

VERHALTENSMEDIZIN

Heiner Ellgring

Die Verhaltensmedizin ist eine breite Disziplin, in der sich Bereiche der Psychologie, Soziologie und Anthropologie mit der Medizin treffen (Reinecker, 1988; Traue, 1986). Verhaltensmedizin ist das Gebiet, das sich aus einem verhaltenstheoretischen und kognitiven Ansatz heraus mit den psychologischen Bedingungen akuter und chronischer körperlicher Erkrankungen befaßt. Unter psychologischen Bedingungen werden dabei Einflüsse verstanden, die zur *Entstehung* von körperlichen Erkrankungen beitragen, deren *Verlauf* beeinflussen und die *Art des Umgangs* mit der Erkrankung bestimmen. Die auf der Yale Conference on Behavioral Medicine 1977 vorgeschlagene Definition des Gebietes kann immer noch als gültig angesehen werden:

"Verhaltensmedizin ist das Gebiet, das sich mit der Entwicklung von verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnissen und Verfahren befaßt, die für das Verständnis von physischer Gesundheit und Krankheit von Bedeutung sind, sowie mit der Anwendung dieser Erkenntnisse und dieser Verfahren auf Diagnose, Prävention, Behandlung und Rehabilitation" (Schwartz & Weiss, 1977, S. 374).

Ziel des verhaltensmedizinischen Ansatzes ist es, die Interaktion zwischen behavioralen, subjektiven und physiologischen Faktoren bei vorwiegend medizinischen Problemstellungen aufzuzeigen und diese Faktoren zu systematischen und empirisch überprüfbaren Modellen zusammenzufassen, um daraus psychologische Interventionen abzuleiten.

Allgemeine Grundlage für die Verhaltensmedizin ist ein biopsychosoziales Modell, d.h. es wird versucht, sowohl die medizinischen als auch die psychologischen und sozialen Determinanten einer Erkrankung zu verstehen. So greift nach dem Konzept der Verhaltensmedizin eine rein psychologische Betrachtung selbst bei sogenannten psychischen Störungen ebenso zu kurz (Reinecker, 1988), wie andererseits ein rein biomedizinisches Krankheitsmodell insbesondere bei chronischen Erkrankungen unzureichend wäre (Traue, 1986).

Die Verhaltensmedizin verfolgt somit das Ziel, die unterschiedlichen Faktoren im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen zu integrieren und so zu deren besserem Verständnis beizutragen (Tapp & Warner, 1985). Sie hat darin zahlreiche Berührungspunkte mit der Psychosomatik und der Gesundheitspsychologie, so daß diese Bereiche vielfach bereits ineinander überzugehen scheinen. Auch mit der "Medizinischen Psychologie", d.h. der Psychologie für Mediziner, bestehen enge Verknüpfungen (s. Prokop & Bradley, 1981).

Verbindungen zur Psychosomatik und psychosomatischen Medizin

Gemeinsam mit der vergleichsweise etablierteren Psychosomatik oder psychosomatischen Medizin (s. von Uexküll, 1981) sucht die Verhaltensmedizin nach psychologischen Faktoren bei körperlichen Erkrankungen. Unterschiede bestehen allerdings hinsichtlich der theoretischen Orientierung, des praktischen Vorgehens und der Auswahl von Erkrankungen, zu denen therapeutische Maßnahmen entwickelt wurden. So betrachtet die eher psychoanalytisch orientierte Psychosomatik vor allem Konfliktverarbeitung und Emotionen als ursächliche Faktoren bei der Entstehung sogenannter funktioneller Störungen, während die Verhaltensmedizin kognitive und behaviorale Faktoren für die Genese, Aufrechterhaltung oder Bewältigung sehr verschiedener, auch nicht funktioneller Erkrankungen untersucht.

Verbindungen zur Gesundheitspsychologie

Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin haben ebenfalls eine Vielzahl von Berührungspunkten. Themen wie Streß und Streßverarbeitung, Verbesserung psychosozialer Bedingungen bei körperlichen Erkrankungen, Prävention von gesundheitlichen Schäden usw. werden teils unter dem einen, teils unter dem anderen Namen abgehandelt (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller & Weiss, 1984; Krantz, Grunberg & Baum, 1985; Cohen, Evans, Stokols & Krantz, 1986). Versucht man trotzdem eine Unterscheidung, so lassen sich beide Gebiete am ehesten nach ihrer Herkunft, ihrer theoretischen Verankerung und nach der Art der Interventionen trennen.

