

# Anwendung der Verhaltensmedizin

*Ulrike Ehlert*

- 5.1 Von den Grundlagen zur Anwendung – 100
- 5.2 Anwendung der Verhaltensmedizin in Abhängigkeit von der Genese und Aufrechterhaltung der Störung bzw. Erkrankung – 101
- 5.3 Anwendung der Verhaltensmedizin bei verschiedenen Symptomkomplexen körperlicher und psychischer Auffälligkeiten – 103
- 5.4 Anwendung der Verhaltensmedizin in der Prävention, als Intervention und in der Rehabilitation – 103
- 5.5 Integration der Verhaltensmedizin in die verschiedenen Versorgungsstrukturen – 105
- 5.6 Spezifität und Komplexität verhaltensmedizinischer Interventionen – 108
- 5.7 Zusammenfassung – 109
- Literatur – 110

## 5.1 Von den Grundlagen zur Anwendung

Während sich die ersten Kapitel dieses Buches auf die Grundlagen der Verhaltensmedizin bezogen haben, geht es im Weiteren um ihre Anwendungsfelder. Diese lassen sich nach verschiedenen Kriterien ordnen. Die Anwendung hängt ab von

1. der Genese und Aufrechterhaltung der Störung bzw. Erkrankung,
2. übergeordneten Symptomkomplexen,
3. Maßnahmen zur Prävention, Intervention oder Rehabilitation,
4. den bestehenden Versorgungsstrukturen,
5. der Komplexität der Interventionen.

Häufig stellt sich die Frage, ob sich verhaltensmedizinische Maßnahmen aufgrund ihrer biopsychosozialen Herangehensweise auf die Prävention und Behebung von **Störungen** oder von **Krankheiten** beziehen.

### Definition

Die Begriffe **Krankheit** und **Störung** sind als eine theoretische Dichotomisierung zu verstehen, da traditionell der Begriff Krankheit für Abweichungen von der Gesundheit aufgrund einer organischen Ursache definiert wurde, wohingegen von einer Störung gesprochen wurde, wenn es sich um eine psychische oder physische Veränderung handelt, die „funktionell“ ist und ihr keine biologische Verursachung zugrunde liegt (vgl. Baumann & Perez, 2011). Zeitgemäß ist es, Krankheiten und Störungen auf einem Kontinuum zwischen den Polen körperlicher Verursachung und psychischer Verursachung und Aufrechterhaltung anzuordnen. Die Position auf diesem Kontinuum wird von objektiven Krankheitsmerkmalen und von subjektiven Merkmalen des Patienten beeinflusst (Davies, 2009).

Durch die Vielzahl psychobiologischer Studienbefunde (u. a. ► Kap. 2) ist es heute offensichtlich, dass auch sog. **funktionelle Störungen** mit physiologischen Dysregulationen einhergehen und deshalb die Funktionalität nur noch am Fehlen einer Organpathologie festgemacht werden könnte. So zeigen beispielsweise Tierexperimente, dass Mäuse, die häufig sozialem Stress aufgrund von Niederlageerfahrungen („social defeat model“) ausgesetzt wurden, bei einer hohen Sekretion des „Schutzhormons“ „brain derived neurotrophic factors“ (BDNF) in der Amygdala in künftigen Stresssituationen weniger ängstlich reagierten, als Tiere bei denen die BDNF-Freisetzung blockiert wurde (Vaishnav, 2014). Dies bedeutet, dass eine reduzierte Freisetzung eines Schutzhormons, in diesem Fall ein Nerven-

wachstumsfaktor, Angst begünstigt. Pathologische Angst wird als Störung bezeichnet, obwohl wahrscheinlich spezifische Stoffwechselforaussetzungen im Gehirn gegeben sein müssen, um die Symptomatik überhaupt zu aktivieren. Gemäß einem neurobiologischen Erklärungsmodell der Angst würde es sich somit um eine mit physiologischen Dysregulationen einhergehende Krankheit handeln und nicht um eine Störung.

Solche definitorischen Überlegungen sind für die Anwendung verhaltensmedizinischer Erkenntnisse zwar nur bedingt relevant, allerdings soll an dieser Stelle doch darauf hingewiesen werden, dass der Begriff Störung in der verhaltensmedizinischen Pathologieforschung obsolet ist.

Die Anwendung verhaltensmedizinischer Interventionen kann aufgrund unterschiedlicher krankheitsbezogener Gegebenheiten der Patienten unterschiedliche Funktionen erfüllen. Ein Beispiel dafür wird im Folgenden anhand von Raucherentwöhnung in unterschiedlichen Kontexten aufgezeigt: Patienten mit einer Karzinomkrankung haben eine somatische Erkrankung, die als solche diagnostiziert und behandelt wird. Ausgelöst wird diese Erkrankung jedoch von dem komplexen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren wie beispielsweise genetischer Disposition, Umwelteinflüsse, persönliche Eigenschaften sowie Lebensgewohnheiten (► Kap. 9).

**1. Raucherentwöhnung als Prävention** Sollte nun eine Prävention von Karzinomkrankungen durchgeführt werden, so könnte es bei Hochrisikogruppen für ein Lungenkarzinom (z. B. Vorliegen dieses Karzinoms bei nächsten Angehörigen) besonders sinnvoll sein, eine Nikotinabstinenz zu erreichen bzw. zu unterstützen.

**2. Raucherentwöhnung als Begleittherapie neben der medizinischen Therapie zur Prävention einer Krankheitsprogression** Bei Patienten mit einer bereits bestehenden Karzinomkrankung könnte im Rahmen einer psychotherapeutischen Intervention die Psychoedukation zur Nikotinabstinenz dazu beitragen, einer Karzinommetastasierung, also einer Streuung von Tumorzellen z. B. in die Lunge, entgegenzuwirken.

**3. Raucherentwöhnung als Begleittherapie zur medizinischen und verhaltensmedizinischen Therapie** Würde sich bei einem Karzinompatienten herausstellen, dass er zur Entspannung oder zur Ablenkung von Schmerzen bevorzugt raucht, so sollten die psychische Anspannung und die Schmerzsymptomatik verhaltensmedizinisch durch die Vermittlung von Entspannungsverfahren und Techniken zur Schmerzbewältigung behandelt werden. Zusätzlich könnte eine Psychoedukation über die negativen Konsequenzen des Nikotinkonsums mit dem Ziel einer Raucherentwöhnung erfolgen.

