

Psychologische Maßnahmen in der Behandlung von Personen mit rheumatischen Erkrankungen

Georg Jungnitsch

1. Einführung

Die verschiedenen Formen rheumatischer Erkrankungen werden meist in ein Klassifikationssystem eingeordnet, das aus vier Hauptgruppen besteht (Müller & Schilling, 1982; vgl. Tabelle 1). Unabhängig von dieser Klassifizierung lassen sie sich jedoch entsprechend der Definition der WHO von 1980 als Behinderung verstehen (vgl. Jungnitsch, 1991; 1992 a).

Tabelle 1: Klassifikationsmöglichkeit rheumatischer Erkrankungen (Müller & Schilling, 1982).

- Entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen
Beispiele:
 - chronische Polyarthritis
 - ankylosierende Spondylitis
 - Kollagenkrankheiten
- Degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen
Beispiele:
 - Arthrosen der Extremitätengelenke
 - Arthrosen der Wirbelsäulengelenke
 - Schädigungen der Bandscheibe
- Extraartikulärer (Weichteil-)Rheumatismus
Beispiele:
 - Fibromyalgie
 - Halswirbelsäulensyndrom
 - Lendenwirbelsäulensyndrom
 - chronischer Rückenschmerz
- Pararheumatische Erkrankungen
Beispiele:
 - Gicht
 - Tumorerkrankungen
 - Gefäßentzündungen

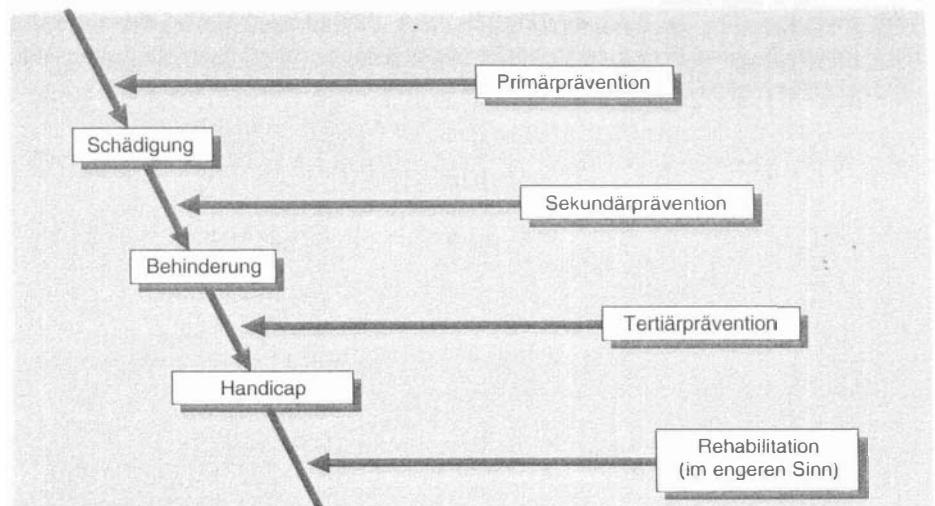


Abbildung 1: Ansatzebenen verhaltensmedizinischer Maßnahmen in Prävention und Rehabilitation (nach Budde, 1984).

Die Behinderungsdefinition der WHO (1980) umfaßt drei unterschiedliche Beschreibungsebenen (vgl. Budde, 1984):

- Ebene der „Schädigung“: Hierunter ist die strukturelle Abweichung psychologischer, physiologischer oder anatomischer Strukturen von der Norm zu verstehen.
- Ebene der „Behinderung“: Diese beschreibt die Einschränkung bezüglich umschriebener Funktionsbereiche.
- Ebene des „Handicaps“: Damit wird die Begrenzung in komplexen Aktivitäten und die Benachteiligung innerhalb eines gegebenen sozialen Kontextes bezeichnet.

Das Verständnis der Krankheitsbilder des rheumatologischen Formenkreises als Behinderung bedeutet für die Planung ihrer Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten, daß dem psychosozialen Krankheitsaspekt eine besondere Rolle zukommt. Dies drückt auch Wille (1990) aus, indem sie dem Prozeß der Krankheitsbewältigung, der dem der Bewältigung einer Behinderung gleichzusetzen ist, als einen mitbestimmenden Krankheitsfaktor bezeichnet. Gilt schon für die Krankheitsbewältigung im besonderen, daß sie durch Methoden, die auf kognitive, emotionale und verhaltensmäßige Verarbeitung Einfluß nehmen, gefördert werden kann (Jungnitsch, 1992 a), so wird durch die Ansätze der Rehabilitationspsychologie (Koch u.a., 1988; Witte, 1988) sowie der Verhaltensmedizin (Miltner et al., 1986; Wahl & Hautzinger, 1989) dargestellt und begründet, inwieweit psychologische Vorgehensweisen zur Modifikation von „Behinderung/chronische Krankheit“ notwendig und sinnvoll sind. Diese Maßnahmen lassen sich dabei grob verschiedenen Ebenen der Einflußnahme, die mit den Begriffen „Primärprävention“, „Sekundärprävention“, „Tertiärprävention“ sowie „Rehabilitation im engeren Sinne“ zu beschreiben sind, zuordnen.

Die Ziele einzelner psychologischer Vorgehensweisen bestehen darin, einem Über-

gang zwischen den Beschreibungsebenen einer Behinderung vorzubeugen, Merkmale innerhalb einer Ebene zu verändern oder diese sogar rückgängig zu machen, falls sie aufgetreten sind (vgl. Budde, 1984).

2. Psychologische Behandlungsmöglichkeiten

Zu unterscheiden sind zwei grundsätzlich verschiedene Ansatzweisen in der psychologischen Behandlung:

- psychologische Trainingsangebote
- psychologische Therapie

Psychologische Trainingsangebote sind Routineangebote in Form von standardisierten Programmen. Sie bedürfen keiner spezifischen psychologischen Indikationsstellung. Sie betreffen Problembereiche, die im allgemeinen bei den jeweiligen Krankheitsgruppen zum Gesamtkomplex der Erkrankung zu rechnen sind. Insgesamt sind sie ein Bestandteil des individuellen Gesamtkonzeptes, das für den Betroffenen erstellt wird. In dieses werden die verschiedenen Standardverfahren aller Behandlergruppen eingeordnet. Ein solches Trainingsangebot kann gerade zu Beginn des Rehabilitationsprozesses auch in Form individueller Vermittlung angeboten werden.

Eine *psychotherapeutische Vorgehensweise* setzt dagegen entweder eine positive psychologische Diagnose im Hinblick auf Verhaltensexzesse oder Verhaltensdefizite oder das Auffinden von für die Auslösung und Aufrechterhaltung der Behinderung wesentlichen psychologischen Faktoren voraus. Für Überlegungen bezüglich der Indikation zu einer Psychotherapie muß besonders darauf geachtet werden, daß eindrückliche „Auffälligkeiten“ im Erleben und Verhalten regelgerecht im Verlaufe der Anpassung an eine gravierende Veränderung körperlicher Integrität auftreten und über größere Zeiträume hinweg bestehen können (Shontz, 1975; Horowitz, 1979; Beutel, 1988). Eine Psychotherapie ist für diese aufgrund ihres Charakters als Anpassungsreaktion sogar kontraindiziert. Erst wenn dieses Bewältigungsverhalten selbst zu einem überdauernden problematischen Verhalten wird, sollte eine individuelle Therapie geplant werden. Sie erfordert in der Regel, daß sich nach stationär durchgeführten Maßnahmen auch eine ambulante Weiterbehandlung anschließt (vgl. Jungnitsch, 1992 b).

Im folgenden sollen nun *psychologische Techniken* beschrieben werden, die auf die oben genannten Ebenen der Rehabilitation abzielen. Diese werden meist in Form von Trainingsgruppen realisiert. Ein individuelles Vorgehen, wie es sowohl als individualisiertes Training als auch innerhalb einer Psychotherapie angeboten wird (vgl. Jungnitsch 1992 a), kann hier aber ebenfalls eingeordnet werden. Die Strukturierung psychologischer Ansätze im Hinblick auf unterschiedliche Zielebenen soll dabei die Planung psychologischer Behandlung für diese Patientengruppe erleichtern und sie für den Betroffenen, aber auch für alle Behandlergruppen transparenter machen. Ihre Zuordnung zu den verschiedenen Ebenen besagt nicht, daß sie nur innerhalb dieses Bereiches wirksam werden, sondern gibt den Schwerpunkt des Ansatzes wieder. Die genannten Verfahren sind, soll der Anspruch einer umfassenden Reha-

bilitation erfüllt sein, als notwendige Behandlungsbestandteile anzusehen. Sicher sind damit aber nicht alle Möglichkeiten psychologischer Interventionen auf den einzelnen Ebenen vollständig dargestellt. Auch sollen hier nur die Behandlungskonzepte für die Patientengruppen wiedergegeben werden, bei denen die rheumatische Erkrankung das Krankheitsbild bestimmt. Dies betrifft die ersten drei Gruppen der oben angegebenen Klassifikation. Einen Überblick über solche Techniken und deren Zuordnung gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Interventionsebenen und psychologische Verfahren bei verschiedenen Gruppen rheumatischer Erkrankungen.

