

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Georg Jungnitsch

1 Klassifikation, Epidemiologie und Darstellung der Krankheitsbilder

Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen handelt es sich in der Regel nicht um umschriebene Erkrankungen nur der Gelenke, sondern um systemische Krankheitsbilder. Sie umfassen daher auch solche, bei denen die primäre Manifestation im Bindegewebe oder in den Gefäßen liegt. Daraus ergeben sich für eine Klassifikation die in Tabelle 1 aufgeführten fünf unterschiedlichen Krankheitsgruppen (Herold, 1994).

Tabelle 1: Klassifikation entzündlich-rheumatischer Erkrankungen.

| Krankheitsgruppe | Krankheitsbeispiel |
|-------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none">● Chronische Polyarthritis (cP)● Juvenile rheumatoide Arthritis |
| Seronegative Spondylarthritis | <ul style="list-style-type: none">● Ankylosierende Spondylitis (SpA)● Arthritis Psoriatica mit Sakroileitis |
| Reaktive Arthritis | <ul style="list-style-type: none">● Reiter-Syndrom● Rheumatisches Fieber● Lyme-Borreliose |
| Kollagenosen | <ul style="list-style-type: none">● Systemischer Lupus erythematodes● Polymyositis● Mischkollagenose● Progressive systemische Sklerose |
| Vaskulitiden | <ul style="list-style-type: none">● Panarteriitis nodosa● Polymyalgia rheumatica |

Im folgenden werden die unter den einzelnen Gruppen besonders herausragenden Erkrankungen beschrieben. Eine umfassende Auflistung aller den Klassifikationsgruppen zuzuordnenden Krankheitsbilder findet sich bei Herold (1994). Allgemein liegt eine Schwierigkeit der epidemiologischen Betrachtung darin, entzündlich-rheumatische Erkrankungen exakt zu klassifizieren.

In der ersten Gruppe, der **rheumatoiden Arthritis**, ist als die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung die **chronische Polyarthritis** (cP) zu nennen. Für

diese liegt die Prävalenzrate zwischen 0,5-1% (Raspe, 1990). Diese steigt exponentiell an und überschreitet in der Altersgruppe der über 65jährigen 10% (Hohmeister, 1989). Die Inzidenz wird zwischen 0,6-3% angegeben, wobei sich in dieser Spannweite länderspezifische Unterschiede widerspiegeln (Fehr & Böni, 1989). Klinisch zeigt sich die Erkrankung an Allgemeinsymptomen wie Abgeschlagenheit, leichte Ermüdbarkeit und Morgensteifigkeit. An den Gelenken ist, meist symmetrisch an den kleinen Gelenken der Hände und Füße beginnend, eine durch die Entzündung der Gelenkinnenhaut (Synovialitis) bedingte spindelförmige Anschwellung zu beobachten. Diese Entzündung kann im Krankheitsverlauf auf die größeren Gelenke übergreifen. Durch Gelenkzerstörung und Muskelatrophie kommt es im Krankheitsverlauf zu typischen Fehlstellungen der Finger (ulnare Deviation), die sowohl eine Gestaltveränderung als auch massive Funktionseinschränkungen mit sich bringen. Letztere ergeben sich darüber hinaus vor allem durch die Entzündung der Knie-, Hüft- und Schultergelenke, aber auch des Kiefergelenks sowie der Hals-Nackenregion. In selteneren Fällen manifestiert sich die Erkrankung auch an extraartikulären Organen. Betroffen sind hierbei Herzmuskel und -beutel, Lungen, Augen und Gefäße sowie, im Rahmen einer sekundären Amyloidose (Gewebsentartung durch Einlagerungen), die Nieren (vgl. Herold, 1994; Zeidler, 1989).

Die doch sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen der chronischen Polyarthritiden werden nach den verschiedenen Krankheitsstadien klassifiziert (Steinbrocker, Traeger & Battermann, 1949). Neben anderen Sonderformen ist vor allem die **malig Form der chronischen Polyarthritiden** hervorzuheben (Herold, 1994), die unter anderem durch:

- Rasch destruierende Gelenkveränderungen,
- massiv veränderte Entzündungsparameter und
- ihre kaum auf medizinische Maßnahmen reagierende Entwicklung

gekennzeichnet ist. Diese trägt wesentlich zu dem Anteil von fünf bis zehn Prozent aller an einer chronischen Polyarthritiden Erkrankten bei, bei denen mit einem Verlauf bis zur Rollstuhlabhängigkeit zu rechnen ist (Raspe & Rehfisch, 1990).

Weiter wurde in die erste Gruppe die juvenile rheumatoide Arthritis eingeordnet. Diese Erkrankung beginnt in der Regel vor dem 16. Lebensjahr und läßt sich in fünf voneinander abgrenzbare Formen differenzieren (Herold, 1994; Steiger, 1989). Die Angaben zur Prävalenz und Inzidenz sind aufgrund mangelnder Studien sehr ungenau und schwankend. Ausgegangen wird von einer Prävalenz zwischen 0,06% bis 0,1% und einer Inzidenz von 0,6-0,8 Erkrankungen je 1000 Kindern (Hohmeister, 1989; Steiger, 1989). Detaillierte-

re Angaben zu den Krankheitsbildern und Verlauf sind Steiger (1989) und Zeidler (1989) zu entnehmen.

Zur **seronegativen Spondylarthritis** wird als eine der häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen die **ankylosierende Spondylitis** (SpA; Synonyme: Spondylitis ankylosans, Spondylitis ankylopoetica, Morbus Bechterew) gezählt. Auch hier sind die Häufigkeitsangaben recht unterschiedlich, sie schwanken von 0,1-2% der Bevölkerung, wobei im allgemeinen von einer Häufigkeit von 0,4-05% ausgegangen wird (Herold, 1994; Hohmeister, 1989; Zink, Zink & Hoffmeister, 1985). Die stark unterschiedlichen Zahlen ergeben sich aus den zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten, so daß für diese Erkrankung die "wahre" Prävalenz erst noch zu erwarten ist. Klinisch gilt als Leitsymptom des Initialstadiums der nächtlich auftretende, tiefsitzende Kreuzschmerz (Hettenkofer, 1984). Die Erkrankung verläuft meist progredient mit destruierenden und proliferativen Veränderungen, die bis zu einer vollständigen Ankylose der Wirbelsäule führen können (Hettenkofer, 1984). Bei einem Viertel der Patienten (Herold, 1994) findet sich als zusätzliche Komplikation eine immer wiederkehrende Iritis.

Desweiteren ist unter dieser Krankheitsgruppe die **Arthritis Psoriatica** (bei ca. 5% der Patienten mit Schuppenflechte auftretende Beteiligung des Skelettsystems) einzuordnen. Sie tritt in circa vier bis 14 Fällen auf 10000 Personen auf (Miehle, 1989). Gekennzeichnet ist sie dadurch, daß gemeinsam mit der Arthritis und im Krankheitsverlauf meist vorangehend eine Psoriasis (Schuppenflechte) der Haut oder Nägel auftritt. Dabei besteht zwischen der Schwere der Psoriasis und der Häufigkeit der Schübe (sowohl die Psoriasis als auch die Gelenke betreffend) sowie der Art der befallenen Gelenke kein Zusammenhang (Finzi & Gibelli, 1991). Von der Arthritis befallen sind in erster Linie Finger und Zehengelenke, häufig auch Wirbelsäule und Iliosakralgelenke (Kreuz-Darmbeingelenke).

Unter die **reaktiven Arthritiden** fallen eine ganze Reihe unterschiedlicher Erkrankungen. Eine Untergruppe ist dadurch gekennzeichnet, daß sie als Zweiterkrankung nach gastrointestinalen oder urogenitalen Infekten auftritt (Herold, 1994; siehe auch Klinkenberg in diesem Buch). Besonders zu nennen ist das **Reiter-Syndrom**, das durch das gleichzeitige Auftreten verschiedener Symptome gekennzeichnet ist. Als klassisch gilt die Verbindung von:

- Arthritis,
- Urethritis (Entzündung der Harnröhrenschleimhaut) und
- Konjunktivitis/Iritis (Augenbindehaut-/Regenbogenhautentzündung),

zu der weitere Symptome wie Fersenschmerzen, Kreuzschmerzen und Schleimhautbefall treten können (Krüger, 1989). Auch das **rheumatische Fieber**, eine zunehmend seltener werdende Erkrankung, die durch Fieber und Beteiligung des Herzens gekennzeichnet ist (Schlumpf & Lüthy, 1989) sowie die **Lyme-Borreliose** (Infektion durch einen Zeckenstich, die zu arthritischen Spätfolgen führen kann) fallen in diese Gruppe. Letztere ist in ihrer Häufigkeit, je nach Verbreitung der Zecken, stark unterschiedlich. In Deutschland ist hier vor allem der untere Donauraum zu nennen. Diese Erkrankung zeigt sich im Befall der Haut und kann neben den arthritischen Manifestationen auch Herz und Nervensystem betreffen, was zu einer entsprechenden Einteilung in unterschiedliche Stadien der Erkrankung geführt hat (Herzer, 1989).

Bei den **Kollagenosen** handelt es sich um eine Gruppe systemisch-entzündlicher Krankheiten, die sich vorzugsweise am Bindegewebe abspielen und eher selten auftreten. Eine zentrale Stelle nimmt dabei das Krankheitsbild des **systemischen Lupus erythematoses** (SLR; generalisierte Autoimmunerkrankung, die vorwiegend entzündliche Vorgänge in der Haut, aber auch in den Gelenken auslöst) ein. Aufgrund verbesserter Diagnosemöglichkeiten können hier inzwischen auch mildere Formen identifiziert werden. Daher hat sich das Bild der seltenen, rapid fortschreitenden Krankheit mit schlechter Prognose verändert (Hohmeister, 1989; Kalden & Manger, 1989). Insgesamt ist davon auszugehen, daß die epidemiologischen Zahlen nach oben korrigiert werden müssen. Die gegenwärtigen Zahlen zur Inzidenz liegen bei 0,001-0,008%; Prävalenzangaben bei 0,006-0,07% (Hohmeister, 1989). Nach Kalden und Manger (1989; S. 11) stellt sich dabei das Bild der typischen SLE-Patientin heute folgendermaßen dar: ” . . . eine junge Frau in zufriedenstellendem Allgemeinzustand mit Arthralgien, gelegentlichem Fieber und milder Hautsymptomatik wie Sonnenlichtempfindlichkeit oder Haarausfall . . . Die Erkrankungshäufigkeit des SLE ist mit einem Geschlechterverhältnis von etwa 10:1 wesentlich größer bei Frauen.” Als Besonderheit sei hier nur noch die Möglichkeit eines medikamentös induzierten SLE genannt, der bei der Behandlung von Herzerkrankungen durch Procainamid oder durch die Gabe von Neuroleptika hervorgerufen werden kann (vgl. Kalden & Manger, 1989).

Eine weitere Erkrankung dieser Klasse stellt die **progressive systemische Sklerose** dar. Sie ist gekennzeichnet durch die typische Hauterscheinung der Sklerose, das heißt einer krankhaften Verhärtung der Haut unterschiedlichen Ausmaßes: Die Haut verändert sich in ihrer Konsistenz und Dichte und verliert ihre normale Elastizität (Giordano, 1989). Vielfältige Organmanifestationen, insbesondere die Beteiligung der Nieren, führen zu oft schweren und tödlichen Verläufen. Typisch ist auch das Auftreten des Raynaud-Phänomens, ein Absterben der Fingerkuppen mit Ischämieschmerz sowie Nekrose der Fingerkuppen (Giordano, 1989). Ebenso wie beim SLE sind auch bei dieser Erkrankung

Frauen häufiger betroffen (15:1). Die Inzidenz liegt bei etwa 0,0001-0,0002% (Hohmeister, 1989). Auch bei den übrigen Erkrankungen dieser Gruppe ist die Haut- und Organbeteiligung als zentrales klinisches Leitbild neben den Gelenkaffektionen charakteristisch (Herold, 1994).

