

Schriftliche Ausarbeitung zur Erlangung eines studienbegleitenden Leistungsnachweises in
Projekt *↳*Mensch & Sucht*↳* im Studiengang Psychologie der Universität Bremen im
Sommersemester 1997

Asthma bronchiale

Psychologische Aspekte und Bewältigung

August 1997

Ausgearbeitet für Herrn Prof. Dr. F. Petermann in Rahmen der Veranstaltung *↳*Klinische
Kinderpsychologie*↳*.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Psychische Störungen infolge chronischer Krankheiten	2
3. Der interdisziplinäre Behandlungsansatz beim Asthma bronchiale	3
3.1 Psychologische Verfahren	4
3.2 Physiotherapeutische Verfahren	5
4. Krankheitsbewältigung	6
4.1 Asthma-Management-Programme	8
4.1.1 Amerikanische Schulungsprogramme	9
4.1.2 Deutsche Schulungsprogramme	12
4.1.2.1 Luftiku(r)s	12
4.1.2.2 Asthma-Verhaltenstraining (AVT)	13
5. Literaturverzeichnis	15

1. Einleitung

Obwohl der Begriff der ~~chronischen Krankheit~~ chronischen Krankheit nur unbefriedigend endgültig zu definieren ist, möchte ich chronische Krankheiten im folgenden als Krankheiten verstehen, die sich über viele Monate oder Jahre erstrecken. Sie sind unter Umständen unheilbar und erfordern häufige Eingriffe von Ärzten, ohne dadurch an Lebensbedrohlichkeit zu verlieren. Darüber hinaus führt die Krankheit selbst und ihre therapeutischen Begleitumstände zu Einschränkungen im täglichen Leben. Diese Einschränkungen sind besonders für Kinder nicht ohne Folgen und können zu verschiedenen Störungen führen.

Ich möchte in diesem Bericht auf verschiedene psychologische Aspekte der Krankheit und der Krankheitsbewältigung bei chronischen Krankheiten eingehen. Dabei werde ich stellvertretend für alle chronischen Krankheiten das Asthma bronchiale betrachten, welches mit Abstand die häufigste chronische Erkrankung ist. Die auftretenden Schwierigkeiten sind aus psychologischer Sicht bei allen chronischen Krankheiten im wesentlichen identisch und unterscheiden sich nur graduell. Die psychologischen Interventionsmöglichkeiten sind vom Ansatz her ebenfalls weitgehend gleich und nur in der krankheitsspezifischen Form unterschiedlich. Außerdem betrachte ich besonders **Kinder** mit chronischen Krankheiten, da sich bei ihnen viele Aspekte deutlicher als bei Erwachsenen darstellen.

2. Psychische Störungen infolge chronischer Krankheiten

Es ist heute allgemein bekannt, daß sich im Verlauf chronischer Krankheiten psychische Störungen bei den Patienten einstellen können, zu denen es wahrscheinlich ohne die chronische Erkrankung nicht gekommen wäre. Kinder sind hierbei aufgrund der Entwicklungsprozesse, in denen sie sich befinden, besonders anfällig. Die psychischen Störungen entwickeln sich häufig in Form von Mehrfachbeeinträchtigungen (z.B. Schulschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten und ungünstiges Krankheitsverhalten), so daß eine Behandlung der psychischen Probleme komplex und vielschichtig wird. Petermann & Wiedebusch klassifizierten die häufigsten psychischen Störungen infolge chronischer Krankheiten wie aus der folgenden Tabelle ersichtlich.

