

Überblick zu den Begriffen
**PSYCHOSOMATIK - VERHALTENSMEDIZIN/VERHALTENSTHERAPIE -
 GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE**

Univ.-Prof. Dr. J.W. Egger, Graz

Heilkundliche Anwendungsbereiche für *Behandlungen mit psychologischen Mitteln*

BEHANDLUNG mit PSCHOLOGISCHEN MITTELN		
Lehrfächer: Klinische Psychologie / Medizinische Psychologie / Psychotherapie / Psychosomatische & Psychotherapeutische Medizin		
PSYCHOSOZIALE P R Ä V E N T I O N als Anwendungsbereich	PSYCHOTHERAPIE Psychotherapeut/in	PSYCHOSOZIALE R E H A B I L I T A T I O N als Anwendungsbereich

definierte wissenschaftlich-psychologische Bereiche:

GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE Gesundheitspsychologe/in	KLINISCHE PSYCHOLOGIE Klinische(r) Psychologe/in
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

definierte medizinische Bereiche:

PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN / PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN Arzt für Psychosomatische Medizin / Arzt für Psychotherapeutische Medizin

wissenschaftliche Zugänge zur „Psychosomatik“:

TIEFENPSYCHOLOGISCHE PSYCHOSOMATIK psychoanalytisch orientierte Psychosomatik Psychodynamik	V E R H A L T E N S M E D I Z I N empirisch-analytische Psychosomatik „Öko-Sozio-Psycho-Somatik“
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zum Terminus PSYCHOSOMATIK

In der *klassischen Psychosomatik* ging es um die Frage, ob psychologische Faktoren eine schädigende Wirkung auf körperliche Vorgänge haben. Konnte dies empirisch plausibel gemacht werden, sprach man von „psychosomatischen Erkrankungen“. Dieses *Psychogenese-Modell* ist im Lichte der modernen biopsychosozialen Theorie obsolet. Hier gilt nämlich, dass bei *jedem* Krankheitsprozess auch psycho-soziale Faktoren als potenzielle Einflussgrößen zu kalkulieren sind. Jedenfalls ist der bereits in die Laiensprache eingewanderte Begriff der "psychosomatischen Krankheiten" nicht länger haltbar. Er suggeriert zwei Klassen von Krankheiten, nämlich psychosomatische und nicht-psychosomatische. Eine solche Dichotomie ist auf der Basis des biopsychosozialen Modells weder logisch richtig noch wissenschaftlich nützlich. Aus diesem Grund wird heute der Terminus „Psychosomatik“ überwiegend als Kürzel für eine umfassendere öko-sozio-psycho-somatische Sichtweise verwendet, welche wiederum auf der epochalen Theorie des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses aufbaut.

Zur Zeit lassen sich im wesentlichen zwei Ansätze zur Psychosomatik ausmachen:

1. eine *tiefenpsychologische Perspektive*, die historisch auf der Psychoanalyse aufbaut und einen hermeneutischen, d.h. verstehenden/deutenden Zugang darstellt und
2. eine empirisch-naturwissenschaftliche Perspektive mit einem heuristischen Ansatz, d.h. einem erklärenden Paradigma, der einem Außenzugang entspricht und weitgehend im Begriff *Verhaltensmedizin* (behavioral medicine) zusammengefasst werden kann.

Beide Ansätze - d.h. der psychoanalytische wie auch der empirisch-analytische - bedienen sich sowohl der idiolektischen bzw. idiographischen Methode als auch der nomothetischen bzw. gruppenorientierten Methode, allerdings mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. So ist z.B. die Datenerfassung als kommunikativer Prozeß auch innerhalb der Verhaltensmedizin gut verankert (Einzelfallanalysen zur Nachzeichnung individueller Wirklichkeiten): Hier geht es um das Schaffen der Wirklichkeit in einem inter-individuellen Prozeß. Der verhaltensmedizinische Ansatz bezieht allerdings den jeweils aktuellen organmedizinischen Wissensbestand ausdrücklich in seine biopsychosozialen Modellvorstellungen zu Krankheitsphänomenen ein und versteht sich nicht als alternative Perspektive sondern als erweitertes Verständnis für medizinische Fragestellungen.

Zur Frage der „Ganzheitlichkeit“ in der Verhaltensmedizin: Kriterien der Wissenschaftlichkeit bestehen nicht nur im Benennen, Beschreiben und Ordnen (Phänomen der Mitteilbarkeit eines Phänomens und damit der Verhandelbarkeit des Phänomens in interindividueller Perspektive), sondern auch in der Verbindung bzw. der Vernetzung dieser Beschreibungen mit anderen Gruppen von Beschreibungen im Sinne einer Modellbildung zum Ziele der Erfassung des "Wesens". Dazu muß allerdings angemerkt werden, daß das Ganze und das Wesen (im Sinne eines "innersten Kerns") aus prinzipiellen Gründen nicht erfaßbar ist. Dies gilt sogar in einer exakten Wissenschaft wie der Physik, weil hier die Heisenbergsche Unschärferelation unüberbrückbare Grenzen des Erfassbaren aufzeigt. Es ist daher logisch und in jeder Hinsicht realistisch, für den Erkenntniserwerb eine reduktionistische Haltung einzunehmen, d. h. mit reduktionistischen Methoden Erkenntnisse zu schaffen. Davon unbenommen besteht weiterhin die Dichotomie zwischen persönlichen Glaubensbekenntnissen (im Sinne von "Was ich anerkennen will und kann") und den Bekenntnissen einer scientific community, also einer wissenschaftlichen Gemeinschaft, im Sinne einer verhandelten Übereinkunft über Aussagesätze.