Die letzte zu nennende Erscheinungsform entzündlich-rheumatischer Erkrankungen ist die der Vaskulitiden (vgl. Herold, 1994; Vischer, 1989). Hierbei handelt es sich um Gefäßentzündungen, die durch immunologische Prozesse ausgelöst werden und betroffene Organe schädigen. Unter den hier anzutreffenden Krankheitsbildern ist die **Polymyalgia Rheumatica** als eine vor allem bei älteren Menschen häufiger anzutreffende Erkrankung hervorzuheben. Klinisch zeigt sich eine allgemeine Symptomatik mit:

- Abgeschlagenheit und Müdigkeit,
- häufigen Kopfschmerzen und insbesondere
- heftigen, meist symmetrischen Schmerzen im Schulter- und Beckengürtel bei gleichzeitiger Druckempfindlichkeit der Oberarme (Herold, 1994).

Als diagnosesichernd gilt das prompte Ansprechen der Symptomatik auf initial hochdosierte Steroidgabe. Ihre Prävalenz steigt von 0,04% bis zu 0,8% bei den über 80jährigen. Die Inzidenz beginnt bei 0,003% und erreicht eine Rate von bis zu 0,08% bei über 50jährigen (Gerber, 1989). Zur Ätiologie muß allgemein gesagt werden, daß sie für die meisten der genannten Erkrankungen nach wie vor unbekannt ist. Ausnahmen sind lediglich in der Gruppe der reaktiven Arthritiden festzustellen (vgl. besonders die Lyme-Borreliose; Herzer-, 1989). Unter den bei Herold (1994) in seiner umfassenden Auflistung genannten 15 Erkrankungen ist ansonsten zweimal eine klare genetische Disposition angegeben (Spondylitis ankylosans, Reiter-Syndrom). Bei fünf Krankheitsbildern findet sich gar keine, bei acht weiteren die Aussage "Ätiologie unbekannt". Ansonsten geht man unspezifisch von einem Zusammenwirken genetischer Dispositionen und Autoimmunmechanismen aus (Herold, 1994). Letztere beziehen sich sowohl auf das humorale (B-Zehsystem) als auch das zehvermittelte (T-Zellsystem) Immunsystem (Roitt, 1988). So sind als krankheitsverursachende Mechanismen sowohl die Aktivität autoreaktiver B-Zellen als auch die zytotoxischer T-Zellen zu nennen. Zwar sind auch im gesunden Zustand solche gegen den eigenen Körper gerichtete Zellen vorhanden. Diese werden jedoch nicht aktiv, da sie durch die T-Helferzellen nicht unterstützt werden. Verschiedene Mechanismen ermöglichen die verbotene Aktivierung autoreaktiver T-Helferzellen:

- Spezielle T-Zellen (Kontrasupressorzellen) unterlaufen die T-Supressorzellen und bewirken eine Aktivierung der T-Helferzellen.

- Die Expression eines Autoantigens zusammen mit einem HLA-Antigen auf Monozyten kann zur Aktivierung der T-Helferzellen führen.
- Die Änderung eines tolerierten Autoantigens durch Konjugation mit einem bakteriellen Antigen oder einer chemischen Substanz kann die T-Helferzellen aktivieren (molekulares Mimikry).
- Viren können B-Zellen und zytotoxische T-Zellen unter Umgehung der T-Helferzellen aktivieren (Herold, 1994, S. 494).

Wie oben angedeutet, läßt sich für die Gruppe der seronegativen Erkrankungen eine Ausnahme angeben: Hier fehlen die Autoimmunmechanismen. Es steht das Zusammenwirken genetischer Dispositionen mit auslösenden exogenen Faktoren im Vordergrund. Diese Faktoren sind in der Regel jedoch unbekannt. Es finden sich also bei allen genannten Erkrankungen multifaktorielle Auslösebedingungen, die den drei prinzipiellen Hypothesen einer:

- Autoimmunerkrankung,
- einer viralen oder bakteriellen Infektion oder
- einer genetischen Prädisposition

zuzuordnen sind. Aus psychologischer Sicht wurde immer wieder auf eine Reihe unterschiedlicher Konzepte für Ätiologiemodelle zurückgegriffen. Raspe (1989) verweist dabei auf drei grundsätzliche Fragestellungen:

- Psychosomatische Ätiologie?
- Psychosoziale Pathoplastik?
- Psychosoziale Komplikationen und Folgen?

Zu den Überlegungen zur Ätiologie wurden insbesondere für die chronische Polyarthritiden Konzepte eines gemeinsamen psychodynamischen Hintergrundes (Alexander, 1977), einer anthropologischen Deutung (Plügge, 1959) sowie einer spezifischen prämorbidem Persönlichkeitsstruktur formuliert (Bräutigam & Christian, 1986). Diese Konzepte sind aufgrund fehlender empirischer Basis oder widerlegender Ergebnisse kaum aufrecht zu erhalten (Eich, 1995; Köhler, 1992; Raspe, 1989) und sollen hier nicht weiter ausgeführt werden.

Einfluß auf Ausbruch und Verlauf der Erkrankungen scheinen dagegen "kritische Lebensereignisse" sowie die Art und Weise, wie Betroffene mit ihrer Erkrankung umgehen, zu haben (Eich, 1995). Dies trifft gleichermaßen auf Betroffene mit Spondylitis ankylosans, Arthritis Psoriatica und SLE zu (Eich, 1995; Haustein & Seikowski, 1990). Aufgrund einer Analyse zahlreicher empirischer Studien und einer eigenen Verlaufsstudie stellt Köhler (1992) jedoch einschränkend fest, daß auch dieser Ansatz weiterer Überprüfung bedarf und derzeit noch nicht abschließend zu bewerten ist.

2 Therapieansätze bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Für die umfassende Behandlung läßt sich bei aller Verschiedenheit der unter dieser Gruppe zusammengefaßten Krankheiten folgendes allgemeines Prinzip formulieren: In der Rheumatherapie haben starre Therapieschemata keinen Platz. Die Therapie zielt auf unterschiedliche Bereiche wie:

- Erkennen und Beseitigen von Ursachen,
- Überwachung systemischer Manifestationen,
- Erleichtern von Schmerzen,
- Verbessern von Funktionen,
- Verhindern von Deformationen,
- Korrektur bestehender Deformationen,
- Ausschalten krankheitsbegünstigender Faktoren sowie
- Erhalt oder Wiederherstellung der sozialen Integration (Engel & Ströbel, 1990).

Diese können nur durch interdisziplinäre Teamarbeit - wie sie Weber (1995) für die kardiologische Rehabilitation beschreibt - und im Konzept der vier Grundsäulen der Rheumatherapie, der medikamentösen, operativen, physikalischen und psychologischen Ansatzweise, zum Ausdruck kommen (vgl. Jungnitsch, 1992).

2.1 Somatische Therapieansätze

In Abhängigkeit vom jeweiligen rheumatischen Krankheitsbild und der individuellen Ausprägung stehen unterschiedliche therapeutische Ansätze im Vordergrund (vgl. Engel & Ströbel, 1990; Herold, 1994). So werden in der **Therapie der chronischen Polyarthritis** sogenannte Basistherapeutika, die auf den Krankheitsprozeß abzielen und diesen zum Stillstand bringen sollen (z.B. Goldsalze, Sulfasalazin, Immunsuppressiva oder Zytostatika), eingesetzt. Basistherapeutika beseitigen weder die Krankheitsursache noch haben sie heilende Wirkung. In der Regel wird zusätzlich mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) und Steroiden (Kortison) behandelt. Die bei dieser Krankheit wesentliche **Krankengymnastik** beugt der funktionellen Einschränkung vor oder vermindert sie. **Ergotherapie** sorgt für einen funktionserweiternden Umgang mit bestehenden Gelenkdestruktionen und für eine Prävention weiterer Beeinträchtigungen und Gelenkbelastungen im Alltag. Auf Funktionserhaltung und -Wiederherstellung ist auch die operative Therapie ausgerichtet.

Bei der **Spondylitis ankylosans** liegt das Schwergewicht der Behandlung auf krankengymnastischen Übungen, Sporttherapie und bewegungsorientierten Vor-

gehensweisen. Medikamentös ist meist nur der Einsatz nicht-steroidaler Antirheumatika angezeigt. Operative Ansätze (z.B. Wiederaufrichtungsoperationen, wenn Betroffene in extrem gebeugter Haltung versteift sind) sind häutig mit hohem Risiko verbunden, können aber zu dramatisch veränderter Lebensqualität führen (Fink, 1989). Bei **reaktiven Arthritiden** mit Erregernachweis steht die Bekämpfung der ursächlichen Erkrankung und des Erregers im Vordergrund der Behandlung, ohne das auf physikalische Therapie verzichtet wird. Bei **Kollagenkrankheiten** können Immunsuppressiva als Basistherapeutika zum Einsatz kommen; häufig ist auch eine Behandlung mit Steroiden. Wichtig sind symptomatische physikalische Maßnahmen wie Bäder oder spezifische Massagenformen. Für die Therapie der **Polymyalgia Rheumatica** ist die hochdosierte Therapie mit Kortikoiden die Therapie der Wahl, wobei gleichzeitig medikamentöse Osteoporose-Prophylaxe eingesetzt wird (vgl. Fehr, Miehle, Schattenkirchner & Tillmann, 1989; Zeidler, 1989).

2.2 Psychologische Ansätze

Die psychologischen Ansätze sind weniger auf die spezifischen Untergruppen der Erkrankungen bezogen als vielmehr auf das **Verständnis chronisch rheumatischer Erkrankungen als Behinderung**. Daraus leitet sich ab, daß für die einzelnen Interventionen zu spezifizieren ist, auf welche **Präventionsebene** (WHO, 1980) sie abzielen. An dieser Stelle wird der Präventionsbegriff der WHO (1980) zugrundegelegt, der auf die unterschiedlichen Beschreibungsebenen von Behinderung (Schädigung, Behinderung, Handicap) abhebt und sowohl eine Verhinderung des Übergangs von einer Ebene auf die andere als auch das "Rückgängig-machen" erfolgter Übergänge beinhaltet (Jungnitsch, 1995; 1992). Für jede dieser Ebenen steht dabei eine Anzahl von Verfahren zur Verfügung (siehe Tab. 2).

Neben den Verfahren der Gesundheitsbildung und Patientenschulung (vgl. Lamparter-Lang, 1992; Mattussek, 1989; Schumacher, 1995), die als übergreifende Ansätze konzipiert sind, finden sich spezifische psychologische Ansätze. Vor dem Hintergrund, daß psychologische Interventionen sich **nicht** an Personen richten, die in ihren psychischen Kräften und Funktionen defizitär sind, wird die psychologische Therapie vorzugsweise nach kognitiv-behavioralen Grundsätzen gestaltet (vgl. Jungnitsch, 1995). Als einzelne Verfahren sind zu nennen:

- Auf der Ebene der Primärprävention das **Visualisierungstraining** sowie **Biofeedback-Verfahren**,
- zur Sekundärprävention werden **funktionserhaltende Maßnahmen** angewendet und

- bei der Tertiärprävention stehen **allgemeine Probleme**, die mit der Erkrankung verbunden sind, **und ihre Bewältigung** im Vordergrund.

