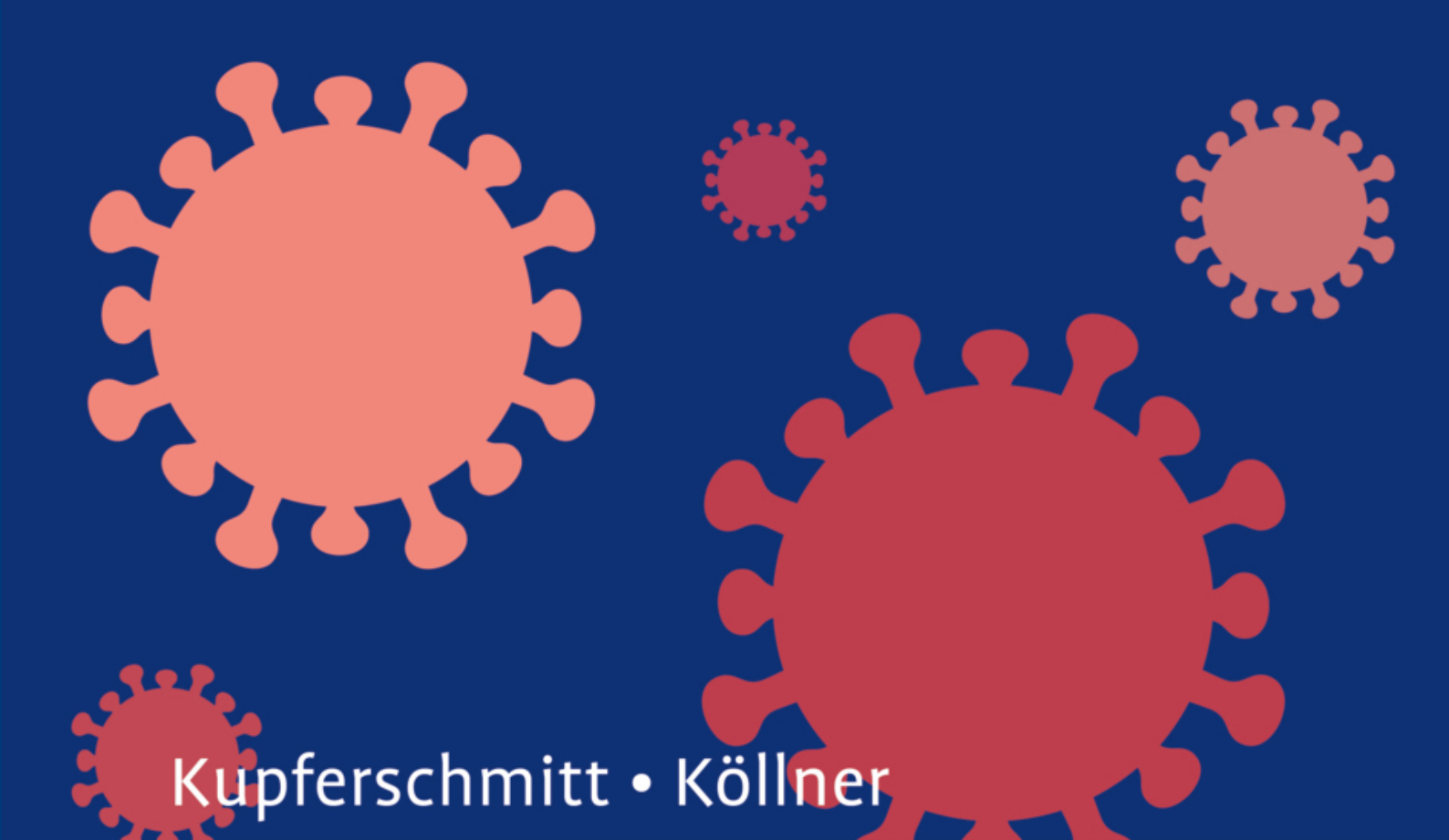




Kupferschmitt • Köllner

THERAPIE-TOOLS



Virusfolgeerkrankungen und Post-COVID



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dr. Alexa Alica Kupferschmitt
Reha-Zentrum Seehof
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
alexa.kupferschmitt@charite.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
volker.koellner@drv-bund.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29226-9 Print
ISBN 978-3-621-29227-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026
© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

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

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
Einführung	10
1 Therapeutische Grundhaltung	13
2 Diagnostik	25
3 Krankheitsverhalten	55
4 Die frustrierende Suche nach Erklärungen – Erwartungen an die Therapie und Behandlungsziele	75
5 Erklärungsansätze	83
6 Symptommanagement	106
7 Lebens- und Kommunikationsprobleme im Zusammenhang mit der Symptomatik	129
8 Selbstbild, Selbstwert, Rollen und Ressourcenfindung	143
9 Kommunikation mit Angehörigen	165
10 Kommunikation mit Behandler:innen und Arbeitgeber:innen	175
11 Social Media und Versprechen alternativer Behandlungsmöglichkeiten	190
12 Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe	197
Literatur	214
Bildnachweis	217

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Therapeutische Grundhaltung

INFO 1	In welchen Konstellationen kommen Behandler:innen mit Virusfolgeerkrankungen bzw. dem Post-COVID-19-Syndrom in Kontakt?	14
INFO 2	Therapeutische Aufgabe und therapeutische Haltung bei Virusfolgeerkrankungen	15
INFO 3	Mögliche Komplikationen im Erstkontakt und Tipps im Umgang	17
INFO 4	Erstkontakt mit verschiedenen Patiententypen	20

2 Diagnostik

INFO 5	Was sind Virusfolgeerkrankungen? Was ist das Post-COVID-19- Syndrom (PCS) und was ist ME/CFS?	27
AB 1	Symptomatik-Leitfaden für das Erstgespräch	30
AB 2	PEM-Screening	36
AB 3	Munich Berlin Symptom Questionnaire (MBSQ) – Anamnesebogen Myalgische Enzephalomyelitis/ Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS)	38
AB 4	Kanadische Konsensuskriterien (CCC)	43
AB 5	Symptomatik	47
AB 6	Anamnese-Leitfaden zur Exploration der Biografie und der aktuellen Lebenssituation	48
AB 7	Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen	50
AB 8	Bell-Score	54

3 Krankheitsverhalten

INFO 6	Krankheitsverhalten	57
AB 9	Interviewleitfaden zum Krankheitsverhalten	60
AB 10	Avoidance-Endurance-Fragebogen (AEQ)	65
INFO 7	Schonverhalten und Durchhaltungsmuster	71
AB 11	Schonverhalten	72
AB 12	Schonverhalten reduzieren, Überlastung vermeiden	74

4 Die frustrierende Suche nach Erklärungen – Erwartungen an die Therapie und Behandlungsziele

INFO 8	Suche nach Erklärungen	77
AB 13	Hoffnung auf die Körpermedizin	80
AB 14	Erwartungsklä rung und Zieldefinition	82

5 Erklärungsansätze

INFO 9	Übersicht über somatische Erklärungsansätze	85
INFO 10	Multifaktorielles Erklärungsmodell	90
AB 15	Die Rolle von Angst, Vermeidung und Depression	96
AB 16	Welche Symptome der Depression habe ich?	99
INFO 11	Durchhalte- und Vermeidungsstrategien – das Avoidance-Endurance-Modell	101

