

Der lange Weg von der Psychosomatik zur biopsychosozialen Medizin

Dieses Heft ist dem österreichischen Psychosomatik-Ereignis des vergangenen Jahres gewidmet „*Psychosomatik im 21. Jahrhundert – Innensichten/Außensichten/Übersichten*“, Salzburg, 7.–9. 12. 2006. Wir haben diesmal Beiträge der Tagung ausgewählt, die exemplarisch den aktuellen Stand (und Zustand) der „Psychosomatik“ sowohl in wissenschaftlichen als auch praktischen Aspekten skizzieren helfen.

Der Praktiker mag erfreut sein über die beträchtliche Spannweite psychosomatischer Arbeitsfelder in der Medizin. Der Theoretiker wird womöglich enttäuscht sein über die nach wie vor recht heterogene Theorielandschaft oder über die unverkennbare Langsamkeit bei der Rezeption der *biopsychosozialen Theorie* in das Denk- und Handlungsschema. Wie ist es möglich, fragt sich der Wissenschaftler, dass am Beginn des 21. Jahrhunderts, d. h. 30 Jahre nach Entwicklung einer systemtheoretisch begründeten bio-psycho-öko-sozialen Medizin (kurz: biopsychosoziales Krankheitsverständnis), noch immer KollegInnen, die sich als „Psychosomatiker“ verstehen, wenig Notiz nehmen von diesem anhaltenden Paradigmenwechsel von der klassischen (vorwiegend psychodynamischen) Psychosomatik zu einer umfassenden systemtheoretisch fundierten ganzheitlichen Denk- und Arbeitsweise (sensu Körper-Seele-Einheits-Theorie)?

So ergibt sich zur Zeit die seltsame Situation, dass hochkarätige und auf dem aktuellen Stand der Theorieentwicklung stehende Beiträge neben solchen stehen, die weiterhin mit Begriffen operieren wie „psychogene Krankheiten“ und damit einer dichotomen Betrachtung von Krankheit als entweder organische oder psychische Entität (samt überholter diagnostischer und therapeutischer Begrifflichkeiten) anhängen. Ist hier Gelassenheit angesagt (eventuell nach antikem Motto *pan ta rhei*), Geduld (im Sinne von *tempora mutantur, nos et mutamur in illis*) oder mehr herausfordernde Auseinandersetzung, denn *der Weg ist das Ziel*?

Vielleicht ist es ein wenig hilfreich – wenngleich auch nur in einer unzureichenden Skizze möglich – darzustellen, was dieses zugegebenermaßen hochkomplexe theoretische Gebäude des *erweiterten biopsychosozialen Krankheitsverständnisses* aussagt – ein Theoriesystem, das die Potenz in sich trägt, die Medizin nachhaltig zu verändern. Dieses Modell gilt als das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird. Es ist aus Studien zur Allgemeinen Systemtheorie (und Semiotik) und seiner Anwendung auf die Biologie hervorgegangen und ist im wesentlichen das Verdienst von Bertalanffy, Weiss et al. Die Ausformulierung und Propagierung als Grundlage für die psychosomatische Medizin war wiederum im wesentlichen die

Arbeit von Engel (1976), Schwartz und Weiss sowie dem unermüdlichen Belege-Sammler Weiner (2001).

„Das biopsychosoziale Modell gilt inzwischen als die bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist. Mit ihm ließ sich das über Jahrhunderte fortbestehende logische und empirisch-wissenschaftliche Problem der ‚Psychosomatik‘ auf systemtheoretischer (und semiotischer) Basis einigermaßen zufrieden stellend bearbeiten. Nach diesem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine *psychosomatischen Krankheiten* geben – genau so wenig wie es *nicht-psychosomatische Krankheiten* gibt. Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems ‚Mensch‘ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens ‚geschaffen‘ werden.“ (Egger 2005).

