

Krankheitsbewältigung bei MS: Das Wildbader REMUS-Programm

H. Meißner, P. Flachenecker

Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof, Bad Wildbad

Zusammenfassung

Das REMUS-Programm (Ressourcen aktivieren, Eigenverantwortung stärken – ein interaktives Selbstmanagement-Programm für junge und neu erkrankte Patienten mit Multipler Sklerose) wurde entwickelt, um neu diagnostizierte MS-Patienten über die Erkrankung zu informieren, aber auch um Strategien zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung und zur Prophylaxe somatischer Komplikationen zu vermitteln und so eine möglichst hohe Lebensqualität zu erhalten.

Patienten und Methoden: Eingeschlossen wurden alle MS-Patienten, die im Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme aufgenommen wurden und bei denen die Diagnose »MS« entweder neu gestellt wurde oder die erstmals krankheitsbedingte Verluste erlebten, die eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung erforderlich machten. Neben dem individuell angepassten, störungsspezifischen Rehabilitationsprogramm erhielten die Patienten ein dreiwöchiges Zusatzprogramm mit elf Wochenstunden, das neben Einzelbehandlungen Gruppenangebote und Vorträge bzw. Diskussionsrunden zu krankheitsrelevanten Themen beinhaltete. Zu Beginn, am Ende und nach sechs Monaten wurden Selbstwirksamkeit, Lebensqualität (SF-36), Depressivität (ADS-L) und Fatigue (WEIMuS) mit standardisierten Fragebögen erfasst.

Ergebnisse: Vom 01.01. bis 31.12.05 absolvierten 111 Patienten das REMUS-Programm (88 Frauen, 23 Männer, mittleres Alter $38,2 \pm 9,6$ Jahre, mittlere Krankheitsdauer $6,3 \pm 6,5$ Jahre, mediane EDSS 3,5). Dabei war die psychische Summenskala des SF-36 unter der Behandlung signifikant verbessert und fiel nach sechs Monaten allenfalls leicht ab, während die körperliche Befindlichkeit zu jedem Zeitpunkt unverändert war. Die Selbstwirksamkeit stieg unmittelbar nach dem Programm an, sank dann aber auch wieder leicht ab.

Schlussfolgerung: Das REMUS-Programm führt zu einer überdauernden Verbesserung von subjektiver Kontrollüberzeugung und psychischer Komponente der Lebensqualität, wenngleich die Effekte nach sechs Monaten leicht nachlassen. Die Tatsache, dass sich nur die tatsächlich behandelte Komponente besserte, spricht für einen spezifischen Effekt des Programms.

Schlüsselwörter: Multiple Sklerose, Coping, Lebensqualität, Rehabilitation, Fragebogen

Coping and quality of life in multiple sclerosis: effects of a newly developed self-management program (REMUS)

H. Meißner, P. Flachenecker

Abstract

REMUS is an interactive self-management program that was developed for patients with multiple sclerosis (MS) and designed to (1) deliver information about the disease, (2) help to develop coping strategies, (3) prevent psychological maladaptations and somatic complications, and (4) eventually increase quality of life in these patients. Herein we report on the long term effects of this program in a large sample of MS patients.

Patients and Methods: All patients were included who were (1) admitted to inpatient neurological rehabilitation and (2) given recently a diagnosis of MS or experienced MS-related deficits requiring psychological and somatic adaptations to the disease. The REMUS program was administered over three weeks in addition to the individual, goal- and deficit-oriented rehabilitation program and included 11 hours per week with single therapies, group treatments, lectures and discussion rounds dealing with MS-relevant issues. Self-efficacy, i.e. one's belief to have the ability to overcome challenges, health-related quality of life (SF-36), depression (ADS-L), and fatigue were assessed at baseline, at the end of the three-week program, and at follow-up after 6 months.

Results: During January to December 2005, 111 patients participated (88 women, 23 men, mean age 38.2 \pm 9.6 years, mean disease duration 6.3 \pm 6.5 years, median EDSS 3.5). The psychological subscale of the SF-36 was significantly improved, with only a slight decrease after 6 months, whereas the physical subscore remained essentially unchanged at either time point. Self-efficacy increased significantly during the treatment period, but again slightly decreased after 6 months.

