

# Schulungs- und Trainingsprogramme für Patienten mit chronischer Polyarthrit

*Georg Jungnitsch*

## 1 Krankheitsbild und Krankheitsverständnis der chronischen Polyarthrit

Die chronische Polyarthrit (cP) gehört zu den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und ist klassifikatorisch der Gruppe der rheumatoiden Arthritis zuzurechnen (Herold, 1994). Sie stellt die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung dar und kann in jedem Alter ausbrechen, wobei bei 90 % der Betroffenen der Krankheitsbeginn zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr liegt; ihre Prävalenzrate liegt zwischen 0,5 bis 1 % (Raspe, 1990). Diese steigt aber exponentiell an und überschreitet in der Altersgruppe der über 65jährigen 10 % (Hohmeister, 1989). Dabei sind bei Erkrankten, die jünger als 45 Jahre sind, Frauen dreimal so häufig betroffen, bei den 45- bis 60jährigen sogar fünfmal so häufig. In den höheren Altersgruppen ist dann das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen (Hohmeister, 1989).

Klinisch zeigt sich die Erkrankung an Allgemeinsymptomen wie Abgeschlagenheit, leichte Ermüdbarkeit und Morgensteifigkeit. Ein klinisches Leitsymptom ist zudem der persistierende, oft äußerst heftige Gelenkschmerz. An den Gelenken ist, meist symmetrisch an den kleinen Gelenken der Hände und Füße beginnend, eine durch die Entzündung der Gelenkinnenhaut bedingte spindelförmige Anschwellung zu beobachten. Diese Entzündung kann im Krankheitsverlauf auch auf die größeren Gelenke wie Knie-, Hüft- und Schultergelenke, aber auch das Kiefergelenk sowie die Hals-Nacken-Region übergreifen. Gelenkzerstörung und Muskelatrophie bringen sowohl eine Gestaltveränderung als auch massive Funktionseinschränkungen mit sich. Letztere ergeben sich darüber hinaus gleichermaßen durch den systemischen Charakter der Erkrankung, der sich in Entzündungen auch an extraartikulären Organen zeigt. Betroffen sind Herzmuskel und Herzbeutel, Lungen, Augen und Gefäße sowie im Rahmen einer sekundären Amyloidose die Nieren (vgl. Fehr & Böni, 1989; Herold, 1994; Zeidler, 1989). Neben anderen Sonderformen ist vor allem die maligne Form der cP zu nennen, die u. a. durch rasch destruierende Gelenkveränderungen, massiv veränderte Entzündungsparameter und eine kaum auf medizinische Maßnahmen reagierende Entwicklung gekennzeichnet ist (Her-

old, 1994). Diese trägt wohl wesentlich zu dem Anteil von bis höchstens 15 % aller an einer cP Erkrankten bei, bei denen mit einem Verlauf zu rechnen ist, der die Betroffenen letztendlich bis zur Rollstuhlabhängigkeit führt und bei denen ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko gegeben ist (Raspe & Rehfisch, 1996).

Diese biologischen Bedingungen führen zu einer Vielzahl psychosozialer Belastungen. Zu nennen wären Schmerz, Depression, Funktionsverluste, Furcht vor unerwünschten Medikamentenwirkungen, Furcht vor eingreifenden Behandlungsmaßnahmen, Ungewißheit des Krankheitsverlaufes, Gefühle der Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes, Reaktion der Umwelt auf die Erkrankung sowie sozialer Rückzug (Broda, 1987; Lamparter-Lang, 1994).

Diese überdauernden Belastungen, die sich aus der weitgehende Unmöglichkeit ergeben, eine vollständige Heilung zu erreichen und damit diese Erkrankung als chronisch oder sogar chronisch progredient kennzeichnen, führen dazu, daß sie damit gleichzeitig als Behinderung zu verstehen ist.

## 2 Psychologische Konzepte der Kompetenzerweiterung bei chronischer Polyarthrit

Legt man dieses Verständnis der chronischen Polyarthrit als Behinderung zugrunde, ist dieser mit rehabilitativen Mitteln zu begegnen (vgl. Jungnitsch, 1995 b). Die psychologischen Ansätze der Kompetenzerweiterung zielen dabei einerseits darauf ab, die Bewältigung der Erkrankung zu verbessern. Andererseits ist darüber hinaus angestrebt, die eigenverantwortliche und eigenaktive Modifikation des Krankheitsprozesses zu ermöglichen und zu fördern. Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen lassen sich jeweils den im Sinne der ICDH (Matthesius, Jochheim, Barolin & Heinz, 1994) zu unterscheidenden Ebenen der Primär- und der Tertiärprävention zuordnen (vgl. Jungnitsch, 1995 b). Der Präventionsbegriff bezieht sich hier auf zweierlei: Einmal sollen damit Ansätze gekennzeichnet sein, die dazu dienen, den Eintritt in eine bestimmte Stufe der Behinderung zu verhindern. Zum anderen werden damit aber ebenfalls Interventionen gekennzeichnet, die bei einem erfolgten Eintritt in eine Behinderungsstufe diesen wieder rückgängig machen sollen, das heißt, es wird keine strikte Trennung zwischen den rehabilitativen und präventiven Ansätzen vorgenommen (Budde, 1984; WHO, 1980). Im folgenden sollen exemplarisch zwei Verfahren der so verstandenen primärpräventiven Ebene, nämlich der Ansatz eines Patientenschulungsprogrammes (Lamparter-Lang, 1994; 1997) und ein Konzept eines Visualisierungstrainings (Jungnitsch, 1995 a), sowie das als tertiärpräventiv zu verstehende Konzept eines Trainings zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung (Jungnitsch, 1992) dargestellt werden.

### 2.1 Patientenschulungsprogramm „Freiburger Rheumaschule“

Patientenschulungsprogramme zielen vor allem auf die Vermittlung krankheitsspezifischen Wissens und praktischer Hilfsmöglichkeiten ab. Damit wird einem vordringlichen Bedürfnis der Betroffenen begegnet, die sich zu einem großen Teil als zuwenig informiert sehen und insbesondere praktische Hilfestellungen nachfragen (Langer & Birth, 1988). Damit wird gleichzeitig angestrebt, Therapiemotivation und Kooperation zu erhöhen und den Betroffenen darin zu fördern, aktiv die Patientenrolle zu gestalten. Es wird angenommen, daß dies auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führt. Während hierzu aus dem angloamerikanischen Raum eine Reihe von überprüften Konzepten vorliegt, wurden sie in Deutschland erst in jüngerer Zeit entwickelt und überprüft (vgl. Basler, Rehfisch & Mattussek, 1992; Mattussek, 1990). Hier soll das speziell auf die Problemstellungen der Gruppe der von einer chronischen Polyarthrit betroffenen Patienten abgestimmte Schulungsprogramm „Freiburger Rheumaschule“, das über eine Einjahreskatamnese evaluiert wurde, vorgestellt werden (Lamparter-Lang, 1992, 1994, 1997).

**Programmstruktur.** Das Programm wurde ambulant durchgeführt. Es umfaßte insgesamt sieben Sitzungen von jeweils 90minütiger Dauer. Insgesamt vier Sitzungen wurden zweimal wöchentlich abends angeboten, drei Kurseinheiten fanden als Blocksitzung am Samstag statt. Die einzelnen Gruppen wurden als Kleingruppen mit bis zu zehn Teilnehmern durchgeführt, wobei neben den Patienten auch deren Partner als Teilnehmer erwünscht waren. Der Kurs wurde als interdisziplinäres Angebot gestaltet. Das Kursteam setzte sich zusammen aus einer Ärztin (Rheumatologin), einer Ergotherapeutin, einer Krankengymnastin, einer Ernährungsmedizinerin, einer Sozialarbeiterin und einer Psychologin, die auch die Koordination und Gruppenleitung innehatte. Dies wird als wesentlich erachtet, da damit sichergestellt werden soll, daß gruppendynamische Prozesse aufgegriffen und gesteuert werden können sowie die Prinzipien klientenzentrierter Gesprächsführung konsistent realisiert werden (Lamparter-Lang, 1992).

**Programminhalte.** Das Programm umfaßte folgende Themenkomplexe:

- Medizinische Fragen zur Polyarthrit,
- psychologische Schmerzbewältigung und psychosoziale Frage,
- Ergotherapie und
- Physiotherapie.

Diese Themenkomplexe wurden folgendermaßen auf die sieben Sitzungen verteilt (Tab. 1; vgl. Lamparter-Lang, 1994):

**Tabelle 1:**

Stundeneinteilung des Patientenseminars nach Themen  
und den die inhaltliche Ausgestaltung bestimmenden Disziplinen

<b>1. Stunde:</b>	Rheumatologin	Nosologie, Ätiopathogenese, Prognose der rheumatoiden Arthritis
<b>2. Stunde:</b>	Psychologin	Schmerz- und Schmerzbewältigungstechniken
<b>3. Stunde:</b>	Rheumatologin	Medikamentöse und operative Behandlung
<b>4. Stunde:</b>	Physiotherapeutin	Physiotherapie für den Alltag
<b>5. Stunde:</b>	Ernährungsmedizinerin	Ernährung und Diät
<b>6. Stunde:</b>	Ergotherapeutin	Gelenkschutz/Ergotherapie
<b>7. Stunde:</b>	Sozialarbeiterin/ Psychologin	Psychosoziale und institutionelle Hilfen, Selbstmanagement

Um einen konstanten Ansprechpartner zu gewährleisten und die notwendige psychologische Kompetenz zu sichern, war in allen Stunden neben den die inhaltlichen Schwerpunkte bestimmenden Fachdisziplinen die Psychologin als Kursleiterin präsent.

Die Stunden gestalteten sich dann wie folgt (Lamparter-Lang, 1992; 1994): In der ersten Stunde referierte die Rheumatologin die Themen Nosologie, Ätiologie und Verlauf der chronischen Polyarthrit. Die zweite Stunde war dem psychologischen Schmerzverständnis und daraus abgeleiteten Verfahren der Schmerzbewältigung gewidmet. Die Verfahren zur Schmerzbewältigung wurden auch praktisch durchgeführt. In der dritten Stunde wurden (mit Schwerpunkt auf die konventionellen medikamentösen Maßnahmen) medizinische Therapiemöglichkeiten diskutiert. Die Darstellung der krankengymnastischen Möglichkeiten in der vierten Stunde fokussierte auf die mobilisierende Krankengymnastik für den Alltag und darauf, die Teilnehmer zu motivieren, die für sie jeweils individuell zu erarbeitende krankengymnastische Behandlung auch durchzuführen. Hauptthemen der Diskussion mit der Ernährungsmedizinerin als Gegenstand der fünften Stunde waren die immer wiederkehrenden Fragen zu einer „Rheuma-Diät“ sowie besonders zu beachtende ernährungsmedizinische Hinweise, die sich bei der medikamentösen Therapie der chronischen Polyarthrit ergeben. In der sechsten Stunde schlossen sich von der Ergotherapeutin angeleitete praktische Übungen zum Gelenkschutz an, die eine ausführliche Hilfsmittelberatung zur Schonung der Gelenke und Schmerzlinderung als Schwerpunkt beinhalteten. In der siebten und letzten Stunde gab die Sozialarbeiterin konkrete Hinweise auf soziale und institutionelle Hilfsmöglichkeiten. Mit der Psychologin wurden die psychosozialen Aspekte der Erkrankung diskutiert (z. B. Probleme in Beruf und Familie).