Auch viele, die den Begriff *biopsychosozial* im Munde führen, meinen oft nur eine additive Auflistung von biologischen, psychologischen und öko-sozialen Faktoren, die irgendwo im Prozess der Ätiopathogenese oder des weiteren Krankheitsverlaufs zu beachten wären – ohne dass sie dafür eine überprüfbare wissenschaftstheoretische Verortung für diese Haltung angeben. Selbst viele Fachvertreter der Psychosomatik tun sich schwer mit den Implikationen des biopsychosozialen Modells. Das hat gute Gründe: In der klassischen Psychosomatik ging es ja um die Frage, ob psychologische Faktoren eine schädigende Wirkung auf körperliche Vorgänge haben. Konnte dies empirisch halbwegs plausibel gemacht werden, sprach man von „psychosomatischen“ Erkrankungen. Dieses Psychogenese-Modell ist im Lichte der biopsychosozialen Theorie allerdings obsolet. Hier gilt, dass bei jedem Krankheitsprozess psycho-soziale Faktoren als potenzielle Einflussgrößen zu kalkulieren sind. Die Frage lautet nunmehr: An welchen Punkten der Ätiopathogenese oder des Heilungsprozesses haben psycho-soziale Faktoren einen wie großen Einfluss – sind solche für das Verständnis der beobachtbaren Vorgänge eventuell vernachlässigbar oder aber prozesssteuernd? Und in welchen Phasen des Krankheitsverlaufs zeigen psycho-soziale Variablen auf welche Weise ihre Wirkung?

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. Es ist zu vermuten, dass die klassische Psychosomatik nach mehr als hundert Jahren als ein Übergangsmodell erkannt wird. Ihre theoretischen Ansätze konnten die Vertreter einer streng biologisch orientierten Medizin nicht ausreichend überzeugen. Ganz im Gegenteil, sie konnten den Psychogenese-Ansatz entweder ohne erkennbaren Schaden für ihr Ansehen ignorieren oder erlebten diesen Ansatz als zu geringe wissenschaftliche Herausforderung, um in einen ernsthaften Dialog zu treten. (Dies bedeutet aber keineswegs, dass der große Fundus an psychopathologischen Phänomenen und theoretischen Überlegungen keinen Wert hätte.) Die erste erkennbare wissenschaftliche Irritation für das streng biomedizinische Modell ereignete sich vor 30 Jahren mit der Einführung der *Allgemeinen Systemtheorie* in die Medizin und der Ausformulierung eines wissenschaftlich begründbaren mehrdimensionalen „ganzheitlichen“ Krankheitsverständnisses, welches den Erkenntnisstand der biologischen Dimension definitiv mit einschloss: Das ist die Geburtsstunde des biopsychosozialen Modells. Es sollte das bisher bedeutendste Theoriegerüst für die Beziehung zwischen Körper und Geist werden (Egger 2001).

Die *Allgemeine Systemtheorie* stellt einen konzeptuellen Rahmen bereit, der sich für eine Vielzahl von Wissenschaften, darunter auch die Medizin, als fruchtbar erweist. Mit Hilfe der Systemtheorie ist es möglich, Systeme unterschiedlicher Komplexität nach einheitlichen Prinzipien zu beschreiben. Unter einem System versteht man eine Menge von Elementen, zwischen denen Beziehungen bestehen. Lebende Systeme tauschen Materie, Energie und Informationen mit der Umwelt bzw. zwischen ihren Subsystemen aus. Es werden einfache sowie adaptive Kontrollsysteme näher charakterisiert, wobei vor allem auf Regelkreise eingegangen wird. Ein Kontrollsystem verfügt über sechs Funktionen: Befehlsfunktion, Vergleichs- bzw. Regulationsfunktion, Kontrollfunktion, Aktionsfunktion, Informationssammelfunktion sowie energetisierende Funktion. Adaptive Kontrollsysteme erlangen gegenüber einfachen Kontrollsystemen eine höhere Flexibilität durch multiple Optionen, Selbstprogrammierung und die Fähigkeit zur Antizipation künftiger Entwicklungen.

