

Theorie der Körper-Seele-Einheit

Folgerungen für die biopsychosozial orientierte Forschung

Josef W. Egger

Wissenschaftliche Medizin

Wissenschaftliche Medizin produziert – wie jede andere ernst zu nehmende Wissenschaft auch – nicht Wahrheit im engeren Sinn (diese ist nämlich als solche gar nicht erfassbar), sondern sie stellt überprüfbare und damit veränderbare Annahmen zur Verfügung, mit deren Hilfe wir Medizin betreiben – verbunden mit der Grundhaltung, dass auch die jeweils beste Theorie kein vollständiges, perfektes Regelwerk liefert. In jeder aufgeklärten Gesellschaft wird dies prinzipiell als logisch vernünftiger gesehen als der Rückbezug auf eine fixe und unverrückbare Idee, die per se auf Wahrheit pocht und sich als nicht hinterfragbar darstellt. Gute empirische Forschung ist daher ein unabdingbarer Bestandteil der wissenschaftlichen Medizin.

Die wissenschaftliche Medizin – diese und keine „Schulmedizin“ lehren wir heute an den Medizinischen Universitäten – wissenschaftliche Medizin hat also kein geschlossenes Lehrgebäude. Sie ist dem ständigen Wandel unter dem Druck der internationalen Forschung und ihrer Erkenntnisse unterworfen. Sie ist daher weltumspannend, wird permanent empirisch überprüft, weiterentwickelt und korrigiert. Sie kennt keine Dogmen, sondern arbeitet mit überprüfbaren Annahmen. In diesen Hypothesen (bzw. Thesen) über die Beschaffenheit von Krankheit und Gesundheit ist das jeweils aktuell verfügbare Wissen der Zeit verdichtet.

Biopsychosoziale Medizin

Wie jede echte Wissenschaft braucht auch die Humanmedizin eine Rahmentheorie, die sowohl ihren Gegenstand als auch das grundlegende Verständnis von diesem Gegenstand umreißt. Das zur Zeit attraktivste Modell einer solchen Rahmentheorie kommt aus der sog. *Biopsychosozialen Medizin*, sie heißt *body mind unity-theory* (oder genauer: *brain mind unity-theory* oder *organic unity theory*) und ist eine Theorie der Körper-Geist-Einheit. Diese verdankt ihren Ursprung der Nutzung der Allgemeinen Systemtheorie für die Medizin Mitte der siebziger Jahre des vorigen Jhds. Die erste Konzeption geht auf G. Engel und eine Reihe anderer prominenter Vertreter zurück, die sich mit den Grenzen der biomedizinischen Theorie nicht abfinden wollten.

Biopsychosoziale Medizin bietet *die* Rahmentheorie für eine integrierte Medizin. In ihrer aktuellsten Fassung kann sie als

eine Theorie der organismischen Einheit (*organic unity theory*) verstanden bzw. als Theorie der Körper-Seele-Einheit (*body mind unity theory*) konzipiert oder auch als Theorie der Gehirn(Materie)-Geist-Einheit (*brain mind unity-theory*) bezeichnet werden. Das biopsychosoziale Modell (als *body mind unity-theory*) gilt vielen daher als Motor oder Wegbereiter einer integrierten wissenschaftlichen Medizin. Wesentliche Beiträge dafür stammen u. a. von Ludwig von Bertalanffy (Systemtheorie), George L. Engel (originäre Formulierung, breitenwirksame Publikation), G.E. Schwartz & P. Weiss (Ausformulierung, Propagierung), A. Goodman (organismische Einheit *sensu* Spinoza), Herbert Weiner (Organismus als Leib-Seele Funktionseinheit), Eric Kandel (Neurobiologie, interdisziplinäre Vernetzung), Th.v. Uexküll, W. Wesiack, A.R. Lurija, H. Petzold & J. W. Egger u. a.