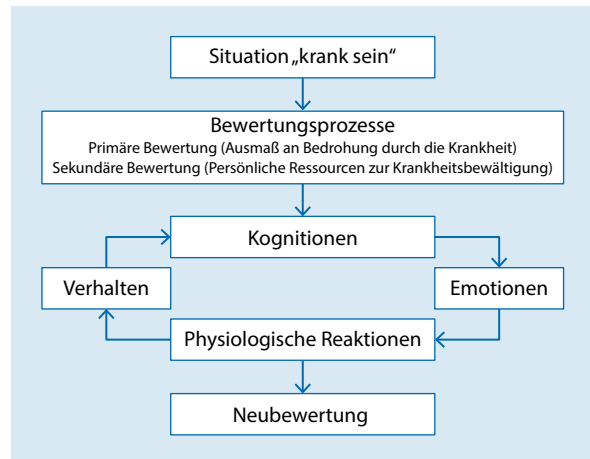
**4. Kontraindizierte Raucherentwöhnung** Jemand könnte an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilnehmen wollen, weil er einem Lungenkarzinom vorbeugen möchte, obwohl er bisher keine nikotinbedingte Erkrankung hat. Dieses sehr positive gesundheitsfördernde Motiv könnte sich jedoch relativieren, wenn die weitere Exploration ergeben würde, dass er wahllos unterschiedlichste Präventivmaßnahmen in Anspruch nimmt, um mit allen Mitteln einer Karzinomerkrankung vorzubeugen. Bei diesem Patienten besteht möglicherweise eine Phobie vor Karzinomerkrankungen oder eine Hypochondrie. Dementsprechend würde es sich um eine psychische Störung handeln, die einer gezielten psychotherapeutischen Intervention bedarf. Die Teilnahme an Präventivmaßnahmen zur Vorhinderung von Karzinomerkrankungen dürfte hingegen kontraproduktiv sein.

Während in den ersten beiden Fällen der Nikotinaabus präventiv modifiziert wird, ist im dritten Beispiel der Nikotinaabus die Folge zugrunde liegender Symptome, die im Rahmen der Intervention oder Rehabilitation eines Karzinompatienten mitbehandelt werden sollten. Im letzten Beispiel handelt es sich um eine psychische Störung, die ohne eine zugrunde liegende Karzinomerkrankung auftritt. Es wird an diesen Beispielen deutlich, dass ein und dieselbe Anwendung einer verhaltensmedizinischen Intervention unterschiedliche Funktionen besitzen kann und eine gründliche Differenzialdiagnostik bei jedem Patienten zwingend notwendig ist.

## 5.2 Anwendung der Verhaltensmedizin in Abhängigkeit von der Genese und Aufrechterhaltung der Störung bzw. Erkrankung

Es ist davon auszugehen, dass jeder Mensch, der sich krank fühlt, mit dieser Situation umzugehen versucht und den Krankheitszustand beenden möchte. Deshalb kann die Situation „krank sein“ mit ihren spezifischen Charakteristika und ihren individuellen Bewältigungsprozessen entsprechend dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) als Stressor, der bewältigt wird, aufgefasst werden (▣ Abb. 5.1).

Dem Stressmodell zufolge wird jede Situation in der sich ein Individuum befindet, von diesem analysiert, um die individuelle Bedrohung und die gegebenen Bewältigungsstrategien abschätzen zu können. Aus diesen Bewertungsprozessen resultierend, werden eine Reihe von Kognitionen wie automatische Gedanken, Annahmen, Erwartungen oder Einstellungen aktiviert, die wiederum zu Emotionen, physiologischen Vorgängen und letztendlich zu Verhalten führen. In Abhängigkeit von den Resultaten dieses hochkomplexen Vorganges und der Konsequenzen



▣ **Abb. 5.1** Die Situation „krank sein“ als zu bewältigendes Ereignis gemäß dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984)

aus dem gezeigten Verhalten kommt es zu einer Neubewertung der Situation (► Kap. 3). Bezogen auf das Erleben einer körperlichen oder psychischen Fehlfunktion kann sich diese Erfahrung in unterschiedlichen Bewertungs- und daraus resultierenden (Fehl-)Anpassungsprozessen niederschlagen.

### ■ Belastungsverarbeitung bei einer körperlichen Grunderkrankung

Es gibt Erkrankungen, die großes Mitgefühl bei anderen auslösen wie beispielsweise eine Fraktur infolge eines Arbeitsunfalls. Dem zufolge kann die Fraktur von einem betroffenen Patienten möglicherweise als kaum belastend erlebt werden (primäre Bewertung), da die Erkrankung mit großer sozialer Unterstützung wie z. B. häufige Krankenbesuche seitens der Kollegen einhergeht. Weiterhin hat eine Fraktur in der Regel einen günstigen Heilungsverlauf und kann deshalb von dem betroffenen Patienten als eine nur zeitweilige Einschränkung, ohne dauerhafte Beeinträchtigung oder Lebensbedrohung, bewertet werden (sekundäre Bewertung). Die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Fehlanpassung aufgrund einer Fraktur ist, unter Berücksichtigung der oben genannten Aspekte, eher gering. Anders dürfte die Erfahrung „krank zu sein“ für Patienten mit einer Aids-Erkrankung aussehen. Aids wird gesellschaftlich nach wie vor häufig als eine gefährliche und selbst verschuldete Erkrankung angesehen und wird bei den meisten Betroffenen ein großes Bedrohungsgefühl auslösen (ungünstige primäre Bewertung). Die soziale Unterstützung dieser Patienten ist aufgrund der negativen soziokulturellen Bewertung mehrheitlich gering. Der Krankheitsverlauf ist heute zwar nicht mehr letal, jedoch geht Aids mit der Notwendigkeit einer konsequenten und dauerhaften medizinischen Versorgung und Medikamenteneinnahme einher (fragliche Ressourcen im Sinne der

**Tab. 5.1** Verschiedene Formen von Komorbidität zwischen einer psychischen Störung und einer körperlichen Erkrankung

Verschiedene Komorbiditäten zwischen Krankheiten und Störungen	Beispiele von Komorbiditäten
Psychische Störung als Folge einer körperlichen Erkrankung	Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung infolge einer Karzinomerkkrankung
Psychische Störung als eine Nebenwirkung der Therapie einer körperlichen Erkrankung	Psychose infolge einer Kortisontherapie bei rheumatischen Erkrankungen
Psychische Störung als Bestandteil einer körperlichen Erkrankung	Depression bei der Porphyrie (Stoffwechselerkrankung durch eine Störung des Aufbaus des roten Blutfarbstoffs Häm)
Körperliche Erkrankung als Folge einer psychischen Erkrankung	Leberzirrhose infolge von Alkoholismus
Körperliche Erkrankung als Folge einer Therapie der psychischen Erkrankung	Dyskinesien nach Neuroleptikagaben bei psychotischen Erkrankungen
Körperliche Erkrankung als Bestandteil einer psychischen Erkrankung	Amenorrhö bei Anorexia nervosa
Zwei voneinander unabhängige Erkrankungen	Fraktur und Schizophrenie

sekundären Bewertung). Viele betroffene Patienten erleben die Virusinfektion und den Ausbruch der Erkrankung als starke psychische Belastung, die aufgrund ihrer Chronizität zu psychischen Störungen wie Angsterkrankungen oder depressiven Episoden führen kann. In diesen Fällen kann neben einer körperlichen Erkrankung eine Komorbidität mit einer psychischen Störung infolge einer ungünstigen Belastungsverarbeitung bestehen.