Krankheitsgruppe Interventionsebene	entzündlich-rheumatische Erkrankungen	degenerative Erkrankungen	nicht-entzündliche, nicht-degenerative Erkrankungen
Primärprävention	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenschulung - Biofeedback - Visualisierungs-training 	<ul style="list-style-type: none"> - Operationsvor- und -nachbereitung - mentales Training 	<ul style="list-style-type: none"> - Biofeedback - Progressive Relaxation - Fitneßtraining - Schmerztherapie
Sekundär-prävention	<ul style="list-style-type: none"> - themenzentrierte Gruppenarbeit zur Förderung von Hilfsmittelgebrauch - Krankengymnastik usw. - Schmerzbewältigungs-training 	<ul style="list-style-type: none"> - themenzentrierte Gruppe zur orthopädischen Versorgung - Hilfsmittelgebrauch - Schmerzbewältigungs-training 	<ul style="list-style-type: none"> - Schmerzbewältigungs-training - operante Schmerztherapie
Tertiär-prävention	<ul style="list-style-type: none"> - Anleitung von Selbsthilfegruppen - Krankheitsbewältigungstraining 	<ul style="list-style-type: none"> - Anleitung von Selbsthilfegruppen - Training in sozialer Kompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> - Training in sozialer Kompetenz
Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfungstraining - Gedächtnistraining - themenzentrierte Arbeit: Hilfen zur Umorientierung, Training in sozialer Kompetenz 	<ul style="list-style-type: none"> - Streßbewältigung - Prüfungstraining usw. - themenzentrierte Arbeit: Hilfen zur Umorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> - operante Verfahren - Training zur Akivitätssteigerung - Arbeitsplanungs-techniken - Hilfen zur Umorientierung

2.1 Psychologische Verfahren zur Primärprävention

Hier sind zunächst die Verfahren der Gesundheitsberatung und -erziehung zu nennen (vgl. Buschmann & Kijanski, 1987), die unabhängig von der Klassifizierung eines speziellen rheumatologischen Krankheitsbildes eingesetzt werden können. Hierbei werden innerhalb von Gruppen, deren Leitung günstigerweise durch Vertreter verschiedener Berufssparten gemeinsam übernommen wird, durch theoretische Vermittlung und soweit als möglich durch praktische Eintübung Verhaltensveränderungen, z.B. in den Bereichen Ernährung, Gewichtsreduktion, Alltagsdrogen, Stressbewältigung, soziale Kompetenz und Entspannung initiiert und geschult. Damit wird auf eine allgemeine Vorsorge zur Gesunderhaltung sowie Förderung von Gesundung abgezielt. Auch sogenannte Patientenschulen (Lamarter-Lang, 1992; Matussek, 1989) sind unabhängig von speziellen Diagnosen auf dieser Ebene anzubieten.

- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Spezifischere Verfahren sind auf die Bedürfnisse der speziellen Patientengruppen abgestimmt. So können für den Bereich entzündlich-rheumatischer Erkrankungen themenbezogene Gruppen, wie zum Beispiel „Umgang mit medikamentöser Langzeitbehandlung“, „Medizinische Maßnahmen im Alltag“, „Krankheitsvorstellungen“ und „Therapiekonzepte“ genannt werden. Diese zielen über das Fördern hilfreicher Einstellungen und die Verbesserung der Compliance beim Patienten indirekt auf eine Verbesserung des Behandlungserfolges der verschiedenen Therapien ab. Zur Wirksamkeit solcher Gruppen gibt es bislang allerdings noch keine mir bekannten kontrollierten Untersuchungen, sieht man von den genannten Patientenschulungsprogrammen ab. Bei diesen konnte nicht nur für die Informiertheit der Patienten, sondern auch in psychologischen Variablen, wie z.B. „Ängstlichkeit“ oder „Depression“, eine Verbesserung erreicht werden. Eine Übersicht über einzelne Studien sowie konkrete Vorgehensweisen geben Matussek (1989) sowie Lamarter-Lang (1992).

Innerhalb des Ansatzpunktes der Primärprävention ist bei dieser Krankheitsgruppe psychologischen Verfahren erste Priorität einzuräumen, die direkt auf eine Veränderung des Krankheitsprozesses abzielen. Sie stützen sich auf die zentrale Aussage der Psychoneuroimmunologie. Sie besagt, daß alle wesentlichen Informationssysteme des Körpers miteinander in enger Beziehung stehen und sich wechselseitig beeinflussen können (vgl. Abb. 2).

Diese Aussage stützt sich mittlerweile auf eine Vielzahl empirischer Belege (Überblick in Ader, 1981; Schulz & Raudler, 1986; Kerekjarto, 1987; Ferstl, 1989; Spector, 1990). Die darauf aufbauende psychologische Vorgehensweise ist das aus der Therapie bei Krebserkrankungen bekannte Imaginationsverfahren (vgl. Simonton et al., 1982), wobei sich auch für andere Krankheitsgruppen inzwischen eine ganze Reihe verschiedener Interventionen findet (Titze, 1990). Bei Patienten, bei denen eine entzündlich-rheumatische Erkrankung festgestellt wurde, bedarf es einer Ausgestaltung des Verfahrens, die der Tatsache, daß zumindestens eine ganze Reihe von Krankheitsphänomenen, wenn nicht gar die Erkrankung selbst, auf Autoimmun-Prozesse zurückzuführen sind, Rechnung trägt. Ein undifferenzierter Ansatz

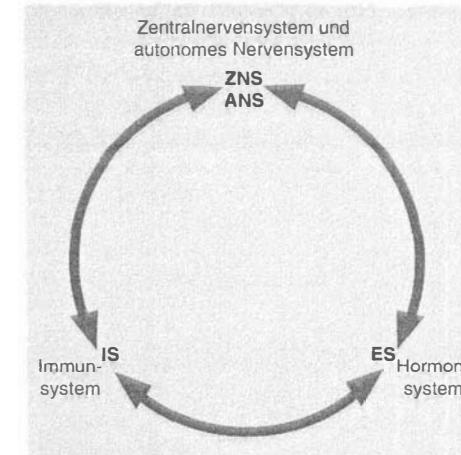


Abbildung 2: Gegenseitige Beeinflussung von Zentralnervensystem - endokrinem System - Immunsystem.

der „Immunstärkung“, wie er bei Krebserkrankungen angezeigt scheint (Simonton u.a., 1982), ist für diese sicher nicht geeignet. Eine Konkretisierung im individuellen Vorgehen beschreibt Koopmann (1981; vgl. Koopmann & Höder, 1983). Ein Vorschlag für eine Ausgestaltung als sogenannte „Gruppe zur Visualisierung“ findet sich bei Jungnitsch (1992 a). Die vorgenannten Verfahren weisen bislang erst eine schmale Basis hinsichtlich ihrer empirischen Überprüfung auf (Jungnitsch u.a., 1990). Gerade bezüglich der medizinischen Parameter konnten bislang noch keine befriedigenden Aussagen getroffen werden (Kopp, 1992). Dennoch ermutigen die positiven Ergebnisse zur Förderung der Schmerzbewältigungskompetenz sowie die Hinweise auf eine günstige Beeinflussung von Entzündungsparametern dazu, dieses Vorgehen weiter zu verfolgen.

Der Einsatz von Biofeedback, insbesondere Temperaturfeedback, zur Eindämmung von Entzündungen fällt ebenfalls noch unter diese direkt krankheitsmodifizierenden psychologischen Vorgehensweisen. Bei ihnen steht der individuelle Zugang im Vordergrund. Bezüglich der Effekte liegen aber auch hier nur wenige aussagekräftige und zum Teil widersprüchliche Befunde vor (zur Übersicht Flor & Herrmann, 1992). Bezuglich spezieller Diagnosen, beispielsweise bei der Raynaud’schen Krankheit, scheint eine deutliche Verbesserung der Krankheitssymptomatik aber möglich zu sein (Yocum et al., 1985; Eberstaller, 1987).