Conclusions: With our three-week self-management program, long-lasting effects on self-efficacy and the psychological but not the physical dimension of the SF-36 were observed. The fact that only the specifically treated component showed significant changes suggests that the administered program had long-lasting effects on the quality of life in MS patients.

Key words: Multiple Sclerosis, coping, quality of life, rehabilitation, questionnaires

© Hippocampus Verlag 2008

Einleitung

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS) mit mutmaßlich autoimmuner Genese. Bedingt durch die Variabilität und Unvorhersehbarkeit des Verlaufs mit ständig drohender erheblicher Behinderung stellt sie eine enorme psychische Belastung und andauernde Stresssituation für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar. Neben den körperlichen Beeinträchtigungen finden sich, auch in Folge des frühen Erkrankungsalters, erhebliche soziale und emotionale Folgen. Die Betroffenen sehen sich mit einer Vielzahl von Bedrohungen und Herausforderungen konfrontiert, die häufig mit Veränderungen innerhalb des sozialen Gefüges, der Familie und der Berufstätigkeit einhergehen. MS-Kranke müssen lernen, mit täglichen Einschränkungen umzugehen, sich aber auch auf fortschreitende Behinderungen vorbereiten und die Tatsache der Unheilbarkeit akzeptieren.

Im Verlauf der Erkrankung entwickeln MS-Betroffene häufig depressive Episoden, wobei die Lebenszeitprävalenz nach Diagnosestellung bei ca. 50 % liegt [21] und somit höher als bei anderen chronischen Erkrankungen ist. Als Ursachen werden dabei sowohl reaktive Prozesse in Folge insuffizienter Coping-Strategien als auch bestimmte Läsionsmuster im ZNS, aber auch eine Dysregulation der Immunreaktionen während akuter Krankheitsphasen diskutiert [3, 4, 10, 21]. Daneben sind auch Angsterkrankungen mit einer Prävalenz von 19–34 % [7, 21] häufiger als in der Allgemeinbevölkerung, wobei bestehende Ängste Depressionen verstärken können. *Janssens* et al. [7] konnten zeigen, dass Angst und Distress nach Diagnosestellung einer MS sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Partnern deutlich erhöht waren. Die Stressbelastung nahm über einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren zwar wieder ab, die erhöhten Angstwerte blieben jedoch zu allen Messzeitpunkten unverändert. Daher sind adäquate, individuell angepasste Coping-Strategien wichtig für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung und Stressregulation.

Zu diesem Zweck haben wir ein Programm zur Krankheitsbewältigung (REMUS – Ressourcen aktivieren, Eigenverantwortung stärken – ein interaktives Selbstmanagement-Programm für junge und neu erkrankte Patienten mit Mul-

tipler Sklerose) entwickelt, das ergänzend zu dem störungsspezifischen, individuell angepassten Therapieprogramm im Rahmen einer stationären Rehabilitationsbehandlung in unserem Haus angeboten wird. Die Einheiten werden über drei Wochen zu je 11 Stunden durchgeführt. Unsere Intention bei der Entwicklung des REMUS-Programms war es, ein interdisziplinäres Behandlungskonzept anzubieten, um so die Kompetenz der Patienten im Umgang mit der Erkrankung umfassend zu verbessern, eine partizipative Entscheidungsfindung bezüglich des Therapieregimes zu erleichtern und die erlebte Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Im Folgenden stellen wir das Behandlungskonzept und erste Ergebnisse der Evaluation vor.

Patienten und Methoden

Patienten

Das REMUS-Konzept richtet sich an alle Patienten, die sich akut mit der Erkrankung MS auseinandersetzen wollen oder müssen. Dies kann Patienten betreffen, die gerade frisch mit der Diagnose konfrontiert wurden, aber auch diejenigen, die, unabhängig von der Krankheitsdauer, zum ersten Mal bewusst krankheitsbedingte Verluste und Einbußen an Fähigkeiten erleben, die eine Anpassung an die und die Auseinandersetzung mit der veränderten Lebenssituation erfordern. Ausschlusskriterien für die Teilnahme sind mangelnde Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit, schwere Depressionen, Psychosen sowie gravierende kognitive Defizite, die eine Mitarbeit am Programm nicht zulassen.