Tabelle 1: Die meistbeobachteten psychischen Störungen infolge chronischer Krankheiten (Petermann & Wiedebusch 1995; zitiert nach Petermann, 1997).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- emotionale Störungen (z.B. soziale Unsicherheit)- Verhaltensstörungen (z.B. aggressives Verhalten)- Entwicklungsstörungen (z.B. verzögerte Sprachentwicklung) |
|---|

- Lernstörungen (z.B. Beeinträchtigung schulischer Fertigkeiten) sowie
- neurologische Störungen (z.B. Konzentrationsstörungen)

Man kann bei chronisch kranken Kindern allgemein und speziell bei asthmakranken Kindern drei Gruppen von Risikoindikatoren für erhöhte psychische Auffälligkeit unterscheiden. Soziodemographische Risikoindikatoren ergeben sich u.a. aus Alter und Geschlecht. Krankheitsbezogene Risikoindikatoren ergeben sich u.a. aus Diagnose, Sichtbarkeit körperlicher Symptome, Krankheitsverlauf und Erkrankungsalter. Und umweltbezogene Risikoindikatoren ergeben sich u.a. aus familiären Bindungen, Einflüssen der Schule, Beziehungen zu Gleichaltrigen und medizinischer Versorgung. Um eine umfassende Behandlung der psychischen Begleitsymptome zu gewährleisten, ist eine differenzierte Diagnose notwendig. Sie wird durch Klassifikationssysteme wie ICD-10 und DSM-IV ermöglicht.

3. Der interdisziplinäre Behandlungsansatz beim Asthma bronchiale

In der Vergangenheit kam man zu der Einsicht, daß chronische Krankheiten nicht **nur** durch organische Prozesse ausgelöst werden, und daß sie nicht **nur** organische Begleiterscheinungen und Folgen haben. Aus dieser Erkenntnis ergab sich über die rein organmedizinischen Behandlungen hinaus die Notwendigkeit einer umfassenderen, interdisziplinären Behandlung, die der multikausalen Verflechtung unterschiedlicher Einflußgrößen Rechnung trägt. Heute bemüht man sich speziell seitens der Verhaltensmedizin um die Koordination medizinischer, psychologischer, physiotherapeutischer und - im Falle chronisch kranker Kinder und Jugendlicher - pädagogischer Behandlungsverfahren.

Lecheler und Walter (in Petermann, 1997) bezeichnen \forall Ärzte, Krankenschwestern, Sport- und Atemtherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, Lehrer und Berufsberater als in der interdisziplinären Zusammenarbeit für eine erfolgreiche Rehabilitation Asthmakranker notwendig. Behandlungskonzepte müssen ihnen zufolge langfristig angelegt sein, um chronischen Erkrankungen gerecht zu werden. Darüber hinaus müssen sie der Prozeßhaftigkeit der Erkrankung gerecht werden. Das heißt, sie

müssen über die bloße Vermittlung der Fähigkeit zur Anfallsbeherrschung hinausgehen und gleichzeitig das Umfeld des Patienten in den Behandlungsplan einbeziehen.

3.1 Psychologische Verfahren

Die psychologischen Verfahren lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Gruppe eins beinhaltet Verfahren, die sich auf das psychosoziale Umfeld und auf das Sozialverhalten beziehen. Hierzu zählen Selbstsicherheitstraining, Selbstmanagement-Programme, Patientenschulung, Verhaltenstrainings und operante Verfahren. Beispiele aus dieser Gruppe werden eingehend im Abschnitt 4.1.1 und 4.1.2 beschrieben.

Gruppe zwei umfaßt Verfahren, die der unmittelbaren Symptombehandlung dienen. Dazu zählen z.B. PMR (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), Autogenes Training, Biofeedback und Systematische Desensibilisierung. Entspannungsverfahren (PMR, Autogenes Training, Biofeedback) haben gezeigt, daß sie sich günstig auf das Befinden von Athmatikern auswirken können, indem sie Erregung entgegenwirken und daneben zu einer Entspannung der glatten Bronchialmuskulatur führen können.