AB 17	Trauer – ein natürlicher Prozess bei chronischer Krankheit	102
AB 18	Akzeptanz	104

6 Symptommanagement

INFO 12	Was ist Pacing?	108
AB 19	Pacing-Ziele	111
AB 20	Das richtige Maß finden: Überlastung erkennen	112
AB 21	Wochenprotokoll Energiemanagement	114
AB 22	Zehn Faktoren des Problems	116
AB 23	Stressverschärfende Gedanken und Bewertungen	118
AB 24	Kritische Bereiche erkennen	123
AB 25	Energieräuber	124
AB 26	Prioritäten setzen	127

7 Lebens- und Kommunikationsprobleme im Zusammenhang mit der Symptomatik

INFO 13	Wie leicht Missverständnisse entstehen – Kommunikationsquadrat	130
INFO 14	Selbstbehauptung und aktives Zuhören	132
INFO 15	Richtig zuhören	134
AB 27	SEW-Methode	135
AB 28	Rollenverständnis: Aufgabenverteilung	137
AB 29	Konfliktbewältigung	138
INFO 16	Wie man sich eine Auszeit nimmt	141

8 Selbstbild, Selbstwert, Rollen und Ressourcenfindung

AB 30	Selbstwert und Selbstwirksamkeit	145
AB 31	Selbstwert und innerer Dialog	149
AB 32	Chronische Krankheit – zwangsweise ausgebremst	151
AB 33	Gefühlsampel	153
AB 34	Ressourcen	163

9 Kommunikation mit Angehörigen

AB 35	Wie wäre es, selbst betroffen zu sein?	166
AB 36	Wie wäre es, wenn nicht ich, sondern mein liebster Mensch betroffen wäre?	168
INFO 17	Symptome des Post-COVID-Syndroms / Virusfolgeerkrankungen und Auswirkungen auf den Alltag	170
INFO 18	Mögliche Ursachen und Verlauf des Post-COVID-Syndroms	172
INFO 19	Welche Therapieoptionen gibt es und wie kann ich als Angehöriger helfen?	173

10 Kommunikation mit Behandler:innen und Arbeitgeber:innen

AB 37	Kommunikation mit Ärzten / Ärztinnen	177
INFO 20	Welcher Arzt / welche Ärztin passt zu mir?	179
INFO 21	Sätze, die hängen bleiben	181
INFO 22	Aktives Problemlösen	184
INFO 23	Wenn ich nicht mehr arbeiten kann	186
AB 38	Rentenbegehren	188

11 Social Media und Versprechen alternativer Behandlungsmöglichkeiten

INFO 24	Gesund überleben im Zeitalter von Social Media – zum Umgang mit alternativen Behandlungsmöglichkeiten	191
AB 39	Alternative Behandlungsmöglichkeiten	193
AB 40	Wo finde ich im Internet zuverlässige Informationen über meine Erkrankung?	195

12 Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe

INFO 25	Selbstmanagement	198
AB 41	Selbstfürsorge	199
AB 42	Was, wenn einiges wirklich nicht mehr geht?	203
AB 43	Werte	205
AB 44	Waage-Modell	208
AB 45	Trick-Kiste	210

Vorwort

Virusfolgeerkrankungen sind nach der Corona-Pandemie durch das nachfolgende Post-COVID-Syndrom verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gekommen. Es gab sie jedoch auch schon vorher als Folge einer Infektion mit dem Epstein-Barr- oder dem Grippe-Virus. Das häufigste Symptom ist ein Chronisches-Fatigue-Syndrom, relevant sind aber auch kognitive Beeinträchtigungen, chronische Schmerzsyndrome, Kraftlosigkeit, gesteigerte Reizempfindlichkeit sowie Atem- und Herz-Kreislaufbeschwerden. In seiner schwersten Form als ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches-Fatigue-Syndrom) kann es zur vollständigen Invalidisierung mit einer maximalen Aufmerksamkeitsspanne von nur wenigen Minuten/Tag kommen. Als auslösende und aufrechterhaltende Pathomechanismen werden u. a. Autoimmunreaktionen, Neuroinflammation, Störungen der Gerinnung und des Endothels sowie genetische Faktoren intensiv erforscht. Ein konsistentes Modell, aus dem sich z. B. medikamentöse Behandlungsstrategien ableiten lassen, gibt es aber noch nicht. Auch die namensgebende Myalgische Enzephalomyelitis bei ME/CFS ist mehr Hypothese als gesichertes Wissen.

Eine solche Ausgangslage verführt dazu, eine psychische Genese der Symptome anzunehmen. Das tun wir ausdrücklich nicht. Die wissenschaftlichen Belege sprechen stark für zugrundeliegende somatische Mechanismen. Unsere eigenen Befunde bei Post-COVID-Patient:innen zeigen neurokognitive Störungen, die durch eine Depression oder andere psychogene Mechanismen kaum zu erklären sind. Gleichzeitig gibt es aber auch ernst zu nehmende Theorien über neuropsychologische Mechanismen der Aufrechterhaltung der Symptomatik, wie z. B. Predictive Coding. Zunehmend finden sich Belege, dass Mechanismen der Krankheitsverarbeitung die Symptomschwere und die Chronifizierung beeinflussen. Eine Depression gehört sowohl zu den Risikofaktoren wie zu den Folgeproblemen des Post-COVID-Syndroms. Die Situation ist ähnlich der Psychokardiologie, in der wir schon lange klinisch und wissenschaftlich aktiv sind: Herzinfarkt und Herzinsuffizienz sind zwar somatisch ausgelöste Krankheitsbilder, psychosoziale Mechanismen und Krankheitsbilder wie die Depression gehören aber zu ihren wichtigsten Risikofaktoren, aufrechterhaltenden Bedingungen und Folgeproblemen und sie beeinflussen im Sinne eines biopsychosozialen Modells den Verlauf bis hin zu einer erhöhten Mortalität.

Was sind diese Bedingungen? Und was sind die Aufgaben der Psychotherapie? Verhaltenstherapie kann eine Virusfolgeerkrankung nicht heilen. Sie kann aber die Betroffenen bei der Verarbeitung ihrer Erkrankung unterstützen, ihre Lebensqualität verbessern und Symptome reduzieren, wie z. B. Fatigue. Bei schwer Betroffenen ist v. a. Unterstützung bei der Krankheitsakzeptanz und der Anpassung an die teilweise drastisch verminderten Handlungsspielräume notwendig. Hier sind v. a. Strategien der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) hilfreich. Teilweise halten diese Patient:innen auch keine üblichen 50-Minuten-Sitzungen aus oder können gar nicht in die Praxis kommen, sodass z. B. kürzere Online-Sitzungen notwendig werden. Aktivierende Strategien kommen hier schnell an ihre Grenzen oder überfordern die Patient:innen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, das Phänomen der vorzeitigen Erschöpfbarkeit im Sinne einer Post-Exertionellen Malaise (PEM) rechtzeitig zu erkennen und den Therapieplan entsprechend zu gestalten.

