

KONZEPT EINER GRUPPENTHERAPIE FÜR HYPOCHONDRISCHE PATIENTEN

Ulrike Lupke & Winfried Rohr

Zusammenfassung

Hypochondrie ist gekennzeichnet durch die Befürchtung oder auch Überzeugung des Betroffenen, an einer ernsthaften, möglicherweise lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden oder erkrankungsgefährdet zu sein. Infolge dieser Befürchtung konsultieren die Patienten mit dem Wunsch nach medizinischer Rückversicherung häufig Ärzte, kontrollieren selbst ihre gesundheitlichen Funktionen und vermeiden symptomauslösende körperliche Anstrengungen und Sozialkontakte. Bei ausschließlich somatomedizinischer Behandlung kommt es zu einem chronischen Krankheitsverlauf. Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze für diese Störung stammen aus dem englischsprachigen Raum; Behandlungsleitlinien für gruppentherapeutische Ansätze fehlen jedoch. In der vorliegenden Arbeit wird ein stationäres standardisiertes Behandlungskonzept der Hypochondrie vorgestellt. Dieses beinhaltet eine störungsspezifische Gruppentherapie unter Einbeziehung videogestützter Psychoedukation, Expositionen in vivo, Sporttherapie und integriert die psychotherapeutische mit der organmedizinischen Behandlung.

Schlüsselwörter Hypochondrie - somatoforme Störungen - stationäre Verhaltenstherapie - Verhaltensmedizin - Gruppentherapie

Summary

Typical features of hypochondriasis are the fear and conviction to suffer from a severe disease or to be in immanent danger to fall severely ill. As a result the patients with hypochondriasis tend to seek repeated medical assurance, to control their bodily functions and to avoid bodily exercise or social contacts eliciting bodily symptoms. The course of the disorder is chronic with somatomedical treatment only. Behaviour-therapeutic treatment approaches are existing; concepts for group-therapy are lacking. This paper presents a standardised treatment concept for hypochondriasis in an in-patient setting. A specialised group-therapy with psychoeducation using video, exposure in vivo and sports therapy has been developed. The somatomedical treatment is integrated into the psychotherapeutic treatment.

KeyWords Hypochondriasis - somatoform Disorder - in-patient treatment - behavioral medicine- group therapy

Störungsbeschreibung

Entsprechend den Diagnosekriterien der gängigen Klassifikationssysteme ist die Hypochondrie durch das Vorliegen von Befürchtungen oder auch die Überzeugung des Betroffenen gekennzeichnet, an einer ernsthaften, möglicherweise lebensbedrohlichen Krankheit zu leiden oder erkrankungsgefährdet zu sein. Diesen Krankheitsannahmen liegen zumeist körperliche Beschwerden zugrunde, die der Betroffene als Indikatoren einer bedrohlichen Erkrankung fehlinterpretiert. Derartige Fehlinterpretationen körperlicher Vorgänge sind als vorübergehende Befürchtung bei vielen Menschen vorhanden; sie verschwinden jedoch zumeist nach einer angemessenen medizinischen Untersuchung und Aufklärung über deren Unbedenklichkeit (Kellner et al., 1986). Kennzeichen der Hypochondrie hingegen ist die Persistenz von Krankheitsbefürchtungen auch nach entsprechender somatomedizinischer Untersuchung und Aufklärung. Dementsprechend liegt bei den betroffenen Personen ein somatisches Erklärungsmodell der Körperbeschwerden vor; sie erwarten deshalb eine somatomedizinische Behandlung und lehnen häufig eine psychotherapeutische oder auch psychiatrische Behandlung ab (Warwick & Salkovskis, 1990). Bei somatomedizinischer Behandlung der Körperbeschwerden kommt es zu einer Persistenz der Störung; so stellten Noyes et al. (1994) bei zwei Drittel aller hypochondrischen Patienten

nach einem Jahr somatischer Behandlung weiterhin die Diagnose einer Hypochondrie. Bei allen untersuchten Patienten war eine Persistenz des hypochondrischen Verhaltens zu beobachten. Ferner kommt es im langjährigen Verlauf dieser somatischen Behandlung häufig zu einer Chronifizierung körperlicher Beschwerden und gesundheitsbezogener Ängste, die eine deutliche Einbuße der Lebensqualität, Arbeitslosigkeit bis hin zur Berentung und sogar eine iatrogene Chronifizierung durch medizinische Eingriffe und Medikationen nach sich ziehen können (Noyes et al., 1994). Die Kriterien für die Diagnose einer Hypochondrie nach ICD-10 sind in dem Beitrag von Hiller & Rief in diesem Heft aufgeführt.

Prävalenz

Psychische Störungen liegen bei circa 20% aller Patienten deutscher Allgemeinarztpraxen vor (Linden et al., 1996). Ein Großteil dieser Patienten begibt sich aufgrund körperlicher Beschwerden in Behandlung (Schurman, Kramer & Mitchell, 1985). Bei derartigen Patienten, können nach Angaben von Slavney & Teitelbaum (1985) als psychiatrische Diagnoseklassen hauptsächlich Angststörungen, affektive und somatoforme Störungen diagnostiziert werden. Über die Häu-

figkeit der Hypochondrie, der Diagnoseklasse der somatoformen Störung zugehörig, ist in der Bevölkerung und auch in der ambulanten Praxenpopulation wenig bekannt. In der Bevölkerung ergibt sich eine 4,5% -Prävalenz für Hypochondrie (Faravelli et al., 1997). Entsprechend den Angaben von Barsky et al. (1990) ist von einer 4,2-6,5% -Prävalenz der Hypochondrie in den Ambulanzen von Allgemeinkrankenhäusern auszugehen.

Differentialdiagnostik und Komorbidität

Hypochondrie tritt in hohem Maße gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf (Warwick & Salkovskis, 1990; Noyes et al., 1994). Entsprechend den Angaben von Barsky et al. (1992) fand sich Hypochondrie als Monosymptomatik nur bei 12% der von ihnen untersuchten Patienten. Bei den komorbiden Störungen handelt es sich zumeist um Angst-erkrankungen und affektive Störungen (Kellner, 1987; Noyes et al., 1994). Entsprechend den Untersuchungen von Rief et al. (1992) tritt hierbei die somatoforme Störung in den meisten Fällen zuerst auf. Häufig führt erst die Manifestation der komorbiden Störung die Patienten in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Dementsprechend ergeben sich für Patienten mit somatoformen Störungen Langzeitverläufe von bis zu 12 Jahren vor dem Aufsuchen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (Rief et al., 1992). Inwieweit das Erstauftreten der Hypochondrie bzw. anderer psychischer Störungen und deren Komorbidität entscheidenden Einfluß auf die weitere Störungsentwicklung, den Behandlungsverlauf und ggf. die adequate Behandlungswahl nimmt, ist umstritten (Kellner, 1992; Fava et al., 1990; Noyes et al., 1986).

Prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren

Nach Lipowski (1986) sammeln Patienten bereits in der Kindheit Erfahrungen über die Bedeutung von Körpersymptomen als Kennzeichen bedrohlicher Krankheiten. Oft beschreiben sie hypochondrisches Verhalten der Eltern und eigene frühe Erfahrungen von Zuwendung im Zusammenhang mit Krankheit (Livingston, Witt & Smith, 1995). Lipowski (1986) postuliert für Patienten mit „somatization“, daß diese Erfahrungen einen Wahrnehmungsstil prägen, nach welchem Körpersymptome hinsichtlich ihrer Bedrohlichkeit überbewertet werden. Dieser Wahrnehmungsstil wird als „somatic responder“ (Frost et al., 1986) oder „somatosensory amplification“ (Barsky & Wyshak, 1990) bezeichnet.

Entsprechend den Angaben von Kellner (1987) leiden 60-80% aller gesunden Menschen wenigstens einmal wöchentlich unter körperlichen Beschwerden, ohne deswegen einen Arzt aufzusuchen. Verschiedene Autoren gehen davon aus, daß die körperlichen Symptome hypochondrischer Patienten ebenso wie bei gesunden Personen auf Streßeinflüssen und emotionalen Prozessen beruhen (Barsky & Klerman, 1983; Kellner,

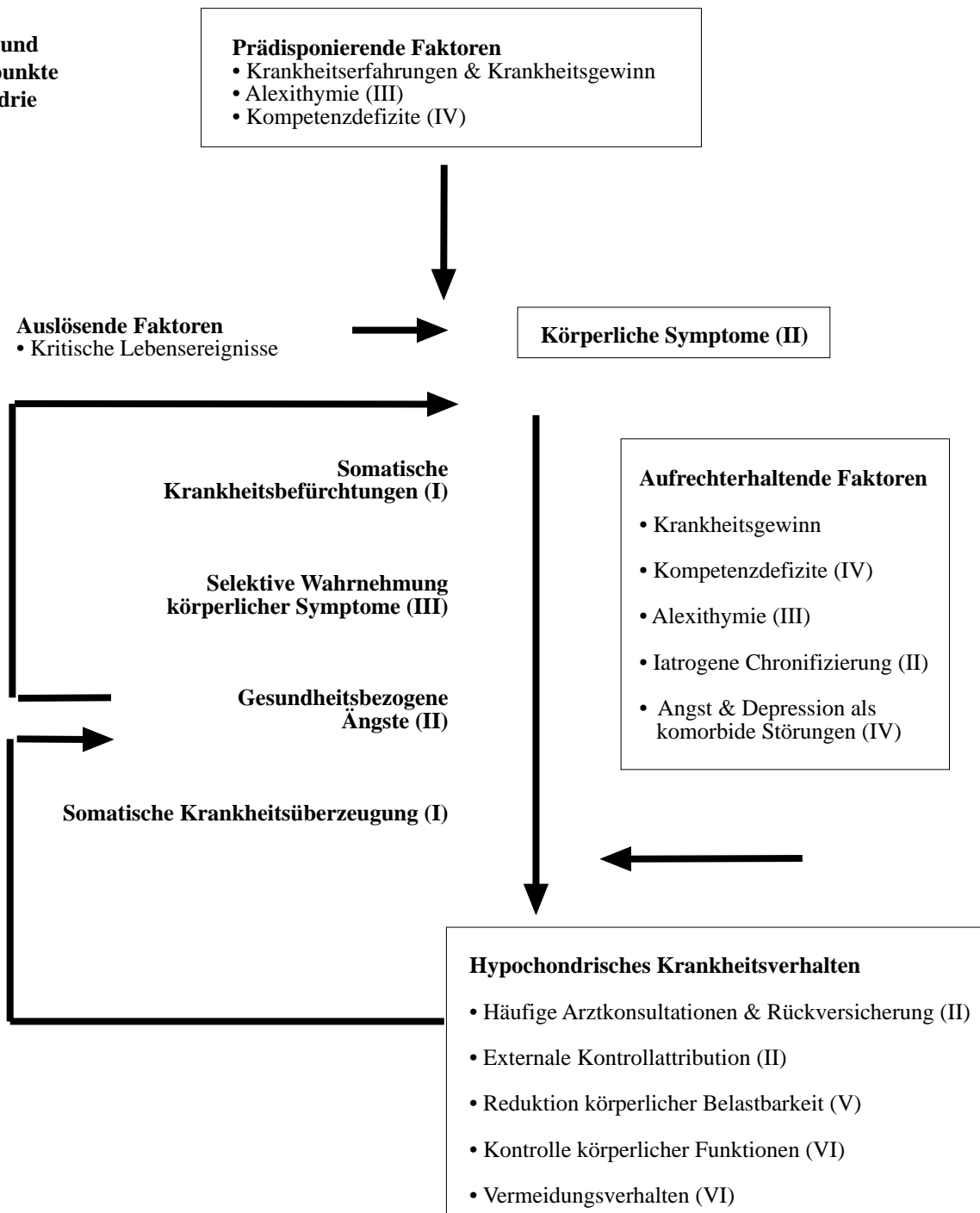
1985). Über die psychophysiologischen Regulationsmechanismen bei hypochondrischen Körperbeschwerden ist bisher jedoch wenig bekannt; neuere Studien weisen aber darauf hin, daß zwischen Kontrollpersonen und hypochondrischen Patienten Unterschiede in der physiologischen Reaktion auf Stressoren bestehen (Gramling, Clawson & McDonald, 1996). Häufig geht ein kritisches Lebensereignis dem Beginn der hypochondrischen Beschwerden voraus: So fanden Scaloubaca, Slade & Creed (1988) ein erhöhtes Auftreten körperlicher Beschwerden ohne Organpathologie, insbesondere nach kritischen Lebensereignissen wie Partnerschafts-problemen und -trennungen und dem Tod von Bezugspersonen. Nach Noyes, Wesner & Fisher (1992) ist bei der Hälfte aller Hypochondriepatienten der Störungsbeginn mit einer eigenen somatischen Erkrankung assoziiert. Barsky et al. (1996) fanden bei Patienten mit häufigen Körperbeschwerden ohne organisches Korrelat ein erhöhtes Maß an alltäglichen Stressoren. Die häufig alexithymen hypochondrischen Patienten sind jedoch meist nicht in der Lage, den Auslösereiz oder den Zusammenhang zwischen der emotionalen Belastung und dem physiologischen Arousal zu erkennen (Bach & Bach, 1995; Kauhanen et al., 1991; Parsons & Wakeley, 1991; Wise et al., 1990). Um das eigene Kausalbedürfnis zu befriedigen, wird als Ursache der Symptome eine körperliche Erkrankung vermutet. Damit beginnt die Entwicklung übermäßiger Sorge hinsichtlich ernsthafter Erkrankungen (Lloyd, 1986; Kellner, 1990; Noyes et al., 1986). Die Patienten attribuieren körperliche Symptome insbesondere dann organisch, wenn ihnen eine augenscheinlich adäquate Erklärung für die Symptome fehlt (Barsky & Klerman, 1983). Häufig besitzen die Patienten nur wenige Kenntnisse über Regelprozesse des Körpers (Kellner et al., 1987) und orientieren sich an unzutreffenden Annahmen über Gesundheit (Barsky et al., 1993; Kellner, 1987). Durch fortwährende Absenkung der Wahrnehmungsschwelle für körperliche Signale (Kellner, 1994) in Kombination mit einer vermehrten Körperbeobachtung (Haenen et al., 1996; Kellner et al., 1987) gerät der Patient in den selbstverstärkenden Kreislauf somatischer Beschwerden, hypochondrischer Ängste und irrtümlicher Krankheitsattribution (Kellner, 1985). Auch kommt es bei Patienten mit somatoformen Störungen zu einer selektiven Aufmerksamkeitslenkung auf gesundheitsbedrohliche Reize (Lupke & Ehlert, zur Publikation eingereicht). Als Folge der somatischen Kausalattribution sinkt die Selbsteffizienzerwartung hinsichtlich der Beeinflussung des gesundheitlichen Zustandes (Barsky & Klerman, 1983; Barsky & Wyshak, 1990).