- Degenerative Krankheitsformen

Eine auf der Ebene der Primärprävention liegende Vorgehensweise bei degenerativen Erkrankungen, die sich spezifisch auf diese bezieht, ist m.E. derzeit nur indirekt möglich. Sie beinhaltet in erster Linie psychologische Verfahren zur Operationsvorbereitung und -nachbereitung (Höfling, 1987; 1988). Beides kann sowohl in Gruppen als auch individuell angeboten werden. Themen der Operationsvorbereitung sind die Veränderung der Angst vor der Operation bzw. aller mit dieser zusammenhängenden Fak-

toren. Weiter wird die Vermittlung wirksamer Entspannungs- und Ablenkungstechniken mit dem Ziel, eine möglichst wenig belastende Anästhesie mit möglichst geringem Verbrauch an Anästhetika durchführen zu können, angestrebt. In der Operationsnachbereitung ist zumeist die Beeinflussung postoperativer Schmerzen, die wiederum von präoperativen Faktoren, aber auch Persönlichkeitsmerkmalen bestimmt sein können (Schuhmacher, 1992), vorrangig. Anschließend kann das Wiedererlangen von Funktionen, z.B. durch Verfahren des mentalen Trainings der Hauptgegenstand psychologischen Vorgehens werden. Auch in diesem Bereich fehlen noch ausreichende Studien, die fundierte Aussagen über die Effektivität dieser Ansätze speziell für diese Personengruppe zulassen.

– Nicht-entzündliche, nicht-degenerative Krankheitsbilder

Bei der Untergruppe von Patienten, die weder degenerative noch entzündliche Veränderungen aufweisen, ist noch einmal zwischen denen zu unterscheiden, die funktionelle Störungen durch strukturelle Veränderungen im Muskel- und Skelettsystem aufweisen und solchen, bei denen es allein durch Schmerzsensationen zu Funktionsstörungen kommt. Bei ersteren wäre zu fragen, ob solche Veränderungen einem psychophysiologischen Vorgehen zugänglich sind. Beispiel hierfür wäre die bei Miltner (1986) ausführlich beschriebene Behandlung einer Skoliose mittels Biofeedback.

Steht hingegen die Schmerzsensation im Vordergrund, so sind in Abhängigkeit von der speziellen diagnostischen Einordnung unterschiedliche Vorgehensweisen an die erste Stelle zu setzen: Bei Patienten mit sogenannten Halswirbelsäulen-, Brustwirbelsäulen- oder Lendenwirbelsäulensyndromen bzw. solchen, die man als „low back pain“-Patienten oder Patienten mit „benignem“ Schmerzsyndrom bezeichnet, sind EMG-Biofeedbackbehandlungen als besonders effektiv zu betrachten (Flor et al., 1983; Nouwen, 1983; Turk & Flor, 1984). Aber auch allein durch die Vermittlung der progressiven Muskelrelaxation (Bernstein & Borkovec, 1975) konnten bei dieser Patientengruppe gute Erfolge hinsichtlich der Reduktion von Verspannungen, Schmerz und Depression erzielt werden (Kravitz, 1978; Turner, 1982; McCauley et al., 1983; Linton & Götestam, 1984).

Bei Patienten, deren erste Diagnose auf ein sogenanntes „Fibromyalgiesyndrom“ lautet (Hug & Gerber, 1990; Yunus et al., 1991; Wolfe et al., 1990) ist ebenfalls an das EMG-Biofeedback zu denken (Ferracioli u.a., 1987). Auch durch nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien aufgebaute Fitneßprogramme können Verbesserungen erzielt werden (McCain et al., 1988). Auf dieser Interventionsebene können aber wohl in erster Linie multiprofessionelle Ansätze zum Einsatz kommen. Eine Möglichkeit hierzu wird als Gesamtprogramm derzeit an der Rheumaklinik Oberammergau konzipiert und überprüft (vgl. Abb. 3).

Des weiteren finden sich bei circa einem Drittel der Betroffenen dieser Patientengruppe psychologische Faktoren als auslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen der Schmerzen (Jungnitsch, 1988). In diesem Fall ist die „Psychotherapie bei Schmerz“ (Jungnitsch, 1992 b) die Vorgehensweise, die einer Primärprävention zugeordnet werden kann. Einzelfallstudien zum Beleg der Effektivität eines solchen komplexen verhaltensorientierten Ansatzes stehen bislang noch aus.

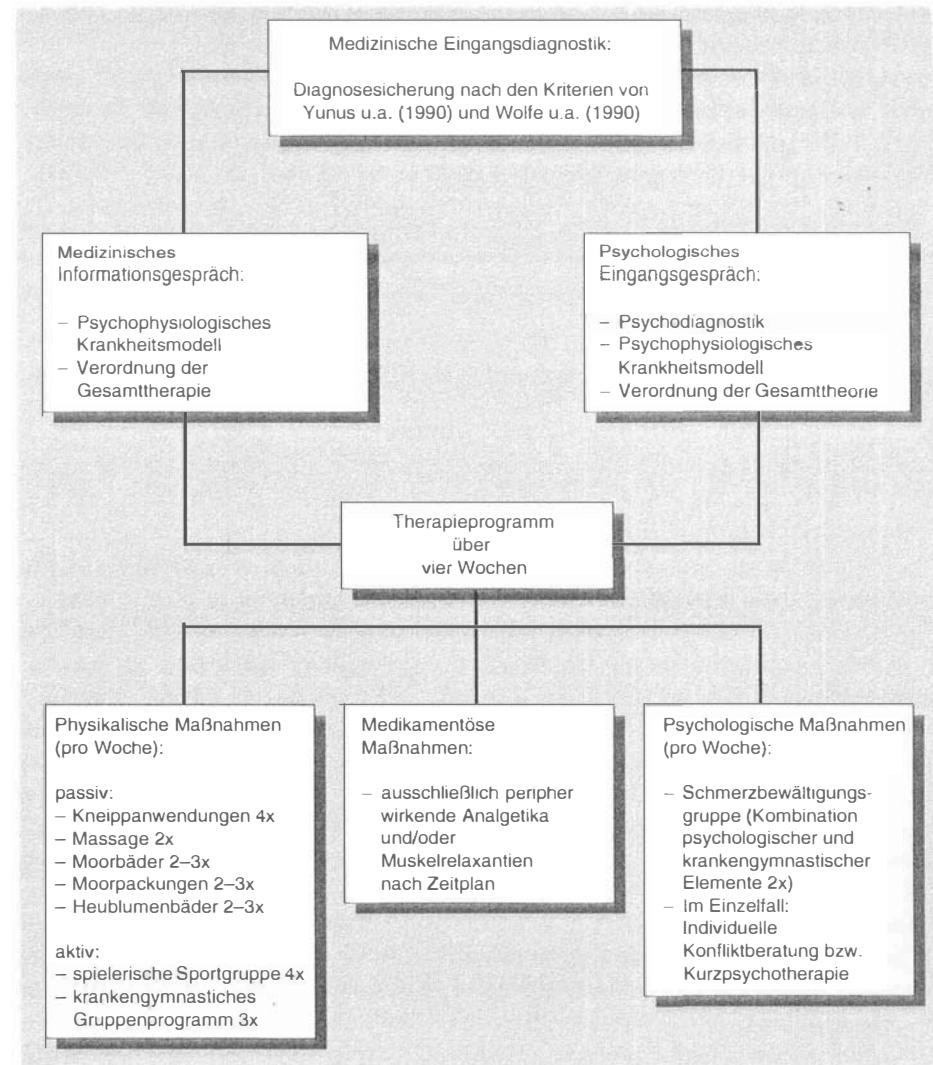


Abbildung 3: Stationäres Behandlungskonzept für Patienten mit Fibromyalgie.

2.2 Psychologische Verfahren zur Sekundärprävention

Während auf der Ebene der Primärprävention die Zuordnung der psychologischen Vorgehensweisen noch relativ eindeutig erfolgen kann, ist dies für die Bereiche der Sekundär- und Tertiärprävention nicht mehr der Fall. Die Einordnung schließt sich hier dem Gesichtspunkt an, der für die Formulierung der Definitionsebenen von Behinderung eine entscheidende Rolle spielt. Dies ist die Komplexität des Bereiches, auf den das in Frage stehende Verfahren abzielt. Innerhalb der Ebene der Sekundär-

prävention wird angestrebt, eine Einschränkung in Einzelfunktionen auch komplexerer Art zu verhindern.

