

Psychologische Interventionen bei chronisch kranken Kindern: Asthma bronchiale

Franz Petermann und Hans-Jörg Walter

Chronische Krankheiten stellen für Kinder und ihre Familie eine zusätzliche Belastung und spezifische Herausforderung dar. Viele Familien sind in der Lage, Ressourcen zu aktivieren, mit deren Hilfe eine Krankheitsbewältigung optimal gelingt (vgl. Übersicht von Petermann, Noeker & Bode, 1987; Noeker & Petermann, 1996). Im Regelfall entstehen jedoch bei der Bewältigung einer körperlichen Erkrankung eine Vielzahl von Risiken, die zum Beispiel Blanz (1994) oder Lavigne und Faier-Routman (1992) wie folgt zusammenfassen:

- Bei körperlich-chronisch kranken Kindern liegt ein deutlich erhöhtes Risiko für Verhaltensstörungen vor, und
- gelingt die Krankheitsbewältigung langfristig nicht oder unzureichend, dann treten psychische Störungen auf.

Eine mißlungene Krankheitsbewältigung läßt sich durch verschiedene Merkmale beschreiben; so wird die Krankheit kaum bzw. gar nicht akzeptiert, Krankheitssymptome geleugnet und die Mitarbeit bei der Behandlung verweigert (vgl. Stein et al., 1993); Konflikte in der Familie sind die Folge und krankheitsbedingte Schulprobleme nicht auszuschliessen.

Im weiteren wenden wir uns der am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter zu: dem Asthma bronchiale. Neue Forschungsergebnisse bestätigen, daß dispositionelle (biologische) Faktoren für die Entstehung und vielfältige (auch psychische) für die Aufrechterhaltung des Asthmas zentral sind (vgl. Lecheler & Walter, 1997; Steinhausen, 1996). Nach dieser Sichtweise ist Asthma eine körperliche Erkrankung mit bedeutsamen psychosozialen Folgen, die den Verlauf des Asthmas erheblich beeinflussen (vgl. Strunk, 1993). Ein wesentliches Problem des Asthmas ergibt sich aus der Akzeptanz dieser Erkrankung und der aktiven Mitarbeit im Rahmen der medikamentösen Behandlung (vgl. die Diskussion von Compliance-Problemen bei Bergmann & Rubin, 1997). Wir wählen im weiteren ein Fallbeispiel einer jugendlichen Asthma-Patientin, die vielfältige Probleme aufweist; so liegen massive Familienkonflikte, soziale Ängste und eine unzureichende Bereitschaft zur Therapiemitarbeit (mangelnde Compliance) vor.

1 Beschreibung des Störungsbildes

Biographische Angaben. Es handelt sich bei Eva um ein 16;2 Jahre altes Mädchen, das zum Zeitpunkt des Erstkontaktes die zehnte Klasse eines städtischen Gymnasiums besucht. Eva ist ein Einzelkind, die Eltern sind beide berufstätig; der Vater arbeitet ganztags und die Mutter halbtags (vormittags).

Störungsbeschreibung. Nach Selbsteinschätzung und dem Urteil der Eltern liegt bei Eva ein sehr starkes Asthma bronchiale vor. Evas Schlaf sei, bedingt durch häufige, nächtlich auftretende Atemnot, sehr gestört, daraus resultiere auch eine ständige Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Sie ist sehr unselbständig in der Durchführung ihrer medizinischen Therapie und verläßt sich sehr auf die Unterstützung der Eltern. Eva weist keine Krankheits- und Behandlungseinsicht auf. Aus diesem Grund ist Eva häutig resignativ und frustriert; besonders dann, wenn sich ihr Asthma verschlechtert. Eva besitzt zudem deutliches Übergewicht und weist ein Cushingsyndrom auf, das sich im Gesicht, den Beinen und der Bauchhaut besonders bemerkbar macht. Manchmal treten bei Eva auch Nägelkauen, Aggressivität und Stimmungsschwankungen auf; zudem hat Eva keine Freunde und ist sozial isoliert, das heißt sie verbringt ihre Zeit alleine in ihrem Zimmer und vermeidet regelrecht Sozialkontakte.

2 Differentialdiagnostik

Medizinische Diagnostik. Es liegt ein schweres, ganzjährig auftretendes Asthma vor, das durch Infekte, bestimmte Allergene, körperliche Belastung, mechanische Reize (Husten, Lachen) und psychische Faktoren (Wut, Arger und Angst) ausgelöst werden kann. Im RAST-Test (Radio-Allergo-Sorbent-Test - der dem Nachweis des im Blutserum des sensibilisierten Patienten befindlichen Antikörpers vom Typ IgE dient) konnten erhöhte IgE-Werte für Tierhaare, Hausstaubmilben und Pollen festgestellt werden. Demnach kann von einem Mixed-Asthma des Schweregrades vier (vgl. Lecheler & Niggemann, 1994) ausgegangen werden.

Elternexploration. Eva leidet etwa seit ihrem vierten Lebensjahr an Asthma. Von Anfang an mußten sich die Eltern auf die Bedingungen der Krankheit einsteilen. Besonders die Infektanfälligkeit und die mangelnde körperliche Belastbarkeit sei ein großes Problem gewesen (vgl. Lecheler & Walter, 1997). Eva konnte häufig nicht mit den anderen Kindern draußen spielen, da sie Atemnot bekam und nicht selten vom Notarzt ins Krankenhaus eingeliefert werden mußte. Den Kindergarten besuchte sie eher sporadisch, da sie häufig wegen Krankheit fehlte. Seit ihrem sechsten Lebensjahr hat sie jährlich an einer vier- bis sechswöchigen Reha-Maßnahme teilgenommen; zudem muß Eva jährlich mehrere Wochen wegen akuter Beschwerden stationär behandelt werden. Trotz krankheitsbedingter Fehlzeiten traten keine Leistungsprobleme in der Schule auf. Eva besucht zur Zeit die zehnte Klasse eines Gymnasiums,