Bisher sind die Versorgungsstrukturen für diese Patientengruppe defizitär, auch in der Psychotherapie. Das Ziel dieses Buches ist daher, Ihnen die notwendigen Informationen und Materialien für die Diagnostik und Therapie an die Hand zu geben und Sie zu ermutigen, auch Patient:innen mit Virusfolgeerkrankungen zu behandeln. In unserer Klinik erleben wir es immer wieder, dass Patient:innen mit anderen Diagnosen zu uns kommen und wir erst hier feststellen, dass es sich um eine Virusfolgeerkrankung handelt, und die Behandlungsstrategie entsprechend anpassen können.

Bedanken möchten wir uns vor allem bei unseren Patientinnen und Patienten, mit denen gemeinsam wir in den letzten Jahren viel über Virusfolgeerkrankungen lernen konnten.

Teltow, im Winter 2025

Alexa Kupferschmitt und Volker Köllner

Einführung

Im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie erkrankten in Deutschland 39.056.722 Menschen an COVID-19, wobei ca. 10% nach Ausheilen der Akutinfektion unter anhaltenden körperlichen, kognitiven und psychischen Beschwerden leiden. Lagen diese Beschwerden vor COVID-19 noch nicht vor, sind nicht durch eine andere Grunderkrankung erklärbar, sondern sind mit der SARS-CoV-2-Infektion assoziiert und persistieren mindestens 12 Wochen, so spricht man vom *Post-COVID-19-Syndrom*. Das Symptombild, das sich hauptsächlich durch Fatigue, kognitive Störungen, Schmerzen und Herz-Kreislauf-Beschwerden auszeichnet, muss vom Ausmaß her die tägliche Funktionsfähigkeit im Alltag beeinflussen und zu relevanten Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe führen. Wegen der hohen Zahl Betroffener mit teilweise ausgeprägten – und in ihrem Verlauf noch nicht abschätzbaren – Einschränkungen von Aktivität und Teilhabe stellt das Post-COVID-Syndrom (PCS) eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft dar.

Diese Patientengruppe, welche unter anhaltenden körperlichen Beschwerden ohne organischen Befund leidet, wird bisher leider von unserem Gesundheitssystem nicht gut abgedeckt. Es handelt sich dabei weniger um ein Problem des medizinisch-diagnostischen Angebots, da die betroffenen PCS-Patient:innen mit ihren bis dato medizinisch unerklärten Körperbeschwerden sehr viel Diagnostik erhalten – zum Teil eher sogar zu viel Diagnostik – und sich selbst experimentellen Behandlungen unterziehen (z. B. Blutwäschen, Nahrungsergänzungsmittel, Cortison-Stoß-Therapien, HBO), die ihnen jedoch langfristig nicht weiterhelfen. Die Kranken- und Behandlungsvorgeschichte, die viele PCS-Patient:innen berichten, besteht meist aus einem »Nicht-mehr-auf-die-Beine-Kommen nach einem eher harmlosen COVID-19-Verlauf« und diversen Besuchen bei Hausärzt:innen und / oder vielen verschiedenen medizinischen Spezialist:innen, ohne dass diese eine somatische Ursachen finden können oder sich eine Linderung der Beschwerden durch ein konkretes Behandlungsangebot realisieren lässt. Viele Betroffene sind mit »überfordert« und »ratlos« wirkenden Ärzt:innen konfrontiert, die mit »Geduld, das braucht einfach Zeit« beruhigen wollen. Die Patient:innen suchen jedoch weiterhin nach der Ursache und dem »wahren« Behandlungsansatz für die Symptome und diese beharrliche (und auch durchaus nachvollziehbare) verzweifelte Suche wird meist sowohl aufseiten der Betroffenen als auch auf der Seite der behandelnden Ärzt:innen als sehr frustrierend erlebt.

Nach aktuellen evidenzbasierten Behandlungsleitlinien (Gogoll et al., 2023; Koczulla et al., 2022) stellen psychotherapeutische – insbesondere kognitiv verhaltenstherapeutische – Behandlungsansätze neben einem spezifischen Bewegungsprogramm einen sehr wichtigen Bestandteil des interdisziplinären Behandlungskonzepts für diese Patient:innen dar. Meist haben PCS-Betroffene zu Beginn ihrer Krankheitsgeschichte eher negative Erfahrungen mit Bagatellisierung oder Psychologisierung ihrer Beschwerden gemacht, was sie tendenziell skeptisch gegenüber einer psychotherapeutischen Begleitung sein lässt. Die Zuweisung zu einer psychotherapeutischen Behandlung wird dann von Patient:innen häufig als eine Art »Abschiebung« als ein Fall empfunden, bei dem man nicht mehr weiterweiß.

Dieses Buch ist für erfahrene und sich in Ausbildung befindliche Psychologische sowie Ärztliche Psychotherapeut:innen geschrieben, die mit diesem herausfordernden – im Lauf der Behandlung aber sehr dankbaren und psychischen Aspekten durchaus zugänglichen – Patientenklintel arbeiten möchten. Es baut auf einer langjährigen Behandlungserfahrung der Autor:innen mit Post-COVID-Patient:innen im stationären Setting sowie der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem PCS im Rehabilitationskontext auf. Zudem ist dieses Buch aus dem Diskurs mit den Patient:innen über ihre Erfahrungen und »das, was hilfreich war« gewachsen.

Der therapeutische Schwerpunkt dieses Buches liegt auf der Kognitiven Verhaltenstherapie, da diese nach dem aktuellen Forschungsstand die am besten untersuchte Therapieform für Patient:innen ist,

die unter multiplen körperlichen Symptomen leiden (AWMF, 2012; Schröder et al., 2013) und für die auch beim PCS bereits Evidenz vorliegt (Kuut et al., 2023; Zeraatkar et al., 2024, 2025).

Die Inhalte dieses Buches beziehen sich primär auf PCS-Patient:innen, sind aber auch auf andere Virusfolgeerkrankungen anwendbar. Das globale Ausmaß der Corona-Pandemie hat eine bisher noch nie da gewesene Anzahl an Betroffenen von Virusfolgeerkrankungen zur Folge, was einen großen Innovationsschub auch für die Erforschung und Therapie von Virusfolgeerkrankungen insgesamt gebracht hat.

Handhabung und Aufbau des Buches

Dieses Buch ist ein Werkzeugkasten, aus dem Sie sich als Therapeut:in bedienen können. Empfehlenswert ist, dass Sie sich zunächst jenen Kapiteln widmen, die Ihnen dabei helfen, ein Grundverständnis für die Problematik der Virusfolgeerkrankungen zu entwickeln (Kap. 2, 5). Ferner werden in diesem Buch vielfältige Fertigkeiten vorgestellt, die im Umgang mit Virusfolgeerkrankungen hilfreich sind. Wählen Sie hier sorgfältig und bedacht jene Materialien aus, die mit Ihrem therapeutischen Vorgehen übereinstimmen und die für Ihre:n Patient:in relevant und passend sind.

■ Wichtig

Arbeiten Sie das Buch *nicht* von vorne bis hinten durch, dies ist weder effizient noch steigert es die Effektivität.