#### ■ Belastungsverarbeitung bei einer bestehenden psychischen Erkrankung und nachfolgender körperlicher Erkrankung

Patienten mit einer chronischen psychischen Erkrankung wie beispielsweise einer Schizophrenie haben häufig Schwierigkeiten Alltagsanforderungen adäquat zu bewältigen, da sie sich häufig von diesen Aufgaben überfordert fühlen (ungünstige Primär- und Sekundärbewertung). Infolge kann eine Vernachlässigung basaler Funktionen wie einer angemessenen Ernährung auftreten, die wiederum dazu führen kann, dass körperliche Erkrankungen in Komorbidität entstehen können. Ein Beispiel wäre eine Hypertonie (Bluthochdruck) aufgrund mangelnder Bewegung und unausgewogenem Ernährungsverhalten.

#### ■ Körperliche Fehlanpassung infolge einer psychischen Überbelastung

Das transaktionale Stressmodell lässt sich auch für die Entstehung körperlicher Störungen heranziehen, bei denen eine psychische Belastung wie ein ungünstiges kritisches Lebensereignis oder ein Trauma Auslösefunktion für eine körperliche Fehlanpassung besitzt. Demzufolge kommt es durch das Erleben der psychischen Belastung (ungünstige Primär- und inadäquate Sekundärbewertung ungünstig) zu körperlichen Fehlregulationen, die sich entsprechend moderner psychobiologischer Erkenntnisse u. a. hormonell und/oder immunologisch niederschlagen und zu körperlichen Erkrankungen oder zu Funktionsstörungen führen können.

Aufgrund der subjektiven Bewertungsprozesse und dem nachfolgenden Verhalten einer Person können also

1. körperliche Erkrankungen in ihrem Verlauf zu psychischen Fehlanpassungen führen;
2. körperliche Erkrankungen als Folge einer psychischen Störung auftreten;
3. schwerwiegende Lebensereignisse oder eine Trauma zu körperlichen Funktionsstörungen oder Erkrankungen führen.

Die verschiedenen Möglichkeiten, wie psychische und körperliche Erkrankungen sich einander wechselseitig bedingen bzw. in Komorbidität auftreten können, sind in **Tab. 5.1** dargestellt. Bei einer Vielzahl körperlicher Beschwerden ist eine gründliche, meist **interdisziplinäre Diagnostik** notwendig, um die Ansatzpunkte für eine „ganzheitliche“ Behandlung des Patienten definieren zu können. Insbesondere bei körperlichen Beeinträchtigungen für die kein organmedizinischer Befund vorliegt, ist es zwingend notwendig, psychobiologische **Ätiologiemodelle** wie beispielsweise ein Stressverursachungsmodell heranzuziehen, um die Ursache der körperlichen Beschwerden finden zu können. Umgekehrt ist eine **psychotherapeutische Mitversorgung** von körperlich erkrankten Patienten bei einem chronischen und/oder rezidivierenden Verlauf insofern sehr sorgfältig zu planen, als die psychotherapeutische Intervention häufig an der medizinischen Behandlung orientiert sein muss, um beispielsweise die Compliance für bestimmte Behandlungsformen bei den betroffenen Patienten zu erhöhen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten,

1. dass sich verhaltensmedizinische Fragestellungen auf die Ursachensuche für körperliche Beschwerden ohne organmedizinischen Befund beziehen.
2. dass die Verhaltensmedizin eine hohe Bedeutung für die Mitbehandlung von körperlichen Erkrankungen, bei deren Krankheitsentstehung und -verlauf psychosoziale Faktoren mitbeteiligt sind, hat.

### 5.3 Anwendung der Verhaltensmedizin bei verschiedenen Symptomkomplexen körperlicher und psychischer Auffälligkeiten

Krankheiten und Störungen können in Komorbidität auftreten. Das Vorliegen einer einzigen Erkrankung (Unimorbidität) ist bei schwerwiegenden Krankheiten und Störungen eher die Ausnahme als die Regel. So fanden sich beispielsweise bei einer großen Stichprobe von Patienten (n=666), die im Akutkrankenhaus behandelt und zur psychologischen Diagnostik und/oder Mitbehandlung überwiesen wurden, bei zwei Drittel aller untersuchten Patienten zwei oder mehr medizinische Diagnosen. Bei Patienten, die als psychisch auffällig diagnostiziert wurden, fand sich darüber hinaus in 40 % der Fälle eine Komorbidität von psychischen Störungen (Ehlert, 1998). Eines der Hauptprobleme, das sich dem Behandler von komorbiden Patienten häufig stellt, ist die Tatsache, dass die Patienten mehrheitlich eine Vielzahl von Symptomen beschreiben, die auf unterschiedlichste Erkrankungen oder Störungen schließen lassen.

Beispiele für solche Symptome sind auf der körperlichen Ebene

- Schmerzen,
- Juckreiz,
- Schwindel,
- Erschöpfung

und auf der psychischen Seite

- Niedergeschlagenheit,
- Ängstlichkeit,
- Nervosität und/oder
- übertriebene Körperselftaufmerksamkeit.

Im verhaltensmedizinischen Kontext kommt diesen eher unspezifischen Symptomen insofern eine besondere Bedeutung zu, als diese einen Hinweis auf eine psychische Mitbeteiligung an einer Erkrankung geben können oder die geschilderten Symptome Merkmale einer körperlichen Störung sein können, die durch psychische Faktoren verursacht wurde.

Beispielsweise berichten Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden (auch ► Kap. 8) häufig über Schmerzen im Abdomen. Teilweise geben diese Patienten jedoch auch an, dass sie Schmerzen im Unterleib haben. Wenn sich nun aus der medizinischen Differenzialdiagnostik kein Hinweis auf eine organische Verursachung ergibt, können Diagnosekriterien für funktionelle gastrointestinale Beschwerdebilder herangezogen werden, um zu prüfen, inwieweit es sich bei den beschriebenen Schmerzen um ein Reizdarmsyndrom (Colon irritabile) handelt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass für die Gruppe von Patien-

ten mit zusätzlich geschilderten Schmerzen im Unterbauch sowohl bei Männern als auch bei Frauen chronische Unterbauchbeschwerden ohne Organkorrelat vorliegen können. Aus der Literatur ist bekannt, dass diese beiden Störungsbilder in einem hohen Ausmaß gemeinsam auftreten und zudem bei diesen Patienten eine hohe Prävalenz für sexuellen Missbrauch besteht (z. B. Lessa et al., 2013). Das Auftreten des Symptoms „Schmerz“ ist bei den geschilderten Patienten das Primärsymptom für eine möglicherweise hochkomplexe psychische Störung, deren Behebung einer differenzierten, interdisziplinären Diagnostik und verhaltensmedizinischen Intervention bedarf.