Behandlungskonzept

Das REMUS-Programm versteht sich als Ergänzung zum individuell geplanten störungsspezifischen Rehabilitationsprogramm im Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof. Über den Zeitraum von drei Wochen erhalten die Teilnehmer 11 zusätzliche REMUS-Einheiten (45–60 Minuten) pro Woche.

Das Konzept beinhaltet neben regelmäßigen individuellen Einzelbehandlungen Gruppenangebote und Vorträge bzw. Diskussionsrunden zu krankheitsrelevanten Themen (Abb. 1, Tab. 1).

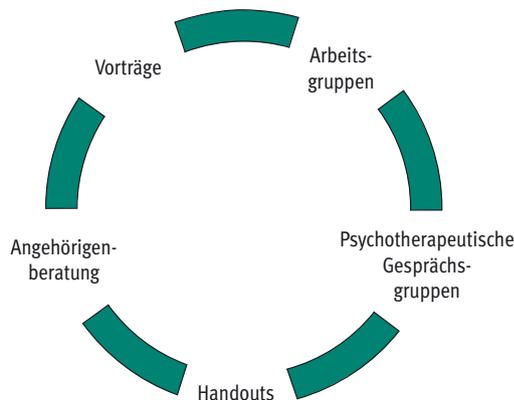


Abb. 1: Bausteine des REMUS-Konzepts

Ärztliche Vorträge zu den Themen:

- Grundlagen der Multiplen Sklerose
- Symptomatische Therapie der Multiplen Sklerose
- Immunmodulatorische Therapie der Multiplen Sklerose

Ärztliche und therapeutische Diskussionsrunden und Vorträge

- Physiotherapeutische Behandlungskonzepte bei MS
- Neurogene Störungen der Blasen- sowie Darmfunktion
- Prophylaktische Maßnahmen, Bewegung / Mobilitätserhalt / Atemleistung
- Hilfsmittelanpassungen, Arbeitsplatzgestaltung / Ergonomie
- Gelenkschutz und kraftschonendes Verhalten im Alltag
- Zeitmanagement, Ressourcenoptimierung
- Gesundheitsbewusstes Verhalten bei MS (Ernährung, Bewegung)
- Stress und Psyche, Stressbewältigung
- Psychoneuroimmunologische Aspekte, verhaltensmedizinisches Modell

Themenbezogene interdisziplinäre Gesprächs- und Arbeitsgruppen

- Leistungsorientierung – Körperbewusstsein
- Neubewertung / Umbewertung (Reframing)
- Umgang mit negativen Gefühlen
- Problembewusstsein für die Sorgen der Angehörigen schaffen
- Subjektive Krankheitsmodelle
- Beziehungen: Aufbau, Erhalt, Pflege derselben
- Verhalten am Arbeitsplatz
- Angehörigenberatung

Tab. 1: Das REMUS-Behandlungskonzept

Die Vertiefung der Inhalte erfolgt durch Hausaufgaben aus den verschiedenen therapeutischen Bereichen und das selbständige Einüben der neu erlernten Inhalte zur Unterstützung des eigenverantwortlichen Handelns. Dabei dienen Handouts aus allen Bereichen als Hilfestellung zur Nachbearbeitung und gleichzeitig als Nachschlagewerk für zu Hause. Ergänzende Angebote stellen die Beratung und Anleitung zum Umgang mit Blasenstörungen durch eine Kontinenztherapeutin und eine fachärztlich-urologische Sprechstunde im Hause dar.

Evaluation der Behandlung

Das primäre Ziel des Programms ist die Verbesserung der Lebensqualität. Um deren verschiedene Aspekte zu erfassen, wurden neben einem generischen Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Fragebögen zur Selbstwirksamkeit, Depressivität und Fatigue zu Beginn und am Ende der dreiwöchigen Behandlung vorgelegt. Um überdauernde Effekte zu erfassen, fand eine postalische Nachbefragung nach sechs Monaten statt.