Tabelle 2: Psychologische Ansätze bezogen auf unterschiedliche Interventionsebenen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

| Interventionsebene | Psychologische Interventionen |
|---|--|
| Primärprävention | <ul style="list-style-type: none"> ● Visualisierungstraining ● Biofeedback |
| Sekundärprävention | <ul style="list-style-type: none"> ● Gruppenarbeit zur Förderung von Hilfsmittelgebrauch, Krankengymnastik und anderen mehr |
| Tertiärprävention | <ul style="list-style-type: none"> ● Anleitung von Selbsthilfegruppen ● Krankheitsbewältigung |
| Rehabilitation im Sinne von beruflicher Wiedereingliederung | <ul style="list-style-type: none"> ● Prüfungstraining ● Gedächtnistraining ● Themenzentrierte Arbeit: Hilfen zur Umorientierung, Training in sozialer Kompetenz |

Das Visualisierungstraining soll weiter unten ausführlich beschrieben werden. Mit diesem Verfahren lassen sich durchgängig Verbesserungen in psychologischen Parametern (z.B. Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenz, Verbesserung allgemein subjektiver Befindlichkeit; Rückgang von Hoffnungslosigkeit und Ärger) erzielen. Die Wirkung auf den Krankheitsprozeß, wie er sich in der Verbesserung der relevanten Entzündungsparameter der Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) niederschlägt, ist nur bei regelmäßig übenden Personen zu erzielen (Kopp, Pollock, Viehhauser & Jungnitsch, 1993). Beim Biofeedback als krankheitsmodifizierendem Verfahren wird besonders das Temperaturfeedback angewandt; die Ergebnisse hierzu sind jedoch uneinheitlich (vgl. Flor & Hermann, 1992; Jungnitsch, 1994). Hervorzuheben ist der Einsatz des Biofeedbacks bei der mit Kollagenosen und Vaskulitiden auftretenden Raynaud-Symptomatik, bei der Eberstaller (1987) eine eindeutige Symptomverbesserung berichtet.

Bei der Sekundärprävention stehen funktionserhaltende Maßnahmen im Vordergrund. Hier greifen Angebote, die mit Hilfe kognitiver Verfahren den Gebrauch von Hilfsmitteln deutlich verbessern (Rak, 1991) und Verfahren der Angstbewältigung oder des Trainings der Selbstbehauptung, die die Akzeptanz und den Einsatz von Hilfsmitteln fördern. Letztere sind als spezieller Ansatz noch genauer auszuformulieren und hinsichtlich ihrer Effektivität zu überprüfen. Eine ähnliche Vorgehensweise ist auch zur Unterstützung für die

selbständige Fortführung krankengymnastischer Übungen angezeigt, die besonders für Patienten mit Spondylitis ankylosans wichtig ist. Für diese Patientengruppe entwickelten Jungnitsch und Stöveken (1994) ein Programm, das in Kombination mit schmerzbezogenen Verfahren dieses Ziel explizit verfolgt und zu guten Ergebnissen führt. Der Ebene der Sekundärprävention können Gruppenprogramme zugeordnet werden, die auf das Leitsymptom "Schmerz" und seine funktionseinschränkende Eigenschaft abzielen. Die Programme wurden vielfach beschrieben (Köhler, 1982; Leibig, 1992; Rehfisch, Basler & Seemann, 1989). Die detaillierten Übersichten empirischer Arbeiten von Jungnitsch (1995), Rehfisch (1994) sowie Rehfisch et al. (1989), belegen übereinstimmend die Effektivität psychologischer Schmerzbewältigungsverfahren.

Zu den Verfahren der Tertiärprävention gehört die auf allgemeine Krankheitsprobleme erweiterte Vorgehensweise der Schmerz- und Krankheitsbewältigung. Dieser Ansatz, der auf die stationäre Kurzzeitbehandlung beschränkt ist, erwies sich hinsichtlich seiner Effektivität als zufriedenstellend (Geissner, Jungnitsch & Schmitz, 1994) und wird unter 2.4 ausführlicher dargestellt.

In der Rehabilitation kommen überwiegend klassische, übungsorientierte Verfahren wie Prüfungstraining und Gedächtnistraining, die Umschulungsmaßnahmen begleiten und fördern können, oder Trainingsansätze zur sozialen Kompetenz (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1993) zum Einsatz. Ihre Effektivität wurde bei rheumatischen Patienten bislang nicht überprüft. Neben diesen Trainingsmaßnahmen gehören nach Basler, Rehfisch und Mattussek (1992) die folgenden Verfahren zu den für entzündliche Gelenkerkrankungen wesentlichen verhaltensmedizinischen Interventionen:

- Patientenschulung,
- Biofeedback sowie
- Schmerz- und Krankheitsbewältigungstrainings.

Darüber hinaus darf der Ansatz einer Psychotherapie bei diesen Erkrankungen im rehabilitativen Setting nicht vergessen werden. Diese ist dann indiziert, wenn über die für Bewältigungsprozesse typischen Erlebens- und Verhaltensprozesse hinaus krankheitswertige psychologische Veränderungen auftreten (Wright, 1983), wie langdauernde depressive Verstimmungen, weitestgehender Verlust sozialer Kontakte oder exzessiver Medikamentenverbrauch. Hier ist eine individuelle Bedingungs- und Verhaltensanalyse, als Ausgangspunkt einer auf alle vorhandenen Problemfelder auszurichtenden umfassenden Verhaltenstherapie, durchzuführen (vgl. Köhler & Jungnitsch, 1992).

3 Verhaltensmedizinische Interventionsstrategien

Verhaltensmedizinische Krankheitskonzepte zeichnen sich dadurch aus, daß sie psychologische Interventionen nicht ausschließlich mit bestehenden monokausalen ätiologischen Vorstellungen verknüpfen. Die bio-psycho-soziale Sichtweise der Genese und Aufrechterhaltung körperlicher Erkrankungen, wie sie sich auch im Ansatz der Bedingungsanalyse in der Verhaltenstherapie wiederfindet (Schwarz, 1986), läßt therapeutisches Handeln auch ohne eindeutige ätiologische Vorstellungen zu. Letztere kann es der obengenannten Sichtweise nach gar nicht geben, vielmehr sind vielfältige Faktoren Verschiedenster Ebenen zu unterschiedlichen Zeitpunkten einer individuellen Krankheitsgeschichte von Bedeutung. Für die Begründung psychologischen Handelns kann daher auf vielfältige, mit der jeweiligen Erkrankung in Verbindung stehende Konzeptionen Bezug genommen werden, wobei als Ansatzpunkte gleichwertig die physiologische, emotionale, kognitive oder soziale Ebene gewählt werden kann.

Die nachfolgend beschriebenen verhaltensmedizinischen Ansätze zielen auf die Veränderung von Krankheitsursachen, also die Heilung der entzündlich-rheumatischen Erkrankung. "Heilung" kann in diesem Zusammenhang jedoch allenfalls "Stillstand ohne Wiederkehr weiterer Krankheitsausbrüche" bedeuten. Ein weiteres gleichgewichtiges Ziel ist, den Umgang mit den Erkrankungen zu fördern. Damit sollen gleichzeitig Bedingungen, die den Krankheitsverlauf beeinflussen können, verbessert werden (Eich, 1995).

Allgemein ist vorauszuschicken, daß gerade bei den psychologischen Strategien als Rahmenbedingung überwiegend der stationäre Einsatz gewählt wird. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß gerade bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen die Anzahl der Betroffenen außerhalb von Ballungsräumen in absoluten Zahlen gesehen nicht so hoch ist. Daher fehlen dort oft Therapeuten, die über entsprechende spezifische Fachkompetenz und Erfahrung zur Durchführung ambulanter Behandlung verfügen. Die ambulanten Ansätze beziehen sich meist auf symptomorientierte Programme, bei denen das Thema Schmerzbekämpfung im Vordergrund steht (Rehfish et al., 1989). Ist die ambulante Behandlung Zentren angegliedert, können zusätzlich auch Einzelberatungen angeboten werden (BMFT, 1988).

Der Versuch, flächendeckend ambulante psychologische Versorgung anzubieten, wird nicht unbedingt von den Betroffenen akzeptiert oder überhaupt als notwendig erachtet (BMFT, 1988). Für ambulante Angebote ist daher besonders auf eine enge Kooperation mit dem Selbsthilfeverband der Rheumakranken, der Deutschen Rheumaliga e.V., zu achten. Psychologische Angebote, wie sie im Rahmen von Informationsprogrammen angeboten werden, erzielen

dabei, gerade für den Bereich der Schmerzbewältigung sowie bei Stimmungsvariablen wie Angst und Depression, gute Ergebnisse (Lamparter-Lang, 1994).

In München wird derzeit ein Modell ambulanter Versorgung in freier Praxis praktiziert, in dem Patienten durch einen Rheumatologen (Dr. T. Dixel) und einen erfahrenen psychologischen Schmerztherapeuten (Dr. H. Köhler) kooperativ betreut werden. Es ist bislang hinsichtlich Durchführung und Effizienz noch unzureichend dokumentiert (persönliche Mitteilung Dr. Köhler).

3.1 Verhaltensmedizinisches Vorgehen bei rheumatisch-entzündlichen Erkrankungen

Da bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen psychologische Ansätze in erster Linie für die chronische Polyarthrititis und die Spondylitis ankylosans - für letztere nur sehr sporadisch - publiziert wurden (Jungnitsch, 1995; Rehfisch, 1992; 1994), sollen hier zunächst die Grundüberlegungen einer entsprechenden Programmkonstruktion dargestellt werden, die auf die vielfältigen weiteren Erkrankungen dieses Bereiches übertragbar sind.

Ausgangspunkt sind die oben erwähnten Belastungen und Leiden der Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (Raspe, 1989). Für die chronische Polyarthrititis wären dies unter anderem:

- Depression,
- Schmerz,
- Funktionsverluste,
- Furcht vor unerwünschten Medikamentenwirkungen,
- Furcht vor eingreifenden Behandlungsmaßnahmen,
- Ungewißheit des Krankheitsverlaufes sowie
- Reaktion der Umwelt auf die Erkrankung (vgl. Broda, 1987).

Bei Patienten mit Spondylitis ankylosans wären hier noch die besondere Charakteristik der Schmerzen (frühmorgendlicher Ruheschmerz; einschließender unvorhersehbarer Schmerz in Bewegung) sowie die besondere Betonung der Eigenaktivität bezüglich täglicher Krankengymnastik und des kommunikativen Aspektes der steifen Körperhaltung, die beispielsweise als hochmütig oder hochnäsiger in der Begegnung interpretiert werden kann, aufzuführen.

Patienten mit Kollagenosen müßten das Thema der oft entstellend wirkenden Gesichtsveränderungen vorfinden. Dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechend sollte eventuell die Vorbereitung auf ein vorzeitiges Lebensende oder der Umgang mit psychotischen Erlebnissen, die in Folge der Kortisonbehandlung

als mögliche Nebenwirkung auftreten oder häufiges Begleitsymptom des SLE sein können (Berlit, 1989), berücksichtigt werden.