Als Verfahren, das unabhängig von einer spezifischen „Rheumadiagnose“ eingesetzt werden kann, ist als erstes das Selbstsicherheitstraining zu nennen. In diesem werden Themen, die besonders relevant für eine Behinderung in einzelnen Funktionsbereichen sind, aufgegriffen. Beispiel dafür ist das Einfordern spezifischer Hilfestellungen, wie „Unterstützung beim Treppensteigen“, „Ein- und Aussteigen in öffentliche Verkehrsmittel“ usw., die eine solche Einschränkung egalisieren können.

– Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Spezifische Ansatzmöglichkeiten für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern liegen in der Förderung des Umgangs mit Hilfsmitteln oder der Verbesserung komplexer Funktionen durch die Motivation zu täglicher Krankengymnastik. Letzteres ist Bestandteil des Programmes von *Jungnitsch* und *Stöverken* (1990) für Patienten mit Spondylitis ankylosans. Ein psychologisches Training für den Gebrauch von Hilfsmitteln kann zum einen auf deren Akzeptanz abzielen. Dies ist vor allem mit Hilfe von themenzentrierten Gruppengesprächen zu erreichen. Zum anderen kann aber auch die Technik des Gebrauchs gefördert werden. So trainierte *Rak* (1991) Patienten mit chronischer Polyarthritis in der Verwendung eines speziellen gelenkschonenden Küchenmessers und fand eine eindeutige Verbesserung für die Gruppe mit einer nach psychologischen Prinzipien aufgebauten Instruktion (*Rak*, 1991).

Programme, die in erster Linie auf die Veränderung von Schmerz abzielen, sind ebenfalls dieser Interventionsebene zuzuordnen. Als beispielgebend gilt für diese Patientengruppe das Vorgehen von *Köhler* (1982), der innerhalb von drei Wochen in einem neunstündigen Gruppenprogramm Entspannungstraining, Ablenkungsverfahren, Vorstellungs- und Selbstverbalisationstechniken sowie die Modifikation operanter Anteile des Schmerzgeschehens auf der Basis der Gate-control-Theorie (*Melzack & Wall*, 1982) des Schmerzes anbot. In Anlehnung an dieses Programm entwickelte *Rehfisch* (1988) ein noch stärker auf Entspannungsverfahren zentriertes Gruppenprogramm, das er im ambulanten Rahmen durchführte und überprüfte (*Rehfisch*, 1988; *Rehfisch et al.*, 1989).

– Degenerative Erkrankungen

Für Patienten mit degenerativen Erkrankungen sind auf der Ebene der Sekundärprävention vor allem themenzentrierte Gruppenangebote zu nennen, die auf die Unterstützung des Gebrauchs von Hilfsmitteln wie Krücken, orthopädischen Schuhen oder auch sichtbaren Schienen als Geh-, Steh- und Greifhilfen abzielen. Sicherlich ist auch für diese Patientengruppe an den Einsatz kognitiv-verhaltenstherapeutischer Programme zur Schmerzbewältigung zu denken. Nach dem Ergebnis erster Studien profitieren sie hieraus vergleichsweise aber nur wenig (*Baster & Rehfisch*, 1989). Dies weist aber m.E. in erster Linie auf eine wohl noch nicht genügend ausgearbeitete Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen des Schmerzgeschehens bei dieser Patientengruppe in der Programmgestaltung hin.

– Nicht-entzündliche, nicht-degenerative Erkrankungen

Bei nicht-entzündlichen, nicht-degenerativen Erkrankungen ist ebenfalls in erster Linie die Modifikation des Schmerzes Gegenstand der Verfahren dieser Interventionsebene. Beispiel hierfür ist das ambulant durchgeführte Programm von *Keel* (1990, vgl. Tab. 3). Er erreichte mit einem kombinierten Verfahren aus psychologischen und krankengymnastischen Elementen innerhalb einer 15 Doppelstunden à 105 Minuten umfassenden Gruppe im Vergleich zur alleinigen Vermittlung des autogenen Trainings signifikante Verbesserungen.

Tabelle 3: Inhalte des Gruppenprogramms für Patienten mit Fibromyalgie (nach *Keel*, 1990).

1. Informationen

Chronischer Schmerz:

- Hintergründe
- Folgen
- Zusammenhänge

2. Anleitung zur Selbsthilfe

Schmerzbewältigungsstrategien:

- Veränderung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten rund um den Schmerz
- Entspannungstechniken: Autogenes Training, andere Entspannungsmethoden
- Gymnastikübungen: Dehnung, Lockerung, Training

3. Erfahrungsaustausch

- Möglichkeit zur Aussprache
- Lernen am Modell
- Bekräftigung von Bewältigungsverhalten

Diese wurden mit Hilfe eines Erfolgsscores festgestellt, der sich aus den Werten einer Beschwerdeliste, den Werten einer visuellen Analogskala zur Schmerzintensität sowie zu standardisierten Tagebuchaufzeichnungen zur Aktivität, Ruhe, Schlaf und Schmerzintensität zusammensetzte (*Keel*, 1990). Eine ebenfalls ambulante Vorgehensweise wählte *Schuchmann* (1992, vgl. Tab. 4). Sein Angebot richtete sich an eine Gruppe von Patienten, die unterschiedliche Diagnosen (1 chronische Polyarthritis, 1 Fibromyalgie, 2 HWS-/LWS-Syndrome mit unterschiedlichen Nebendiagnosen, 1 Schulter-/Arm-Syndrom) aufwies.

Als Ergebnis berichtet er über eine Reihe positiver Veränderungen im Umgehen mit Schmerzen, Schmerzmittelgebrauch sowie in psychologischen Variablen wie Depressivität, Ängstlichkeit und Müdigkeit, die anhand individueller Therapieziele der Gruppenteilnehmer bestimmt worden waren.

Als Beispiel für ein Vorgehen im stationären Bereich sei hier das von *Winkler* (1990 a, b) vorgeschlagene Programm für Patienten mit Rückenschmerzen ausführlicher skizziert (Abb. 4).

Gerade bei dieser Patientengruppe stehen Schmerzen aufgrund muskulärer Verspannungen im Vordergrund. Diesem Umstand wird dadurch Rechnung getragen, daß Entspannungsverfahren Hauptgegenstand fast aller Gruppenstunden sind. Bis

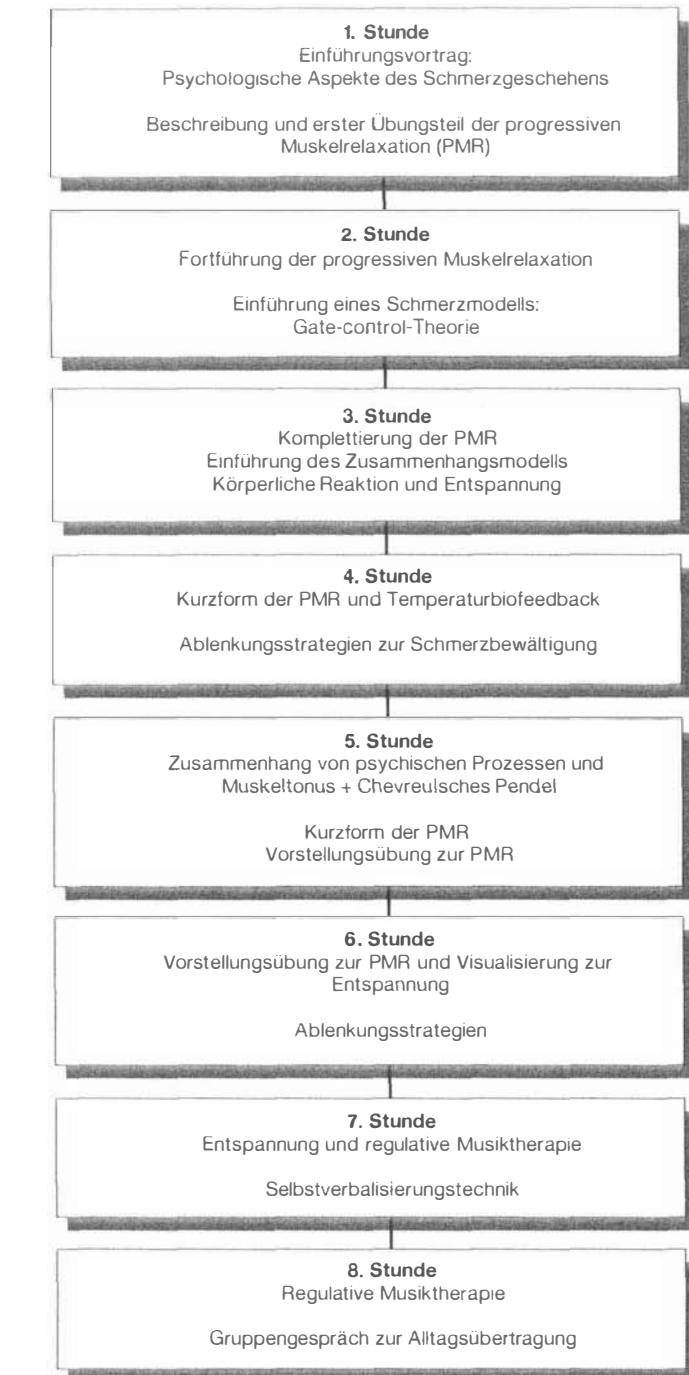


Abbildung 4: Themenschwerpunkte des stationären Gruppenprogramms für Patienten mit nichtentzündlichen chronischen Rückenschmerzen (Winkler, 1990 a).