Selbstwirksamkeit (»self-efficacy«)

Als Selbstwirksamkeit bezeichnet man die subjektive Einschätzung der Fähigkeit, Situationen des täglichen Lebens zu beeinflussen und zu kontrollieren (»Kontrollüberzeugung«). Das hier eingesetzte Instrument (MS-Selbstmanagement-Skala, MS Self-Efficacy Scale) [20] ist dabei speziell für Problemsituationen von MS-Patienten entwickelt und validiert worden und besteht aus 14 Aussagen, die von »1« (völlige Ablehnung) bis »6« (völlige Zustimmung) bewertet werden müssen. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 84 Punkte, wobei höhere Werte eine bessere Kontrollüberzeugung widerspiegeln.

Lebensqualität

Die Lebensqualität wurde mit einem generischen Instrument (SF-36) erfasst, das in zwei Parallelformen vorliegt [2]. Zu Beginn der Behandlung und bei der 6-Monats-Nachbefragung wurde der Zeitraum von vier Wochen abgefragt, während bei der Evaluation am Ende des dreiwöchigen Programms die Version zum Einsatz kam, in der der Zeitraum der letzten Woche bewertet wird. Neben der körperlichen Summen-Skala (KSK) und der psychischen Summen-Skala (PSK) wurden die acht Dimensionen des SF-36

- Körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items)
- Körperliche Rollenfunktion (4 Items)
- Körperliche Schmerzen (2 Items)
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items)
- Vitalität (4 Items)
- Soziale Funktionsfähigkeit (2 Items)
- Emotionale Rollenfunktion (3 Items)
- Psychisches Wohlbefinden (5 Items)
- Veränderung der Gesundheit (1 Item)

entsprechend der Anweisung unter SPSS (Version 14) ausgewertet (Testhandbuch, Hogrefe 1998). Dabei ergeben sich Werte zwischen 0 und 100, wobei höhere Werte mit höherer Lebensqualität assoziiert sind.

Depressivität

Zur Erfassung der Depressivität wurde die »Allgemeine Depressions-Skala« in der Langform (ADS-L) verwendet. Das Instrument setzt sich aus 20 Fragen zusammen, wobei der Grad der Zustimmung von »0« (selten) bis »3« (meistens) angegeben wird. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe einer standardisierten Schablone, der Maximalwert beträgt 60 Punkte, wobei höhere Werte eine stärkere Ausprägung der depressiven Symptomatik abbilden [6].

Fatigue

Die erhöhte Erschöpfbarkeit wurde mit dem »Würzburger Erschöpfungs-Inventar bei Multipler Sklerose (WEIMuS)« erfasst [5]. Die Skala besteht aus 17 Items mit 5 Antwortkategorien von »0« (fast nie) bis »4« (fast immer), die für die letzte Woche bewertet werden sollen. Der Maximalwert beträgt 68 Punkte, wobei höhere Werte ein höheres Maß an Ermüdbarkeit anzeigen. Die Subskalen für körperliche und mentale Fatigue umfassen den Bereich von 0–32 bzw. 0–36 Punkten.

Einverständniserklärung

Die Zuweisung zu dem REMUS-Programm erfolgte durch die jeweils behandelnden Ärzte mittels einer Therapieverordnung und war ausschließlich abhängig von der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme. Demgegenüber wurden die Patienten erst dann in die Evaluationsstichprobe aufgenommen, wenn sie nach ausführlicher Aufklärung ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme erklärt hatten. Die Auswertung der Daten erfolgte in anonymisierter Form entsprechend den derzeit gültigen Datenschutzbestimmungen und den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund, die vorab der Durchführung der Studie zugestimmt hatte.

Statistische Auswertung

Für die deskriptive Analyse der Stichprobe wurden Mittelwert (\pm Standardabweichung) bzw. der Median-Wert verwendet. Der zeitliche Verlauf der Messgrößen wurde mit dem Friedmann-Rangsummentest bestimmt. Die statistischen Analysen wurden mit SigmaStat für Windows (Version 1,0 Jandel Cooperation 1994) durchgeführt, als signifikant wurden p -Werte $<0,05$ betrachtet.