Die Ansätze der Entspannungsverfahren unterscheiden sich allerdings. Die PMR versucht durch willentliches Anspannen und Entspannen verschiedener Muskelgruppen dem Patienten ein Gefühl für Entspanntheit zu vermitteln. Beim Autogenen Training wird versucht, dem Patienten durch Suggestionsformeln (z.B. „Mein rechtes Bein ist schwer und warm!“) ein Gefühl von Ruhe und Entspannung zu vermitteln. Das Biofeedback hingegen gibt dem Patienten durch apparative Signale die Möglichkeit, bestimmte, sonst verborgen bleibende Körperfunktionen bzw. deren Veränderungen wahrzunehmen. Es ist besonders zur Rückmeldung des Muskeltonus, der Atemfrequenz oder der Hauttemperatur geeignet.

Beim Autogenen Training und anderen stark entspannenden Verfahren muß aber folgendes bedacht werden: Die Entspannung, die durch die Suggestionen hervorgerufen werden, sollte **nicht** bis zur starken Entspannung oder gar zur Schlafneigung führen. Dadurch würde der Parasympathikus stimuliert und es käme zu einer Verstärkung der Bronchialobstruktion. Das könnte zu der paradoxen Situation führen, daß der Patient zwar angstfrei und sehr beruhigt ist, jedoch mehr obstruktiv als zuvor (Lecheler,

1990).

Die systematische Desensibilisierung geht über den Ansatz der reinen Entspannungsverfahren hinaus. Viele Asthmapatienten neigen dazu, ihre Krankheitssituation entweder zu überschätzen oder zu unterschätzen. Ersteres kann Panikreaktionen hervorrufen, welche sich einerseits ungünstig auf die tatsächliche Krankheitssituation auswirken - und andererseits u.a. zu Übermedikation und zu unnötig häufigen Arztbesuchen führen können. Ein **Unterschätzen** der Krankheitssituation führt leicht zur Vernachlässigung der nötigen Behandlung.

Die systematische Desensibilisierung versucht, den Patienten zu helfen, die durch **Überschätzung** ihrer Situation ihre Krankheit subjektiv und objektiv verschlimmern. Ihnen werden als erstes ein oder mehrere der oben beschriebenen Entspannungsverfahren vermittelt. Daraufhin werden die verschiedenen angstauslösenden Aspekte ihrer Erkrankung nach ihrer Stärke geordnet. Zuletzt müssen die Patienten sich die einzelnen Angstausröser im Zustand der Entspannung so lange vorstellen, bis sie keine Angst mehr haben. Mit diesem Vorgehen soll erreicht werden, daß die Patienten im Falle späterer Asthma-Anfälle besser mit ihnen umgehen können und so die situationsverschlimmernden Panikreaktionen ausbleiben. Die systematische Desensibilisierung ist generell auch bei Kindern und Jugendlichen einzusetzen. Sie setzt aber ein gewisses Maß an Einsicht und Verständnis voraus, so daß sie für Kinder unter acht Jahren nicht geeignet scheint.

3.2 Physiotherapeutische Verfahren

Als physiotherapeutische Verfahren bezeichnet man einerseits die krankengymnastische Atemtherapie und andererseits die aktive Sporttherapie. Die krankengymnastische Atemtherapie ist ein rein physiologisches Verfahren und vermittelt Asthmatikern:

- spezielle Ausatemtechniken zur Reduktion der verstärkten und forcierten Ausatmung, die bei einem entzündlich veränderten Atemwegssystem zu einem Verschluß oder Kollaps führen können.
- atemerleichternde Körperstellungen zur Reduzierung der Atemnot
- die richtige Hustentechnik, um einerseits unnötiges Husten zu vermeiden und andererseits das Abhusten des Schleimes zu erleichtern.
- spezielle Lagerungstechniken, die Asthmatikern mit viel Bronchialsekret

helfen können, diese Sekrete abzu husten (Sekret drainage).

Die Sporttherapie bei Asthmatikern resultiert aus der Einsicht, daß die frühere Auffassung falsch war, derzufolge ein Asthmatiker Anstrengungen zu meiden habe, da sonst ein Anstrengungsasthma zu befürchten sei. Es ist zwar richtig, das beinahe alle Asthmatiker Anstrengungsasthma zu fürchten haben, aber ein generelles Meiden von körperlichen Belastungen führt lediglich dazu, daß Anstrengungsasthma zuletzt bereits bei der kleinsten Anstrengung einsetzt.