wobei sie in diesem Schuljahr über die Hälfte der Zeit krankgeschrieben war. Eva reagiert, besonders wenn es ihr gesundheitlich schlecht geht, aggressiv und weigert sich die Medikamente, die die Eltern ihr zurechtlegen, einzunehmen. Sie zieht sich dann häufig in ihr Zimmer zurück und will niemanden sehen. Die Eltern bekommen in solchen Situationen häufig ein schlechtes Gewissen und machen sich Sorgen um Evas Gesundheit. In der Familie treten vermehrt Konflikte auf, da Eva nicht bereit ist, mehr Eigenverantwortlichkeit im Rahmen des Asthma-Managements zu übernehmen. Früher saß Evas Mutter viele Nächte am Bett ihrer Tochter; heute horchen die Eltern an Evas Schlafzimmertür und vergewissern sich auch durch das Betreten des Zimmers, ob Eva Atemnot hat. Das Verhältnis zwischen den Eltern und Eva ist dadurch sehr gespannt, zumal Eva nicht über ihre Probleme sprechen will oder kann.

Die Eltern verweisen ausdrücklich auf die Folgen des Asthmas: Eva weist soziale Ängste auf (insbesondere vor Menschenansammlungen, fremden Menschen und vor allem Neuen). Die Eltern reagieren auf die chronische Krankheit mit Verunsicherung, Angst, Überbesorgtheit, Zurückhaltung, Rückzug vom gesellschaftlichen Aktivitäten und einem sehr starken Informationsbedürfnis.

Verhaltensbeobachtung und Selbsteinschätzungen von Eva. Sie erscheint als eine ruhige, zurückgezogene Jugendliche mit einer sehr differenzierten sprachlichen Ausdrucksfähigkeit. Häufig wird sie rot, besonders wenn sie über ihre Krankheit sprechen soll. In ihrer Körperhaltung, Mimik und ihrem stimmlichen Ausdruck wirkt sie ängstlich und unsicher; sie kann kaum Blickkontakt aufnehmen.

Eva berichtet, daß sie seit etwa zwölf Jahren Asthma hat. Besonders beim Sport, wenn sie sich aufregt und früh morgens, wenn sie aufsteht, verspürt sie Atemnot. Obwohl ihr zu viel sportliche Betätigung, zu schnelles Rennen, Treppesteigen und Radfahren große Probleme bereitet, ist sie sehr an sportlicher Betätigung interessiert; ihre Lieblingssportarten sind Schwimmen, Volleyball und Badminton. Durch ihr Asthma fürchtet sie, ersticken zu müssen; es belastet sie auch, daß sie stark an Gewicht zugenommen hat. Eva gibt an, daß sie oft verärgert und wütend ist, da ihr Asthma einfach nicht besser wird. Zur Schule geht Eva gern und bedauert es, daß sie häufig krank geschrieben ist. Eva gibt an, daß die Besorgtheit ihrer Eltern wegen des Asthmas absolut übertrieben ist. Ihr Leben mit Asthma bezeichnet Eva als schwierig, da „sie ja keine Gelegenheit dadurch hat, Freunde zu finden“. Es fällt ihr schwer, über ihre Ängste zu sprechen; sie räumt aber ein, daß sie Angst vor unbekanntem Situationen und Menschen besitzt.

Psychologische Diagnostik. Zunächst wurde zur Überprüfung der intellektuellen und schulischen Leistungsfähigkeit das Prüfungssystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB; vgl. Horn, 1969) durchgeführt, um eine leistungsmäßige Überforderung im Gymnasium auszuschließen. In diesem Test erzielte Eva ein überdurchschnittliches Gesamtergebnis mit keinerlei Auffälligkeiten in den einzelnen Untertests.

Die Konzentrationsfähigkeit in kurzfristigen Belastungssituationen wurde mit dem Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2 (Brickenkamp, 1994) überprüft. In den Dimensionen „Arbeitstempo bei konzentrativer Anspannung“ und „konzentrativer Belastbarkeit im visuellen Bereich“ erzielte Eva weit überdurchschnittliche Ergebnisse, bei der „Arbeitssorgfalt“ und dem „Verlauf der Anspannungsleistung“ überdurchschnittliche Ergebnisse.

Zur Beurteilung der psychosozialen Situation wurden das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R; Fahrenberg et al., 1994) und der Angstfragebogen für Schüler (AFS; Wiczerkowski et al., 1981) eingesetzt.

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar wurde deutlich, daß Eva sich überdurchschnittlich sozial orientiert (sich verantwortlich fühlt und hilfsbereit ist), sich erregbar, empfindlich und unbeherrscht sowie überdurchschnittlich gehemmt, unsicher und kontaktscheu wahrnimmt, mit ebenso weit überdurchschnittlichen körperlichen Beschwerden. Auf der anderen Seite zeigen die Ergebnisse, daß sie sehr kontrolliert, zurückhaltend, wenig aggressiv und überdurchschnittlich an Umgangsnormen orientiert ist; sie ist auf einen guten Eindruck bedacht, weist mangelnde Selbstkritik auf und bezeichnet sich als sehr verschlossen.

Im Angstfragebogen für Schüler (AFS) wurde eine erhöhte manifeste Angst (Prozentrang 85), und eine Tendenz, im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu antworten (Prozentrang 73), festgestellt; Schulunlust oder Prüfungsangst liegt nach dem AFS nicht vor.

Diagnostik zum Asthma-Verhaltenstraining. Im Asthma-Wissenstest erhielt Eva 14 von 18 möglichen Punkten, zeigte somit ein gutes allgemeines Wissen über Asthma, vorbeugende Maßnahmen und Therapie (zum Test vgl. Petermann, Walter, Köhl & Biberger, 1993, S. 60); ihr Wissen über ihre individuellen Asthma-Medikamente¹ konnte als gut bezeichnet werden. Bei der Verhaltensprobe bezüglich der Medikamenteneinnahme mit dem Dosier-Aerosol² wurde deutlich, daß sie vor dem Inhalieren nicht ausatmete und nicht lange genug wartete, bis sie wieder ausatmet. Die Anwendung der Lippenbremse³ war auch unkorrekt, da sie die Luft zu stark durch die Lippen preßte.

