

Kapitel 19

Psychologische Aspekte chronischer Krankheiten

Peter Schulz und Dirk Hellhammer

1 Einleitung

Seit einer Reihe von Jahren befassen sich Psychologen auch mit den psychischen und psychosozialen Aspekten bei chronischen Erkrankungen. Diese Entwicklung wurde durch den wachsenden Bedarf an psychologischen Erkenntnissen und Leistungen in medizinischen Einrichtungen zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation körperlicher Erkrankungen notwendig. Inzwischen hat man erkannt, welche Bedeutung psychische Prozesse für den Verlauf chronischer Erkrankungen haben (Burish & Bradley, 1983).

In diesem Kapitel beschäftigen wir uns mit den psychologischen und psychosozialen Aspekten chronischer Krankheiten. Die Rolle psychosozialer Faktoren bei der *Entstehung* dieser Krankheiten wird in dieser Arbeit nicht thematisiert. Im Mittelpunkt steht vielmehr ihre Bedeutung für den *Verlauf* chronischer Erkrankungen.

2 Beschreibung chronischer Krankheiten

Als chronische Erkrankung werden eine Vielzahl verschiedener Krankheiten mit unterschiedlicher Ätiologie, Symptomatik und Prognose bezeichnet, die sich meist langsam entwickeln, über einen langen Zeitraum andauern, einen unvorhersagbaren Verlauf nehmen (chronisch-progredient, chronisch-rezidivierend, chronisch-stabil) und bei denen eine vollständige Heilung nicht möglich ist (vgl. Beutel, 1988). Zu den häufigsten chronischen Krankheiten unserer Zeit gehören: Kardiovaskuläre Krankheiten, Krebs, chronisches Nierenversagen, Unfallverletzungen, chronischer Kopfschmerz, Erkrankungen des Muskel- und Bindegewebes (rheumatische Erkrankungen), chronische psychiatrische Krankheiten (hauptsächlich Schizophrenien und Depressionen), chronische Erkrankungen der Atemwege, Krankheiten des Magen-Darmtraktes, Diabetes, Leberzirrhose, Multiple Sklerose und nicht zuletzt Suchterkrankungen (Drogensucht, Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeiten). Für das rapide Anwachsen dieser chronischen Erkrankungen werden u. a. die höhere Lebenserwartung, Umweltbelastungen, ungesunder Le-

bensstil und der medizinische Fortschritt verantwortlich gemacht. Im Rahmen dieses Beitrags können wir auf die Beschreibung und Epidemiologie dieser Erkrankungen im einzelnen nicht eingehen. Der interessierte Leser sei auf die Literatur zur Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie verwiesen (z. B. Feist & Brannon, 1988; Beutel, 1988; Miltner, Birbaumer & Gerber, 1986; Zeiner, Bendell & Walker, 1985).

Welches sind nun die besonderen *Merkmale chronischer Erkrankungen*, worin unterscheiden sie sich von anderen Krankheiten?

1. *Ursachen*: Im Unterschied zu Infektionskrankheiten stehen die meisten der o. g. chronischen Erkrankungen in einem engen Zusammenhang mit Lebensstil und Verhalten des Betroffenen (Reinecker, 1987).
2. *Zeitdauer und Vorhersagbarkeit*: Während beispielsweise Infektionskrankheiten akut und schnell ausbrechen, kurz andauern und einen relativ vorhersagbaren Verlauf nehmen, ist für die meisten der o. g. chronischen Krankheiten ein langsamer, latenter und schubweiser Ausbruch charakteristisch (Muskin & Caligor, 1996). Einmal ausgebrochen, dauern sie lange, oft über das gesamte Leben an, wobei ihr Verlauf in den meisten Fällen nicht vorhersagbar ist (Burish & Bradley, 1983).
3. *Behandlungsunsicherheit*: Chronische Krankheiten sind i. d. R. nicht auf einfache, monokausale Einwirkungen attribuierbar. Sie sind multifaktoriell bedingt, ihr Verlauf hängt von einem komplexen Bündel somatischer und psychosozialer Einflußfaktoren ab. Damit sind zielsichere Behandlungsmaßnahmen erschwert und der Erfolg hängt stärker als etwa bei den klassischen Infektionskrankheiten davon ab, ob der Patient sich aktiv an der Behandlung beteiligt.
4. *Nicht-Heilung*: Ein weiteres Merkmal chronischer Krankheiten ist, daß der prämorbid Zustand nicht wieder erreicht wird. Das Ziel der medizinischen Maßnahmen besteht deshalb häufig darin, dem Patienten zu helfen, mit seiner Krankheit zu leben (Muskin & Caligor, 1996).
5. *Kosten*: Die Behandlung chronischer Erkrankungen ist nicht nur von langer Dauer, sondern auch abhängig von einem speziell ausgebildeten Personal und oft teuren medizinischen Apparaten. Dadurch entstehen erhebliche Kosten für die Versorgung chronisch erkrankter Patienten.
6. *Belastung*: Da chronische Krankheiten lange andauern, oft lebensbedrohend sind und ihr Verlauf kaum vorhersagbar ist, stellen sie nicht nur für den Patienten selbst, sondern auch für seine Familie eine erhebliche Belastung dar. Diese Belastung resultiert zum einen aus der ständigen Bedrohung durch die Krankheit und zum anderen aus den erheblichen Einschränkungen, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden.

Die genannten Merkmale lassen bereits die vielfältigen Aspekte und Gemeinsamkeiten chronischer Erkrankungen erkennen. Es sind aber auch Unterschiede hervorzuheben (Newman, 1990): Da die einzelnen Krankheiten mit unterschiedlichen Symptomen verbunden sind, führen sie auch zu unterschiedlichen Restriktionen für die Lebensgestaltung. Manche Krankheiten sind lebensbedrohlich (HIV-Infektion), andere sind dies nicht. Viele Krank-

heiten sind sichtbar (rheumatische Erkrankungen), andere nicht, aber es besteht die Gefahr eines plötzlichen Anfalls mit öffentlicher Beachtung (Diabetes, Epilepsie). Die größten Unterschiede gibt es im Verlauf. Für einige Krankheiten ist ein langsamer, schleichender Beginn mit einer progredienten Verschlechterung, unterbrochen von Remissionsperioden, charakteristisch (z. B. Multiple Sklerose, viele rheumatische Erkrankungen). Andere Krankheiten dagegen beginnen mit einem dramatischen Ereignis, gefolgt von einer langandauernden Erholungsperiode (Herzinfarkt). Wieder andere verlaufen äußerst variabel und kaum vorhersehbar.

3 Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Verlauf chronischer Krankheiten

Es wird inzwischen allgemein anerkannt, daß psychosoziale Faktoren, wie z. B. krankheitsbedingte Belastungen, das Krankheitsverhalten des Patienten, die subjektive Krankheitstheorie, soziale Unterstützung, Verhaltensgewohnheiten und der Lebensstil, den Krankheitsverlauf auch primär körperlicher Erkrankungen beeinflussen (Farrel, 1984; Levy, 1984). In diesem Abschnitt wollen wir den Einfluß, den diese Faktoren auf den Verlauf chronischer Krankheiten haben, diskutieren.

3.1 Psychische Belastungen

Unter dem Begriff psychische Belastung werden alle aversiv erlebten Affektlagen (negative emotionale Befindlichkeiten) zusammengefaßt, die sich bei den Betroffenen selbst oder ihrer sozialen Umwelt indirekt durch die negativen Auswirkungen der Erkrankung ergeben. Dazu gehören z. B. Ängste, depressive Verstimmungen, Selbstwertbeeinträchtigungen, sich einsam, abgelehnt, unverstanden und kritisiert fühlen. Solche Belastungen resultieren aus allen negativen, objektiv feststellbaren Auswirkungen, die chronische Krankheiten für den Patienten selbst und/oder für seine soziale Umwelt haben, wie z. B. krankheitsspezifische Symptome, krankheitsbedingte Einschränkungen der sozialen Kontakte, Verschlechterung der finanziellen Ressourcen, Statusseinbußen, Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs, Trennung von den Angehörigen, verminderte körperliche Leistungsfähigkeit, Veränderungen des Körperbildes, Abhängigkeit von medizinischen Spezialisten u. a. m. (Burish & Lyles, 1983; Weisman, 1986; Meyerowitz, Heinrich & Schag, 1983; Beutel, 1988). Diese Belastungen treten nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch bei den Familienangehörigen und anderen Bezugspersonen auf (Biegel, Sales & Schulz, 1991).

Ob derartige psychische Belastungen krankheitsspezifisch sind, ist beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht abschließend zu beantworten. Übereinstimmend findet man zwar bei fast allen chronischen Erkrankungen eine relativ hohe Prävalenz von Depressionen und Ängsten, wobei das Ausmaß

dieser Befindlichkeitsstörungen nicht so sehr von der Art der Krankheit abhängen soll, sondern von der Dauer und dem Ausmaß der Behinderung sowie der Prognosesicherheit (vgl. dazu Beutel, 1988). Dieses überrascht nicht, gehen doch die verschiedenen Erkrankungen mit ähnlichen Auswirkungen einher. Dennoch ist nicht auszuschließen, daß die o. g. Unterschiede zwischen den einzelnen Krankheiten auch zu krankheitsspezifischen emotionalen Belastungen führen.