Interessant ist, dass dieser Ansatz eigentlich nicht als Kontrapunkt zur bisher dominierenden biomedizinischen Theorie steht. Ganz im Gegenteil: Die relativ lange Erfolgsgeschichte der bis heute vorherrschenden *biomedizinischen* Theorie mit ihrer physiko-chemischen Fundierung wird auch weiterhin anerkannt. Der biopsychosoziale Ansatz ist aber bemüht, den bis dato vertretenen (streng) naturwissenschaftlichen Ansatz durch die gleichwertige Hinzunahme der psychologischen und öko-sozialen Einflussgrößen auf Gesundheit und Krankheit zu erweitern. Der unbescheidene Anspruch lautet hier: die biomedizinische Orientierung durch die psychologische und öko-soziale Perspektive so zu erweitern, dass dies zu einer integrierten, wissenschaftlichen Medizin des 21. Jahrhunderts führt. Ein solches Unterfangen – d. h. physiologische, psychologische und Lebenswelt bezogene Einflussgrößen parallel nützen zu können – braucht jedenfalls eine potente Metatheorie.

Dieses aktuelle Theorieverständnis bietet eine fundamentale Erweiterung der Medizintheorie, in der Gesundheit und Krankheit nicht mehr dichotom konzipiert sind. Aus der Allgemeinen Systemtheorie begründet sich das Verständnis einer parallelen Verschaltung von Wirklichkeitsebenen. Die strikte Unterscheidung zwischen krank oder gesund kann hier nicht mehr aufrechterhalten werden. Der Mensch kann auf unterschiedlichen Systemebenen mehr oder minder funktionstüchtig sein. Auch innerhalb des Krankheitsspektrums erscheint es wenig sinnvoll, zwischen *organischen* und *psychischen* Erkrankungen zu differenzieren.

Für die Forschungspraxis bedeutet dies, dass sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie alle drei relevanten Dimensionen – Körperliches, Seelisches und öko-soziale Le-

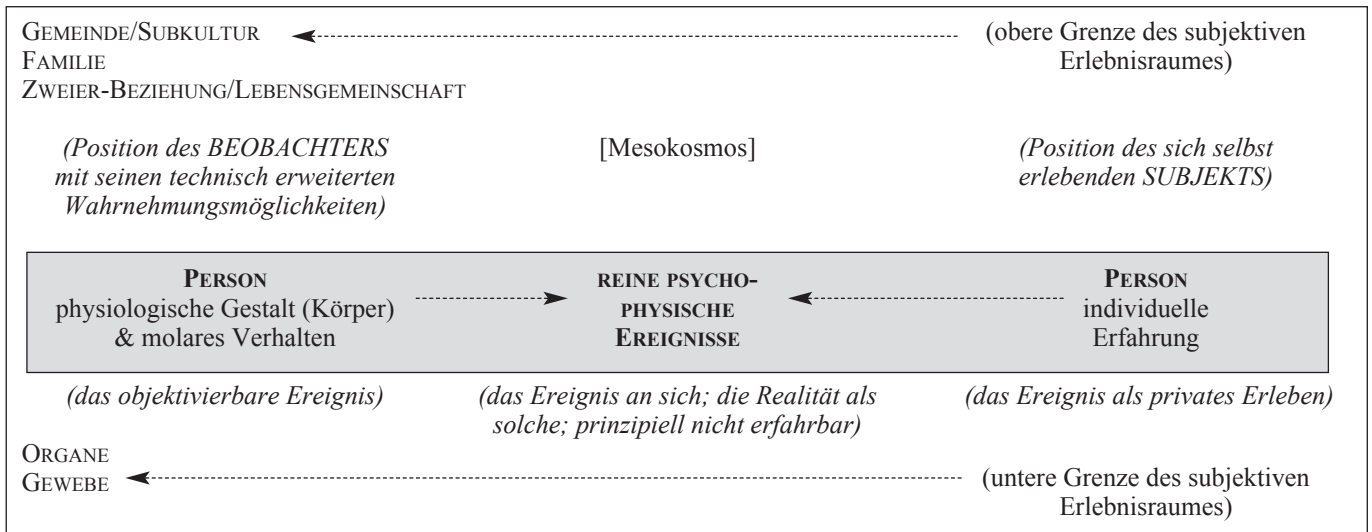


Abb. 1: Skizze zur Überwindung der Dichotomie von Körper und Geist im erweiterten biopsychosozialen Modell – „Mesokosmos“ – phänomenologisch relevanter Ausschnitt zur Problematik „objektivistischer“ und subjektivistischer Zugang zur „Wirklichkeit an sich“