**Evaluationsergebnisse.** Diese Konzeption wurde mit Hilfe einer kontrollierten Studie überprüft. Es nahmen insgesamt 54 Patienten teil, 26 in der Interventions-, 28 in der Kontrollgruppe. Daten beider Gruppen wurden vor Beginn der Kurse (T-0) sowie zwölf Monate danach (T-2), die der Interventionsgruppe

zusätzlich nach dem jeweiligen Kursende (T-1) erfaßt. Es zeigten sich folgende Ergebnisse (Lamparter-Lang, 1994):

- **Krankheitswissen:** Bei der Interventionsgruppe zeigt sich nach Schulungsabschluß ein hochsignifikanter Wissenszuwachs. Dieser ist nach zwölf Monaten gegenüber der Kontrollgruppe hochsignifikant, wobei die Ausgangswerte für beide Gruppen statistisch gleich waren.
- In den Maßen von „**Depression**“ und „**Ängstlichkeit**“ ist eine hochsignifikante Abnahme in der Experimentalgruppe festzustellen (T-0 bis T-2), die auch zum Zeitpunkt T-2 hochsignifikant gegenüber der Kontrollgruppe ist. In den Maßen der Ängstlichkeit hat sich letztere über den gesamten Meßzeitraum hinweg sogar signifikant verschlechtert.
- Uneinheitlich sind die Ergebnisse bezüglich der **Schmerzintensität**. Während sich in der entsprechenden Skala des MOPO (Jäckel, Cziske, Schochat & Jacobi, 1985) eine signifikante Reduktion auch im Vergleich zur Kontrollgruppe fand, konnte diese in der mehrdimensionalen Schmerzskala MSS (Lehrl, Cziske & Blaha, 1980) nicht bestätigt werden.
- Im Globalmaß zur **Befindlichkeit** zeigten sich bei den Teilnehmern der Patientenschulung hochsignifikante Verbesserungen. Bezüglich der Maße zur körperlichen sowie zur psychischen Befindlichkeit ergab sich eine signifikante Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe.

Mit dem Programm konnten demnach die erwünschten Effekte erzielt werden, wobei sich die psychische und physische Befindlichkeit sogar überraschend stark verbesserte. Es erscheint gerechtfertigt, diesen Ansatz als einen wichtigen Baustein innerhalb der Gesamtbehandlung von Patienten mit chronischer Polyarthrit zu betrachten. Besonders zu betonen ist der Wert der ambulanten Vorgehensweise. Hierdurch wird eine größere Patientengruppe und durch die Wohnortnähe auch von Angehörigen erreicht, als dies unter stationären Bedingungen möglich ist. Beobachtungen von Lamparter-Lang (1994) sprechen auch dafür, daß die Schulung einen wichtigen Beitrag zur Motivation der Patienten leistet, sich auf spezialisiertere psychologische Ansätze wie beispielsweise Gruppenprogramme zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung einzulassen. Somit könnte dieser Form der Patientenschulung sowohl für die Vorbereitung als auch für die Unterstützung von Effekten der stationären Rehabilitation zentral sein. Auf diese Weise ließen sich die erzielten Effekte von Schulung und medizinischer Rehabilitation langfristig stabilisieren.

## 2.2 Kompetenzförderung zur Beeinflussung des Krankheitsprozesses

Ein wesentlicher Inhalt primärpräventiver Maßnahmen im rehabilitativen Kontext ist, gegebene strukturelle Abweichungen eines Organsystems von der Norm möglichst zu begrenzen oder sie sogar soweit als möglich rückgängig zu machen (Matthesius et al., 1994; WHO, 1980). Da für die chronische Polyarthrit wesentliche Prozesse der Pathogenese innerhalb des Immunsystems

angenommen werden (Herold, 1994), ist hier für psychologische Verfahren, die auf Veränderungen immunologischer Parameter abzielen und daher der primärpräventiven Ebene zuzuordnen sind, ein Ansatzpunkt zu sehen. Immunologische Prozesse können mit Hilfe einer spezifischen Suggestionstechnik mittels Visualisierungsanleitungen günstig beeinflusst werden (Bongartz, 1990; Horton & Mitzdorf, 1995; Schulz & Schulz, 1996). Für den Einsatz innerhalb eines stationären Heilverfahrens wurde hierzu von Jungnitsch (1992) ein Gruppenprogramm, das als „Visualisierungstraining“ bezeichnet wird, konzipiert.

Das Visualisierungstraining für Menschen, die an einer chronischen Polyarthritiden erkrankt sind, hat zwei theoretische Fundamente. Das eine besteht in der als gesichert anzunehmenden Erkenntnis, daß psychologische und immunologische Prozesse keineswegs als voneinander unabhängig anzusehen sind (vgl. Ader, Felten & Cohen, 1991; Schedlowski, 1994). Das zweite besteht in der für chronische Erkrankungen allgemein als günstig anzusehenden Konzeption einer kognitiv-behavioralen Gruppe. Dies begründet sich darin, daß diese Vorgehensweise dem rehabilitativen Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ sowie dem Ansatz des Selbstmanagements (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) verbunden ist. Letzterer ist gerade auch für die Therapie chronischer Erkrankungen wesentlich (vgl. Budde, 1994).

Allgemein ist der Aufbau folgendermaßen (Tab. 2):

**Tabelle 2:**

Grundelemente kognitiv-verhaltenstherapeutischer Trainingsgruppen

- Erarbeiten eines plausiblen Krankheits- und Veränderungsmodells
- Einüben konkreter Verhaltensweisen in der Trainingssituation
- Vorbereitung auf die Übertragung in den Alltag (Hausaufgaben)
- Anwendung im Lebensalltag (mit Rückkoppelung im Training)
- Effektprüfung in der Praxis (gegebenenfalls Modifikation)
- Anwendungsphase (evtl. Auffrischung durch Wiederholungssitzungen)
- Langzeitevaluation (z. B. über 12 Monate)

Die aus Tabelle 2 ersichtlichen Grundschriffe sind aus der Theorie der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1986) abzuleiten und finden ihre Entsprechung im Prozeßmodell der Selbstmanagement-Therapie sensu Kanfer et al. (1996). Im ersten Schritt, der Formulierung plausibler Modelle zur Erkrankung sowie zur Begründung der Behandlungsschritte soll die Motivation gefördert werden, überhaupt am Trainingsprogramm teilzunehmen. Zudem werden durch diese Modelle sowohl die Programmziele als auch die Veränderungsschritte transparent. Im zweiten Schritt werden die als notwendig erachteten Verhaltensweisen zur Krankheitsbewältigung konkretisiert. Wesentlich ist dann, daß die Veränderungen in den realen Lebenssituationen stattfinden. Dort werden sie evaluiert und gegebenenfalls modifiziert (Petermann, 1996). So sollten dauerhaft die Fertigkeiten entweder zum Krankheitsmanagement oder zur Veränderung des Krankheitsprozesses verbessert werden. Diese Maßnahmen sind als

notwendiger und selbstverständlicher Bestandteil der Rheumatherapie zu betrachten. Obwohl hierbei Gruppenangebote zu bevorzugen sind, bedeutet dies nicht, daß keine individualisierten Angebote möglich sind. Diese erscheinen besonders zu frühen Zeitpunkten in der Behandlung sinnvoll und notwendig (vgl. Jungnitsch, 1992).

**Programmstruktur.** Das Programm ist auf die Bedingungen eines drei- bis vierwöchigen stationären Heilverfahrens abgestimmt. Es umfaßt daher insgesamt sechs Gruppenstunden zu jeweils ca. 90 Minuten, denen eine individuelle Vorbesprechungsstunde für jeden Patienten vorausgeht. Die Stunden finden dreimal wöchentlich statt, zwischen den Interventionstagen liegt jeweils ein Tag ohne psychologisches Angebot. Die Trainingsstunden werden innerhalb der für die sonstigen Maßnahmen gültigen Therapiekernzeit, in der Regel vormittags, durchgeführt. Die Gruppen umfassen maximal sieben Patienten, die Teilnahme ist freiwillig aber ärztlicherseits empfohlen; die Teilnahme wird in die Therapieleistungskarte eingetragen. Die Gruppe wird von einem Psychologen geleitet und durchgeführt. Die Teilnehmer erhalten schriftliches Begleitmaterial sowie zu eigenständigen Übungen Kassetten.

**Programminhalte.** Zur detaillierten Darstellung der Programmschritte und der zugehörigen konkreten Übungen und Hintergrundmaterialien wird auf Jungnitsch (1992) verwiesen. Der Aufbau folgt dabei den weiter unten näher dargestellten Überlegungen zu psychologischen Trainingsgruppen zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung und stellt eine Ausarbeitung dieser Programmbausteine dar. Die einzelnen Inhalte verteilen sich folgendermaßen auf die sechs Gruppenstunden (Tab. 3):

**Tabelle 3:**

Visualisierungsgruppe

- 1. Stunde:** Modell psychischer Faktoren im Krankheitsverlauf
- 2. Stunde:** Modell der Psychoimmunologie. Vorstellungen und körperliche Reaktionen, Placeboeffekt und „Warzenbehandlung“ veranschaulichen die Interaktion von Psyche und Immunsystem.
- 3. Stunde:** Entspannung durch Phantasie und entwickeln individueller Vorstellungsbilder
- 4. Stunde:** Visualisierungsübung
- 5. Stunde:** Übung und Ausarbeitung der Bilder
- 6. Stunde:** Visualisierungsübung in Kurzform. Übertragung in den Alltag

**1. Gruppenstunde: Informationsphase – Modell der Krankheitsentstehung.** Die Gruppe wird mit einer Vorstellungsrunde eingeleitet. Hier sollen die Ideen der Patienten über Entstehung und Verlauf ihrer Erkrankung sowie über die vermuteten Einflußmöglichkeiten offengelegt werden. Die Patienten werden nach ihren Beobachtungen im Zusammenhang mit einer Verbesserung oder Verschlechterung ihrer Krankheit gefragt. Besonders sollen die Mittel und Wege, die sie bereits zur Krankheitsbeeinflussung herausgefunden haben, bearbeitet werden. Im Anschluß an diesen gesprächs betonten Abschnitt wird

das psychoimmunologische Modell der Krankheit vermittelt. Dessen Kernaussage besteht darin, daß nicht nur die körperlichen Gegebenheiten über Ausbruch und Verlauf von Krankheiten entscheiden, sondern individuelle psychische Prozesse dies ebenfalls bedeutsam verändern können. Eine Demonstration der „Zitronenübung“ führt zu einem Grundmodell eigener Einflußmöglichkeiten auf körperliche Vorgänge (vgl. Kasten 1).