Am besten untersucht sind psychische Belastungen bei *Tumorpatienten* (Krüger, 1986; Herschbach & Henrich, 1987; Weisman, 1986; Massie & Shakin, 1993). Nach Herschbach & Henrich (1987) sind die von Tumorpatienten am häufigsten geäußerten Belastungen konkrete, krankheitsspezifische Ängste, die die Patienten über lange Zeit begleiten und die sie nicht angemessen bewältigen können. Als besonders belastend erwiesen sich in ihrer Untersuchung Ängste vor Siechtum, vor dem Fortschreiten der Krankheit, davor, nicht mehr arbeiten zu können, sowie Gefühle der Hilflosigkeit, Einschränkungen des Selbstwertgefühls und Partnerprobleme. Übereinstimmend wird in der Literatur berichtet, daß Partnerschafts- und Sexualprobleme besonders bei Mammakarzinom und Genitalkrebs zunehmen (zusammenfassend Burish & Lyles, 1983). Nach Weisman (1986) werden die sozialen Beziehungen für den Krebskranken unberechenbarer, weil doppeldeutige Signale von den Bezugspersonen ausgehen. Daraus resultieren Unsicherheiten im Umgang mit diesen Personen. Bei Krebspatienten ergeben sich darüber hinaus zusätzliche Belastungen durch die Nebenwirkungen der Chemotherapie. Diese Nebenwirkungen können Angst und Depressionen hervorrufen, die u. U. derart belastend sind, daß auf eine weitere Behandlung verzichtet wird. Übelkeit und Erbrechen werden häufig bereits durch Gedanken und andere Hinweisreize an die Krankheit ausgelöst. Man spricht in diesem Falle von konditionierten im Unterschied zu pharmakologischen Nebenwirkungen (Burish et al., 1987). Besondere Belastungen resultieren aus der operativen Therapie von Tumoren. Ekel und Schamgefühle entstehen, wenn etwa ein künstlicher Darmausgang nach einer Kolektomie gelegt werden muß. In einer Studie von Meyerowitz (1980) erlebten die meisten Patienten in der Folge einer Mastektomie Depressionen, Ängste und Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls. Die Patienten benötigten durchschnittlich ein Jahr, um die psychischen Belastungen, die durch Operationsfolgen hervorgerufen wurden, zu bewältigen. Darüberhinaus berichteten Patientinnen von einem gestörten Körper(Selbst)-Bild und einem Verlust des Interesses an sexuellen Kontakten (30 % der Pbn berichteten von einer Verminderung der Häufigkeit; 27 % von einer geringeren Befriedigung; 62 % von allgemeinen negativen Veränderungen). Diese Störungen der sexuellen Kontakte sind nach Meinung des Autors psychisch bedingt. Er nennt als Ursache die Angst vor Zurückweisung (siehe auch Burish & Lyles, 1983). Belastungen, die durch eine Strahlentherapie hervorgerufen werden, sind weniger gut erforscht. Es zeigte sich jedoch in den wenigen Untersuchungen, daß diese besser als die vorgenannten Therapien zu tolerieren sind, wenn die Patienten sorgfältig auf die Behandlung und die eventuellen Nebenwirkungen vorbereitet werden (Burish & Lyles, 1983).

Beim *Rheumapatienten* stehen Restriktionen der täglichen Aktivitäten und Berufsausübung, motorische Beeinträchtigungen, geringe Vorhersagbarkeit bzw. Kontrollierbarkeit der Krankheit und z. T. erhebliche Schmerzen im Vordergrund. Das führt nach Beutel (1988) zu Gefühlen der Hilflosigkeit, zu erheblichen Ängsten vor zunehmenden Schmerzen bzw. Deformationen, Abhängigkeitsgefühlen, Depressionen und sozialen Belastungen.

Angesichts der zahlreichen Einschränkungen, denen *Dialysepatienten* ausgesetzt sind (lebenslange Abhängigkeit, Nahrungs- und Flüssigkeitseinschränkungen, Beschränkung der Zeit und Mobilität, Beeinträchtigung des Körperbildes) wundert es nicht, wenn die Dialysebehandlung häufig mit Ängsten, Ärger und Depressionen verbunden ist. Desweiteren soll die Suizidrate bei diesen Patienten deutlich erhöht sein (Beutel, 1988). Muthny et al. (1987) fanden in ihrer Untersuchung, daß sich die Dialysepatienten durch ein mögliches Nierenversagen ständig bedroht fühlten. Hinzu kamen ausgeprägte Selbstwertprobleme, psychische Belastungen durch die Beeinträchtigung der Partnerschaft und verschiedene behandlungsspezifische Belastungen (Angst vor Verletzung oder Thrombose der Shunts; Ängste, die aus dem Nichtbefolgen der Behandlungsanweisungen resultieren). Balck (1985) nennt nach Durchsicht der einschlägigen Literatur folgende Belastungen der Dialysepatienten: Latente Todesdrohung, Sexual- und Familienprobleme, Depressionen, Angst, suizidales Verhalten sowie Furcht vor Komplikationen.

Nach Mrazek (1985) besteht die stärkste Belastung der *Herzinfarktpatienten* in der Angst vor einem Reinfarkt, gefolgt von der Sorge, nicht mehr leistungsfähig zu sein. Untersuchungen an männlichen Patienten berichten übereinstimmend von Störungen der Sexualbeziehungen nach einem Herzinfarkt (z. B. Krantz & Deckel, 1983). Diese Störung ist nach Meinung der Autoren primär psychisch bedingt oder durch Beziehungsprobleme hervorgerufen, weniger durch physiologische Faktoren verursacht. Als Gründe für die sexuellen Probleme der Patienten werden Depressionen, die Angst vor einem Reinfarkt, Verhalten der (Ehe)Partnerin und die Angst vor dem Tod genannt.

Soweit die psychischen Belastungen bei einigen chronischen Krankheiten. Es stellt sich nun die Frage, welche Auswirkungen diese Belastungen auf den Krankheitsverlauf haben.

Levy (1984) unterscheidet direkte und indirekte Effekte. Eine *indirekte* Auswirkung liegt vor, wenn z. B. die Angst vor Aufdeckung einer Krankheit dazu führt, daß Untersuchungen zur Früherkennung nicht wahrgenommen werden und die Behandlung dadurch zu spät erfolgt. Bekannt geworden ist das sog. „Delay Phänomen“ (Worden & Weisman, 1975): Patienten, denen die Diagnose Krebs droht, verzögern gelegentlich weitere klärende medizinische Untersuchungen. Mit zunehmender ungenutzt verstreichender Zeit verschlechtert sich aber die Prognose. Nach Rippetoe & Rogers (1987) führen nur 20–25 % der Frauen in den USA eine „Brustkrebs – Selbstuntersuchung“ durch, obwohl auf dieses wichtige Gesundheitsverhalten in den Medien ständig hingewiesen wird.

Als Beispiel für einen *direkten* Effekt der psychischen Belastung auf den Krankheitsverlauf nennt Levy (1984) die Auswirkungen des Gefühls der Hilflosigkeit auf den Verlauf einer Krebserkrankung. Fühlt sich ein Patient hilflos, soll sich die Anzahl von T-Suppressor Zellen erhöhen, wodurch wiederum die Immunkompetenz i. S. eines ungünstigen Einflusses auf das Tumorstadium herabgesetzt wird. Auf die pathogenen Auswirkungen dysphorischer Affekte (Angst, Hilflosigkeit und Depressionen) auf das Tumorstadium haben viele Autoren aufmerksam gemacht (Farrel, 1984; Weisman, 1986; Shekelle et al., 1981; Helmkamp & Paul, 1984).

3.2. Krankheitsbewältigung

Wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt, führen die vielfältigen Folgen chronischer Erkrankungen bei den Betroffenen und deren Angehörigen zu erheblichen psychischen Belastungen. Von daher ist die Frage naheliegend, wie die Kranken mit diesen Belastungen fertig werden. Der Begriff „Krankheitsbewältigung“ beschreibt die Art und Weise, wie sich Patienten an die Krankheit anpassen und wie sie sich mit ihr auseinandersetzen (Burish & Bradley, 1983). Ziel der Bewältigungsanstrengungen ist es, die krankheitsbedingte psychische Belastung zu minimieren (Newman, 1990). Es werden „palliative“ von „instrumentellen“ Bewältigungsstrategien unterschieden (Folkman & Lazarus, 1980). Palliative Bewältigungsstrategien (emotionsregulierendes Coping) beeinflussen die psychische Belastung direkt, indem sie versuchen, z. B. krankheitsbedingte Ängste durch Verleugnung zu reduzieren. Instrumentelle Bewältigungsstrategien (problem-orientiertes Coping) hingegen zielen darauf ab, die Belastungen dadurch zu minimieren, daß die emotionalen Belastungen zugrundeliegenden negativen Auswirkungen der Krankheit gering gehalten werden. Das könnte z. B. gelingen, wenn der Patient die sozialen Kontakte trotz seiner Krankheit aufrechterhält, oder wenn er die Veränderung des Körperbildes durch Prothesen kompensiert. Günstige Bewältigungsstrategien können die Genesung fördern. Als günstig haben sich die folgenden Strategien erwiesen (Muskin & Caligor, 1996): Sich um mehr Informationen über seine Krankheit bemühen, über größere Belastungen mit anderen Menschen sprechen und entschlossenes Handeln auf der Grundlage eines größeren Verständnisses von der Krankheit. Andere Bewältigungsstrategien sind weniger tauglich, um die Genesung zu fördern, wie z. B. das Ausagieren belastender Affekte an Ärzte, Pfleger oder Familienmitglieder.

Im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten ist die *Verleugnung* eine der am meisten untersuchten Bewältigungsstrategien. Es handelt sich hier um eine meist anfängliche Reaktion auf lebensbedrohende Krankheiten. Nach Levine et al. (1987) ist die Verleugnung eine Form der Selbst-Täuschung die eigene Krankheit betreffend. Es werden verschiedene Ausprägungen der Verleugnung unterschieden. Das Spektrum reicht von dem Extrem, daß der Patient leugnet, überhaupt krank zu sein, bis hin zu weniger extremen Formen, wie z. B. dem Unterschätzen der Schwere der Krankheit, dem Nichtwahrnehmen der Auswirkungen der Krankheit auf das tägliche Leben, dem

Misattribuieren der Symptome, dem Ignorieren krankheitsbezogener Informationen, dem Verzicht darauf, krankheitsrelevante Informationen einzuholen u. a. m.. Die negativen Folgen dieses Krankheitsverhaltens bestehen darin, daß die Konsultation eines Arztes verzögert wird, die Behandlungsmaßnahmen nicht befolgt werden und das empfohlene Gesundheitsverhalten (z. B. mehr Bewegung oder weniger Rauchen) nicht ausgeführt wird. Die positive Seite der Verleugnung besteht darin, daß krankheitsbedingte psychische Belastungen reduziert werden. Umfangreiche Untersuchungen zu dieser Bewältigungsform zeigen, daß die Verleugnung während der Akutphase einer Krankheit sinnvoll und adaptiv ist, jedoch den Krankheitsverlauf dann ungünstig beeinflusst, wenn sie langfristig eingesetzt wird (Halhuber, 1985). Für Herzinfarktpatienten konnte dieser Zusammenhang empirisch gut belegt werden (Levine et al., 1987). Am Beispiel der Verleugnung zeigt sich, daß die gleichen Copingstrategien in ihren Auswirkungen jeweils anders sein können, und zwar in Abhängigkeit davon, in welcher Phase des Krankheitsprozesses sie zum Einsatz kommen und welche Belastung zu bewältigen ist.