Tabelle 4: Ambulantes Behandlungsprogramm für Patienten unterschiedlicher Diagnosen (nach Schuchmann, 1992).

1. Einzelgespräch mit Schmerzanamnese

2. Neun Gruppentermine à 90 Minuten:

- kurze theoretische Einführung in das Wesen des Schmerzes (Gate-control-Theorie)
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Muskelentspannung nach Jacobson)
- eine konzentратiv Technik zur Körperwahrnehmung (Reise durch den Körper)
- eine selbsthypnotische Technik (Entspannungslübung «Hand»)
- Schmerzbeobachtung nach Köhler (zur Abkoppelung der emotionalen Aspekte des Schmerzes)
- konstruktiver Umgang mit Gedanken und Gefühlen («ABC der Gefühle»)
- Schmerz und Umgang mit anderen Menschen
- Einüben von hilfreichen Selbstinstruktionen
- Beratung über flexiblen Einsatz der Methoden im Alltag

3. Gruppensitzung zur Auffrischung und ein Einzelgespräch nach zwei Monaten

4. Auffrischungssitzung nach sechs Monaten mit Ergänzung durch eine Zusatzübung

zur vierten der insgesamt acht Stunden wird die progressive Muskelentspannung intensiv eingetübt. Ein weiterer wesentlicher Programmbestandteil ist die Begründung psychologischer Verfahren in der Schmerzbekämpfung. Dazu wird zum einen das Modell der Gate-control-Theorie (Melzack & Wall, 1982) herangezogen, zum anderen wird das unmittelbare Erleben des Zusammenhangs physischer mit psychischen Prozessen über ein Temperaturfeedback sowie der „Versuch mit dem Chevreul-schen Pendel“ (vgl. Kossak, 1989) eingesetzt. Vervollständigt wird das Programm durch Imaginationsübungen sowie Strategien der Selbstverbalisierung. Gerade für die durch Imaginationen induzierte und geleitete Entspannung kann dabei auch das Einbeziehen der sogenannten „regulativen Musiktherapie“ (Schwabe, 1987), die gut mit der von Patienten immer wieder geäußerten Erfahrung, daß für sie Musik gleichzeitig ein Mittel zur Ablenkung und zur Entspannung darstellt, in Übereinstimmung gebracht werden. Eine erste Untersuchung zu dieser Vorgehensweise erbrachte sowohl in den Variablen Angst, Depression und allgemeine Beschwerden als auch in den Bereichen Schmerzintensität und Schmerzbelastung hochsignifikante Verbesserungen (vgl. Jungnitsch et al., 1992).

Weitere kontrollierte Studien in diesem Bereich, die die Effektivität kombinierter psychologischer Behandlungsprogramme für diese Patientengruppe belegen, liegen beispielsweise noch von Kaluza und Basler (1988 a; 1988 b), Turner und Clancy (1988), Cziske et al. (1987) vor.

Nicht zuletzt sind als Vorgehensmöglichkeiten hier noch alle operanten Ansätze zu nennen (Linton, 1986), mit deren Hilfe der Komplex des „Schmerzverhaltens“ verändert werden soll und die sich ebenfalls als erfolgreich erwiesen haben (Malone & Strube, 1988).

2.3 Psychologische Verfahren zur Tertiärprävention

Gegenstand der Tertiärprävention ist der soziale Aspekt von Behinderung bzw. das Verhindern komplexer Funktionseinschränkungen mit damit einhergehenden sozialen Benachteiligungen. Hier liegt der Ansatz nicht nur beim Betroffenen selbst, sondern auch in der Aufklärung nichtbehinderter Personen sowie im Schaffen von „Enthinderungen“, die in der gesamten Umwelt vorgenommen werden müssten. Letztere können meist Behinderten und Nichtbehinderten gleichermaßen dienlich sein (Brackhane, 1984). Aufklärung zu erreichen und Umgestaltungsmaßnahmen zu initiieren, kann aus Selbsthilfegruppen heraus geschehen. Diese zu fördern und zu unterstützen, beispielsweise durch Fortbildungsangebote, ist daher eine indirekte Möglichkeit psychologischer Interventionen auf dieser Ebene.

Wird in der direkten Arbeit mit dem Betroffenen eine Verbesserung angestrebt, so sind auch hier in erster Linie solche Verfahren einzuordnen, die allgemein unter den Begriff der „sozialen Kompetenz“ gefaßt werden können. Die Vorgehensweise ist dabei vorzugsweise diejenige des Rollenspiels in Kleingruppen, wobei sich für die unterschiedlichen Krankheitsgruppen sowie gegenüber dem unter der Ebene der Sekundärprävention genannten Vorgehen nur die Themenbereiche unterscheiden. Während daher beispielsweise für die Gruppe nicht-entzündlicher, nicht-rheumatischer Erkrankungen die klare Vermittlung ihrer nicht nachprüfbarer und „objektiv verifizierbarer“ Beschwerden gegenüber unterschiedlichen Bezugspersonen im Vordergrund steht, kann Hauptthema für Personen mit entzündlichen Erkrankungen die *Wechselhaftigkeit* sogar im täglichen Verlauf der Erkrankung oder deren sich nicht nur auf die Gelenke beschränkten Auswirkungen sein. Es geht dabei zusammenfassend für alle Betroffenen um die Darstellung ihrer Situation und das Äußern von Wünschen und Bedürfnissen, die für die sogenannte „nicht betroffene Umwelt“ zunächst nicht nachvollziehbar und verständlich ist.

Komplexe Einschränkungen ergeben sich auf der anderen Seite durch die Art der Verarbeitung einer funktionellen Beeinträchtigung (vgl. Shontz, 1975; Broda, 1987; Beutel, 1988; Witte, 1988; Jungnitsch, 1992 a). Daher sind in diesem Bereich vor allem Krankheitsbewältigungsverfahren in ihren jeweils krankheitsgruppenspezifischen Ausformungen einzuordnen.

Bei Patienten mit *entzündlichen Erkrankungen* zielen solche Programme auf den gesamten Problembereich, der sich aus Schmerz, Ungewißheit des Krankheitsverlaufes, Angst vor der Zukunft, Stimmungsveränderungen, Art der Behandlung usw. zusammensetzt, (vgl. Broda, 1987; Jungnitsch, 1992 a) ab. Ein solches Angebot sollte im stationären Rahmen als Regelangebot anzutreffen sein. Dies kann vielfach berichteten Schwierigkeiten bei der Durchführung psychologischer Maßnahmen im stationären Setting (vgl. Rehfisch, 1992; Schuchmann, 1992) entgegenwirken bzw. sie erst gar nicht entstehen lassen. Eine ambulante Fortführung solcher Programme wäre aber ebenfalls wünschenswert.

Mögliche *stationäre* Konkretisierungen sind im Detail bei Jungnitsch (1992 a) sowie Jungnitsch u.a. (1992) beschrieben. *Ambulante* Ausgestaltungen finden sich ebenfalls bei Jungnitsch (1992 a). Insgesamt sind die Ansätze der Krankheitsbewältigung sowie der Schmerzbewältigung, wie sie für den Bereich der Sekundärpräven-

Tabelle 5: Untersuchungen zu psychologischen Gruppenbehandlungsverfahren bei Patienten mit chronischer Polyarthritis.