Verhaltensmedizin als "Empirische Psychosomatik" und Teil der "Psychologischen Medizin"

Die Verhaltensmedizin stellt die zur Zeit aktuellste Entwicklung in den psychosomatischen Wissenschaften dar (hier wird die Idee, daß es psychosomatische und folglich auch nicht-psychosomatische Krankheiten gäbe, endgültig zugunsten einer synergetischen Konzeption von Gesundheit bzw. Krankheit aufgegeben). Die Verhaltensmedizin versteht sich überwiegend als eine angewandte Systemwissenschaft und stellt sich zur Aufgabe, Krankheitsmechanismen im Rahmen eines stark erweiterten und systemtheoretisch formulierten bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses zu erforschen. Die Erkenntnisse aus dieser erfahrungswissenschaftlichen Forschung werden zur Entwicklung moderner pragmatischer Behandlungsmaßnahmen in allen Bereichen der Medizin - und damit bei allen Krankheiten - genützt. Dabei werden für unterschiedliche Störungen bzw. Krankheiten jeweils unterschiedliche (psychologische oder psychophysiologische) Interventionen maßgeschneidert. Verhaltensmedizinische Therapiemaßnahmen haben neben der Einsichtsvermittlung in psychobiologische Zusammenhänge auch konkrete Verhaltensinstruktionen und den Erwerb von Fertigkeiten zum Inhalt. In der Regel werden systematisch Fertigkeiten eingeübt, welche die Patienten hinkünftig in die Lage versetzen sollen, selbst auf ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden Einfluß zu nehmen. Wo immer dies möglich ist, werden die Fertigkeiten so vermittelt, daß sie im Sinne von Selbstregulationskompetenzen bei Bedarf eingesetzt werden können. Die Therapieeffekte verhaltensmedizinischer Interventionen werden kontrolliert und dienen der konkreten Behandlungsoptimierung. Die bis jetzt vorliegenden wissenschaftlich kontrollierten Behandlungsergebnisse weisen die Verhaltensmedizin als die mit Abstand effektivste psychologische Strategie in der Medizin aus.

Charakteristika der Verhaltensmedizin

Theoretischer Hintergrund:

- + interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld (bei dominanter Stellung der empirischen Psychologie) mit konsequent empirischer Orientierung
- + Integration der Erkenntnisse und Techniken unterschiedlicher, für Krankheit und Gesundheit relevanter Wissenschaften (Psychologie, Medizin, Humanbiologie, Physiologie, Sozialwissenschaften)
- + Zusammenfassung der physiologischen, verhaltensmäßigen, erlebnismäßigen und sozialen Aspekte der Krankheitsentstehung und Krankheitsbehandlung zu komplexen biopsychosozialen Modellen
- + Ableitung interdisziplinärer und multidimensionaler Interventionsverfahren aus empirischer, experimenteller und Grundlagenforschung (mit dominanter Stellung der multimodal arbeitenden kognitiv-behavioralen Therapieansätze)

Ziel:

- + Prävention, Therapie und Rehabilitation mit multimethodalen Ansätzen

Interventionsmethoden:

- + Anwendung verhaltenstherapeutischer bzw. klinisch-psychologischer Konzepte und Verfahren bei der Behandlung körperlich imponierender Krankheiten oder organmedizinischer Fragestellungen (inkl. Prävention und Rehabilitation);
 - + gezielter Einsatz psychophysiologischer Technik (z.B. Biofeedback)
-

WAS IST MODERNE, INTEGRATIVE VERHALTENSTHERAPIE?

Die „Verhaltenstherapie“ zählt mit der Psychoanalyse zu den - historisch und wissenschaftlich betrachtet - fundamentalen Psychotherapietraditionen. Wenngleich die vielen theoretischen und praktischen Ansätze (z.B. *klassische Verhaltenstherapie* und *Verhaltensmodifikation*, *rational-emotive Therapie*, *multimodale Therapie* oder *Breitbandverhaltenstherapie*, *(kognitiv-)behaviorale Familientherapie*, *interpersonelle* und *interaktionelle Verhaltenstherapie*, *dialektisch-behaviorale Therapie*, *Verhaltensmedizin* und *Biofeedback*, *kognitive Therapie* und als Sammelbegriff *kognitiv-behaviorale Therapie*) heute kein einheitliches Schulengebäude mehr ergeben, so verbindet doch alle „verhaltenstheoretischen“ Konzepte die Forderung nach empirisch-wissenschaftlicher Überprüfung ihrer Vorgehensweisen und Wirkelemente und die enge Anbindung an den biopsychosozialen Krankheitsbegriff auf der Basis der *organic unity theory* (Körper und Geist sind Phänomene einer Wirklichkeit).

Für die Nutzung dieser bedeutenden, international verankerten und vergleichsweise effektiven Therapierichtung wird heute - insbesondere für die Anwendung innerhalb medizinischer Rahmenbedingungen - eine methodenoffene Konzeption favorisiert, die in ihrer modernen kognitiv-behavioralen Form hier als „integrative Verhaltenstherapie“ oder „psychologische Psychotherapie“ bezeichnet wird. Ihre allgemeinen Kennzeichen sind die gute wissenschaftliche Fundierung, die große Anwendungsbreite, ihre transparente Therapiegestaltung und das breite Spektrum an Methoden sowie der emanzipatorische Ansatz „professionelle Hilfe zur Selbsthilfe“. Dies und die Einbettung in die erweiterte biopsychosoziale Theorie von Gesundheit und Krankheit unterstützt die im postpromotionellen PSY-III-Lehrgang „Psychotherapeutische Medizin“ gewünschte Integration von psychosozialen und biomedizinischen Aspekten in der ärztlichen Praxis in hervorragender Weise.

In der klinischen Praxis bezieht die Verhaltensmedizin ihr Repertoire größtenteils aus der aktuellen „erweiterten“ Verhaltenstherapie. Moderne, integrative Verhaltenstherapie (auch als kognitiv-behaviorale Psychotherapie bezeichnet) umfaßt ein großes Sammelbecken an nachgewiesenen hocheffektiven psychologischen Behandlungsverfahren, welche sich auf bedeutende Befunde der erfahrungswissenschaftlichen Forschung stützen. Diese empirisch-psychologischen

Therapieansätze und Verfahren werden als psychologische Psychotherapie zusammengefaßt und zählen als Einzelpsychotherapieverfahren oder als multimodale Breitbandpsychotherapie zu den zur Zeit erfolgreichsten Möglichkeiten, um therapeutische Veränderungen im Sinne einer Problemlösung in Gang zu setzen und entsprechende Ziele zu erreichen.

Typisch für den verhaltenstheoretischen Ansatz in Diagnostik und Therapie ist die genaue Berücksichtigung aller vier Dimensionen menschlichen Verhaltens: Die Erfassung und Intervention des "Verhaltens" erfolgt auf sozial-motorischer Ebene, auf körperlich-physiologischer Ebene, auf gedanklich-kognitiver Ebene und auf emotional-gefühlsmäßiger Ebene.