In ihrer Studie zur Krankheitsbewältigung bei Krebspatienten fanden Herschbach & Henrich (1987) zwei andere häufig eingesetzte Strategien, die von den Patienten als sehr nützlich bezeichnet wurden: (1) Die eigene Situation zu relativieren und aufzuwerten („Ich sage mir, daß es andere Menschen gibt, denen es noch schlechter geht“) und (2) kognitive Ablenkung. Nach den Ergebnissen von Filipp (1987) steht die Bewältigungsform „Bagatellisierung“ (gemeint sind krankheitsbezogene selbstbeschwichtigende Gedanken, wie z. B. „Es wird schon wieder aufwärts gehen“) in einem engen Zusammenhang mit dem Befinden des Patienten. Je stärker das Bagatellisieren, desto besser ging es den Krebspatienten.

Phasenmodelle der gelungenen Anpassung an chronische Krankheiten finden sich in der Literatur häufig (Krüger, 1986; Turk, 1979; Peterson, 1986). Es handelt sich hier um Modelle, die den Prozeß der Krankheitsverarbeitung idealtypisch beschreiben. Diese Modelle beanspruchen allgemeine Gültigkeit, d. h. sie sollen für viele unterschiedliche körperliche Krankheiten gelten. Obgleich verschiedene Modelle existieren, sind sie doch alle sehr ähnlich. Aus der Vielzahl der Modelle soll hier das von Krüger (1986) kurz dargestellt werden.

Die *Schockphase* stellt die initiale Reaktion auf den Ausbruch der Krankheit dar. Sie dauert manchmal nur kurze Momente, höchstens aber ein paar Tage. In dieser Phase ist der Patient nicht in der Lage, die Schwere der Krankheit oder Verletzung zu erfassen.

Es folgt die *Phase der Verleugnung*. Die Verleugnung erlaubt es dem Patienten, zunächst so zu tun, als wäre nichts geschehen.

Der Phase der Verleugnung folgt die *depressive Phase*. Die therapeutischen Anstrengungen konfrontieren den Patienten irgendwann mit der Realität der Krankheit, manchmal auch damit, einen irreversiblen Schaden zur Kenntnis nehmen zu müssen. Diese Konfrontation mit der Realität führt dann zu de-

pressiven Reaktionen. Fehlt diese Reaktion, so ist das ein Zeichen dafür, daß die Krankheit noch nicht vollständig erfaßt ist. In dieser Phase besteht die größte Selbstmordgefahr.

Wird die Depression überwunden, folgt die *Phase der Auflehnung* gegen Unabhängigkeit. In der depressiven Phase fühlte sich der Patient hilflos und abhängig vom Pflegepersonal. Irgendwann im Behandlungsverlauf muß der Patient aber seinen weiteren Genesungsprozeß in die eigene Hand nehmen. Spätestens wenn er aus dem Krankenhaus entlassen werden soll, wird die Forderung nach Unabhängigkeit aktuell. Da dies mit Ängsten verbunden ist, lehnt sich der Patient gegen diese Forderung nach Eigenverantwortlichkeit auf.

Als letztes Stadium folgt die *Phase der Anpassung*. Der Patient erwirbt in dieser Phase eine neue Rolle, stellt an sich andere Erwartungen und findet sich mit seiner Krankheit ab. Er lernt, die verbleibenden Fähigkeiten und Möglichkeiten optimal zu nutzen. Nur wenn dem Patienten diese Anpassung gelingt, ist ein günstiger Krankheitsverlauf zu erwarten.

3.3 Subjektive Krankheitstheorie

In vielen neueren Untersuchungen steht die Frage im Zentrum, inwiefern die subjektive Krankheitstheorie das Bewältigungshandeln und damit den Krankheitsverlauf beeinflusst. Subjektive Krankheitstheorien werden nach Filipp et al. (1987, S. 1) „als individuelle Wissens- und Überzeugungssysteme aufgefaßt, in denen krankheitsbezogene Vorstellungen, Assoziationen, Sinn-deutungen, Ursachenzuschreibungen und Verlaufserwartungen organisiert sind“. Leventhal & Nerenz (1985) nennen folgenden Elemente, die eine subjektive Krankheitstheorie enthalten soll:

- 1) Kriterien, die das Vorhandensein oder Fehlen einer Krankheit feststellen
- 2) die wahrgenommenen emotionalen, physischen, sozialen und ökonomischen Folgen der Krankheit
- 3) die wahrgenommenen Ursachen der Erkrankung und
- 4) der zeitliche Bezugsrahmen für die Entstehung und Dauer der Krankheit.

Lau & Hartman (1983) nennen darüberhinaus:

- 5) das Wissen über die Heilungsaussichten.

Als Quellen für die Bildung subjektiver Krankheitstheorien nennt Murray (1990) einen allgemeinen Pool von Krankheitsinformationen, der in der jeweiligen Kultur zugänglich ist, Informationen aus der Kommunikation mit anderen Personen und persönliche Krankheitserfahrungen. In einer Untersuchung von Muthny, Bechtel & Spaete (1992) zeigte sich, daß bei verschiedenen chronischen Erkrankungen andere Laienätiologien dominierten: Umweltverschmutzung bei den Krebspatientinnen, Vererbung bei den Multiple Sklerose Patienten, Alltagsstress bei den Herzinfarktpatienten und iatrogene Ursachen bei den Dialysepatientinnen.

Je nach Art der krankheitsbezogenen Vorstellungen und Überzeugungen werden unterschiedliche Verhaltensweisen als angemessen oder erforderlich für die Krankheitsbewältigung und das -verhalten angesehen. Wie ein Patient auf seine Krankheit reagiert, müßte demnach davon abhängen, welche subjektive Theorie er über Ursachen, Konsequenzen, Beeinflußbarkeit und Zeitverlauf der Krankheit entwickelt hat. Eine Untersuchung von Fahrenberg, Myrtek & Trichtinger (1985) zeigte jedoch, daß bei Herzinfarktpatienten ein Widerspruch zwischen den subjektiven Krankheitskonzepten und der Krankheitsbewältigung bestehen kann. Obwohl die Patienten angaben, daß Zeitdruck, berufliche Belastungen und hohe Leistungsanforderungen für ihren Herzinfarkt verantwortlich waren, wurden leistungsbezogene Aktivitäten zur Genesung als wichtiger angesehen als z. B. mehr Erholung und Ruhe. Auch Mrazek (1985) fand eine „bemerkenswerte Diskrepanz zwischen der Meinung, daß körperliche Risikofaktoren wie Rauchen, Essen, Trinken oder Bewegungsmangel nur peripher als mögliche Ursache des eigenen Infarktes in Frage kommen, und der Meinung, daß weniger Rauchen und Trinken und mehr Bewegung die wichtigsten Veränderungen sind, die vorgenommen werden müssen, um in Zukunft ohne Infarktrisiko zu leben“ (S.167). Auch zwischen wissenschaftlicher und Laintheorie finden sich erhebliche Unterschiede. So besteht z. B. bei Laien, im Gegensatz zu wissenschaftlichen Experten, längst eine Gewißheit, daß psychologische Faktoren an der Krebsentstehung maßgeblich beteiligt sind (Koch & Beutel, 1988).

Trotz dieser Unklarheiten muß dennoch davon ausgegangen werden, daß die subjektive Krankheitstheorie handlungsleitende Funktion für das Krankheitsverhalten hat, so daß Unterschiede in der Krankheitstheorie auch Unterschiede im Bewältigungsverhalten sowie in der Mitarbeitsbereitschaft des Patienten bedeuten (Filipp et al., 1987).

3.4 Soziale Unterstützung

Den Bezugspersonen und Angehörigen der Patienten kommt bei der Bewältigung einer chronischen Krankheit eine große Bedeutung zu. Dies gilt naturgemäß besonders für chronisch kranke Kinder. Hier steht die Frage im Zentrum, in welchem Maße die Verfügbarkeit und Angemessenheit sozialer Unterstützung in ihren verschiedenen Erscheinungsformen (emotionale, informationale, materielle) den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst. Viele Autoren vermuten bereits einen positiven Einfluß auf den Krankheitsverlauf, wenn der Patient in einer festen Partnerschaft lebt. Wie Koch & Beutel (1988) hervorheben, sind die empirischen Befunde hierzu allerdings recht widersprüchlich. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Krankheitsverarbeitung und Partnerschaft zeigen, daß ein Gelingen der Krankheitsbewältigung in erster Linie von der *Qualität* der Partnerschaft abhängt (Möhring, 1991). Ob eine feste Partnerschaft besteht oder nicht, ist also vermutlich weniger relevant, als die Frage nach der Güte der Beziehung.

Die soziale Unterstützung beeinflusst den Krankheitsverlauf in positiver Weise dadurch, daß sie die Krankheitsverarbeitung und -bewältigung fördert

(Wortman & Conway, 1985; Filipp & Aymanns, 1987). Durch die Hilfe anderer Personen wird es dem chronisch Kranken eher möglich, die notwendigen Anpassungsprozesse zu vollziehen (z. B. eine Veränderung der Lebensgewohnheiten) und die emotionale Stabilität wiederzugewinnen (z. B. Stärkung von Hoffnung und Zuversicht, Aufrechterhaltung des Selbstwertes).