Je nach Krankheitsbild sind die zentralen Problembereiche und die zugehörigen psychologischen Verfahren zu bestimmen. Der Programmaufbau entspricht den Grundsätzen eines kognitiv-behavioralen Vorgehens:

- Darbietung entsprechender theoretischer **Erklärungsmodelle**, aus denen heraus die einzelnen psychologischen Techniken sinnvoll begründet werden können.
- **Vorstellen** und **Einüben** der aus den Modellen abgeleiteten Verfahren im therapeutischen Schonraum.
- **Übertragen** der Verfahren auf die aktuelle Lebenssituation sowie konkrete Einübung unter Alltagsbedingungen.
- **Effektivitätsüberprüfung**, eventuell Modifikation und Auffrischung der Verfahren im therapeutischen Setting nach festgelegten Zeitabständen.

Das Vorgehen soll anhand eines Programms für Patienten mit chronischer Polyarthritits beschrieben werden (vgl. Jungnitsch, 1992). Erster wesentlicher Punkt ist die Planung der Abfolge der für das Programm für notwendig erachteten Schritte. Für den Großteil der von einer unzweifelhaft organischen Erkrankung betroffenen Menschen erscheinen psychologische Angebote zunächst überraschend oder gar absonderlich. Mit Hilfe der in Abbildung 1 angegeben Struktur soll eine - eventuell vorhandene - Voreingenommenheit und Skepsis überwunden und die Akzeptanz psychologischer Verfahren gefördert werden.

Im ersten Schritt wird ein **Rahmenmodell** vermittelt, aus dem sich ableiten läßt, daß psychologische Techniken die eigene Bewältigungskompetenz fördern. Hierzu wird das Annäherungs-Vermeidungs-Modell der Krankheitsbewältigung nach Shontz (1975) gewählt. Diesem ist zu entnehmen, daß "Bewältigung" kein einmaliger Vorgang ist, der - wenn einmal durchlaufen - endgültig abgeschlossen werden kann. Dieses Modell stellt zudem die Besonderheit der chronisch progredienten Erkrankung dar: Es gehört zum "normalen" Verlauf, daß der Bewältigungsprozeß immer wieder von vorne beginnt. Dieses Modell dient als Entlastung für denjenigen, der sich auf dem Hintergrund langer Erfahrung mit der Erkrankung plötzlich als psychisch nicht mehr funktionsfähig erlebt, da er nicht verstehen kann, daß er immer wieder Schwierigkeiten mit der von ihm längst bewältigt geglaubten Erkrankung erlebt. Da in diesem Modell die psychischen Reaktionen auf die Erkrankung im Vordergrund stehen, betont es gleichzeitig, daß das Einbeziehen psychologischer Methoden zur Bewältigung der Erkrankung normal und notwendig ist. Gleichzeitig wird damit angegeben, daß sich die psychologische Herangehensweise nicht als Konkurrenz, sondern als gleichgewichtige Ergänzung zum biomedizinischen Vorgehen versteht.

Im zweiten Schritt wird auf den für alle Patienten gegenwärtigen Problembereich des **chronischen Schmerzes** abgehoben. Dabei wird an die Erfahrungen der Klienten mit eigenen Strategien angeknüpft und insbesondere die Wirksamkeit der Aufmerksamkeitsumlenkung herausgearbeitet. An dieser Stelle läßt sich als erstes spezifischeres Modell die Gate-Control-Theorie (Melzack & Wall, 1982) einführen. Diese ist aufgrund ihrer neurophysiologischen Annahmen und ihrer Grenzen bei der Beschreibung psychologischer Schmerzverarbeitungsvorgänge zu Recht kritisiert worden (vgl. Geissner, 1992). Für den therapeutischen Einsatz stellt sie jedoch nach wie vor das für den Laien griffigste und nachvollziehbarste Modell dar, aus dem für jeden verständliche psychologische Schmerzbewältigungstechniken abgeleitet werden können.

Der dritte Schritt greift das Thema Schmerz weiter auf. Da praktisch alle von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen betroffenen Menschen Erfahrung mit Krankengymnastik haben, wird als psychologisches Verfahren zum Einstieg die **Progressive Muskelrelaxation** (Bernstein & Borkovec, 1975) angeboten. Diese zeigt durch ihre Betonung körperlicher Prozesse große Nähe zu krankengymnastischen Übungen und vermittelt dadurch die Zugehörigkeit psychologischer Verfahren zu sonstigen therapeutischen Vorgehensweisen. Die Progressive Muskelrelaxation kann darüber hinaus mit einer spezifischeren Schmerztheorie, nämlich der des **Schmerz-Spannung-Schmerz-Kreislaufs** (Zimmermann, 1984), in Beziehung gebracht werden.

Erst im vierten Schritt, der sich nach wie vor auf das Thema Schmerz bezieht, wird ein Verfahren eingeführt, das sich von den Alltagserfahrungen der Klienten entfernt. Dieses besteht in einem mentalen Entspannungstraining, der "Phantasiereise". Diese wird mit den bereits herausgearbeiteten Ablenkungsstrategien sowie der Entspannungserfahrung durch die Progressive Muskelrelaxation verknüpft. Auf diese Weise erscheint das Verfahren nur als Variation bisher vertrauter Verfahren und wird daher leicht akzeptiert.

Im fünften Schritt wird auf den Krankheitsprozeß eingegangen. Die Vermittlung des hierfür relevanten Modells erfolgt vor dem Hintergrund der Erfahrung, daß mentale Strategien zur Symptombekämpfung einsetzbar sind. Außerdem wird die Wirkung von Vorstellungen auf körperliche Prozesse anhand einer **Übung zur Selbsterfahrung** demonstriert. Durch die Verknüpfung mit dem meist bekannten Phänomen des Placeboeffektes wird zusätzlich die Möglichkeit mentaler Beeinflussung des Krankheitsgeschehens mit dieser Übung erklärt. Abschließend wird das theoretische Modell der wechselseitigen Verknüpfung des Zentralnerven-, Immun- und hormonellen Systems, wie es sich aus den Ansätzen der Psychoimmunologie ableiten läßt (vgl. Goetzl & Spector, 1989), eingeführt.

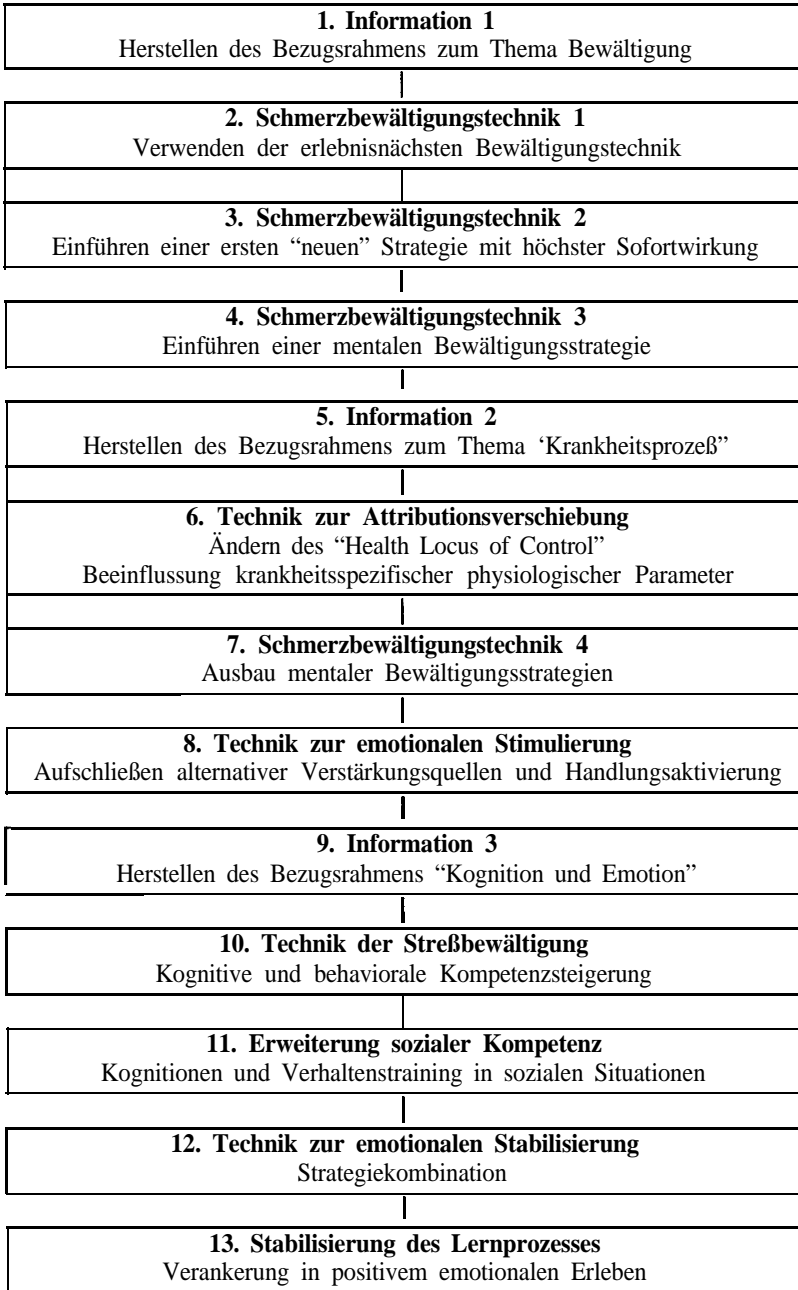


Abbildung 1: Trainingselemente zur Krankheitsbewältigung (vgl. Jungnitsch, 1992).

Der sechste Schritt besteht in der **Durchführung eines Trainings zur Visualisierung**. Dieses Training, das aus dem von Simonton, Matthews-Simonton und Creighton (1982) für Krebspatienten entwickelten Verfahren abgeleitet wurde, visiert zwei Zielbereiche an:

- Die **krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen** (Lohaus & Schmitt, 1989) sollen in günstiger Richtung verändert werden, wie es mit Hilfe dieser Methodik für Krebspatienten gelang (vgl. Rosen, 1984).
- Über mentale Übungen soll, durch **Beeinflussung immunologischer Prozesse** (vgl. Ader, Felten & Cohen, 1991), direkt auf den Erkrankungsverlauf eingewirkt werden.

Hierzu ist der Visualisierungsansatz an die immunologischen Gegebenheiten der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen anzupassen, wie dies für die chronische Polyarthrit von Jungnitsch (1992) ausgeführt wurde. Im siebten Schritt wird als Kontrast zur vorhergehenden Vorgehensweise eine weitere auf die Schmerzen fokussierende Strategie angeboten. Ähnlich wie im vorangegangenen Schritt ist die Arbeit mit Bildern die zentrale Technik. Damit soll sowohl eine detailliertere Beschreibung der Schmerzen ermöglicht als auch eine **Distanzierung vom emotionalen Aspekt der Schmerzempfindung** erzielt werden.

Der achte Schritt zielt auf die **Veränderung negativer Emotionen** und die **Überwindung von Inaktivitäts- und Rückzugstendenzen**, wie sie sich aus der Unabwägbarkeit der Erkrankungen häufig ergeben. Es sollen Anregungen gegeben werden, zu den durch Funktionseinschränkungen verlorengegangenen Erlebnisbereichen Alternativen zu finden. Hierzu wird der Ansatz des "Genußtrainings" (Lutz, 1983) gewählt, der sich bereits in der Behandlung depressiver Erkrankungen sowie als allgemeiner Ansatz zur Förderung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen bewährt hat (Koppenhöfer, 1994). Dieser aktivierende, außenorientierte Baustein wird auch als Kontrast zu den bislang eher "innenlastigen" Möglichkeiten eingesetzt. Damit soll die Notwendigkeit, auf beide Möglichkeiten zurückzugreifen, unterstrichen werden. Zudem bereitet dieser Ansatz indirekt auf den Gebrauch kognitiver Strategien vor:

- Durch den Vorschlag, trotz bestehender Krankheit etwas Positives für sich zu tun, wird ein alternatives Krankheits- oder Behinderungskonzept angedeutet.
- Die Struktur der Übung hebt vor allem auf eine flexible Wahrnehmung und Überprüfung unterschiedlicher emotionaler Reaktionen ab (Jungnitsch, 1992).