Man kann sagen, daß die Bedeutung des Sports als Therapie für Asthmatiker beständig zugenommen hat. ☺ Zu den möglichen positiven Wirkungen zählen vor allem die Steigerung der Leistungsfähigkeit, die Aufhebung motorischer Defizite mit dem gleichzeitigen Erwerb allgemeiner Fähig- und Fertigkeiten und die zu erwartenden krankheitsspezifischen Verbesserungen des klinischen Bildes. Darüber hinaus soll es durch sportliches Training zur Verbesserung des Selbstbewußtseins und Selbstwertgefühls, des Körperschemas und Erleichterung der Kontaktaufnahme bzw. Sozialisation kommen (Wekesa, 1989). Diese Aufzählung läßt erkennen, daß aktive Sporttherapie im interdisziplinären Behandlungsansatz aus psychologischer Sicht sehr wünschenswert ist.

4. Krankheitsbewältigung

Die lange, mitunter lebenslange Dauer chronischer Erkrankungen erfordert vom betroffenen Patienten und seiner Familie besondere Bewältigungsstrategien, die sich wesentlich von denen bei akuten Erkrankungen unterscheidet. Zur Beobachtung von Bewältigungsprozessen ist das transaktionale Streßmodell von Lazarus gut geeignet. Die frühe Streßforschung hat bereits erkannt, daß der Umgang einer Person mit verschiedenen Belastungen (Krankheit, familiäre Belastungen etc.) von Person zu Person variiert, auch wenn die Belastungen identisch sind. Dies wird vor allem darin deutlich, daß manche Menschen und Familien selbst mit schwersten Belastungen gut umgehen können, während andere bereits unter kleinen Belastungen nahezu zerbrechen. Die Vorstellung, daß der Umgang mit Belastungen nicht nur von äußeren Faktoren, sondern auch von personenspezifischen, psychischen Gegebenheiten abhängt, wird heute als Transaktionales Bewältigungskonzept bezeichnet.

Die Wechselwirkungen zwischen äußeren und inneren Faktoren sind kompliziert und schwer nachzuvollziehen. Lazarus' Transaktionales Streßmodell beschreibt, daß die Art und Weise, wie wir über die Wirklichkeit denken, eine wichtige Quelle für alltägliche Belastung darstellt, und daß hieraus auch emotionale Probleme für die Person entstehen (zusammenfassend s. Könning, 1994). Es ist also unser Bild von der Wirklichkeit, unsere gedankliche und emotionale Bewertung derselben, die unseren Streß ausmacht - und nicht die Wirklichkeit selbst. Lazarus führt hierzu aber weiter aus, daß es bisher nicht empirisch entscheidbar sei, ob Gedanken oder Emotionen Priorität bei der Bewertung der Wirklichkeit hätten.

Nach Lazarus gibt es mehrere Bewertungsprozesse, die nacheinander und wiederholt durchlaufen werden:

- Im ersten Schritt bewertet die Person einen objektiven Reiz subjektiv als irrelevant, angenehm oder belastend.
- Im zweiten Schritt prüft die Person im Falle eines als belastend wahrgenommenen Reizes die ihr verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten.
- Im dritten Schritt kommt es nach Durchführung der ausgewählten Bewältigungsstrategie zu einer Neubewertung der Situation (Habe ich die Bedrohung gemeistert oder den Schaden begrenzen können?).

Nach der Neubewertung der Situation wird sie wiederum bewertet. Dieser Prozeß geht solange weiter, bis ein Gleichgewicht in einem befriedigenden Maß an Wohlbefinden für die Person erreicht ist. Die in Folge ablaufende oder transaktionale Beeinflussung der oben beschriebenen drei Schritte ist es, die dem Transaktionalen Streßmodell seinen Namen gab.