Eva gibt an, daß sie kaum in der Lage ist, einen Asthma-Anfall zu bewältigen, und hatte auch keine Ideen, welche Maßnahmen sie ergreifen könnte, um eine Verschlimmerung zu verhindern. Sie war nicht der Meinung, daß die Lippenbremse und die atemerleichternden Körperstellungen⁴ ihr bei der Atemnot hel-

1 Asthma-Medikamente in den unterschiedlichen Darreichungsformen (z.B. Inhalationslösung, Tablette, Tropflösung) werden bei akuten Beschwerden und zur vorbeugenden Dauerbehandlung angewendet. Sie behandeln in der Regel die Entzündung der Schleimhaut und die Verkrampfung der Bronchien oder vermindern die allergische und entzündliche Reaktionsbereitschaft des Bronchialsystems.

2 Ein Dosier-Aerosol ist ein handliches Inhaliergerät, bei dem die entsprechenden Medikamente in einer speziellen Aufbereitung mit einem Treibgas in einem kleinen Behälter deponiert sind und durch einen Druckmechanismus freigesetzt werden können.

3 Die Lippenbremse ist eine wirkungsvolle Ausatemtechnik, bei der gegen einen Widerstand ausgeatmet wird. Der Punkt des größten Druckabfalls im Bronchialsystem wird in Richtung Lippen verschoben, so daß ein vorzeitiger Bronchiolenkollaps verhindert bzw. die Obstruktion verringert werden kann (vgl. Abb. 4).

4 Die atemerleichternden Körperstellungen tragen dazu bei, die Atemhilfsmuskulatur durch Abstützung des Schultergürtels zu entlasten, um den Patienten eine entspanntere Atmung zu ermöglichen.

fen könnten, glaubte auch nicht daran, daß die regelmäßige Peak-Flow-Messung für sie hilfreich sein könnte.

Anhand des Beobachtungsbogens für sozial unsicheres Verhalten (BSU; vgl. Petermann & Petermann, 1996 b) gaben die Eltern für vier Problem- und eine Zielverhaltensweise(n) Einschätzungen vor und nach der Förderung an (vgl. Tab. 1). Diese Urteile unterstreichen die Kontaktprobleme (soziale Angst/Unsicherheit) von Eva.

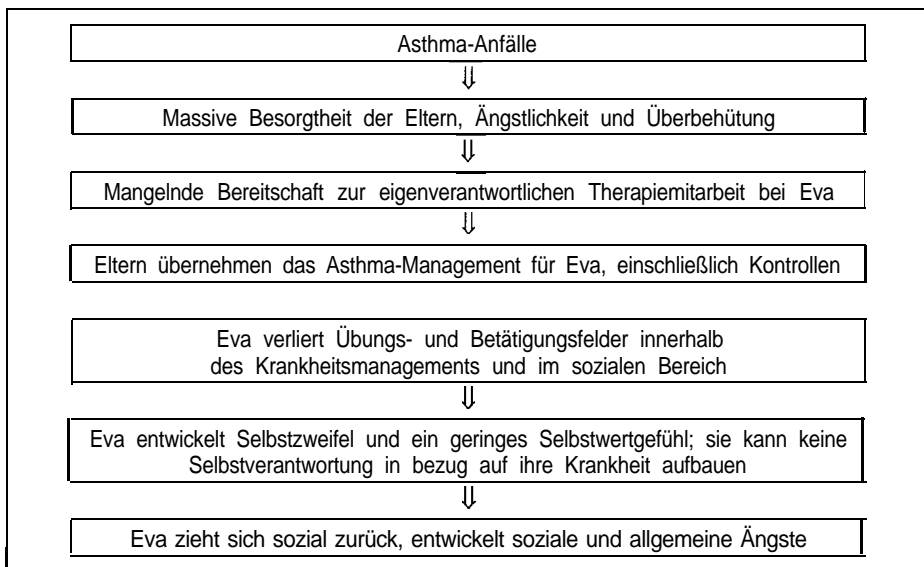


Abbildung 1:

Entstehungsbedingungen sozialer Ängste im Kontext der chronischen Krankheit bei Eva

3 Erklärungsansätze

Schon im Kindergartenalter entwickelte Eva eine schwere Form des Asthmas. Die häufig auftretenden Atemnotattacken, unruhige, oft schlaflose Nächte, die Angst um das Leben des Kindes, prägten den Alltag der Familie (vgl. Perrin et al., 1993). Die Eltern von Eva fühlten sich von Anfang an unsicher, wieviel Verantwortung sie ihrer Tochter im Rahmen der Krankheitsbewältigung übertragen können. Die Angst vor nächtlicher Atemnot („Angst vor dem Ersticken“) belastete die Eltern und versetzte sie in eine permanente Alarmbereitschaft. Der Familie ist es über die Jahre nicht gelungen, das ungünstige, angstbetonte Asthma-Management zu regulieren (vgl. Walter, 1996). Für die Eltern stand offensichtlich die Bewältigung ihrer eigenen Ängste und Sorgen um ihre Tochter im Mittelpunkt; dieser Tatbestand verhinderte bei Eva, daß sie überhaupt ein eigenständiges Asthma-Management erlernen konnte. Aus dieser Besorgtheit heraus blieb Eva sehr unselbständig; sozialer Rückzug, Kontaktver-

meidung, Traurigkeit und - bei manchen Anforderungen - aggressive Verweigerung waren die Folge.

Evas sozialer Rückzug bzw. ihre Unselbständigkeit im Kontext des Alltags- und Asthma-Managements verstärkten wiederum die elterliche Fürsorge. Konsequenterweise hielten die Eltern alle Belastungen von Eva fern und kümmernten sich noch im Jugendalter um Details der medikamentösen Asthma-Therapie. Die gutgemeinte Überbehütung seitens der Eltern raubte Eva alle Möglichkeiten, Erfolge bei der Bewältigung ihres Asthma und bei Alltagsaufgaben zu erleben (vgl. Abb. 1; Lecheler & Walter, 1997, S.43).

Selbstzweifel, ein geringes Selbstwertgefühl und eine niedrige Selbstverantwortung im Asthma-Management führten bei Eva zu einer schrittweisen Zunahme des sozialen Rückzugs, bis hin zur sozialen Isolation.