Damit sollen dem Patienten neue Perspektiven im Umgang mit seiner Krankheit aufgezeigt werden. Im nächsten, dem neunten Schritt, wird der Bereich

der **Kognitionen** offen thematisiert. Zunächst wird ein eigenes, für diesen Bereich spezifisches Erklärungsmodell geboten. Um den direkten Anschluß an die im vorhergehenden Schritt in den Vordergrund gerückte emotionale Reaktion zu gewinnen, wird das **Modell der kognitiven Bestimmung** emotionaler Reaktionen entsprechend dem Ansatz der rational-emotiven Therapie (Ellis & Grieger, 1979) herangezogen. Dieses Modell kann als Bestandteil des übergeordneten Modells der Streßregulation (in Anlehnung an Lazarus & Folkman, 1984) dargestellt werden:

- Nochmals wird auf die bereits thematisierten Bereiche **Wahrnehmung** und **Emotion** hingewiesen,
- das unerläßliche Einbeziehen **kognitiver Prozesse** unterstrichen sowie
- die Auswirkung von Modifikationen auf das konkrete Verhalten dieser drei Bereiche betont.

Im zehnten Schritt werden diese theoretischen Vorstellungen mit Hilfe einer Technik konkret umgesetzt, die aus dem Streßinokulationstraining (Meichenbaum, 1991) abgeleitet wird. Hierzu werden **Gedankenprotokolle zu relevanten Belastungssituationen** erstellt. Die in diesen Protokollen herausgearbeiteten Gedanken werden in dem Bereich "emotionale Reaktion" als positiv oder negativ beziehungsweise als hinderlich oder förderlich in dem Bereich "mögliche bewältigungsorientierte Handlungsintentionen" eingeschätzt. Für alle als veränderungswürdig bewerteten Kognitionen werden schließlich alternative, individuell passende Vorstellungen erarbeitet und festgehalten.

Im elften Schritt werden die **sozialen Beziehungen** betrachtet. Auf diesen Bereich werden die vorab erlernten Techniken übertragen. Zusätzlich sind innerhalb dieses Schrittes auch direkte behaviorale Übungsmöglichkeiten in Form entsprechender Rollenspiele vorgesehen. Im zwölften Schritt werden anhand eines festgesetzten Themas (Situationen von Trauer und Verlust) alle erarbeiteten **Strategien** hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeiten in bereits erlebten oder zukünftigen Situationen **überprüft** und entsprechende Modifikationen überlegt. Der dreizehnte Schritt schließt das Programm mit einer Übung zur **Vermittlung eines positiven Gruppengefühls** ab (vgl. Jungnitsch, 1992), um das gesamte Programm noch einmal in den Rahmen einer insgesamt positiven emotionalen Atmosphäre zu stellen.

Die den jeweiligen Schritten zugeordneten Übungen werden durch Hausaufgaben ergänzt, um den Transfer in den Alltag ausprobieren und damit verbundene Schwierigkeiten gleich innerhalb des Trainingsprogramms ausräumen zu können. Die Umsetzung der beschriebenen Schritte soll anhand eines Gruppenprogramms für Patienten mit chronischer Polyarthritits - sowie den Hinweis auf eine Variation für Patienten mit Spondylitis ankylosans - illustriert werden.

Beide Programme wurden für den Einsatz innerhalb stationärer Rehabilitationsmaßnahmen entwickelt (Jungnitsch, 1992; Jungnitsch & Stöveken, 1994).

3.1.1 Symptomorientierte stationäre Gruppenprogramme

Zunächst wird auf die Konzeption für Patienten mit chronischer Polyarthritits eingegangen. Das Programm wurde den Gegebenheiten eines (meist) vierwöchigen Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik angepaßt und auf sechs Sitzungen ausgelegt. Die Gruppengröße ist mit durchschnittlich fünf, maximal sieben Personen veranschlagt. Die Dauer der einzelnen Sitzung beträgt maximal 90 Minuten. Die Teilnahme ist freiwillig und wird jedem in Frage kommenden Patienten durch ein Informationsschreiben angekündigt. Das Schreiben enthält eine ausdrückliche ärztliche Empfehlung zur Gruppenteilnahme und lädt zunächst zu einem individuellen Vorgespräch ein. In diesem Einzelgespräch wird von einem Psychologen die Motivation sowie die letztendliche Indikation zur Gruppenteilnahme geklärt.

Indikationen und Kontraindikationen ergeben sich einerseits aus der Grundkonzeption dieses Programms als Standardangebot, andererseits aus den spezifischen Prozessen der Bewältigung einer chronischen Erkrankung. Für Patienten mit mehreren Erkrankungen besteht keine Kontraindikation (vgl. Tab. 3); es ist aber darauf zu achten, daß für sie Gruppen mit schwerer betroffenen Personen hilfreich sind. Für den übrigen Personenkreis ist zu den im Bewältigungsverlauf genannten Zeitpunkt eher eine Einzelbetreuung sinnvoll.

Tabelle 3: Indikationskriterien eines psychologischen Krankheitsbewältigungstrainings.

| Trainingsprogramme zur Krankheitsbewältigung | |
|---|---|
| Indikation | Kontraindikation |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnose alter als sechs Monate ● Ansätze bewältigungsorientierten Verhaltens: <ul style="list-style-type: none"> • Suche nach Alternativen zu bisherigem Bewältigungsverhalten • Suche nach Information • Wunsch nach Beteiligung am Behandlungsplan • Wunsch nach Austausch mit Mitbetroffenen ● Bestehen kurzfristiger emotionaler Beeinträchtigung ● Bestehen kurzzeitiger krankheits- oder behandlungsbezogener Probleme | <ul style="list-style-type: none"> ● Frische Diagnose (< 6 Monate) ● Multimorbide Patienten ● Bewältigungsabschnitt "Schock" ● Bewältigungsabschnitt "Verleugnung" |

Zusätzlich ist zu überlegen, ob nicht eher eine individuelle Psychotherapie indiziert ist (siehe Tab. 4). Für diese ist zwar keine Kontraindikation zur Gruppenteilnahme gegeben, sie ist jedoch erst vor dem Hintergrund mehrerer voranlaufender sowie begleitender individueller Kontakte in psychotherapeutischem Rahmen (siehe auch 2.2) als sinnvoll anzusehen.

Tabelle 4: Indikationen für Psychotherapie bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

| Indikation zur Psychotherapie bei chronisch Kranken |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Depression, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung oder passive Resignation über einen längeren Zeitraum hinweg ● Verhaltensweisen, die zur Bewältigung eingesetzt wurden, werden als nicht mehr hilfreich beziehungsweise selbst als Problem gesehen ● Einschränkungen in Lebensführung und Lebensqualität, denen keine Funktionseinschränkungen zugrunde liegen ● Verhaltensdefizite und Verhaltensexzesse (Kontaktaufnahme, Emotionsausdruck, Medikamentenverbrauch, Klageverhalten) ● Überdauern beklagter Veränderungen |

Die Gruppenstunden sind, zusammen mit den Durchführungshinweisen, im Anhang am Ende dieses Beitrags zusammengefaßt. Die genannten Materialien zur Gestaltung (Folien, Übungsanweisungen, Protokollblätter) sowie weitergehende Hinweise finden sich in dem von Jungnitsch (1992) veröffentlichten Materialienband. Aus der Darstellung geht hervor, daß sich dieses Programm durch eine Kombination der genannten Grundschriffe konstituiert. Aus der Kombination und damit auch der Gewichtung dieser Schritte, lassen sich hinsichtlich Umfang, Dauer sowie Betonung einzelner Schwerpunkte verschiedene Gruppenkonzepte ableiten. Es besteht dabei die Möglichkeit, einzelne Elemente mit für die verschiedenen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen spezifischen Problembereichen zu füllen. Dies wurde beispielsweise unter Beibehaltung der prinzipiellen Gruppenstruktur für Patienten mit Spondylitis ankylosans realisiert.

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, wurden hier Schwerpunktveränderungen im Schmerzbewältigungsverfahren "Progressive Muskelentspannung" vorgenommen sowie die Themenbereiche "Aufrechterhalten der täglichen Krankengymnastik" und "Kommunikative Funktion der Erkrankung" sowohl von der Reihenfolge der zu behandelnden Themenbereiche als auch deren Gewichtung her verändert.

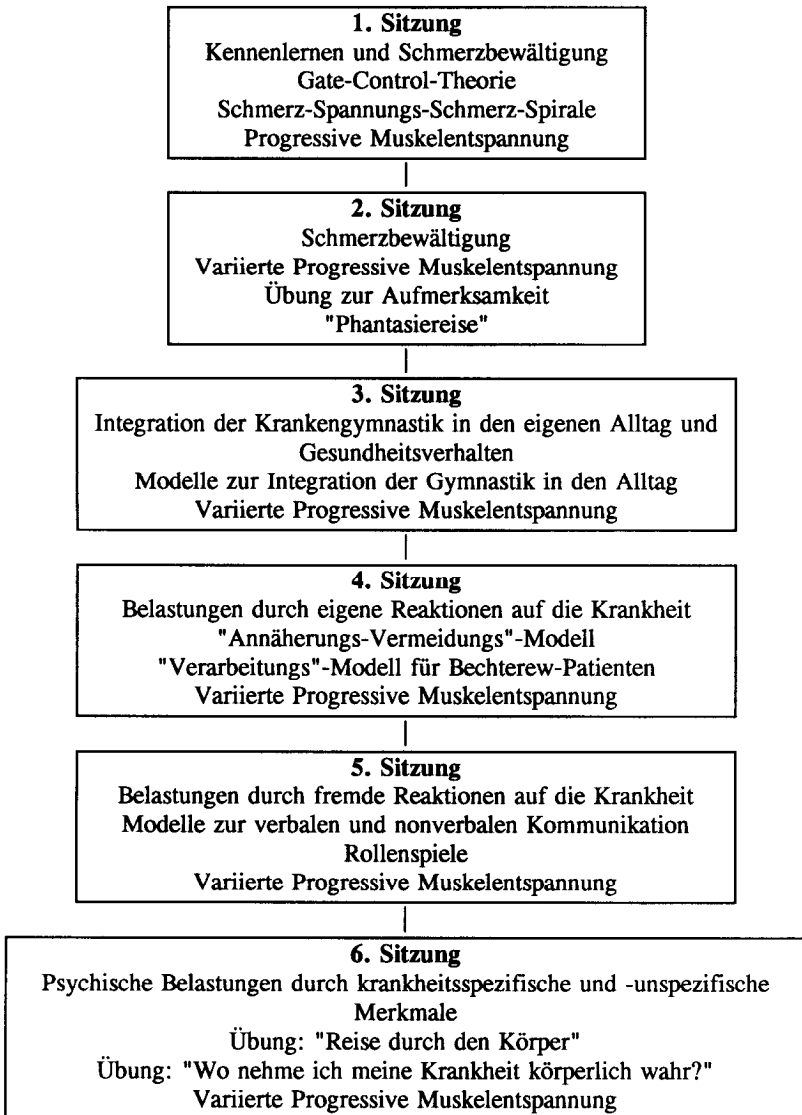


Abbildung 2: Übersicht über die sechs Sitzungen des Trainings zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei Spondylitis ankylosans.