### 5.4 Anwendung der Verhaltensmedizin in der Prävention, als Intervention und in der Rehabilitation

Verhaltensmedizinische Maßnahmen werden in der Prävention, als Intervention und im Rahmen der Rehabilitation eingesetzt. Die drei Arbeitsfelder lassen sich wie folgt definieren:

#### Definition

**Prävention** umfasst alle Vorkehrungen zur Erhaltung von Gesundheit. Primäre Prävention ist die tatsächliche Vorbeugung, sekundäre Prävention bedeutet eine vorbeugende Maßnahme zur Gesundheitserhaltung nachdem ein Risikofaktor, der die Gesundheit bedrohen könnte, aufgetreten ist.

#### Definition

**Intervention** bedeutet die Behandlung von bestehenden Krankheiten und Störungen in ihrer Akutphase und zielt auf eine Heilung des Patienten ab.

#### Definition

**Rehabilitation** bezieht sich auf die Behandlung chronischer Pathologien. Dabei stehen ein verbesserter Umgang mit der Krankheit oder Störung und eine Reduktion der Beschwerden im Vordergrund. Handelt es sich um Patienten mit schwerwiegenden Krankheitssymptomen, die zum Tode führen können, kommt in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium die **Palliativtherapie** zum Einsatz. Hier werden therapeutische Maßnahmen eingesetzt, um beeinträchtigte Körperfunktionen zu verbessern bzw. wiederherzustellen, ohne die Ursache der Beeinträchtigung beseitigen zu können.





■ **Abb. 5.2** Ein Überblick über verhaltensmedizinische Interventionsfelder (Foto: © ninice64 / Fotolia)

Krankheitsprävention ist ein wichtiges Anwendungsfeld sowohl der Verhaltensmedizin als auch der Gesundheitspsychologie (► Kap. 1). Ein wichtiger Arbeitsbereich der **primären Prävention** sind psychoedukative Maßnahmen wie beispielsweise

- Aufklärung bezüglich des Umgangs mit Suchtmitteln,
- Motivationsarbeit für gesunde Ernährung zur Vermeidung von Übergewicht und den damit assoziierten Folgeerkrankungen (► Kap. 13),
- Aufklärung über die Notwendigkeit von sportlicher Betätigung zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (► Kap. 7).

Eine Psychoedukation kann auch sinnvoll sein, um körperlichen Beschwerden und Erkrankungen aufgrund von mangelndem Wissen über die eigenen Körperfunktionen vorzubeugen. Ein gutes Beispiel für ein derartiges Präventionsprogramm ist das von Jemmott et al. (2014) evaluierte Angebot an südafrikanische Männer zur Steigerung ihrer körperlichen Aktivität. An dem Training nahmen mehr als 500 Männer teil und ihre Selbsteurteile wurden mit einer vergleichbar großen Gruppe von Männern verglichen, denen eine Psychoedukation zur HIV-Prävention angeboten wurde. Das Aktivitätstraining zielte mittels Gruppensitzungen und einem Videomagazin darauf ab, Überzeugungen und Einstellungen gegenüber körperlicher Inaktivität zu modifizieren, die individuelle Selbstwirksamkeit zu steigern, Fertigkeiten zur praktischen körperlichen Aktivierung zu initiieren, das Ernährungsverhalten von fettreicher zu vitaminreicher Ernährung zu verändern und den Alkoholkonsum zu reduzieren. Als Verstärker für die Teilnahme an den Nachuntersuchungen erhielten die Männer einen Gutschein für einen Obst- und Gemüseeinkauf. Auch ein Jahr nach der Teilnahme an dem Präventionspro-

gramm berichteten die Männer aus der Treatmentgruppe eine signifikant größere körperliche Aktivierung als die Männer aus der Kontrollgruppe, jedoch fand sich kein signifikanter Effekt für ein vitaminreicheres Essverhalten. Gegebenenfalls hätten für den Ernährungsteil die Partnerinnen der Männer in das Präventionsprogramm mit einbezogen werden müssen.

**Sekundäre Prävention** erfolgt in unterschiedlichsten Bereichen der Psychologie und Medizin. Das Grundprinzip besteht darin, Personen, die sich entweder einer psychisch oder einer körperlich belastenden Situation aussetzen müssen, möglichst gut auf diese Situation vorzubereiten oder Personen, die bereits eine starke Belastung erfahren haben (z. B. Diagnoseeröffnung) frühzeitig psychotherapeutisch zu beraten, um psychische Fehlanpassungen zu vermeiden. Beispiele hierfür sind psychoedukative Vorbereitungsprogramme vor diagnostischen oder therapeutischen operativen Eingriffen wie Koronarangiografie (Röntgenuntersuchung der Herzkranzgefäße) oder Tumorentfernung. Diese Vorbereitungen beinhalten die Vermittlung von krankheitsbezogenen Informationen und das Einüben von Entspannungstechniken. Nachweislich können durch den Einsatz solcher Präventionsprogramme die Beschwerden und die psychischen Beeinträchtigungen wie erlebte Angst und Depressivität deutlich reduziert werden (vgl. Goerling et al., 2011; Weidner et al., 2010). Sekundärpräventionsprogramme können jedoch auch eingesetzt werden, um psychische Fehlanpassungen infolge emotional stark belastender medizinischer Maßnahmen wie Untersuchungen und Beratungen bei Hochrisikopersonen für eine genetische Erkrankung (z. B. Chorea Huntington) oder bei Schwangerschaftsabbrüchen zu vermeiden.

Eine Vorbeugung von psychischen Fehlanpassungen bei den Angehörigen der Patienten und eine gleichzeitige

Verbesserung des Patientenzustandes kann durch Psychoedukation der engsten sozialen Bezugspersonen erreicht werden. Diese Informationsvermittlung im Sinne einer sekundären Prävention kann schriftlich durch entsprechende Broschüren, in Einzelgesprächen oder in Gruppensitzungen erfolgen.

**Interventionen** stellen ein besonders bedeutsames Arbeitsfeld der Verhaltensmedizin dar und lassen sich unter Einbeziehung der Überlegungen aus ► Abschn. 5.2 den Bereichen

- Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen und
- Primärbehandlung körperlicher Störungen

zuordnen. Eine grafische Darstellung möglicher Interventionsfelder bei gängigen Krankheitsbildern im stationären und ambulanten medizinischen Umfeld findet sich in ■ Abb. 5.2. Ein Teil der dort genannten Erkrankungen wird in den nachfolgenden Kapiteln dieses Buches detailliert bezüglich ätiologischer, diagnostischer und daraus abgeleiteter verhaltensmedizinischer Interventionen vorgestellt.

In Anlehnung an die ICD-Klassifikation körperlicher Erkrankungen und Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM 2014; 2013) findet sich ■ Tab. 5.2 eine beispielhafte Zusammenstellung verhaltensmedizinischer Interventionen bei ausgewählten Erkrankungen. Alle genannten Interventionen basieren auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Standardtechniken wie Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Entspannungsverfahren oder Aktivitätsaufbau.

