

# Psychologische Interventionen für rheumatische Erkrankungen

Georg Jungnitsch, Oberammergau

## Einführung

Unter dem Begriff „rheumatische Erkrankungen“ ist eine Vielzahl unterschiedlichster Krankheitsbilder zusammengefaßt (Miehle, 1989). Als größte Unterscheidung ist dabei die zwischen entzündlichen und nicht-entzündlichen Formen der Erkrankung zu treffen. Betrachtet man die zentralen Probleme, die mit rheumatischen Erkrankungen einhergehen, so läßt sich vereinfachend feststellen, daß dies bei den nicht-entzündlichen Formen ohne persistierende Schädigung des Bewegungsapparates, beispielsweise der primären Fibromyalgie (Hug & Gerber, 1990), der **Schmerz** ist. Bei nicht-entzündlichen Formen mit Schädigung einzelner Gelenke, d.h. in erster Linie Arthrosen (Hackenbroch, 1989), tritt zu dem Schmerz auch eine umgrenzte, aus der Gelenksituation ableitbare **Funktionseinschränkung**. Bei den entzündlichen rheumatischen Erkrankungen wie z.B. der chronischen Polyarthritiden ist schließlich dann neben dem Schmerz meist eine diesem gleich- oder sogar höherwertig anzusehende umfassende Funktionsveränderung oder sogar Einbuße gegeben. Deren Ursache liegt oft nicht nur in krankhaften Veränderungen des Bewegungsapparates, sondern in dem alle Organsysteme in Mitleidenschaft ziehenden Charakter der Erkrankung.

Entsprechend der oben genannten Einteilung lassen sich psychologische Interventionen benennen, die in besonderem Maße für die jeweiligen Krankheitsgruppen geeignet scheinen. Krankheitsgruppenübergreifend gilt, daß zwischen psychologischen Trainingsprogrammen und psychotherapeutischem Vorgehen zu unterscheiden ist (Jungnitsch, 1990; 1991). Psychometrische Untersuchungen haben gezeigt,

daß bei allen untersuchten Krankheitsbildern des rheumatischen Formenkreises der überwiegende Anteil der Patienten in psychologischer Hinsicht unauffällig ist (Creed, 1990; Yunus u.a., 1990). Für diese Patienten gilt es, ein allgemein gehaltenes, in erster Linie auf die Förderung der **Hilfe zur Selbsthilfe** abzielendes Trainingsprogramm für die zentralen Problembereiche der Erkrankung zur Verfügung zu stellen.

Für solche Patienten jedoch, die entweder nach psychometrischen Kriterien oder nach ihrem individuellen Erleben krankheitswertige Veränderungen des Erlebens und/oder Verhaltens zeigen, ist eine **individuelle Psychotherapie** angezeigt. Der Anteil dieser Patienten ist, wie beispielsweise ein Vergleich von Patienten mit Fibromyalgie und chronischer Polyarthritiden zeigt (Jungnitsch, 1988), dabei in den verschiedenen Diagnosegruppen ganz unterschiedlich. Unabhängig von der rheumatologischen Diagnose ist für diese Patienten die moderne Verhaltenstherapie mit ihrer Berücksichtigung der Bedingungs- und Funktionszusammenhänge der zu beobachtenden Störung (Schwarz, 1986; Hand, 1989) der psychotherapeutische Königsweg. Dies ist damit zu begründen, daß in ihrer theoretischen Konzeption sowohl psychosomatische als auch somatopsychische Phänomene erklärt sind. Darüber hinaus haben in ihr Methoden ihren Platz, die im Sinne der **Verhaltensmedizin** (Miltner u.a., 1986; Wahl & Hautzinger, 1989) auf die physiologische bzw. psychophysiologische Störung direkt abzielen. Die konkrete Vorgehensweise eines solchen psychotherapeutischen Vorgehens richtet sich daher nach verhaltenstherapeutischen Grundprinzipien (Schwarz, 1986; Hand, 1989). Für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ist sie in

jüngster Zeit auch an einigen Fallbeispielen veranschaulicht (Jungnitsch, 1991; Köhler & Jungnitsch, 1991; Günther, 1989).

Bei den psychologischen Trainingsprogrammen lassen sich im wesentlichen zwei Gruppen aufführen: Einmal solche, die ausschließlich auf die Schmerzbewältigung abzielen, zum anderen die Erweiterung dieser Programme zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung.