Ein Ereignis läuft aufgrund der vertikalen und horizontalen Vernetzung mehr oder minder gleichzeitig auf verschiedenen Dimensionen ab, was technisch dem Prinzip der parallelen Verschaltung entspricht. Bezüglich *geistiger* Phänomene einerseits und *körperlicher* Phänomene andererseits sagt diese Theorie, dass mentale Phänomene relativ zum Nervensystem emergent sind, d. h. sie sind zwar bestimmt durch und auch erzeugt von physiologischen und physiko-chemischen Ereignissen, sie sind aber charakterisiert durch emergente Eigenschaften, welche unterscheidbar sind von neurobiologischen Eigenschaften und welche auch nicht reduzierbar sind auf neurophysiologische Tatbestände. Ein psychologisches Konstrukt wie etwa „Selbstunsicherheit“ oder „Hilfsbereitschaft“ werden wir auf physiologischer Ebene vergeblich suchen. Was wir dort davon finden, sind vielfältige nervöse, humorale bzw. bio-

chemische Erregungsmuster, die ohne Kenntnis der übergeordneten Funktion in ihrer psychologischen Bedeutung nicht zu verstehen sind.

Als eine wichtige Folgerung aus dem biopsychosozialen Krankheitsmodell gilt, dass jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, folgerichtig nicht entweder biologisch oder psychologisch ist, sondern *sowohl* biologisch *als auch* psychologisch. Der Lösungsvorschlag für eine bis dahin ernsthafte Schwachstelle des originären biopsychosozialen Modells – wie kann ein in Raum und Zeit nicht verorteter Geist das Gehirn als materielle Entität beeinflussen, ohne die fundamentalen physikalischen Grundgesetze von der Erhaltung der Masse und Energie außer Kraft zu setzen – kommt aus der bereits seit 300 Jahren bekannten (mental-physischen oder) Leib-Seele-Identitätstheorie von Spinoza. Mit ihr wird aus dem biopsychosozialen Modell ein sog. erweitertes biopsychosoziales Modell, das auch als *Theorie der Organismischen Einheit* bezeichnet wird (im Englischen als *organic-unity-theory* oder *body-mind-unity-theory* bekannt, etwa: *Körper-Seele-Einheits-Theorie*).

Gerade der Begriff *Psychosomatik* wird fälschlicherweise noch häufig so verwendet, als ob Geist und Körper separat existieren würden und durch irgend eine Art von Interaktion verbunden wären. Die Überwindung solcher sprachgebundener Irrtümer kommt einem erstrangigen semiotischen Problem gleich, worauf auch v. Uexküll & Wesiack in ihrem Buch „Theorie der Humanmedizin“ (1988, s. a. Uexküll & Wesiack 2003) eindringlich hinweisen: Die meisten Probleme in der Leib-Seele-Theorie-Diskussion kommen zustande, weil Begriffe vermischt werden, die aus ganz verschiedenen Systemen stammen und die mit ihrem logischen und kategoriellen Typus nur dort gelten (dies ist in der Logik bekannt als *Kategorienfehler*). Fehler entstehen notwendigerweise immer dann, wenn man versucht, kausale Verbindungen zwischen Ereignissen herzustellen und dabei Begriffe verwendet, die aus ganz unterschiedlichen theoretischen Bezugsrahmen stammen und daher inkompatible logische wie kategorielle Strukturen besitzen.

Aus dem Modell folgt auch, dass die Gleichung von *genetisch* = *biologisch* und von *psychologisch* = *umweltbedingt*, gleichermaßen falsch ist wie die Dichotomisierung zwischen *biologisch* und *psychologisch*. Vererbt sind genetisch codierte Prädispositionen für die Entwicklung von Ereignissen oder Prozessmustern, die ihrerseits wieder verstanden werden können in sowohl biologischen wie psychologischen Begriffen. Jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, ist folgerichtig nicht entweder biologisch oder psychologisch, sondern sowohl biologisch als auch psychologisch. Damit ergibt sich die Möglichkeit, die vorgetäuschte Dichotomie zwischen biologischer oder organischer Wirklichkeit einerseits und psychologischer oder funktioneller Wirklichkeit auf der anderen Seite zu überwinden. Eine Dichotomie, die – wie erwähnt – primär auf Kategorienfehler im linguistischen bzw. konzeptuellen Rahmen zurückzuführen ist.