4.1 Asthma-Management-Programme

Seit Ende der 70er Jahre in den USA die ersten Asthma-Management-Programme entstanden sind, haben sie sich inzwischen in unterschiedlichen Formen weltweit verbreitet. Sie sind in erster Linie für Kinder und Jugendliche konzipiert und versuchen, den Patienten durch interdisziplinäre Zusammenarbeit langfristige Hilfen zur Krankheitsbewältigung durch eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung zu vermitteln. Man kann Asthma-Management-Programme generell als Kombinationen verschiedener psychologischer und sozialer Angebote für erkrankte Kinder und ihre

Familien definieren. Drei Ziele stehen bei ihnen nach Petermann (1993) im Vordergrund:

- Verhindern von Asthmaanfällen
- Sichern der Medikamenteneinnahme und
- Vermeiden von Asthmaauslösern

Andere Autoren beschreiben Ziele leicht unterschiedlich. Klug-Redman (1996) beispielsweise nennt ⚡Verhinderung von Atemnotanfällen, Behandlung von Atemnotanfällen und soziale Fertigkeiten in Verbindung mit der Behandlung von Asthma⚡ (gemeint ist Verständigung mit dem Arzt und Bewältigung von Problemen in der Schule, zu Hause und mit Freunden) als ⚡grundlegende Fertigkeiten zur Selbstbehandlung von Asthma⚡.

Die Patientenschulung kann Krankheitseinsicht bewirken, die zum Akzeptieren der Krankheit und zu verbesserter Compliance führt. Die folgende Tabelle nennt einige Teilaspekte, in denen sich die Erfolge der Patientenschulung ausdrücken können.

Tabelle 2: Mögliche Resultate der Patientenschulung (vgl. Petermann et al., 1993).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- genauere Einschätzung der Schwere eines Anfalls,- Erkennen von Vorboten eines Anfalls,- Senkung der Hyperreagibilität,- angemessene Medikamenteneinnahme,- Verringerung der Fehlzeiten in der Schule,- Senkung der Krankheitskosten bzw. der Anzahl der Krankenhaustage,- Motivation zum Sportunterricht,- verbesserte Einstellung der Eltern gegenüber der Krankheit,- größere Kooperationsbereitschaft gegenüber Ärzten und Klinik,- Senkung der Notaufnahmen und Krankenhauseinweisungen,- besseres Verstehen diagnostischer Maßnahmen. |
|--|

4.1.1 Amerikanische Schulungsprogramme

Die amerikanischen Schulungsprogramme haben anfänglich nur versucht, durch Informationsvermittlung bezüglich der Erkrankung die Krankheitsbewältigung zu verbessern. Jedoch schon bald wurde Verhaltensschulung in die Programme integriert.

Solche Programme werden von Kinderkliniken, ambulanten Zentren, Forschungsinstitutionen und in speziellen Ferienlagern angeboten und wenden sich vornehmlich an Kinder und Jugendliche aus Altersgruppen zwischen vier und siebzehn Jahren. Die Dauer solcher Programme liegt zwischen fünf und zehn Sitzungen. In den USA gibt es mehr als ein Dutzend verschiedene - zu den wichtigeren zählende - Schulungsprogramme, von denen wiederum einige als besonders erfolgreich gelten. Dazu zählen [Living with Asthma-Training](#) und das [Familien-Asthma-Programm](#). Beide Programme schulen sowohl die Patienten als auch die Eltern.

Das [Familien-Asthma-Programm](#) beispielsweise wurde am Kinderhospital in Buffalo (New York) entwickelt und wendet sich an 6-14jährige Patienten und daneben auch an deren Eltern, Lehrer, Schulkrankenschwestern und alle anderen Interessierten aus dem sozialen Umfeld der Patienten. Es versucht, in sechs wöchentlich abgehaltenen Doppelstunden vier Hauptziele zu erreichen. Das Wissen und Verständnis von Asthma, seiner Behandlung und seiner Prognose soll verbessert werden. Ebenso die Fertigkeiten des Asthma-Managements. Die Symptome des Asthmas sollen verringert werden und die Verantwortung für die eigene Gesundheit soll gesteigert werden. Die betroffenen Kinder werden zuerst gemeinsam mit den Eltern über Erscheinungen, Pathophysiologie, psychosoziale Aspekte, Behandlung und Prognose des Asthmas informiert. Außerdem erhalten sie Informationen über Früherkennung, Auslöser, Vorbeugemaßnahmen und Anfallsmanagement.