**Kasten 1:**  
Zitronenübung

Setzen Sie sich ganz entspannt auf Ihren Stuhl, lassen Sie Ihre Gedanken und Vorstellungen treiben. Vielen Menschen fällt dies leicht, wenn sie dazu ihre Augen schließen und sich in ihrem Geiste, ihrer Vorstellung mit etwas beschäftigen, was sie gerne mögen, ihnen gut bekannt ist, ihnen gut tut. Und so können Sie feststellen, daß Sie ganz unterschiedliche Bilder, Gedanken, Szenen hervorrufen können, ganz, wie Sie es wollen oder es geschehen lassen. Für den Moment möchte ich Sie bitten, den Versuch zu unternehmen, die Vorstellung eines ganz bestimmten, vielleicht jetzt eigenartig klingenden Bildes zu versuchen – das einer Zitrone. Versuchen Sie einmal, sich eine Zitrone, die vielleicht auf einem weissen Teller liegen kann, immer genauer vorzustellen. Die Farbe der Zitrone – das kräftige Gelb oder vielleicht Gelb und etwas Grün – ihre Form – rundlicher oder gestreckter – die Beschaffenheit ihrer Schale – die Unregelmäßigkeit, die Poren – ein immer deutlicheres Bild Ihrer Zitrone. Und in der Vorstellung ist es vielen Menschen möglich, nicht nur Bilder, Gegenstände wie diese Zitrone wahrzunehmen, manche können sogar den Geruch erfahren, der von dieser Zitrone ausströmt. Und auch ist es möglich, selbst in der Vorstellung etwas zu tun – so wie ich Sie jetzt bitten möchte, in Ihrer Vorstellung ein Messer zur Hand zu nehmen und Ihre Zitrone in zwei Teile zu schneiden. Vielleicht spüren Sie den leichten Kraftaufwand, den Sie benötigen, um die Zitrone zu zerteilen. Sie können sehen, wie die Schnittfläche mit ihren aufgeschnittenen Poren vom Saft glänzt, vielleicht ein paar durchgeschnittene Kerne, den Saft, wie er Ihre Finger benetzt, auf den Teller läuft. Und den Geruch nach frischem Zitronensaft, Zitronenduft. Und ich möchte Sie nun um ein Weiteres bitten: Schneiden Sie ein Stück der Zitrone ab – führen Sie dieses Stück zum Mund – lecken Sie daran oder beissen es ab – und schmecken den unverwechselbaren Geschmack der Zitrone in Ihrem Mund – in der ganzen Mundhöhle – spüren ihn vielleicht am ganzen Körper – ein Geschmack, der selbst dann noch nachklingt, wenn Sie den Saft schon längst hinuntergeschluckt haben. Vielleicht ist dieser Geschmack, das Gefühl in Ihrem Mund selbst dann noch ein wenig gegenwärtig, wenn Sie jetzt wieder Ihre Augen öffnen, Ihre jetzige Umgebung deutlich wahrnehmen und erkennen, daß Sie sich wieder ganz hier in der Gruppe befinden.

Bezogen auf den Bereich „Krankheit“ kann die enge Verbindung psychischer mit physiologischen Prozessen am Beispiel des Placeboeffektes sehr gut veranschaulicht werden. Zur Unterstützung wird den Teilnehmern als Begleitmaterial Text und Abbildung zur Theorie der Krankheitsentstehung sowie der Text „Unbewusste Prozesse und Krankheitsentstehung“ (vgl. Jungnitsch, 1992) zur selbständigen Lektüre mitgegeben.

**2. Gruppenstunde: Erproben der eigenen Vorstellungsfähigkeit.** Diese Stunde wurde erst in Zusammenhang mit der Arbeit von Viehhauser (1994) in die Ablaufstruktur aufgenommen und ersetzt die relativ unspezifische Übung zur Phantasiereise im Programm nach Jungnitsch (1992). In Anlehnung an das diagnostische Instrument der „Creative Imagination Scale“ (Wilson & Barber, 1978) steht im Zentrum dieser Stunde Überprüfung und Vorbereitung der Teilnehmer hinsichtlich ihrer Imaginationsfähigkeiten. Zunächst wird je-

doch zu Beginn das Gruppenziel (= Ausweiten der trotz der Erkrankung in großem Maße vorhandenen gesunden Anteile der Person) unterstrichen.

Daran anschließend wird der in der ersten Stunde ausgegebene Text vor allem in Hinblick auf entsprechende persönliche Erfahrungen der Teilnehmer besprochen und in das psychophysiologische Wirkmodell der Visualisierung eingeordnet. Dieses Modell soll den Teilnehmern das komplexe Wechselspiel der einzelnen körperlichen und psychischen Systeme veranschaulichen. Daran schließt sich die Vorübung zur Visualisierung in Form des oben genannten Imaginationstestes an. In diesem werden verschiedene sensorische Systeme wie Sehen, Hören, Riechen usw. und Empfindungen wie Schwere, Kühle, Zeitverzerrung usw. angesprochen. Damit kann jeder Patient seine Stärken und Schwächen in der Bildung von Vorstellungen herausfinden. Mit Hilfe dieser Übung soll den Teilnehmern verdeutlicht werden, 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 aufbauend auf dieses mit zunehmender Übung mehr und mehr andere vorgestellte Sinneseindrücke hinzutreten zu lassen.

Im schriftlichen Begleitmaterial zu dieser Stunde (vgl. Jungnitsch, 1992) soll das Vorgehen dokumentiert und eine Abgrenzung gegenüber nicht fundierten oder ausschließlich spekulativen Verfahren geleistet werden.

**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 auf eine positive Wertung des eigenen Körpers verändern soll. Die Teilnehmer erleben sich nämlich häufig als „ganz und gar krank“ und minderwertig. In der Übung „Gesunde Funktionen“ (Jungnitsch, 1992) soll die Aufmerksamkeit auch auf die Teile des Körpers gerichtet werden, die völlig gesund und in Ordnung sind.

Anschließend an die Übung soll jeder einzelne, möglichst unter Beteiligung der übrigen Gruppenmitglieder, ein Bild seiner Erkrankung und der Veränderungen erarbeiten, die auftreten sollen.

Als Hausaufgabe sollen sich die Teilnehmer nochmals mit der Ausgestaltung ihres individuellen Krankheitsbildes beschäftigen, vor allem in Hinblick auf die Möglichkeiten zur Eindämmung oder Beendigung des Krankheitsprozesses und dem Einbeziehen der Medikamente dabei.

**4. Gruppenstunde: Visualisierungsübung.** Für die Besprechung der Hausaufgabe und die endgültige Formulierung der individuellen Bilder zur Erkrankung und der möglichen Veränderungen wird ein relativ breiter zeitlicher Rahmen eingeräumt. Dies ist insbesondere dadurch zu begründen, daß es vielen Patienten zunächst nicht gelingt, neben einem die Krankheit verkörperndem Bild auch eine entsprechende positive Veränderung und ein hilfreiches Mit-

wirken der medikamentösen Behandlung in ihre Vorstellungen einzubeziehen. Erst wenn dies gelungen ist, kann konkret die Visualisierungsübung durchgeführt werden. Diese wird in der Gruppe in möglichst offener Form gegeben, um es allen Teilnehmern zu ermöglichen, auch ihre eigenen Vorstellungen zu realisieren. In der Anleitung wird dabei darauf geachtet, daß weniger aggressive Formulierungen gebraucht werden, die bei einer Autoimmunerkrankung wie der chronischen Polyarthrititis möglicherweise kontraindiziert wären, sondern solche, die auf eine Harmonisierung der medizinisch bislang noch nicht konkret faßbaren Abläufe im Immunsystem abzielen (vgl. Kasten 2).

#### Kasten 2:

Instruktionsmöglichkeiten für die Visualisierungsübung

Formulierungen zur Veränderung des Krankheitsprozesses:

- Sie richten Ihre gesunden, aktiven Kräfte auf die Veränderung der Krankheit.
- Ihre eigenen Kräfte nehmen die Wirkstoffe der Medikamente auf und bremsen und beenden die Erkrankung.
- Sie sehen Ihre gesunden und starken Kräfte die Erkrankung verändern.
- Die Erkrankung wird durch Ihre Kräfte und die Wirkstoffe der Medikamente geschwächt.
- Ihre gesunden, richtig funktionierenden Abwehrkräfte ersetzen die falsch funktionierenden.
- Sie sehen, wie die Erkrankung, die Ursache der Erkrankung beseitigt wird.
- Die Abwehrkräfte ordnen sich neu, greifen nur Fremdes an, erkennen Eigenes.
- Alle Immunkräfte stimmen wieder überein, helfen dem eigenen Körper.

Eine genaue Formulierung findet sich bei Jungnitsch (1992), eine Variation dieser Anleitung, die ein genaues Bild der korrekten Ausbildung von Immunzellen im Thymus vorgibt, stellt Viehhauser (1994) vor.

Als Hausaufgabe soll die Übung mit Hilfe einer auf Kassette aufgenommenen Anleitung mindestens zweimal täglich durchgeführt werden.

**5. Gruppenstunde: Ausformung der individuellen Vorstellungsbilder.** Das Hauptgewicht 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, die Teilnehmer ihre gegenwärtigen Vorstellungen in Form eines gemalten Bildes gegenständlich werden zu lassen. Diese Stunde ist insgesamt relativ offen zu gestalten, in der Praxis füllt oft die weitere Ausformung der Vorstellungen sowie das Besprechen der Schwierigkeiten der Teilnehmer mit der Übung die gesamte Stunde aus. Als Hausaufgabe soll die Übung mindestens zweimal konsequent durchgeführt werden.