Da jedes Werkzeug Grenzen hat, wählen Sie das zur konkreten, individuellen Aufgabenstellung passende Tool aus. Idealerweise fällt Ihnen ein Werkzeug zügig in den Blick, nachdem Sie die therapeutische Aufgabe verstanden haben – wählen das Werkzeug zur Aufgabe, nicht umgekehrt. Wird Leid mit einem appellativen Hilfesuch herangezogen, sind viele Therapeut:innen verführt, möglichst viele Strategien und Techniken anzubieten – meist auch, um die eigene Unsicherheit und Hilflosigkeit zu kompensieren. Lassen Sie sich von diesem Impuls nicht verführen, machen Sie nicht zu viel! Versuchen Sie nicht, alles gleichzeitig zu machen, da Sie Ihre:n (meist sehr leistungsorientierten und zu Durchhalterverhalten neigenden) Post-COVID-Patient:in sonst sehr wahrscheinlich überfordern werden. Post-COVID-Patient:innen zeichnen sich meist durch ein dysfunktionales Durchhaltmuster aus (Kupferschmitt et al., 2025), was ein entscheidender Faktor zur Aufrechterhaltung der Fatigue-Symptomatik ist. Wählen Sie daher gezielt einzelne Techniken und Übungen aus, auf die Sie sich mit Ihrem/Ihrer Patient:in fokussieren wollen. Diese sollten in den Alltag integriert und regelmäßig geübt werden – es geht um Können, nicht nur um Kennen. Machen Sie aber auch nicht zu wenig! Für Fatigue-Betroffene ist nahezu jede Tätigkeit mit einer großen Anstrengung verbunden. Zudem haben einige Patient:innen die Erfahrung gemacht, dass Aktivität (meist überlastende) eine deutliche Symptomverschlechterung nach sich ziehen kann (Post-Exertionale Malaise, PEM), was sie verständlicherweise sehr zurückhaltend gegenüber Belastungen werden lässt. Das sichere Balancieren zwischen Überlastung und Unterforderung braucht Übung und Zeit, setzt allerdings auch die Konfrontation mit Herausforderungen voraus.

■ Wichtig

Wichtig ist auch zu akzeptieren, dass das PCS mit Psychotherapie nicht heilbar ist. Viele Betroffene wünschen sich, dass möglichst schnell der Zustand von vor der Infektion wieder hergestellt wird und sie ihre frühere Leistungsfähigkeit zu 100% zurückbekommen. Dies ist aktuell aber weder durch Medikamente noch durch Psychotherapie möglich. Trotzdem können wir mit unseren Methoden bei vielen Betroffenen Symptomatik, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität verbessern – es ist wichtig, dass wir hier unsere eigenen Grenzen und die unserer Methoden akzeptieren.

Gliederung des Buches

Das Buch ist in elf Kapitel gegliedert. Im Anschluss an diese Einführung finden Sie zunächst Kapitel 1 »Therapeutische Grundhaltung«, in dem Sie sich als Therapeut:in mit Ihrer therapeutischen Grundhaltung und Rolle in der Begleitung von Patient:innen mit einer Virusfolgeerkrankung auseinandersetzen können. Anschließend finden Sie im Kapitel 2 »Diagnostik« Tools, die Sie zur Diagnostik von Virusfolgeerkrankungen und Komorbidität, zur Erhebung des Verlaufs, biografischen Anamnese und zur Exploration und zur ersten Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverhalten (Kap. 3) einsetzen können. Kapitel 4 »Die frustrierende Suche nach Erklärungen – Erwartungen an die Therapie und Behandlungsziele« bietet Hilfsmittel zur Auseinandersetzung mit den Erwartungen und der Therapie sowie zur Klärung der Behandlungsziele. Im Kapitel 5 »Erklärungsansätze« finden sich Psychoedukation zum multifaktoriellen Erklärungsmodell, der Rolle von Angst, Vermeidung und Depression sowie weitere hilfreiche Konzepte, wie z. B. das Avoidance-Endurance-Modell. Ferner stehen hier Techniken zur Förderung von Akzeptanz zur Verfügung. Kapitel 6 »Symptommanagement« widmet sich mit vielen Arbeitsblättern und Übungen dem Symptommanagement, während in Kapitel 7 »Lebens- und Kommunikationsprobleme im Zusammenhang mit der Symptomatik« Tools zur Arbeit an Basisfertigkeiten zur Verfügung stehen. Kapitel 8 »Selbstbild, Selbstwert, Rollen und Ressourcenfindung« beinhaltet Tools zur Auseinandersetzung mit der eigenen Person im Kontext der Erkrankung. Hier werden neben Tools zum Selbstwert auch Techniken zum Umgang mit Gefühlen und Ressourcenfindung bereitgestellt. Die beiden folgenden Kapitel thematisieren die Kommunikation mit Angehörigen (Kap. 9) und im beruflichen Kontext sowie mit Behandlern bzw. Ärzt:innen (Kap. 10). Kapitel 9 enthält hauptsächlich Psychoedukation für Angehörige als auch konkrete Tipps, wie diese ihre Erkrankten am besten unterstützen können. Kapitel 10 geht zum einen auf häufige Kommunikationsprobleme bzw. kommunikative Missverständnisse zwischen Patient:innen und Behandler:innen ein und stellt zudem Informationsmaterial zur Auseinandersetzung mit einer möglichen Erwerbsunfähigkeit bereit. In Kapitel 11 »Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe« stehen nochmals Tools zum Selbstmanagement, Selbstfürsorge, zur Auseinandersetzung mit zentralen Werten sowie eine »Trick-Kiste« zur Verfügung.

Die Kapitel folgen einem einheitlichen Muster: Zunächst wird mit einem knappen Einleitungstext in das Thema eingeführt, dann folgt eine Auflistung der Arbeits- und Informationsblätter. In einigen Kapiteln sind vermehrt Übungen enthalten, die Patient:innen über geleitetes Entdecken eine Art »Aha-Effekt« vermitteln sollen (z. B. **AB 13** »Hoffnung auf die Körpermedizin«). Da es sich bei Patient:innen mit chronischen Körperbeschwerden meist um eine ambivalente Patientengruppe handelt, ist dies besonders wichtig; die Betroffenen sollen Zusammenhänge ihrer Körperbeschwerden zu psychologischen Prozessen selbst erleben und aus diesem Erleben heraus ihre Schlussfolgerungen ableiten.

Icons. Um sich im Buch schneller zurechtzufinden, werden verschiedene Icons verwendet. An diesen können Sie sofort erfassen, für wen das Arbeits- oder Informationsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen im Buch begegnen:

T Diese Arbeitsmaterialien sind für Therapeut:innen gedacht.

P Diese Arbeitsmaterialien sind für Patient:innen vorgesehen. Sie können außerhalb der Therapie als »Hausaufgabe« durchgeführt werden.

Wenn beide Icons erscheinen, sind die Materialien für Therapeut:innen und Patient:innen oder für Patient:innen und Therapeut:innen, je nach Reihenfolge der Icons, gedacht. Es kann sich hierbei um Informationsblätter handeln oder auch um Arbeitsmaterialien, die von Patient:innen bearbeitet und anschließend gemeinsam mit den Therapeut:innen besprochen werden.

A Dieses Arbeitsmaterial richtet sich an Angehörige und ist zumeist informativ. Die Arbeitsblätter sollen gemeinsam mit den Patient:innen bearbeitet werden.

 Wie sag ich's? Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut:innen.

