

# Krankheitsbewältigung bei Multipler Sklerose – 10 Jahre Erfahrungen mit dem REMUS-Programm

Neurol Rehabil 2014; 20 (5): 287–292  
Hippocampus Verlag 2014

H. Meißner, P. Flachenecker

## Zusammenfassung

Die Diagnose »Multiple Sklerose« stellt aufgrund der Unvorhersehbarkeit des Verlaufs und ihrer vielfältigen Folgen eine große Belastung für die Betroffenen und ihr Umfeld dar. Daraus resultiert ein erheblicher Bedarf an psychosozialer Unterstützung und Aufklärung. Das REMUS-Programm (Ressourcen aktivieren, Eigenverantwortung stärken – ein interaktives Selbstmanagement-Programm für junge und neu erkrankte Patienten mit Multipler Sklerose) wurde am Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof 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. In einer ersten Evaluationsstudie konnten wir zeigen, dass dieses Programm die psychische Lebensqualität überdauernd verbessern kann. Inzwischen können wir auf zehn Jahre Erfahrungen mit dem REMUS-Programm zurückblicken. In dieser Zeit fand eine ständige Überarbeitung und Aktualisierung statt. Mittlerweile werden pro Jahr etwa 165 MS-Patienten mit steigender Frequenz im Rahmen dieses Konzepts in unserer Klinik behandelt. Die Ergebnisse einer weiteren Evaluation und die ständigen Rückmeldungen unserer Patienten belegen die nach wie vor gute Akzeptanz unseres Programms und dessen Wirksamkeit in Bezug auf Krankheitsbewältigung und Lebensqualität.

*Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof Bad Wildbad*

**Schlüsselwörter:** Multiple Sklerose, Krankheitsbewältigung, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität

## Einleitung

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS) mit mutmaßlich autoimmuner Genese und differenter Prognose. Bedingt durch die Variabilität und Unvorhersehbarkeit des Verlaufs mit ständig drohender erheblicher Behinderung stellt die MS eine erhebliche psychische Belastung und andauernde Stresssituation für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar. 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. Dadurch hat die Erkrankung erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität.

## Determinanten der Lebensqualität von MS-Betroffenen

Eine steigende Anzahl von Studien beschäftigte sich in den letzten Jahren mit Einflussgrößen auf die Lebensqualität von MS-Betroffenen. Rothwell et al. [33] berichten in diesem Zusammenhang, dass die Einschätzung der verschiedenen Krankheitsaspekte und deren Bedeu-

tung für die Lebensqualität zwischen Ärzten und MS-Patienten differieren. Während Ärzte die körperlichen Einschränkungen als besonders bedeutsam ansahen, schilderten die Patienten Einschränkungen in der Rollenausübung, emotionale Probleme und kognitive Defizite als besonders beeinträchtigend. Eine große Anzahl europäischer und nordamerikanischer Arbeiten dokumentieren übereinstimmend eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität bei MS-Patienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung [26, 30, 34]. MS-Patienten zeigten auch im Vergleich mit anderen Patientengruppen, wie z. B. Patienten mit Neoplasien, chronischer Niereninsuffizienz und Infarkten, eine geringere Lebensqualität und häufiger eine depressive Verarbeitung [27]. Betrachtet man die beiden Dimensionen der Lebensqualität getrennt voneinander, ist ein deutlicher Einfluss von Fatigue und Depressionen sowohl auf die physische als auch die psychische Lebensqualität festzustellen [15]. Körperliche Beeinträchtigungen mindern hingegen lediglich die subjektiv empfundene körperliche Lebensqualität.