4 Interventionsprinzipien

Die Interventionen verfolgen drei Ziele:

- eine intensive Familienberatung, um Eva eigenständiges Handeln zu ermöglichen (vgl. Noeker & Petermann, 1996);
- strukturierte Hilfen beim Asthma-Management durch eine verhaltensorientierte Patientenschulung (vgl. Petermann & Wiedebusch, 1996) und
- Aufbau sozialer Fertigkeiten im Umgang mit anderen, wodurch die Kontaktangst/soziale Unsicherheit reduziert werden kann (vgl. Petermann & Petermann, 1996 b).

Die intensive Familienberatung folgt dem Modell von Petermann, Noeker, Bochmann und Bode (1990) und soll hier nicht weiter ausgeführt werden.

Asthma-Verhaltenstraining. Das Asthma-Verhaltenstraining (vgl. Petermann, Walter, Köhl & Biberger, 1993) wurde innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen mit einer Gruppe von vier asthmakranken Jugendlichen (drei Mädchen und ein Junge im Alter von 14 bis 17 Jahren) durchgeführt. Es fanden insgesamt zwei Gruppensitzungen zu je drei Stunden und sechs Gruppensitzungen zu je eineinhalb Stunden sowie drei Elternberatungen zu je zwei Stunden statt.

Der Aufbau des Trainings gliederte sich wie folgt: Wissens- und Fertigkeitenvermittlung, Wahrnehmungsschulung, Selbstkontrolle im Asthma-Management und Verhaltenstraining mit Hilfe von Rollenspielen.

Für Eva wurden folgende Trainingsziele festgelegt (vgl. Abb.2):

- Unterstützung der Krankheitsakzeptanz;
- Verbesserung der Körperwahrnehmung (vgl. Noeker, 1991);
- kontinuierliche Selbstbeobachtung anhand individueller Beobachtungsprotokolle;
- Verbesserung der täglichen Therapiedurchführung (Compliance; vgl. Petermann & Wiedebusch, 1996; Bergmann & Rubin, 1997);

- Erlernen von sozialen Fertigkeiten im Kontext von Anforderungssituationen.

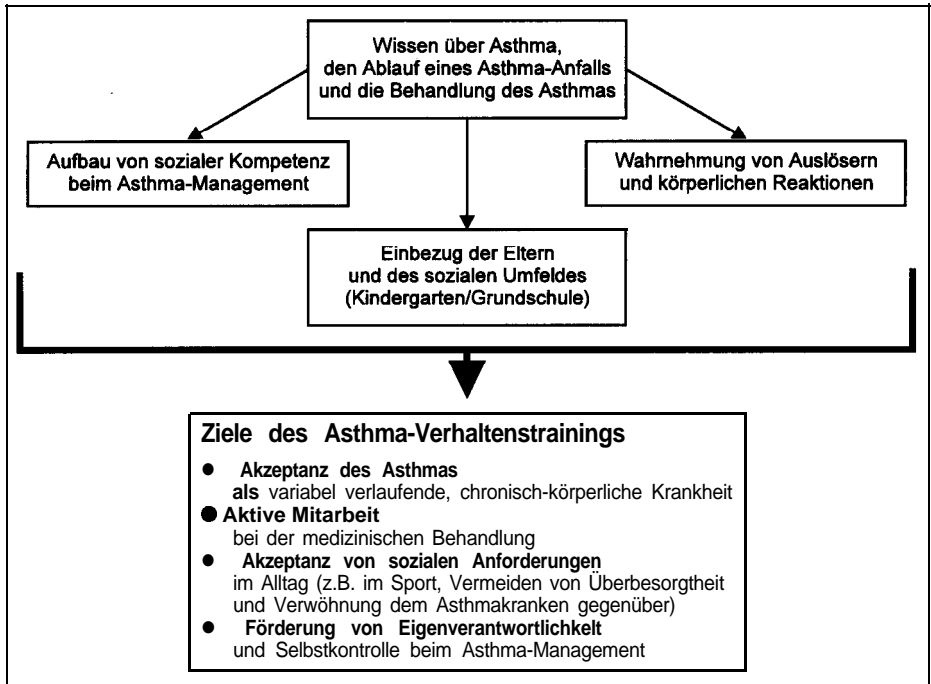


Abbildung 2:

Komponenten und Ziele des Asthma-Verhaltenstrainings
(Petermann, Walter, Biberger, Gottschling, Petermann & Walter, 1997, S. 139)

Eva wirkte in den Gruppensitzungen scheu und unsicher. Sie konnte kaum Kontakt zu den anderen Teilnehmern aufnehmen, sprach sehr selten von sich aus und mußte häufig aufgefordert werden, ihre Meinung zu äußern. Obwohl die anderen Jugendlichen auf Eva zuzingen, war sie nicht in der Lage, mit diesen selbständig und kompetent zu kommunizieren. Ihr Wissen über die physiologischen und pathophysiologischen Zusammenhänge des Asthmas sowie über die Wirkungsweisen der Medikamente erschien differenzierter und umfassender als das der anderen Teilnehmer. Deutlich wurde allerdings, daß Eva unsicher im Umgang mit Medikamenten und in der Peak-Flow-Messung⁵ war. Innerhalb des Asthma-Verhaltenstrainings lernt der Patient, seinen momentanen Krankheitszustand mittels individueller Warnsignale einzuschätzen. Hierzu gehörten das Erlernen einer differenzierten Körperwahrnehmung (Interozeption), die Einschätzungsfähigkeit der Beschwerden anhand einer Skala sowie die Fähigkeit, den Peak-Flow-Wert annähernd richtig einzuschätzen (vgl.

⁵ Das Peak-Flow-Meter ist ein handliches Meßgerät, das den Spitzenfluß bzw. die Atemstromstärke der Luft beim Ausatmen mißt. Der individuelle Meßwert kann an einer Skala am Gerät abgelesen und in ein Wochen- oder Monatsprotokoll eingetragen werden. Anhand der Peak-Flow-Messung und des Peak-Flow-Protokolls kann der Asthma-Patient einen guten Überblick über seinen momentanen Zustand sowie über den Verlauf des Asthmas bekommen.