Das revidierte biopsychosoziale Modell – G. L. Engels Biopsychosoziales Modell (1977), modifiziert nach der Theorie der Organismischen Einheit („organic unity theory“, Goodman 1991, „body-mind-unity-theory“); auch „Theorie der Leib-Seele-Einheit“ oder „Theorie der Körper-Geist-Einheit“ (Übertragung, Ergänzung und Modifikation Egger 1993, 2001). – Der für die Theorie bedeutsame Ausschnitt der Wirklichkeit ist in dieser Abbildung als Mesokosmos (sensu Vollmer) dargestellt. Er skizziert die dem Menschen in seinem Erleben unmittelbar zugänglichen Systemebenen.

bensbedingungen – parallel zu untersuchen bzw. zu bearbeiten sind. Alle drei Dimensionen gehören zu ein und derselben Wirklichkeit, wenngleich sie mit unterschiedlichen Methoden und Begriffen operieren. Hier gilt nämlich, dass bei jedem Krankheitsprozess prinzipiell auch psychologische und ökosoziale Faktoren als potenzielle Einflussgrößen zu kalkulieren sind – die beteiligten Leben generierenden bzw. erhaltenden Prozesse interagieren nämlich beständig, einerlei ob das molekulare Geschehen oder die Lebensumwelten eines Organismus ins Auge gefasst werden.

Jedes Leben steht in Wechselwirkung mit seiner spezifischen Umwelt: Die Genexprimierung reagiert auf ganz konkrete individuelle Lebensbedingungen. Unsere Organe reagieren in einem komplexen Zusammenspiel auf das jeweilige biochemische Milieu in unserem Organismus. Wir Menschen reagieren permanent auf unsere sozialen und ökologischen Umwelten usw.

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. D. h. aber nicht, dass auch alle Effekte zur gleichen Zeit einsehbar sind. Aufgrund der unterschiedlichen zeitlichen Abläufe auf den beteiligten Systemebenen werden einige Aspekte schnell, andere Aspekte – auch auf anderen Systemebenen – möglicherweise erst verzögert wahrgenommen werden können – denken wir bspw. an die lange Vorlaufzeit für Schädigungen durch Zigarettenrauchen oder an den Zusammenhang zwischen einer latenten Ärgerbereitschaft und der Entwicklung eines Magen-Ulcus ... (s. Abbildung 2).

Anmerkung: Die *Stresstheorien* haben in ihrer langen Geschichte viel zum Verständnis von patho-psychophysiologischen Prozessen beigetragen (Straub 2006), sie reichen aber nicht aus, die Komplexität von Krankheitsphänomenen aufzuklären. Fest steht, dass „Stress“ (im Sinne von *strain*, also Stressoren) zu einem Spektrum an Reaktionen führt, deren exakte Kontrolle substantiell für die Gesunderhaltung des Organismus ist. Derartige Stressoren führen bekanntlich zur Freisetzung von CRH, welches die autonomen, physiologischen und behavioralen Stressreaktionen steuert. Eine Schlüsselrolle kommt hierbei der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) zu, deren Aktivierung zur Freisetzung von Cortisol führt, dem wichtigsten Glucocorticoid des Menschen. (Diese Bedeutung der HHNA macht sie aus Sicht der aktuellen Genetik-Forschung auch zu einem primären Endophänotypen bei der Suche nach genetischen Determinanten stresskorrelierter Erkrankungen; vgl. Schedlowski & Tewes 1996, Schüssler 2004, Singer 2005.)