Ergebnisse

Im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.05 wurden 116 Patienten zum REMUS-Programm angemeldet. Davon mussten fünf Patienten von der Auswertung ausgeschlossen werden: Ein Patient verweigerte die Teilnahme an der Evaluation, eine Patientin konnte die Fragebogen aufgrund der Sprachbarriere nicht ausfüllen, ein Patient brach die Behandlung vorzeitig ab und zwei Patienten mussten wegen psychischer Probleme von der weiteren Gruppentherapie ausgeschlossen werden. Somit konnten die Daten von 111 Patienten (96%) ausgewertet werden. Davon waren 88 (79%) der Teilnehmer Frauen, das durchschnittliche Alter (\pm Standardabweichung) betrug $38,2 \pm 9,6$ Jahre, die durchschnittliche Erkrankungsdauer lag bei $6,3 \pm 6,5$ Jahren. Im Mittel waren seit der Diagnosestellung $2,1 \pm 3,5$ Jahre vergangen. Bei einem Großteil der Patienten ($n=53$, 48%) war die Diagnose im laufenden Kalenderjahr neu gestellt worden. Der mediane Behinderungsgrad, gemessen mit der »Expanded Disability Status Scale (EDSS)« betrug 3,5 (Bereich 1–7,5). Von den 111 Patienten waren 61 Patienten (55%) noch uneingeschränkt gehfähig ($EDSS \leq 3,5$). Zu Beginn und nach Beendigung der dreiwöchigen Behandlung stan-

den von allen Teilnehmern Messwerte zur Verfügung, die Rücklaufquote der 6-Monats-Nachbefragung betrug 67% (74 Patienten).

Der Skalenwert der Selbstwirksamkeit als Maß für die subjektive Kontrollüberzeugung war signifikant nach Abschluss des dreiwöchigen Behandlungsprogramms von 50 auf 57 verbessert, fiel aber bei der 6-Monats-Nachbefragung wieder leicht auf 54 ab (Abb. 2). Dennoch waren auch nach sechs Monaten die Werte im Vergleich zum Ausgangsbefund noch signifikant erhöht ($p < 0,001$). Gleichermäßen war die psychische Komponente der Lebensqualität (PSK) überdauernd gesteigert, während die subjektive körperliche Lebensqualität (KSK) als unverändert eingeschätzt wurde (Abb. 3). Von den einzelnen Dimensionen der Lebensqualität zeigte sich ein signifikanter Anstieg von Vitalität ($p < 0,0001$), psychischem Wohlbefinden ($p < 0,001$) sowie sozialer und körperlicher Rollenfunktion und einer Reduktion von Schmerzen ($p < 0,01$, Abb. 4).

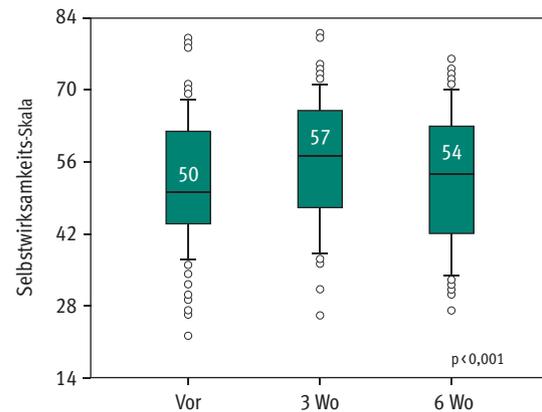


Abb. 2: Selbstwirksamkeit vor (»vor«) und nach dem dreiwöchigen REMUS-Programm (»3 Wo«) sowie bei der 6-Monats-Nachbefragung (»6 Mo«). Die Unterschiede waren statistisch signifikant ($p < 0,001$, Friedmann-Rangsummen-Test)

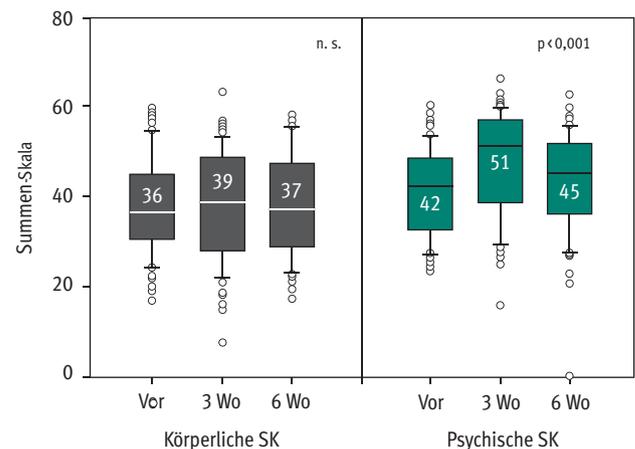


Abb. 3: Körperliche (links, schwarze Balken) und psychische Summenskala (rechts, grüne Balken) vor (»vor«) und nach dem dreiwöchigen REMUS-Programm (»3 Wo«) sowie bei der 6-Monats-Nachbefragung (»6 Mo«). Die Unterschiede waren nur für die psychische Summenskala signifikant ($p < 0,001$, Friedmann-Rangsummen-Test)