Mit verhaltensmedizinischen **rehabilitativen Maßnahmen** wird auf die gezielte professionelle Unterstützung (chronisch) somatisch und/oder psychisch kranker Menschen fokussiert (s. dazu ausführlich Bengel & Koch, 2013). Mittels entsprechender verhaltensmedizinischer Maßnahmen sollen die folgenden Ziele erreicht werden

- Ein besseres Verständnis für die jeweilige chronische Erkrankung (z. B. durch krankheitsspezifische Psychoedukation).
- Eine verbesserte Bewältigung von Erkrankungen oder Behinderungen durch das Erlernen von angemessenen Copingstrategien, die eine Steigerung der Lebensqualität ermöglichen.
- Eine Verbesserung der Teilnahmemöglichkeiten von Patienten am familiären, beruflichen und gesellschaftlichen Leben.

Die stationäre **Palliativtherapie** von Patienten, bei denen von einer Überlebenszeit bis zu 6 Monaten ausgegangen wird, ist explizit interdisziplinär definiert. Es geht auf der medizinischen Ebene um eine bestmögliche Schmerzbehandlung, Symptomkontrolle und, sofern notwendig, einer Versorgung mit künstlicher enteraler (nasogastral) oder parenteraler (mittels Infusionen) Ernährung. Darüber hinaus soll die körperliche Beweglichkeit mit Hilfe phy-

siotherapeutischer Behandlung so lange und so gut als möglich erhalten bleiben. Schließlich soll die psychosoziale und spirituelle Versorgung der Patienten und ihrer Angehörigen gewährleistet sein.

Verhaltensmedizinische Maßnahmen beziehen sich auf Informationsvermittlung, Stärkung kommunikativer Fertigkeiten, aktives Zuhören, planvolles Handeln im Umgang mit der bevorstehenden Todeserfahrung und Trauerarbeit (vgl. Choi & Billings, 2002). Interdisziplinarität bedeutet in diesem Behandlungskontext nicht nur Kenntnisse über die Pathologie der jeweiligen Patienten zu besitzen, sondern auch die individuellen psychologischen und spirituellen Bedürfnisse dieser Patienten und ihrer Angehöriger zu erkennen und das Betreuungsangebot ggf. mit den zur Verfügung stehenden seelsorgerisch-kirchlichen Teammitgliedern zu koordinieren.

## 5.5 Integration der Verhaltensmedizin in die verschiedenen Versorgungsstrukturen

Der Einsatz und die Effektivität verhaltensmedizinischer Maßnahmen werden vom Zeitpunkt ihrer Anwendung im Diagnose- und Behandlungsprozess des individuellen Patienten beeinflusst. Die verschiedenen Institutionen, in denen diagnostische, beratende und therapeutische Leistungen erbracht werden, lassen sich unterteilen in

- medizinische und psychologische Beratungsstellen zur Prävention,
- ambulante medizinische und psychologische Behandlungsinstitutionen,
- stationäre somatomedinische und psychiatrische Akutversorgung,
- Fachkliniken zur Rehabilitation,
- Spezialeinrichtungen zur Palliativtherapie.

Wenngleich verhaltensmedizinische Diagnose- und Behandlungsangebote in allen genannten Versorgungsstrukturen möglich sind, konnten diese bisher nur teilweise etabliert werden. Aus diesem Grund vergehen bei nicht wenigen Patienten Jahre, zum Teil Jahrzehnte, bis durch interdisziplinäre Zusammenarbeit die Verknüpfung psychischer und physischer Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit bzw. Störung erkannt und dem Patienten so vermittelt wird, dass diese Erklärung für ihn nachvollziehbar und annehmbar ist. Die häufig zu beobachtende iatrogene Chronifizierung (Krankheitsverfestigung aufgrund fortdauernder Diagnostik und Behandlung ohne nachhaltigen Therapieerfolg) führt nicht nur zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem, sondern auch, und das im besonderen Maße, zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität der Patienten.

**Tab. 5.2** Beispiele für verhaltensmedizinische Interventionen bei körperlichen Erkrankungen und Störungen

Hauptgruppen von Krankheiten in Anlehnung an das ICD	Beispielerkrankung	Beispiele für verhaltensmedizinische Interventionsziele
Infektiöse Krankheiten	Sepsis	Strategien zur psychischen Verarbeitung der lebensbedrohlichen Erfahrung (Prävention einer posttraumatischen Belastungsstörung)
	Chlamydieninfektion	Psychoedukation zu „safer sex“
Bösartige Neubildungen	Mammakarzinom	Psychoedukation, Krankheitsbewältigung in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium
Endokrinopathien	Diabetes	Kenntnisvermittlung, Früherkennung von Krankheitssymptomen durch Wahrnehmungstrainings
Störungen des Immunsystems	Aids	Krankheitsbewältigung in Abhängigkeit von der Intensität der medizinischen Therapie (Adhärenzförderung) und von sozialen Problemen
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	Erworbene Taubheit	Krankheitsbewältigung, Aufbau alternativen Verhaltens
	Glaukom	Stressmanagement einschließlich Entspannung
Krankheiten des Kreislaufsystems	Akuter Myokardinfarkt	Aktivitätsaufbau, Angstbewältigung
Krankheiten der Atmungsorgane	Chronische Bronchitis	Abbau gesundheitsschädigenden Verhaltens
	Lungenfibrose mit Lungentransplantation	Angstbewältigung, Complianceförderung
Krankheiten der Zähne	Kariöse Zähne in Folge einer Dentalphobie	Abbau des phobischen Verhaltens
Krankheiten der Harn-/Geschlechtsorgane	Chronisches Nierenversagen	Dialysevorbereitung, Complianceförderung, Entspannung
	Infertilität	Paartherapie, Sexualtherapie, Einstellungsmodifikation
Komplikationen in der Schwangerschaft	Fehlgeburt	Modifikation irrationaler Kognitionen
	Vorzeitiger Blasensprung	Entspannung, Krankheitsbewältigung
Krankheiten der Haut	Akne	Psychoedukation und Einstellungsmodifikation bezüglich der selbst beurteilten optischen Attraktivität
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	Dorsopathien	Schmerzbewältigung, Entspannung, soziales Kompetenztraining
	Rheuma	
Kongenitale Anomalien	Gaumen- und Lippenpalte	Einstellungsmodifikation bezüglich der selbst beurteilten Attraktivität
Verletzungen und Frakturen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rückenmarksverletzungen</li> <li>– Erblindung durch Verletzung des N. opticus</li> <li>– Frakturen mit operativen Maßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modifikation der Interaktion zwischen Patient und sozialer Umwelt</li> <li>Umstrukturierung gewohnter Aktivitätsmuster</li> <li>Angstbewältigung in Zusammenhang mit Unfallgeschehen, Operationsvorbereitung</li> </ul>
Schlecht bezeichnete Affektionen	Chronic Fatigue Syndrome	Erarbeitung eines Krankheitsmodells, Aktivitätsaufbau (einschließlich körperlicher Aktivierung)

Beispiele für Kooperationen zwischen den verschiedenen, an der Diagnostik und Behandlung von Patienten beteiligten Berufsgruppen sind

- im ambulanten Bereich Gemeinschaftspraxen zwischen beispielsweise Physiotherapeuten, Hebammen, Ärzten und Psychotherapeuten und

- im stationären Setting (Akutbehandlung, Rehabilitation und Palliativtherapie) verhaltensmedizinische Konsiliar-Liaison-Dienste.