Durch das Führen von Asthma-Tagebüchern, die Symptome und Management erfassen, soll die Eigenverantwortung der Kinder steigen. Sie werden zum Kontakt mit Gleichaltrigen ermutigt - speziell zu früheren Programmteilnehmern. Der Zusammenhalt der Familien und das Gruppengefühl sollen gestärkt werden. So soll eine einfühlsame, anhaltende Hilfestellung ermöglicht werden, auch wenn das Programm beendet ist. Die Erfolge des [Familien-Asthma-Programms](#) sind empirisch sehr gut abgesichert. Die anschließende Tabelle stellt eine Auswahl unterschiedlicher Trainings dar. Je weiter unten in der Tabelle die Trainings aufgeführt sind, desto erfolgreicher und besser erforscht sind sie.

Tabelle 3: Überblick über einige unterschiedliche Trainings (vgl. Petermann et al., 1993).

Bezeichnung	Altersgruppe	Vorgehen	Umfang
Ferienlager-Programme	Verschiedene Altersgruppen, getrennte Schulung von Kindern und Eltern	Vor allem Wissensvermittlung über die Behandlung, medizinische Grundlagen und psychosoziale Belastungen	mehrere abendliche Treffen
Asthma-Care-Training	7-12jährige, zunächst getrennte Schulung von Kindern und Eltern, dann Eltern-Kind-Gruppen	Einüben von Eigenverantwortung; Beseitigen von unnötigen Beschränkungen seitens der Eltern im Alltag des Kindes	5 Sitzungen
Asthma Command	verschiedene Altersgruppen	Spielerische Informationsvermittlung mit individueller Rückmeldung	8 Sitzungen (in sechswöchigem Abstand)
Asthma-Self-Management-Programm	4-16jährige, vor allem sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche	Aufbau von Hilfen zur Krankheitsbewältigung (unter schwierigen sozialen Verhältnissen)	variabel
Trainings des Palo-Alto-Forschungsinstituts	5-17jährige; Schwerpunkt: 7-13jährige	Verhaltensmodifikation: Spezifische Instruktion, Spiele, Fähigkeitstrainings, audiovisuelles Material, Merkhilfen, Hausaufgaben	8 Sitzungen
Living with Asthma-Training, Nationales Asthmazentrum Denver	5-17jährige, getrennte Programme für Kinder und Eltern / Bezugspersonen	Einüben von Eigenverantwortung durch Selbstkontrolle, Instruktionshilfen und Verhaltensmodifikation	8 Sitzungen
Familien-Asthma-Programm Buffalo	6-14jährige, Eltern bzw. Bezugspersonen	Informationsvermittlung und Verhaltenseinübung	variabel

Generell kann man sagen, daß die verschiedenen Schulungskonzepte stark bezüglich Teilnehmerzahl, Einzel- oder Gruppentraining und empirischer Überprüfung variieren, aber alle basieren und arbeiten auf der Grundlage der Lerntheorien.

4.1.2 Deutsche Schulungsprogramme

Gegen Ende der achtziger Jahre begann man auch in Deutschland - in Anlehnung an US-amerikanische und skandinavische Vorbilder - Asthma-Management-Programme zu entwickeln. Zu nennen wären †Luftiku(r)s‡, †Puste mal‡ und †Asthma-Verhaltenstraining (AVT)‡. Näher beschreiben möchte ich nachfolgend †Luftiku(r)s‡ und †Asthma-Verhaltenstraining‡.