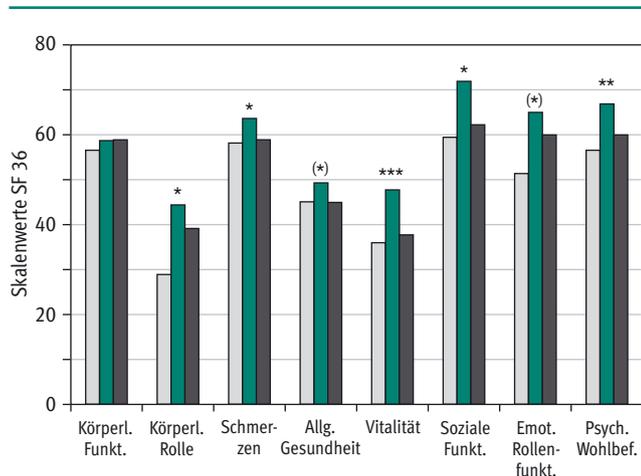


Abb. 4: Mittlere Skalenwerte der 8 Dimensionen des SF-36 vor (graue Balken) und nach dem dreiwöchigen REMUS-Programm (grüne Balken) sowie bei der 6-Monats-Nachbefragung (dunkelgraue Balken). (*) $p < 0,06$, * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$, *** $p < 0,0001$ (Friedman Rangsummen-Test)

Die medianen Skalenwerte des WEIMuS-Fragebogens und der ADS-L besserten sich signifikant nach drei Wochen (Tab. 2), fielen aber, wie auch die Werte der Selbstwirksamkeit und des SF-36, nach sechs Monaten wieder ab. Für die Fatigue-Symptomatik blieb aber ein signifikanter Unterschied zum Ausgangswert.

	WEIMuS	ADS-L
Vorher	36 (24 – 48)	18 (13 – 27)
Nach 3 Wochen	31 (16 – 43)**	14 (9 – 21)*
Nach 6 Monaten	33 (24 – 44)**	15 (10 – 27)

Tab. 1: WEIMuS und ADS-L, angegeben sind die Medianwerte und die 25 – 75 % Quartilen, ** $p < 0,001$, * $p < 0,05$ im Vergleich zu »vorher« (Friedmann Rangsummen-Test)

Diskussion

Das REMUS-Konzept stellt einen neu entwickelten interdisziplinären Behandlungsansatz zur Therapie junger und neu erkrankter Patienten mit MS dar. Ziel der Behandlung ist einerseits die Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen, andererseits sollen den Teilnehmern Strategien zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Beeinflussung körperlicher Beeinträchtigungen vermittelt werden. Besonderes Gewicht wird dabei auf die Auseinandersetzung mit krankheitsbezogenen Ängsten und die Entwicklung einer realistischen und präventiven Lebensführung gelegt. Die Patienten sollen befähigt werden, ihre Behandlung konstruktiv und aktiv mitzugestalten, wodurch eine höhere Compliance erreicht sowie der Entstehung von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, wie z.B. übermäßige Schonhaltung und psychischen Fehlanpassungen, auch innerhalb des sozialen Umfelds, vorgebeugt wird. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, kann das

REMUS-Programm problemlos im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden und das störungsspezifische, individuell angepasste Therapieprogramm sinnvoll ergänzen.