## Schmerzbewältigungstraining

Schmerzbewältigungstrainings können vor allem bei Patienten mit nicht-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen eingesetzt werden. Sie können Einzeltechniken, wie sie allgemein in der psychologischen Herangehensweise an Schmerz möglich sind (Biofeedback, Hypnose, Autosuggestion) beinhalten. Komplexer können sie als sogenannte **multimodale** Konzepte aufgebaut sein. Im Rahmen der letztgenannten Gruppe wird den Patienten meist eine Auswahl verschiedener Verfahren in Kombination angeboten (Tab. 1).

Tabelle 1 Psychologische Verfahren der Schmerztherapie

Verfahren	Indikationsbeispiele
Entspannung	alle chronischen Schmerzen besonders: - Spannungskopfschmerz - HWS-/LWS-Beschwerden
Biofeedback	- Migräne - Spannungskopfschmerz - „Low-back-pain“
Hypnose	akuter und chronischer Schmerz besonders: - Geburtsschmerz - Zahnbehandlung - Phantomschmerz
operante Verfahren	bei Nachweis von Konsequenzen, die Schmerzverhalten aufrechterhalten besonders bei: - überhöhtem Medikamentenkonsum - überproportionalem Aktivitätsverlust
kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren	akute und chronische Schmerzen besonders bei chronischen Erkrankungen, die schmerzübergreifende Problemfelder beinhalten

Globales Ziel aller Trainingsverfahren ist die Veränderung des Schmerzes in seinem Erlebens- und Verhaltensaspekt sowie seiner Begleiterscheinungen.

Der Patient soll Möglichkeiten an die Hand bekommen, seine Schmerzen zu beeinflussen. Er soll in die Lage versetzt werden, mit seinen bzw. trotz seiner Schmerzen ein befriedigendes und erfülltes Leben zu führen. Angestrebt wird im allgemeinen auch eine Verringerung des Analgetikabedarfs.

Neuere Modelle des Schmerzgeschehens (Geissner, 1990) legen es nahe, gerade im Umgang mit **chronischem Schmerz** nicht auf eine Einzeltechnik zu setzen, sondern die erwähnten multimodal konzipierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme zu wählen (Beispiele hierfür finden sich bei Köhler 1982; Rehfisch u.a. 1989; Kaluza und Basler 1990 und Cziske u.a. 1987). Letztere stellten ein Programm vor, daß im stationären Einsatz insgesamt vier ca. 90minütige Sitzungen umfaßt. Als theoretischer Rahmen zur Erklärung des gesamten Trainingsansatzes wird die **Gate-control-Theorie** (Melzack und Wall, 1982) in der ersten Stunde vorangestellt. Dem folgt eine erste Übung im **autogenen Training**.

Die Übungen des autogenen Trainings werden in den folgenden Stunden sukzessive ausgebaut, bis am Ende der vierten Stunde die Übungen zur Schwere, zur Atembeobachtung, zur Wärme und Bauchwärme sowie zur Stirnkühle durchgeführt werden können. Zu den einzelnen Übungen des autogenen Trainings kommen in den Gruppenstunden die „innere und äußere Ablenkung von Schmerzen“, Visualisierungsmethoden, Gedankenstopp und konstruktive Selbstverbalisation sowie abschließend das Einüben von Sequenzen der Programmbausteine und die Beratung über einen flexiblen Einsatz der Methoden im Alltag zur Anwendung. Das Vorgehen ist insgesamt eher **direktiv** und mit einer starken Intensivierung der Übungsteile angelegt (Cziske u.a., 1987).

Die vorgenannten Programme sind in ihrer Effektivität empirisch überprüft. Sie können ebenso wie die psychologische Schmerztherapie insgesamt in ihrer Wirksamkeit als gesichert gelten (Malone & Strube, 1988).

## Schmerz- und Krankheitsbewältigungstraining

Gerade bei Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist neben Schmerz der Faktor Behinderung von wesentlicher Bedeutung. **Behinderung** meint dabei, daß die Betroffenen in einer Vielzahl von Lebensbereichen gehindert sind, das zu tun, das zu erleben oder das zu erfahren, wozu sie ohne ihre körperliche Einschränkung selbstverständlich in der Lage wären. Die Weiterentwicklungen der multimodalen Schmerzbewältigungskonzepte zielen daher vor allem darauf ab, für die Bewältigung möglichst vieler Lebensbereiche Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Mittlerweile liegen detailliert ausgearbeitete Programme vor, die als psychologisches Routineangebot in der Therapie von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen eingesetzt werden können (Jungnitsch, 1991). Sie bestehen aus verschiedenen Bausteinen sowohl kognitiver als auch verhaltensbezogener Techniken.