4.1.2.1 Luftiku(r)s

Luftiku(r)s versucht Szczepanski und Könning zufolge im Umgang mit Asthmatikern und ihren Familienangehörigen deren Subjektivität, eigenen Lebensplan und Vorstellung von Gesundheit und Krankheit im Rahmen der Therapiearbeit zu berücksichtigen (Petermann & Lecheler, 1992). Daher soll Luftiku(r)s ein ganzheitliches Schulungskonzept sein - also nicht nur eine somatische Schulung darstellen, sondern auch emotionale Faktoren, kognitive Faktoren, Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit, allgemeine Ängstlichkeit, Situation des sozialen Feldes, Ausmaß der sozialen Unterstützung, familiäre Leitideen, Familienzusammenhalt und Familieninteraktion berücksichtigen. Der Schulungsprozeß ist folgendermaßen strukturiert:

Physiologische Ebene: Medikamente, Lungenfunktion, weitere somatische Parameter.

Ebene des subjektiven Körperempfindens: Starrheit, Entspannung, Peak-Flow, Selbstbeurteilung der Lungensituation, rechtzeitige Wahrnehmung der Obstruktion, Hyperreaktivität und Reizoffenheit.

Emotionale Ebene: Gefühlsmäßige Zustände im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung.

Kognitive Ebene: Selbstwahrnehmung, kognitive Bewältigungsversuche, Wahrnehmungsverzerrung.

Ebene des praktischen Verhaltens: Krankheitsmanagement im Alltag, Medikamenteneinnahme, Selbstprotokollierung, Inhalation, Selbstsicherheit.

Sozialer Mikrokosmos: Familie, Schule, Nachbarschaft, familiäre Interaktion.

Sozialer Makrokosmos: Gesellschaftliche Faktoren, ökologische Faktoren, Luftverschmutzung, Arbeitslosigkeit, allgemein gesellschaftliche Ressourcen.

Der Kurs wird von einem gesamtverantwortlichen Kursleiter durchgeführt, dem während der eigentlichen Schulungswoche ein Arzt, ein Psychologe, eine Sozialpädagogin, eine Krankengymnastin und eine Sporttherapeutin zur Seite stehen. Der Kurs dauert fünf Tage und sechs Familien können daran teilnehmen. Wissensvermittlung erfolgt größtenteils für Kinder und Eltern getrennt. Die einzelnen Berufsgruppen führen während des Kurses immer wieder Koordinationsgespräche und passen ihr Vorgehen im Schulungsprozeß an die Gegebenheiten der einzelnen Familien an. So werden bis zum Ende der Schulungswoche auch die individuellen Empfehlungen für die einzelnen Familien erarbeitet. Diese wiederum werden mit den Familien besprochen und mit ihnen gemeinsam werden therapeutische Ziele erarbeitet. Luftiku(r)s will ein angemessenes Bewältigungsverhalten auf allen Ebenen und eine optimale Anpassung in Alltag erreichen.

4.1.2.2 Asthma-Verhaltenstraining (AVT)

Das Asthma-Verhaltenstraining von Petermann et al. (zit. nach Petermann, 1997) besteht aus zwei Therapieteilen und richtet sich an Kinder zwischen neun und fünfzehn Jahren. Im Einzeltherapieteil werden zwei Sitzungen durchgeführt, im Gruppentherapieteil elf. Die Therapie kann stationär oder ambulant in einem Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen durchgeführt werden. Durch zwei Sitzungen mit den Eltern und spezielle Briefe an sie werden sie ebenfalls in die Therapie einbezogen. Das AVT verfolgt zwei Grobziele. Erstens den Auf- und Ausbau eines eigenverantwortlichen Umgangs des Patienten mit seiner Erkrankung und zweitens soziale Verantwortung des Patienten in Umgang mit anderen bzw. die soziale Integration des Asthmatikers. Vor dem Hintergrund der Lernpsychologie ordnet das AVT die von ihm angewandten psychologischen Behandlungsverfahren vier Bereichen zu - nämlich Wissen, Wahrnehmung, Selbstkontrolle und soziale Fertigkeiten. Feinziele der psychologischen Behandlungsverfahren sind: medizinische Informationen, Hilfstechiken, Wahrnehmung der Auslöser, Selbstwahrnehmung, Krankheitsmanagement, Motorik/Sozialverhalten, Angst/Unsicherheit, Aggression/Verweigerung. Die im Asthma-Verhaltenstraining mit Kindern angewandten Techniken lassen sich zur anschließenden Tabelle zusammengestellt.