Unsichtbare Symptome wie Fatigue, Schmerzen, Depression und Angst verschlechtern die Lebensqualität stärker als sichtbare Krankheitsfolgen [37]. Fatigue stellt dabei eine besondere Belastung für die Lebensqualität dar [7, 25]. Aber auch spezifische Krankheitsmodelle beeinflussen die emotionale Verarbeitung der Erkan-

## Coping and quality of life in multiple sclerosis: experiences with 10 years REMUS program

H. Meißner, P. Flachenecker

### Abstract

People with newly diagnosed multiple sclerosis (MS) are confronted with an uncertain prognosis and a huge variety of symptoms, which poses a substantial burden on these patients and their relatives. REMUS is an interactive self-management program that was developed for patients with 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. Positive effects of this program in a large sample of MS patients have been shown in the past. Since we started, the concept has been permanently adapted according to new scientific evidence. Meanwhile, we treat approximately 165 MS patients per year in our department, with increasing frequency. The results of a further evaluation and the responses of our patients confirm our previous findings that this program is well accepted and helps to increase coping and quality of life in MS patients..

**Key words:** multiple sclerosis, coping, self-efficacy, quality of life

Neurol Rehabil 2014; 20 (5): 287 – 292

© Hippocampus Verlag 2014

kung. Velasquez [36] konnte in einer Längsschnittuntersuchung zeigen, dass Patienten, die internal-psychische Ursachen wie z. B. Stress, Überlastung und schwierige Kindheitserlebnisse als Krankheitsauslöser vermuteten, deutlich höhere Depressionswerte erzielten als Patienten mit external-körperlicher Ursachenzuschreibung (z. B. Umwelteinflüsse, Veranlagung).

### Angst und Depression

Im Verlauf der Erkrankung entwickeln MS-Betroffene häufig depressive Episoden, wobei die Lebenszeitprävalenz nach Diagnosestellung bei ca. 50% liegt [35] und somit höher als bei anderen chronischen Erkrankungen ist. Als Ursachen werden dabei sowohl reaktive Prozesse infolge insuffizienter Coping-Strategien als auch bestimmte Läsionsmuster im ZNS, aber auch eine Dysregulation der Immunreaktionen während akuter Krankheitsphasen diskutiert [4, 5, 16, 35]. Daneben treten Angsterkrankungen mit einer Prävalenz von 19–34% [11, 35] häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auf, wobei bestehende Ängste Depressionen verstärken können. Janssens et al. [11] konnten zeigen, dass Angst und Distress nach Diagnosestellung einer MS sowohl bei den Betroffenen als auch den Partnern deutlich erhöht waren. Bereits bei gering ausgeprägter Behinderung wurde die Lebensqualität als vermindert beschrieben. Die Autoren vermuten in diesem Zusammenhang die Ursache in der Unsicherheit des weiteren Krankheitsverlaufs und das Fokussieren auf den Verlust von Kompetenzen. Die Stressbelastung nahm über einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren zwar wieder ab, die erhöhten Angstwerte blieben zu allen Messzeitpunkten aber unverändert bestehen.

### MS und Coping

Nach einer allgemeingültigen Definition wird Krankheitsverarbeitung verstanden als »...die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Krankheitsverarbeitung kann sich sowohl auf das Individuum als auch in systemischer Betrachtung auf eine Sozialstruktur beziehen« [27]. In einer empirischen Studie ermittelten Bensing et al [1] zehn Bewältigungsaufgaben von MS-Patienten, die in der Tabelle 1 dargestellt sind.

1. Bestimmung neuer Herausforderungen
2. Anerkennung eigener Grenzen
3. Verzicht auf gewohnte Aktivitäten
4. Aufrechterhaltung des emotionalen Gleichgewichts
5. Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls
6. Konfrontation mit einer unsicheren Zukunft
7. Erhaltung von Autonomie
8. Lernen, Patient zu sein
9. Neubestimmung sozialer Beziehungen
10. Konzentration auf das Positive