WIE SCHÄTZE ICH MICH RICHTIG EIN?

Wenn ich schlecht Luft bekomme spüre ich ...

- *
- *
- *
- *
- *

Ich überprüfe, wie es mir geht!

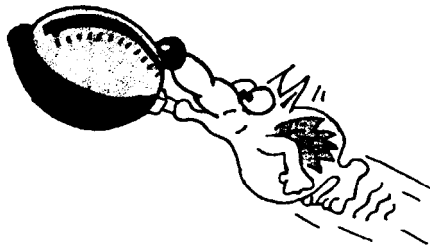
Mir geht es:

- (1) keine asthmatischen Beschwerden
- (2) leichte asthmatische Beschwerden (ich bekomme meine Atembeschwerden mit Lippenbremse und atemerleichternden Körperstellungen in den Griff)
- (3) mittelschwere asthmatische Beschwerden (ich muß mein Dosieraerosol nehmen, um meine Atembeschwerden in den Griff zu bekommen)
- (4) schwere asthmatische Beschwerden (zwei Hub aus meinem Dosieraerosol reichen nicht aus, um meine Atembeschwerden in den Griff zu bekommen, ich muß noch zusätzliche Medikamente nehmen)

Wenn es mir gut geht, liegt mein Peak-Flow-Wert
zwischen und

Wenn es mir schlecht geht, liegt mein Peak-Flow-Wert
unter

Jetzt schätze ich meinen Peak-Flow-Wert.



Copyright: Petermann, Walter, Köhl, Biberger.
Asthma-Verhaltenstraining für Kinder und Jugendliche, Quintessenz Verlag München, 1993.

Abbildung 3:

Arbeitsblatt „Wie schätze ich mich richtig ein“ (Petermann et al., 1993, S.92)

LIPPENBREMSE UND NASENATMUNG



Durch die Nase einatmen
und ruhig durch den Mund
ausatmen, dabei die Luft
mit den Lippen gleichmäßig
abbremsen.



Die Lippenbremse hilft Dir bei Atemnot. Warum?

.....

.....

.....

Warum ist es besser, durch die Nase zu atmen als durch den Mund?

- 1)
- 2)
- 3)



Copyright: Petermann, Walter, Köhl, Biberger.
Asthma-Verhaltenstraining für Kinder und Jugendliche, Quintessenz Verlag München, 1993.

Abbildung 4:

Arbeitsblatt „Lippenbremse und Nasenatmung“ (Petermann et al., 1993, S. 121)

Abb. 3) und Hilfstechiken (Lippenbremse und atemerleichternde Körperstellungen) einzusetzen.

Eine große Diskrepanz zeigte sich bei Eva zwischen ihren Äußerungen, sie könne das alles schon und brauche das nicht mehr zu üben, und ihren tatsächlichen Fertigkeiten. So hatte sie große Schwierigkeiten, den korrekten Gebrauch des Dosier-Aerosols einzuüben, da sie der Meinung war, es richtig zu machen, und sich zunächst nur wenig auf die korrigierenden Hilfen des Trainers einlassen konnte. Bei den Selbstwahrnehmungsübungen konnte Eva ihr momentanes Befinden, bezogen auf das Asthma, und ihren momentanen Peak-Flow-Wert nur schwer einschätzen; oft lagen ihre Selbsteinschätzungen weit über den objektiv gemessenen Werten. Für Eva wurde ein Beobachtungs- und Selbsteinschätzungsbogen ausgewählt, in welchem sie

- ihre Selbstwahrnehmung,
- die Peak-Flow-Schätzung,
- die Messung vor und nach der Inhalation,
- die Einnahme der verordneten Medikamente,
- die zusätzliche Benutzung des Dosier-Aerosols bzw. des Inhaliergerätes für jeden Tag, morgens und abends, und
- außergewöhnliche Belastungen eintragen konnte.

Diesen Bogen füllte Eva gewissenhaft aus, und es konnten ihr anhand der Eintragungen Zusammenhänge zwischen Peak-Flow-Werten, Medikamenten-Einnahme, Selbsteinschätzung und Belastungen (wie Infekte und sportlicher Betätigung) deutlich gemacht werden.

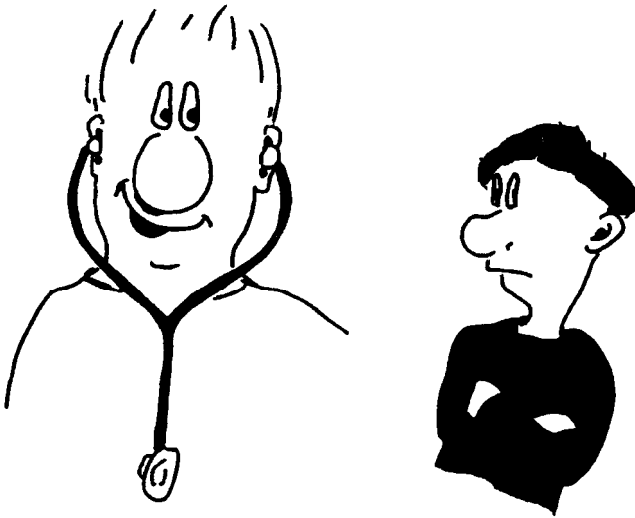
Bei den Rollenspielen zu den Themen „Asthma und Freizeit“, „Arztbesuch“ und „Asthma und Schule“ wurde deutlich, daß Eva kaum Vorstellungen darüber besaß, wie sie in sozialen Anforderungssituationen angemessen reagieren kann. Durch das Asthma-Verhaltenstraining wurde Eva schrittweise in die Lage versetzt, ihr Asthma-Management zu optimieren. Besonders beim Themenkreis „Arztbesuch“ konnte sie sehr gut die Zusammenhänge zwischen einer aktiven Mitarbeit des Patienten und den Hilfsmöglichkeiten des Arztes herausarbeiten.