Autoren	Art der Behandlung	Kontrollen	Ergebnisse
Schwartz et al. 1978	– psychodynamisch orientierte Gruppe mit Rollenspiel	nein	Verbesserung der Kommunikation
Udelmann & Udelmann 1978	– Gesprächsgruppe	nein	Verbesserung der – Kommunikation – Stimmung
Achterberg et al. 1981	– Biofeedback – Entspannung – Imagination	ja	Zunahme der ADL Abnahme – der BSG – von Schmerz
Kaplan & Kozin 1981	– Gesprächsgruppe	ja	Verbesserung des Selbstkonzepts
Koopmann 1981	– Visualisierungsübungen	nein	Verbesserung des Wohlbefindens
Köhler 1982	– multimodales Schmerzbewältigungstraining	ja	Abnahme – des affektiven Schmerzempfindens – von Angst und Depressivität
Potts & Brandt 1982	– soziale Unterstützung – Krankheitsinformation	ja	keine Effekte
Bradley et al. 1985	– kognitive VT und Biofeedback – soziale Unterstützung	ja	Abnahme – von Angst und Depressivität – der Schmerzintensität – der Krankheitsaktivität
Shearn & Fireman 1985	– soziale Unterstützung – Streßbewältigung	ja	keine Effekte
Mitchel 1986	– Temperatur-Biofeedback	ja	Abnahme – der Schmerzintensität – der Anzahl entzündeter Gelenke
Strauss et al. 1986	– psychodynamische Gruppe – Selbstsicherheitstraining	ja	keine Effekte
Bradley et al. 1987	– kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie – soziale Unterstützung	ja	Abnahme – des Schmerzverhaltens – von Angst und Depressivität – von Krankheitsaktivität

Rehfisch 1988	- multimodales Schmerzbewältigungstraining	ja	Abnahme - der Schmerzstärke - von Depressionen, Angst und körperlichen Beschwerden
Jungnitsch & Schmitz 1990	- multimodales Krankheitsbewältigungstraining	ja	Zunahme in mehreren Faktoren der Schmerzbewältigung
Jungnitsch & Langhof 1991	- multimodales Schmerzbewältigungstraining	ja	Abnahme - der Schmerzstärke - der Depressivität Zunahme positiver Selbstverbalisation

tion zutreffen, bei der entzündlich-rheumatischen Erkrankung „chronische Polyarthritis“ gut untersucht und in ihrer Effektivität ausreichend belegt (siehe Tab. 5). Die bislang durchgeführten Studien beziehen sich allerdings meist auf die Schmerzbewältigungstrainings. Es finden sich, betrachtet man die mir vorliegenden Untersuchungen, bei allgemein gehaltenen Vorgehensweisen auch nur allgemeine Ergebnisse, wie z.B. Verbesserung der Kommunikation oder Verbesserung des Selbstkonzeptes. Bei solchen Programmen, die im weitesten Sinne soziale Unterstützung, Krankheitsinformation oder Stressbewältigung thematisieren, können meist keine krankheitsbezogenen Effekte gefunden werden. Programme, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis konzipiert wurden, erwiesen sich dagegen durchgängig sowohl für den Bereich Schmerz als auch für unterschiedliche psychologische Variablen sowie bezüglich einiger Dimensionen der Krankheitsbewältigung als erfolgreich.

Für Patienten mit Spondylitis ankylosans erscheint der Ansatz eines Schmerz- und Krankheitsbewältigungstrainings sowohl stationär (Jungnitsch & Stöveken, 1990) als auch ambulant (Rehfisch & Basler, 1989; Basler & Rehfisch, 1991) ebenfalls erfolgreich.

Spezielle Verfahren zur Krankheitsbewältigung für Patienten mit degenerativen sowie mit nicht-degenerativen, nicht-entzündlichen rheumatischen Krankheiten sind m.W. nach bislang nicht publiziert, so daß sich die Ansätze auf dieser Ebene auf die vorstehend beschriebenen allgemeinen Vorgehensweisen beschränken.

- Rehabilitation im engeren Sinne

Rehabilitation im engeren Sinne bezieht sich auf eine Wiedereingliederung des Betroffenen in den Arbeits- und Erwerbsprozeß. Als Teilaспект ist dieses Ziel bereits in den vorgenannten Präventionsebenen enthalten. Für den Berufsbereich sind unabhängig von der Diagnose alle Verfahren einzusetzen, die für die Förderung beruflicher Rehabilitation sinnvoll sind. Diese umfassen z.B. Hilfen zum Lernen, Prüfungstrainings, Stressbewältigungsverfahren, Anpassung an den Umschulungsprozeß, aber auch Unterstützung z.B. für Bewerbungsgespräche als Behindter, sozial kompetentes Verhalten gegenüber Arbeitskollegen oder auch gegenüber Behörden

und Institutionen. Obwohl insgesamt in diesem Bereich mögliche psychologische Interventionen weniger den spezifischen Bedingungen der einzelnen Diagnosegruppen zuzuordnen sind (vgl. Hantel-Quitmann, 1980), kann man für die Diagnosegruppe von Patienten mit nicht-entzündlichen, nicht-degenerativen Erkrankungen operante Verfahren zur Veränderung des Verhaltens mit Schmerz anführen (Fordyce, 1976), wie sie auch schon für den Bereich der Sekundärprävention genannt wurden. Damit soll eine allgemeine Aktivierung erreicht sowie die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit gewährleistet werden.

Bei Patienten mit degenerativen Erkrankungen ist eher daran zu denken, sie in die Lage zu versetzen, sich auch neue und bisher ungewohnte Aufgabenbereiche, die weniger körperliche Beanspruchungen erfordern, zu erschließen und zuzutrauen oder sie für das Erlernen solcher Bereiche vorzubereiten. Dies trifft ebenso für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu. Gerade für die letztgenannte Personengruppe kann aber auch Inhalt sein, die Akzeptanz eines Lebens als „Nicht-erwerbstätiger“ auch in einem Alter, in dem das für die Bevölkerung nicht gegeben ist, zu fördern und alternative Möglichkeiten herauszuarbeiten, befriedigende Tätigkeitsfelder zu finden und am sozialen Leben in größtmöglichem Umfang teilzunehmen.

Schlußbetrachtung

Psychologische Maßnahmen in der Behandlung von Personen, die von einer rheumatischen Erkrankung betroffen sind, sind in erster Linie als Routineangebot in Form von standardisierten Programmen anzusehen. Das heißt nicht, daß damit dem Betroffenen in deren Durchführung nicht individuell Rechnung getragen wird. Die Berücksichtigung der individuellen Lage jedes Rehabilitanten drückt sich aber in erster Linie bereits darin aus, daß jeweils ein individuelles Gesamtkonzept der Rehabilitation erstellt wird, in das die verschiedenen Standardverfahren aller Behandlergruppen eingeordnet werden. Nur im Sonderfall von Personen, die Verhaltensexesse oder -defizite aufweisen, bzw. bei denen für Auslösung oder Aufrechterhaltung der Behinderung psychologische Faktoren bestimmt werden können, wird der Hauptansatzpunkt in der Behandlung auf individueller Psychotherapie liegen.

Psychologische Maßnahmen gehören bei der Rehabilitation zur Regelversorgung. Sie sind u.a. aus folgenden Gründen sowohl im stationären wie im ambulanten Rahmen einzuplanen: Durch das konzentrierte, eher technikbezogene *Angebot im stationären Rahmen* kann für viele Patienten der Bereich psychologischer Ansätze verstehbar sowie der Nutzen für die eigene Person verdeutlicht und erlebbar werden. Hilfreiche Strategien werden so eher angenommen und eingesetzt.

Für Patienten, denen die psychologische Vorgehensweise bereits vertraut ist, bietet das komprimierte Angebot Gelegenheit, ihre eigene Kompetenz wieder zu erweitern oder aufzufrischen. Dies geht nicht zu Lasten von Zeit, die außerhalb des stationären Rahmens für wichtige berufliche oder auch soziale Aktivitäten gebraucht wird. Zudem ist es für die Lernbereitschaft und Aufnahmefähigkeit gerade in bezug auf Verhaltensveränderungen günstig, bereits das gewohnte Umfeld verlassen und

damit Gelegenheit zu haben, frei vom Druck alltäglicher Verpflichtungen seine Aufmerksamkeit auf die eigene Person lenken zu können. Nicht zuletzt hat der Patient im stationären Bereich auch die Möglichkeit, mit Behandlungspersonal zu arbeiten, das sich spezifische Kenntnisse über dessen Bedingungen erworben hat. Die Aufnahmefähigkeit und auch die Akzeptanz für den Einsatz neuer Verhaltensweisen wird so durch vermehrtes Verständnis und umfassendere Kenntnis auch seiner persönlichen Lage gefördert. Dabei sollte gerade zu Beginn des Rehabilitationsprozesses der individuelle Zugang den Gruppenverfahren vorgezogen werden (vgl. Jungnitsch, 1992 a).