Kognitiv-behaviorale Psychotherapien (Verhaltenstherapie und sog. kognitive Therapie) beziehen sich vorwiegend auf das Hier und Jetzt, d. h. auf die gegenwärtige Problemsituation mit all ihren externen und internen Dimensionen. Wichtige Ansatzpunkte sind die konkreten Verhaltensmuster und Sichtweisen einer Person. Verhaltenstherapeuten arbeiten mit Einzelpersonen, mit Eltern, Kindern, Paaren, Familien und Gruppen.

Zentrale Ziele der Verhaltenstherapie sind die Hilfe bei der Veränderung hinderlicher Denk- und Verhaltensmuster sowie eine Unterstützung beim Erlernen zielführender Strategien. Damit sollen Patienten generell mehr Kontrolle über ihr Leben bekommen und sich im Sinne einer emanzipatorischen Entwicklung stärken. Gerade im Bereich sog. körperlicher Krankheiten weist die auf den therapeutischen Grundlagen der VT aufbauende Verhaltensmedizin - im Vergleich zu anderen Psychotherapierichtungen - die größten Erfolge auf (vgl. Grawe et. al. 1993). Damit ist sie für die Medizin ein unverzichtbarer Baustein bei den Anstrengungen um eine Optimierung ihrer Ergebnisse.

PROBLEMANALYSE in der multimodalen Verhaltenstherapie

PROBLEMBESCHREIBUNG

Analyse derzeitiger Lebensbedingungen
Abklärung körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen
Beschreibung lebensgeschichtlicher Entwicklung

Frage 1: Welche Problembereiche sind veränderungsbedürftig?

Gesamtproblem – Teilproblem – konkrete Problembeschreibung
Untersuchung körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen
Lebensgeschichtliche Entwicklung der psychischen Problematik

Frage 2: Welche Gründe sind für die Problemaufrechterhaltung von Bedeutung?

Überblick zu verschiedenen Aspekten einer Problemanalyse
sowie der Analyse von *funktionalen Bedingungen*

FOKUS	ANALYSE
„Verhalten“ in (Problem)Situationen Deskription von Gedanken, Gefühlen, Körperreaktionen und Handlungen	= <i>horizontale Analyse</i> Mikro-Analyse
zeitliche Entwicklung eines Problems samt Problembewältigungsansätze	= <i>vertikale Analyse</i>
Ebene der Regeln und Pläne hierarchische Struktur von Kognitionen	= Plan-Analyse (CASPAR, GRAWE, BARTLING)
innere Leitbilder nicht bewusste Denkautomatismen, handlungsleitende verinnerlichte Haltungen und ihre Entwicklungsgeschichte	= Analyse von Schemata (Schema-Analyse n. YOUNG)
Zusammenhang von Problemen	= Makro-Analyse systemische Analyse: in welchen Systemen bewegt sich der Patient; gibt es Teilsysteme, die sich selbst regulieren?
Struktur und Dynamik von Systembedingungen	= Systemregeln und Regelkonflikte bei Zugehörigkeit zu mehreren Systemen etc.
Strukturdiagnostik sozialer Systeme	=
Prägungen für zwischenmenschliche Kommunikation	= Analyse der Bindungsstile (BOWLBY)

ANALYSE DER RAHMENBEDINGUNGEN

FUNKTIONALE ANALYSE

(entspricht z.T. klassischer Verhaltensanalyse: S-O-R-K-C)

ANALYSE DER KOGNITIONEN

ANALYSE DER MOTIVA

ANALYSE DER BEZIEHUNGEN

ZIELFINDUNG für den therapeutischen Ansatz

Informationen aus Problemanalyse
Persönliche Änderungswünsche
Erwartungen der Sozialpartner
Derzeitige Lebensbedingungen
Therapeutische Möglichkeiten

ANSATZPUNKTE für die Therapie

beim Patienten

bei Bezugspersonen

an den Rahmenbedingungen

Das zielgerichtete Vorgehen in der integrativen Verhaltenstherapie (sowie auch die Verpflichtung den Krankenkassen gegenüber, bereits nach wenigen Therapiestunden eine Reihe von diagnostischen und prozessorientierten Fragen zu beantworten) macht es notwendig, rasch eine *funktionale Bedingungs-analyse des Problems* zu erstellen. Dabei ist klar, dass es hier nicht um eine endgültige, richtige und verbindliche Sicht des Problems geht, sondern um eine *Arbeitshypothese*. Die Bedingungsanalyse wird im therapeutischen Prozess durch laufend hinzukommende Information modifiziert, sie ist also therapiebegleitend. *Funktionale Bedingungsanalyse* heißt zu analysieren, welche Funktion das problematische Verhalten im Leben des Patienten einnimmt. Die oben angeführten Analysen zeigen dazu mögliche Schwerpunktsetzungen.

Verhaltenstherapeutische Grundlagen und Methoden

Die moderne Verhaltenstherapie verfügt über ein breites Methodenspektrum (s. Reinecker 1999), z.B.

Beispiele für Konfrontations- und Bewältigungsverfahren

- ◆ Systematische Desensibilisierung
- ◆ Konfrontation und Reaktionsverhinderung und deren Modifikationen (Flooding, Implosion, graduierte Konfrontation)
- ◆ Training in Angstbewältigung
- ◆ Training in Selbstsicherheit

Beispiele für Operante Methoden

- ◆ Methoden zum Aufbau von Verhalten
- ◆ Strategien zum Abbau von Verhalten
- ◆ Strategien zur Stabilisierung von Verhalten
- ◆ Strategien des Kontingenzmanagements

Modell-Lernen

Lernen am Modell, Nutzen von Vorbildern

Beispiele für kognitive Therapien

- ◆ Verdeckte Verfahren
- ◆ Ellis: Rational-Emotive Therapie
- ◆ Kognitive Therapie nach A. T. Beck
- ◆ Kognitive Verhaltenstherapie nach D. Meichenbaum
- ◆ Problemlösen als kognitive Therapieverfahren
- ◆ „Paradoxe“ Interventionenansätze