**Tab. 1:** Bewältigungsaufgaben aus der Sicht von MS-Betroffenen (nach [1])

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Konzepte zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung entwickelt und zum Teil auch auf ihre Wirksamkeit hin überprüft [22, 35]. 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 [18, 28]. Andere Autoren betonen die Wirksamkeit von sozialem Kompetenz- und Kommunikationstraining in Verbindung mit Aktivitätsaufbau und Informationsveranstaltungen (Übersicht in [22]). Heesen et al. [10] gingen in ihrem Projekt »Shared decision making in der Therapie der Multiplen Sklerose« der Frage nach, inwieweit sich die Vermittlung evidenzbasierter Informationen über Behandlungsmöglichkeiten auf die Entscheidungsfindung der Patienten auswirkten. 74% der teilnehmenden Patienten äußerten den Wunsch nach einer partizipativen Therapieentscheidung. Gleichzeitig war bei den Teilnehmern nur ein unvollständiges krankheitsspezifisches Wissen vorhanden. Besonders großes Interesse bezogen auf Schulungsinhalte bestand in dieser Gruppe im Hinblick auf Diagnostik, Symptomerleichterung und Krankheitsprognose.

Im deutschen Sprachraum kommen überwiegend psychoedukative Behandlungskonzepte zum Einsatz, in denen Gesprächsgruppen zur Verbesserung der krankheitsspezifischen Kommunikation und zur Vermittlung von Methoden zur Stressregulation eingesetzt werden.

Damit konnten Kugler und Twork eine Verminderung der Angst und eine Besserung der sozialen Funktionsfähigkeit bei 42 Patienten mit MS nachweisen [35]. Reine Informationsvermittlung scheint dabei keinen ausreichenden Beitrag zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung zu leisten [17].

### Das REMUS-Konzept des Neurologischen Rehabilitationszentrums Quellenhof

Während die oben beschriebenen 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. Um diesen speziellen Anforderungen von MS-Patienten umfassender gerecht zu werden, entwickelten wir 2004 das REMUS-Programm (REMUS – Ressourcen aktivieren, Eigenverantwortung stärken – ein interaktives Selbstmanagement-Programm für junge und neu erkrankte Patienten mit Multipler Sklerose), das seitdem in unserer Klinik durchgeführt wird.

Die Entwicklung dieses Programms basierte auf den empirischen Ergebnissen zur Lebensqualität und Krankheitsbewältigung von MS-Patienten. Unsere Intention bei der Entwicklung 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. Wichtig war uns zudem die frühzeitige Einbindung der Angehörigen. Seit seiner Einführung wird das Konzept kontinuierlich weiterentwickelt und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst. Unter anderem wurde zusätzlich ein medizinischer Vortrag zum Thema »Schwangerschaft und MS« aufgenommen. In Kooperation mit der Universität Hamburg führen wir zudem evidenzbasierte Patientenschulungen zum Thema »Schubtherapie der Multiplen Sklerose« durch.

#### Zielgruppe des REMUS-Programms

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.

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

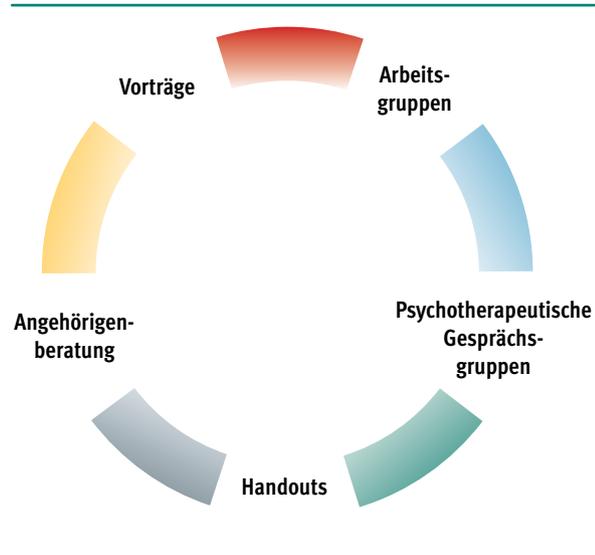
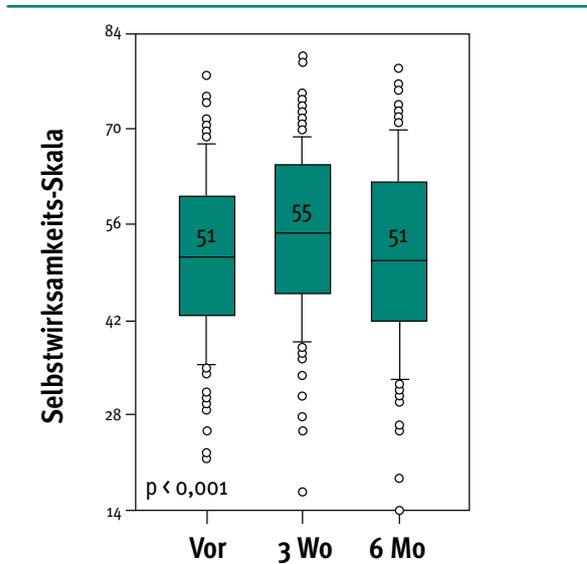