Von Barsky & Klerman (1983) u.a. wird ferner auf operante Aspekte der Störungsaufrechterhaltung hingewiesen. Durch seine Beschwerden kann der Patient Hilfestellung und Zuwendung aus seiner Umgebung mobilisieren. Die Relevanz und Gültigkeit der sozialen Verstärkung als störungsaufrechterhaltenden Faktor für Patienten mit „abnormal illness behavior“ konnten Wooley & Blackwell (1975), Wooley, Blackwell & Epps (1978) und Wooley et al. (1978) im medizinischen System nachweisen. Konsultationen innerhalb des medizinischen Systems können bei den Patienten

i.S. einer negativen Verstärkung kurzfristig krankheitsbezogene Ängste reduzieren; längerfristig kommt es jedoch zu einem Anstieg der Arztkonsultationen, was die Gefahr einer iatrogenen Chronifizierung und einer Persistenz der gesundheitsbezogenen Ängste erhöht (Warwick, 1989). Die fortwährende Kontrolle körperlicher Funktionen durch den Patienten selber vermindert ebenfalls kurzfristig, gesundheitsbezogene Ängste. Häufig kommt es infolge dieses Kontrollverhaltens auch zu somatischen Beschwerden und pathophysiologischen Veränderungen, die dann die Krankheitsannahmen des Patienten bestätigen. Längerfristig werden ferner alternative Verhaltensressourcen und auch soziale Verstärker reduziert. Entsprechend Untersuchungs-

ergebnissen von Warwick (1989) vermeiden Patienten mit krankheitsbezogenen Befürchtungen körperliche Belastungen und interpersonelle Konflikte, weil diese Situationen subjektive Symptome ansteigen lassen, was wiederum Krankheitsbefürchtungen fördert. Vermeidungsverhalten engt dauerhaft die Kompetenzen ein. Alltägliche Problemlösungen, soziale Interaktionen und körperliche Belastungen werden vermehrt aversiv, was wiederum den Anstieg der Krankheitssymptomatik begünstigt. Die beschriebenen Zusammenhänge werden graphisch als Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung hypochondrischer Störungen in Abbildung 1 verdeutlicht.

Abbildung 1
**Genesemodell und
 Interventionspunkte
 der Hypochondrie**



Behandlungsstrategien und Interventionsstudien

Leitlinien der Behandlung der Hypochondrie werden von verschiedenen Autoren vorgestellt (z.B. Barsky, Gehringer & Wool, 1988; Barsky, 1996; Kellner, 1992). Zentrale Elemente in der verhaltenstherapeutischen Behandlung liegen nach Warwick (1989) in der Anerkennung der körperlichen Symptome als existent und der Vermittlung eines alternativen, nicht gesundheitsbedrohlichen Erklärungsmodells der Symptome. Dazu ist es notwendig, das hypochondrische Verhalten als pathologische Verkettung von der Symptomwahrnehmung über kognitiv-emotionale Reflexion bis zum motorischen Krankheitsverhalten zu analysieren und zu verändern. Zu diesem Zweck müssen krankheitsbezogene Gedanken und Krankheitsverhalten identifiziert sowie inadäquate Modelle über Regelprozesse im Körper modifiziert werden. Methoden der Exposition und Reaktionsverhinderung sowie Verhaltensexperimente zur Überprüfung neuer Modellannahmen werden empfohlen. Interventionsstudien unter Berücksichtigung dieser therapeutischen Leitlinien bei Patienten mit einer Hypochondrie oder illness-phobia gibt es von einigen Autoren. So beschreiben Salkovskis & Warwick (1986) eine entsprechende Behandlung für zwei Patienten, Warwick & Marks (1988) von 16 Patienten, Logsdail et al. (1991) bei sieben Patienten und Stern & Fernandez (1991) bei sechs Patienten. Alle Autoren konnten in diesen unkontrollierten Studien einen z.T. auch katamnestisch stabilen Abfall krankheitsbezogener Ängste nachweisen. Wilkinson & Mynors-Wallis (1994) beschreiben die Behandlung von 11 Patienten mit „unexplained physical symptoms“ mit Hilfe eines Problemlösetrainings. Auch hier ergab sich neben einer Reduktion hypochondrischer Verhaltensweisen eine Symptomreduktion. Als kontrollierte Studien mit Wartekontrollgruppendesign liegen Ergebnisse an Hypochondern von Avia et al. (1996) bei 14 sowie von Warwick et al. (1996) mit 32 Patienten vor. Auch diese Ergebnisse zeigen eine signifikante Reduktion der hypochondrischen Ängste und des hypochondrietypischen Verhaltens im Rahmen einer ambulanten einzeltherapeutischen Exposition und Reaktionsverhinderung.

Im stationären Rahmen werden verschiedene Behandlungsmodelle für mit der Hypochondrie verwandte Störungen beschrieben (Lipowski, 1988; Morgan et al., 1979; Stoudemire et al., 1985). Die von Warwick aufgezeigten Behandlungsstrategien wurden in nahezu allen genannten Studien berücksichtigt; bislang existieren jedoch weder Therapieleitfäden zur Durchführung einer derartigen Behandlung noch gruppen-therapeutische Konzepte oder kontrollierte Behandlungsstudien im stationären Rahmen. Eine erste Version einer gruppen-therapeutischen Behandlung der Hypochondrie wurde von uns 1996 publiziert (Lupke et al., 1996).