Beispiele für Selbstkontrolle/Selbstregulation/Selbstmanagement

- ◆ Arbeit mit dem SORK-Schema
- ◆ Reizkonfrontations-Reaktionsverhinderungs-Verfahren
- ◆ Systematische Desensibilisierung, psychologische Entspannungsverfahren
- ◆ Biofeedback-Verfahren
- ◆ Verhaltenstrainings, insbesondere Rollenspiele
- ◆ Sonstige Fertigkeitentrainings, Therapie sozialer Kompetenz
- ◆ Teufelskreis der Angst und dysfunktionale Gedanken
- ◆ Tagebücher, Protokolle und Listen

sowie viele weitere Verfahren, die als Einzeltechniken (z.B. PME, EMDR ...) oder modulare Bausteine (Therapiemanuale) in den Prozess der Behandlung integrierbar sind

vgl. Vogel, R. T. (2005). Verhaltenstherapie in psychodynamischen Behandlungen. Theorie und Praxismanual für eine integrative Psychodynamik in ambulanter und stationärer Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 72; mod. J.W. Egger 2006

Abfolge von Interventionsschritten im Prozeß der Veränderung von gesundheitsriskantem Verhalten
psychologisches Vorgehen in der Gesundheitspsychologie

Orientierungsphase

Erhebung eines Risiko- und Schutzfaktorenprofils auf allen relevanten Dimensionen;
Fähigkeiten/Fertigkeiten/Ressourcen und deren Mangel; Verhaltens- bzw. Lebensstilerkundung

Klärung des(r) Problems(e) und Problemanalyse

Definition des Anforderungs-Belastungs-Problems mit Änderungsnotwendigkeit bzw. -absicht
auf Makro-, Meso und Mikroebene (diagnostischer Prozeßteil); Verständnis/Einsicht/Erkenntnis

Klärung von Therapieziel(en) und Analyse derselben

allgemeine und konkrete Zielvorstellungen, Ressourcenaktivierung und Motivation für Veränderungsprozeß

Planung der Intervention

Skizzierung von konkreten Veränderungsschritten auf allen Verhaltensebenen und situativen Bezügen

Auswahl von Methoden und deren Durchführung

ressourcenorientiertes Vorgehen für konkrete Änderungsschritte, Erprobung der Elemente des sozial-
kognitiven Prozeßmodells für gesundheitliches Verhalten und reale Umsetzung/Bewährung;

prozessbegleitende Evaluation der Interventionen

Dokumentation und Reflexion des Erreichten mit der Option zur

Optimierung von Zielen

Nachjustierung von Therapiezielen, erfahrungsgel leitete Anpassung, Ergebnisoptimierung

Rückfallsprophylaxe und Endphase des Interventionsprozesses

Reflexion des Therapierationalen, Herstellen von commitments (innerhalb der eigenen Person, zu
Bezugspersonen aus dem sozialen Umkreises d.h. Familie/Partner/Freundes- u. Bekanntenkreis/Vereine, zu Tieren
oder Objekten, Tagebuch), Booster-Sitzungen mit Therapeuten, Katamnese

Überblick über Wirkfaktoren in Psychotherapien
(Psychotherapien = Therapien mit psychologischen Mitteln)

<p>RESSOURCENAKTIVIERUNG</p> <p>Ausschöpfung von vorhandenen spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Pat.; Aktivierung möglicher "Selbstheilungskräfte", was ist trotz Krankheit möglich z.B. positive Therapieerwartung und -motivation, soziales Netz, positive therapeutische Beziehung ...</p>	<p>PROBLEMAKTUALISIERUNG</p> <p>Prinzip der realen Erfahrung, Bedeutungsänderung durch aktuelles Erleben aufseiten des Pat.; Problem und deren Änderungsmöglichkeit erfahrbar machen "Reden=Silber, Handeln=Gold"; konkretes Handeln in der problematischen Situation; Rollenspiel ...</p>
<p>PROBLEMBEWÄLTIGUNG</p> <p>aktive therapeutische Hilfe zur Problembewältigung, anleiten, zeigen; konkretes Können, Veränderungskompetenz (Bewältigungsperspektive) Hilfe zur Selbsthilfe</p>	<p>PROBLEMKLÄRUNG</p> <p>aktive therapeutische Hilfe zu Einsicht und Verständnis, „Aufklärung“ (Tiefenperspektive, Erkenntnisdimension) Bedeutung & Motivation für Problemverhalten ergründen warum verhält sich Pat. so, was steckt dahinter</p>

zusätzlich:

Therapie verfolgt intrapersonellen Ansatz versus interpersonellen Ansatz

vgl. (1) Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe (2) Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Charakteristika der Gesundheitspsychologie

Theoretischer Hintergrund:

- + Teildisziplin der Psychologie, die Kenntnisse und Kompetenzen psychologischer Anwendungsfächer (Klinische Psychologie, Psychodiagnostik, Sozialpsychologie) für Gesundheitsbereich nutzbar macht
- + basiert auf positivem Gesundheitsbegriff (Gesundheit ist mehr als Abwesenheit von Krankheit) und biopsychosozialen Perspektiven von Krankheit und Gesundheit
- + primär bevölkerungsbezogener Ansatz (und weniger individueller Ansatz, wie er für die Psychotherapie typisch ist)

Ziele:

- + primär Förderung und Erhaltung von Gesundheit (Prävention)
- + Verhütung (Behandlung, Rehabilitation) von körperlichen Krankheiten
- + Diagnose und Ursachenidentifikation von Gesundheitsstörungen (z.B. Bestimmung von Risikoverhaltensweisen)
- + Verbesserung des Gesundheitsversorgungssystems

Interventionsmethoden:

- + Vorgehen mehr psycho-edukativ (Informierung, Aufklärung, Anleitung) als therapeutisch orientiert
 - + richtet sich eher an Personengruppen als Individuen
-

Definition und Arbeitsbereich der Gesundheitspsychologie

Die *Gesundheitspsychologie* stellt ein noch junges Teilgebiet der Psychologie dar, das nach US-amerikanischem Vorbild in Deutschland und Österreich erst Ende der achtziger Jahre entstanden ist. Psychologen haben sich zwar schon immer mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt, doch gab es zuvor kein Fach, das diese Thematik systematisch und empirisch in Forschung und Lehre bearbeitet hat. Die *Gesundheitspsychologie* ist vor dem Hintergrund eines *positiven Gesundheitsbegriffs* und aus der Einsicht in die Verhaltensbestimmtheit vieler Gesundheitsschäden entstanden. Sie folgt einer biopsychosozialen statt einer biomedizinischen Perspektive und hat die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ebenso zum Ziel wie die Untersuchung menschlichen Verhaltens angesichts von Erkrankungen.