Nicht jedes als Unterstützung gedachtes Verhalten erfüllt seinen Zweck. Nach einer Untersuchung von Revenson, Wollmann und Felton (1983) hängt der Effekt einer Unterstützung vom Krankheitsstadium ab. Bei ihren Krebspatienten, die zum Zeitpunkt der Befragung beschwerdefrei waren, führte eine überfürsorgliche Unterstützung zu einer Verminderung des Selbstwertgefühls. Eine soziale Unterstützung scheint sich nach diesem Ergebnis nur dann als förderlich auszuwirken, wenn sie bei der Erfüllung notwendiger Anpassungsleistungen an die Krankheit behilflich ist. Da jedes Krankheitsstadium andere Anpassungsleistungen erfordert, ist die Wirksamkeit der sozialen Unterstützung demnach auch abhängig vom Krankheitsstadium (Wortman & Conway, 1985). Emotionale Unterstützung scheint im Akutstadium einer chronischen Krankheit besonders wichtig, während andere Unterstützungsformen in der Nachsorgephase als hilfreich erlebt werden. Chronisch Kranke berichten aber auch, daß die Unterstützung, die ihnen in guter Absicht gewährt wurde, wenig hilfreich war, in vielen Fällen sogar eher eine Belastung darstellte (Dunkel-Schetter, 1984).

Chronisch Kranke sind keine passiven Empfänger von Hilfeleistungen. Soziale Unterstützung muß mobilisiert werden. Filipp und Aymanns (1987) haben darauf hingewiesen, daß die Unterstützung erst durch die Wahrnehmung der Hilfebedürftigkeit aktiviert wird. Nach ihren Untersuchungsergebnissen müssen Frauen größere Anstrengungen unternehmen, um ihre Unterstützungsbedürftigkeit zu verdeutlichen, als Männer.

3.5 Lebensstil und Verhaltensdisziplin

Lebensstil und Verhaltensdisziplin sind nicht nur für das Entstehen chronischer Krankheiten von Bedeutung. Auch ihr Verlauf wird durch gesundheitsförderliches Verhalten positiv, durch sog. Risikoverhalten negativ beeinflusst (Milsom, 1990). So hängt z. B. der weitere Verlauf einer Herzerkrankung wesentlich davon ab, ob der Patient mit dem Rauchen aufhört, seine Kontrollambitioniertheit reduziert, sein Typ-A Verhalten verändert und sich gesund ernährt (Saab, Dembroski & Schneiderman, 1990). Auch Diabetikern werden hohe Anforderungen an ihre Verhaltensdisziplin abverlangt. Sie müssen, um komplikationslos leben zu können, lebenslang nach einem Diätplan essen, mit dem Rauchen aufhören, den Alkoholkonsum auf ein Minimum reduzieren, für einen regelmäßigen Tagesablauf sorgen, laufend Urin- und Blutzucker selbstkontrollen vornehmen, für ausreichende Bewegung sorgen, Selbstinjektionen des Insulins bis zu vier Mal pro Tag durchführen und regelmäßig ihren Arzt konsultieren (Winterhalder, 1988). Ähnliche Complianceanforderungen gelten für Dialysepatienten (Beutel, Muthny & Broda, 1988).

4 Psychologische Interventionen bei chronischen Krankheiten

Psychologische Interventionen bei chronischen Krankheiten umfassen alle Maßnahmen zur positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufes, die auf Veränderungen psychologischer Faktoren basieren, also auf Veränderungen der Einstellung, des Verhaltens, des emotionalen Erlebens, der kognitiven Prozesse, der sozialen Beziehungen, der Lebensgewohnheiten u. a. m. Diese Interventionen können sich sowohl auf die Beeinflussung des einzelnen Patienten, als auch auf die Veränderung seines Lebenskontextes beziehen. Die Beeinflussung kann in jedem Stadium des Krankheitsprozesses erfolgen, also auch in der prämorbid Phase. Der Begriff „psychologische“ Intervention bedeutet nicht, daß diese Maßnahmen nur von Psychologen durchzuführen sind. Ärzte, Pflegepersonal und andere Berufsgruppen können sich bei entsprechender Ausbildung und Befähigung ebenso auf diese Interventionen konzentrieren wie Psychologen.

Wenn von einer Krankheit gesprochen wird, denken wir meist an etwas, das etabliert bzw. chronifiziert ist. Dies ist jedoch eine Sichtweise, die dem Gegenstandsverständnis der chronischen Erkrankung nicht angemessen ist. Es führt weiter, die chronische Erkrankung als einen Prozeß aufzufassen, der *verschiedene Stadien* durchläuft (vgl. Uchtenhagen, 1980).

Der Übergang von Gesundheit zur Krankheit vollzieht sich in der Folge des Einwirkens verschiedener Risikofaktoren. Sind die Risikofaktoren bei diathetisch vorbelasteten Personen über eine längere Zeit wirksam, entwickelt sich das Frühstadium einer Krankheit. Vom Frühstadium einer Erkrankung wird gesprochen, bevor sich die Symptomatik voll ausgebreitet hat, bevor eine Verfestigung der Symptomatik eingetreten ist und bevor sich lebensbedrohende Symptome manifestiert haben. Kann im Frühstadium einer Erkrankung, aus welchen Gründen auch immer, keine erfolgversprechende Behandlung erfolgen bzw. findet keine Spontanremission statt, wird sich die Krankheit voll manifestieren. Wir sprechen nun vom Akutstadium der Krankheit. Nach erfolgreicher Akutbehandlung kommt es meist zu beschwerdefreien Intervallen bzw. zu einer Abschwächung des pathogenetischen Prozesses. Mit Rückfällen bzw. Komplikationen ist bei chronischen Erkrankungen leider immer zu rechnen, besonders dann, wenn die Akutbehandlung auf eine Symptombeeinflussung beschränkt bleiben mußte. Diese Rezidivphase im Krankheitsverlauf sollte von einer akuten Erstmanifestation unterschieden werden. Die Konfrontation mit der Krankheit, sei es mit Früh-, Akut- oder Rezidivsymptomen, können Krisen bei den Betroffenen auslösen, die, zusätzlich zu den Krankheitssymptomen, Krisenerscheinungen hervorrufen, auf die mit besonderen Interventionen einzugehen ist. Bei chronischen Krankheiten kommt es irgendwann immer zu irreversiblen Schädigungen (z. B. die Amputation eines Körperteils, Organschädigungen), die zu Behinderungen führen und rehabilitative Maßnahmen notwendig machen.

Psychologische Interventionen bei chronischen Erkrankungen werden sich darin unterscheiden, in welchem Stadium des Krankheitsprozesses sie mit welchem Ziel ansetzen.

4.1 Psychologische Interventionen in der prämorbidem Phase

Psychologische Interventionen in der prämorbidem Phase einer chronischen Krankheit zielen, ebenso wie medizinische Maßnahmen, darauf ab, das erstmalige Auftreten von Krankheiten zu verhindern (Bloom, 1988).

Zur Beeinflussung der bekannten Standardrisikofaktoren mit dem Ziel, koronare Herzkrankheiten zu verhindern, gibt es eine unüberschaubare Anzahl kontrollierter Studien. Dabei nehmen die Veränderung des Typ-A Verhaltens und des Rauchens eine besondere Stellung ein (zur Übersicht Razin, 1982). Groß angelegte und evaluierte Interventionsprogramme zur Veränderung entsprechender Risikofaktoren in einer Gemeinde oder einem Distrikt wurden in Finnland (Puska, 1984), den USA (Matarazzo, 1984), aber auch in der Bundesrepublik Deutschland (zur Übersicht Sabo, 1980) erfolgreich durchgeführt.

Bei anderen chronischen Erkrankungen ist die Situation weniger günstig. Psychologische Interventionen zur Prävention z. B. der chronischen Polyarthritiden sind kaum möglich, da keine gesicherten Erkenntnisse über die Beteiligung psychosozialer Faktoren bei der Entstehung dieser Erkrankung vorliegen (Raspe, 1986). Ähnlich negativ sieht es bei den Tumorerkrankungen aus, obwohl gesichert ist, daß Rauchen kombiniert mit stärkerem Alkoholkonsum Bronchial- und Lungenkarzinome begünstigt.

Es lassen sich aber einige Besonderheiten der Primärprävention hervorheben, die auch für die Planung und Durchführung psychologischer Interventionen in der prämorbidem Phase einer chronischen Krankheit von Bedeutung sind.

Aufsuchen der Betroffenen: Um Krankheiten zu verhüten, kann man nicht warten, bis die Betroffenen sich an Beratungsstellen wenden. Man muß die Menschen, von denen man annimmt, daß sie eine Risikogruppe darstellen, in ihren Wohnungen, Schulen, Arbeitsplätzen usw. aufsuchen (Uchtenhagen, 1980).

Stärkerer Einbezug des Lebenskontextes: Notwendiger für primärpräventive Maßnahmen als für alle anderen Interventionsarten ist der Einbezug sozialer Bezugsgruppen, der Arbeitsumwelt, der Umweltbelastungen usw.

Abhängigkeit von ätiologischen Annahmen: Primärpräventive Interventionen sind stärker als andere Interventionsansätze von ätiologischen Erkenntnissen abhängig. Es müssen Erkenntnisse der epidemiologischen Ursachenforschung in Interventionsstrategien umgesetzt werden (Cooper & Liepmann, 1980).

Einsatz direkter Veränderungsstrategien: Interventionen zur Verhütung von Krankheiten bedienen sich bevorzugt direkter Beeinflussungsstrategien, wie beispielsweise Aufklären, Beraten, Gestalten von Arbeitsbedingungen, Trainieren, Qualifizieren, Aufbau sozialer Stützsysteme u. a. m.