Eva konnte ihre Trainingsziele weitgehend erreichen. Sie lernte, ihre Therapie selbständig durchzuführen und anhand der Selbsteinschätzung und des Peak-Flow-Protokolls den Zustand des Asthmas zu bewerten und entsprechend darauf zu reagieren. In den Rollenspielen zum Thema Arztbesuch konnte sie erleben, wie groß ihr eigener Anteil am Therapieprozeß ist, und daß eine selbstverantwortliche Therapiekontrolle und -durchführung zu einer weitaus effizienteren Therapie und zu einem stabileren Gesundheitszustand beitragen kann. Beim Thema „Asthma und Schule“ wurde ihr deutlich, daß sie zwar durch das Nacharbeiten schulischer Inhalte die krankheitsbedingten Fehlzeiten ausgleichen kann, sie aber durch ein gezieltes und konsequentes Asthma-Management manche Fehlzeiten vermeiden könnte.

Aufbau sozialer Fertigkeiten. Nach dem Asthma-Verhaltenstraining wurde das **Training mit Jugendlichen** (Petermann & Petermann, 1996a) durchge-

„BEIM ARZT -2-“

Ein Kind kommt zum Arzt in das Sprechzimmer. Der Arzt begrüßt das Kind, welches allerdings die Begrüßung nur mürrisch erwidert. Der Arzt schaut in die Unterlagen des Kindes und stellt dann folgende Frage: „Wie haben die neuen Medikamente bei dir gewirkt?“ „Es geht“ antwortet das Kind kurz. Wann hast du sie denn immer eingenommen?“ „Keine Ahnung.“ Der Arzt versucht mehrmals zu erfahren, wie es dem Kind in den letzten Wochen mit seinem Asthma ergangen ist und ob die neuen Medikamente eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bewirkt haben. Das Kind zeigt kein Interesse und antwortet nur mit „Ja“, „Nein“ oder „Weiß nicht“. Gegen Ende der Stunde fragt das Kind den Arzt: „Darf ich jetzt gehen?“



*Copyright: Petermann, Walter, Köhl, Biberger.
Asthma-Verhaltenstraining für Kinder und Jugendliche, Quintessenz Verlag München, 1993.*

Abbildung 5:
Rollenspielvorlage „Beim Arzt-2-“ (vgl. Petermann et al., 1993)

führt. Dieses fand (mangels geeigneter Teilnehmer) in Form einer Einzelförderung statt. Der Schwerpunkt des Trainings lag für Eva auf der Überwindung ihrer sozialen Ängste und dem Aufbau sozialer Fertigkeiten. Hierbei wurde das weitere Einüben von Selbständigkeit und Selbstverantwortung beim Asthma-Management integriert.

Folgende Inhalte des Trainings wurden in jeweils einem Einzelkontakt, der einmal wöchentlich stattfand, mit Eva bearbeitet (vgl. das Trainingsmanual von Petermann & Petermann, 1996 a):

- Beruf und Zukunft;
- Freizeit und Familie;
- Lebensschicksale und Eigenverantwortung;
- schwierige Situationen und widerstehen lernen;
- eigenständiges Problemlösen;
- Gefühle und Körperhaltungen bilden eine Harmonie;
- Vorstellungsgespräch üben;
- Einfühlungsvermögen üben;
- Selbstsicherheit im Umgang mit Gleichaltrigen;
- Anerkennung aussprechen und loben;
- Akzeptieren von Außenseitern;
- Umgehen mit Kritik in der Schule;
- Umgehen mit Mißerfolg.

Für Eva wurden die in Tabelle 1 aufgeführten individuellen Trainingsziele festgelegt.

Tabelle 1:
Individuelle Trainingsziele

-
- Abklären von Zukunftsperspektiven (Berufsvorstellungen)
 - Diskussion der familiären Situation
 - Selbständiges Urteilen und Abgrenzen von anderen
 - Vorstellungen über Sozialkontakte (Freundschaften)
 - Abbau der sozialen Angst
 - Förderung des Kontaktes zu Gleichaltrigen
 - Erlernen von sozialen Fertigkeiten bei Anforderungssituationen
-

Im Kontext der Diskussion der Berufsvorstellungen wurde schnell deutlich, daß Eva krankheitsbedingte Grenzen der Berufswahl nicht wahrhaben will. Eva möchte entweder Tierärztin werden oder Chemie studieren: „Ich weiß, das haben wir im Asthmatraining schon gelernt. Ich kann keine Tierärztin werden. Es wäre aber mein Traumberuf!“ Büroberufe lehnt Eva strikt ab: „Da muß man den ganzen Tag nur rumsitzen, die Arbeit wird schnell eintönig und langweilig und man bekommt zu viele Vorgaben durch die Vorgesetzten!“ Aus Evas Perspektive spricht für einen Büroberuf nur die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen. Am Ende dieser Sitzung zeigt Eva Interesse an therapeutischen Berufen (wie Kunsttherapeutin, Logopädin oder Ergotherapeutin) und kann sich auch vorstellen Lehrerin zu werden.

In der Freizeit wäre sie gerne eine Abenteurerin, in Gedanken sei sie ab und zu sehr abenteuerlustig: „Ich habe aber eine innere Hemmschwelle. Ich wage nichts, denke zuviel nach, überlege hin und her, um dann doch nichts zu machen. Ich wäre gern spontaner, möchte auch mal ja sagen können!“ Eva teilt mit, daß sie eigentlich gerne bei Unternehmungen anderer Jugendlicher mitgehen würde, sie aber solche Angebote bislang mit der Begründung „Ich muß noch lernen!“ abgesagt habe. Häufig hat sie ihre Entscheidungen, allein Zuhause zu bleiben, allerdings auch aus gesundheitlichen Gründen getroffen, „wobei es sicher oft nicht notwendig war, wegen des Asthmas Zuhause zu bleiben!“

Die Auseinandersetzung mit ihrer familiären Situation machte deutlich, daß sie sich zwischen ihrem Wunsch nach Selbständigkeit und dem „angenehmen Gefühl“ der elterlichen Fürsorge („Da braucht man selbst an nichts zu denken!“) hin- und hergerissen fühlt.