3.1.2 Prozeßorientierte verhaltensmedizinische Intervention

Obwohl das Vorgehen für diesen Bereich noch als spekulativ zu bezeichnen ist, soll dieser aus der klinischen Forschung erfolgversprechende Ansatz nicht nur vor dem Hintergrund wachsender Evidenz seitens der Grundlagenforschung

(Ader et al., 1991) dargestellt werden. Neben den eher uneinheitlichen Ergebnissen der tierpsychologischen Forschung (Klosterhalfen, 1987), sind in jüngerer Zeit speziell für die Anwendung im Bereich der rheumatologischen Erkrankungen interessante Befunde berichtet worden (Jungnitsch, Del Monego, Pollock & Viehhauser, 1994; Kopp et al., 1993). Da das zugrundegelegte Vorgehen mit den Grundprinzipien kognitiv-behavioraler Verfahren übereinstimmt und als eine Variationsmöglichkeit der oben beschriebenen Grundstruktur zu betrachten ist, soll es im folgenden näher erläutert werden. Es ist zu beachten, daß nicht nur eine Variation des Grundvorgehens gewählt wurde, sondern Bausteine herausgegriffen und auf dem Hintergrund des Gesamtverfahrens zu einer einheitlichen Vorgehensweise ausgebaut wurden. Dabei wird auf die Schritte fünf und sechs des geschilderten Grundgerüsts Bezug genommen.

Das zu schildernde Programm wurde den Bedingungen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen angepaßt. Daher gelten die schon erwähnten Vorbemerkungen für Patienten mit chronischer Polyarthritis bezüglich der Gruppengestaltung und der Indikationsfrage. Allerdings ist einschränkend anzumerken, daß diese Gruppe nur für Patienten mit einer **gesicherten Beteiligung des Immunsystems** an der Entstehung oder Fortentwicklung der Erkrankung indiziert ist (vgl. Tab. 5). Eine Anpassung des nachstehend beschriebenen Programms auf ambulante Ansätze ist ohne weiteres möglich. Zur inhaltlichen Skizzierung der Programmschritte bezüglich der konkreten Übungen und Hintergrundmaterialien wird auf die Darstellung in Jungnitsch (1992) verwiesen.

Eine interessante Variation dieses Gruppenkonzeptes für den stationären Rahmen entwickelte Viehhauser (1994). Anstelle frei entwickelter Bilder gibt er ein standardisiertes Bild, die Optimierung der Immunfunktion im Thymus, vor. Besonderer Wert wird darauf gelegt, daß die Vorgehensweise sowohl der Entspannung als auch der Visualisierung in ihrer Struktur und Einzelschritten den Teilnehmern möglichst transparent wird. Damit soll einerseits eine stärkere Übungsbetonung in der Gruppe, andererseits eine bessere Übertragbarkeit der Vorgehensweise in den Alltag erreicht werden. Die von Viehhauser (1994) durchgeführte Untersuchung bestätigt sowohl die Wirksamkeit des beschriebenen Vorgehens als auch eine Überlegenheit seines Ansatzes bezüglich der Eigenaktivität der Patienten und der Intensität, mit der sie die Übungen durchführen. Dies hat vor dem Hintergrund der Ergebnisse von Kopp und Mitarbeitern (1993), daß dieses Vorgehen nur bei Personen, die die Visualisierung regelmäßig durchführen, wirksam ist, besondere Bedeutung.

Tabelle 5: Struktur des Gruppenprogramms für Patienten mit einer gesicherten Beteiligung des Immunsystems.

1. Gruppenstunde: Informationsphase - Modell der Krankheitsentstehung

Die Stunde wird mit einer Vorstellung eingeleitet. Die Teilnehmer berichten über Entstehung und Verlauf ihrer Erkrankung sowie über vermutete Einflußmöglichkeiten. Sie werden befragt, unter welchen Bedingungen sich ihre Symptome verändern. Mittel und Wege, die sie selbst zur Krankheitsbeeinflussung herausgefunden haben, werden besonders herausgearbeitet. Im Anschluß an diesen Abschnitt wird das psychoimmunologische Krankheitsmodell vermittelt. Eine Demonstration des Einflusses von Gedanken auf körperliche Vorgänge durch die "Zitronenübung" führt zu einem Grundmodell eigener Einflußmöglichkeiten. Die enge Verbindung psychischer und physiologischer Prozesse kann mit dem Beispiel des Placeboeffektes sehr gut veranschaulicht werden. Zur Unterstützung wird den Teilnehmern Begleitmaterial zur Theorie der Krankheitsentstehung sowie der Text "Unbewußte Prozesse und Krankheitsentstehung" gegeben.

2. Gruppenstunde: Erproben der eigenen Vorstellungsfähigkeit

Diese Stunde wurde erst durch die Arbeit von Viehhauser (1994) in die Ablaufstruktur aufgenommen und ersetzt die unspezifische Übung des Programms nach Jungnitsch (1992) zur Phantasiereise. In Anlehnung an das diagnostische Instrument der "Creative Imagination Scale" (Wilson & Barber, 1978) sollen in dieser Stunde die Imaginationsfähigkeiten der Teilnehmer überprüft und vertieft werden. Anschließend wird die in der ersten Stunde gegebene Literatur im Hinblick auf die persönlichen Erfahrungen der Teilnehmer besprochen und in das Modell der psychophysiologischen Funktion der Visualisierung eingeordnet. Dieses Modell soll das komplexe Wechselspiel der körperlichen und geistigen Systeme veranschaulichen. Daran schließt sich eine Vorübung in Form des oben genannten Imaginationstests an. In diesem werden verschiedene sensorische Systeme (z.B. Sehen, Hören und Riechen) sowie Empfindungen (z.B. Schwere, Kühle und Zeitverzerrung) angesprochen. Damit kann jeder Teilnehmer seine Stärken und Schwächen im Umgang mit Vorstellungen herausfinden; zudem wird verdeutlicht, daß sich Imagination nicht auf "visuelle Vorstellung" beschränkt, sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Möglichkeiten beinhaltet. Die Teilnehmer werden ermutigt, sich zunächst auf ihr bevorzugtes Vorstellungssystem zu verlassen und darauf aufbauend mit zunehmender Übung auch andere Empfindungen zu integrieren. Das schriftliche Begleitmaterial soll die Wissenschaftlichkeit dieses Vorgehens dokumentieren und von nicht fundierten oder ausschließlich spekulativen Verfahren abgrenzen.

3. Gruppenstunde: Visualisierungsübung "Gesunde Funktionen" und Erarbeiten individueller Krankheitsbilder

Nach der Besprechung der Hausaufgabe wird eine erste konkrete Übung zur Visualisierung durchgeführt. Hierbei handelt es sich um eine Vorübung, die das Selbstbild der Teilnehmer in Richtung einer positiven Wertung des eigenen Körpers verändern soll. Patienten erleben sich nämlich häufig als "ganz und gar krank" und minderwertig. In der Übung "Gesunde Funktionen" soll die Aufmerksamkeit auch auf die Teile des Körpers gerichtet werden, die völlig gesund und in Ordnung sind. Anschließend soll jeder Einzelne, unter Beteiligung aller Gruppenmitglieder, ein Bild seiner Erkrankung sowie der Veränderungen, die auftreten sollen, erarbeiten. Als Hausaufgabe sollen sich die Teilnehmer mit der Ausgestaltung ihres individuellen Krankheitsbildes bezüglich der Überwindung der Erkrankung und des Medikamentengebrauchs beschäftigen.

4. Gruppenstunde: Visualisierungsübung

Für die Besprechung der Hausaufgabe und der endgültigen Formulierung der individuellen Vorstellungen der Erkrankung und ihrer Veränderung wird relativ viel Zeit eingeräumt. Dies läßt sich damit begründen, daß es vielen Patienten zunächst nicht gelingt, in ihre Krankheitsvorstellung auch eine positive Veränderung und ein hilfreiches Mitwirken der medikamentösen Behandlung einzubeziehen. Erst wenn dies in der Vorbereitung gelungen ist, kann die Visualisierungsübung konkret durchgeführt werden. Diese wird im Gruppensetting möglichst offen instruiert, um allen Teilnehmern die Realisierung ihrer eigenen Vorstellungen zu ermöglichen. In der Anleitung wird auf eine Harmonisierung der medizinisch bislang noch nicht konkret faßbaren Abläufe im Immunsystem abgehoben. In der Nachbesprechung zeigt sich häufig, daß sich während der Übung ganz andere, für die Teilnehmer oft überraschende, Bilder anstelle der ausführlich vorbereiteten einstellen. Diese Bilder sind nach Auffassung des Autors jedoch ein guter Hinweis darauf, daß sich der Patient ganz auf die Übung einlassen konnte und vor dem Hintergrund der vorgehend kognitiven Vorbereitung ein inhaltlich und emotional stimmiges Bild entwickeln konnte. Als Hausaufgabe soll die Übung mit Hilfe einer auf Kassette aufgenommenen Anleitung mindestens zweimal täglich durchgeführt werden.

5. Gruppenstunde: Ausformung der individuellen Vorstellungsbilder

Der Schwerpunkt dieser Stunde liegt im Bestärken und Ausformen der individuellen Vorstellungsbilder. Hierzu kann die Anleitung zur Visualisierungsübung "Veränderung des Krankheitsprozesses" in einer stichpunktartigen Kurzfassung gegeben werden. Eine Variation hierzu besteht darin, nicht die Übung nochmals durchzuführen, sondern die Teilnehmer ihre gegenwärtigen Vorstellungen in Form eines gemalten Bildes gegenständlich werden zu lassen. Diese Stunde ist relativ offen zu gestalten, in der Praxis füllt die weitere Ausformung der Vorstellungen sowie das Besprechen der Schwierigkeiten mit der Übung oft die gesamte Stunde aus. Als Hausaufgabe soll die Übung mindestens zweimal täglich konsequent durchgeführt werden.

6. Gruppenstunde: Visualisierungsübung "Zukunft ohne Krankheit" - Alltagsübertragung

Thema der letzten Sitzung ist die Übertragung des Gelernten in den Alltag. Hierzu wird nach der Besprechung der Hausaufgabe die Visualisierungsübung "Reise in die Zukunft ohne Krankheit" durchgeführt. Damit sollen Zielvorstellungen bezüglich künftiger Möglichkeiten initiiert werden. "Ohne Krankheit" heißt dabei so körperlich gesund, wie dies im Rahmen der medizinischen Fakten realistisch möglich ist. Damit ist gleichzeitig auch ein Gesundheitskonzept gemeint, daß eine gesunde und befriedigende Lebensführung trotz der körperlichen Beschränkungen zum Ziel hat (vgl. Lutz, 1993). Im Auswertungsgespräch wird den Teilnehmern die Anwendung der Visualisierung als Bewältigungsstrategie gerade für Rückfälle im Krankheitsprozeß nahegelegt. Dazu werden unterschiedliche, nicht mit der Krankheit in Zusammenhang stehende Problemsituationen der Teilnehmer aufgegriffen und die Anwendung der Visualisierung auf diese Bereiche konkret besprochen.

4 **Schlußfolgerungen**

In der Rehabilitation entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wird eine Vielzahl psychologischer Interventionsmöglichkeiten eingesetzt. Für eine optimale Versorgung der von diesen schwerwiegenden Erkrankungen betroffenen Patienten ist der Einbezug dieser Behandlungsansätze zu fordern. Dies drückt sich auch in den Forderungen der Reha-Kommission (VDR, 1991) aus, die hierin einen verbindlichen Standard in der Rehabilitation des angesprochenen Personenkreises sieht.