Abb. 1: Bausteine des REMUS-Konzepts

- **Ärztliche Vorträge zu den Themen:**
  - Grundlagen der Multiplen Sklerose
  - Symptomatische Therapie der Multiplen Sklerose
  - Immunmodulatorische Therapie der Multiplen Sklerose
  - Schwangerschaft und MS
- **Therapeutische Vorträge und Schulungen**
  - Physiotherapeutische Behandlungskonzepte bei MS
  - Neurogene Störungen der Blasen- sowie Darmfunktion
  - Prophylaktische Maßnahmen, Bewegung / Mobilitäts-erhalt / 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
  - Schubtherapie der Multiplen Sklerose
- **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

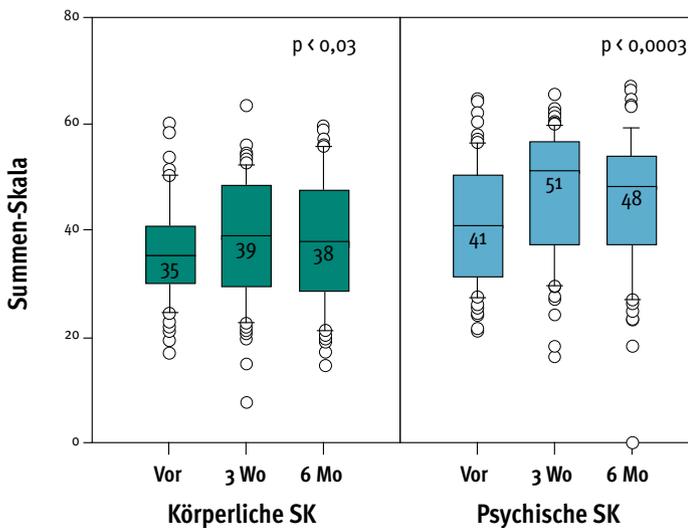


**Abb. 2:** Selbstwirksamkeit vor (»vor«) und nach dem dreiwöchigen REMUS-Programm (»3 Wo«) sowie bei der 6-Monats-Nachbefragung (»6 Mo«). Die Unterschiede waren statistisch signifikant ( $p < 0,001$ , Friedman-Rangsummen-Test).

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 Haus dar.