MODELLE ZUM VERSTÄNDNIS VON "GESUNDHEIT"

ABSTRAKTIONSEBENE
Gesundheitsdimension:

I. Gesundheit als somatische Unauffälligkeit organische bzw. körperliche Funktionstüchtigkeit; <i>Beobachterperspektive:</i> Gesundheit als Ausschluss eines organopathologischen Befundes (ergibt <i>eine</i> Gesundheit, aber viele Krankheiten); <i>therapeutischer Ansatz:</i> Primärprophylaxe; prinzipiell: Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten (Therapeut als "Techniker"); kein Handlungsbedarf außer z.B. Schutzimpfung oder Risikofaktorenaufklärung; <i>Focus:</i> Außenperspektive	biomedizinisch (health)
II. Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten <i>Erlebnisperspektive:</i> Gesundsein, Wohlbefinden, Vitalitätsgefühl; <i>therapeutischer Ansatz:</i> Gesundheitswissen, Gesundheitsmotivation, Gesundheitsverhalten (Gesundheitskompetenz); prinzipiell: Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator) persönlichkeitsgebundene und situative Verhaltensrisikofaktoren und Schutzfaktoren; <i>Focus:</i> Innenperspektive	psychologisch (wellness)
III. Gesundheit als salutogene Mensch-Umwelt-Paßform <i>Metaperspektive:</i> Gesundheit als gelungene Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen; <i>therapeutischer Ansatz:</i> Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen, Änderung von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen prinzipiell: (Mit)Verantwortung der sozialen und ökologischen "Umwelt"politik; public health; <i>Focus:</i> Metaperspektive	öko-sozial (public health)

Synthese: DER BIO-PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEITSBEGRIFF

umfasst alle drei Dimensionen (Abstraktionsebenen I+II+III) von "Gesundheit" in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten "ganzheitlichen" Verständnisses

Die *Entstehung* des Faches *Gesundheitspsychologie* ist historisch durch mindestens vier Trends angeregt worden (vgl. Schwarzer 1990):

- (a) Veränderung des Gesundheitsbegriffs: Gesundheit wird nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern als ein positiver Zustand;
- (b) Wechsel vorherrschender Krankheiten und Todesursachen: Während früher die akuten Infektionskrankheiten und Epidemien vorherrschten, sind es heute die chronisch-degenerativen Erkrankungen, die sich teilweise auf ungesunde Lebensgewohnheiten zurückführen lassen, sowie Unfälle und andere verhaltensbedingte Gesundheitsschäden;
- (c) Kostenexplosion im Gesundheitswesen: Die kurative Medizin ist auf Dauer nicht finanzierbar; legt man daher den Schwerpunkt auf Prävention, dann kommt der Förderung des Gesundheitsverhaltens die höchste Bedeutung zu;
- (d) Paradigma-Wechsel: In der Forschung wird das biomedizinische Modell allmählich vom biopsychosozialen Modell abgelöst.

RISIKOFAKTOREN	SCHUTZFAKTOREN
<p>externe und interne Bedingungen, die einen Krankheitsprozeß "verursachen", auslösen, beschleunigen, zum Vorschein bringen oder aufrechterhalten können</p>	<p>externe und interne Bedingungen, die einen Krankheitsprozeß verhindern oder verzögern sowie die Heilung beschleunigen können</p>
<p>Erbanlagen und aktueller Zustand des Organismus</p>	<p>Erbanlagen und aktueller Zustand des Organismus</p>
<p>physiko-chemische und soziale Umweltbedingungen (Noxen) (z.B. Überforderung unserer Bewältigungskapazitäten durch Schadstoffe in Luft und Nahrung, Lärm, Drogen, hohe soziale Dichte/Überbevölkerung)</p>	<p>physiko-chemische und soziale Umweltbedingungen (Ressourcen) (biologisch "passende" Lebensbedingungen, adäquates psychosoziales Netzwerk)</p>
<p>Gesundheitsverhalten persönlichkeitsabhängige und situativ gebundene <i>Verhaltensrisikofaktoren</i>:</p> <p style="text-align: center;"><i>physiologisch</i> <i>sozial-motorisch</i> <i>gefühlsmäßig-gedanklich</i></p> <p>(z.B. Fehlernährung; Drogenkonsum inform von Zigarettenrauchen, Alkoholabusus, Medikamentenabusus; Bewegungsmangel; Konfrontation mit Noxen; Angst; Hoffnungslosigkeit; Überforderung der psychologischen Bewältigungsmöglichkeiten)</p>	<p>Gesundheitsverhalten persönlichkeitsabhängige und situativ gebundene <i>psychologische Schutzfaktoren</i>:</p> <p style="text-align: center;"><i>physiologisch</i> (Bedachtnahme auf und Training der eigenen körperlichen Möglichkeiten) <i>sozial-motorisch</i> (erlebter sozialer Rückhalt bzw. soziale Sicherheit, "sinnerfüllte" Lebensroutine) <i>emotional-kognitiv</i> (ausgeprägtes Kohärenzgefühl: Optimismus/Zuversicht, Humor/Distanz, aktive sicherheitsvermittelnde Alltagsrituale)</p>

© Egger 1993

Der Gegenstand der *Gesundheitspsychologie* liegt vor allem in der Bestimmung und Veränderung von Verhaltensweisen und Kognitionen, die mit Krankheitsrisiken verbunden sind oder die der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung dienen. In Erweiterung einer Formulierung von Matarazzo (1980, s. Schwarzer 1990) ist zur Zeit folgende Definition gängig:

Gesundheitspsychologie ist ein wissenschaftlicher Beitrag der Psychologie zur

- 1) Förderung und Erhaltung von Gesundheit,
- 2) Verhütung und Behandlung von Krankheiten,
- 3) Bestimmung von Risikoverhaltensweisen,
- 4) Diagnose und Ursachenbestimmung von gesundheitlichen Störungen,
- 5) Rehabilitation und
- 6) Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung.