Verlagerung der Zielgruppe: Die Zielgruppe primärpräventiver Maßnahmen sind hauptsächlich Kinder bzw. deren Eltern, Jugendliche und junge Erwachsene (Carter, Bendell & Matarazzo, 1985).

Überwindung kultureller Wertvorstellungen: Interventionen zur Verhütung von Krankheiten sind stärker als andere Ansätze benötigt, kulturell gewachsene Werthaltungen und Verhaltensgewohnheiten zu beeinflussen.

Abhängigkeit von politischen Entscheidungen: Interventionen im Bereich der Primärprävention kosten viel Geld und sind darauf angewiesen, daß vorhandene Institutionen sich aktiv beteiligen. Das ist ohne politische Entscheidungen kaum möglich.

4.2 Psychologische Interventionen im Frühstadium

Mit Früherkennung und -behandlung werden Maßnahmen bezeichnet, die das Ziel verfolgen, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen und wirksam zu behandeln, um eine Ausweitung und Verfestigung der Erkrankung zu verhindern. Auch chronische Krankheiten können im Frühstadium behandelt werden, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- a) Behandlung präklinischer Frühformen der chronischen Polyarthritits, so daß sich das Vollbild der Krankheit nicht ausbildet (Raspe, 1986).
- b) Maßnahmen, die sich auf die Früherkennung bzw. -behandlung von Krebserkrankungen beziehen (Verres, 1986).
- c) Beratung und Behandlung von Hochdruckpatienten, da Hypertonie den wichtigsten pathogenetischen Faktor bei der Arteriosklerose darstellt.
- d) Frühzeitige Behandlung von Störungen des gastrointestinalen Traktes, bevor sich verschiedene Krankheitsbilder (z. B. Geschwüre) voll ausgebildet haben.

Die psychologische Beeinflussung einer chronischen körperlichen Krankheit im Frühstadium ist kaum möglich. Das liegt daran, daß Frühsymptome einer beginnenden chronischen Erkrankung ausschließlich organisch attribuiert werden. Nur selten werden gesundheitsschädliche Verhaltensgewohnheiten als Ursache der Frühsymptome akzeptiert. Dennoch hat sich gezeigt, daß psychologische Interventionen hilfreich sind, wenn es darum geht, die Beteiligungsraten an Früherkennungs- und Frühbehandlungsprogrammen zu erhöhen. Derartige Interventionen zielen in erster Linie darauf ab, die subjektiven Krankheitstheorien von Risikogruppen zu beeinflussen, und zwar in dem Sinne, daß über Frühsymptome aufgeklärt wird und Heilungschancen durch rechtzeitige Behandlung verdeutlicht werden. Nach dem „Health Belief“ Modell wird die Teilnahme an Programmen zur Früherkennung und -behandlung durch die folgenden Faktoren beeinflusst (vgl. Feist & Brannon, 1988):

- 1) die wahrgenommene Gefährlichkeit der Krankheit
- 2) der wahrgenommene Nutzen der Frühbehandlung

- 3) die wahrgenommene eigene Gefährdung, wenn eine Frühbehandlung unterbleibt
- 4) die wahrgenommenen Barrieren, die der Frühbehandlung entgegenwirken (z. B. Wartezeiten, lange Anfahrtswege, Unabkömmlichkeit durch Kinderbetreuung, Schichtarbeit)

Insgesamt können psychologische Interventionen in der Frühphase einer chronischen Erkrankung dazu beitragen, die Symptomwahrnehmung zu schärfen, den Glauben an die medizinische Hilfe zu entwickeln und die Frühbehandlung zu fördern.

4.3 Psychologische Interventionen im Akutstadium

Die Akutbehandlung setzt nicht unbedingt die erstmalige Manifestation einer Krankheit voraus. Auch die Therapie eines Rezidivs ist eine Akutbehandlung. Allerdings sehen wir zwischen der Behandlung von Erstmanifestationen einerseits und Rezidiven bzw. Krankheitsverschlechterungen andererseits erhebliche Unterschiede, so daß es uns angeraten schien, Interventionen im Akutstadium von Erstmanifestationen und Rezidiven getrennt zu behandeln.

Bei chronischen Krankheiten sind Interventionen im Akutstadium geprägt durch die *medizinische* Akutbehandlung. Psychologische Maßnahmen konzentrieren sich in diesem Stadium des Krankheitsprozesses darauf, die psychische Belastung des Patienten soweit zu reduzieren, daß die medizinische Behandlung erfolgreich durchgeführt werden kann (z. B. die Ängste eines Herzpatienten vor der Operation zu reduzieren oder eine Verweigerung lebensrettender Therapien zu überwinden). Dennoch können auch psychologische Interventionen eingesetzt werden, um körperliche Akutsymptome direkt zu beeinflussen. Man denke nur an die psychologischen Strategien zur Schmerzbewältigung, die bei allen Krankheiten, die mit Schmerzen verbunden sind, eingesetzt werden können.

Insgesamt läßt sich festhalten: Psychologische Interventionen in der Akutphase chronischer Erkrankungen sind immer individuumzentriert, konzentrieren sich auf die Beeinflussung dysphorischer Affekte, die die medizinische Behandlung behindern (Massie & Shakin, 1993), wenden unterstützende Techniken an (aufdeckende Verfahren sind in diesem Stadium kontraindiziert), verzichten auf die ausführliche Vermittlung krankheitsbezogener Informationen und konzentrieren sich auf die Verbesserung der Beziehungs- und Interaktionsprobleme des Patienten mit dem Arzt und dem Pflegepersonal. Diese Interventionen erfolgen i. d. R. im Rahmen eines psychologischen Konsiliardienstes (Farrel, 1984; Balck, 1985).

Es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß es häufig sehr schwierig ist, Patienten in einem Akutkrankenhaus psychologische Hilfe zukommen zu lassen. Patienten, in deren sozialem Umfeld Vorurteile gegen Psychologie

bestehen, tun sich sehr schwer in der Rolle eines „psychotherapeutischen Patienten“.

4.4 Psychologische Interventionen in der Nachsorgephase

Die Nachsorge erfolgt im Anschluß an eine Akutbehandlung. Sie unterscheidet sich von der Rehabilitation durch ihre Zielsetzung. Während die Nachsorge darauf ausgerichtet ist, Rezidive und ungünstige Krankheitsverläufe zu verhindern, bemüht sich die Rehabilitation um die Ein- bzw. Wiedereingliederung des Patienten in Schule, Beruf und Gesellschaft.

Beispiele für psychologische Interventionen zur Rückfallprophylaxe bei chronischen Krankheiten gibt es aus der Krebsnachsorge. Hier werden Gesprächsgruppen angeboten, deren Ziel es ist, die psychische Belastung durch die Krankheit zu reduzieren und damit der Metastasierung vorzubeugen. Bei Infarktpatienten wird in der Anschlußheilbehandlung versucht, das Typ-A Verhalten zu ändern und die emotionale Ausdrucksfähigkeit zu fördern, um auf diese Weise dazu beizutragen, daß ein Reinfarkt vermieden wird. Verleugnung, Übermotivation und Kontrollambitioniertheit sind nach Halhuber (1985) zwar häufige, aber bei Infarktpatienten auch gefährliche Strategien zur Krankheitsbewältigung, die in der Nachsorgephase abzubauen sind. Immer größere Bedeutung für die Rückfallprophylaxe gewinnen auch die Selbsthilfegruppen, wie z. B. die Anonymen Alkoholiker, Koronargruppen, Gruppen für Anus praeter – Träger, Gruppen für Dialysepatienten etc.

Psychologische Interventionen in der Nachsorgephase einer chronischen Erkrankung konzentrieren sich auf folgende Maßnahmen:

- 1) Positive Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens (Rauchen, Eßgewohnheiten, Bewegung, Alkoholgenuß usw.)
- 2) Konsolidieren der in der Akutbehandlung gelernten Fertigkeiten und Training neuer Kompetenzen zur besseren Bewältigung der krankheitsbedingten Belastungen
- 3) Verbesserung der Kontrollüberzeugung hinsichtlich der Erwartung, Krankheitsverschlechterungen und Rückfälle in Zukunft verhindern zu können
- 4) Optimierung der zumutbaren Belastung des Patienten, um krankheitsbegünstigende Über- und Unterforderungen zu vermeiden
- 5) Vorbereiten auf die Früherkennung und die frühe Selbstbehandlung möglicher Krankheitsverschlechterungen bzw. Rezidive
- 6) Partner- und Familienberatung (Angehörigenarbeit)
- 7) Veränderung krankheitsbezogener hypervigilanter Einstellungen (hypochondrische Selbstbeobachtung)

Psychologische Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe bei chronischen Erkrankungen stehen hinsichtlich ihrer langfristigen Effizienz vor besonderen Problemen, da die Lebensgewohnheiten des Patienten nur zu oft mit den therapeutischen Zielvorstellungen interferieren. Fehlender Leidensdruck in

beschwerdefreien Phasen bei chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf wirkt sich ebenfalls hinderlich auf die Mitarbeitsbereitschaft des Patienten aus. Nach unserer Erfahrung sollten daher rückfallprophylaktische Interventionen leicht verständlich und im Alltag äußerst praktikabel sein. Einfach formulierte Regeln sind dabei oft hilfreich. Diese Regeln sollten auf jeden Fall einschließen, daß der Patient das Auftreten von Rezidiven frühzeitig erkennt, um dann umgehend therapeutische Hilfe aufsuchen zu können. Es hat sich zudem als sinnvoll erwiesen, dem Patienten die Gewißheit zu geben, im Bedarfsfall jederzeit psychotherapeutische Hilfe zu erhalten (Freyberger et al., 1983). Wünschenswert ist auch, daß der Patient lernt, Zusammenhänge zwischen krankheitsrelevantem Verhalten bzw. Belastungen und seiner Symptomatik zu erkennen (vgl. Hellhammer, 1985; Hellhammer & Hellhammer, 1978).