**6. Gruppenstunde: Visualisierungsübung „Zukunft ohne Krankheit“ – Übertragung auf den Alltag.** Thema der letzten Sitzung ist die Übertragung des Gelernten auf den Alltag. Hierzu wird zunächst die Visualisierungsübung „Reise in die Zukunft ohne Krankheit“ (Jungnitsch, 1992) durchgeführt. Damit sollen Zielvorstellungen bezüglich künftiger Möglichkeiten initiiert werden. „Ohne Krankheit“ heißt dabei so körperlich gesund, wie dies im Rahmen der

medizinischen Sachlage möglich ist. Dabei ist aber gleichzeitig auch ein Gesundheitskonzept gemeint, das auf eine im übergeordneten Sinne gesunde und befriedigende Lebensführung bei bestehenden körperlichen Krankheiten oder Einschränkungen abzielt (vgl. Lutz, 1992). 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 Visualisierungsübung auf diese Bereiche übertragen.

**Evaluationsergebnisse.** Zu dem vorstehend beschriebenen Konzept des Visualisierungstrainings liegen inzwischen mehrere Untersuchungen vor (Del Monego, 1993; Pollok, 1995; Schmitz, 1989; Viehhauser, 1994). Dabei handelt es sich um quasi-experimentelle Kontrollgruppenuntersuchungen (Sarris, 1992), wobei die Visualisierungsgruppe sowohl gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen, wirksamen Interventionsgruppen oder beidem verglichen wurde. Messungen erfolgten als Vorher-Nachher-Erhebung, in einem Fall (Pollok, 1995) konnte auch eine Nachkontrolle nach drei Monaten durchgeführt werden. Die Daten zu den Bereichen „Schmerz und Schmerzbewältigung“, „Krankheitsbewältigung“, „Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit“, „Psychische Befindlichkeit“ und „Medizinische Daten“ wurden mit den gleichen Meßinstrumenten erhoben. Insgesamt nahmen an diesen Studien 137 Patienten teil, davon 69 in den Visualisierungsgruppen. An dieser Stelle sollen die Ergebnisse zusammengefaßt werden, genaueres findet sich bei Jungnitsch und Pollok (1996), Jungnitsch und Viehhauser (1996), Jungnitsch, Del Monego, Pollok und Viehhauser (1994) sowie bei Kopp, Pollok, Viehhauser und Jungnitsch (1993). Insgesamt zeigt sich folgendes Bild:

- **Schmerz und Schmerzbewältigung.** In bezug auf die Schmerzstärke kann in zwei Studien eine Abnahme festgestellt werden, bei den beiden anderen findet sich dagegen keine Veränderung. In keiner der Studien unterscheidet sich der Schmerzverlauf aber gegenüber den Vergleichsgruppen signifikant. Betrachtet man den Bereich der emotionalen Belastung durch chronische Schmerzen, so findet sich für die dafür relevanten Bereiche Angst, Hilflosigkeit/Depression sowie Ärger durchgängig eine Verringerung der Belastung. Diese ist in der Regel größer als bei den Vergleichsgruppen, erreicht in der Arbeit von Viehhauser (1994) für die beiden letztgenannten Bereiche auch Signifikanz. In der Schmerzbewältigung ergibt sich ein eindeutiges Bild für die „Handlungsplanung“: Sie ist in allen Studien gegenüber allen einbezogenen Vergleichsgruppen signifikant angestiegen. Der Bereich „Ruhe/Entspannung“ ist ebenfalls gegenüber allen Gruppen deutlicher verbessert, signifikant wird dies in zwei Untersuchungen. Für die weiteren Bereiche „Kognitive Umstrukturierung“, „Kompetenzerleben“, „Mentale Ablenkung“ und „Gegensteuernde Aktivitäten“ gilt, daß sie ebenfalls durchgängig verbessert werden, aber diese Verbesserung jeweils nur in einzelnen Fällen signifikant wird (zu den verwendeten Skalen siehe Geissner & Würtele, 1992).

- **Krankheitsbewältigung.** Hier zeigen sich in den verwendeten Skalen entweder keine oder nur tendenziell positive Veränderungen, wie sie ebenso in den Vergleichsgruppen zu finden sind. Eine interessante Ausnahme stellt die signifikante Abnahme des Bedürfnisses nach weiterer Information und Erfahrungsaustausch in der stark strukturierten, trainingsorientierten Variation der Visualisierungsgruppe bei Viehhauser (1994) dar.
- **Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit.** In diesem, mit Hilfe der von Lohaus und Schmitt (1989) entwickelten Skalen, erfaßten Bereich ist das Muster der Ergebnisse einheitlich, wobei in keiner Einzelstudie die Ergebnisse signifikant wurden. Durchgängig zeigt sich eine Zunahme der internalen sowie der externalen (powerful others) Kontrollüberzeugungen, gepaart mit einer Abnahme der Kontrollüberzeugung „External chance“.
- **Psychische Befindlichkeit.** Die hierzu herangezogenen Variablen „Optimismus“, „Hoffnungslosigkeit“ sowie die globale Befindlichkeit verändern sich durchgehend in die erwünschte Richtung. Diese Veränderungen sind für jeden Bereich in jeweils einer Studie signifikant.
- **Medizinische Daten.** Hier wurde nur die Blutsenkungsgeschwindigkeit als medizinisch relevanter Entzündungsparameter in allen Studien gleichermaßen erhoben. Tendenziell reduziert sich diese in den Visualisierungsgruppen deutlicher als in den Vergleichsgruppen. Dieser Befund ist in der Studie von Pollok (1995) nicht gegeben, ihre Patienten zeigen aber im Schnitt alle bereits Ausgangswerte, die nahe am Normalbereich liegen. Ein deutliches Ergebnis können Kopp et al. (1993) berichten. Hier sinkt der BSG-Wert bis hin zur Nachkontrolle bei den Patienten, die das Visualisierungstraining regelmäßig durchführten, gegenüber ihren Vergleichsgruppen signifikant ab.

Aus diesen Ergebnissen kann abgeleitet werden, daß es sich bei dem Visualisierungstraining um einen Ansatz handelt, der eine erfolgversprechende Möglichkeit bietet, sowohl die Krankheit selbst als auch den mit ihr verbundenen Schmerz an ihrer Ausweitung zu hindern. Das Verfahren ist allerdings noch weiter empirisch abzusichern und anhand der Ergebnisse in seiner Konzeption zu optimieren. Weiter stellt sich die Frage nach einer differentiellen Indikation innerhalb der Gruppe der Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, insbesondere im Hinblick darauf, ob sich gerade unter dem Gesichtspunkt der Primärprävention im Sinne der ICDH (Matthesius et al., 1994) dieses Verfahren gerade an relativ frisch Erkrankte richten sollte.

### 2.3 Kompetenzförderung zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung

Auf das Leitsymptom „chronischer Schmerz“ abzielende Trainingsprogramme für Menschen mit chronischer Polyarthritiden können nach einer Vielzahl bislang vorliegender Untersuchungen als effektiv bezeichnet werden (vgl. Übersichten

bei Jungnitsch, 1994; Rehfisch, 1994). Ihrem Schwerpunkt nach zielen sie auf die Ebene der Sekundärprävention (WHO, 1980) ab. Einen solchen Ansatz stellt das Schmerzbewältigungstraining von Rehfisch, Basler und Seemann (1989) dar. In diesem werden, ausgehend von der Vermittlung eines Schmerzmodelles – der Gate-Control-Theorie (Melzack & Wall, 1982) – in einem insgesamt zwölf Sitzungen umfassenden Programm Strategien der Aufmerksamkeitsumlenkung sowie überwiegend auf verschiedene Entspannungsverfahren beruhende Techniken der Schmerzbewältigung vermittelt. Dieses Verfahren hat sich auch im ambulanten Einsatz innerhalb von Rheumaliga-Selbsthilfegruppen bewährt (Basler & Rehfisch, 1989). Ein die Tertiärprävention betreffender Ansatz muß darüber hinaus möglichst auf einen Großteil der bereits oben geschilderten vielfältigen Belastungen, die mit dieser Krankheit einhergehen, abzielen. Eine solche Gruppenkonzeption wurde, in Anlehnung an das Schmerzbewältigungsprogramm von Köhler (1982), als Training zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung von Jungnitsch (1992) entwickelt. Während sich die Programmstruktur an den Gegebenheiten stationärer Heilverfahren orientiert, ist die Gesamtkonzeption einer kognitiv-behavioralen Grundorientierung verpflichtet. Die Zusammenstellung der Programmbausteine wurden in ihrer Abfolge daran orientiert, daß sie die Patienten allmählich zur Akzeptanz und Anwendung zunächst vielleicht eher ungewohnter psychologischer Methoden führen. Hierzu wurde eine aus dreizehn Schritten bestehende Grundstruktur entwickelt (Abb. 1):

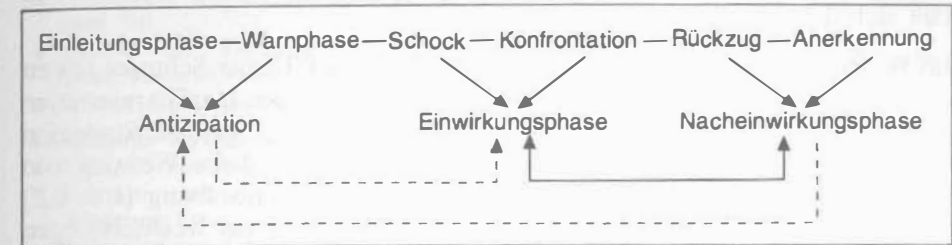
Der **erste Schritt** besteht in der Vermittlung eines Rahmenmodells, aus dem sich ableiten läßt, daß das Einüben psychologischer Techniken zur Förderung der eigenen Bewältigungskompetenz sinnvoll ist. Hierzu wird das **Annäherungs-Vermeidungsmodell der Krankheitsbewältigung** nach Shontz (1975) gewählt (vgl. Abb. 2). Dieses Modell wurde aus klinischer Beobachtung gewonnen und konzipiert den Bewältigungsverlauf in Übereinstimmung mit anderen Modellen (vgl. Budde, 1984) als einen in Phasen ablaufenden Prozeß. Gerade die „Einleitungsphase“ mit ihrer Verunsicherung des Patienten und seinem Bedürfnis, die wahrgenommenen Symptome doch in bekannte, wenig bedrohliche Krankheitsbilder einzuordnen, entspricht dem bei chronischen Krankheiten zu beobachtendem Geschehen in besonderem Maße. Auf der Seite der „Akzeptanz“ findet sich ebenfalls eine Betrachtungsweise, wie sie auf dem Hintergrund der Krankheitseigenschaften „Chronifizierung“ und „Progredienz“ für die Verarbeitungsreaktionen der Patienten besonders zutreffend ist: „Bewältigung“ wird nicht als einmaliger Vorgang gesehen, der, wenn einmal durchlaufen, endgültig abgeschlossen werden kann. Weiterhin ist in diesem Modell noch eine Besonderheit chronisch-progredienter Erkrankungen abgebildet, nämlich, daß es zum „normalen“ Bewältigungsverlauf gehört, daß der Prozeß nicht nur aus dem Wechsel zwischen Annäherung und Vermeidung an den gegebenen Zustand besteht, sondern sogar immer wieder ganz 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 es nicht verstehen kann, daß er sich



**Abbildung 1:**  
Grundstruktur eines psychologischen Trainingsprogrammes  
zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung

immer wieder mit Schwierigkeiten mit der von ihm längst bewältigt geglaubten Erkrankung konfrontiert sieht. Da in diesem Modell die psychischen Reaktionen auf die Erkrankung in den Vordergrund gerückt werden, wird damit

gleichzeitig sowohl die Normalität als auch die Notwendigkeit des Einbeziehens psychologischer Methoden für diesen Aspekt der Erkrankung betont. Gleichzeitig ist damit angegeben, daß sich die psychologische Herangehensweise nicht als Alternative, sondern als Ergänzung zum medizinischen Vorgehen versteht.