Sie befaßt sich vor allem mit der Analyse und Beeinflussung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen des Menschen auf individueller und kollektiver Ebene sowie mit den psychosozialen Grundlagen von Krankheit und Krankheitsbewältigung.

Dahinter steht die Auffassung, daß viele Krankheiten und Gesundheitsschäden vermeidbar wären, wenn sich Menschen anders verhalten würden. Gesundheit als ein positiver körperlich-psychosozialer Zustand ist beeinflussbar durch die Art und Weise, wie wir mit uns selbst umgehen, wie wir Risiken meiden, Anforderungen bewältigen und Ressourcen aufbauen. Für eine Reihe von Krankheiten läßt sich heute schon angeben, welche Verhaltensweisen ihr Auftretensrisiko erhöhen und welche es mindern. Es gibt psychologische Faktoren, denen eine Mitverursachung organischer Krankheiten zugeschrieben wird, und es gibt Verhaltensweisen, die nach Beginn einer Krankheit deren Verlauf beeinflussen und somit einen Einfluß auf die Genesung und Rehabilitation ausüben.

Die *Gesundheitspsychologie* befaßt sich dabei nicht nur mit dem Verhalten einzelner Menschen, sondern auch mit kollektiven Verhaltensweisen, z. B. in Familien, Schulklassen oder Betrieben, und schließlich auch mit der Analyse und Beeinflussung gesellschaftlicher Normen, die sich auf Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsgewohnheiten auswirken. Die *Gesundheitspsychologie* kann empirisch begründetes Änderungswissen für sozialtechnologische Maßnahmen und gesundheitspolitische Entscheidungen liefern (Schwarzer, 1990, 1992).

Seit den 80er Jahren hat sich - praktisch parallel zur Entwicklung in Deutschland - auch in Österreich der Begriff *Gesundheitspsychologie* als Teildisziplin der wissenschaftlichen Psychologie etablieren können (Egger 1993). Gesundheit und Krankheit werden dabei von einem typisch psychologischen Standpunkt aus konzipiert, d. h. psychologische Variablen des Erlebens und Verhaltens werden als zentrale Merkmale für die Verursachung, Entwicklung, Ausbildung, Aufrechterhaltung bzw. Beeinflussung von Gesundheits- bzw. Krankheitsprozessen aufgefaßt. Betrachtet die *Verhaltensmedizin* - als ebenfalls relativ junges Arbeitsgebiet im Schnittpunkt zwischen Psychologie und Medizin - vorwiegend den ätiopathogenetischen Krankheitsprozeß und die darauf bezogenen kurativen Möglichkeiten, so widmet sich die *Gesundheitspsychologie* - zumindest nach ihrem bisherigen Ansatz - verstärkt dem präventiven Bereich.

Die Gesundheitspsychologie beschäftigt sich also insbesondere mit jenen psychologischen Faktoren, die bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit, der Vorbeugung von Krankheit, der Behandlung bestehender Erkrankungen bis hin zur Anpassung an chronische Krankheiten maßgeblich beteiligt sind.

Die bisherige theoretische und praktische Arbeit konzentrierte sich auf inhaltliche Themen wie *Gesundheitsförderung, Änderungsmöglichkeiten für gesundheitsrelevantes Verhalten, soziale Unterstützung, Streßbewältigung und Erholungsprozesse oder Familie und Gesundheit*. Mit diesen Konzepten wird der Krankheitsforschung eine *Gesundheitsforschung* gegenübergestellt, wiewohl letztere in vielen Bereichen bisher nur eine Standpunktverlagerung oder Schwerpunktversetzung zu den bisherigen medizinischen Theorieansätzen darstellt.

Gesundheitspsychologie in Prävention und Intervention

Für die **Gesundheitspsychologie** typisch ist ein zentraler psychologischer Zugang zum Thema Gesundheit. In guter Übereinstimmung zu den entsprechenden empirischen Forschungsergebnissen wird davon ausgegangen, daß zunehmend mehr Gesundheitsprobleme damit zu tun haben, wie wir leben und nicht bloß damit, daß es externe Krankheitsursachen gibt, die gleichsam wie ein Schicksal oder Unglück über uns hereinbrechen. Konsequenterweise erwächst daraus mehr Eigenverantwortung für das Individuum aber auch für die Gesellschaft. Für den Gesundheitszustand des einzelnen wie der Bevölkerung ergibt sich damit eine vergrößerte Einflußmöglichkeit im Sinne einer geplanten und aktiven Gesunderhaltung und Mitkontrolle von Krankheitsentstehung.

Prävention

Die Gesundheitspsychologie, ein genuin psychologischer Beitrag für das Gesundheitswesen, kann als einer der zentralen Bestandteile der psychosozialen Prävention gesehen werden. Diese meint im Kern die wissenschaftlich begründeten psychologischen Interventionen zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens. Darin eingeschlossen ist die Einflußnahme auf Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sowohl auf Bevölkerungs-, Kleingruppen- als auch auf individueller Ebene. Im Prinzip geht es um Initiativen zur Stärkung erwünschter Gesundheitsverhaltensweisen und zur Eindämmung unerwünschter oder riskanter Verhaltensweisen. Um der Gefahr einer esoteriknahen oder erlösungsversprechenden Grundhaltung zu entgehen, besteht eine enge wissenschaftliche Bindung an die empirisch-analytisch arbeitende psychologische Forschung. Die Gebietsbezeichnung „Gesundheitspsychologie“ umfaßt daher sowohl die bereits etablierten anwendungsorientierten Konzepte wie „Gemeindepsychologie“, „Gesundheitspsychologische Dienste“, „Psychologische Beratungsstellen“, Selbsthilfegruppen-Initiativen usw. als auch deren theoretische Grundlagenforschung.

Von den vielen Möglichkeiten, theoretische wie praktikable Veränderungsstrategien für jene Menschen bereitzustellen, welche von riskanten oder unerwünschten Gesundheitsverhaltensweisen betroffen sind, kommt der Gesundheitspsychologie ein besonderer Stellenwert zu. Sie kann relevantes Wissen über Risikosituationen und Risikodispositionen bereitstellen, und andererseits konkrete Hilfestellung bei der Erweiterung der gesundheitsbezogenen Handlungskompetenzen leisten. Diese Ansätze beziehen sich sowohl auf die Veränderung von konkreten *Umweltbedingungen* (z.B. Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit von gesundheitsschädigenden Substanzen. Gestaltung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen) als auch auf die Veränderung von individuellen Einstellungen und Verhaltensmustern (z.B. Verkehrsverhalten, Rauchverhalten ...).