Evaluation der Behandlung

Im Zeitraum von 2005 bis 2007 nahmen 423 MS-Patienten (77% Frauen, mittleres Alter  $38,3 \pm 9,3$  Jahre, durchschnittliche Krankheitsdauer  $3,6 \pm 4,6$  Jahre, mediane EDSS 4,0) an einer offenen Evaluationsstudie des REMUS-Konzepts teil; bei 30% dieser Patienten war die MS innerhalb der vergangenen 12 Monate diagnostiziert worden. Um verschiedene Aspekte der Lebensqualität zu erfassen, wurden neben einem generischen Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) Fragebögen zur Selbstwirksamkeit (MS-Selbstmanagement-Skala, MS Self-Efficacy Scale), Depressivität (ADS-L) und Fatigue (WEIMuS-Fragebogen) zu Beginn und am Ende der dreiwöchigen Behandlung von den Patienten ausgefüllt. Um überdauernde Effekte zu erfassen, fand eine postalische Nachbefragung nach sechs Monaten statt. Die Evaluationsergebnisse der im ersten Jahr behandelten Patienten ( $n = 111$ ) wurde bereits berichtet [24]. Die hier dargestellten Ergebnisse bestätigen unsere früheren Befunde: auch in der größeren Kohorte war der Skalenwert der Selbstwirksamkeit als Maß für die subjektive Kontrollüberzeugung signifikant nach Abschluss des dreiwöchigen Behandlungsprogramms verbessert, fiel aber bei der 6-Monats-Nachbefragung wieder ab (Abbildung 2). Die psychische Komponente der Lebensqualität (PSK) erwies sich als deutlich und überdauernd gebessert, während die körperliche Lebensqualität (KSK) nur geringfügig angestiegen war (Abbildung 3). Betrachtet man die einzelnen Dimensionen der Lebensqualität, so waren unmittelbar nach dem dreiwöchigen Programm alle Dimensionen verbessert; bei der Nachbefragung sechs Monate später waren körperliche Rollenfunktion, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit und emotionale Rollenfunktion immer noch signifikant verbessert, während sich beim psychischen Wohlbefinden immerhin noch ein Trend zur Verbesserung nachweisen ließ (Abbildung 4). Die mittels des WEIMuS-Fragebogens erhobene Fatigue-Symptomatik und die Depressivität waren nach drei Wochen ebenfalls verbessert, nach 6 Monaten aber wieder verschlechtert (Tabelle 2). Die Auswertung eines begleitenden Fragebogens ergab zudem eine hohe Therapieadhärenz: so beendeten innerhalb des 6-Monats-Zeitraums nur 6,1% der Patienten ihre immunmodulatorische Therapie. Somit lässt sich mit diesem Programm eine signifikante und die dreiwöchige Behandlung überdauernde Verbesserung von subjektivi-



**Abb. 3:** Körperliche (links, grüne Balken) und psychische Summenskala (rechts, blaue 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 ( $p < 0,001$ , Friedman-Rangsummen-Test).

	WEIMuS***	ADS-L**
Vorher	37,0 (27 – 51)	19,0 (11 – 28)
Nach 3 Wochen	29,0 (18 – 42)	14,5 ( 9 – 21)
Nach 6 Monaten	36,0 (24 – 45)	19,0 (10 – 28)

**Tabelle 2:** WEIMuS und ADS-L. Angegeben sind die Medianwerte und die 25 – 75% Quartilen; \*\*\*  $p < 0,0001$ , nach 3 Wochen vs. vorher und nach 6 Monaten ; \*\*  $p < 0,0003$ , nach 3 Wochen vs. vorher; Friedman Rangsummen-Test.

ver Kontrollüberzeugung und psychischer Komponente der Lebensqualität nachweisen. Die Verbesserung der psychischen Lebensqualität war dabei deutlich ausgeprägter als die Verbesserung der erlebten körperlichen Befindlichkeit, was ein deutlicher Hinweis darauf ist, dass die beobachteten Effekte ursächlich auf eine durch das Programm induzierte Verbesserung der Krankheitsbewältigung zurückzuführen und nicht einem unspezifischen Effekt, beispielsweise durch die stationäre Rehabilitationsbehandlung, zuzuschreiben sind.