Beim Thema „Glück und Pech“ nennt Eva spontan: „Pech ist, wenn etwas ohne eigenes Verschulden schief geht!“ Glück sei es, wenn Unternehmungen erfolgreich sind und wenn etwas gelingt, ohne daß man etwas dafür getan hat. Eva erkennt klar die Zusammenhänge zwischen eigenen Anstrengungen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen.

Das Sitzungsthema „Eigenverantwortliches Handeln“ wird mit einem Einschätzspiel zum Thema „Glück und Pech im Leben“ bearbeitet. Eva äußert hierzu: „Pech ist demnach, wenn ich nicht mit auf Klassenfahrt gehen kann, weil Pollenflug herrscht, und ich aber alles getan habe, um Asthma-Anfällen vorzubeugen.“ Ein daraufhin spontanes Rollenspiel, bei dem Eva - die trotz Pollenflug an der Klassenfahrt teilnimmt - einen schweren Asthma-Anfall bekommt und mit dem Notarzt-Hubschrauber ins Krankenhaus geflogen werden muß, brachte Eva zu dem Schluß, daß dieses „Pech“ durch Vorbeugung leicht hätte vermieden werden können.

Bei der Bearbeitung des Themengebietes „Freundschaften“ wurde Evas überhöhter Anspruch an andere Menschen deutlich: „Ich kann ja keine Freunde finden, da die Leute, die ich kenne, nicht auf meiner Wellenlänge liegen!“ Gemeinsam wurde erarbeitet, was sie von einer Freundschaft erwartet und was eine Freundschaft nicht erfüllen kann. Es wurden verschiedene Rollenspiele durchgeführt, in denen Eva sich mit den Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen auseinandersetzen konnte.

Besonderen Stellenwert nahmen die Übungen zur Verbesserung der nonverbalen und verbalen Ausdrucksmöglichkeiten ein. Hier wurden

- Blickkontakt,
- in ganzen Sätzen laut und deutlich sprechen,
- seine Meinung äußern,
- andere Menschen ansprechen und
- Freude zeigen

exemplarisch besprochen und eingeübt. Hierzu dienten Rollenspielen aus dem Training mit Jugendlichen und eigene Erlebnisse. Für die Realisierung der

Rollenspiele wurde auf Aufgaben aus dem Tagebuch zurückgegriffen (z.B.: Ich spreche in der Pause eine Mitschülerin an und frage sie, ob sie sich mit mir treffen will. Wenn ich mit Menschen rede, dann schaue ich sie an. Im Unterricht äußere ich meine Meinung und diskutiere mit.). Die Tagebuch-Aufgaben wurden von Woche zu Woche von Eva selbst formuliert, täglich geübt und der Erfolg bzw. Mißerfolg in das „Tagebuch“ eingetragen. Hier zeigte Eva rasch Erfolge und konnte Kontakt zu einer Mitschülerin aufnehmen und sich mit ihr befreunden. In der Schule ist sie in die Foto-AG eingetreten und bekam dort einen guten Kontakt zu Gleichaltrigen. Mit diesen und ihrer Freundin treffe sie sich mindestens einmal in der Woche, um ins Kino zu gehen, Billard zu spielen und über gemeinsame Themen zu sprechen. Außerdem geht sie mit ihrer Freundin einmal in der Woche ins Hallenbad zum Schwimmen.

Kontrolle des Therapieverlaufs. Durch Selbstbeobachtungsbögen (Peak-Flow-Protokolle, Tagebuch) konnte der positive Verlauf der einzelnen Interventionen beobachtet werden (zur Methodik der Einzelfalldiagnostik im Verlauf; vgl. Petermann, 1996). Eva wurde mehr und mehr in die Lage versetzt, ihren momentanen Krankheitszustand realistisch einzuschätzen, frühzeitig und selbständig auf drohende Krisen zu reagieren, ihre Dauertherapie selbständig durchzuführen und auf mögliche Auslöser zu reagieren. Ebenso wurde sie schrittweise in die Lage versetzt, bei Atemnot und einem beginnenden Asthma-Anfall selbständig und kompetent zu handeln. Die Hausaufgaben im Training zum Aufbau sozialer Fertigkeiten (Petermann & Petermann, 1996a) versetzten Eva schrittweise in die Lage, soziale Anforderung zu meistern.

Etwa drei Wochen nach den Trainings wurden, bei einer nochmaligen Testerhebung, folgende Ergebnisse erzielt:

Freiburger Persönlichkeitsinventar. Die Skala „Gehemmtheit“ veränderte sich deutlich in Richtung Selbstsicherheit und Kontaktbereitschaft; ebenso die Skala „Erregbarkeit“ in Richtung Selbstbeherrschung. Die Skala „Offenheit“ zeigte einen markanten Anstieg. Im **Angstfragebogen für Schüler (AFS)** erzielte Eva in allen Skalen durchschnittliche Ergebnisse. Im **Asthma-Wissens-test** erhielt sie 17 von 18 möglichen Punkten. Bei den **Verhaltensproben** (Medikamenteneinnahme mit dem Dosier-Aerosol, Lippenbremse und atemerleichtemde Körperstellungen) konnte sie alle Punkte der Beobachtungsskalen erfüllen. Eva gibt an, bei einem Asthma-Anfall die Anforderungen selbständig bewältigen zu können. Im **Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten (BSU)** zeigten sich sehr deutliche Effekte (vgl. Tab.2):

In einem Gespräch mit Eva und ihren Eltern - ein halbes Jahr nach der Fördermaßnahme - zeigte es sich, daß Eva in der Lage war, selbständig ihre Therapie durchzuführen. Da sie jetzt konsequent ein Peak-Flow-Protokoll führt, kann Eva frühzeitig erkennen, wenn sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert und entsprechend vorbeugende Maßnahmen einleiten. Aufgrund des Schweregrades ihrer Erkrankung treten zwar noch schwere Asthma-Probleme auf, allerdings kann Eva damit gelassener umgehen. Treten Schulfehlzeiten auf, dann bringt ihre Freundin die Aufgaben zu ihr nach Hause bzw.

in die Klinik. Mit den Lehrern kann Eva jetzt offener über ihr Asthma sprechen; ihr Lehrer hat sie sogar schon zweimal im Krankenhaus besucht. Eva berichtet, daß sie ihr Leben jetzt viel selbständiger gestalten kann. Sie geht mit Freunden aus und immer noch einmal in der Woche Schwimmen. Nach Absprache mit ihrem behandelnden Arzt und Trainingsleiter spielt sie jetzt Volleyball in einem Sportverein. Die Eltern können es manchmal nicht unterlassen, die Therapie ihrer Tochter zu „überprüfen“; dies kann Eva heute gelassen ertragen.