Die Evaluation im Vorher-Nachher Vergleich zeigt eine signifikante und die dreiwöchige Behandlung überdauernde Verbesserung von subjektiver Kontrollüberzeugung und psychischem Wohlbefinden, gemessen anhand der psychischen Komponente der Lebensqualität und der Depressivität. Diese Verbesserung der Lebensqualität ist dabei unabhängig von der erlebten körperlichen Befindlichkeit und ein deutlicher Hinweis darauf, dass die beobachteten Effekte wirklich auf eine durch das Programm induzierte Verbesserung der Krankheitsbewältigung zurückzuführen und nicht einem unspezifischen Effekt, beispielsweise durch die stationäre Rehabilitationsbehandlung, zuzuschreiben sind. Andernfalls wären auch Effekte auf die körperliche Dimension der Lebensqualität zu erwarten. Der nachlassende Behandlungserfolg nach sechs Monaten – obwohl er im Vergleich zum Ausgangsbefund noch verbessert war – unterstreicht die Notwendigkeit einer kontinuierlichen psychologischen Betreuung von MS-Patienten bereits in diesem frühen, kritischen Krankheitsstadium.

In unserem Programm spielen Aufklärung und Informationsvermittlung eine wesentliche Rolle. Lode et al. [14] konnten einen Zusammenhang zwischen guter Aufklärung und Informationsvermittlung in den frühen Phasen der Erkrankung und günstigerem Coping-Verhalten aufzeigen. Gleichzeitig gaben immerhin 43 % der in dieser Studie befragten MS-Patienten an, unzufrieden bis sehr unzufrieden mit der Informationsweitergabe zum Zeitpunkt der Diagnosestellung gewesen zu sein. Dies macht deutlich, dass in Bezug auf Aufklärung und Informationsvermittlung noch ein großer Handlungsbedarf besteht, dem wir mit unserem Therapieansatz begegnen.

Das REMUS-Konzept basiert auf einem lösungsorientierten Ansatz, der die Fähigkeit der Patienten zur Problembewältigung und die Flexibilität ihrer Copingstrategien steigern soll. Davon unterscheidet Lazarus eine emotionsfokussierte Coping-Strategie, bei der eine Beeinflussung der negativen Gefühle angestrebt wird [12, 13]. Im Gegensatz dazu findet bei dem problemorientierten Ansatz wie in unserem Konzept ein aktiver Versuch statt, die Stresssituation zu verändern. Ohne externe Hilfe setzen Patienten unmittelbar nach Diagnosestellung bevorzugt Strategien zur Kontrolle der Emotionen ein, während in späteren Krankheitsstadien eine Verschiebung zu problemorientiertem Coping stattzufinden scheint [1, 8, 9, 14, 16, 18, 19]. In der Literatur gibt es vielfältige Hinweise darauf, dass durch problemorientierte Strategien eine effektivere Krankheitsbewältigung und stärkere Stressreduktion erreicht wird, während emotionsfokussierte Strategien eher mit schlechterer Krankheitsverarbeitung und einem erhöhten Depressionsrisiko verknüpft sind [12, 14]. Dies unterstreicht die Bedeutung unseres Ansatzes.

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Konzepte zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung entwickelt

und zum Teil auch auf ihre Wirksamkeit hin überprüft [15, 21]. Auch wenn der überwiegende Teil der Arbeiten methodische Probleme aufweist, können daraus doch einige Hinweise auf geeignete Interventionsmethoden abgeleitet werden. So war die Kombination von Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zur Beeinflussung negativer Gedanken in Verbindung mit Gesprächsgruppen, lösungsorientiertem Vorgehen und ergänzenden Hausaufgaben in den Untersuchungen von *Mohr et al.* bzw. *Larcombe* und *Wilson* geeignet, um depressive Reaktionen signifikant zu verringern [11, 17]. Andere Autoren betonen die Wirksamkeit von sozialem Kompetenz- und Kommunikationstraining in Verbindung mit Aktivitätsaufbau und Informationsveranstaltungen (Übersicht in [15]). Im deutschen Sprachraum kamen in der Vergangenheit überwiegend psychoedukative Behandlungskonzepte zum Einsatz, in denen Gesprächsgruppen zur Verbesserung der krankheitsspezifischen Kommunikation und zur Vermittlung von Methoden zur Stressregulation eingesetzt wurden. Damit konnten *Kugler* und *Tworck* eine Verminderung der Angst und eine Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit bei 42 Patienten mit MS nachweisen [21]. Während also diese Ansätze hilfreiche Methoden zur Vermittlung von Coping-Strategien darstellen, sind diese für sich alleine genommen sicherlich nicht ausreichend, um die komplexen und vielfältigen Probleme von MS-Betroffenen ausreichend zu berücksichtigen und im Sinne eines proaktiven Vorgehens prophylaktisch anzugehen. Demgegenüber besteht der Vorteil des REMUS-Programms darin, in einem interdisziplinären Lösungsansatz Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, Stressregulation und Psychoedukation zusammenzuführen, durch prophylaktische Maßnahmen aller medizinisch-therapeutischen Bereiche zu ergänzen und so die Lebensqualität von MS-Betroffenen nachhaltig zu erhöhen.