Tabelle 4: Im Training mit Kindern eingesetzte Techniken (Petermann et al., 1993).

- Aufgaben im Alltag (Hausaufgaben, Inhalation,...)
- Selbstbeobachtung
- Selbstinstruktion
- Verhaltensübungen (Rollenspiele, Video-Feedback)
- Modellernen
- Verstärkung durch ein Punktesystem (Trainingspaß)

Im Rahmen des AVT wird versucht, das vermittelte theoretische Wissen beispielsweise durch Rollenspiele praktisch umzusetzen. Auf diesem Weg soll die verhaltensverändernde Wirkung des Trainings gewährleistet werden.

Die Kinder und Jugendlichen scheinen nach Verhaltensbeobachtung und schriftlicher Befragung tatsächlich in verschiedenen Bereichen vom AVT zu profitieren. Sie sind in Krisensituationen besser zu richtigem Verhalten befähigt, zeigen mehr Einsicht in therapeutische Maßnahmen, zeigen mehr Therapiemitarbeit, sind selbständiger in der Medikamenteneinnahme, wissen mehr über Asthma, achten mehr auf Auslöser und haben insgesamt weniger Probleme bei der Bewältigung von Belastungssituationen.

5. Literaturverzeichnis

Klug-Redman, B. (1996). *Patientenschulung und -beratung*. Dt. Ausg. hrsg. von Jürgen Osterbrink. Berlin: Ullstein Mosby Verl.

Könning, J. (1994). *Multidimensionale Krankheitsbewältigung beim kindlichen Asthma bronchiale. Evaluation unterschiedlicher Treatments im Rahmen eines integrativen verhaltensmedizinischen Ansatzes*. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen.

Lecheler, J. & Walter, H.-J. (1997). Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen - Asthmakranke Kinder und Jugendliche: Medizinische Grundlagen und verhaltensmedizinische Interventionen. In F. Petermann (Hrsg.): *Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 21-59). Göttingen: Hogrefe.

Lecheler, J. (1990). Integratives Rehabilitationskonzept bei chronisch asthmakranken Kindern und Jugendlichen. In F. Petermann, U. Bode, H. G. Schlack (Hrsg.), *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Eine interdisziplinäre Aufgabe* (S. 61-66). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Petermann, F. (1993). Grundlagen des erfolgreichen Asthma-Managements. In F.

Petermann & J. Lecheler (Hrsg.), *Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Behandlungskonzepte und Krankheitsbewältigung*. (3. überarb. u. erw. Aufl., S. 33-53). München: Quintessenz.

Petermann, F., Walter, H.-J., Köhl, C. & Biberger, A. (1993). *Asthma-Verhaltenstraining mit Kindern und Jugendlichen (AVT)*. München: Quintessenz.

Szczepanski, R. & Könning, J. (1993). *Luftiku(r)s* - Ein Asthmakurs für Kinder und deren Familien. In F. Petermann & J. Lecheler (Hrsg.), *Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Behandlungskonzepte und Krankheitsbewältigung*. (3. überarb. u. erw. Aufl., S. 127-137) München: Quintessenz.

Wekesa, M. (1989). *Sport und Asthma. Untersuchungen zum Erfolgsnachweis sporttherapeutischer Maßnahmen bei stationär behandelten asthmakranken Kindern und Jugendlichen*. Köln: Verl. Sport und Buch Strauß, Ed. Sport