Für die Psychotherapie folgt bspw. daraus, dass eine Störung wie etwa das *Herzangstsyndrom* nicht weniger biologisch ist

als eine *koronare Herzkrankheit* und eine koronare Herzkrankheit nicht weniger psychologisch ist als ein Herzangstsyndrom. Wenn der Organismus und seine Subsysteme als sich selbst aufrechterhaltende (selbstorganisierende) Systeme aufgefasst werden, dann bedarf es für die diagnostische und auch therapeutische Arbeit einer speziellen Zugangsweise: Es müssen nicht nur die physiologischen (z. B. Hormon- oder Immunkomponenten) oder psychologischen (d. h. Erlebnis- und Verhaltenskomponenten), sondern natürlich auch alle relevanten hierarchisch über- und untergeordneten Systeme als funktionale Ganzheiten verstanden werden. Die häufig geübte Praxis, die einzelnen Systemkomponenten einfach nebeneinander zu stellen, reicht keinesfalls aus (Egger 2000).

Nach dem erweiterten biopsychosozialen Modell (oder Körper-Seele-Einheits-Theorie) sind sowohl physiologische als auch psychologische Interventionen prinzipiell gleichermaßen in der Lage, Änderungen im Organismus zu erzeugen, die sowohl physischer wie psychischer Natur sind – d. h. die potentiell sowohl in der materiell-körperlichen wie auch in der psychologisch-mentalenen Begrifflichkeit beschreibbar sind. Demgemäß wäre es auch keine Kontradiktion, die psychologische Therapie als biologisch wirksame Intervention zu beschreiben. Jede Behandlungsphilosophie, die die Bedeutung entweder der physischen oder der psychologischen Prozesse verleugnet, sollte mit größter Vorsicht gesehen werden. Grenzbeziehungen zwischen den unterschiedlichen Behandlungsdisziplinen sind im Übrigen weitgehend willkürlich, wenngleich nicht ohne Wert. Das erweiterte biopsychosoziale Modell impliziert größtmögliche Offenheit gegenüber unterschiedlichen Gebieten der Erfahrung, sowohl innerhalb eines einzelnen Experten, als auch maximale Offenheit gegenüber verschiedenen Untersuchungsgebieten.

Auch für die klinische Praxis ergibt sich keine Notwendigkeit für eine Trennung zwischen physiologischer Behandlung einerseits und psychologischer Therapie andererseits. Selbst wenn der Patient als eine „ganzheitliche organismische Einheit“ verstanden wird, ist es nicht immer notwendig, Experte zu sein in Theorie und Praxis sowohl einer chirurgischen oder pharmakologischen Behandlung als auch einer psychologischen Therapie. Aber es wird notwendig sein, in beiden Sprachsystemen – nämlich der bio-medizinischen und der psychologischen Sprache – bewandert zu sein, um gleichzeitig fähig zu sein, sowohl die objektive wie die subjektive Datenebene zu bewerten.

Literatur

- EGGER, J. W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 2, 3–12. Wien: Facultas Universitätsverlag, ISSN 1014-8167.
- EGGER, J. W. (2001): Der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Praxis. *Simultandiagnostik in der Verhaltensmedizin. Psychotherapeut*, 5, 2001, 46, 309–316.
- ENGEL, G. (1976): *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- EGGER, J. W. (2000): Die evolutionäre Erkenntnistheorie und der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Medizin. In Pieringer, W. & Ebner, F. (Hrsg.). *Zur Philosophie der Medizin*. Wien/New York: Springer, 173–189.
- UEXKÜLL, T. V. & WESIACK, W. (1988): *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- UEXKÜLL, TH. V. & WESIACK, W. (2003): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkinde: ein biopsychosoziales Modell. In v. Uexküll – *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Fischer, 3–42.
- WEINER, H. (2001): Auf dem Weg zu einer integrierten Medizin. In Deter, H.-C. (Hrsg.). *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin*. Bern: Huber.

Zum vorliegenden Heft 1/2007, dem ersten des 18. Jahrgangs von *PSYCHOLOGISCHE MEDIZIN*, wünsche ich Ihnen wieder eine anregende und angenehme Lektüre!

Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER
verantwortlicher Herausgeber