Ableitung eines Behandlungskonzeptes

Ein Behandlungsprogramm für Patienten mit Hypochondrie sollte die dargestellten Annahmen zur Störungsgenese als zentrale Interventionspunkte berücksichtigen. Hierbei wird die

Vermittlung eines neuen validen Erklärungsmodells als zentrale kognitive Intervention eingebettet in flankierende Interventionen.

Interventionsziele

Aus den relevanten Genesefaktoren der Hypochondrie können entsprechende Interventionspunkte und -ziele abgeleitet und zugeordnet werden. Diese Zusammenhänge werden graphisch in Abbildung 1 und tabellarisch in Tabelle 1 dargestellt. Folgende Interventionsziele werden angestrebt:

1. Aufbau einer psychosomatischen Kausal- und Kontrollattribution
2. Reduktion der störungstypischen Kontakte zum somatomedizinischen Gesundheitssystem
3. Förderung von Fähigkeiten zur Bewältigung körperlicher Beschwerden
4. Reduktion des krankheitsbezogenen Vermeidungsverhaltens und der Kontrolle körperlicher Funktionen sowie aktive Wiederaufnahme von sozialen und berufsbezogenen Verhaltensalternativen
5. Verbesserung der Wahrnehmung von Emotionen und Förderung emotionalen Ausdrucks
6. Erhöhung der körperlichen und psychosozialen Belastbarkeit
7. Verbesserung von Problemlöse- und Streßverarbeitungsfähigkeiten und sozialen Kompetenzen.

Behandlungselemente im stationären Setting

Die Durchführung des Behandlungskonzeptes im stationären Setting bindet alle Mitarbeiter des Behandlungsteams mit ihrer therapeutischen Tätigkeit in das Konzept ein und ist so als multimodale Therapie zu verstehen. Die Behandlung ist in eine zweistufige störungsspezifische Gruppentherapie (SBG), ärztliche Sprechstunden, Expositionen, Verhaltenserprobungen, Reaktionsverhinderungen und Sporttherapie sowie Einzeltherapien, Genußtraining, soziales Kompetenztraining und Entspannungsverfahren als Gruppenbehandlung gegliedert und wird multiprofessionell durchgeführt. Die konkrete Umsetzung der verhaltensmedizinischen Behandlungsschritte wird im Folgenden näher erläutert. Nicht näher eingegangen wird hierbei auf Genußtraining, Entspannungsverfahren und soziales Kompetenztraining; entsprechende Literatur zu dieser Thematik ist bei Zielke & Sturm (1994) zu finden.

Störungsspezifische Gruppentherapie (Symptombewältigungsgruppe SBG)

Das Gruppentherapieprogramm dient dem Ziel, Patienten mit körperlichen Beschwerden und Krankheitsbefürchtungen einen neuen, verbesserten Umgang mit den Körperbeschwerden und Krankheitsbefürchtungen zu ermöglichen. Dies bedeutet insbesondere, Bewältigungsstrategien für den Umgang mit

Tabelle 1
Behandlungsansätze der Hypochondrie unter Berücksichtigung der prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren

affektiven und körperlichen Beschwerden aufzubauen. Aus diesem Verständnis ergibt sich die Bezeichnung „Symptombewältigungs-Gruppe“ (SBG) für den tragenden Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Entsprechend diesem Gedankengang gliedert sich das Behandlungsprogramm in zwei voneinander abgegrenzte Behandlungsschritte auf:

Im Rahmen einer Einführungsgruppe (**SBG-Einführung**) wird die Veränderung der störungsbezogenen Kenntnisse und der Aufbau eines validen Erklärungsmodells der Beschwerden angestrebt.

Im Rahmen der weiterführenden Gruppe (**SBG**) werden dann diese Informationen in konkrete Verhaltenspläne umgesetzt und sowohl das störungstypische Verhalten des Patienten als auch seine Beschwerdebewältigung verbessert.

SBG-Einführung

Die SBG-Einführung umfaßt vier Sitzungen. In diesen Sitzungen werden den Patienten systematisch neue Informationen über Regelprozesse im Organismus vermittelt. Ziel dieser Einführungsgruppe ist es, den Patienten geeignete Informationen an die Hand zu geben, die den Aufbau eines neuen validen Erklärungsmodells der Körperbeschwerden ermöglichen. Zum Abbau der anfangs noch vorherrschenden somatischen Behandlungserwartungen und zur Stärkung einer internalen Kontrollattribution erhalten die Patienten ferner grundsätzliche Informationen zu beschwerdebezogenen Copingstrategien und Alternativverhalten. Als Grundlage zur Veränderung der Krankheitsannahmen und des Krankheitsmodells erlernen die Patienten Möglichkeiten des Self-Monitoring, in dem sie Tagesprotokolle über Beschwerden, Kognitionen, Emotionen, Situationsfaktoren und nachfolgendes Verhalten führen.

Die Einführung wird in Form einer geschlossenen Gruppe durchgeführt. In jeder Sitzung werden Videobänder eingesetzt, in denen der Lerninhalt der jeweiligen Sitzungen verdeutlicht und anhand eines Patientenbeispiels veranschaulicht wird. Die Bearbeitung und Übertragung des Erlernten erfolgt in der Groß- und in Kleingruppen. In diesen Kleingruppen werden vorgegebene Aufgaben bearbeitet und die Inhalte in der Großgruppe zusammengetragen. Ziel dieses Vorgehens ist es, die aktive Veränderungserwartung und interne Kontrollüberzeugung des Patienten zu erhöhen. Zu jeder Sitzung werden ferner schriftliche Informationsmaterialien vorgegeben und schriftliche Arbeitsbögen für die Bearbeitung der Aufgaben ausgeteilt. Zur vertieften Informationsvermittlung stehen weitere Videobänder zu den jeweiligen Therapie-sitzungen zur Verfügung, die von den Patienten therapeuten-unabhängig angesehen werden können. Sinn des Videoeinsatzes ist es, die Patienten eigenständig die Vertiefung ihres Verständnisses von Beschwerden und ihren Zusammenhänge zu ermöglichen und damit die aktive Veränderungserwartung zu stärken. Einen Überblick über die Sitzungsinhalte der SBG-Einführung wird in Tabelle 2 vermittelt.