**Abbildung 2:**  
Das Annäherungs-Vermeidungsmodell nach Shontz (1975)

Im **zweiten Schritt** wird auf den für alle Patienten gegenwärtigen Problembereich des chronischen Schmerzes abgehoben. Dabei wird an die Erfahrungen der Patienten mit eigenen Strategien angeknüpft und insbesondere die Wirksamkeit von Ablenkungs- bzw. Aufmerksamkeitsumlenkungsverfahren herausgearbeitet. An dieser Stelle läßt sich als erstes Modell die **Gate-Control-Theorie** (Melzack & Wall, 1982) einführen. Diese ist sowohl in ihren neurophysiologischen Annahmen als auch hinsichtlich ihrer Tragfähigkeit bezüglich einer umfassenden Beschreibung psychologischer Schmerzverarbeitungsvorgänge zurecht kritisiert worden (vgl. Geissner, 1992). Für den therapeutischen Einsatz stellt sie jedoch nach wie vor das auch für den Laien griffigste und am leichtesten nachvollziehbare Modell dar, aus dem für jeden verständlich 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 krankengymnastischer Therapie 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 auch praktisch die Zugehörigkeit psychologischer Verfahren zu den sonstigen therapeutischen Vorgehensweisen. Die progressive Muskelrelaxation kann darüber hinaus mit dem Schmerzmodell des **Schmerz-Spannungs-Schmerz-Kreislaufes** (Zimmermann, 1994) in Beziehung gebracht werden. Nach diesem Modell nehmen psychische und körperlich-muskuläre Anspannung gleichgerichtet zu, was eine Zunahme von Schmerzen bewirkt. Diese kann sich ihrerseits sowohl direkt in einer Zunahme physischer Anspannung auswirken als auch indirekt; das heißt, durch eine negative psychische Reaktion auf den zunehmenden Schmerz erhöht sich die körperliche Anspannung.



Erst im **vierten Schritt**, der nach wie vor beim Thema Schmerz bleibt, wird nun ein Verfahren eingeführt, das sich weiter von den Alltagserfahrungen der Patienten entfernt. Dieses besteht in einem **mentalen Entspannungstraining** („Phantasiereise“, vgl. Vaitl & Petermann, 1993). Diese wird mit den bereits herausgearbeiteten Ablenkungsstrategien sowie der Entspannungserfahrung durch die progressive Muskelentspannung verknüpft. Auf diese Weise erscheint auch dieses Verfahren nur als Variation bisher vertrauter Vorgehen und läßt sich daher leicht akzeptieren.

Im **fünften Schritt** erfolgt nun eine Abwendung vom Thema Schmerz hin zu Aspekten des **Krankheitsprozesses**. Die Vermittlung des hierfür relevanten Modells erfolgt auf dem Hintergrund der Erfahrung, daß mentale Strategien zur Symptombekämpfung einsetzbar sind. Außerdem wird die Wirkung von Vorstellungen auf körperliche Prozesse anhand der Zitronenübung (s. o. 2.2) demonstriert. Schließlich wird als theoretisches Modell das der wechselseitigen Verknüpfung des Zentralnervensystems, des Immunsystems sowie des hormonellen Systems, wie es sich aus den Ansätzen der Psychoimmunologie ableiten läßt (vgl. Goetzl & Spector, 1989), eingeführt.

Der **sechste Schritt** besteht in der Durchführung eines Trainings zur **Visualisierung**. Mit Hilfe dieses aus dem von Simonton, Matthews-Simonton und Creighton (1982) für Krebspatienten entwickelten abgeleiteten Verfahrens werden zwei Zielbereiche anvisiert: Einmal sollen die krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen (Lohaus & Schmitt, 1989) in günstiger Richtung verändert werden, wie es mit Hilfe dieser Methodik für Krebspatienten beschrieben ist (vgl. Rosen, 1984). Zum anderen soll auch direkt auf den Verlauf der Erkrankung durch eine Einflußnahme auf immunologische Prozesse durch mentale Übungen, wie sie Ergebnisse der Psychoimmunologie zumindest als möglich erscheinen lassen (vgl. Ader, Felten & Cohen, 1991), eingewirkt werden. Hierzu ist der Visualisierungsansatz an die immunologischen Gegebenheiten der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen anzupassen, wie dies für die cP bei Jungnitsch (1992) ausgeführt wurde.

Im **siebten Schritt** wird als Kontrast zur vorhergehenden, auf den Krankheitsverlauf abzielenden Vorgehensweise die der **Schmerzobjektivierung** angeboten. Damit ist eine die Schmerzsymptomatik fokussierende Strategie gemeint (vgl. Jungnitsch, 1992). Ähnlich wie im vorangegangenen Schritt ist auch hier die Arbeit mit Bildern die zentrale Technik. Damit soll zugleich eine detailliertere Beschreibung der Schmerzen ermöglicht werden sowie eine Distanzierung vom emotionalen Aspekt der Schmerzempfindung. Die Grundschritte dieser Übung sind folgende:

**Kasten 3:**

## Anweisung zur Übung „Schmerzobjektivierung“

**I. Fokussieren und Beschreiben des Schmerzes**

- Richten der Aufmerksamkeit auf **eine** ausgewählte Schmerzempfindung
- Herausfinden und Beschreiben von zwei Aspekten des Schmerzempfindens:
  - a) der sensorisch-diskriminative Anteil
  - b) der affektiv-evaluative Anteil
- Trennen der Anteile in der Wahrnehmung durch Verlagerung der Aufmerksamkeit auf **nur** einen Teil
- Einüben der Trennung der Schmerzempfindungsqualitäten durch Wechsel der Aufmerksamkeit zwischen den Qualitäten
- Fixieren der Aufmerksamkeit auf den sensorisch-diskriminativen Anteil

**II. Bildhafte Veränderung des Schmerzes**

- Herausarbeiten eines anschaulichen Bildes oder einer Metapher für den Schmerz
- Verändern von Teilaspekten des Bildes oder des ganzen Bildes in Richtung „Linderung/Erträglichkeit“
- Konzentration auf das veränderte Bild, evtl. experimentieren mit weiteren Veränderungen

Der **achte Schritt** hat als Zielbereich die **Veränderung negativer Emotionen** sowie das Überwinden von Inaktivitäts- und Rückzugstendenzen, wie sie sich aus der Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufes, selbst über kurze Zeiträume hinweg, häufig ergeben. Es soll hier die Anregung gegeben werden, für verlorengegangene Erlebnisbereiche wieder Alternativen zu finden. Hierzu wird der Ansatz des „Genußtrainings“ (Lutz, 1983; 1996) gewählt, der sich u. a. bereits in der Behandlung depressiver Erkrankungen sowie als allgemeiner Ansatz zur Förderung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen bewährt hat (Koppenhöfer, 1994). Dieser aktivierende, nach außen orientierte Baustein wird an dieser Stelle auch als Kontrastierung zu den bislang eher „innenlastigen“ Möglichkeiten eingesetzt. Damit soll die Notwendigkeit, auf beide Zugangsweisen zurückzugreifen, unterstrichen werden. Zudem bereitet dieser Ansatz in indirekter Weise bereits den Gebrauch kognitiver Strategien vor, die zur Steigerung der Lebensqualität führen sollen. Ebenso wird auf eine flexible Wahrnehmung und Überprüfung unterschiedlicher emotionaler Reaktionen abgehoben. Damit soll in Frage gestellt werden, daß negative äußere Situationen automatisch eine negative innere Bewertung und Einstellung hervorrufen müssen.

Direkt anschließend wird nun im nächsten, dem **neunten Schritt**, der Bereich der **Kognitionen** thematisiert. Hierzu wird wiederum ein eigenes, für diesen Bereich spezifisches Erklärungsmodell geboten. Hierfür 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 und Folkman (1984; vgl. Hampel & Petermann, in diesem Buch) dargestellt werden.

Im **zehnten Schritt** werden Vorstellungen aus dem **Streßimmunisierungstraining** nach Meichenbaum (1991) konkret umgesetzt. Hierzu werden Gedankenprotokolle zu relevanten Belastungssituationen erstellt (vgl. hierzu Hampel & Petermann, in diesem Buch). Im **elften Schritt** wird auf **soziale**

**Beziehungen** eingegangen. Zusätzlich sind direkte Übungsmöglichkeiten in Form entsprechender **Rollenspiele** vorgesehen.

Der **zwölfte Schritt** dient nun anhand eines festgesetzten Themas, nämlich Situationen von **Trauer und Verlust**, dazu, alle vorgenannten Strategien in Hinblick auf ihre Verwendungsmöglichkeiten in bereits erlebten oder auch künftigen Situationen zu überprüfen oder entsprechende Modifikationen zu überlegen. Damit soll das Einplanen psychologischer Strategien für belastende Situationen gefestigt sowie der Wert der vorgestellten Möglichkeiten für die jeweils persönliche Problemkonstellation noch einmal verdeutlicht werden. Schließlich ist mit dem **dreizehnten Schritt** ein **Abschluß** des gesamten Vorgehens im Rahmen einer ein positives Gruppengedühl vermittelnden Übung geplant, um das gesamte Programm noch einmal in den Rahmen einer insgesamt positiven emotionalen Atmosphäre zu stellen.

Da diese Grundstruktur als Grundlage für diagnosegruppenspezifische Variationen gilt (vgl. Jungnitsch, 1995 a), soll an dieser Stelle die Frage der Indikation allgemein behandelt werden. Indikation und Kontraindikationen (Tab. 4) ergeben sich einerseits aus der Grundkonzeption dieses Programms als Standardangebot für alle von einer cP oder anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen betroffenen Patienten, andererseits aus den spezifischen Prozessen der Bewältigung einer chronischen Erkrankung.