So baut die Gesundheitspsychologie auf pädagogisch-psychologischen Ansätzen mit engen Verbindungen zur Sozialpsychologie auf und integriert damit verschiedene Gebiete innerhalb der Psychologie (s. Feist & Brannon, 1988). Im Unterschied dazu entstand die Verhaltensmedizin aus einer engen Verknüpfung von Verhaltenstherapie, Biofeedback, Psychophysiologie und Medizin. Entsprechend richten sich die Maßnahmen der Gesundheitspsychologie im Gegensatz zur eher individuumorientierten Verhaltensmedizin vor allem darauf, Gruppen oder Populationen zu informieren und zu unterweisen.

Aufgabengebiete der Verhaltensmedizin

Die *konzeptuelle Basis*, von der aus die Verhaltensmedizin an die verschiedenen Störungen herangeht, ist die *Lernpsychologie*, zu der die *Kognitionspsychologie* und die *Emotionspsychologie* (Temoshok, 1983) hinzukommen. Auch eine erweiterte Grundlagenforschung gewinnt hierzu neue Perspektiven. Waren es zu Beginn in den 70er Jahren die Psychophysiologie und das Biofeedback, so gewinnen z.Z. die *Psychoimmunologie* (Ferstl & Müller-Ruchholtz, 1987; Schmidt-Traub, 1989), die *Psychoendokrinologie* (Hellhammer, Hubert & Schürmeyer, 1985) und andere Bereiche interdisziplinärer Forschung mit der Psychologie an Interesse.

Rahmenbedingungen und Konzepte der Verhaltensmedizin

Die Verhaltensmedizin reflektiert eine veränderte Perspektive von Gesundheit und Krankheit, die sich nach Tapp und Warner (1985) in den letzten Jahren in verschiedenen Aspekten abzeichnet.

1) Es zeigen sich *Veränderungen in der Erkrankungs-Inzidenz*: So sind die akuten Erkrankungen wie Diphtherie, Malaria, Pocken, Typhus zurückgegangen gegenüber den chronisch-degenerativen Störungen wie Diabetes, Bluthochdruck, Koronarerkrankungen, die wiederum an die erste Stelle der Todesursachen gerückt sind. Gerade bei den chronisch-degenerativen Erkrankungen zeigen sich die Grenzen rein biomedizinischer Modelle sowohl in der Ursachenfindung wie in der Behandlung.

2) *Chronische Erkrankungen erfordern andere Behandlungsansätze* als die akuten Erkrankungen. Die aktive Kooperation der Patienten, die Veränderung des Lebensstiles ist bei ersteren in hohem Maße gefordert, um chronisch progrediente Entwicklungen zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen.

3) Die *Spezialisierung in der Medizin* hat zu einer Verbesserung der Gesundheitstechnologie geführt, die allerdings gleichzeitig mit einer Vernachlässigung der persönlichen Beziehungen zu den Patienten einherging. Gezielte psychologische Beratung und Stützung wären hier notwendig.

4) Die *"Medikalisierung" zahlreicher Störungen*, d.h. die Zuordnung von Problemen wie Hyperaktivität, Eßstörungen, Schlafstörungen oder auch Drogenabhängigkeit und Alkoholismus zur Medizin, hat bisher zu wenig Erfolg geführt. Vielmehr wären in diesen Bereichen Verhaltens-Management, Einstellungsänderungen und Interventionen auf der Ebene sozialer Systeme notwendig.

5) Prävention und Gesundheitsvorsorge machen das *Individuum* zunehmend *verantwortlich*. Essen, Bewegung, Rauchen etc. werden unter diesem Verantwortlichkeitsaspekt betrachtet. Insgesamt benötigt man also bei der Prävention und Behandlung von Erkrankungen neue Modelle, die die psychosozialen und Verhaltens-Aspekte berücksichtigen. Hier setzt nun die Verhaltensmedizin mit den von ihr entwickelten psychobiologischen Konzepten ein.

Die Prinzipien biopsychosozialer Modelle der Verhaltensmedizin nehmen auf die Wechselwirkung verschiedener Systeme Bezug (Zegans, 1983, S. 238): 1) Psychologische Faktoren beeinflussen a) die Entstehung körperlicher Erkrankungen, b) die Reaktionen darauf, c) deren Bewältigung und d) Rückfall bzw. Fortschreiten. Die durch die Krankheit veränderten sozialen, emotionalen und berufsmäßigen Bezüge der Patienten bestimmen ebenfalls die Dauer, die Qualität und die Intensität der Krankheit mit. 2) Neurotische oder fehlangepaßte Persönlichkeitszüge bzw. Verhaltenstendenzen können direkt physiologische Prozesse beeinflussen und damit eine erhöhte Vulnerabilität schaffen. 3) Kommunikationsprozesse zwischen Patienten und Gesundheits-Personal können die Reaktionen von Patienten und Angehörigen auf die biomedizinische Versorgung wesentlich beeinflussen (Compliance). 4) Psychosoziale Interventionen können entweder direkt pathophysiologische Prozesse verändern oder diese indirekt, etwa durch stress-

reduzierende Techniken, beeinflussen. 5) Eine veränderte Ernährung beeinflusst biologische Funktionen wie z.B. die cerebrale Durchblutung, den endokrinen Status, die ihrerseits auf die kognitiven Funktionen und die affektiven Zustände des Individuums Einfluß nehmen (s. Pennebaker, 1982).