Ein Beispiel für die verschiedenen Möglichkeiten der Triagierung und Zuweisung von Patienten zur verhaltensme-



dizinischen Diagnostik und Behandlung ist in **Abb. 5.3** dargestellt.

### Definition

**Konsiliartätigkeit** beinhaltet die Untersuchung und eine Behandlungsempfehlung oder die Behandlung des Patienten durch den Konsiliarius (psychologischer Psychotherapeut/ Psychiater) aufgrund einer Aufforderung seitens des behandelnden Arztes. Der Konsiliarius informiert das medizinische Personal in der Regel durch einen schriftlichen Bericht über die Untersuchungsergebnisse, Behandlungsempfehlungen und abschließend über die Therapieergebnisse. Dieser Bericht wird in der Regel direkt in das elektronische Krankenblatt des Patienten eingetragen.

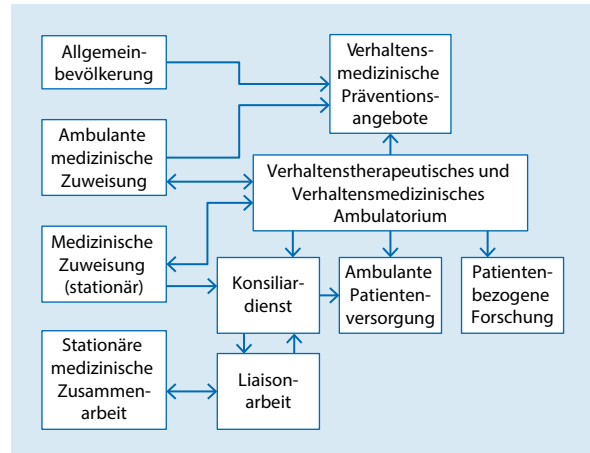
### Definition

**Liaison-tätigkeit** bedeutet eine regelmäßige Teilnahme des psychologischen Psychotherapeuten oder psychiatrischen/psychosomatischen Arztes an den Aktivitäten der jeweiligen Station in Form von Teilnahme an Visiten, Stationsbesprechungen oder informellen Besuchen auf der jeweiligen Station. Im Rahmen dieser Kontakte wird der Liaison-Mitarbeiter über Patienten informiert, die von ihm untersucht oder behandelt werden sollen. Auch hier erfolgt ein mündlicher Bericht für das medizinische Personal und eine schriftliche Dokumentation in der Krankenakte.

Verhaltensmedizinische Konsiliar-Liaison-Arbeit ist dann besonders effektiv, wenn die Mitarbeiter zur Interdisziplinarität bereit sind, schnell verfügbar sind, bei ihrer Arbeit ein für alle beteiligten Personen (Patienten, Angehörige, medizinisches Personal) transparentes Vorgehen wählen und psychotherapeutische Interventionen anbieten, die im Rahmen des stationären Settings mit seinen Besonderheiten wie der kurzen Liegedauer realisierbar sind.

#### 1. Interdisziplinäre Arbeit

Der Aufbau einer funktionierenden Kooperation mit den verschiedenen Berufsgruppen, die an der stationären Patientenversorgung beteiligt sind, ist eine zwingend notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche verhaltensmedizinische Konsiliar-Liaison-Tätigkeit. Die interdisziplinäre Kooperation ist einerseits notwendig, um einen reibungslosen und schnellen Informationsaustausch zur gezielten Betreuung der Patienten zu gewährleisten, zum anderen lässt sich die Akzeptanz der verhaltensmedizinischen Arbeit durch Transparenz bezüglich des Vorgehens erhöhen. Der Austausch sollte je nach Patientengruppe zwischen dem Pflegepersonal, Ärzten, Physiotherapeuten, Hebammen,



**Abb. 5.3** Verhaltensmedizinische Patientenversorgung am Beispiel eines Ambulatoriums

men, Krankenhauseesorgern, Sozialarbeitern und Psychologen erfolgen. Als Informationsmöglichkeiten dienen neben dem schriftlichen Bericht an den zuweisenden Arzt und dem informellen Gespräch auch Stationskonferenzen und die Durchführung von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen. Diese Fortbildungsmöglichkeiten können dazu genutzt werden, verschiedene Aspekte diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen von unterschiedlichen Berufsgruppen gemeinsam zu diskutieren.

#### 2. Schnelle Verfügbarkeit der Mitarbeiter des Konsiliar-Liaison-Dienstes

Um eine effiziente Behandlung von Patienten zu ermöglichen, ist eine hohe Präsenz der Konsiliar-Liaison-Mitarbeiter im jeweiligen stationären Umfeld eine notwendige Voraussetzung. Je früher die Einbindung des Konsiliarius in den Diagnose- und Behandlungsprozess des jeweiligen Patienten erfolgt, desto erfolgreicher ist der interdisziplinäre Behandlungsprozess und desto wahrscheinlicher ist eine Verkürzung der Liegezeiten und damit eine Kostenreduktion der Behandlung zu erreichen.

#### 3. Diagnostisches Vorgehen und Therapieempfehlung

Die Akzeptanz verhaltensmedizinischer Tätigkeit wird durch präzise Diagnosestellungen und angemessene Begründungen gesteigert. Die Beschreibung der Diagnosen sollte deshalb anhand eines gängigen Klassifikationsschemas (im medizinischen Setting häufig ICD) erfolgen. Die Erarbeitung von Therapievorschlügen sollte für das stationäre Behandlungsteam nachvollziehbar und im Rahmen des stationären Settings durchführbar sein. Ist absehbar, dass sich die (Mit-)Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Störung nicht im Rahmen der aktuellen stationären Behandlung durchführen bzw. abschließen lässt, sollte frühzeitig eine Empfehlung oder die Initiierung

weiterführender Therapiemaßnahmen für den nachstationären Zeitraum erfolgen.