Der Gegenstand der Gesundheitspsychologie hat in seinem Zentrum das Thema des *Gesundheitsverhaltens*. Der darin zum Ausdruck kommende typisch psychologische Zugang zu Krankheit und Gesundheit ist ein Gesundheitsbegriff mit Betonung auf Prävention. Dazu muß allerdings angemerkt werden, daß *Gesundheit* an sich eine *Fiktion* ist. Systemtheoretisch gesehen sollten wir besser von der Potenz des Menschen und seiner Systeme reden, bei Funktionsstörungen auf beliebiger Ebene des dynamischen Lebensprozesses autoregulativ erfolgreich zu wirken. Nicht die Abwesenheit von Störung bedeutet Gesundheit, sondern die selbstregulative Fähigkeit, mit diesen Störungen fertig zu werden.

So wertvoll der neue Begriff und auch die damit verbundenen Arbeitsbereiche der Gesundheitspsychologie sind, so unsicher wird auch der theoretische Boden für manch präventive Strategie. *Prävention* verlangt genaugenommen nach einer ausreichend guten Theorie für Ursache-Wirkungszusammenhänge. Da Gesundheitsphänomene hochkomplex organisiert sind und besser in systemtheoretischen Begriffen beschrieben werden als in einfachen Ursache-Wirkungs-Ketten, bleibt ein mehr oder minder hoher Grad an Unsicherheit, ob eine präventive Strategie tatsächlich die erwünschten Effekte bringt, und ob nicht neben den erwünschten auch gravierende unerwünschte Effekte eingehandelt werden.

Wie könnte ein interventiver Ansatz gefunden werden, der angesichts der Gesamtheit der Lebensrisiken sich als erstrebenswertes Ziel anbietet? Ralf Schwarzer (1992, S. 302) macht in seinem verdienstvollen Buch „Psychologie des Gesundheitsverhaltens“ dazu folgenden Vorschlag. Die allgemeine Risikotoleranzschwelle senken, ohne daß die Betroffenen überängstlich werden. Es kommt darauf an, die nötigen von den unnötigen Risiken zu unterscheiden und sich auf wohldosierte Weise den Lebensgefahren auszusetzen.

Diese Position muß aber erst einmal gesellschaftlich verhandelt werden, um eine ausreichende Akzeptanz zu erhalten. Dabei wird uns klar, daß jede Sozietät zu jeder Zeit die Prioritäten für ihr „Gesundheitsverhalten“ fortwährend zu diskutieren und zu definieren hat. Eine Aufgabe, die zwar von der *Gesundheitspsychologie* mitverantwortet, niemals aber allein gelöst werden kann. So gesehen relativiert sich natürlich auch vieles, was an (psychologischen und anderen) Techniken zur Änderung eines riskanten gesundheitlichen Verhaltens erforscht und angepriesen wird. Für die momentane Phase in der die *Gesundheitspsychologie* noch ein relativ junges Kind der österreichischen *Gesundheitspolitik* ist, darf postuliert werden, daß sie im wesentlichen zur Verbreiterung des Handlungsspielraumes beitragen kann. Sie ist hilfreich dabei, die gesundheitsförderlichen und krankheitsverhütenden Handlungskompetenzen unserer Bevölkerung zu verbessern. Das Ziel könnte darin liegen, den Bürger vermehrt zum wissenden und handlungsfähigen Experten seiner eigenen Gesundheit werden zu lassen. Daß dies darüberhinaus ein kulturelles Anliegen darstellt, ist leicht einzusehen und zeigt nur auf, wie sehr gesundheitspsychologische Aspekte mit gesundheitspolitischen Themen verknüpft sind.

Intervention

Die dahinterliegenden Denkmodelle für Konzepte der angewandten Gesundheitspsychologie und die Vorgehensweisen zum Zwecke von Verhaltensänderungen sind in nachstehender Tabelle dargestellt.

therapeutische Rollen im Interventionsprozess

Formen interventiver Beziehungen
Funktionen, die der Therapeut im Interventionsprozeß einnehmen kann
a. Therapeut ist primär T E C H N I K E R Objekt/Objekt-Beziehung bzw. Subjekt/Subjekt-Beziehung idealiter: Gesundheitspsychologe als Experte löst das Problem (z.B. Akutsituation)
b. Therapeut ist primär K A T A L Y S A T O R Objekt/Subjekt-Beziehung idealiter: Bedingungen schaffen, unter denen der Patient oder Klient das Problem lösen kann (z.B. Intervention als "Hilfe zur Selbsthilfe")
c. Therapeut ist primär B E G L E I T E R Der Therapeut ist primär teilhabender Begleiter des leidenden Menschen in der gemeinsamen Raum-Zeit; Einheit von Objekt und Subjekt idealiter: Therapeut kann Leid des Patienten/Klienten aushalten, ohne daß Problemlösung möglich erscheint; Wirken durch Da-Sein (z.B. in der Behindertenarbeit, Sterbebegleitung)

vgl. Pieringer, W., Egger, J. & Stix, P. (1991). Zum Selbstverständnis der Psychotherapie. *Psychologie in der Medizin*, 2, 1, 3-5 (Wien: WUV).