1 Therapeutische Grundhaltung

Begibt sich eine Person in Therapie, so ist die Konstellation zu Beginn meist so, dass der/ die Hilfesuchende eine Reihe an unangenehmen Erlebnisweisen schildert, für die er/ sie sich von dem/ der Therapeut:in Abhilfe wünscht. Meist hat der/ die Betroffene bereits eine Reihe von Versuchen unternommen, die Beschwerden selbst zu lindern, ist jedoch daran gescheitert. Das Ziel, mit dem Patient:innen dann in eine Therapie kommen, ist meist, einen Zustand von (physischer und körperlicher) Gesundheit wiederzuerlangen bzw. belastende oder unerwünschte (innere) Zustände zu beseitigen. Diesem Ziel wohnt die Ansicht inne, dass gesunde Menschen in der Lage seien, negative Gefühle und Empfindungen zu steuern und »unter Kontrolle« zu bringen. Wenn diese »Kontrollversuche« nicht funktionieren, kommen Patient:innen in die Therapie mit der Vorstellung, sie hätten die falschen Strategien angewandt und könnten nun die »richtigen Techniken« von dem/ der Therapeut:in lernen. Zugleich kommen Patient:innen, die unter chronischen und medizinisch unerklärten körperlichen Beschwerden leiden, meist eher widerwillig und nach einer langen Odyssee frustrierender Behandlungsversuche in Psychotherapie. In ihrer Beschwerdeklage demonstrieren sie häufig ihre Erfahrung, dass nicht nur sie selbst hilflos und erfolglos im Umgang mit den Beschwerden waren, sondern auch, wie hilflos Behandler:innen sind. Insbesondere Patient:innen von Virusfolgeerkrankungen haben meist mehrfach die Erfahrung von hilflosem Schulterzucken oder Bagatellisierung gemacht. Folglich ist die therapeutische Beziehung zu Beginn oft tendenziell konfliktgeladen, da Hilflosigkeit zu (beiderseitigem) Misstrauen und zu Gegenwehr bzw. Aggressivität führt. Aufgrund dessen können Patient:innen mit chronischen, teils unerklärlichen Körperbeschwerden eine therapeutische Herausforderung darstellen, da Therapeut:innen ohne die Erfahrung einer chronischen Beeinträchtigung zunächst meist Schwierigkeiten haben, die Situation der Betroffenen nachzuerleben. Kommen Patient:innen mit chronischen Körperbeschwerden nach langem innerem Sich-Winden dann doch in die Psychotherapie, so haben sie meist andere Vorstellungen davon, wie es ihnen besser gehen könnte, als die Therapeut:innen. Um Schwierigkeiten zu reduzieren, sollten sich daher Therapeut:innen zunächst mit den Hintergründen von Virusfolgeerkrankungen vertraut zu machen.

Informationsmaterial

INFO 1 In welchen Konstellationen kommen Behandler:innen mit Virusfolgeerkrankungen bzw. dem Post-COVID-19-Syndrom in Kontakt?

Dieses Informationsblatt soll einen Überblick über mögliche Behandlungskonstellationen geben, in denen Sie Therapeut:in eines/ einer PCS-Betroffenen werden.

INFO 2 Therapeutische Aufgabe und therapeutische Haltung bei Virusfolgeerkrankungen

Dieses Informationsblatt gibt einen Überblick über Aspekte der therapeutischen Haltung bei PCS, Inhalte der therapeutischen Begleitung und die damit einhergehenden Aufgaben des/ der Therapeut:in.

INFO 3 Mögliche Komplikationen im Erstkontakt und Tipps im Umgang

Patient:innen mit Virusfolgeerkrankungen kommen zurückhaltend in Psychotherapie, tendenziell misstrauisch und fühlen sich fehl am Platz. Dies geschieht möglicherweise aufgrund von Missverständnissen zu den Möglichkeiten der Medizin und von Negativerfahrungen im Vorfeld.

INFO 4 Erstkontakt mit verschiedenen Patiententypen

Auf diesem Informationsblatt werden anhand von vier Prototypen die häufigsten »Fallstricke« in der Interaktion zu Therapiebeginn dargestellt.

In welchen Konstellationen kommen Behandler:innen mit Virusfolgeerkrankungen bzw. dem Post-COVID-19-Syndrom in Kontakt?

- ▶ Sie arbeiten als Psychotherapeut:in in einer Einrichtung, die die Behandlung oder Rehabilitation von Post-COVID-/Virusfolgeerkrankungen explizit anbietet. Hier wenden sich hilfeschuchende Personen an Sie mit der Erwartungshaltung, auf Expert:innen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu stoßen und eine professionelle Behandlung zu erhalten. In dieser Konstellation kommen Patient:innen gezielt mit der Problematik von Virusfolgeerkrankungen und Sie bieten als Behandler:in aktiv Hilfestellung an.
- ▶ Patient:innen, die zur Bewältigung ihrer Virusfolgeerkrankungen psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, stellen sich bei Ihnen vor, obwohl Sie oder Ihre Einrichtung kein explizites Angebot machen. Angesichts der Zahl der Betroffenen und des Mangels an spezifischen Angeboten wird diese Gruppe schnell wachsen.
- ▶ Eine:r Ihrer Patient:innen, der/die sich bis dato mit einer anderen Problematik bei Ihnen in Behandlung befand, erkrankt an einer Virusfolgeerkrankung und Sie stehen nun vor der Herausforderung, Ihre:n Patient:in mit dieser Thematik zu begleiten.
- ▶ Patient:innen suchen bei Ihnen Hilfe, die ihre Krankheitssymptome auf COVID-19 attribuieren. Dies kann vor allem die Patientengruppen der Hypochondrischen oder Somatoformen Störungen betreffen, die ihre wahrgenommenen Beschwerden nun unter anderem aufgrund der erheblichen Medienpräsenz von COVID-19 auf dieses Krankheitsbild attribuieren und so davon ausgehen, an PCS erkrankt zu sein.
- ▶ Umgekehrt ist aber auch die Konstellation möglich, dass ein:e Patient:in z. B. mit der Diagnose Depression zu Ihnen überwiesen wird, bei einer genauen Anamnese zeigt sich aber, dass es sich primär um ein Post-COVID-Syndrom handelt.

Therapeutische Aufgabe und therapeutische Haltung bei Virusfolgeerkrankungen

Ziele und therapeutische Haltung

Als Psychotherapeut:in haben Sie die Möglichkeit, Patient:innen, die an einer Virusfolgeerkrankung wie dem PCS oder CFS erkrankt sind, zu begleiten, um ihnen einen besseren Umgang mit den *Beschwerden, Einschränkungen und Veränderungen der Lebenssituation, der Rollenerfüllung* (meist deutlich eingeschränkt) und des zumeist *erschütterten Selbstbildes und eingebrochenen Selbstwertes* zu ermöglichen. Konkret können hier vier wesentliche Ziele formuliert werden:

- (1) Unterstützung bei einer realistischen Selbstwahrnehmung
- (2) Begleitung bei Akzeptanz und Anpassen an die Veränderung (hier v. a. ACT)
- (3) Optimierung der Krankheitsverarbeitung und damit bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen, aber auch langsame Verbesserung zumindest eines Teils der Symptome
- (4) Behandlung von Komorbidität

■ Wichtig

Viele PCS- oder CFS-Betroffene haben bereits negative Erfahrung mit Bagatellisierung oder Unterstellen einer primär psychischen Ursache ihrer Beschwerden gemacht, was sie meist zu Beginn skeptisch gegenüber einer psychotherapeutischen Begleitung sein lässt. Es ist daher *nicht* hilfreich, ein Konzept der Psychogenese zu vermitteln und zu versuchen, à la Konversionshypothese ungelöste Konflikte unter der PCS- oder CFS-Symptomatik aufzudecken. Setzen Sie vielmehr gedanklich PCS-Betroffene mit Betroffenen anderer somatischer Erkrankungen, z. B. nach einem Herzinfarkt oder einer Krebserkrankung, gleich. Zentrale Aspekte der therapeutischen Haltung sind hier Neugier, Bereitschaft zur interdisziplinären Kooperation und schnelle Integration von Erfolgen auf anderen Gebieten.