**Tabelle 4:**

Indikationskriterien eines psychologischen Krankheitsbewältigungstrainings

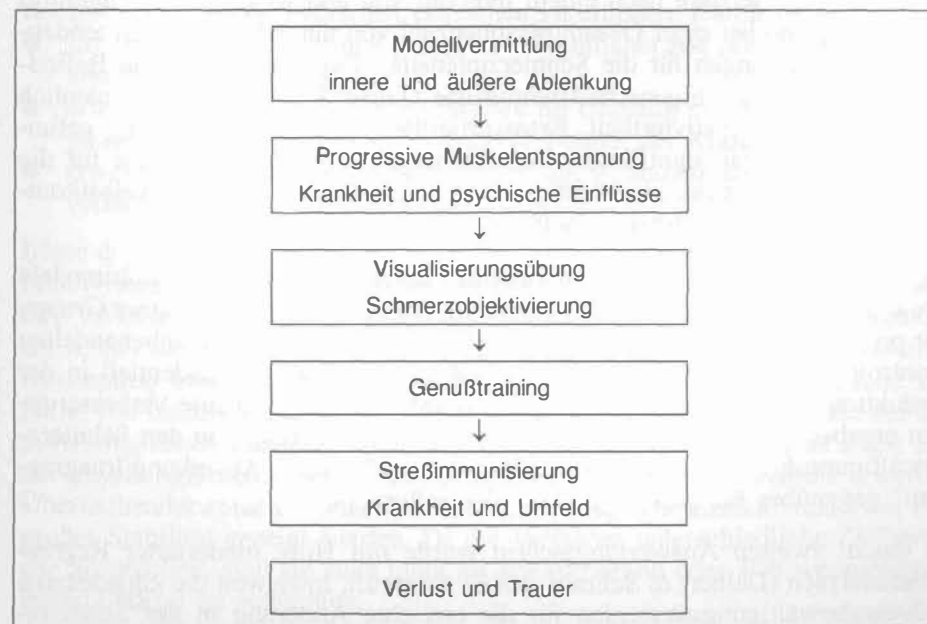
Trainingsprogramme zur Krankheitsbewältigung	
Indikation	Kontraindikation
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnose älter als sechs Monate</li> <li>● Suche nach Alternativen zu bisherigem Bewältigungsverhalten</li> <li>● Suche nach Informationen</li> <li>● Wunsch nach Beteiligung am Behandlungsplan</li> <li>● Wunsch nach Austausch mit Mitbetroffenen</li> <li>● Bestehen kurzfristiger emotionaler Beeinträchtigungen</li> <li>● Bestehen kurzfristiger krankheits- oder behandlungsbezogener Probleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● frische Diagnose (&lt; 6 Monate)</li> <li>● multimorbide Patienten</li> <li>● Bewältigungsabschnitt „Schock“</li> <li>● Bewältigungsabschnitt „Verleugnung“</li> </ul>

Für multimorbide Patienten besteht keine absolute Kontraindikation, bei diesen ist aber darauf zu achten, daß für sie in der Regel nur Gruppen mit schwerer betroffenen Personen hilfreich sind. Für den übrigen Personenkreis, für den eine Kontraindikation angegeben ist, ist zu den im Bewältigungsverlauf genannten Zeitpunkten eher eine Einzelbetreuung sinnvoll.

Die beschriebene Grundstruktur wurde für Patienten mit chronischer Polyarthrit, den Gegebenheiten stationärer Rehabilitation entsprechend, in ein sechs Sitzungen umfassendes Gruppenkonzept umgesetzt.

**Programmstruktur.** Um die Gruppe innerhalb eines Zeitraumes von zwei Wochen durchführen zu können, fanden pro Woche drei Sitzungen mit jeweils einem sitzungsfreien Tag dazwischen statt. Die Dauer der einzelnen Einheit ist auf 60 bis 90 Minuten festgelegt, wobei gerade bei Patienten mit Schwierigkeiten, längere Zeit zu sitzen, die kürzere Gruppendauer zu bevorzugen ist. Die Gruppe wird ausschließlich innerhalb der für den Klinikbetrieb regulären Therapiezeiten durchgeführt. Die Gruppengröße ist mit durchschnittlich fünf, maximal sieben Personen veranschlagt, die Teilnahme ist ausschließlich freiwillig. Die Gruppe wird jedem in Frage kommenden Patienten durch ein Informationsschreiben angekündigt, das eine ausdrückliche ärztliche Empfehlung zur Gruppenteilnahme enthält. Das Informationsschreiben zielt dabei zunächst auf eine Einladung zu einem individuellen Vorgespräch ab. In diesem wird von den durchführenden Psychologen im Einzelgespräch die Motivation zur Teilnahme geklärt sowie die letztendliche Indikationsstellung für die Gruppenteilnahme getroffen.

**Programminhalte.** Im Anschluß an das individuelle Vorgespräch läßt sich der Ablauf des Gruppenprogrammes wie folgt skizzieren (Abb. 3). Das Programm wurde aus den oben beschriebenen dreizehn Programmelementen auf sechs Sitzungen komprimiert, um innerhalb eines Zeitrahmens von zwei Wochen durchgeführt werden zu können.



**Abbildung 3:**

Themen eines psychologischen Trainingsprogrammes in sechs Sitzungen für Patienten mit chronischer Polyarthrit

In der ersten Sitzung wird neben der Einführung des genannten übergeordneten theoretischen Rahmens als erste Technik die „geplante Ablenkung“ von Schmerz thematisiert. Die zweite Sitzung ist der Durchführung der „Progressiven Muskelentspannung“ (Bernstein & Borkovec, 1975) sowie mit Hilfe einer kurzen Übung der Darstellung des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Vorgängen gewidmet. In der dritten Sitzung wird eine für Patienten mit chronischer Polyarthrits modifizierte Form der Visualisierungstechnik auf der Grundlage von Simonton et al. (1982) durchgeführt. Auf diese folgt die Übung zur Objektivierung des Schmerzerlebens. In der vierten Sitzung wird über die Verbindung von Wahrnehmung und Gefühlsprozessen eine Methode vorgestellt, die über das Ausnutzen einzelner dieser Sinneskanäle aktiv eine positive Stimmungslage herbeizuführen gestattet. Hierzu wird in der Regel der Tastsinn genutzt. Die fünfte Sitzung ist der Bewältigung unveränderlicher Situationen mit Hilfe kognitiver Techniken sowie der Vorbereitung konkreter Verhaltensänderungen in sozialen Situationen gewidmet. In der abschließenden Sitzung wird schließlich mit dem Thema „Verlust und Trauer“ der flexible Einsatz aller vorgestellten oder von den Teilnehmern eingebrachten Bewältigungsstrategien exemplarisch dargestellt. Die Sitzung wird mit einer gruppendynamischen Übung abgeschlossen.

**Evaluationsergebnisse.** Zu diesem Programm liegen für Patienten mit cp die Ergebnisse aus zwei Studien vor. In einer Pilotstudie (Jungnitsch & Langhof, 1991), die in einem Kontrollgruppendesign mit Vorher-Nachher-Messung und Nachkontrolle (letztere nach einem Intervall von drei Monaten) durchgeführt wurde, konnten bei einer Gesamtpersonenzahl von nur zehn Patienten tendenzielle Verbesserungen für die Schmerzintensität, Depressivität und in Befindlichkeitsmaßen der Eigenschaftswörterliste (Janke & Debus, 1978), nämlich Konzentriertheit, Aktiviertheit, Extrovertiertheit, gehobene Stimmung, gefunden werden. Sogar signifikante Verbesserungen ergaben sich in den für die Krankheitsbewältigung als wichtig erachteten Variablen „positive Selbstkommunikation“ und „Selbstsicherheit“.

Die zweite Untersuchung, die 46 Patienten umfaßte, verglich das multimodale Programm mit dem Visualisierungstraining (siehe Abschnitt 2.2), einer Gruppe zur progressiven Muskelentspannung sowie einer psychologisch unbehandelten Kontrollgruppe. Hier zeigte sich das multimodale Training tendentiell in der Reduktion der Schmerzempfindung am effektivsten. Signifikante Verbesserungen ergaben sich, ebenso wie bei der Visualisierungsgruppe, in den Schmerzbewältigungskompetenzen „Ruhe/Entspannung“ und „Ablenkung/Imagination“ gegenüber Entspannungs- und Kontrollgruppe.

In einem zweiten Auswertungsschritt wurde mit Hilfe moderierter Regressionsanalysen (Dalbert & Schmitt, 1986) überprüft, inwieweit die eingesetzten Schmerzbewältigungsstrategien für die erreichte Änderung in der Schmerzempfindung von Bedeutung sind (Geissner, Jungnitsch & Schmitz, 1994). Hier zeigt sich, daß „aktive“ Patienten, also solche, die sowohl an einer Trainingsgruppe teilnehmen als auch tatsächlich Bewältigungsfertigkeiten erlangen,

gleichermaßen von der multimodalen Gruppe wie der Visualisierungsgruppe für den Bereich der Schmerzreduktion profitieren. Es erweisen sich die Zusammenhänge zwischen dem Merkmal „Therapiegruppenzugehörigkeit“ und den Bewältigungsformen „Ablenkung/Imagination, Ruhe/Entspannung, gegensteuernde Aktivitäten und Selbstaufmunterung“ als statistisch bedeutsam. Die multimodale Gruppe zeigt sich insofern als überlegen, als sie auch in der Lage scheint, deutlicher zu einer Förderung einer positiven, optimistischen Haltung beizutragen sowie psychische Beeinträchtigungen aus den Bereichen Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Depression und Angst abzubauen. Ein, wenn auch ausdrücklicher nach den Prinzipien kognitiv-behavioralen Vorgehens zur Schmerzbewältigung aufgebautes Programm, das als abschließliche Technik ein Entspannungsverfahren beinhaltet, erbringt dagegen nur sehr geringen Nutzen, der kaum über den hinausgeht, der sich aus der klinischen Routinebehandlung ohne das Einbeziehen eines psychologischen Trainingsangebotes ergibt. Entspannung scheint in bezug auf die Schmerzreduzierung demnach eher als Element komplexerer Programme wirksam zu sein.

### 3 Schlußfolgerungen

Die hier vorgestellten Programme sind in einem erweiterten Sinne als „Patientenschulung“ anzusehen. Sie zielen darauf ab, die Kompetenz von Patienten mit cp in unterschiedlichen Bereichen zu erhöhen. Damit ist gemeint:

- Erhöhen der Informiertheit bezüglich wesentlicher Aspekte der Erkrankung und ihrer Behandlung;
- erweitern der Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Kardinalsymptom „Schmerz“ sowie umfassenderen Folgen der Krankheit; und
- erweitern der Handlungsmöglichkeiten für Veränderungen im Krankheitsverlauf.