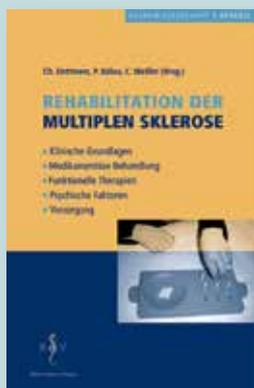
### Schlussfolgerung

In unserem REMUS-Programm zur Krankheitsbewältigung spielen Aufklärung und Informationsvermittlung eine wesentliche Rolle. Lode et al. [21] 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 diesem frühen Krankheitsstadium ein hoher Bedarf an Aufklärung und Informationsvermittlung besteht, dem wir mit unserem Therapieansatz begegnen.

Das REMUS-Konzept basiert auf einem lösungsorientiertem 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 [19, 20]. Der problemorientierte Ansatz wie in unserem Konzept stellt im Gegensatz dazu einen aktiven Versuch dar, 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 [2, 12, 13, 21, 23, 29, 31]. 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 [19, 21]. Dies unterstreicht die Bedeutung unseres Ansatzes, der durch seine Interdisziplinarität eine hohe Akzeptanz durch die Patienten erfährt und vielfältige Ansatzpunkte zur Problemlösung bietet. Aktuell nehmen jährlich ca. 165 MS-Patienten an unserem REMUS-Programm teil, wobei wir in den vergangenen Jahren eine kontinuierlich steigende Nachfrage verzeichnen können. Dies und die positiven Rückmeldungen unserer Teilnehmer unterstreichen die Wirksamkeit und den hohen Bedarf an einer umfassenden und interdisziplinären Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung in dieser frühen Phase der Erkrankung.

### Literatur

1. Bensing JM, Schreurs KMG, De Ridder DTD, Hulsman R. Adaptive tasks in multiple sclerosis: Development of an instrument to identify the focus of patients' coping efforts. *Psychol Health* 2002; 17: 475-488.
2. Buelow JM. A correlational study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1991; 23: 247-252.
3. Bullinger M, Kirchberger K. SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe Verlag 1988.
4. Dalos NP, Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P. Disease activity and emotional state in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1983; 13: 573-577.
5. 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.
6. 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.
7. Forbes A, While A, Mathes L, Griffith SP. Health problems and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 2006; 20: 67-78.
8. Grossmann P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr D, Penner I, Steiner C. MS quality of life, depression and fatigue improve after mindfulness training. *Neurology* 2010; 75: 1141-1149.
9. Hautzinger M. Die CES-D Skala. Ein Depressionsinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica* 1988; 34: 167-173.
10. Heesen C, Kasper J, Segal J, Köpke S, Mühlhauser I: Decisional role preferences, risk knowledge and information interests in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10: 643-650
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Klauer T, Zettl U, Schneider W. Krankheitsbewältigung bei Multipler Sklerose. Konzepte, Befunde und Ansatzpunkte psychologischer Intervention. *Psychoth* 2004; 49: 397-405.
15. Klevan G, Jacobsen CO, Aarseth JH, Myhr KM, Nyland H, Glad S, Lode K, Figved N, Larsen JP, Farbu E. Health related quality of life in patients recently diagnosed with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2014; 129: 21-26.
16. Kroencke DC, Denney DR, Lynch SG. Depression during exacerbations in multiple sclerosis: the importance of uncertainty. *Mult Scler* 2007; 7: 237-242.
17. Kunkel A, Apel-Neu A, Deppe R, Faiss J, Hoffmann T, Klauer W, Köhler W, Lippert J, Martin E-M, Schilling H, Tiffert C, Voigt K, Zettl U K, Faiss J H: Krankheitsbewältigung von MS-Patienten im ersten Jahr nach Diagnose in Abhängigkeit vom Wissen über die Erkrankung. *Akt Neurol* 2008; 35:S164
18. Lacombe NA, Wilson PH. An evaluation of cognitive-behavior therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 366-371.
19. 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*. Thousand Oaks, California: Sage Publications 2000.



Ch. Dettmers, P. Bülau,  
C. Weiller (Hrsg.)