Für die Praktiker der Gesundheitspsychologie ist schnell einsichtig geworden, daß bei allen Veränderungsstrategien gesundheitlichen Verhaltens davon auszugehen ist, daß der Mensch ein schmerzorientiertes Wesen ist. Er reagiert primär auf schmerzhaft empfundene körperliche oder seelische Natur, d.h. er ist dann eher bereit, Gewohntes zu unterbrechen und Änderungen in Angriff zu nehmen, wenn sich dies als „schmerzliche Notwendigkeit“ herausstellen sollte. So hat sich auch im Rahmen der präventiv arbeitenden Gesundheitspsychologie ein symptom-orientiertes Vorgehen durchaus bewährt, wenngleich dies keinesfalls zufriedenstellend ist. Im Kontrast zum klinischen Krankheitsmodell, welches vom Pathologischen ausgeht (also von dem, was krankhaft oder defizitär bzw. nicht funktionstüchtig ist), geht das psychologische Modell der Selbstkontrolle von Gesundheit und Krankheit davon aus, was an positiven Ressourcen im Bereich der physikochemischen und sozialen Umwelt sowie der physiologischen und psychologischen Personalfaktoren zu einem bestimmten Zeitpunkt gegeben ist. Es wird also davon ausgegangen, was funktioniert, was an Möglichkeiten bzw. an Reserven trotz kritischer Anforderungen oder Belastungsreaktionen ausgemacht werden kann (ressourcenorientiertes Vorgehen). Generell wäre für die präventive Arbeit natürlich eine Lebensgenüßerziehung bzw. eine gelenkte Beeinflussung in Richtung Lebensfreude, Friedfertigkeit und Konfliktlösekompetenz erwünscht. Auch dies waren Bestandteile eines entsprechenden Gesundheitswissens, die in eine entsprechende Gesundheitsmotivation und letztendlich in einem angepaßten Gesundheitsverhalten resultieren sollten (Abele/Becker, 1991).

Einen idealtypischen Ablauf einer gesundheitspsychologischen Intervention skizziert Tab. 2 (mehrstufiger Prozeß zur Problemanalyse, Problemerkklärung, Veränderungszielfindung, Problemlösung und Rückfallsprophylaxe). Die Ähnlichkeit zu herkömmlicher psychologischer therapeutischer Arbeit ist augenscheinlich und verdeutlicht die Position, daß die Veränderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen dem Wesen nach ein (präventiv orientierter) heilkundlicher Prozeß ist. (Ablaufrichtung in der Zeit (von oben nach unten) und an einem beliebigen Punkt notwendige Überprüfungsschritte (von unten nach oben) (vgl. verhaltenstherapeutisches Standardvorgehen n. Schmelzer 1985, s.a. Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1991)

Im Unterschied zu public health, welche auf eine externe Verhaltensregulation der Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppen abzielt, fokussiert die Gesundheitspsychologie auf eine interne (motivationale) Verhaltensregulation von Individuen oder speziellen Risikogruppen. Ihr emanzipatorischer Ansatz liegt darin, daß sie mit ihrer Gesundheitsförderung den Menschen in die Lage versetzen will, Kontrolle über seine Gesundheit auszuüben, diese zu verbessern und das Gesundheitsbewußtsein insgesamt zu stärken. Dabei sind die Erzeugung von sozialer Kompetenz und Selbstwirksamkeitserwartung, die Unterstützung kognitiver Problemlösungsfähigkeiten, der Erwerb von Techniken der Stressbewältigung und eigengesteuerten Verhaltensmodifikation sowie der Aufbau und Erhaltung eines hilfreichen sozialen Netzwerkes einige der zentralen Elemente dieser Gesundheitsförderung (Schwarzer 1990, 1992).

Schlussbemerkung

Die Gesundheitspsychologie braucht die *Vernetzung mit den anderen Gesundheitsberufen*, z.B. mit Ärzten, Gesundheitspolitikern, aber auch mit überregionalen und lokalen Gesundheitseinrichtungen. Gesundheit und Krankheit fallen nicht in die Kompetenz eines einzelnen Berufszweiges, weder den der Ärzte noch den der Psychologen. Es handelt sich dabei – wie erwähnt – um hochverzweigte und vielschichtige Prozesse, welche effektive Formen der theoretischen und praktischen Zusammenarbeit erfordern. Viele präventive Initiativen sind gescheitert, obwohl – oder gerade weil – eine hochmotivierte Arbeits- und manchmal auch euphorische Erwartungshaltung hinsichtlich des Machbaren an ihren Anfängen stand. Dies führte in der Vergangenheit nicht selten zu beruflicher und politischer Frustration bei den Beteiligten und hat zudem Geldmittel gebunden, die vernünftiger hätten eingesetzt werden könnten. Eine Mischung aus profunder Kenntnis der Grundlagen, strategischer und operationaler Fertigkeiten bei der Umsetzung präventiver Programme und auch eine wohltdosierte Portion Skepsis und Geduld sind wahrscheinlich die besseren Begleiter.

weiterführende Literatur:

- Abele A. & Becker P. (Hrsg.). (1991). Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim: Juventa.
- Antonovsky, A. (1981) in Becker, P. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit. Göttingen: Verlag für Psychologie (Hogrefe).
- Becker, P. (1995). Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Göttingen Hogrefe.
- Beutel, M. (1989). Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39, 452-462.
- Egger, J. & Schoberberger, R. (1993) Gesundheitspsychologie in Österreich - Analyse und Befund zum status quo. Psychologie in Österreich, 13, 1/2, 3-9
- Egger, J. (1993). (Hrsg.). Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Egger, J. (1998). Gesundheitsverhalten und Motivation. In Kryspin-Exner, I.; Lueger-Schuster, B. & Weber, G. (Hrsg.) (1998). Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Wien: WUV, S. 120-142.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Kaiser, P. (1986). (Hrsg.). Glück und Gesundheit durch Psychologie? Konzepte, Entwürfe, Utopien. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). Selbst-Management-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Knoll, N.; Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). Einführung in die Gesundheitspsychologie. München: Reinhardt.
- Krystin-Exner, I.; Lueger-Schuster, B. & Weber, G. (Hrsg.) (1998). Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Wien: WUV.
- McKeown T. (1976): The role of medicine. Nuffield provincial and hospitals trust, London
- Noack H. (1994). Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte, Institut f. Sozialmedizin, Univ. Graz
- Pieringer, W., Egger, J. & Stix, P. (1991). Zum Selbstverständnis der Psychotherapie. Psychologie in der Medizin, 2, 1, 3-5.
- Schmelzer, D. (1985) in Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). Selbst-Management-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Schwarzer, R. (1997). (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Vogel, R. T. (2005). Verhaltenstherapie in psychodynamischen Behandlungen. Theorie und Praxismanual für eine integrative Psychodynamik in ambulanter und stationärer Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 72; mod. J.W. Egger 2006

Autor:

Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER, Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz, Villa Hahnhof, Roseggerweg 50, A-8036 Graz. e-mail: josef.egger@meduni-graz.at

Zitierung:

Egger, J.W. (1999). Gesundheitspsychologie: Gesundheitsverhalten und Gesundheitsmotivation. *Psychologische Medizin*, 1999, 10, 1, 3-12.