Störungsbereiche

Die Krankheitsbilder, denen sich die Verhaltensmedizin bisher zuwandte, reichen von A (wie Asthma bronchiale) bis Z (wie Zucker, d.h. Diabetes mellitus) (s. Basler & Florin, 1985; Miltner, Birbaumer & Gerber, 1986). Wichtige Themen sind: - Schmerz (Keeser & Bullinger, 1985), - Kardiovaskuläre Störungen und deren Umfeld, einschließlich ihrer Risikofaktoren Bluthochdruck, Übergewicht, Rauchen, Typ A-Verhaltensmuster (Myrtek, 1985; Birbaumer, 1986), - Krebserkrankungen (Greer, 1983), - Gastrointestinale Störungen (Hözl & Whitehead, 1983), - Rheuma (Miltner, 1986), - Gynäkologische Erkrankungen (Gerber, 1986), - Parkinson-Erkrankung (Ellgring, Seiler, Nagel, Perleth, Gasser & Oertel, in Druck), - Eßstörungen (Pirke, Vandereycken & Ploog, 1988) etc.

Ziele von psychologischen Interventionen in der Verhaltensmedizin

Bei ihren Interventionen bemüht sich die Verhaltensmedizin um eine holistische Betrachtung psychologischer und organismischer Vorgänge. Dabei geht es ihr um folgende Ziele:

- 1) Therapeutische Veränderungen von Verhalten, welches selbst die Störung darstellt (z.B. bei Eßstörungen), sowie Veränderung von physiologischen Reaktionen, z.B. durch Biofeedback.
- 2) Veränderung von professionellem Verhalten im medizinischen System, etwa zur Verbesserung der Arzt-Patient-Interaktion.
- 3) Veränderung der "Compliance", d.h. des individuellen Umgangs mit medizinischen Maßnahmen.
- 4) Prävention von Krankheiten und Förderung von Gesundheitsverhalten.
- 5) Aufbau einer adäquaten Krankheitsbewältigung (Coping), um die Krankheitsfolgen zu mildern.
- 6) Veränderung krankheitsfördernder Lebensgewohnheiten.

Welches dieser Interventions-Ziele im Vordergrund steht, hängt von der jeweiligen Problemlage der Patienten ab. Bei den Maßnahmen geht es also um die Beeinflussung

- des Verhaltens,
- kognitiver und emotionaler Prozesse,
- autonomer Prozesse (durch Biofeedback),
- endokriner und immunologischer Reaktionen.

Dazu werden entsprechende Maßnahmen entwickelt und evaluiert. Neben dem Biofeedback sind es vor allem kognitiv-behaviorale Interventionen (Lazarus, 1976) mit

Elementen der Rational-Emotiven Therapie (RET), Fertigkeiten zur Krankheitsbewältigung (coping skills), Training von Problemlösen, Selbstinstruktion und Selbstkontrolle. *Selbstregulation* als wichtiger Bestandteil kognitiv-behavioraler Interventionen soll es Patienten ermöglichen, *Häufigkeit, Dauer und Intensität ihrer Störung* zu reduzieren und damit die Folgen der Erkrankung sowie subjektives Leiden zu lindern. Die Interventionen sind dabei a) aktiv, b) zeitbegrenzt und c) systematisch strukturiert.

Zukünftige Entwicklungen

In jüngster Zeit hat die Verhaltensmedizin eine außerordentliche Erweiterung erfahren. Zunehmend treten die chronischen Erkrankungen als Problembereiche in den Vordergrund. Der Umgang mit der Erkrankung und die Problembewältigung durch die Patienten, aber auch die Reaktionen der Angehörigen auf die Erkrankung bzw. deren "Krankheitsbewältigung" sind hier wesentliche Themen.

Neue Forschungsbereiche wie die Psychoendokrinologie oder die Psychoimmunologie und ihre Verbindung mit emotionalen Prozessen (Solomon & Armkraut, 1983; Lloyd, 1987) eröffnen Möglichkeiten, unsere bisherigen psychobiologischen Modellvorstellungen zu erweitern und zur Verbesserung von Gesundheit beizutragen.

Anmerkung: Für ihre hilfreichen Kommentare und Kritik bedanke ich mich bei Dipl.-Psych. Roselind Lieb und Dipl.-Psych. Ulrike Meusling.