Ambulante Angebote scheinen darüber hinaus aber genauso notwendig. Einmal sollte jeder Patient die Gelegenheit haben, die bereits erworbenen Grundfertigkeiten zu vertiefen, auszubauen oder manche Möglichkeiten vielleicht erst unter neuen Bedingungen aufgreifen zu können. Vor allem bietet der ambulante Ansatz die einzige Möglichkeit, daß der Rehabilitand die vermittelten Strategien in seinem ganz konkreten Lebensalltag überprüft und auf seine individuellen Bedingungen anpaßt. Gruppenprogramme im ambulanten Bereich bieten zudem die Möglichkeit, daß sich feste Bezugsgruppen für die einzelnen Betroffenen bilden, zu denen dann weiterhin Kontakt besteht. Daraus kann sich ein stabiles soziales, außerfamiliäres Stützsystem ausbilden, das die Familie entlastet und keiner permanenten professionellen Anleitung bedarf. Dieses Stützsystem wiederum kann durch zeitweilige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für einzelne Mitglieder immer wieder neue Anregungen und Entwicklungen erfahren. Nur wenn psychologische Maßnahmen nicht für eine Sonder- oder Restkategorie von Patienten „reserviert“ werden, können ihre Möglichkeiten im Gesamtkonzept der Rehabilitation von Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis vollständig genutzt werden.

Die vorstehend genannten Möglichkeiten psychologischer Interventionen hinsichtlich ihrer Effektivität empirisch zu überprüfen und einzelne Verfahren in Abhängigkeit vom Ergebnis solcher Überprüfungen zu modifizieren, ist dabei eine noch wesentlich intensiver zu bearbeitende Aufgabe gerade auch im Hinblick auf Akzeptanz und Selbstverständlichkeit psychologischer Ansätze in diesem Bereich.

Literatur

- Achterberg, J., McGraw, P. & Lawlis, G.F. (1981). Rheumatoid Arthritis. A study of relaxation and temperature biofeedback as an adjunctive therapy. *Biofeedback and Self-Regulation*, 6, 207–223.
- Ader, R. (Ed.) (1981). Psychoneuroimmunology. Orlando: Academic Press.
- Bradley, L.A., Turner, R.A., Young, L.D., Agudelo, C.A., Anderson, K.O. & McDaniel, L.K. (1985). Effects of cognitive-behavioral therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis (RA) patients: Preliminary outcomes. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 14, 51–64.
- Bradley, L.A., Young, I.D., Anderson, K.O., Turner, R.A., Agudelo, C.A., McDaniel, L.K., Pisko, E.J., Semble, E.L. & Morgan, T.M. (1987). Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 30, 10, 1105–1114.
- Basler, H.D. & Rehfisch, H.P. (1989). Psychologische Schmerztherapie in Rheuma-Liga-Selbsthilfegruppen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, Band 18 (3), 203–214.
- Basler H.D. & Rehfisch H.P. (1991). Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 345–354.
- Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (1975). Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. München: Pfeiffer.
- Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: VCH Edition Medizin.
- Brackhane, R. (1984). Zur Entwicklung des psychologischen Rehabilitations-Verständnisses. *Heilpädagogische Forschung*, 11 (3), 255–270.
- Broda, M. (1987). Wahrnehmung und Bewältigung chronischer Krankheiten. Eine Vergleichsstudie unterschiedlicher Krankheitsbilder. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Budde, H.-G. (1984). Rehabilitation: Grundlagen und psychologische Methoden. In L.R. Schmidt (Hg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*, Band I, S. 412–442. Stuttgart: Enke, 2. Auflage.
- Buschmann, E. & Kijanski, H.-D. (1987). Gesundheitstraining während der stationären Heilbehandlungsmaßnahme. Zur Einführung des Allgemeinen Programms „Gesundheit selber machen“ in den eigenen Kliniken und Vertragshäusern der BfA. Deutsche Angestellten Versicherung, 9, 347–353.
- 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.
- Eberstaller, M. (1987). Suggestion und Biofeedback bei Raynaud-Syndrom. Vortrag beim 1. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation. München, 2.–4. April 1987.
- Ferracioli, G., Chirelli, L., Scita, F., Nolli, M., Mozzani, M., Fontana, S., Scorsinelli, M., Tridenti, A. & DeRisio, C. (1987). EMG-biofeedback training in fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 14, 820–825.
- Ferstl, R. (1989). Psychoneuroimmunologie – Grundlagen und denkbare Aspekte ihrer klinischen Anwendung. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hg.), *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsbereiche, Perspektiven*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Flor, H., Haag, G., Turk, D.C. & Köhler, H. (1983). Efficacy of EMG biofeedback, pseudotherapy, and conventional medical treatment for chronic rheumatic back pain. *Pain*, 17, 21–31.
- Flor, H. & Hermann, C. (1992). Psychophysiologische Verfahren (Biofeedbackverfahren) in der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hg.), *Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie* (S. 349–368). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fordyce, W.E. (1976). Behavioral methods for chronic pain and illness. Saint Louis: Mosby.
- Hantel-Quitmann, W. (1980). Psychologie in der Rehabilitation Behinderter. Phil. Diss., Berlin.
- Höfling, S. (1987). Psychologische Aspekte des akuten postoperativen Schmerzes. *Der Schmerz*, 1, 122–125.
- Höfling, S. (1988). Psychologische Vorbereitung auf chirurgische Operationen. Berlin: Springer.
- Horowitz, M.J. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D.M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition*. Chichester: Wiley.