4.5 Psychologische Interventionen im Rezidivstadium

Rezidive bzw. deutliche Krankheitsverschlechterungen treten meist dann auf, wenn sich mehrere krankheitsbegünstigende Faktoren addieren. Für den betroffenen Patienten ist nicht immer ein direkter Zusammenhang zwischen diesen Faktoren (z. B. krankheitsrelevantes Verhalten, kritische Lebensereignisse, chronische Belastungen u. ä. m.) und dem Rezidiv erkennbar. Diese Rückfälle sind dann aus der Sicht des Betroffenen spontane Ereignisse, die er nicht erklären kann, auf die er nicht vorbereitet ist.

Die psychische Situation des chronisch Kranken im Rezidivstadium unterscheidet sich deutlich von der Situation, in der er sich bei der Erstmanifestation seiner Krankheit befand:

- 1) Patienten, bei denen sich die Krankheit zum wiederholten Male manifestiert, verfügen i. d. R. über ein umfangreiches Wissen über die Erkrankung. Außerdem hat der Patient vielfältige Erfahrungen, wo professionelle Hilfe zu suchen ist. Das ist bei Erstmanifestationen meist anders.
- 2) Je häufiger die Rezidive, desto mehr verliert der Patient die Hoffnung auf Genesung. Er wird skeptisch, mißtrauisch und glaubt irgendwann nicht mehr daran, daß man ihm helfen kann. Gerade Patienten mit chronischen Erkrankungen trifft der Psychologe erst nach einer langen Krankheitskarriere. Bei diesen Patienten ist es dann besonders schwer, krankheitsbegünstigende Verhaltensweisen zu ändern, weil die Patienten nicht mehr davon überzeugt sind, daß ihnen irgendeine Art von Therapie helfen kann.
- 3) Mit zunehmender Anzahl von Rezidiven sammelt der Patient Erfahrungen mit der Selbsttherapie seiner Erkrankung, auf die man bei der Rezidivbehandlung zurückgreifen kann.
- 4) Die Krankheitsrepräsentation bei Erstmanifestationen ist die einer „akuten Krankheit“ (Leventhal & Nerenz, 1985). Die Patienten glauben meist an eine vorübergehende, einmalige Krankheitsepisode. Rezidive verändern die subjektive Krankheitstheorie. Jeder Rückfall fördert die Überzeugung, daß es sich um eine „zyklische“ bzw. „chronische“ Störung handelt.

- 5) Bei der Rezidivbehandlung neigen viele Patienten wegen ihrer negativen Kontrollerwartungen dazu, die Behandlungsvorschriften nicht mehr genau einzuhalten. Dieses Verhalten erfolgt aber nicht ohne Ängste und andere emotionale Belastungen.
- 6) Rezidive erzeugen eher als Erstmanifestationen illusionäre Formen der Krankheitsbewältigung. Der frühere Wunsch nach voller Aufklärung tritt immer mehr zurück.
- 7) Rückfälle bzw. deutliche Krankheitsverschlechterungen verändern das Arzt-Patient Verhältnis. Der Arzt neigt dazu, den Patienten in diesem Stadium zu schonen. Es machen sich bei ihm nicht selten Unsicherheiten und nicht eingestandene Ängste bemerkbar. Manchmal wird er entmutigt und läßt sich seine Enttäuschung über die erfolglose Behandlung anmerken.
- 8) Die Abhängigkeit des Patienten von Arzt und Pflegepersonal nimmt mit wiederholten Rezidiven zwar zu, zugleich wird er aber auch mißtrauischer und skeptischer. Es entsteht eine ambivalente Haltung, die für das medizinische Personal nur schwer zu verstehen ist.
- 9) Im Vergleich zu Erstmanifestationen müssen bei Rezidiven eher iatrogene Faktoren bei der Verursachung der Akutsymptome in Rechnung gestellt werden.

Psychologische Interventionen im Rezidivstadium einer chronischen Erkrankung gleichen denen im Akutstadium von Erstmanifestationen. Allerdings haben sie die soeben genannten Besonderheiten des Rezidivstadiums zu berücksichtigen. Mehr als bei Erstmanifestationen geht es im Rezidivstadium darum, dem Patienten wieder Hoffnung und Zuversicht zu vermitteln und sei dies nur erreichbar, indem die verbleibenden Möglichkeiten zur Lebensgestaltung eruiert und neu bewertet werden. Psychologische Interventionen können in diesem Stadium der Erkrankung auch dazu beitragen, die Compliance des Patienten zu verbessern. Das kann erreicht werden, indem (a) illusionären Formen der Krankheitsbewältigung entgegengewirkt, (b) die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten verbessert und (c) soziale Unterstützung für den Patienten mobilisiert wird (vgl. Feist & Brannon, 1988).

Nicht selten liegen einige Jahre zwischen der Behandlung von Erstmanifestationen und Rezidiven bzw. erneuten Krankheitsschüben. In dieser Situation ist eine Kontinuität der psychologischen Interventionen kaum gewährleistet. Die vorherrschende Vielfalt psychotherapeutischer Schulen und die Heterogenität der behandelnden Institutionen machen es in der Praxis außerordentlich schwer, frühere Therapieansätze (etwa verhaltenstherapeutische) aufzugreifen und fortzusetzen.

4.6 Psychologische Interventionen im Krisenstadium

Die Konfrontation mit einer körperlichen Krankheit löst nicht selten bei den Betroffenen eine psychische Krise aus. Zu solchen Krisen kommt es häufig im Zusammenhang mit traumatischen Verletzungen (z. B. Querschnittsverletzungen), nach plötzlichen Erkrankungen mit gleichzeitigen starken persönli-

chen Einschränkungen der Lebensgewohnheiten (z. B. Herzinfarkt), aber auch in den terminalen Phasen einer unheilbaren Krankheit (z. B. Krebs), bei krisenhaften Verschlechterungen eines Krankheitsprozesses sowie bei der erstmaligen Diagnose einer als unheilbar angesehenen Krankheit (z. B. Krebs, AIDS).

Das subjektive Erleben der von einer Krise betroffenen Person ist durch Hilflosigkeit, Spannung und Versagensgefühle gekennzeichnet. Als kognitive Symptome treten besonders die negativen Zukunftserwartungen hervor sowie ein ausgeprägtes Grübelverhalten. Man versucht, gedanklich eine Lösung der Krise herbeizuführen, dreht sich dabei aber immer im Kreis. Körperliche Symptome sind vor allem Schlafstörungen, vegetative Dysregulationen, Appetitmangel, Kopfschmerzen u. a.m. (McGee, 1985). Diese Krisenerscheinungen sind oft kaum von den Krankheitssymptomen zu unterscheiden. Sie überlagern in gewisser Weise die eigentlichen Krankheitssymptome und verstärken sie.

Wie die Krise sich entwickelt, und welchen Ausgang sie nimmt, ist zwar ungewiß, sie stellt in jedem Falle aber eine Notwendigkeit zur Umorientierung dar. Wie Beutel (1988) hervorhebt, erfordert der Wegfall von zuvor hochbedeutsamen Rollen, Fähigkeiten und Lebensperspektiven nicht nur erhebliche Anpassungsleistungen, sondern auch einschneidende Veränderungen des Selbstkonzeptes und des personalen Wertesystems. Da der Patient in der Krise für externe Hilfe zugänglich ist, bieten sich hier Möglichkeiten zur Intervention.

Werden Krisen von den Betroffenen ohne fremde Hilfe bewältigt, spricht man von Krisenbewältigung. Die externe Hilfe zu ihrer Bewältigung wird als Krisenintervention bezeichnet. Nach Alzheimer (1986) ist Krisenintervention „ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von akut in Krisensituationen eingreifenden Maßnahmen präventiver Art, denen im allgemeinen rasches Eingreifen und intensives Vorgehen, multidisziplinärer Ansatz und kurzfristige Dauer gemeinsam sind“ (S. 21).

In der einschlägigen Literatur sind die Handlungsanweisungen zur Krisenintervention leider wenig konkret und kaum spezifiziert für verschiedene Krisenarten. Als Strategien der Krisenintervention werden empfohlen (McGee, 1985; Pasework & Albers, 1972; Kommer & Röhrle, 1981):

- 1) den Patienten ermutigen, seine Gefühle auszudrücken, auch wenn diese negativ sind
- 2) dem Patienten emotionale Unterstützung gewähren, damit er in die Lage versetzt wird, seine Erkrankung anzunehmen
- 3) für den Betroffenen soziale Unterstützung mobilisieren
- 4) Ratschläge geben und krankheitsbezogene Informationen vermitteln
- 5) im Notfall Psychopharmaka einsetzen
- 6) als Helfer sofort eingreifen, eine aktive Haltung einnehmen und sich auf ein Ziel konzentrieren

- 7) Einsichten in die Auslösung und eigengesetzlichen Dynamik der aktuellen Krise entwickeln
- 8) neue Lebensperspektiven eröffnen und Hoffnung erzeugen
- 9) die vorhandenen Bewältigungsfähigkeiten einschätzen und zur Überwindung der Krise nutzen.

Kriseninterventionen werden in Form von Krisengruppen und Beratungsangeboten, als Telefonseelsorge oder im Rahmen von Konsiliar- und Liaisondiensten durchgeführt (Alzheimer, 1986).

4.7 Psychologische Interventionen in der Rehabilitationsphase

Als Rehabilitationsphase wird die Phase im Prozeß einer Erkrankung bezeichnet, wenn die Akutsymptome weitgehend unter Kontrolle sind und dem Patienten geholfen werden soll, sich trotz bleibender Behinderungen in Schule, Beruf und Gesellschaft ein- oder wiederenzugliedern. Da bei chronisch Kranken irgendwann im Krankheitsprozeß Behinderungen entstehen, sind rehabilitative Maßnahmen für diese Gruppe von Patienten von besonderer Bedeutung.