■ Merksatz

Psychotherapeut:innen haben die Aufgabe der psychosomatischen Krankheitsbegleitung (analog zu psychokardiologischen Patient:innen) und sollten die PCS-Symptome nicht psychogenetisch betrachten.

Therapeutische Aufgabe und therapeutische Haltung bei Virusfolgeerkrankungen

Woraus besteht die therapeutische Begleitung? – Inhalte und therapeutische Konzepte

Die Therapie bei PCS basiert zunächst auf einer ausführlichen *Psychoedukation* zur Symptomatik und zum multifaktoriellen Modell des PCS. Im Anschluss wird das Ziel der *Krankheitsverarbeitung* durch verschiedene Methoden und Übungen erreicht. Dabei ist von Beginn an die *therapeutische Beziehung* von essenzieller Bedeutung. Zur Etablierung eines stabilen therapeutischen Bündnisses kann eine sehr *ausführliche Anamnese der körperlichen Beschwerden und der funktionellen Einschränkungen* hilfreich sein, wodurch sich die PCS-Patient:innen in ihrem primär somatisch erlebten Leid gesehen und ernst genommen fühlen (s. Exploration und diagnostische Klassifikation).

Zentrale therapeutische Konzepte und Inhalte sind:

- ▶ ACT-basierte Grundhaltung
- ▶ Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitskonzepts
- ▶ Avoidance-Endurance-Modell der Krankheitsverarbeitung
- ▶ Pacing bzw. Energie- und Pausenmanagement
- ▶ Selbstwertregulation unabhängig von Leistung
- ▶ Behandlung psychischer Komorbidität

Aufgabe von Therapeut:innen

Als Therapeut:in knüpfen Sie eng an den Empowerment-Gedanken an mit dem Ziel, Patient:innen zu Expert:innen in eigener Sache zu machen. Dies beinhaltet folgende Aspekte:

- ▶ Aufklärung über Diagnose, Vermittlung möglichst umfassender Informationen zu der Erkrankung, dem Verlauf und den Therapiemöglichkeiten
- ▶ Aufbau eines angemessenen Störungsmodells (Korrektur von nicht selten über soziale Medien vermittelten Fehlinformationen über die Erkrankung und deren Behandlung)
- ▶ Förderung von Krankheitseinsicht, Bereitschaft, sich auf Therapien einzulassen (Compliance / Adhärenz)
- ▶ Sensibilisierung der Körperwahrnehmung mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe (Warnsignale, Überlastungsanzeichen etc. erkennen)
- ▶ Förderung von Selbstmanagementkompetenzen und Unterstützung des Genesungsprozesses
- ▶ selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung (Empowerment) als »Expert:in« der eigenen Erkrankung

Mögliche Komplikationen im Erstkontakt und Tipps im Umgang

Die COVID-19-Pandemie und auch das Post-COVID-Syndrom emotionalisiert den gesellschaftlichen und politischen Diskurs. Noch hitziger erscheint die Debatte um andere Virusfolgeerkrankungen, wie z. B. die Myalgische Enzephalomyelitis / das Chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS). Gleichzeitig scheint dabei die Kenntnis über mögliche Ursachen, Wechselwirkungsprozesse und Interventionsmöglichkeiten gesamtgesellschaftlich unzureichend zu sein. Auch einige Behandler:innen sind hinsichtlich Post-COVID immer noch schlecht informiert, was bei Patient:innen zu Gefühlen von Allein-gelassen-Werden und Ohnmacht angesichts »hilfloser« Behandler:innen führt (Patientenaussage: »Der Arzt wusste auch nicht, wie er mir helfen soll« oder »Mein Hausarzt sagt, Post-COVID gibt es nicht!«).

Patient:innen mit der Schwerpunktsymptomatik Fatigue und kognitiven Störungen erleben, dass sie aufgrund der augenfälligen Symptomüberschneidung mit depressiven Störungen »in die Psychoecke geschoben« werden. Dies führt im therapeutischen Erstkontakt häufig dazu, dass viele Post-COVID-Patient:innen einer psychotherapeutischen Behandlung ambivalent oder gar ablehnend gegenüberstehen. Viele Betroffene einer Virusfolgeerkrankung haben frustrierende Therapieversuche, ratlose Ärzt:innen, Bagatellisierung der Beschwerden und anderes erfahren, was es Ihnen als Therapeut:in erschweren könnte, einfach so »loszulegen«, wie Sie es gewohnt sind. Deshalb ist gleich zu Beginn im Umgang mit Post-COVID-Betroffenen entscheidend, den Betroffenen glaubhaft zu vermitteln, dass Sie als Therapeut:in davon ausgehen, dass es sich beim Post-COVID-Syndrom nicht um ein psychogenes Störungsbild handelt, sondern um eine somatisch ausgelöste Erkrankung, deren Verlauf jedoch erhebliche Auswirkungen auf Lebensqualität, Aktivität und Teilhabe haben kann. Diese Erkrankung wird somit wesentlich durch psychosoziale Faktoren geprägt und ist folglich im Rahmen eines biopsychosozialen Krankheitskonzepts zu verstehen und zu behandeln. (Zur weiteren Auseinandersetzung mit dieser Eingangsproblematik können Sie sich auch mit **AB 2** »PEM-Screening« beschäftigen.)

Psychologisierung. Neben dem »Fallstrick« der Psychologisierung stellt die — trotz oder gerade wegen des intensiven und emotionalisierten gesellschaftlichen und politischen Diskurses zum Post-COVID-Syndrom — mangelhafte Kenntnis über mögliche Ursachen, Wechselwirkungsprozesse und Interventionsmöglichkeiten eine psychoedukative Herausforderung dar. Erschwerend kommt hinzu, dass zu COVID-19 gerade im Internet eine Fülle an Informationen vorliegen, die zum Teil widersprüchlich sind und sehr verunsichernd wirken können, sodass an dieser Stelle Aufklärungsarbeit zu Beginn der Therapie erforderlich ist.