Tabelle 2

Übersicht über Inhalte und Aufbau der hypochondrie-spezifischen Gruppentherapie (SBG)

Störungsspezifische Gruppentherapie Symptombewältigungsgruppe (SBG)

Symptombewältigungsgruppe: 1. Teil als geschlossene Gruppe

Sitzung 1

1. Einführung in die Protokollführung

Sitzung 2

1. Besprechung der Protokollführung
2. Die Alarmreaktion
3. Das Streßmodell: Anspannungsniveau und Alarmreaktion
4. Möglichkeiten zur Beeinflussung des Anspannungsniveaus

Sitzung 3

1. Selbstverstärkendes Zusammenhangsmodell von Kognitionen, Emotionen, Verhalten und Körperbeschwerden
2. Wirksamkeit bisherigen Bewältigungsverhaltens
3. Verhaltensalternativen zum bisherigen Verhalten
4. Therapieziele

Sitzung 4

1. Bewältigungsstrategien bei Auftreten der Beschwerden & Ängste
2. Planung eines Expositionstrainings und Erstellung einer Übungshierarchie
3. Entwicklung eines Entstehungs- und Bedingungsmodells
4. Übersicht über die SBG

Symptombewältigungsgruppe: 2. Teil als offene Gruppe, Wechsel zwischen Sitzung A und B

Sitzung A:

Durchführung von Trainingseinheiten zur:

1. Veränderung der Kognitionen
2. Wahrnehmungslenkung
3. Modifikation eigener Ansprüche und Glaubenssätze
4. Kognitive Symptomprovokation

Sitzung B:

1. Entwicklung von individuenspezifischen funktionalen Bedingungsmodellen
2. Ableitung von Veränderungsmöglichkeiten und -strategien in der Funktionalität der Bedingungsmodelle (prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Verhaltensweisen)
3. Entwicklung von individuenspezifischen Zusammenhangsmodellen zwischen Kognitionen, Emotionen, Körperbeschwerden und Verhalten
4. Ableitung von Bewältigungsstrategien zur Unterbrechung individuenspezifischer Verhaltensmuster
5. Entwicklung von Ansatzpunkten zur verbesserten Streß- und Problembewältigung

Protokollgruppe

1. Erstellung von Übungshierarchien
2. Aufstellung von Übungsplänen für Expositionen
3. Vorbereitung von Expositionen und Verhaltenserprobungen
4. Nachbesprechung von Expositionen und Verhaltenserprobungen

SBG

Die eigentliche Symptombewältigungsgruppe (SBG) umfasst insgesamt acht Sitzungen und dient dem Ziel, die Veränderung von Verhaltensmustern einzuüben und eigene Problemlöseversuche der Patienten zu fördern. Die Durchführung der SBG ist als offene Gruppe möglich, in die Patienten nach Absolvieren der SBG-Einführung laufend aufgenommen werden können. Inhaltlich werden die Bewältigungsfertigkeiten der Teilnehmer im Umgang mit Körperbeschwerden und Ängsten verbessert und jetzt auch individuenspezifische Vorgehensweisen besprochen. Weiterhin werden die Teilnehmer dazu angehalten, ein für sie typisches, aber individuelles Entstehungsmodell ihrer Beschwerden zu entwickeln, um danach gezielte Veränderungen im funktionalen Gefüge der Störungsaufrechterhaltung zu planen und vorzunehmen. Als Hilfestellung für diese Aufgabe stehen den Patienten Videobänder zur Verfügung, in denen zum einen theoretische Grundlagen zur Erstellung der Entstehungsmodelle vermittelt und zum anderen verschiedene Patientenbeispiele erläutert werden. Die eigenen, individuentypischen Entstehungsmodelle werden von den Teilnehmern anhand vorgegebener Arbeitsbögen (siehe Abbildung 2) erstellt, im Rahmen der SBG besprochen bzw. überarbeitet und Verhaltensalternativen entwickelt. Der Schwerpunkt liegt hierbei insbesondere auf der aufrechterhaltenden Funktion des hypochondrischen Krankheitsverhaltens; um die Patienten zu einer Verhaltensänderung zu motivieren (Reinecker, 1987). Die Inhalte der SBG werden in Tabelle 2 dargestellt.

Protokollgruppe

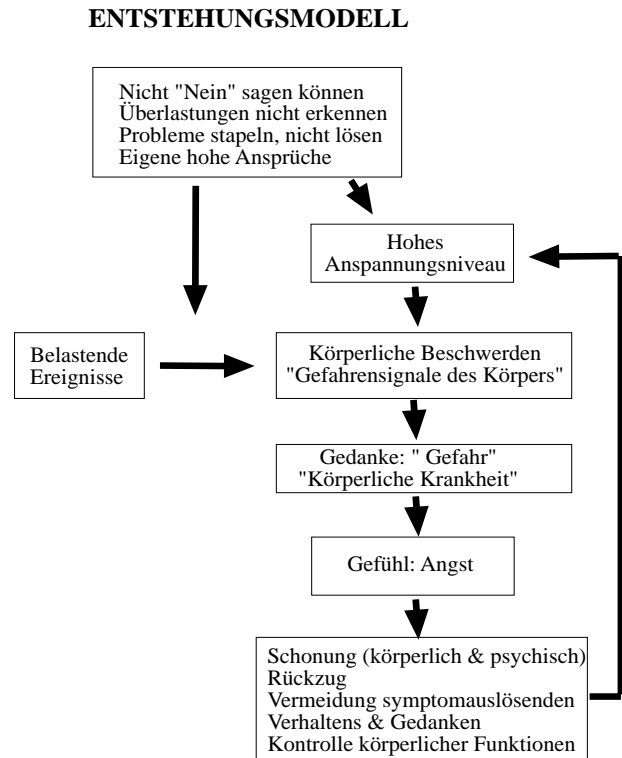
Neben der Vermittlung theoretischer Inhalte und der kognitiven Bearbeitung problematischer Verhaltensweisen soll der Umgang der Patienten mit Beschwerden und gesundheitsbezogenen Ängsten auch durch verhaltensbezogene Interventionen (siehe Expositionsübungen) verändert werden. Zu diesem Zweck führen die Patienten ggf. in therapeutischer Begleitung Expositionen und Verhaltenserprobungen durch. Diese Übungen werden im Rahmen der Protokollgruppe geplant und nachbesprochen. Arbeitsmaterialien (Protokollbögen, Verlaufskurven) werden den Patienten ausgehändigt und die korrekte Bearbeitung in der Protokollgruppe erarbeitet. Begleitend zu den Expositionsübungen nimmt der Patient regelmäßig an den Protokollsitzungen teil. Hier wird jeder Teilnehmer dazu angehalten, von ihm absolvierte Expositionen anhand seiner Arbeitsmaterialien und Protokolle vorzustellen. Problematische Übungsverläufe werden unter Hilfestellung der Gruppe analysiert und verbesserte Vorgehensweisen erarbeitet. Gemeinsame Übungen mehrerer Teilnehmer werden geplant.