Bezüglich *geistiger* Phänomene einerseits und *körperlicher* Phänomene andererseits postuliert die *Theorie der Materie-Geist-Einheit* – unter Zugrundelegung der Allgemeinen Systemtheorie –, dass mentale Phänomene (wie der *Gedanke*) 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 (neue, hierarchisch komplexere) Eigenschaften, welche unterscheidbar sind von neurobiologischen Eigenschaften und welche auch nicht reduzierbar sind auf neurophysiologische Tatbestände.

Die damit verbundene entscheidende und wichtigste Erkenntnis ist, dass eine noch so genaue Klärung der Bestandteile und

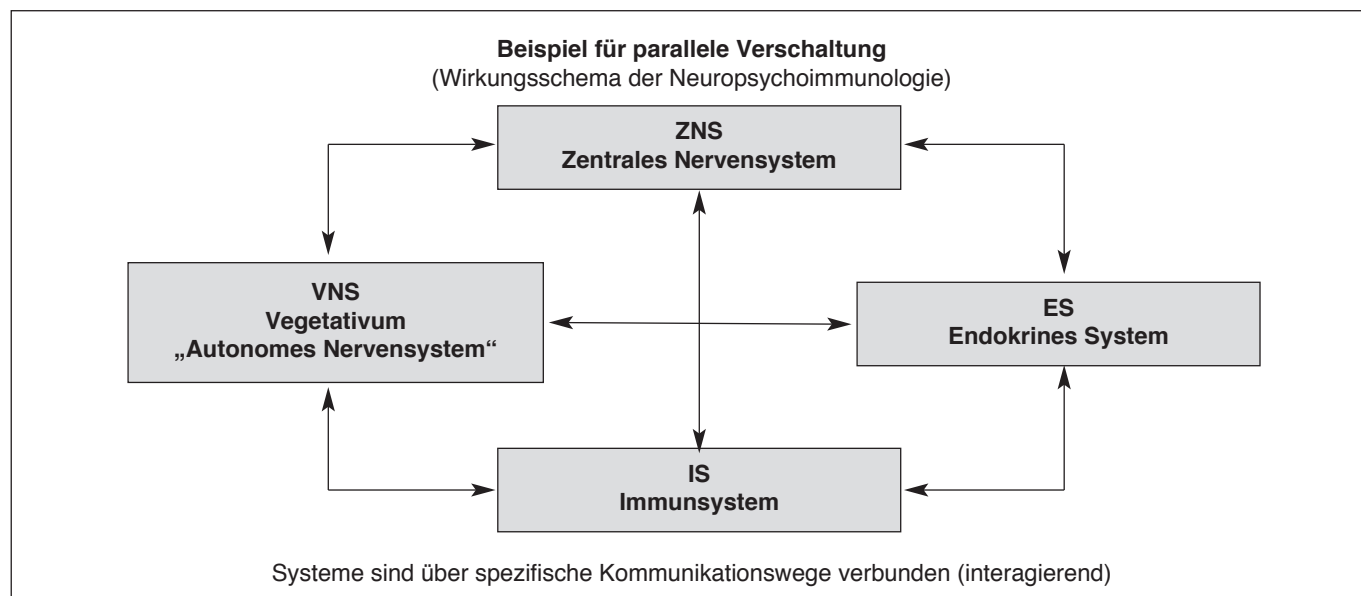


Abb. 2: Postuliertes Wirkungsschema der Neuropsychimmunologie (mod. n. Ferstl 1989) – Innerorganismisches kommunikatives Netzwerk. In vereinfachender, die Wirklichkeit nur schlecht abbildender Form sprechen wir von Wechselwirkungen innerhalb und zwischen den Systemebenen, so als ob die Teile nebeneinander stehen und sich dergestalt gegenseitig beeinflussen würden; tatsächlich sind sie aber alle Teile ein und desselben organismischen Geschehens. Weil im Normalfall kaum alle beteiligten Faktoren ausreichend aufgeschlüsselt werden können, verbleibt hier auch eine Rest-Unschärfe im Erklärungsmodell.

ihrer Beziehungen untereinander auf jeweils einer Systemebene keine ausreichende Klärung der Phänomene auf der nächst höheren Ebene der Systemhierarchie erbringt. Oder anders formuliert: Die größten Anstrengungen auf neurologischer oder biochemischer Ebene werden es nicht schaffen, die Erlebens- und Verhaltensphänomene aufzuklären und vice versa – und zwar aus prinzipiellen Gründen, da das jeweils höher liegende System Phänomene produziert, die auf der darunter liegenden Ebene noch gar nicht existieren.