Unzureichende Informiertheit. Neben der Problematik einer unzureichenden Informiertheit fokussieren einige Betroffene ausschließlich somatische Mechanismen als Einflussfaktor der Symptomatik, was teils in den Medien auch so dargestellt wird. Obgleich es keine belastbare Evidenz gibt, bestehen viele Patient:innen mit einem primär somatischen Krankheitsmodell in ihrer Verzweiflung (häufig aus sozialen Medien forciert) auf primär medikamentöse oder interventionelle Ansätze, wie z. B. experimentelle Verfahren wie Apheresen, Hyperbare-Sauerstoff-Therapie oder Kortison-Stoßtherapie. Psychologisch kann dieses Verhalten als Versuch der Wiederherstellung von Kontrolle und Handlungsfähigkeit verstanden werden, was sich auch mit Patientenaussagen deckt: »Wenn es wie bei einem gebrochenen Bein wäre und ich wüsste, dass es nach sechs bis zwölf Wochen Gips und Krücken wieder heil ist, wäre das gut auszuhalten. Doch der fehlende Genesungsplan ist zermürend.«

Mögliche Komplikationen im Erstkontakt und Tipps im Umgang

Bagatellisierung. Nicht selten hören Post-COVID-Betroffene von ihrem Umfeld Aussagen, die relativierend und beruhigend gemeint, jedoch bagatellisierend erlebt werden: »Es sind auch anstrengende Zeiten und man wird nicht jünger, da ist man eben müde und vergisst mal was«, »Wenn ich mich bewegt habe, tun mir auch die Beine weh«. Ferner sind Betroffene mit »Tipps« und gut gemeinten Ratschlägen konfrontiert (»Du musst eben einfach mal einen schönen Urlaub machen, dann erholst du dich schon wieder«, »Jetzt lass dich nicht so hängen, mach was Schönes, dann geht's dir besser«), die jedoch am Kern der Problematik vorbei gehen. Zwar ist »jeder mal erschöpft«, »verlegt auch mal den Schlüssel« oder hat »Muskelkater«, doch sind diese, auch dem gesunden Menschen bekannten Phänomene einer nach Aktivität adäquaten Müdigkeit, einer stressbedingten Vergesslichkeit oder eines Muskelkaters nicht vergleichbar mit dem Symptomausmaß von Post-COVID-Betroffenen. Die bei Post-COVID vorliegende körperliche und/ oder seelisch-geistige Erschöpfung/ Ermüdung bzw. Fatigue ist krankhaft und deutlich unverhältnismäßig zur vorangegangenen Aktivität. Diese vorzeitige oder unangemessene Erschöpfbarkeit kann auch unabhängig von Belastung vorliegen und ist klar von normaler Müdigkeit oder Erschöpfung abzugrenzen. Ebenfalls von einer »normalen Stress-/Altersvergesslichkeit« und einem »normalen Muskelkater« abzugrenzen sind die kognitiven Beschwerden und die Muskelschmerzen. Post-COVID-Patient:innen sind zum Teil nicht in der Lage, einem längeren Gespräch zu folgen, das Gesagte zu verarbeiten und auf abgelegte Gedächtnisinhalte zurückzugreifen, die es für den weiteren Gesprächsverlauf braucht. In Anbetracht der oft erheblichen Ausprägung der Post-COVID-Beschwerden wird deutlich, dass Patient:innen ernst genommen und in ihrer Belastung gesehen werden müssen, bevor überhaupt psychotherapeutisch gearbeitet werden kann. Ferner sind gut gemeinte Ratschläge zurückhaltend zu geben, da diese meist das abdecken, was Post-COVID-Betroffene bereits vergeblich versucht haben (z. B. geduldig sein, sich erholen, sich schonen, über die Symptomatik hinweggehen). So votierte eine Post-COVID-Psychotherapiegruppe »Geduld ist das Unwort des Jahres« und nahm damit Bezug auf die ärztlichen oder therapeutischen Empfehlungen, welche jedoch vielmehr als Zeichen der Ratlosigkeit empfunden wurden.

Wissenslücken kommunizieren. Mit Blick auf die fehlenden kurativen Therapien und noch nicht final geklärte Pathogenese des Post-COVID-Syndroms hat es sich als hilfreich erwiesen, klar und offen die noch bestehenden Wissenslücken zu kommunizieren, statt ausweichend auf »Geduld« zu verweisen oder die Beschwerden zu bagatellisieren. In der Praxis melden Post-COVID-Patient:innen zurück, dass sie es »lieber haben, wenn der Arzt sagt, dass es noch keine spezifische Therapie gibt, er sich aber Mühe geben wird, gemeinsam mit mir meine Beschwerden zu lindern, statt dass er ausweichend etwas von Geduld, Ruhe oder Sich-Zusammenreißen und Aktiv-Werden sagt.«

In der Konfrontation mit einem relativ neuen Krankheitsbild wie dem Post-COVID-Syndrom braucht es von therapeutischer Seite Offenheit gegenüber dem Erleben der Betroffenen sowie die Bereitschaft, sich der Unterstützung chronisch Erkrankter zu widmen, deren Krankheitsdauer und -verlauf noch weitgehend ungeklärt sind.

Mögliche Komplikationen im Erstkontakt und Tipps im Umgang

■ Merksatz

Don'ts

- ▶ bagatellisieren, kleinreden
- ▶ als rein psychologisch erklären wollen
- ▶ eigene Unsicherheit hinter allgemeinen »gut gemeinten Ratschlägen« verstecken

Dos

- ▶ Post-COVID-Patient:innen in ihrem Beschwerdeausmaß ernst nehmen
- ▶ den Unterschied zwischen Psychogenese und Psychosomatik vermitteln
- ▶ deutlich machen, dass davon ausgegangen wird, dass es sich bei Post-COVID nicht um eine psychisch ausgelöste Störung handelt, sondern dass die somatischen Symptome zu psychischen Beschwerden führen können, die wiederum somatisch rückkoppeln (Psychosomatik)
- ▶ Unsicherheiten zugeben und Lücken im Kenntnisstand der Forschung benennen
- ▶ Hoffnung vermitteln, dass Phänomene wie Fatigue bei anderen Störungsbildern bereits lange bekannt und daher auch symptomatisch behandelbar sind
- ▶ bei Wut und Ärger der Patient:innen erkennen, dass diese oft eine Abwehr der eigenen Hilflosigkeit sind – und aus dieser Erkenntnis heraus auch in interaktionell schwierigen Situationen zugewandt und empathisch bleiben

Erstkontakt mit verschiedenen Patiententypen

Obgleich es sich bei Virusfolgeerkrankungen um somatisch ausgelöste Krankheitsbilder handelt, bei denen die Psyche »mitschwingt«, finden sich auffallend oft Problemkonstellationen, wie sie auch aus der Interaktion mit Somatoformen Störungen / somatischen Belastungsstörungen bekannt sind. Diese häufigen Interaktionsmuster bzw. typischen Komplikationstypen werden im Folgenden näher dargestellt (vgl. auch »Therapie-Tools Somatoforme Störungen« von Kleinstäuber et al., 2018):

- (1) der / die absichtslose Patient:in
- (2) der / die arztmüde Patient:in
- (3) der / die veränderungsängstliche Patient:in bzw. Patient:in mit Entlastungswunsch
- (4) der / die Patient:in mit großen Vorwurfs-Ohr

Häufig handelt es sich auch um gemischte Probleme.