#### ■ 4. Kurzzeitintervention

Die psychotherapeutische Behandlung ist vorrangig an der jeweiligen Erkrankung bzw. dem jeweiligen Störungsbild, aber auch an den gegebenen Therapiemöglichkeiten (zeitliche und personelle Ressourcen) zu orientieren. Ein wichtiges Therapieziel besteht in der Vermittlung von Informationen über die Krankheit und über die Beteiligung psychischer Faktoren an der Genese der Beschwerden. Dieses Vorgehen soll dazu beitragen, dem Patienten Möglichkeiten aufzuzeigen, sein eigenes körperliches und psychisches Befinden zu beeinflussen und zu kontrollieren. Die Vermittlung eines für den Patienten plausiblen Krankheitsmodells ist eine entscheidende kognitive und motivationale Voraussetzung für den psychotherapeutischen Erfolg (vgl. ► Abschn. 3.3).

Ferner sollen mit dem Patienten Verhaltensweisen (z. B. Vermeidung von Risikoverhalten, Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten, Verbesserung sozialer Kompetenzen) und Methoden (z. B. Entspannungstraining, Problemlösetraining) erarbeitet werden, die dem Ziel dienen, Krankheitssymptome zu lindern oder einem Rezidiv vorzubeugen. Weiterhin sind die individuellen Ressourcen des Patienten zu aktivieren, damit die bestehenden Lebensbedingungen und Belastungen (z. B. aufgrund chronischer Erkrankungen) besser bewältigt werden können. Für einen Teil der Patienten ist die Erzeugung einer Motivation zur Teilnahme an einer ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Weiterbehandlung ein zusätzliches wichtiges Therapieziel.

Eine Darstellung interdisziplinärer Diagnose- und Behandlungskonzepte bei spezifischen Erkrankungen und Störungen sowie deren wissenschaftliche Evaluation erfolgt im zweiten Teil dieses Lehrbuchs.

## 5.6 Spezifität und Komplexität verhaltensmedizinischer Interventionen

Die Behandlungsmaßnahmen der Verhaltensmedizin sind aus der Verhaltenstherapie abgeleitet. In den Anfängen der Verhaltensmedizin wurde deshalb auf eine Verhaltensmodifikation im Sinn einer direkten Veränderung von Lernerfahrungen fokussiert. Durch die Erweiterung verhaltenstherapeutischer Standardmethoden um die Modifikation von Kognitionen (z. B. irrationale Erwartungen oder Fehlattritionen) und die in den letzten Jahren verstärkt thematisierte Ressourcenaktivierung hat sich das Behandlungsspektrum von der direkten Verhaltensbeeinflussung hin zu einem komplexen Behandlungsangebot

entwickelt, mit dem darauf abgezielt wird, direkte und indirekte Einflussfaktoren von Verhalten und Erleben zu verändern.

Bei verhaltensmedizinischen Interventionen werden in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Erkrankung oder Störung unterschiedliche kognitive und verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden eingesetzt. Häufig werden in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Erkrankung oder Störung mehrere Einzelmethoden ausgewählt und parallel oder zeitlich versetzt in die Behandlung eingebracht, wodurch ein komplexer Behandlungsplan entsteht, bei dessen Durchführung zum Teil auch Kotheapeuten wie das medizinische Pflegepersonal einbezogen werden.

Biofeedback ist das prominenteste Behandlungsverfahren der Verhaltensmedizin, da sich bei dieser Therapieform das Zusammenspiel von körperlichen Prozessen und Selbstregulationsvorgängen am offensichtlichsten zeigt.

### Definition

**Biofeedback** bedeutet, dass in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Funktionsstörung ein biologisches Signal (z. B. Muskelspannung, Herzrate, Fingertemperatur) des Patienten registriert wird. In Abhängigkeit von den Ergebnissen einer Basiserhebung wird der Patient aufgefordert das jeweilige Biosignal zu verändern (z. B. Entspannung der Nackenmuskulatur). Wird das Biosignal in die erwünschte Richtung verändert, erfolgt eine Verstärkung (z. B. ein akustisches Signal wird leiser) und umgekehrt (Prinzip der instrumentellen Konditionierung).

Biofeedback wurde bei einer Vielzahl von körperlichen Erkrankungen und Funktionsstörungen erfolgreich eingesetzt (Rief & Birbaumer, 2010). Ein typisches Beispiel für die Einbindung von Biofeedback in die Behandlung einer derartigen Störung ist die Harninkontinenz. Unwillkürlicher Harnabgang ist ein körperliches Phänomen, das für Betroffene stark belastend ist und zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität führt. Neben organischen Ursachen können auch psychische Fehlanpassungen sowie ungünstige Lernerfahrungen in Bezug auf die Blasenentleerungsgewohnheiten eine Harninkontinenz bedingen. Mit der verhaltensmedizinischen Behandlung wird darauf abgezielt, einerseits die Zeiträume zwischen den einzelnen Toilettengängen zu verlängern („bladder drill training“) und andererseits durch Biofeedback die Kontraktionsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur zu erhöhen. Entsprechende kombinierte Behandlungsprogramme werden auch in urologischen Fachkreisen als äußerst erfolgreiche Methoden zur Behandlung der Inkontinenz anerkannt (vgl. Burgio, 2002).

Spezifisch verhaltensmedizinische Interventionen finden sich in der Prävention, Intervention und Rehabilitation körperlicher Erkrankungen und Störungen. Stellvertretend für die Vielzahl von Wirksamkeitsstudien verhaltensmedizinischer Präventionsmaßnahmen werden zwei Untersuchungen unserer Arbeitsgruppe kurz skizziert.

Unter der Annahme, dass viele körperliche Fehlanpassungen stressbedingt sind, ist es im Sinne der Erkrankungs- und Störungsprävention sinnvoll Strategien zur Stressprävention einzusetzen. Eine entsprechende Methode hierfür ist das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum (1985), mit dem darauf abgezielt wird, die Selbstwirksamkeit bei der aktiven Bewältigung von Stressoren zu erhöhen. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigte sich, dass die Teilnahme an einem Stressimpfungstraining im Gruppensetting die psychoendokrinologische Stressreaktion in einem standardisierten psychosozialen Stresstest sowohl direkt nach der Teilnahme, aber auch Monate später im Vergleich zu Kontrollgruppen deutlich reduzierte (Gaab et al., 2003; Hammerfald et al., 2006). Diese Befunde stützen die Annahme eines stressprotektiven Effekts kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen, der sich nicht nur in subjektiven Urteilen wie einer höheren Selbstwirksamkeit und einer geringeren psychischen Anspannung, sondern auch in biologischen Parametern wie einer Reduktion des Herzratenanstiegs und einem geringeren Kortisolanstieg bei Stressprovokation widerspiegelt.

Zum Angst- und Depressionsabbau werden bei Patienten im Bereich der verhaltensmedizinischen Intervention und Rehabilitation verschiedenste Standardverfahren der kognitiven Verhaltenstherapie wie Expositionstechniken, Aktivitätsaufbau, Training der Problemlösefertigkeiten, Kommunikations- oder Ärgerbewältigungstrainings eingesetzt.