## Rehabilitation der Multiplen Sklerose

Hardcover | 339 S.

€ 49,00 **jetzt € 29,90**

ISBN 978-3-936817-38-6

Der vorliegende Band erörtert alle wichtigen Aspekte der MS-Therapie: Ausgehend von den klinischen Grundlagen werden die wichtigsten pharmakologischen Behandlungsansätze vorgestellt, die neben Immunmodulation und Schubbehandlung auch die medikamentöse Behandlung von Spastik, Blasenstörungen, Schmerzen und psychischen Symptomen umfassen. Als rehabilitative Verfahren werden funktionelle Therapien zur Behandlung von Bewegungs-, Gleichgewichts- und Sprachstörungen ausführlich beschrieben. In diesem Zusammenhang werden auch Fragen der Belastbarkeit, der Trainingsdosierung und des Umgangs mit Fatigue behandelt.

Einen weiteren wichtigen Aspekt der Behandlung stellen Bewältigungsstrategien zum Umgang mit kognitiven und psychischen Symptomen dar. In einem eigenen Teil werden abschließend Krankheitsverarbeitungs- und Copingmodelle sowie moderne Aspekte der Patientenführung wie Schulungsprogramme, Empowerment und evidenzbasierte Patienteninformation vorgestellt.

- Bestellung über den Buchhandel
- oder direkt beim Verlag:
- Sylvia Reuter
- Tel. +49 (0) 22 24.91 94 80
- Fax +49 (0) 22 24.91 94 82
- [sylvia.reuter@hippocampus.de](mailto:sylvia.reuter@hippocampus.de)
- [www.hippocampus.de](http://www.hippocampus.de)
- Lieferung versandkostenfrei!

20. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, 1984.
21. 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.
22. Malcolmson KS, Dunwoody L, Lowe-Strong AS. Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. *J Neurol* 2007; 254: 1-13.
23. McCabe MP, McKern S, McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2004; 56: 355-361.
24. Meißner H, Flachenecker P. Krankheitsbewältigung bei Multipler Sklerose – das Wildbader REMUS-Programm. *Neurol Rehab* 2008; 14: 127-132.
25. Merkelbach S, Sittinger H, König J. Is there a differential impact of fatigue and physical disability on quality of life in multiple sclerosis? *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 388-393.
26. Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment status. *Qual Life Res* 2006; 15: 259-271.
27. Muthny FA: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Weinheim: Beltz 1989.
28. Mohr DC, Likosky W, Bertagnolli 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.
29. Pakenham KI. Adjustment to multiple sclerosis: application of a stress and coping model. *Health Psychol* 1999; 18: 383-392.
30. Pöllmann W, Busch C, Voltz R. Lebensqualität bei Multipler Sklerose: Messinstrumente, Bedeutung, Probleme und Perspektiven. *Nervenarzt* 2005; 76:154-169.
31. 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.
32. 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.
33. Rothwell PM, Mc Dowell Z, Wong CK, Dorman PJ. Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *BMJ* 1997; 314: 1580-1583.
34. Solari A, Radice D: Health status of people with multiple sclerosis: a community mail survey. *Neurol Sci* 2001; 22: 307-315.
35. Twork S, Kugler J: Multiple Sklerose – Krankheitsbewältigung, Therapiemotivation, Lebensqualität. Heidelberg: Springer Verlag 2007.
36. Velásquez KC : Krankheitsursachen-Vorstellungen von Multiple Sklerose-Patienten. Dissertaton, Universität Würzburg 2006.
37. White CP, White MB, Russel CS. Invisible and visible symptoms of multiple sclerosis: Which are more predictive of health distress? *J Neurosc Nurs* 2008; 40: 85-95.

### Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

### Korrespondenzadresse:

Heike Meissner  
Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof  
Sana Kliniken AG  
Kuranlagenallee 2  
75323 Bad Wildbad  
E-Mail: [heike.meissner@sana.de](mailto:heike.meissner@sana.de)