Eine Behinderung beruht nach Bach (1986) auf einer Schädigung durch eine körperliche Krankheit oder Verletzung, ist aber aus dieser nicht direkt ableitbar in dem Sinne, daß die Behinderung proportional mit der Schädigung zunimmt. Um das Ausmaß der Behinderung bestimmen zu können, müssen nach Bach (1986) ferner die internen und externen Erwartungen einerseits sowie die internen und externen Ressourcen andererseits berücksichtigt werden. Ein Infarktpatient beispielsweise, der – seiner reduzierten Leistungsfähigkeit entsprechend – angemessene Erwartungen an sich selbst stellt, zudem einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz hat und in stabilen sozialen Beziehungen lebt, ist nach diesem Konzept weniger behindert als ein Patient, der seine hohen beruflichen Erwartungen nicht ändert und von seinen Angehörigen und Freunden behandelt wird, als wäre er voll leistungsfähig.

Unter Rehabilitation versteht man die Anwendung einer Reihe besonderer Maßnahmen mit dem Ziel, eine bestmögliche Ein- und Wiedereingliederung eines Behinderten in Schule, Beruf und Gesellschaft zu erreichen (Brackhane, 1988; Zuber, Weis & Koch, 1991). Es lassen sich einige *Merkmale der Rehabilitationspraxis* hervorheben:

- 1) Wichtig für die Rehabilitation ist ein individueller Gesamtplan, der in einem diagnostischen Prozeß zu erarbeiten ist und die Leistungen verschiedener Disziplinen einschließt, die kooperativ zusammenarbeiten sollten (Zielke & Mark, 1990).
- 2) Der Rehabilitand ist ein aktiver Teil der Behandlungskette und wird im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme zu Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit angehalten und trainiert.

- 3) Die Rehabilitationsmaßnahmen sind abgeschlossen, wenn der Rehabilitand unter Berücksichtigung seiner Bedürfnisse dauerhaft in Familie, Beruf, Arbeitsleben etc. eingegliedert ist.
- 4) Da es interne und externe Behinderungen gibt, werden auch personenbezogene Rehabilitationsmaßnahmen (Funktionstraining, Umschulung, Anpassen von Prothesen, Verarbeiten der individuellen Behinderung, Entwickeln neuer Lebensperspektiven u. ä. m.) von umweltbezogenen Maßnahmen (Veränderung der Wohnumwelt, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, Veränderung der Einstellungen gegenüber Behinderten, Veränderung der Erwartungen der Bezugspersonen u. ä. m.) unterschieden. In der Praxis müssen beide Ansätze berücksichtigt und aufeinander bezogen werden.
- 5) Rehabilitationsmaßnahmen müssen stärker als bisher die Umweltfaktoren berücksichtigen, da diese einen erheblichen Einfluß auf den Erfolg der Rehabilitation haben (Bach, 1986).
- 6) In der Rehabilitationspraxis wird zwar zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Rehabilitation unterschieden, der Großteil der Leistungen wird aber im Rahmen der stationären Rehabilitation erbracht. Es besteht ein Defizit an dezentralen ambulanten rehabilitativen Hilfen (Zuber et al., 1991; Koch & Haag, 1986).

Objektivierung, Substitution und Kompensation von Organschäden sind überwiegend an die diagnostischen und rehabilitativen Methoden der Medizin gekoppelt. Psychologische Interventionen in der Rehabilitationsphase chronischer Krankheiten unterscheiden sich allerdings wesentlich von den medizinischen Hilfen zur Überwindung von Organschäden (v. Ferber, 1986). Sie erfordern eine deutlich höhere Bereitschaft zur Mitarbeit, nicht nur der Patienten selbst, sondern auch seiner Bezugspersonen.

Die psychologischen Interventionen in der Rehabilitationsphase unterstützen die soziale Ein- und Wiedereingliederung in besonderer Weise: Psychologen führen verschiedene Arten von *Funktionstrainings* durch, wie z. B. Konzentrationstrainings, Gedächtnisstrainings, psychomotorische Trainingsprogramme (vgl. Deisinger & Markowitsch, 1991). Sie bemühen sich, dem chronisch Kranken zu helfen, seine *Behinderung zu verarbeiten und alternative Lebensperspektiven zu entwickeln* (Koch & Haag, 1986). Dabei gilt es, die verbleibenden Möglichkeiten des Behinderten genau zu evaluieren und einen meist schwierigen Umbewertungsprozeß zu unterstützen. Psychologische Rehabilitation bemüht sich auch, die *Erwartungen der Behinderten an sich selbst und die der Umwelt so zu korrigieren*, daß eine Ein- bzw. Wiedereingliederung erleichtert wird (Bach, 1986). Als weitere psychologische Intervention in der Rehabilitationsphase ist die *Einübung von Verhaltensdisziplin* zu nennen. Arbeitgeber werden Behinderte nur einstellen bzw. weiterbeschäftigen, wenn sie sich darauf verlassen können, daß der Behinderte regelmäßig und pünktlich zur Arbeit erscheint sowie seine Behinderung durch Einhaltung der Behandlungsvorschriften in Grenzen hält. Die *Belastungsproben* ist eine weitere wertvolle Intervention in der Rehabilitationsphase,

bei der Psychologen mitbeteiligt sind. Hier geht es darum, durch probeweise Bewältigung lebensnaher Anforderungen die Belastbarkeit des Behinderten zu evaluieren. Dies gibt Aufschluß über die Möglichkeiten einer Wiedereingliederung in das Arbeitsleben (Nau & Jochheim, 1988).

Allerdings gibt es auch Bereiche, in denen die Psychologie noch stärker einbezogen werden müßte. Hier wären zu nennen: Beteiligung von Psychologen bei Umschulungsmaßnahmen, bei der Umgestaltung des Arbeitsplatzes und bei der Veränderung der Wohnumwelt. Auch beim Abbau von Vorurteilen gegenüber Behinderten und bei der gesellschaftlichen Neubewertung von Nichterwerbstätigkeiten (z. B. Haushalt, Kindererziehung oder kommunales ehrenamtliches Engagement) arbeiten Psychologen kaum mit. Dies liegt wahrscheinlich daran, daß viele Psychologen dazu neigen, Konzepte der personorientierten Psychotherapie auf die Rehabilitation zu übertragen, ohne zu prüfen, ob rehabilitative Zielsetzungen mit diesen Methoden überhaupt erreichbar sind (Zielke & Mark, 1990).

5 Abschließende Bemerkungen

Bei der Komplexität des behandelten Themas konnten wir nur einige wenige psychologische Aspekte chronischer Krankheiten exemplarisch herausgreifen. Wenngleich es eine unüberschaubare Anzahl von Untersuchungen und theoretischen Überlegungen zum Thema „Psychologische Aspekte bei chronischen Krankheiten“ gibt, kann die Fülle der Literatur doch nicht darüber hinwegtäuschen, daß wenig präzise Aussagen darüber gemacht werden können, wie psychosoziale Faktoren den Verlauf chronischer Krankheiten beeinflussen und wie bzw. welche psychologischen Interventionen im Krankheitsprozeß sinnvoll und effektiv einzusetzen sind. Trotzdem ist es ermutigend zu sehen, wie stark dieses Thema in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat.

Weiterführende Literatur

- Burish, T. G. & Bradley, L. A. (Eds.). (1983). *Coping with chronic disease*. New York: Academic Press.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F. & Patterson, T. L. (Eds.). (1993). *Health and human behavior*. New York: Mc Graw Hill.
- Petermann, F., Bode, U. & Schlack, H. G. (Hrsg.). (1990). *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Roessler, R. & Decker, N. (Eds.). (1986). *Emotional disorders in physically ill patients*. New York: Human Sciences Press.

Literatur

- Alzheimer, C. (1986). *Nichtambulante Krisenintervention und Notfallpsychiatrie*. Berlin: Springer.

- Bach, H. (1986). Die Psychologie in der Rehabilitation behinderter Menschen – Grundlagen, Aufgabenbereiche, Probleme. In K. H. Wiedl (Hrsg.), *Rehabilitationspsychologie* (S. 13–32). Stuttgart: Kohlhammer.
- Balck, F. B. (1985). Psychologische Aspekte der Behandlung von Dialysepatienten. In H. D. Basler & I. Florin (Hrsg.), *Klinische Psychologie und körperliche Krankheit* (S. 184–201). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Beutel, M., Muthny, F. A. & Broda, M. (1988). Chronische Nierenerkrankungen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 377–396). Berlin: Springer.
- Biegel, D. E., Sales, E. & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park: Sage.
- Bloom, B. (1988). *Health psychology: A psychosocial perspective*. New Jersey: Prentice Hall.
- Brackhane, R. (1988). Behinderung, Rehabilitation, Rehabilitationspsychologie: Terminologische Vorbemerkung und Begriffsklärungen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 20–34). Berlin: Springer.
- Burish, T. G. & Bradley, L. A. (1983). Coping with chronic disease: Definitions and issues. In T. G. Burish & L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease* (pp. 3–12). New York: Academic Press.
- Burish, T. G., Carey, M. P., Krozely, M. G. & Greco, F. A. (1987). Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: Prevention through behavioral treatment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 55, 42–48.
- Burish, T. G. & Lyles, J. N. (1983). Coping with the adverse effects of cancer treatments. In T. G. Burish & L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease* (pp. 159–189). New York: Academic Press.
- Carter, B. D., Bendell, R. D. & Matarazzo, J. D. (1985). Behavioral health: Focus on preventive child behavior. In A. R. Zeiner, R. D. Bendell & C. E. Walker (Eds.), *Health psychology* (pp. 1–84). New York: Plenum.
- Cooper, B. & Liepmann, M. C. (1980). Epidemiologie psychischer Störungen. In U. Baumann, H. Berlbach & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis* (Bd. 3, S. 72–110). Bern: Huber.
- Deisinger, K. & Markowitsch, H. J. (1991). Die Wirksamkeit von Gedächtnistrainings in der Behandlung von Gedächtnisstörungen. *Psychologische Rundschau*, 42(2), 55–65.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77–98.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M. & Trichtinger, I. (1985). Die Krankheitsursache aus der Sicht der Koronarpatienten. In W. Langosch (Hrsg.), *Psychische Bewältigung der chronischen Herzerkrankung* (S. 32–40). Berlin: Springer.
- Farrel, D. (1984). Psychotherapeutic approaches to physically ill patients. In C. v. Dyke, L. Temoshok & L. S. Zegans (Eds.), *Emotions in health and illness* (pp. 187–197). New York: Grune & Stratton.
- Feist, J. & Brannon, L. (1988). *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont: Wadsworth.
- Ferber, C. v. (1986). Wie hängen medizinische Behandlung und Gesundheitsselbsthilfe zusammen. In R. W. J. Gross (Hrsg.), *Wege der Gesundheitsforschung* (S. 287–302). Berlin: Springer.