Danksagung

Das REMUS-Konzept wurde unter Beteiligung aller medizinisch-therapeutischen Abteilungen des Neurologischen Rehabilitationszentrums Quellenhof entwickelt, vor allem unter Mitwirkung von Thomas Blessing (Kunsttherapie), Klaus Gusowski (Physiotherapie) sowie Michael Lux und Michaela Bucher (Psychologie). Die Autoren danken besonders Anke Immesberger, Birgit Riexinger und Sina Rothfuß für wertvolle Hilfe bei der Datenerhebung, -auswertung und -erfassung.

Interessenkonflikt:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Heike Meißner
Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof
Kuranlagenallee 2
75323 Bad Wildbad
E-Mail: h.meissner@quellenhof.de

Literatur

1. Buelow JM: A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1991; 23:247-252
2. Bullinger M, Kirchberger K: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe Verlag, Göttingen 1988
3. Dalos NP, Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P: Disease activity and emotional state in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1983; 13:573-577
4. Fassbender K, Schmidt R, Mossner R, Kischka U, Kuhnen J, Schwartz A: Mood disorders and dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in multiple sclerosis: association with cerebral inflammation. *Arch Neurol* 1998; 55:66-72
5. Flachenecker P, Müller G, König H, Meissner H, Toyka KV, Rieckmann P: »Fatigue« bei multipler Sklerose: Entwicklung und Validierung des »Würzburger Erschöpfungs-Inventar bei Multipler Sklerose« (WEIMuS). *Nervenarzt* 2006; 77:165-172
6. Hautzinger M: Die CES-D Skala. Ein Depressionsinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica* 1988; 34:167-173
7. Janssens AC, Buljevac D, van Doorn P et al.: Prediction of anxiety and distress following diagnosis of multiple sclerosis: a two-year longitudinal study. *Mult Scler* 2006; 12:794-801
8. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L: Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationship to psychological distress. *Mult Scler* 1997; 3:191-196
9. Jean VM, Paul RH, Beatty WW: Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. *J Clin Psychol* 1999; 55:21-26
10. Kroencke DC, Denney DR, Lynch SG: Depression during exacerbations in multiple sclerosis: the importance of uncertainty. *Mult Scler* 2007; 7:237-242
11. Larcombe NA, Wilson PH: An evaluation of cognitive-behavior therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry* 1984; 145:366-371
12. Lazarus RS: Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In: Hill Rice V (ed) *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice*. Sage Publications, 2000
13. Lazarus RS, Folkman S: *Stress, appraisal and coping*. McGraw Hill, 1984
14. Lode K, Larsen JP, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H: Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; 13:792-799
15. Malcolmson KS, Dunwoody L, Lowe-Strong AS: Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. *J Neurol* 2007; 254:1-13
16. McCabe MP, McKern S, McDonald E: Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2004; 56:355-361
17. Mohr DC, Likosky W, Bertagnoli A et al.: Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:356-361
18. Pakenham KI: Adjustment to multiple sclerosis: application of a stress and coping model. *Health Psychol* 1999; 18:383-392
19. Ratsep T, Kallasmaa T, Pulver A, Gross-Paju K: Personality as a predictor of coping efforts in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2000; 6:397-402
20. Rigby SA, Domenech C, Thornton EW, Tedman S, Young CA: Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis: the Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale. *Mult Scler* 2003; 9:73-81
21. Tworck S, Kugler J: *Multiple Sklerose – Krankheitsbewältigung, Therapiemotivation, Lebensqualität*. Springer Verlag, Heidelberg 2007