### Schmerz- und Krankheitsbewältigungstraining bei chronischer Polyarthrit

Ein Beispiel für ein solches Programm, das für Patienten mit chronischer Polyarthrit entwickelt wurde, stellt folgendes Vorgehen dar (s. auch Abb. 1): Nach einem individuellen Vorgespräch wird in der ersten Sitzung ein übergeordneter theoretischer Rahmen vorgestellt. Hierbei handelt es sich um ein Modell der **Krankheitsbewältigung** (Shontz, 1975). Als erste Technik wird anschließend die „geplante Ablenkung“ von Schmerz aufgegriffen.

Die zweite Sitzung ist der Durchführung des **Entspannungstrainings** nach Jacobson (Bernstein & Borkovec, 1975) gewidmet. Zum Abschluß der Stunde wird mit Hilfe einer kurzen Übung der Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Vorgängen demonstriert.

Ausgehend von dieser Übung wird in der dritten Sitzung eine modifizierte Form der **Visualisierungstechnik** auf der Grundlage von Simonton u.a. (1982) durchgeführt. Daran schließt

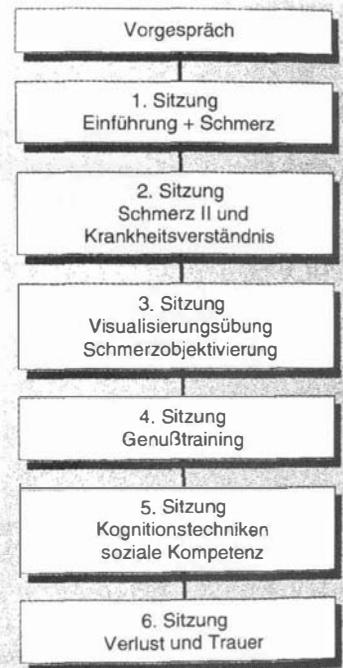


Abb. 1 Themenschwerpunkte des Gruppenprogramms zur Krankheitsbewältigung für Patienten mit chronischer Polyarthrit (Jungnitsch, 1991)

sich eine Übung zur Objektivierung des Schmerzerlebens an (Köhler, 1982).

In der vierten Sitzung wird eine Methode vorgestellt, die es erlaubt, über das Ausnutzen einzelner Sinneskanäle aktiv eine positive Stimmungslage herbeizuführen.

Die fünfte Sitzung ist dem Thema gewidmet, solche Situationen, die über aktive und äußere Bedingungen modifizierende Maßnahmen nicht zu verändern sind, zu verarbeiten. In einem zweiten Teil werden konkrete Verhaltensänderungen in sozialen Situationen u.a. mit Hilfe von Rollenspielen vorbereitet. Schließlich wird in der abschließenden Sitzung mit Hilfe des Themas „Verlust und Trauer“ der flexible Einsatz aller im Programm vorgestellten, bzw. auch solcher von den Teilnehmern eingebrachten alternativen Bewältigungsstrategien exemplarisch dargestellt.

### Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei Spondylitis ankylosans

Bei einer weiteren Gruppe von Patienten mit einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung, nämlich der Spondylitis ankylosans, (syn. **Morbus Bech**