Ein psychologisches Konstrukt wie etwa „Selbstunsicherheit“ oder „Feindseligkeit“ oder „Selbstwirksamkeitserwartung“ werden wir auf physiologischer Ebene vergeblich suchen. Was wir dort davon finden, sind vielfältige nervöse, humorale bzw. biochemische 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.

Von grundlegender Bedeutung ist dabei die Erkenntnis, dass jedes seelische Phänomen – also jeder Gedanke, jedes Gefühl, jeder Handlungsimpuls und jedes Handeln – immer gleichzeitig auch als ein körperlicher Vorgang zu verstehen ist. Es ist unsere Sprache, die uns hier zwei verschiedene Welten vorgaukelt, tatsächlich handelt es sich immer um *einen* Prozess des gesamten Systems „Mensch“. Seelische Phänomene stellen emergente Eigenschaften des komplexen Organismus – insbesondere des Nervensystems – dar. Verschiedene struktu-

relle oder funktionelle Zustände dieses Nervensystems bringen daher auch verschiedene seelische Phänomene hervor. Nach dem Prinzip der Emergenz sind diese seelischen Ereignisse allerdings auf der darunter liegenden physiologischen Ebene nicht ausreichend erklärbar, sie können dort phänomenologisch niemals ausreichend verstanden werden (s. a. Singer 2005, Roth 2003).

Der zentrale Begriff ist hier die *Emergenz*, also das Hervorbringen von Phänomenen, die auf der jeweils darunter liegenden Systemebene noch nicht vorhanden sind und deswegen dort auch nicht als Erklärungsgrundlagen zur Verfügung stehen. Emergenz wird im Sinne der Evolutionstheorie (s. z. B. Riedl 1990, 1987) als ein durchgehendes Phänomen alles Biologischen gesehen; ohne sie wäre die oft sprunghafte Entwicklung konkreter Lebensformen auf unserem Planeten kaum verständlich. Konrad Lorenz hat dies als Fulguration beschrieben (s. a. Egger 2009).

Da das „Ganze“ einer Krankheit (oder Gesundheit) – und damit sind alle relevanten Systemebenen gemeint – als solches nicht fassbar ist, macht es natürlich weiterhin Sinn, für die Detailauflösung dimensional vorzugehen. Der Forscher wird also auch im biopsychosozialen Modell bevorzugt auf einem der beteiligten Wirklichkeitsausschnitte – nämlich dort, wo er mit seinem Fachwissen Experte ist – Daten sammeln und potentielle Wirkfaktoren überprüfen. Allerdings muss er sie danach in ein übergeordnetes System zu integrieren versuchen.

Das fortbestehende, bisher also nicht gelöste Problem der neuen Rahmentheorie besteht darin, dass wir keine gemeinsame Sprache für die physiologischen Vorgänge einerseits und die psychologischen Prozesse andererseits besitzen. D. h. wir vermögen die parallel organisierten Ereignisse eines Krankheitsprozesses einigermaßen zu erkennen, aber für deren Beschreibung haben

wir nach wie vor zwei kaum miteinander verbundene Sprachen in der Heilkunde: die organmedizinische und die psychologische Sprache. – Hier braucht es noch viel Anstrengung, eine epochale Arbeit, die nur interdisziplinär und im Team gelöst werden wird. Bis heute gaukelt uns die Sprache mit ihren dualistischen Begrifflichkeiten nach wie vor zwei Welten vor – nämlich eine Welt des Körperlichen und eine davon irgendwie losgelöste Welt des Seelischen –, wo es doch nur eine gibt (vgl. Windmann & Durstewitz 2000, Seiffert 1983).