Literatur

- Basler, H. D. & Florin, I. (Hrsg.). (1985). *Klinische Psychologie und körperliche Krankheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Birbaumer, N. (1986). Kardiovaskuläre Störungen. In W. Miltner, N. Birbaumer & W.-D. Gerber (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 171-214). Heidelberg: Springer.
- Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, D. & Krantz, D. S. (1986). *Behavior, health, and environmental stress*. New York: Plenum Press.
- Ellgring, H., Seiler, S., Nagel, U., Perleth, B., Gasser, T. & Oertel, W. H. (in Druck). Psychosocial problems of Parkinson patients: Approaches to assessment and treatment. In M. B. Streifler (Ed.), *9th International Symposium on Parkinson's Disease*. New York: Raven.
- Feist, J. & Brannon, L. (1988). *Health psychology. An introduction to behavior and health*. Belmont: Wadsworth.
- Ferstl, R. & Müller-Ruchholtz, W. (1987). Psychoneuroimmunologie - Ihre Forschungsgebiete und ihre konzeptuellen Probleme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 199-204.
- Gerber, W.-D. (1986). Verhaltensmedizin gynäkologischer Erkrankungen. In W. Miltner, N. Birbaumer & W.-D. Gerber (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 298-309). Berlin: Springer.
- Greer, S. (1983). Cancer and the mind. *British Journal of Psychiatry*, 143, 535-543.
- Hellhammer, D. H., Hubert, W. & Schürmeyer, T. (1985). Changes in saliva testosterone after psychological stimulation in men. *Psychoneuroendocrinology*, 10, 77-81.
- Hölzl, R. & Whitehead, W. E. (Eds.). (1983). *Psychophysiology of the gastrointestinal tract*. New York: Plenum.
- Keeser, W. & Bullinger, M. (1985). Psychologische Verfahren bei der Behandlung von Schmerzen. In W. Pongratz (Hrsg.), *Therapie chronischer Schmerzzustände in der Praxis* (S. 42-105). Berlin: Springer.

- Krante, D. S., Grunberg, N. E. & Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349-384.
- Lazarus, A. A. (1976). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Lloyd, R. (1987). *Explorations in psychoneuroimmunology*. New York: Grune & Stratton.
- Matarazzo, J. D., Weiss, S. M., Herd, J. A., Miller, N. E. & Weiss, S. M. (Eds.). (1984). *Behavioral health*. New York: Wiley.
- Miltner, W. (1986). Rheuma. In W. Miltner, N. Birbaumer & W.-D. Gerber (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 309-333). Berlin: Springer.
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W. D. (Hrsg.). (1986). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Myrtek, M. (1985). Streß und Typ-A-Verhalten, Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit? Eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 35, 54-61.
- Pennebaker, J. W. (1982). *Psychology and physical symptoms*. New York: Springer.
- Pirke, K. M., Vandereycken, W. & Ploog, D. (Eds.). (1988). *The psychobiology of Bulimia Nervosa*. Berlin: Springer.
- Prokop, C. K. & Bradley, L. A. (Eds.). (1981). *Medical psychology. Contributions to behavioral medicine*. New York: Academic Press.
- Reinecker, H. (1988). Verhaltensmedizin. In G. C. Davison & J. M. Neale (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 677-688). München: Psychologie Verlags Union.
- Schmidt-Traub, S. (1989). Psychoneuroimmunologische Störungen am Beispiel allergisch determinierter psycho-vegetativer Beschwerden. *Psychologische Rundschau*, 40, 141-149.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 39, 377-381.
- Solomon, G. F. & Armkraut, A. A. (1983). Emotions, immunity, and disease. In L. Temoshok, C. van Dyke & L. S. Zegans (Eds.), *Emotions in health and illness* (pp. 167-186). New York: Grune & Stratton.
- Tapp, J. T. & Warner, R. (1985). The multisystems view of health and disease. In N. Schneiderman & J. T. Tapp (Eds.), *Behavioral medicine. The biopsychosocial approach* (pp. 1-23). London: Erlbaum.
- Temoshok, L. (1983). Emotion, adaptation, and disease: A multidimensional theory. In L. Temoshok, C. van Dyke & L. S. Zegans (Eds.), *Emotions in health and illness* (pp. 207-233). New York: Grune & Stratton.
- Traue, H. C. (1986). Behavioral Medicine - Verhaltensmedizin. *Psychologische Rundschau*, 37, 195-208.
- Uexküll, T. von (1981). *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin* (2. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Zegans, L. S. (1983). Emotions in health and illness: An attempt at integration. In L. Temoshok, C. van Dyke & L. S. Zegans (Eds.), *Emotions in health and illness* (pp. 235-256). New York: Grune & Stratton.