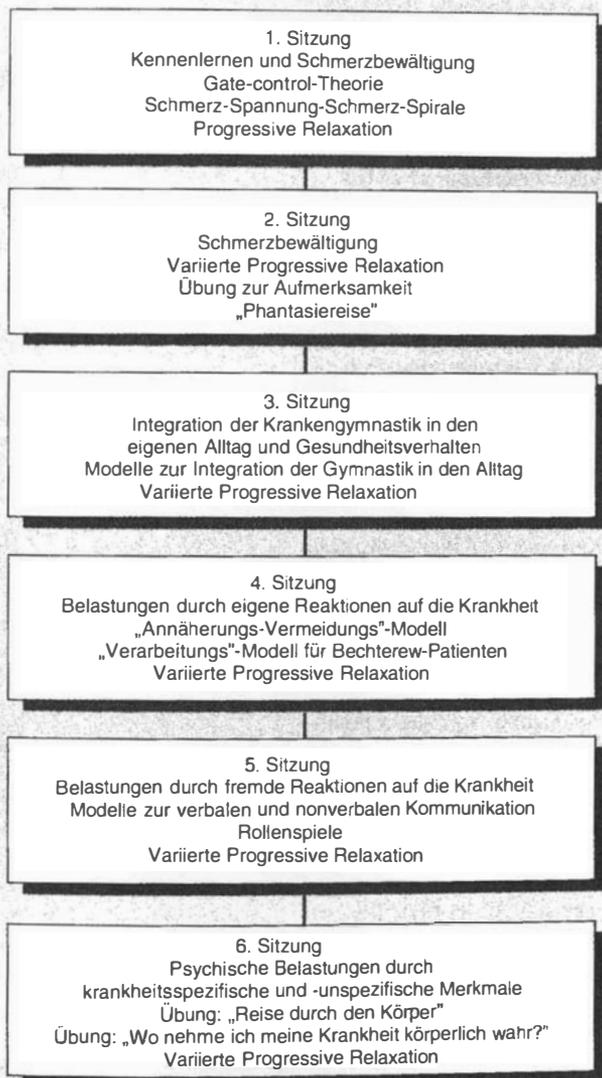


Abb. 2 Themenschwerpunkte des Gruppenprogramms zur Krankheitsbewältigung für Patienten mit Morbus Bechterew (Jungnitsch et. al., 1991)

terew), die sich in erster Linie in einem Befall der Iliosakralgelenke und der Wirbelsäule manifestiert, wurde folgende Modifikation dieses multimodalen Ansatzes gewählt (Abb. 2): Als Rahmentheorie wird in der Anfangsstunde die Gate-control-Theorie (Melzack & Wall, 1982) vorangestellt. Als erste Schmerzbewältigungstechnik wird die **progressive Muskelrelaxation** durchgeführt. Diese Technik steht auch am Ende aller weiteren Stunden, wobei die Übungen im Sitzen, im Gehen und im Stehen durchgeführt werden. In der zweiten Stunde folgen eher nach innen gerichtete Schmerzbewältigungstechniken, die auf die charakteristischen Schmerzen des Bechterew-Patienten, die häufig nachts auftreten, abgestimmt sind. Mit der dritten Stunde beginnen Einheiten, die auf die Krankheitsbewälti-

gung abzielen. Dabei geht es einmal darum, daß die speziellen und unerläßlichen krankengymnastischen Übungen konstant selbständig durchgeführt werden. Dann wird das Erleben des Prozesses der Krankheitsbewältigung, wie es sich für die Teilnehmer der Gruppe darstellt, thematisiert. In der fünften Stunde schließlich wird die soziale Umwelt und deren vielgestaltige Reaktion auf die Erkrankung mit einbezogen. Durch das Aufgreifen von Belastungssituationen, die sowohl unmittelbar als auch mittelbar mit der Erkrankung in Beziehung stehen, sollen abschließend alle Möglichkeiten der Bewältigung noch einmal rekapituliert werden. Die empirischen Untersuchungen zu diesen Programmen, die im Detail andernorts dargestellt sind (Jungnitsch u.a., 1991) haben übereinstimmend

positive Ergebnisse erbracht, die den oben für den Bereich Schmerz genannten positiven Befunden entsprechen. Darüber hinaus konnten aber auch für diverse andere Parameter der psychischen Befindlichkeit sowie der Krankheitsbewältigung zumindest tendenziell positive Ergebnisse gefunden werden.

## Ausblick

Psychologische Verfahren sind Teile des Gesamtbehandlungskonzepts für Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung. Dies gilt unabhängig von der Klassifikation der jeweiligen Diagnose. Das bedeutet, daß sie nicht nur dann indiziert sind, wenn der eher seltene Sonderfall einer psychischen Auffälligkeit oder eines psychischen Leidens mit Krankheitswert beim einzelnen Patienten vorliegt. Sie können und sollen vielmehr für **jeden** Patienten als selbstverständlicher und immer notwendiger Bestandteil der Gesamtbehandlung zur Verfügung gestellt werden. Entsprechende Untersuchungsergebnisse stützen dabei die Wirksamkeit solcher Verfahren (Köhler, 1982; Cziske, 1987; Rehfish, 1988; Jungnitsch, 1991).

In einer weitergehenden Verzahnung stationärer und ambulanten Therapie insgesamt, aber auch bezüglich psychologischer Verfahren, wie sie bereits ansatzweise realisiert wird (Dexel u.a., i. Vorb.) ist wohl für die Zukunft eine wesentliche Verbesserung der Versorgung von Patienten gerade mit schweren entzündlich rheumatischen Erkrankungen zu erhoffen.



Dr. phil. Georg Jungnitsch, Dipl. Psych. Leiter der psychologischen Abteilung Rheumaklinik Oberammergau Hubertusstraße 40 W-8103 Oberammergau

## Literatur

Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (1975). Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. München: Pfeiffer,

Cziske, R., Jäckel, W. & Jacobi, E. (1987). Effekt eines Kurztrainingsprogramms zur Schmerzbewältigung bei Rheumapatienten während der Rehabilitation. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 16 (2), 115-123.

Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: A growing consensus? Annals of the Rheumatic Diseases, 49, 808-812.

Dexel, Th., Köhler, H. & Jungnitsch, G. (in Vorb.). Kooperation zwischen Rheumatologie und Psychologie in ambulanter Praxis.

Geissner, E. (1990). Psychologische Schmerzmodelle – Einige Anmerkungen zur Gate-control-Theorie sowie Überlegungen zu einem mehrfaktoriellen prozessualen Schmerzkonzept. Der Schmerz 4, 184-192.

Günther, V. (1988). Verhaltenstherapeutische Interventionsmöglichkeiten bei Patienten mit primär chronischer Polyarthrit. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin 4(1), 313-333.

Hackenbroch, M.H. (1989). Degenerative Gelenkerkrankungen – Arthrosen. In: Fehr, K., Miehle, W., Schattenkirchner, M. & Tillmann, K. (Hg.): Rheumatologie in Praxis und Klinik. Stuttgart: Thieme (Kap. 8, S. 8.1-8.32)

Hand, I. (1989) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. (S. 17-41). In: Hand, I. & Wittchen, H.-U.: Verhaltenstherapie in der Medizin. Berlin: Springer.

Hug, Ch., Gerber, N.J. (1990) Fibromyalgie-

syndrom, oft verkannte Realität. Schweizerische medizinische Wochenschrift, 120: 395-401.

Jungnitsch, G. (1988). Psychologische Aspekte der Fibromyalgie. (S. 16-24). In: Albrecht, H.-J. (Hg.): Muskelkrankheiten und Rheuma I, colloquia rheumatologica, 40.

Jungnitsch, G. (1990). Psychotherapeutische Verfahren bei chronischen Schmerzen. Fortschritte der Medizin 8, 50/152-58/156.

Jungnitsch, G. (1991). Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen. (Materialien zur Verhaltensmedizin, Bd. 1. München: Quintessenz.

Jungnitsch, G., Schmitz, J., Stöveken, D., Winkler, G., Geissner, E. (1991). Stationäre Gruppenprogramme zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen (Kap. 16) In: Geissner, E., Jungnitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes – Diagnose und Therapie. Weinheim: PVU.

Kaluza, G., Basler, H.D., Henrich, S. (1990). Entwicklung und Evaluation eines Programmes zur Streßbewältigung. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 9, 22-41.

Köhler, H. (1982). Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthrit – Eine empirische Untersuchung. Unveröffentlichte Dissertation, Tübingen.

Köhler, H., Jungnitsch, G. (1991). Psychotherapie bei Schmerz – ein Einzelfall. In: Geissner, E., Jungnitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes - Diagnose und Therapie. Weinheim: PVU.

Malone, N.D., Strube, M.J. (1988). Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain. Pain 34, 231-244.

Melzack, R., Wall, P.D. (1982). Schmerzmechanismen: Eine neue Theorie. (S. 8 - 29) In: Keeser, W., Pöppel, E. & Mitterhosen, P. (Hg.): Schmerz. München: Urban & Schwarzenberg

Miehle, W. (1989). Nomenklatur und Geschichte. (S.1.1-1.9.) In: Fehr, K., Miehle, W., Schattenkirchner, M. & Tillmann, K. (Hg.): Rheumatologie in Praxis und Klinik. Stuttgart: Thieme.

Miltner, W. (1986). Verhaltensmedizin: Definition und Abgrenzung. (S. 1-4). In: Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.-D. (Hg.): Verhaltensmedizin. Berlin: Springer,

Rehfishch, H.P. (1988). Psychologische Schmerztherapie bei chronischer Polyarthrit. Eine kontrollierte Studie. Aktuelle Rheumatologie, 13(1), 34-37.

Rehfishch, H.P., Basler, H.-D. & Seemann, H. (1989). Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma. Berlin: Springer.

Schwarz, D.: (1986). Verhaltenstherapie. In: Uexküll, T. v. (Hg.): Psychosomatische Medizin München: Urban & Schwarzenberg. 3. Aufl. (S.268-291.)

Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S. & Creighton, J. (1982). Wieder gesund werden Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Reinbek: Rowohlt.

Wahl, R., Hautzinger, M. (Hg.) (1989). Verhaltensmedizin. Konzepte Anwendungsgebiete, Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Yunus, M.B., Ahles, T.A., Aldag, J.C. & Masi, A.T. (1991). Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. Arthritis and Rheumatism, 34 (1). 15-21.