(1) Der / Die absichtslose Patient:in: »Ich weiß nicht, was ich in einer Psychotherapie soll«

Phänomen. Bei Patient:innen mit Virusfolgeerkrankungen geschieht es des Öfteren, dass sie von ihren Angehörigen oder Ärzten geschickt werden, da diese »auch nicht mehr weiterwissen«. Die Betroffenen haben jedoch kaum eine Vorstellung davon, wie ihnen eine Psychotherapie weiterhelfen könnte. Neben dem »Ich weiß nicht, was ich in einer Psychotherapie soll« begegnet einem oftmals auch noch die drastischere Haltung »Ich bin hier falsch«.

Erklärung. Versuchen Sie, dieses Verhalten nicht als Feindseligkeit Ihnen oder Ihrer Profession gegenüber zu sehen. In der Regel handelt es sich nicht um Feindseligkeit, sondern um ein Missverständnis: Der / Die Betroffene fühlt sich falsch verstanden, da er / sie wegen eines körperlichen Leids zu einem / einer Expert:in für psychische Probleme geschickt wird. Nachvollziehbarerweise fühlt er / sie sich damit »in die Psychoecke abgeschoben«, »von den somatischen Ärzten im Stich gelassen« und »hier fehl am Platz«. Darüber hinaus hat der / die Betroffene das Gefühl, von anderen nicht ernst genommen zu werden. Viele Menschen haben keine oder durch Klischees oder Spielfilme verzerrte Vorstellungen davon, womit sich Psychotherapeut:innen heutzutage beschäftigen. Die Aussage »Ich bin doch nicht verrückt« fällt in diesem Zusammenhang regelmäßig. So können Betroffene den Rat, sich psychotherapeutische Hilfe zu suchen, so interpretieren, als würden sie für Simulanten gehalten werden oder für jemanden, der oder die sich die körperlichen Beschwerden »einbildet«. Hier können Ansätze oder Techniken aus der Systemischen Therapie oder dem Motivational Interviewing (MI) hilfreich sein.



Vorschlag 1. Erstgesprächsbeginn. »Möglicherweise denken Sie sich: ›Was soll ich denn bei einem Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin? Ich habe eine Virusinfektion gehabt, ich habe doch kein psychisches Problem.‹ Viele Menschen, die mit körperlichen Problemen zu mir kommen, fühlen sich hier erst einmal falsch. Langanhaltende körperliche Beschwerden, wie Sie sie haben, führen allerdings meist zu einer massiven Veränderung der Lebensrealität – das, was einmal wichtig war, geht plötzlich nicht mehr und auch Alltagskleinigkeiten werden zur Herausforderung. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Psychotherapie bei der Krankheitsverarbeitung hilft. Auch kann Psychotherapie helfen, wenn massive Lebensveränderungen das Selbstbild, das bisherige Lebenskonzept und den Selbstwert infrage stellen. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass wir Psychotherapeut:innen oft dazu beitragen können, dass sich Patienten mit körperlichen Beschwerden wieder besser fühlen und mehr am Leben teilnehmen können. In vielen Fällen wirkt sich das auch positiv auf den Verlauf der zugrundeliegenden körperlichen Erkrankung aus. Worum es genau in der Therapie geht, ist sehr individuell, hängt sehr von der Lebensrealität der einzelnen Person ab. Da ich Sie ja noch gar nicht kenne, verstehen Sie bestimmt, dass ich nicht direkt einen ›Plan‹ oder ein ›Erfolgsrezept‹ für Sie habe. Aber vielleicht mögen

Erstkontakt mit verschiedenen Patiententypen

Sie sich darauf einlassen, dass wir uns erst mal ein paar Sitzungen lang besser gegenseitig kennenlernen. Dann bekomme ich eine Idee, was von den Möglichkeiten, die Menschen mit chronischen körperlichen Beschwerden normalerweise helfen, für Sie passen könnte. Und Sie können überlegen, ob die Treffen mit mir für Sie hilfreich sein könnten.«

Vorschlag 2. Erstgesprächsbeginn. »Wessen Idee war es denn, dass Sie zu mir kommen? Was hat diese Person denn auf diese Idee gebracht? Finden Sie diese Idee nur blöd oder könnte auch etwas dran sein? Was müsste hier passieren, dass sich der Besuch doch gelohnt hat?«

(2) Der / Die arztmüde Patient:in: »Sie können mir auch nicht helfen«

Phänomen. Der / Die arztmüde Patient:in ähnelt dem / der absichtslosen Patient:in in vielen Punkten. Diese Betroffenen waren in der Vergangenheit bereits sehr aktiv in der Suche nach einer Lösung und haben häufig Hunderte von Stunden wartend in Arztpraxen gesessen, verschiedenste Medikamente ausprobiert und zimal von Mediziner:innen Sätze gehört wie »Jetzt weiß ich auch nicht mehr, was ich Ihnen noch raten soll«. Sie sind meist in diversen Selbsthilfeforen auf der Suche nach Therapieoptionen, haben erfolglos zahllose Ratschläge von Bekannten ausprobiert und vielleicht sogar drei- bis fünfstelligen Summen für Nahrungsergänzungsmittel, nicht-evidenzbasierte heilpraktische Behandlungsversuche oder experimentelle Heilverfahren ausgegeben.

Erklärung. Nach all diesen Erfahrungen sitzen die Betroffenen nun Ihnen als einem der x-ten Fachmenschen gegenüber, der sich in die lange Liste der frustrierten Therapieversuche einreicht. Die Patient:innen sind meist von Verzweiflung in Resignation gerutscht und wissen nicht, was Sie als Psychotherapeut:in von den vorherigen Expert:innen unterscheiden sollte. In der Regel sitzen sie auch nur bei Ihnen, weil Sie »das Letzte sind, was ich noch nicht ausprobiert habe und wozu mir von den ratlosen Ärzten geraten wurde«. Für den / die arztmüde:n Betroffene:n sind Sie nur eine weitere Person, die versucht, ihnen »Hoffnung zu machen, obwohl Sie auch keine Ahnung haben und wahrscheinlich auch nur Geld verdienen wollen«. Auch diese Betroffenen meinen es nicht böse, sie sind nur frustriert und resigniert.



Vorschlag. »Die Patientinnen mit chronischen körperlichen Beschwerden, die ich bisher kennengelernt habe, sind nach einem ›Ärzte-Marathon‹, dem frustrierenden Versuch, an Studien teilzunehmen und letztendlich der erfolglosen Suche nach Hilfe oft sehr frustriert. Manchmal haben sie die Hoffnung fast aufgegeben, dass ihnen irgendetwas noch helfen könnte. Sie sind wahrscheinlich auch eher skeptisch zu mir gekommen und fragen sich möglicherweise, ob das überhaupt einen Sinn hat.«

»Nach dem, was ich bis jetzt von Ihnen gehört habe, wäre das, was wir hier machen würden, allerdings noch einmal etwas anderes. Ich kann Ihnen zwar keinen Trick oder eine schnelle Lösung anbieten und wahrscheinlich wird es hier auch manchmal ein wenig anstrengend werden, denn ich brauche Sie als offenen und ehrlichen Gesprächspartner, um Ihnen mit Ihren Beschwerden zu helfen. Ich kann Ihre Beschwerden leider auch nicht weghypnotisieren oder so. Psychotherapie kann aber helfen, dass Sie mit der Erkrankung besser klarkommen und Ihre Lebensqualität und oft auch Ihren Handlungsspielraum verbessern können.«