Expositionsübungen, Reaktionsverhinderungen und Verhaltenserprobungen

Expositionsübungen, Reaktionsverhinderungen gegenüber der Kontrolle gesundheitlicher Funktionen und Verhaltens-

Abbildung 2

Ein Modell für die Entstehung gesundheitsbezogener Ängste und körperlicher Beschwerden als Arbeitsmaterialien für Patienten



erprobungen werden im Klinikum durchgeführt. Im Rahmen der Gruppentherapie erlernen die Patienten Situationen, Reize und individuenspezifische Verhaltensweisen zu identifizieren, die zum Ansteigen körper- und gesundheitsbezogener Ängste und körperlicher Beschwerden führen. Zu derartigen Auslösern zählen u.a. sowohl Zeitungsreportagen, Lehrbücher über bedrohliche Erkrankungen und Körpersymptome, Todesanzeigen, Krankenhäuser, Krankenwagen, Menschen mit augenscheinlichen Erkrankungen und auch körperliche Bewegung. Für diese Situationen/Reize wird von den Patienten eine Bedrohlichkeitseinschätzung vorgenommen. Im Rahmen der Expositionsübungen werden derartige Situationen / Reize in graduiert oder massierter Vorgehensweise aufgesucht. Bei Auftreten körperlicher Beschwerden und gesundheitsbezogener Ängste werden die Patienten dazu angehalten, im Rahmen der Gruppentherapie erarbeitete Bewältigungsstrategien anzuwenden. Zu diesen Bewältigungsstrategien gehören kognitive Strategien der Kognitionsüberprüfung, gezielte Aufmerksamkeitslenkung sowie Entspannungsübungen und Atemtechniken. Die Patienten werden angewiesen, so lange in der entsprechenden Situation zu verharren, bis es zu einem Absinken der Körperbeschwerden und gesundheitsbezogenen Ängste kommt. Bisher in diesen Situationen ausgeübtes Kontrollverhalten körperlicher Funktionen, wie z.B. Überprüfung des Pulsschlags, soll von den Patienten im Rahmen einer Reaktionsverhinderung unterlassen werden.

Zu Verhaltenserprobungen zählen Verhaltenssequenzen, in denen die Patienten antizipierte bedrohliche Konsequenzen eines bisher vermiedenen Verhaltens im Realitätstest riskieren, auf ihren Realitätsgehalt überprüfen und so aufrechterhaltendes Vermeidungsverhalten abbauen können. Übungen können hier längeres Stehen zur Schwindelprovokation, körperliche Betätigungen wie Treppe steigen oder Drehübungen zur Schwindelprovokation sein. Bei der Durchführung der Expositionen und Verhaltenserprobungen werden die Patienten ggf. durch Co-Therapeuten unterstützt und die Anwendung der erlernten Bewältigungsstrategien so unter Anleitung eingeübt.

Somatomedizinische Betreuung

Bei Behandlungsbeginn wird eine ausführliche Beurteilung der Symptomenese hinsichtlich somatischer Verursachungsfaktoren unter Verwendung aller bisherigen Befunde vorgenommen und die Durchführung von Nachuntersuchungen geplant. Für den weiteren Therapieverlauf wird die medizinische Betreuung zeitkontingent in Form ärztlicher Sprechstunden durchgeführt, d.h., der Zeitpunkt der ärztlichen Konsultation hängt nicht unmittelbar von dem etwaigen Auftreten „klärungsbedürftiger“ Symptome ab. In Absprache mit den Bezugstherapeuten erfolgen ärztliche Aufklärungsgespräche zu bestimmten, von den Patienten befürchteten Krankheitsbildern. Ziel dieser Intervention ist es, inadäquate Vorstellungen durch die Vermittlung präziser Informationen zu modifizieren. Ferner sollen unter Berücksichtigung des speziellen Krankheitsmodells des Patienten die bisher von Ärzten erhaltenen Angaben geordnet und widersprüchliche Informationen erläutert werden, um so den Patienten in der Annahme eines zutreffenden Störungsmodells zu verstärken. Entscheidend ist es für den weiteren Krankheitsverlauf in diesem Fall, dem Patienten keine mehrmalige, nur kurzfristig angstsenkende Rückversicherung zukommen zu lassen. Er sollte dazu aufgefordert werden, sein bisheriges Krankheitsmodell aktiv zu überprüfen und in Zusammenarbeit mit dem Somatomediziner ein valides Alternativmodell aufzubauen. Zu diesem Zweck ist es notwendig, den Patienten auch mit gesundheitsbedrohlichen Verhaltensweisen, Tatbeständen und Risiken zu konfrontieren und ihm nicht, weil nur kurzfristig wirksam, unter Hinweis auf die Unbedrohlichkeit seiner Beschwerden bloß die Angst nehmen zu wollen.

Sporttherapie

Ein Training zur Verbesserung der körperlichen Ausdauer wird im Rahmen der Sporttherapie durchgeführt. Durch die Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten ist es dem Patienten möglich, i.S. einer Realitätsüberprüfung dysfunktionale Kognitionen bei körperlicher Anstrengung „in vivo“ zu verändern. Dem hypochondrischen Vermeidungsverhalten entgegen wird durch den Aufbau körperlicher Belastbarkeit das Auftreten körperlicher Beschwerden reduziert. Da aktive körperliche Belastung bei den Betroffenen neben Körpersymptomen auch gesundheitsbezogene Ängste aufkommen läßt, können die Patienten hier zuvor erlernte Bewältigungsstrategien anwenden. Individuelle Besonderheiten werden mit

den durchführenden Sporttherapeuten, die hierbei auch als Co-Therapeuten tätig sind, abgesprochen.

Einzeltherapie

In der Einzeltherapie werden alle Behandlungsmaßnahmen koordiniert. Hier müssen ggf. auch neu auftretende, einer Symptomreduktion entgegenstehende Funktionalitäten identifiziert werden. Mit den Patienten werden außerdem seine Kenntnisse, die im Rahmen der hypochondriespezifischen Gruppentherapie vermittelt wurden, vertieft und auf seine individuelle Situation bezogen. Der Patient kann hier in der Entwicklung seines individuellen Entstehungsmodells unterstützt werden und erlernen, funktionale Zusammenhänge seiner Erkrankung zu entdecken und zu verändern.

Zeitraumen

Die stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten variiert in Abhängigkeit der Chronizität der jeweiligen Störung zwischen 6 und 10 Wochen. Hierbei findet die SBG-Einführung in den beiden ersten Behandlungswochen statt; die SBG erfolgt dann zweimal wöchentlich über vier Wochen.