Diese drei Bereiche werden durch Patientenschulungsprogramme zur Informationsvermittlung, durch Trainingsprogramme zur Krankheitsbewältigung sowie das Visualisierungstraining angesprochen. Ihr gemeinsames Element besteht darin, daß sie auf dem übergeordneten Grundprinzip der kognitiv-behavioralen Konzeption basieren. Erwartet werden jedoch zunächst unterschiedliche Effekte: Die beiden letztgenannten Verfahren sollen überwiegend Effekte auf der psychologischen Ebene zeitigen, die Visualisierung darüber hinaus sogar auf der physiologischen. Von der Schulung wird eine Kenntniszunahme erwartet. Überraschenderweise konnten aber auch psychologische Effekte, und zwar mit großer Stabilität gezeigt werden. Da die Verfahren unterschiedliche Zielbereiche ansprechen, sind sie auch nicht als konkurrierend oder sich wechselseitig ausschließend zu betrachten.

Programme, die ihren Schwerpunkt auf die umfassende Informierung der Patienten legen, spielen eine wertvolle Rolle, um spezielle Maßnahmen vorzubereiten. Denn wie die vorstehend genannten Studien zeigen, ist ein heraus-

ragender Faktor für die Wirksamkeit und vermutlich auch die konkrete Umsetzung psychologischer Programme darin zu sehen, daß die Patienten ihre Kompetenz im Bereich der Handlungsplanung verbessert haben. Dies gilt sicherlich auch für alle anderen Behandlungsmaßnahmen, obgleich empirische Belege dieser Aussage noch zu erheben sind. Damit ist diese Form der Patientenschulung sowohl für die Vorbereitung spezieller Maßnahmen als auch die Aufrechterhaltung spezieller Behandlungseffekte von besonderem Wert. In den bislang vorliegenden Ansätzen kommen noch zwei weitere Aspekte zum Vorschein. Dies ist einmal die Wichtigkeit ambulanter und damit wohnortnaher und in das alltägliche Leben integrierter Maßnahmen. Zum anderen wird gerade hier die große Bedeutung einer interdisziplinären Vorgehensweise sichtbar, in der alle Behandlungsmöglichkeiten als aufeinander bezogen dargestellt und für den Betroffenen in sein persönliches Modell der Erkrankung und ihrer Behandlung integriert werden.

Hieraus leitet sich für die gesamte Behandlung von an chronischer Polyarthritiden erkrankten Menschen ab, daß dieser interdisziplinäre Aspekt auch im stationären Setting noch stärker verdeutlicht und auch in der Behandlungsrealität prägnanter herausgearbeitet werden muß. Als künftige Aufgaben stehen daher einmal die über das Einzelangebot hinausgehende Entwicklung interdisziplinärer Handlungskonzepte für die ambulante und stationäre Behandlung an. Diese dürfen dabei nicht mit den bislang in der Regel existierenden multidisziplinären Behandlungen verwechselt werden. Letztere zeigen als wesentliches Element, daß sie von den Behandlungszielen einer Behandlergruppe dominiert werden, in der Regel meist Ärzte oder Psychologen, wobei oft nicht einmal sichergestellt ist, daß deren Ziele auch die des Patienten sind. Diese Behandlergruppe delegiert dabei unter dem Blickwinkel der von ihr fixierten Zielvorgaben einzelne Behandlungsbestandteile an andere Berufsgruppen. Der Effekt der Maßnahmen zeigt sich schließlich an dem Erreichen oder Verfehlen der behandlerdefinierten Ziele. Die interdisziplinäre Konzeption geht dagegen davon aus, daß der Blickwinkel aller Behandlergruppen und der des Patienten in die Beschreibung der Ausgangssituation ebenso wie in die Zielformulierung der Behandlung eingehen. Der Gesamtbehandlungsplan bezieht sich dann auf diese gemeinsame Zielvorstellung. Die Entscheidung, welche der Behandlungsansätze Priorität haben, ergibt sich aus der gemeinsam erarbeiteten Zielformulierung und nicht aus von vornherein bestehenden Behandlungsstrukturen. Konkret bedeutet dies, daß unter dem Blickwinkel einer Neukonzeption von Behandlung und Rehabilitation chronischer Erkrankungen, hier der cP, primär nicht einzelne Vorgehensweisen zu modifizieren sind, sondern die Rahmenbedingungen einer umfassenden Behandlung (vgl. Kasten 4).

Die spezielle Behandlung durch die einzelnen Fachteams bleibt unangetastet. Daher müssen sich deren Vertreter auch eigenständig darum bemühen, Fragen der Evaluation ihres Tuns zu klären und umzusetzen. Gleichzeitig damit und auch als Ergebnis entsprechender Evaluation sind daraus Überlegungen zur Weiterentwicklung spezieller Maßnahmen anzustellen.

#### Kasten 4:

##### Interdisziplinäre Behandlungsstruktur bei Patienten mit cP

Die Voraussetzung einer interdisziplinären Behandlung stellt ein Bezugstherapeutesystem für den Patienten dar. Das heißt, der Patient bekommt einen Therapeuten zugewiesen, der als direkter Ansprechpartner für ihn zur Verfügung steht und gemeinsam mit ihm die Koordination der Behandlung übernimmt sowie die Verbindung zu einzelnen Behandlergruppen bei Detailfragen herstellt. Dieser ist also nicht in erster Linie therapeutisch tätig, sondern eher als persönlicher Therapiemanager anzusehen. Die Vorgehensweise einer interdisziplinären Behandlung könnte dabei sowohl für ambulantes wie stationäres Vorgehen wie folgt aussehen:

**1. Diagnostische Phase.** Alle Behandlergruppen erstellen eine Diagnose bzw. eine Zustandsbeschreibung aus ihrem Blickwinkel. Diese Daten werden zu einem gemeinsamen Bild des Patienten in einer hierfür eingerichteten Zusammenkunft zusammengetragen. Das Ergebnis wird zusammengefaßt und dem Patienten vorgestellt, der damit noch einmal die Gelegenheit zur Korrektur und Ergänzung erhält.

**2. Therapieplanungsphase.** Die einzelnen Disziplinen stellen das aus ihrer Sichtweise mögliche und notwendige Therapieziel dar. Diese Ziele werden zusammengetragen, auf ihre Verträglichkeit überprüft und nach Gemeinsamkeiten und Divergenzen sortiert. Dieses Zusammentragen und Gewichten geschieht gemeinsam mit dem Patienten, dessen Vorstellungen und Bedürfnissen dabei die entscheidende Rolle zukommt.

In einem zweiten Schritt wird ein konkreter Therapieplan formuliert, in dem benannt wird, welche der Zielbereiche von einzelnen Behandlergruppen anvisiert werden und welche durch konkrete Maßnahmen mehrerer Behandlergruppen zu erreichen sind. Der Patient erhält genügend Möglichkeit, diese Zielvorstellungen zu überdenken und gegebenenfalls neu in Frage zu stellen.

3. Entsprechend der vorhergehenden Phase planen die einzelnen Behandlergruppen ihre **spezifischen Behandlungsmaßnahmen**. Bevor diese realisiert werden, findet ein Austausch über diese Maßnahmen zwischen den Behandelern statt, um unproduktive Überschneidungen oder gegenläufige Behandlungsansätze zu vermeiden. Die Behandlungen werden als aufeinander bezogen und ineinander greifend für den Einzelfall konzipiert und darauf ausgerichtet, daß jedem Patienten mit chronischer Erkrankung ein Höchstmaß an Möglichkeiten vermittelt wird, eigenaktiv auf den verschiedenen Präventionsstufen der Rehabilitation (WHO, 1980) tätig und kompetent zu werden.

**4. Evaluationsphase.** Die einzelnen Behandler evaluieren therapiebegleitend ihre Maßnahmen. Diese Evaluation kann sowohl in Zielveränderungen als auch in Veränderungen konkreter Behandlungsangebote münden. Diese sind jeweils im Team zu besprechen und zu planen, um etwaige Auswirkungen auf anderweitige Behandlungen mit einzubeziehen. Die Evaluation ist daher regelmäßig und fortlaufend durchzuführen und organisatorisch in Teamkonferenzen gemeinsam mit dem Patienten einzubinden.

Diese kurz angedeuteten Fragen stellen sich besonders für das Visualisierungstraining, das man als noch in der Entwicklung befindlich bezeichnen kann. In diesem Verfahren ist das vorrangige Ziel, die Eigenkompetenz des Patienten zu erhöhen, seine Krankheit mit psychologischen Mitteln in ihrem Verlauf zu beeinflussen. Die offenen Fragen reichen vom passenden Zeitpunkt des Einsatzes des Verfahrens im Krankheitsverlauf, spezifischen psychologischen Vorbedingungen auf seiten der betroffenen Person wie zum Beispiel ihrer Imaginationsfähigkeit bis hin zu den tatsächlich veränderbaren und auch im Sinne einer Krankheitsmodifikation relevanten Variablen. So könnte man sich beispielsweise fragen, ob nicht gerade neu erkrankte gegenüber schon lang erkrankten Personen in größerem Ausmaß oder vielleicht auch ausschließlich

von einem Visualisierungstraining profitieren. Ebenso stellt sich die Frage nach systematischen Unterschieden bezüglich verschiedener Kombinationen medikamentöser Behandlung (Engel & Ströbel, 1990) und einem Visualisierungstraining. Für die generelle Einschätzung der Effektivität des Vorgehens ist außerdem noch zu beachten, zu welchem Zeitpunkt die Effektivitätsprüfung stattfindet. Hier scheint eine Gegenüberstellung kurzfristiger Effekte, die wohl eher unwahrscheinlich sind, gegenüber wahrscheinlichen längerfristigen Effekten sinnvoll (Jungnitsch, 1992; Kopp et al., 1993). Somit stellt sich hier ganz unabhängig von der Frage nach Erklärungsmodellen für eine mögliche Wirksamkeit dieses Verfahrens bereits schon ein immenses Programm für praxisorientierte psychologische Interventionsforschung dar (vgl. Petermann, 1996; Rief, 1994).