Darüber hinaus erfolgen Interventionen, die sich an spezifisch verhaltensmedizinischen Fragestellungen orientieren:

- Psychoedukation über krankheitsrelevante Informationen sowohl für Patienten als auch für ihre Angehörigen;
- Patientenschulungen bei chronischen Erkrankungen;
- Entspannungsverfahren, zum Teil auch kombiniert mit dem Einsatz von Virtual-Reality-Verfahren wie der Simulation eines Waldspaziergangs, z. B. während der Chemotherapie oder bei der Wundversorgung von Verbrennungspatienten;
- Tagebuchprotokollierungen bezüglich Symptommhäufigkeit und -intensität z. B. bei chronischem Schmerz (häufig elektronisch via Smartphones);
- Expressives Schreiben entsprechend der Disclosure-Technik von Pennebaker und Beall (1986). Expressives Schreiben bedeutet, dass die jeweiligen Patienten ein- bis dreimal jeweils 20 bis 30 Minuten über be-

lastende Ereignisse in ihrem Leben oder Belastungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung schreiben. Nachweislich lässt sich das Befinden der jeweiligen Patienten durch diese Intervention günstig beeinflussen.

Die genannten Interventionstechniken geben einen kleinen Einblick in die Vielfalt verhaltensmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten. Eine vertiefte Darstellung der Interventionen und ihrer Wirksamkeit findet sich in den jeweiligen störungsspezifischen Kapiteln dieses Buches.

## 5.7 Zusammenfassung

Anwendungsfelder der Verhaltensmedizin lassen sich in Abhängigkeit von verschiedenen Kriterien beschreiben, dazu gehören

### ■ 1. Genese und Aufrechterhaltung der Störung bzw. Erkrankung

Körperliche Erkrankungen können in ihrem Verlauf zu psychischen Fehlanpassungen führen. Körperliche Erkrankungen können als Folge einer psychischen Störung auftreten. Akuter oder traumatischer oder chronischer Stress kann zu körperlichen Funktionsstörungen bzw. Erkrankungen führen.

### ■ 2. Übergeordnete Symptomkomplexe

Symptome auf der körperlichen Ebene wie Juckreiz, Schmerz, Erschöpfung oder auf der psychischen Ebene wie Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit oder übertriebene Körperelbstaufmerksamkeit haben häufig Hinweisfunktion auf eine psychische Mitbeteiligung an einer Erkrankung.

### ■ 3. Maßnahmen zur Prävention, Intervention oder Rehabilitation

Bei der Prävention von Erkrankungen und Störungen gibt es eine große Gemeinsamkeit zwischen der Verhaltensmedizin und der Gesundheitspsychologie. Eine der wichtigsten Aufgaben dabei ist die Psychoedukation. Verhaltensmedizinische Interventionen dienen der Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen und der Primärbehandlung körperlicher Störungen. Bei rehabilitativen und palliativen Maßnahmen wird auf die psychische Unterstützung chronisch erkrankter Patienten abgezielt.

### ■ 4. Versorgungsstrukturen

Verhaltensmedizin wird in medizinischen und psychologischen Beratungsstellen zur Prävention eingesetzt. In ambulanten medizinischen und psychologischen Behandlungsinstitutionen, in der stationären somatomedizinischen

und psychiatrischen Akutversorgung, in Fachkliniken zur Rehabilitation und in Spezialeinrichtungen zur Palliativtherapie.

### ■ 5. Spezifität und Komplexität verhaltensmedizinischer Interventionen

Bei verhaltensmedizinischen Interventionen werden in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Erkrankung oder Störung kognitive und verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden eingesetzt. Häufig werden mehrere Einzelmethoden ausgewählt und parallel oder zeitlich versetzt, z. T. mit kotherapeutischer Unterstützung in die Behandlung eingebracht.

- Levin, G. (1981). *Edward Hopper: 1882-1967. Gemälde und Zeichnungen*. München: Schirmer-Mosel.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training. Psychology practitioner guidebook*. New York: Pergamon.
- Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 274–281.
- Rief, W., & Birbaumer, N. (Hrsg.). (2010). *Biofeedback: Grundlagen, Indikationen, Kommunikation, Vorgehen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Weidner, K., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Zimmermann, K., Siedentopf, F., Richter, J., Joraschky, P., Gatzweiler, A., & Stöbel-Richter, Y. (2010). A psychosomatic intervention in pregnant in-patient women with prenatal somatic risks. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 31*, 188–198. doi:10.3109/0167482X.2010.497233.

## Literatur

- Baumann, U., & Perrez, M. (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Bengel, J., & Koch, U. (Hrsg.). (2013). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Burgio, K. L. (2002). Influence of behavior modification on overactive bladder. *Urology, 60*, 72–76.
- Choi, Y. S., & Billings, J. A. (2002). Changing perspectives on palliative care. *Oncology, 16*, 515–522.
- Davies, P. G. (2009). Why the definition of health matters. *British Medical Journal, 9*, 338. doi:10.1136/bmj.b28..
- Ehlert, U. (1998). *Psychologie im Krankenhaus*. Bern: Huber.
- Gaab, J., Blättler, N., Menzi, T., Pabst, B., Stoyer, S., & Ehlert, U. (2003). Randomized controlled evaluation of the effects of cognitive-behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects. *Psychoneuroendocrinology, 28*, 767–779.
- Goerling, U., Foerg, A., Sander, S., Schramm, N., & Schlag, P. M. (2011). The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department - a randomised controlled study. *European Journal of Cancer, 47*, 2009–2014. doi:10.1016/j.ejca.2011.04.031..
- Hammerfald, K., Eberle, C., Grau, M., Kinsperger, A., Zimmermann, A., Ehlert, U., & Gaab, J. (2006). Persistent effects of cognitive-behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects - a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology, 31*, 333–339.
- ICD-10-GM (2014). Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 11. Revision - German Modification Version 2014 (2013). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Jemmott 3rd, J. B., Jemmott, L. S., Ngwane, Z., Zhang, J., Heeren, G. A., Icard, L. D., O'Leary, A., Mtose, X., Teitelman, A., & Carty, C. (2014). Theory-based behavioral intervention increases self-reported physical activity in South African men: a cluster-randomized controlled trial. *Preventive Medicine, 13*, 114–120. doi:10.1016/j.ypmed.2014.04.012..
- Krishnan, V. (2014). Defeating the fear: New insights into the neurobiology of stress susceptibility. *Experimental Neurology, 261*:412–416. doi:10.1016/j.expneurol.2014.05.012.
- Lessa, L. M., Chein, M. B., da Silva, D. S., Poli Neto, O. B., Nogueira, A. A., Coelho, L. S., & Brito, L. M. (2013). Irritable bowel syndrome in women with chronic pelvic pain in a Northeast Brazilian city. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 35*, 84–89.



<http://www.springer.com/978-3-662-48034-2>

Verhaltensmedizin

Ehlert, U. (Hrsg.)

2016, XXIV, 378 S. 71 Abb. in Farbe. Mit Online-Extras.,

Hardcover

ISBN: 978-3-662-48034-2