Ein Fallbeispiel

Fr.Z. ist bei Aufnahme 39 Jahre alt und verheiratet. Aus der Ehe stammen drei Kinder (18, 14, 8 Jahre). Die Patientin arbeitet in Vollzeit als Lehrerin. Sie beschreibt seit drei Jahren bestehende Druckgefühle im Brustraum, Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall und Kloßgefühl im Hals, die in Belastungssituationen auftreten und z.T. über längere Zeiträume anhalten. Sie leide ferner unter starker Angst, schwer erkrankt zu sein. Um diese Befürchtung zu überprüfen, suche sie häufig Ärzte auf. Einmalig wurde ein Herzgeräusch festgestellt, was sie sehr beunruhigt habe; weitere organische Untersuchungen ergaben keine pathologischen Befunde. Sie habe begonnen, Krankheitsberichte in Funk und Presse sowie Konfliktaustragungen mit ihrer Mutter zu vermeiden. Aus sozialen Belastungen habe sie sich zurückgezogen. Durch häufiges Pulsfühlen und Betasten ihres Halses habe sie versucht, ihren Körper hinsichtlich möglicher Fehlfunktionen zu überprüfen. Zu ihrer Erkrankung berichtet sie selbst: „Wenn ich in Kontakt mit einer lebensbedrohlichen Krankheit komme, spüre ich die Symptome, die für die jeweilige Erkrankung typisch sind, was bei mir Ängste auslöst. Als erstes spüre ich ein Engegefühl im Brustraum. Dann kommt es darauf an, um welche Krankheit es sich handelt. Bei Leberkrebs beispielsweise horche ich in mich hinein und denke: „Da hast du auch schon mal was gespürt.“ Sofort merke ich, wie es an der Stelle, wo die Leber sitzt, zieht. Ganz schlimm ist es, wenn ich höre, daß jemand an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall verstorben ist. Sofort spüre ich innere Unruhe und daß mein linker Arm schwer wird. Ich habe Gedanken wie: „Oh Gott, hoffentlich passiert dir das nicht auch, die Beschwerden hast du auch.“ Ich beginne noch mehr in mich hineinzuhorchen und häufiger zu kontrollieren. Ich ziehe mich häufiger zurück, um besser kontrollieren und in mich reinhorchen zu können“.

Der Erkrankung der Patientin vorausgehend, litt der Ehemann zunächst an einer Thrombose und dann an der Hodgkinschen Erkrankung; beide Erkrankungen waren zum Störungsbeginn der Patientin bereits ausgeheilt. Bei der Tochter bestand eine operationspflichtige Kniegelenksveränderung. Vor ihrer eigenen Erkrankung war die Patientin neben ihrer Berufstätigkeit für die Versorgung der Familie und Unterstützung der erkrankten Familienmitglieder nahezu allein zuständig. Eigene zeitliche Freiräume und psychosoziale Entlastung und Unterstützung durch den Ehemann erhält sie erst seit ihrem

eigenen Krankheitsbeginn. Anamnestisch wird deutlich, daß die Patientin eine rigide und auf soziale Anpassung orientierte Erziehung erhielt, in der Leistung und Altruismus verstärkt wurden. Mittels eines standardisierten Interviews (SKID DSMIIIR, Wittchen et al., 1990) wird die Diagnose einer Hypochondrie gestellt.

Testdiagnostisch beschreibt sich die Patientin als hypochondrisch (Whiteley-Index 10, Rief et al., 1994), und sie berichtet über mangelnde Fähigkeiten, Wünsche und Forderungen anderer Menschen zurückzuweisen (Unsicherheitsfragebogen: Nicht nein-sagen-können 30, Ullrich & Ullrich, 1977).

Abbildung 3
Genesemodell und Interventionspunkte der Hypochondrie bei Fr. Z.

Die für die Symptomentstehung und -aufrechterhaltung relevanten Zusammenhänge bei Fr.Z. sind in Abbildung 3 dargestellt, Ansatzpunkte zur Behandlung sind markiert. Die Patientin nahm an der störungsspezifischen Gruppentherapie teil und verbesserte ihre sozialen Kompetenzen im sozialen Kompetenztraining. Tendenzen zum sozial erwünschten Handeln, ihr hohes Verantwortungsgefühl für andere und die mangelnde Abgrenzung gegenüber ihrer Mutter wurden im Rahmen der Einzeltherapie bearbeitet, alternative Verhaltensstrategien im sozialen Kompetenztraining eingeübt. Expositionen wurden in Form von Lektüre über Krebserkrankungen, der Beobachtung von Hubschraubernoteinsätzen, dem Ansehen von krankheitsbezogenen Fernsehsendungen und Zeitungsberichten durchgeführt. Mittels Ergometertraining wurde im Rahmen einer Verhaltenserprobung die Krankheitsbefürchtung über die lebensbedrohlichen Konsequenzen körperlicher Belastungen überprüft; die Erweiterung der körperlichen Belastbarkeit der Patientin erfolgte nachfolgend ebenfalls durch Ergometertraining. Die Kontakte zum Arzt wurden nach einem Aufklärungsgespräch über die Arbeitsweise des Herzens und die Bedeutung von Herzgeräuschen limitiert. Nach 42 stationären Behandlungstagen reduzierte sich der Hypochondriewert (3) der Patientin, und die sozialen Kompetenzen verbesserten sich.

Diskussion

Das dargestellte Therapiekonzept wird von uns seit mittlerweile zwei Jahren im stationären Rahmen erprobt. Hierbei konnte die Effektivität dieses Vorgehens hinsichtlich einer zeitlich stabilen Symptomreduktion auch im Katamneseverlauf gezeigt werden. Auch hat sich das Vorgehen als praktikabel und im Stationsalltag als hilfreich erwiesen. Limitierungen des gezeigten Vorgehens liegen jedoch in den intellektuellen und kognitiven Kapazitäten der betroffenen Patienten; hier erweist es sich als hilfreich, mit den Patienten vorzugsweise Expositionen durchzuführen und den Arzt aufzufordern, in den meist deutlich vermehrten Patientenkontakten den Gesprächsfokus immer wieder auf psychosoziale Auslöser der Beschwerden zu lenken. Bislang fehlen kontrollierte Behandlungsergebnisse über den Einsatz dieses Programmes im ambulanten Rahmen; erste Erfahrungen deuten jedoch auf eine Brauchbarkeit im ambulanten Setting hin.