Der Umsetzung dieser Konzepte stehen jedoch vielfältige Schwierigkeiten gegenüber. Eine besonders grundlegende Schwierigkeit ist in dem bislang noch wenig ausgeprägten Verständnis von Teamarbeit im medizinischen System zu sehen, wie dies Weber (1995) schon für den Bereich der kardiologischen Rehabilitation hervorhebt. Hier ist, vor allem im Bereich der Ausbildung der verschiedenen Professionen sowie in der Diskussion des Anspruchs einzelner Berufsgruppen hinsichtlich einer - letztendlich nur historisch zu begründenden Gesamtverantwortung für den Rehabilitationsprozeß - noch einiges zu leisten.

Speziell für den psychologischen Bereich ist die Abkehr von einer ausschließlich klinisch-psychotherapeutischen Betrachtungsweise in der Arbeit mit chronisch Kranken, die sich manchmal noch in der Verfolgung überholter psychosomatischer Betrachtungsweisen äußert, zu fordern. Alternative Betrachtungsweisen sollten in diesem Artikel verdeutlicht werden. Verhaltensmedizinische Maßnahmen, besonders in der hier vorliegenden Form trainingsorientierter Verfahren, sind allen von einer entzündlich-rheumatischen Erkrankungen betroffenen Patienten als Therapiebestandteil nahezubringen.

Bei allen inhaltlichen Überschneidungen psychologischer Gruppenprogramme für die einzelnen, medizinisch bestimmten Diagnosegruppen ist darauf zu achten, daß krankheitsspezifische Programme konstruiert werden. Hier besteht, außer für Patienten mit chronischer Polyarthritits und bedingt auch für Spondylitis ankylosans, bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ein großer Nachholbedarf. Die unerläßliche Einbeziehung psychologischer Behandlung in stationäre Therapien ist durch ambulante Angebote zu ergänzen. Hier bietet sich eine Möglichkeit, das oben geschilderte Grundkonzept in seinen einzelnen Bausteinen zu realisieren. Die Patienten können so die Angebote reflektieren und sie sofort in dem gegebenen Umfeld erproben. Schwierigkeiten und Begrenzungen können im Gruppenrahmen aufgearbeitet werden. Die Entwicklung und empirische Überprüfung psychologischer Angebote für alle von einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung betroffenen Personen, bleibt jedoch weiterhin Aufgabe aller in diesem Bereich tätigen Psychologen.

Literatur

- Ader, R., Felten, D.L. & Cohen, N. (1991). Psychoneuroimmunology. San Diego: Academic Press, 2nd edition.
- Alexander, F. (1977). Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter.
- Basler, H.D., Rehfisch, H.P. & Mattussek, S. (1992). Psychologische Interventionen bei entzündlichen Gelenkerkrankungen. In H.D. Basler, H.P. Rehtisch & A. Zink (Hrsg.), Psychologie in der Rheumatologie (157-172). Berlin: Springer.
- Berlit, P. (1989). Lupus erythematoses und Nervensystem. Deutsches Ärzteblatt, 86, 2192-2196.
- Bernstein D.A. & Borkovec, T.D. (1975). Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. München: Pfeiffer.
- Bräutigam, W. & Christian, P. (1986). Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 4. Auflage.
- Broda, M. (1987). Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- BMFT (Hrsg.)(1988). Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken. Bonn: Bundesminister für Forschung und Technologie.
- Eberstaller, M. (1987). Suggestion und Biofeedback bei Raynaud-Syndrom. Vortrag beim 1. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation. München, 2.-4. April 1987.
- Eich, W. (1995). Psychosomatische Aspekte bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt, 92, 1021-1026.
- Ellis, A. & Grieger, R. (Hrsg.)(1979). Praxis der rational-emotiven Therapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Engel, J.M. & Ströbel, G. (1990). Rheumatherapie. Weinheim: Edition Medizin VCH.
- Fehr, K. & Böni, A. (1989). Therapie der chronischen Polyarthritiden. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), Rheumatologie in Praxis und Klinik (7.124-7.170). Stuttgart: Thieme.
- Fehr, K., Miehle, W., Schattenkirchner, M. & Tillmann, K. (Hrsg.)(1989), Rheumatologie in Praxis und Klinik. Stuttgart: Thieme.
- Fink, M. (1989). Psychologische Effekte einer Aufrichtungsoperation. Falldarstellung. Rheumaklinik Oberammergau: Unveröffentlichter Bericht.
- Finzi, F. & Gibelli, E. (1991). Psoriatic Arthritis. International Journal of Dermatology, 30, 1-7.
- Flor, H. & Hermann, C. (1992). Psychophysiologische Verfahren (Biofeedbackverfahren) in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), Psychologie des Schmerzes (349-368). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Geissner, E. (1992). Psychologische Modelle des Schmerzes und der Schmerzverarbeitung. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), Psychologie des Schmerzes (25-41). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Geissner, E., Jungnitsch, G. & Schmitz, J. (1994). Psychologische Behandlungsansätze bei Schmerz. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 42, 319-338.
- Gerber, N.J. (1989). Polymyalgia rheumatica und andere Varianten der Riesenzellarteriitis. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), Rheumatologie in Praxis und Klinik (11.81-11.96). Stuttgart: Thieme.

- Giordano, M. (1989). Progressive systemische Sklerose. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (11.31-11.40). Stuttgart: Thieme.
- Goetzl, E.J. & Spector, N.H. (1989). *Neuroimmune networks: Physiology and disease*. New York: Liss.
- Haustein, U.F. & Seikowski, K. (1990). *Psychosomatische Dermatologie*. *Dermatologische Monatsschrift*, 176, 725-733.
- Herold, G. (1994). *Innere Medizin*. Köln: Selbstverlag.
- Herzer, P. (1989). Lyme-Borreliose. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (7.283-7.291). Stuttgart: Thieme.
- Hettenkofer, H.-J. (1984). *Rheumatologie: Diagnostik, Klinik, Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Hohmeister, R. (1989). Epidemiologie. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (4.1-4.9). Stuttgart: Thieme.
- Jungnitsch, G. (1995). Psychologie in der rheumatologischen Rehabilitation: Generelle und spezifische Ansätze. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 27, 181-196.
- Jungnitsch, G. (1994). Rheumatische Erkrankungen. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren*. Band 2: Anwendungen (171-203). Weinheim: Beltz.
- Jungnitsch, G. (1992). Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen. *Psychologische Hilfen im Einzel- und Gruppentraining*. München: Quintessenz.
- Jungnitsch, G., Del Monego, P., Pollock, M. & Viehhauser, R. (1994). Psychologische Modifikationen der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsprozesses: Visualisierungstechniken bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. In K. Pawlik (Hrsg.), 39. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Abstracts Bd. I(330). Hamburg: Psychologisches Institut I der Universität Hamburg.
- Jungnitsch, G. & Stöveken, D. (1994). Entwicklung und empirische Überprüfung eines psychologischen Schmerz- und Krankheitsbewältigungstrainings für Patienten mit Morbus Bechterew. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz* (145-162). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kalden, J.R. & Manger, B. (1989). Systemischer Lupus erythematodes. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (11.1-11.30). Stuttgart: Thieme.
- Klosterhalfen, W. (1987). *Experimenteller Streß und Adjuvans-Arthritis*. Ein Beitrag zur Psychoimmunologie. Frankfurt: Athenäum.
- Köhler, H. (1982). *Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthritis - Eine empirische Untersuchung*. Tübingen: Unveröffentlichte Dissertation.
- Köhler, H. & Jungnitsch, G. (1992). Psychotherapie bei Schmerz - Ein Fallbeispiel. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), *Psychologie des Schmerzes* (243-264). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Köhler, T. (1992). Psychologische Modelle zur Genese der rheumatoiden Arthritis. In H.D. Basler, H.P. Rehfish & A. Zink (Hrsg.), *Psychologie in der Rheumatologie* (83-94). Berlin: Springer.
- Kopp, E., Pollock, M., Viehhauser, R. & Jungnitsch, G. (1993). Visualisierungstechniken in der (Schmerz-)Behandlung bei chronischer Polyarthritis: Psychologische und somatische Effekte. *Der Schmerz*, 7 (Suppl. 1), 50-51.
- Koppenhöfer, E. (1994). Die kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Aktivierung gesundheitsfördernder Anteile. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationärer Verhaltenstherapie* (529-532). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Krüger, K. (1989). Reiter-Syndrom. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (7.123-7.227). Stuttgart: Thieme.
- Lamparter-Lang, R. (1994). Freiburger Rheumaschule - Ein Modell zur komplementären Behandlung von Patienten mit rheumatischer Arthritis. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz* (163-168). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lamparter-Lang, R. (1992). Ambulante Behandlung von Patienten mit chronischen Gelenk- und Rückenschmerzen. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), *Psychologie des Schmerzes* (295310). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lohaus, A. & Schmitt, G.M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. (1993). Was ist richtig? "Gesundheit" und "Krankheit" oder "Gesundheit" versus "Krankheit". In H. Lieb & R. Lutz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (46-50). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lutz, R. (1983). *Genuß und Genießen*. Weinheim: Beltz.
- Matussek, S. (1989). Aufklärungs- und Informationsprogramme für Rheumapatienten. In H.P. Rehfisch, H.-D. Basler & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma* (38-53). Berlin: Springer.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Streß*. Bern: Huber.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1982). Schmerzmechanismen: Eine neue Theorie. In W. Keeser, E. Pöppel & P. Mitterhusen (Hrsg.), *Schmerz* (8-29). München: Urban & Schwarzenberg.
- Miehle, W. (1989). Arthritis Psoriatica. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (7.197-7.212). Stuttgart: Thieme.
- Rak, A. (1991). Der Einfluß des Visualisierens auf den Erwerb neuer Bewegungsmuster. Universität Regensburg: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Raspe, H.-H. (1990). Erkrankungen des Bewegungsapparates: Chronische Polyarthrit. In Th. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (815-828). München: Urban & Schwarzenberg, 4. Auflage.
- Raspe, H.-H. (1989). Die chronische Polyarthrit aus psychosomatischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung epidemiologischer und soziologischer Zusammenhänge. In R. Klußmann & M. Schattenkirchner (Hrsg.), *Der Schmerz- und Rheumakranke* (36-47). Berlin: Springer.
- Raspe, H.-H. & Rehtisch, H.P. (1990). Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (328-347). Berlin: Springer.
- Rehfisch, H.P. (1994). Psychologische Therapie bei rheumatischen Erkrankungen. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz* (121-135). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Rehfisch, H.P. (1992). Psychologische Therapie bei chronischen rheumatischen Erkrankungen. In H. Weber-Falkensammer (Hrsg.), *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation* (78-91). Stuttgart: Fischer.
- Rehfisch, H.P., Basler, H.-D. & Seemann, H. (Hrsg.) (1989). *Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma*. Berlin: Springer.
- Roitt, I.M. (1988). *Leitfaden der Immunologie*. Darmstadt: Steinkopff, 3. Auflage.
- Rosen, S. (1984). Hypnose als begleitende Maßnahme bei der chemotherapeutischen Behandlung von Krebs. *Hypnose und Kognition*, 1, 17-26.