- Filipp, S.-H. (1987). *Bewältigung kritischer Lebensereignisse im Erwachsenenalter: Befunde aus zwei Längsschnittstudien*. Forschungsbericht der Universität Trier.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1987). Die Bedeutung sozialer und personaler Ressourcen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16(4), 383–396.
- Filipp, S.-H., Aymanns, P., Ferring, D., Freudenberg, E. & Klauer, Th. (1987). *Elemente subjektiver Krankheitstheorien: Ihre Bedeutung für die Krankheitsbewältigung, soziale Interaktion und Rehabilitation von Krebskranken*. Forschungsbericht der Universität Trier.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21, 219–239.
- Freyberger, H., Wellmann, W., Ziegler, H., Nordmeyer, J., Künsebeck, H. W., Lempa, W. & Hellhammer, D. (1983). Psychosomatischer Aspekt der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 21, 46–50.
- Halhuber, M.J. (1985). Die Situation des Koronarkranken nach dem Herzinfarkt: Psychosoziale Aspekte und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitationspraxis. In W. Langosch (Hrsg.), *Psychische Bewältigung der chronischen Herzerkrankung* (S. 123–129). Berlin: Springer.
- Hellhammer, D. H. (1985). Systematische Exploration als Strategie klinisch-psychobiologischer Forschung. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 147–160). Weinheim: Beltz.
- Hellhammer, D. & Hellhammer, J. (1978). Therapierelevante neuropsychologische Aspekte psychosomatischer Erkrankungen. In DGVT (Hrsg.), *Klinische Psychologie*. Kongreßbericht 2 (S. 200–212). Hamburg: DGVT.
- Helmkamp, M. & Paul, H. (1984). *Psychosomatische Krebsforschung: Eine kritische Darstellung ihrer Ergebnisse und Methoden*. Bern: Huber.
- Herschbach, P. & Henrich, G. (1987). Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 37, 185–192.
- Koch, U. & Beutel, M. (1988). Psychische Belastungen und Bewältigungsprozesse bei Krebspatienten. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 397–434). Berlin: Springer.
- Koch, U. & Haag, G. (1986). Rehabilitation chronisch Kranker. In R. W.J. Gross (Hrsg.), *Wege der Gesundheitsforschung* (S. 269–287). Berlin: Springer.
- Kommer, D. & Röhrle, B. (1981). Handlungstheoretische Perspektiven primärer Prävention. In W.-R. Minsel & R. Scheller (Hrsg.), *Brennpunkte der Klinischen Psychologie* (Bd. 2, S. 89–151). München: Kösel.
- Krantz, D. S. & Deckel, A. W. (1983). Coping with coronary heart disease and stroke. In T. G. Burish & L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease* (pp. 85–112). New York: Academic Press.
- Krüger, D. W. (1986). Psychological adjustment to physical trauma and disability. In R. Roessler & N. Decker (Eds.), *Emotional disorders in physically ill patients* (pp. 250–263). New York: Human Sciences Press.
- Lau, R. R. & Hartmann, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167–186.
- Leventhal, H. & Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517–554). New York: Wiley.
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Grademan, A., Smith, S., Allen, S. & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 4(2), 109–117.

- Levy, S.M. (1984). The expression of affect and its biological correlates: Mediating mechanisms of behavior and disease. In C. v. Dyke, L. Temoshok & L. S. Zegans (Eds.), *Emotions in health and illness* (pp. 1–18). New York: Grune & Stratton.
- Massie, M.J. & Shakin, E.J. (1993). Management of depression and anxiety in cancer patients. In W. Breitbart & J.C. Holland (Eds.), *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients* (pp. 1–21). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. In C. J. Scheirer & B. L. Hammonds (Eds.), *Psychology and health* (Vol. 2). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McGee, R. K. (1985). Crisis intervention and brief psychotherapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 759–781). New York: Plenum.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 111–117.
- Meyerowitz, B. E., Heinrich, R. L. & Schag, C. C. (1983). A competency-based approach to coping with cancer. In T. G. Burish & L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease* (pp. 137–158). New York: Academic Press.
- Milsum, J. (1990). Health, stress, lifestyle change, and health risk appraisal. In K. D. Craig & S. M. Weiss (Eds.), *Health enhancement, disease prevention, and early intervention: Biobehavioral perspectives* (pp. 46–77). New York: Springer.
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W. D. (1986). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Möhring, P. (1991). Krankheitsverarbeitung und Partnerschaft. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 36, 266–273.
- Mrazek, J. (1985). Die subjektive Wahrnehmung des Herzinfarktes und die Angst des Infarktkranken. In W. Langosch (Hrsg.), *Psychische Bewältigung der chronischen Herzerkrankung* (S. 159–169). Berlin: Springer.
- Murray, M. (1990). Lay representations of illness. In P. Bennett, J. Weinman & P. Spurgeon (Eds.), *Current developments in health psychology* (pp. 63–92). London: Harwood Academic Publishers.
- Muskin, P. R. & Caligor, E. (1996). Der Umgang mit Krankheit und Tod. In F. I. Kass, J. M. Oldham & H. Pardes (Hrsg.), *Das große Handbuch der seelischen Gesundheit: Früherkennung und Hilfe bei sämtlichen psychischen Störungen* (S. 395–406). Weinheim: Beltz.
- Muthny, F. A., Bechtel, M. & Spaete, M. (1992). Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen: Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 42, 41–53.
- Muthny, F. A., Beutel, M., Broda, M. & Koch, U. (1987). Erfahrungen aus der Beratung und Psychotherapie mit chronisch niereninsuffizienten Patienten – Bedarf, Ziele, Wirkungen. In H. Quint & P. L. Jarssen (Hrsg.), *Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin* (S. 91–99). Berlin: Springer.
- Nau, F. & Jochheim, K. A. (1988). Rehabilitation und Medizin. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 140–154). Berlin: Springer.
- Newman, S. (1990). Coping with chronic illness. In P. Bennett, J. Weinman & P. Spurgeon (Eds.), *Current developments in health psychology* (pp. 159–177). London: Harwood Academic Publishers.
- Pasework, R. A. & Albers, D. A. (1972). Crisis intervention: Theory in search of a program. *Social Work*, 17, 70–77.

- Peterson, L. G. (1986). Acute adjustment to trauma. In R. Roessler & N. Decker (Eds.), *Emotional disorders in physically ill patients* (pp. 169–179). New York: Human Science.
- Puska, P. (1984). Community-based prevention of cardiovascular disease: The North-Karelia-Project. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd & N. E. Miller (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 1140–1147). New York: Wiley.
- Raspe, H. H. (1986). Chronische Polyarthritits. In T. v. Uexküll (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin* (S. 815–830). München: Urban & Schwarzenberg.
- Razin, A. M. (1982). Psychosocial intervention in coronary artery disease: A review. *Psychosomatic Medicine*, 44(4), 363–387.
- Reinecker, H. (1987). Verhaltensmedizin als Perspektive für Probleme von Gesundheit und Krankheit. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8(1), 3–26.
- Revenson, T. A., Wollmann, C. A. & Felton, B. J. (1983). Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 45, 321–331.
- Rippetoe, P. A. & Rogers, R. W. (1987). Effect of component of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 596–604.
- Saab, P. G., Dembroski, T. M. & Schneiderman, N. (1990). Coronary-prone behaviors: Intervention issues. In K. D. Craig & S. M. Weiss (Eds.), *Health enhancement, disease prevention, and early intervention: Biobehavioral perspectives* (pp. 233–268). New York: Springer.
- Sabo, P. (1980). Entwicklung und Stand kommunaler Gesundheitserziehung. *Prävention*, 2, 41–45.
- Shekelle, R. B., Raynor, W. J., Ostfeld, A. M., Garron, D. C., Bieliauskas, L. A., Lin, S. C., Maliza, C. & Oglesby, P. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43(3), 117–125.
- Turk, D. C. (1979). Factors influencing the adaptive process with chronic illness: Implication for intervention. In I. D. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 6, pp. 291–311). Washington DC: Hemisphere.
- Uchtenhagen, A. (1980). Intervention und Prävention. In L. Gerlicher (Hrsg.), *Prävention: Vorbeugende Tätigkeiten in Erziehungs- und Familienberatungsstellen* (S. 9–26). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Verres, R. (1986). *Krebs und Angst: Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin: Springer.
- Weisman, A. D. (1986). Emotional Problems in the management of cancer. In R. Roessler & N. Decker (Eds.), *Emotional disorders in physically ill patients* (pp. 235–249). New York: Human Sciences Press.
- Winterhalder, G. (1988). Diabetes mellitus. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 435–454). Berlin: Springer.
- Worden, J. & Weisman, A. D. (1975). Psychosocial components of lag-time in cancer diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 69–79.
- Wortman, C. B. & Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 281–302). New York: Academic Press.
- Zeiner, A. R., Bendell, D. & Walker, C. E. (1985). *Health psychology: Treatment and research issues*. New York: Plenum Press.
- Zielke, M. & Mark, N. (1990). Besondere Aspekte von Klinik und Forschung in der angewandten Verhaltensmedizin. In M. Zielke & N. Mark (Hrsg.), *Fortschritte der*

angewandten Verhaltensmedizin: Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation (Bd. 1, S. 12–27). Berlin: Springer.

Zuber, J., Weis, J. & Koch, U. (1991). Rehabilitation: Systematik und allgemeine Aspekte. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie. Bd. 2: Intervention* (S. 175–191). Bern: Huber.