Literaturverzeichnis

- Avia M, Ruiz M, Olivares M, Crespo M, Guisado A, Sanchez A, Varela A. The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behav Res Ther* 1996 Jan;34:23-31.
- Bach M, Bach D. Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychother Psychosom* 1995;64:43-8.
- Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983;140:273-83.
- Barsky AJ. Hypochondriasis. Medical management and psychiatric treatment. *Psychosomatics* 1996;37:48-56.
- Barsky AJ, Ahern DK, Bailey ED, Delamater BA. Predictors of persistent palpitations and continued medical utilization. *J Fam Pract* 1996;42:465-72.
- Barsky A, Coeytaux R, Sarnie M, Cleary P. Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *Am J Psychiatry*. 1993 Jul; 150: 1085-9 1993.
- Barsky A, Geringer E, Wool C. A cognitive educational treatment for hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10:322-7.
- Barsky A, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 1990;157:404-9.
- Barsky A, Wyshak G, Klerman G. Psychiatric comorbidity in DSM III R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 101-8.
- Barsky A, Wyshak G, Klerman G, Latham K. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Sociologic Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1990;25:89-94.
- Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:24-29.
- Fava G, Grandi S, Saviotti F, Conti S. Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics* 1990;31:351-3.
- Frost R, Morgenthau J, Riessman C, Whalen M. Somatic response to stress, physical symptoms and health service use. *Behav Res Ther* 1986;24: 569-76.
- Gramling SE, Clawson EP, McDonald MK. Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in women. *Psychosom Med* 1996;58:423-31.
- Haenen MA, Schmidt AJ, Kroeze S, van den Hout MA. Hypochondriasis and symptom reporting - the effect of attention versus distraction. *Psychother Psychosom*. 1996;65:43-8.
- Kauhanen J, Julkunen J, Salonen J. Alexithymia and perceived symptoms: Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother Psychosom* 1991;56: 247-52.
- Kellner R. Diagnosis and treatments of hypochondriacal syndromes. *Psychosomatics* 1992;33:278-89.
- Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:821-33.
- Kellner R. Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 1987;258:2718-2.
- Kellner R. Psychosomatic Syndromes, Somatization and Somatoform Disorders. *Psychother Psychosom* 1994;61:4-24.
- Kellner R. Somatization. Theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:150-60.
- Kellner R, Abbott P, Winslow W, Pathak D. Fears, beliefs, and attitudes in DSM III hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:20-5.
- Kellner R, Wiggins R, Pathak D. Hypochondriacal fears and beliefs in medical and law students. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:487-9.
- Linden M, Maier W, Achberger R, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychological disorders and their treatment in general praxis in Germany. Results of a World Health Organization (WHO) study. *Nervenarzt* 1996;67:205-15.
- Lipowski ZJ. An inpatient program for persistent somatizers. *Can J Psychiatry* 1988;4:275-8.
- Lipowski ZJ. Somatization: A borderline between medicine and psychiatry. *Can Med Assoc J* 1986;135:609-14.
- Livingston R, Witt A, Smith G. Families who somatize. *J Dev Behav Pediatr* 1995;16:42-46.
- Lloyd GG. Psychiatric syndromes with a somatic presentation. *J Psychosom Res* 1986;30:113-20.

- Logsdail S, Lovell K, Warwick H, Marks I. Behavioural treatment of AIDS focused illness phobia. *Br J Psychiatry* 1991;159: 422-5.
- Lupke U, Ehlert U. Selektive Aufmerksamkeitslenkung auf gesundheitsbedrohliche Reize bei Patienten mit einer somatoformen Störung. *Z Klin Psy. Zur Publikation eingereicht.*
- Lupke U., Rohr, W., Nutzinger, D. Stationäre Verhaltenstherapie bei Hypochondrie. *Psychotherapeut* 1996;6: 373-384.
- Morgan C, Kremer E, Gaylor M. The behavioral medicine unit: A new facility. *Compr Psychiatry* 1979;20:79-89.
- Noyes RJ, Kathol R, Fisher M, Phillips B, Suelzer M, Woodman C. One year follow up of medical outpatients with hypochondriasis. *Psychosomatics* 1994;35:533-45.
- Noyes RJ, Wesner R, Fisher M. A comparison of patients with illness phobia and panic disorder. *Psychosomatics* 1992;33:92-9.
- Noyes R, Reich J, Clancy J, O'Gorman T. Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1986;149: 631-5.
- Parsons C, Wakeley P. Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life. *Cult Med Psychiatry* 1991;15:111-32.
- Reinecker, H. Differentielle Effekte der Vermittlung plausibler Ätiologie- und Änderungsmodelle. In Nutzinger D O, Pfersman D, Welan T, Zapotoczky H G (Eds.) *Herzphobie: Klassifikation, Diagnostik und Therapie.* Wien: Enke; 1987.S. 126-35.
- Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter M. Hypochondrie: Erfassung und erste klinische Ergebnisse. *Z Klin Psychol* 1994;23:34-42.
- Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter M. A two year follow up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics* 1995 Jul;36:376-86.
- Salkovskis PM, Warwick HM. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1986;24:597-602.
- Scaloubaca D, Slade P, Creed F. Life events and somatisation among students. *J Psychosom Res* 1988;32:221-9.
- Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network: Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:89-94.
- Slavney PR, Teitelbaum ML. Patient with medically unexplained symptoms: DSM-III diagnoses and demographic characteristics. *Gen Hosp Psychiatry* 1985;7:21-5.
- Stern R, Fernandez M. Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *Brit Med J* 1991;303:1229-31.
- Stoudemire A, Kahn M, Brown J, Linfors E, Hout J. Masked depression in a combined medical psychiatric unit. *Psychosomatics* 1985;26:221-8.
- Ullrich de Muynck, R.; Ullrich, R. *Der Unsicherheitsfragebogen.* München: Verlag J. Pfeiffer; 1977.
- Warwick H. A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. *J Psychosom Res* 1989;33:705-11.
- Warwick H, Clark DM, Cobb AM, Salkovskis PM. A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1996;169:189-95.
- Warwick H, Marks I. Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *Br J Psychiatry* 1988;152:239-41.
- Warwick H, Salkovskis P. Hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1990;28:105-17.
- Wilkinson P, Mynors WL. Problem solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: a preliminary study. *J Psychosom Res* 1994;38:591-8.
- Wise T, Mann L, Hryvniak M, Mitchell J, Hill B. The relationship between alexithymia and abnormal illness behavior. *Psychother Psychosom* 1990;54:18-25.
- Wittchen H U, Zaudig M, Schramm E, Mombour W, Klug J, Horn R. *SKID - Strukturiertes Klinisches Interview für DSMIII-R.* Weinheim: Beltz Test; 1990.
- Wooley SC, Blackwell B. A behavioral probe into social contingencies on a psychosomatic ward. *J Appl Behav Anal* 1975;8:337-9.
- Wooley SC, Blackwell B, Epps B. A learning theory treatment model for illness behavior. *Psychosom Med* 1975;37:78.
- Wooley SC, Blackwell B, Winget C. A learning theory model of chronic illness behavior: Theory, treatment, and research. *Psychosom Med* 1978;40:379-401.
- Zielke M; Sturm J. *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: PVU; 1994.

Dr. Ulrike Lupke

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
 Birkenweg 10, 24576 Bad Bramstedt
 Tel.: 04192-504678, Fax: 04192-504550