- Schlumpf, U. & Lüthy, R. (1989). Gelenkinfektionen und Arthritiden bei Infektionskrankheiten. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (7.256-7.282). Stuttgart: Thieme.
- Schumacher, H.-L. (1995). Gesundheitsbildung in der stationären Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 217-230.
- Schwarz, D. (1986). Verhaltenstherapie. In Th. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (268-291). München: Urban & Schwarzenberg, 3. Auflage.
- Shontz, F. C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: McMillan.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S. & Creighton, J. (1982). *Wieder gesund werden*. Reinbek: Rowohlt.
- Steiger, U. (1989). Juvenile chronische Arthritis. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik* (7.171-7.195). Stuttgart: Thieme.
- Steinbrocker, O., Traeger, C. & Battermann, R.C. (1949). Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association*, 140, 659-663.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1993). Aufbau sozialer Kompetenz. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (83-88). Berlin: Springer, 2. Auflage.
- VDR (1991). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Abschlußberichte-Band III, Teilband 1*. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Viehhauser, R. (1994). *Immunspezifische Imaginationsverfahren für Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung*. Universität Regensburg: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Vischer, T.L. (1989). Panarteriitis nodosa und andere nekrotisierende Vaskulitiden. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik*. Stuttgart: Thieme.
- Weber, R. (1995). Interdisziplinäre Teamarbeit in der kardiologischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 27, 197-215.
- WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Genf: WHO.
- Wilson, S.C. & Barber, T.X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 235-249.
- Wright, B.A. (1983). *Physical disability - A psychosocial approach*. New York: Harper & Row.
- Zeidler, H. (Hrsg.) (1989). *Rheumatologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Zimmermann, M. (1994). Physiologische und pathophysiologische Mechanismen bei chronischen Schmerzen im Bereich des Bewegungssystems. In H. Seelbach, J. Kugler & W. Neumann (Hrsg.), *Rheuma, Schmerz, Psyche* (49-68). Bern: Huber.
- Zink, A., Zink, C. & Hoffmeister, H. (1985). *Rheumatische Krankheit und soziale Lage. Eine empirische Studie aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes*. Berlin: de Gruyter.

Anhang

Multimodales Programm in sechs Gruppenstunden zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung für Patienten mit chronischer Polyarthritis.

| Struktur des Schmerz- und Krankheitsbewältigungstrainings | |
|--|---|
| Stichpunkte zur Durchführung des Trainings | Therapeutenanleitung zur Stundengestaltung |
| I. Information 1 und Schmerzbewältigungstechnik 1 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einleitung: <ul style="list-style-type: none"> • Patientengespräch zu Entstehung und Verlauf der Krankheit • Angabe der individuellen Zielvorstellungen ▶ Modellvorstellungen zur Bewältigung: <ul style="list-style-type: none"> • Erfragen der bestehende] Modelle; Einordnen in das Annäherungs-Vermeidungsmodell • Schmerzbewältigungstechnik 1: <ul style="list-style-type: none"> • Ablenkungsstrategien • Stegreifübung in Aufmerksamkeit und Wahrnehmung • Differenzierung äußerer und innerer Ablenkung • Hausaufgabe <ul style="list-style-type: none"> • Ziele • Ablenkungsmöglichkeiten | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gesprächsführungsstrategie: <ul style="list-style-type: none"> • Herausstellen von Gemeinsamkeiten und individuellen Verläufen • Ordnen der Aussagen in die kognitive Ebene der Bewertungen, emotionale Ebene der Gefühle, sensorische Ebene der Wahrnehmungen ▶ Darstellung des Annäherungs-Vermeidungsmodells im Kurzvortrag mit Folie; eventuell Veranschaulichen des Modells mit therapeutischem Bild "Der Fluß" ▶ Übung zur Aufmerksamkeit und Wahrnehmung entweder <ul style="list-style-type: none"> • ankündigen und nach Übungstext durchführen oder • aus der Situation heraus; Reizbedingungen im Hintergrund ansprechen und dadurch in der Vordergrund treten lassen ▶ Funktion und Zweck von Hausaufgaben erläutern Ausgabe der Übungsblätter |

II. Schmerzbewältigungstechnik 2 + 3 und Information 2

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Besprechung der Hausaufgabe ▶ Entspannungstraining; Ein- und Durchführung der Kurzform “progressive Muskelentspannung” ▶ Imaginative Entspannung; Ein- und Durchführung der Phantasiereise ▶ Modellvorstellung zum psychologischen Therapieansatz <ul style="list-style-type: none"> · “Zitronenübung” • Darstellung der psychoimmunologischen Wechselwirkungshypothese ▶ Hausaufgabe Üben mit Kassette | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ansprechen jedes Gruppenmitglieds, gegebenenfalls: <ul style="list-style-type: none"> • Korrektur unrealistischer Zielvorstellungen • Hinweis auf Veränderbarkeit von Ablenkungsmöglichkeiten • Aufforderung zur Fortführung und Ergänzung mindestens während der Gruppendauer ▶ Darstellung des Schmerz-Spannungs-Schmerz-Kreislaufs; Hinweis auf die Ähnlichkeit zur Krankengymnastik; Darstellung des Vorgehens anhand des Bergrücken-Plateau-Steilabfall-Bildes und des Pendelvergleichs <ul style="list-style-type: none"> • Erfragen der Einschränkungen körperlicher Bewegungen jedes Teilnehmers, notfalls Rücksprache mit Krankengymnast oder Arzt • Auswertungsgespräch ▶ Darstellung der Phantasiereise als Entspannungs- oder innere Ablenkungsmethode <ul style="list-style-type: none"> • Vorzugsweise eine offene Bildvorgabe wählen (um die Sinneskanäle anzusprechen) • Alternativ die Phantasiereise ohne Einführung an die Muskelentspannung anschließen, Einordnung und Absicht des Verfahrens anhand der Erfahrungen im Auswertungsgespräch ▶ “Zitronenübung” ohne Einleitung durchführen, im Auswertungsgespräch zunächst die Beobachtungen der Teilnehmer, anschließend die Vermutung über den Sinn der Übung erfragen <ul style="list-style-type: none"> • Herstellen des Krankheitsbezugs durch Darstellung der Parallelen zwischen den erlebten körperlichen Phänomenen und dem Placeboeffekt (Folie) ▶ Ausgabe der Kassette 1 (Progressive Muskelentspannung/Phantasiereise) <ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung und Ausgabe des Protokollblattes zur Entspannung |
|--|---|

IV. Genußtraining

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Besprechen der Hausaufgabe ● Einführung der Genußübung ● Durchführung der Genuß-I Sinnesübung ● Hausaufgabe und Übertragung der Übung auf den Alltag; Hintergrundinformation" Genuß-regeln" | <ul style="list-style-type: none"> ● Schwierigkeiten und Erfahrungen mit der Übung. Betonung der Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Haben sich Bilder verändert? • Konnte eine Überwindung der Krankheit/ Einbeziehung der Medikamente erzielt werden? • Sind Ängste vor der Übung aufgetreten? • Verstärkung für jeden Ansatz zur Vorstellungsarbeit geben. Betonen, daß die Ausgestaltung des Bildes Zeit braucht und ebensowenig wie Entspannung erzwungen werden kann. ● Gruppengespräch wird auf Themen veränderter positiver Wahrnehmung zentriert. <ul style="list-style-type: none"> • Einstieg: Frage nach dem letzten Urlaub oder der Zeit, in der letztmals eine positive Krankheitsveränderung wahrgenommen wurde etc. • Fazit wird mit Hilfe der Folie "Wahrnehmung und Gefühl" gezogen. ● Tastübung und Instruktion entsprechend der Vorgabe. <ul style="list-style-type: none"> • Auswertungsgespräch bezieht sich auf Änderungen in den gefühlsmäßigen Bewertungen vor allem, wenn diese für ein- und denselber Gegenstand aufgetreten sind. • Alternativ läßt sich die Übung auch durchführen, indem die Punkte 2 und 3 umgekehrt werden, d.h. die Tastübung wird ohne Einleitung durchgeführt; bei der Auswertung die Gruppe nach dem Sinn und Zweck der Übung fragen. ● Sammeln von Möglichkeiten der Alltagsübertragung in der Gruppenstunde mit Hilfe der Genußregeln; was genießt jeder gegenwärtig und was könnte er noch genießen? <ul style="list-style-type: none"> • Festlegen einer konkreten Sinnesübung für je den Teilnehmer, die je nach Präferenz aus einem beliebigen Sinneskanal genommen werden kann. • Übung: Jeden Tag etwas Gutes für sich tun! Protokollblatt dazu. |
|--|---|

V. Kognitive Bewältigungsstrategien

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Besprechen der Hausaufgabe ▶ Modellvermittlung “Kognition und Emotion”; Gruppengespräch ▶ Kognitionen im Alltag • Soziale Situationen • Hausaufgabe Arbeit mit Aufgabenblatt “Hinderliche und förderliche Kognitionen” | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Herausarbeiten der individuellen Unterschiede in der Auswahl und Reaktion auf Genüsse, um individuelle Unterschiede im Einsatz von Kognitionen vorzubereiten. <ul style="list-style-type: none"> • Bei Schwierigkeiten, etwas Gutes zu finden, Anregungen der Gruppe sammeln. ▶ Aufforderung an die Gruppe, Situationen, in denen positiv oder negativ (emotional) reagiert wurde, zu schildern. Analyse der Ursache der jeweiligen Emotion und Auflistung in “situative Ursachen” gegenüber “personengebundene Ursachen”. <ul style="list-style-type: none"> • Daraus Ableitung und Darstellung des Emotionsmodells von Ellis (Folie!) • Alternativ: Durchführen der Übung “Kognitionen und Emotionen” ▶ Aufgreifen der vorher erarbeiteten Alltagssituationen oder jeden Teilnehmer eine relevante Situation benennen lassen. <ul style="list-style-type: none"> • Im Gespräch negative Kognitionen benennen; gemeinsam mit der Gruppe Alternativen dazu ausarbeiten. • Offener Programmteil, in dem entweder alternative Kognitionen erarbeitet werden oder, was zu bevorzugen ist, relevante soziale Situationen da Teilnehmer im Rollenspiel dargestellt und Verbesserungen eingeübt werden. • Ausgabe und Besprechen des Arbeitsblattes “Hinderliche und förderliche Kognitionen” <ul style="list-style-type: none"> • Drei Situationen der nächsten Zeit sollen damit analysiert werden. • Ausgabe der Beispieltexzte: “Regeln zum Finden förderlicher Selbstanweisungen” |
|--|--|

VI. Abschied, Verlust und Trauer

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▸ Besprechen der Hausaufgabe ▸ Gruppengespräch zum Thema “Verlust und Trauer” ▸ Abschlusssrunde Gruppenausklang mit individuellem “Blitzlicht” vor gesamter Gruppe und mit anschließender Abschlusssübung | <ul style="list-style-type: none"> ● Bewertung der Lösungen durch den Betroffenen und die Teilnehmer. <ul style="list-style-type: none"> ● Gegebenenfalls weitere Ausarbeitung der in der Hausaufgabe gewählten Situationen durch weitere Rollenspiele. ● Anregung strukturierter Zweiergespräche zu persönlichen Verlust- und Trauersituationen. <ul style="list-style-type: none"> ● Auswertungsgespräch bezieht sich vor allem auf das Herausarbeiten der verwendeten Bewältigungsstrategien und Zuordnung zu den vorhergehenden Themen. ● Gegebenenfalls Diskussion der Situation im Licht der in der Gruppe vorgestellten Bewältigungsstrategien ● Einholen des Feedbacks von jedem Teilnehmer und eigenes Feedback an die Gruppe. <ul style="list-style-type: none"> ● Abschlusssübung ohne nachfolgende Diskussion oder Kommentar ausführen; vorgeschlagene Möglichkeiten: “Kreislauf der Wärme” oder “Ich schreibe Dir einen Brief”. |
|---|--|