Tabelle 2:
Gegenüberstellung von Beobachtungen sozial unsicheren Verhaltens
vor und nach der Fördermaßnahme

Kategorien des Beobachtungsbogens (BSU)		vorher	nachher
Still sein:	Nichts erzählen	4	2
Stottern:	Kein Wort/Satz zusammenhängend aussprechen können	4	2
Gefühle:	Tränen in den Augen und Zittern in der Stimme	3	1
Erröten:	Kurze Dauer des Blickkontaktes	5	2
Sich Selbstbehaupten:	Angemessene Forderungen stellen können	3	4

(1 = tritt nie, 2 = tritt selten, 3 = tritt manchmal, 4 = tritt häufig, 5 = tritt ständig auf)

5 Resümee

Die Entwicklung psychosozialer Beeinträchtigungen infolge einer chronischen Krankheit kann zu massiven Einschränkungen der Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen führen. Sollen solche Beeinträchtigungen reduziert werden ist eine differenzierte Diagnostik erforderlich, die biologische und medizinische Faktoren ebenso berücksichtigt wie psychosoziale Einflüsse. Zudem müssen geeignete Fördermöglichkeiten vorhanden sein, um die entsprechenden Ziele zu erreichen. Mit dem Asthma-Verhaltenstraining liegt ein umfassendes Konzept zur Patientenschulung für Kinder und Jugendliche aller Altersstufen vor (Petermann et al., 1993; Petermann et al., 1997). Hierbei ist zu berücksichtigen, daß je nach Intensität und Dauer der Erkrankung bzw. der mit dieser Erkrankung verbundenen Verhaltensstörungen weitere und intensivere Förderungsschritte notwendig werden können. Vorgehensweisen, wie das Training mit Jugendlichen (Petermann & Petermann, 1996 a), können soziale Fertigkeiten stärken und Verhaltensstörungen abbauen; wichtig ist dabei, die Familie insgesamt einzubeziehen (vgl. Noeker & Petermann, 1996).

Literatur

- Bergmami, K.-C. & Rubin, I.D. (1997). Compliance beim Asthma. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie: Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen* (61-75). Göttingen: Hogrefe, 2., erw. Auflage.
- Blanz, B. (1994). Die psychischen Folgen chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.), *Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen* (11-28). München: Quintessenz.
- Brickenkamp, R. (1994). Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen: Hogrefe, 8, erw. und neugestaltete Auflage.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*. Göttingen: Hogrefe, 6., ergänzte Auflage.
- Horn, W. (1969). *Prüfsystem für Schul- und Bildungsberatung (PSB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lavigne, J. V. & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology* 17, 133-157.
- Lecheler, J. & Niggemann, B. (1994). Sozialmedizinische Beurteilung und Begutachtung bei Kindern. In W. Petro (Hrsg.), *Pneumologische Prävention und Rehabilitation* (557-561). Berlin: Springer.
- Lecheler, J. & Walter, H.-J. (1997). Asthmakranke Kinder und Jugendliche: Medizinische Grundlagen und verhaltensmedizinische Interventionen. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie: Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen* (21-59). Göttingen: Hogrefe, 2., erw. Auflage.
- Noeker M. (1991). *Subjektive Beschwerden und Belastungen bei Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter*. Frankfurt: Lang.
- Noeker, M. & Petermann, F. (1996). Körperlich-chronisch kranke Kinder: Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (517-554). Göttingen: Hogrefe, 2., korrig. und ergänzte Auflage.
- Perritt, E. C., Ayoub, C. C. & Willett J. B. (1993). In the eyes of the beholder: Family and maternal influences on perceptions of adjustment of children with chronic illness. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 14, 94-105.
- Petermann, F. (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Auflage.
- Petermann, F., Noeker, M., Bochmann, F. & Bode, U. (1990). *Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse*. Frankfurt: Lang, 2., überarb. Auflage.
- Petermann, F., Noeker, M. & Bode, U. (1987). *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. München: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1996 a). *Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 5., völlig veränderte Auflage.
- Petermann, F., Walter, H.-J., Köhl, C. & Biberger, A. (1993). *Asthma-Verhaltenstraining mit Kindern und Jugendlichen (AVT)*. München: Quintessenz.
- Petermann, F., Walter, H. J., Biberger, A., Gottschling, R., Petermann, U. & Walter, I. (1997). Asthma-Verhaltenstraining mit Vorschulkindern: Konzeption und Materialien. In F. Petermann (Hrsg.), *Asthma und Allergie: Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen* (137-189). Göttingen: Hogrefe, 2., erw. Auflage.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (1996). Interventionsverfahren bei chronisch kranken Kindern. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (555-586). Göttingen: Hogrefe, 2., korrig. und ergänzte Auflage.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996 b). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 6., völlig veränderte Auflage.

- Stein, R. E. K., Baumann, L.J., Westbrook, L. E., Coupey, S.M. & Ireys, H. T. (1993). Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition. *Journal of Pediatrics*, 122, 342-347.
- Steinhausen, H.-C. (1996). Psychosomatische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (424-454). Göttingen: Hogrefe, 2., korrig. und ergänzte Auflage.
- Strunk, R. (1993). Psychische Faktoren und ihre Bedeutung für die Prognose des Asthmas. In F. Petermann & J. Lecheler (Hrsg.), *Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter* (71-78). München: Quintessenz, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Walter, H.-J. (1996). *Krankheitsbewertungen durch Eltern asthmakranker Kinder und Jugendlicher*. Frankfurt: Lang.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Göttingen: Hogrefe, 6. Auflage.