Was den Gesetzen der Physik und Chemie entspricht, ist das Körperliche (oder Materielle) und alles, was den Gesetzen der Psychologie entspricht, ist das Seelische. Beides gehört immer zur gleichen Wirklichkeit und ist nur aufgrund unserer bisher gewohnten Begrifflichkeiten bzw. traditionellen Denkschemata getrennt.

Daher ist es auch falsch, *genetisch* mit *biologisch* gleich zu setzen und *psychologisch* mit *umweltbedingt*. Die Dichotomie zwischen *biologisch* und *psychologisch* hebt sich damit auf.

Wie wir nun sehen, sind fast alle Vorgänge in der Natur – und damit auch in unserem Organismus – nichtlinear und damit potentiell chaotischer Art sind. Je mehr Variablen an einem Prozess beteiligt sind, desto undurchsichtiger wird das Geschehen. Eine Rest-Unschärfe wird also in all unseren Modellbildungen verbleiben, sie kann durch forschende Arbeit zwar reduziert, aber nicht gänzlich ausgeschaltet werden. Wer das leugnet, der

unterschätzt die Anzahl an Variablen und deren Wechselwirkungen in nichtlinearen Systemen in erheblichem Ausmaß. Das nichtlineare (chaotische) System *Mensch* – eingebunden in seine über- und untergeordneten Netzwerke – wird mit linearen Wenn-Dann-Beziehungen nie ganz zu verstehen sein.

Für die *Forschung* – und damit für den Erkenntnisfortschritt – wie für die *Praxis* gleichermaßen wichtig ist hier die Einschränkung, dass wir sehr wohl einfache kausale Beziehungen postulieren und überprüfen können. Dies ist schon deshalb notwendig, da das sogenannte Ganze niemals als solches empirisch untersuchbar ist. Wir müssen uns nur stets vor Augen halten, dass es sich bei diesen Wenn-Dann-Beziehungen um stark reduktionistische Verstehensmodelle handelt, die nur Ausschnitte des gesamten ablaufenden Prozesses abbilden. Alle Krankheits- bzw. Gesundheits-Prozesse sind potentiell multi-determiniert, wobei ursächliche, hemmende oder fördernde Prozessanteile als solche für das Erscheinungsbild einer Krankheit mitkalkuliert werden müssen. Das macht diese *Theorie der Körper-Seele-Einheit* oder *Gehirn-Geist-Einheit* auch für die grenzüberschreitende Forschung so attraktiv.

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 vor-

PATIENT mit seiner individuellen PATIENTENWELT muss in seiner psychischen, organbiologischen und öko-sozialen Dimension erkannt werden				
Biopsychosoziale Diagnostik „Simultandiagnostik“ Mehrebenen-diagnostik	organisch-biologische Daten	Erlebens- und Verhaltensdaten (Denken, Fühlen, Handeln)	öko-soziale Daten (physiko-chemische und soziale Umwelt)	multimodale Datener- fassung: Datenebenen, Datenquellen, funktionelle Bereiche
Integration der Mehrebenen-Diagnostik Datenintegration durch Nutzung von störungsspezifischen Modellen für die Verbindung zwischen den Systemebenen (wissenschaftlich bekannte und vermutete Kommunikationswege zwischen den relevanten Systemen)				
multimodale Therapie Über biopsychosoziale Diagnostik begründeter Einsatz und Koordination der Interventionen auf den unterschiedlichen Einflussebenen, Behandlungskonzept mit mehrdimensionalen Eingriffsmöglichkeiten				
Bio-psycho-soziale Therapie „Simultantherapie“, Mehrebenen-Therapie	Eingriffe auf organbiologische Ebene: pharmakotherapeutisch, chirurgisch-technisch, physiotherapeutisch	Eingriffe auf psychologischer Ebene: Kognitiv-emotional und handlungsorientierte Interventionen	Eingriffe auf öko-sozialer Ebene: Familiäres/berufliches Netzwerk, sozio- kulturelle Ressourcen	abgestimmte Interventionen, serielles oder paralleles Procedere
Wirkung auf psychische, organbiologische und öko-soziale Dimensionen des PATIENTEN in seiner individuellen PATIENTENWELT				