Betrachtet man das hier dargestellte Verfahren der Schmerz- und Krankheitsbewältigung, konnten im wesentlichen bekannte Effekte im Bereich der Schmerzbewältigung bestätigt werden (vgl. Jungnitsch, 1994; Raspe & Rehfish, 1996). Spezifische Effekte für die Verbesserung der Krankheitsbewältigung ließen sich bislang jedoch nicht eindeutig belegen. Hier lassen sich Fragen formulieren, die die Mittel der Evaluation betreffen, zum Beispiel ob die bislang verwendeten Meßinstrumente eine Verbesserung in der Krankheitsbewältigung differenziert abbilden können. Gleichzeitig lassen sich aber bereits jetzt Überlegungen zu einer inhaltlichen Modifikation und möglichen Verbesserung des Programmes formulieren: Grundsätzlich ist zu bedenken, ob speziell für diesen Zielbereich nicht eine Programmkonstruktion zu bevorzugen wäre, die mit verschiedenen Techniken der kognitiven Umstrukturierung den Prozeß der Bewältigung gezielter fördert, als dies in dem oben beschriebenen Programm möglich ist. Vorrangiges Ziel weiterer Arbeit scheint mir daher zu sein, auf dem Hintergrund einer sorgfältigen Analyse von Bewältigungsprozessen (Shontz, 1975) im Rahmen kognitiv-behavioraler Konzeptionen weitere und andere als die bisherigen Vorgehensweisen zu entwickeln und zu erproben. So könnte beispielsweise dem Einsatz von Metaphern und Bildern für den Bewältigungsprozeß, konkreten kognitiven Techniken zur Veränderung von Bewertungsvorgängen (Wright, 1983), Förderung der Wahrnehmung und Akzeptanz eines veränderten Körperbildes ein wesentlich größerer Raum gegeben werden. Damit sollte „Bewältigung“ bezüglich verschiedenster Aspekte (Beutel, 1988; Shontz, 1975; Wright, 1983) begünstigt werden.

Gerade für den Zielbereich „Krankheitsbewältigung“ erscheinen interdisziplinäre Konzeptionen besonders wichtig. Nicht nur im psychologischen Training sollte die Bewältigung der Behinderung im Vordergrund stehen, sondern auch bei vielen anderen Behandlungen, die beispielsweise das Vertrauen in eigene Körperfunktionen erhöhen können oder die Möglichkeiten, Selbständigkeit zu wahren und neue Funktionsbereiche zu erschließen, realisieren, wie dies etwa bei Krankengymnastik und Ergotherapie der Fall ist. Gerade diese Behandlungen sind neben den medizinischen und psychologischen auch ambulant unerläßlich.

## Literatur

- Ader, R., Felten, D. L. & Cohen, N. (Eds.). (1991). *Psychoneuroimmunology*. San Diego: Academic Press, 2. Auflage
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Prentice-Hall: New Jersey.
- Basler, H. D. & Rehfish, H. P. (1989). Psychologische Schmerztherapie in Rheuma-Liga-Selbsthilfegruppen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 203–214.
- Basler, H. D., Rehfish, H. P. & Mattussek, S. (1992). Psychologische Interventionen bei entzündlichen Gelenkerkrankungen. In H. D. Basler, H. P. Rehfish & A. Zink (Hrsg.), *Psychologie in der Rheumatologie* (157–172). Berlin: Springer.
- Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: VCH Edition Medizin.
- Bernstein, D. A. & Borkovec, T. D. (1975). *Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung*. München: Pfeiffer.
- Bongartz, W. (1990). Hypnose und immunologische Funktionen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (116–136). Berlin: Springer.
- Broda, M. (1987). *Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Budde, H. (1994). *Die Wiesbadener Rückenschule*. Frankfurt: Lang.
- Budde, H. G. (1984). Rehabilitation. In L. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (412–442). Stuttgart: Enke, 2. Auflage.
- Dalbert, C. & Schmitt, M. (1986). Einige Anmerkungen und Beispiele zur Formulierung und Prüfung von Moderatorhypothesen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 7, 29–43.
- Del Monego, P. (1993). *Wirksamkeit von Tiefenentspannung mit geführter Imagination bei (Spond-) Arthritis Psoriatica*. Innsbruck: Univ. Diplomarbeit.
- Ellis, A. & Grieger, R. (Hrsg.). (1979). *Praxis der rational-emotiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Engel, J. M. & Ströbel, G. (1990). *Rheumatherapie*. Weinheim: VCH Edition Medizin.
- Fehr, K. & Böni, A. (1989). Therapie der chronischen Polyarthrit. In K. Fehr, W. Miehle, M. Schattenkirchner & K. Tillmann (Hrsg.), *Rheumatologie in Praxis und Klinik*. Stuttgart: Thieme.
- Geissner, E. (1996). *Die Schmerzempfindungs-Skala*. Göttingen: Hogrefe.
- Geissner, E. (1992). Psychologische Modelle des Schmerzes und der Schmerzverarbeitung. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), *Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie* (25–41). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Geissner, E. & Würtele, U. (1992). Dimensionen der Schmerzbewältigung und der schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigung. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hrsg.), *Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie* (147–158). 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.
- Goetzl, E. J. & Spector, N. H. (1989). *Neuroimmune networks: Physiology and disease*. New York: Liss.
- Herold, G. (1994). *Innere Medizin*. Köln: Selbstverlag.
- 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.
- Horton, J. R. & Mitzdorf, U. (1995). Clinical hypnosis in the treatment of rheumatoid arthritis. In J. Kugler, M. Schedlowski & K.-H. Schulz (Eds.), *Psychoneuroimmunology. How the brain and the immune system communicate with each other* (205–212). Lengerich: Pabst.

- Jäckel, W., Cziske, R., Schochat, Th. & Jacobi, E. (1985). Messung der körperlichen Beeinträchtigung und der psychosozialen Konsequenzen (patient outcome) bei rheumatoider Arthritis. *Aktuelle Rheumatologie*, 10, 43–52.
- Janke, W. & Debus, G. (1978). EWL – Die Eigenschaftswörterliste. Göttingen: Hogrefe.
- Jungnitsch, G. (1995 a). Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation* (131–164). Göttingen: Hogrefe.
- Jungnitsch, G. (1995 b). Psychologie in der rheumatologischen Rehabilitation: Generelle und spezifische Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27, 181–196.
- Jungnitsch, G. (1994). Verhaltenstherapeutische Interventionen bei rheumatische Erkrankungen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (176–189). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Jungnitsch, G. (1992). *Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen. Psychologische Hilfen im Einzel- und Gruppentraining*. München: Quintessenz.
- Jungnitsch, G. & Langhof, S. (1991). Ein Krankheitsbewältigungstraining für Patienten mit chronischer Polyarthrititis – Trends und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 39, 283–299.
- Jungnitsch, G. & Pollok, M. (1996). *Effekte eines individualisierten Visualisierungstrainings. Eine Therapiestudie an Patienten mit chronischer Polyarthrititis*. Leipzig: Gemeinsamer Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS).
- Jungnitsch, G. & Viehhauser, R. (1996). *Immunspezifische Imaginationsverfahren für Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung: Eine vergleichende Therapiestudie zum Einfluß auf Schmerz, Krankheitsbewältigung und Entzündungsaktivität*. München: 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.
- Jungnitsch, G., Del Monego, P., Pollok, M. & Viehhauser, R. (1994). *Psychologische Modifikationen der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsprozesses: Visualisierungstechniken bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen*. Hamburg: 39. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer, 2. Auflage.
- Köhler, H. (1982). *Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthrititis – Eine empirische Untersuchung*. Tübingen: Unveröffentlichte Dissertation.
- Kopp, E., Pollok, M., Viehhauser, R. & Jungnitsch, G. (1993). Visualisierungstechniken in der (Schmerz-)Behandlung bei chronischer Polyarthrititis: Psychologische und somatische Effekte. *Der Schmerz*, 7, 50–51.
- Koppenhöfer, E. (1994). Die kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Aktivierung gesundheitsfördernder Anteile. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (529–532). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lamparter-Lang, R. (1997). Rheumatoide Arthritis: Effektivität von Schulungsmaßnahmen. In R. Lamparter-Lang (Hrsg.), *Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen* (113–124). Bern: Huber.
- Lamparter-Lang, R. (1994). Freiburger Rheumaschule – Ein Modell zur komplementären Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin bei chronischen Schmerzen* (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. Diagnose und Therapie* (295–310). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Langer, H. E. & Birth, U. (1988). Krankheitsaufklärung bei chronischer Polyarthrititis. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 47, 43–51.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lehrl, S., Cziske, R. & Blaha, L. (1980). *Schmerzmessung durch die Mehrdimensionale Schmerzskala (MSS)*. Vaterstetten-München: Vless.

- Lohaus, A. & Schmitt, G.M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, R. (1996). Euthyme Therapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1* (335–352). Berlin: Springer.
- Lutz, R. (1992). 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.
- Matthesius, R.G., Jochheim, K. A., Barolin, G.S. & Heinz, C. (1994). *ICIDH*. Berlin: Ullstein Mosby.
- Mattussek, S. (1990). Die „cP-Schule“: Ein Beispiel für ein strukturiertes ambulantes Schulungsprogramm für Rheumakranke. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 49, 11.
- 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.
- Petermann, F. (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Auflage.
- Pollok, M. (1995). *Effekte eines individualisierten Visualisierungstrainings. Eine Therapiestudie an Patienten mit chronischer Polyarthrititis*. Regensburg: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Raspe, H.-H. (1990). Erkrankungen des Bewegungsapparates; Chronische Polyarthrititis. In Th. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (815–828). München: Urban & Schwarzenberg, 4. Auflage.
- Raspe, H.-H. & Rehfish, H.P. (1996). Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In H.D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfish & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (401–426). Berlin: Springer, 3. Auflage.
- Rehfish, 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.
- Rehfish, H.P., Basler, H.D. & Seemann, H. (1989). Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma. Berlin: Springer.
- Rief, W. (1994). Ein Plädoyer für eine praxisorientierte Psychotherapieforschung. *Report Psychologie*, 19, 16–19.
- Rosen, S. (1984). Hypnose als begleitende Maßnahme bei der chemotherapeutischen Behandlung von Krebs. *Hypnose und Kognition*, 1, 17–26.
- Sarris, V. (1992). *Methodologische Grundlagen der Experimentalpsychologie, Band 2*. München: Reinhardt.
- Schedlowski, M. (1994). *Streß, Hormone und zelluläre Immunfunktionen. ein Beitrag zur Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Schmitz, J. (1989). *Effekte psychologischer Gruppenbehandlungsverfahren auf die Schmerz- und Krankheitsbewältigung von Patienten mit chronischer Polyarthrititis*. Trier: Univ. Diplomarbeit.
- Schulz, K.-H. & Schulz, H. (1996). Effekte psychologischer Interventionen auf Immunfunktionen. In M. Schedlowski & U. Tewes (Hrsg.), *Psychoneuroimmunologie* (477–500). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- 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.
- Vaitl, D. & Petermann, F. (Hrsg.). (1993). *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 1: Grundlagen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Viehhauser, R. (1994). *Immunspezifische Imaginationsverfahren für Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung*. Regensburg: Univ. Diplomarbeit.

- 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. 2 Bände*. 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.