- Hug, Ch. & Gerber, N.J. (1990). Fibromyalgiesyndrom, oft verkannte Realität. Schweizerische medizinische Wochenschrift, 120, 395–401.
- Jungnitsch, G. (1988). Psychologische Aspekte zur Fibromyalgie. In H.-J. Albrecht (Hg.), *Muskelkrankheiten und Rheuma I. colloquia rheumatologica* 40, 16–24.
- Jungnitsch, G. (1991). Psychologische Maßnahmen in der Rehabilitation bei Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hg.), Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Abschlußberichte Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband 1, Frankfurt/Main.
- Jungnitsch, G. (1992 a). Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen. *Psychologische Hilfen im Einzel- und Gruppentraining*. München: Quintessenz.
- Jungnitsch, G. (1992 b). Psychologische Interventionen bei chronischen Schmerzen. In H. Weber-Falkensammer (Hg.), *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation* (S. 178–200). Stuttgart: G. Fischer.
- Jungnitsch, G. & Langhof, S. (1991). Ein Krankheitsbewältigungstraining für Patienten mit chronischer Polyarthritis – Trends und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 39 (3) 219–322.
- Jungnitsch, G. & Schmitz, J. (1990). Vergleich von Gruppenbehandlungsverfahren zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischer Polyarthritis. Vortrag, 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Kiel, 24.–27.09.1990.
- Jungnitsch, G. & Stöveken, D. (1990). Psychologisches Schmerz- und Krankheitsbewältigungstraining für Patienten mit Spondylitis ankylosans. Zeitschrift für Rheumatologie, Band 49, Suppl. 11, S. 18.
- Jungnitsch, G., Geissner, E. & Schmitz, J. (1990). Visualisierung zur psychologischen Schmerz- und Krankheitsbewältigung. Zeitschrift für Rheumatologie, 49, Suppl. 1, S. 22.
- Jungnitsch, G., Schmitz, J., Stöveken, D., Winkler, G., Geissner, E. (1992). Stationäre Gruppenprogramme zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Schmerzen. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hg.), *Psychologie des Schmerzes* (S. 265– 294). München: Psychologie Verlags Union.
- Kaluza, G. & Basler, H.-G. (1988 a). Selbstkontrolltraining bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Der Schmerz, 2, 82–88.
- Kaluza, G. & Basler, H.-G. (1988 b). Gruppenbehandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Eine Untersuchung in allgemeinärztlichen Praxen. In W. Schüffel (Hg.), *Sich gesund fühlen im Jahre 2000*. Heidelberg: Springer.
- Kaplan, S. & Kozin, F. (1981). A controlled study of group counselling in rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology, 8 (1), 91–99.
- Keel, P.J. (1990). Sechs Jahre Erfahrung mit ambulanter Gruppenbehandlung für Weichteilrheumatiker. Schmerz, 4, 88–95.
- Kerekjarto, M. (1987). Psychoneuroimmunologie. Grundzüge eines neuen Verständnisses der Beziehung zwischen Psyche und Soma. Sandorama, 4, 4–7.
- Koch, U., Lucius-Hoene, G. & Stegie, R. (Hg.) (1988). *Handbuch der Rehabilitationspsychologie*. Berlin: Springer.
- Köhler, H. (1982). Psychologische Schmerzbewältigung bei chronischer Polyarthritis – Eine empirische Untersuchung. Unveröff. Dissertation, Tübingen.
- Koopmann, P. (1981). Psychologische Hilfe bei rheumatischen Erkrankungen. Unveröff. Diplomarbeit, Hamburg.
- Koopmann, P. & Höder, J. (1983). Visualisierung in der Entspannung – eine hilfreiche Möglichkeit für rheumatische Menschen. Acta Rheumatologica, 8, 29–33.
- Kopp, E. (1992). Zur somatischen Wirkung des psychologischen Behandlungsverfahrens der Visualisierung bei Patienten mit chronischer Polyarthritis.
- Kossak, H.-Ch. (1989). Hypnose. München: Psychologie Verlags Union; 2. Aufl. 1993.
- Kravitz, E.A. (1978). EMG-feedback and differential relaxation to promote pain relief in chronic low back pain patients. Dissertation, Wayne State University.
- Lamparter-Lang, R. (1992). Ambulante Behandlung von Patienten mit chronischen Gelenk- und Rückenschmerzen. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hg.), *Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linton, S.J. (1986). Behavioral remediation of chronic pain. A status report. Pain, 24, 125–141.
- Linton, S.J. & Götestam, K.G. (1984). A controlled study of the effects of applied relaxation and applied relaxation plus operant procedures in the regulation of chronic pain. British Journal of Clinical Psychology, 23, 291–301.
- Malone, N.D. & Strube, M.J. (1988). Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain. Pain, 34, 231–244.
- Mattussek, S. (1989). Aufklärungs- und Informationsprogramme für Rheumapatienten. In H.-P. Rehfisch, H.-D. Basler & H. Seemann (Hg.), *Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma*. Berlin: Springer, 38–53.
- McCain, G.A., Bell, D.A., Mai, F.M. & Halliday, P.D. (1988). A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. Arthritis and Rheumatism, 31, 1135–1141.
- McCauley, J.D., Thelen, M.H., Frank, R.G., Willard, R.R. & Callen, K.E. (1983). Hypnosis compared to relaxation in the outpatient management of chronic low back pain. Archives of Physical and Rehabilitation, 64, 548–552.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1982). Schmerzmechanismen: Eine neue Theorie. In W. Keeser, E. Pöppel & P. Mitterhusen (Hg.), *Schmerz. Fortschritte der klinischen Psychologie*, Bd. 27, 8–29. München: Urban & Schwarzenberg.
- Miltner, W. (1986). Skoliose und Kyphose. In W. Miltner, N. Birbaumer & W.-D. Gerber (Hg.), *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer, 334–344.
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.-D. (1986). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Mitchel, K.R. (1986). Peripheral temperature autoregulation and its effect on the symptoms of rheumatoid arthritis. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 15, 55–64.
- Müller, W. & Schilling, F. (1982). *Differentialdiagnose rheumatischer Erkrankungen*. Basel: Aesopus.
- Nouwen, A. (1983). EMG biofeedback used to reduce standing levels of paraspinal muscle tension on chronic low back pain. Pain, 17, 353–360.
- Potts, M. & Brandt, K.D. (1982). Analysis of Education-Support groups for patients with rheumatoid arthritis. Patient Counseling and Health Education, 4, 161–166.
- Rak, A. (1991). Der Einfluß des Visualisierens auf den Erwerb neuer Bewegungsmuster. Unveröff. Diplomarbeit, Regensburg.
- Rehfisch, H.P. (1988). Psychologische Schmerztherapie bei chronischer Polyarthritis. Eine kontrollierte Studie. Aktuelle Rheumatologie, 13 (1), 34–37.
- Rehfisch, H.-P. (1992). Psychologische Therapie bei chronischen rheumatischen Erkrankungen. In H. Weber-Falkensammer (Hg.), *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation* (S. 78–91). Stuttgart: G. Fischer.
- Rehfisch, H.P. & Basler, H.-D. (1989). Kognitive Verhaltenstherapie bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis. Zeitschrift für Rheumatologie, 48, 79–85.
- Rehfisch, H.P., Basler, H.-D. & Seemann, H. (1989). *Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma*. Berlin: Springer.

- Schuchmann, F. (1992). Multi modale Psychotherapie bei chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates. In H. Weber-Falkensammer (Hg.), *Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation* (S. 163–177). Stuttgart: G. Fischer.
- Schuhmacher, J. (1992). Psychologie des Akutschmerzes: Emotionale, kognitive und soziale Faktoren postoperativer Schmerzen. In E. Geissner & G. Jungnitsch (Hg.), *Psychologie des Schmerzes. Diagnose und Therapie* (S. 189–202). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schulz, K.-H. & Raedler, A. (1986). Tumormunologie und Psychoimmunologie als Grundlagen für die Psychoonkologie. *Psychotherapie medizinische Psychologie*, 36, 114–129.
- Schwabe, Ch. (1987). *Regulative Musiktherapie*. Leipzig.
- Schwartz, L.H., Marcus, R. & Condon, R. (1978). Multidisciplinary group therapy for rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 19, 289–293.
- Shearn, M.A. & Fireman, B.H. (1985). Stress management and mutual support groups in rheumatoid arthritis. *The American Journal of Medicine*, 78, 771–775.
- 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. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen*. Reinbek: Rowohlt.
- Spector, N.H. (1990). Neuroimmunmodulation. In W.P. Kaschka & H.N. Aschauer (Hg.), *Psychoimmunologie*. Stuttgart: Thieme, S. 2–9.
- Stöveken, D. (1990). Entwicklung und empirische Überprüfung eines psychologischen Schmerz- und Krankheitsbewältigungstrainings für Patienten mit Spondylitis ankylosans. Unveröff. Diplomarbeit, Trier.
- Strauss, G.D., Sinden-Spiegel, J., Daniels, M., Spiegel, T., Landsverk, J., Roy-ryrne, P., Edelstein, C., Ehlhardt, J., Falke, R., Hiudin, L. & Zackler, L. (1986). Group Therapies for rheumatoid arthritis: A controlled study of two approaches. *Arthritis and Rheumatism*, 29, 1203–1209.
- Titze, I. (1990). Psychologische Interventionen und Immunfunktionen. In: *Psychoimmunologie und Überforderungssyndrom (Stress)*. Referate und Berichte von der Tagung des Arbeitskreises Klinische Psychologen in Reha-Kliniken im Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP), Sektion Klinische Psychologie, Band 3: Der Psychologe in der Rehabilitationsklinik. 23. bis 25. Februar 1990, Bad Wildungen-Reinhardshausen.
- Turk, D.C. & Flor, H. (1984). Etiological theories and treatments for chronic back pain. II. Psychological models and interventions. *Pain*, 19, 209 – 234.
- Turner, J.A. (1982). Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 5, 757 – 765.
- Turner, J.A. & Clancy, S. (1988). Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 261 – 266.
- Udelman, H.D. & Udelman, D.L. (1978). Group therapy with rheumatoid arthritic patients. *American Journal of Psychotherapy*, 32, 288 – 299.
- Wahl, R. & Hautzinger, M. (Hg.) (1989). *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Genf: WHO.
- Wille, G. (1990). *Medizinische Rehabilitation – Zwischenbilanz und Zukunftsperspektiven*.

- In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hg.), *Rehabilitation 1989 BfA-aktuell*, S. 29–42.
- Winkler, G. (1990 a). Möglichkeiten des psychologisch-psychotherapeutischen Vorgehens an einer Kureinrichtung für Erkrankungen des Bewegungsapparates. *Psychologische Praxis*, 8, 165–174.
- Winkler, G. (1990 b). Schmerzbewältigungstraining. Unveröffentlichtes Manuskript, Bad Klosterlausnitz.
- Witte, W. (1988). *Einführung in die Rehabilitationspsychologie*. Bearbeitet und herausgegeben von R. Brackhane, Bern: H. Huber.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.I., Tugwell, P., Campbell, St.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, St.J., Fiechtner J.J., Franklin, C.M., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., McCain, G.A., Reynolds, W.J., Romano, Th.J., Russell, I.J. & Sheon, R.P. (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 33, 2, 160–172.
- Yocum, D.E., Hodes, R., Sundstrom, W.R. & Cleland, C.S. (1985). Use of biofeedback training in treatment of Raynaud's disease and phenomenon. *Journal of Rheumatology*, 12 (1), 90–93.
- 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.