Abb. 3: „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“ im diagnostisch-therapeutischen Team (in Anlehnung an P. Hahn, Heidelberg, mod. Egger 2008a) – Skizze für die notwendige parallele Erfassung und Verarbeitung von relevanten Patientendaten

getäuschte 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. Das viel diskutierte *Genomprojekt* hat eine Zäsur und einen neuen Aufstieg der Biologie – allerdings nun wieder als ursprüngliche Lehre vom Leben – mit sich gebracht und z. T. verstörende Erkenntnisse geliefert: Das genetisch festgelegte Individuum existiert als solches offenbar nicht. Es ist vielmehr ein „work in progress“. Der Organismus des Menschen stellt eher ein „biologisches Mosaik“ dar. Die lange Debatte, was für die Prägung des Menschen wichtiger sei – die Umwelt oder die Gene – hat sich damit weitgehend aufgelöst: Was die Gene exprimieren, ist in bedeutendem Ausmaß von der konkreten Umwelt abhängig, eben auch von seiner sozialen Lebenswelt. Die genetische „Innenwelt“ einerseits und die individuelle „Außenwelt“ andererseits bilden eine funktionale Einheit. Für die Praxis der biopsychosozialen Medizin ist auch die Einsicht relevant, dass man nicht Experte sein muss auf allen relevanten Systemebenen des Modells. Es ist gar nicht zumutbar, dass der Forscher sowohl Experte in den Aspekten der *hard core medicine* einer beliebigen Störung als auch psychologi-

sche Expertin für die intrapsychischen und individuellen Lebenswelt-bezogenen Aspekten des kranken Menschen oder gar darüber hinaus auch noch Fachmann für die öko-sozialen Korrelate einer Erkrankung ist. Um biopsychosoziale Medizin betreiben zu können, ist aber ein Grundverständnis für die jeweils nicht geläufigen (öko-psycho-sozialen oder bio-medizinischen) Sprachwelten nötig. Aus der Sicht des Arztes braucht es ein Grundverständnis für die psychologischen und öko-sozialen Einflussgrößen, das es zu erarbeiten gilt. Aus der Sicht des psychologischen Forschers braucht es hier ein Grundlagenwissen über die wesentlichen Aspekte des organischen Krankheitsgeschehens. Erst wenn zumindest eine überblicksartige Vorstellung von den Wirkfaktoren eines als Störung bezeichneten Phänomens auf allen relevanten Systemebenen vorhanden ist und wenn die beteiligten Phänomene auch benannt und einigermaßen theoretisch eingeordnet werden können, lässt sich den zugrunde liegenden (biopsychosozialen) Wechselwirkungen (besser: den multidimensional ablaufenden Prozessschritten) auch auf die Spur kommen. Andernfalls wird diese komplexe Wechselwirkungs-Welt unverständlich oder irrelevant erscheinen. Als Raster für die praktische ärztliche Arbeit in der biopsychosozialen Medizin kann eine Schablone (Abbildung 4, Egger &

	DIAGNOSTIK	THERAPIE
BEOBSACHTUNGSEBENE	bisherige diagnostische Erkenntnisse (Fakten von Interpretationen trennen!)	Konsequenzen für die weitere Behandlung (konkrete Schritte und Überlegungen)
biologisch organmedizinische Aspekte, biomedizinische Daten	z. B. ätiologische und pathogenetische Aspekte, Risikofaktoren; weitere Abklärung?	physikalische, medikamentöse, chirurgische Interventionen
psychologisch Eigenheiten des Erlebens und Verhaltens („Persönlichkeit“), individueller Lebensstil	z. B. auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren; Persönlichkeitsaspekte, Bewältigungsstil, subjektive Krankheitstheorie	therapeutisches Gespräch, Psychoedukation, psychophysiologische Regulationsverfahren; Überweisung zur Fach-Psychotherapie
öko-sozial familiäre, beruflich-gesellschaftliche und andere umweltbezogene Lebensbedingungen	z. B. soziales Netzwerk/sozialer Rückhalt, akut oder chronisch belastende Stressoren in Beruf/Familie/ Wohnbedingungen	informative Beratung, Vermittlung von helfenden Kontakten zu Familie, Arbeitsplatz, Behörden, psychosozialen Beratungsstellen oder Vereinen

Zum Verständnis des Zusammenhangs (Parallelität) der einzelnen Beobachtungsebenen:
 1. Krankheitsverständnis („Expertenmodell“): Wie könnte der Pat. mit seinen beobachtbaren Krankheitsphänomenen „verstanden“ werden? (Wechselwirkungs-Hypothesen im Sinne des biopsychosozialen Erklärungsmodells)
 2. Welche prinzipiellen Interventionsmöglichkeiten ergeben sich (aus Punkt 1) auf jeder der drei Ebenen des biopsychosozialen Modells?
 3. Wo würden Sie den Therapie-Fokus setzen bzw. womit würden Sie beginnen?

Abb. 4: Praxis des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses

Stix 1997) beispielhaft angeführt werden. Hier geht es um die Zuordnung der erhobenen Patienten-Informationen zu den einzelnen Systemkategorien „körperlich“, „seelisch“ und „Umwelt bezogen“. Erst die Erarbeitung einer möglichst wissenschaftlichen Hypothese zum Zusammenwirken von Faktoren bildet dann die Basis für die weitere Vorgehensweise.

Auch dafür gilt, dass prinzipiell auf jeder Systemebene Einflussmöglichkeiten genutzt werden könnten. Ob und welche davon als Interventionen tauglich sind, hängt wiederum von vielen Randbedingungen ab (bspw. von der Art der Erkrankung, vom störungsspezifischen Wissen aufseiten des Therapeuten, den aktuell verfügbaren therapeutischen Kompetenzen, von den Ressourcen des Patienten und seiner Lebenswelt usw.).

Dem vorgestellten theoretischen Ansatz entsprechend 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 *biologische* Behandlung zu beschreiben. Dies steht auch in guter Übereinstimmung mit Grawes Ansatz einer *Neuropsychotherapie* (Grawe 2004).

Wir haben dies in der Venedig-Deklaration unserer Gesellschaft mit folgenden allg. Worten veröffentlicht:

„Der organmedizinisch operierende Arzt findet sich auch im biopsychosozialen Modell mit all seinen fachlich relevanten Aspekten wieder. Diese Daten werden allerdings ergänzt durch psychologische und öko-soziale Aspekte des Patienten, die im Sinne einer „Simultandiagnostik“ parallel erhoben und verarbeitet werden. Aus einem solchen Krankheitsverständnis können ganz konkrete Interventionen auf der biologischen, psychologischen und öko-sozialen Ebene abgeleitet werden („Simultantherapie“ oder parallele Interventionen). Das Arbeitsfeld der Medizin wird solchermaßen erweitert und die psychologischen und öko-sozialen Aspekte werden nicht ausgelagert. Damit wird erkennbar, dass Ort (Dimension), Art (Interventionsform) und Ausmaß (Quantität) der therapeutischen Intervention jeweils individuell berücksichtigt und verhandelt werden müssen“ (www.bpsmed.net, Venedig-Deklaration der Internationalen Gesellschaft für Biopsychosoziale Medizin 2008).

Auf absehbare Zeit werden wir diese erweiterte (biopsychosoziale) Kompetenz wahrscheinlich nicht ausreichend vermitteln können, sodass das Arbeiten in multiprofessionellen Teams eine plausible und zeitgemäße Lösung darstellt. Sie hat zudem den Vorteil, dass das Voneinander-Lernen nicht nur den beteiligten Fachleuten einen erlebbaren *benefit* bringt, sondern auch dem Patienten hilft, jene Therapie zu bekommen, die den geringsten Fehlbehandlungsanteil hat und Misserfolge reduziert. – Wir möchten mit unserer Arbeit ein wenig dazu beitragen!

Vortrag, Research Meeting of the International Society of Biopsychosocial Medicine „The body mind unity-theory – *Current biopsychosocial approaches to research*“, Medical University Graz, 15 Oct 2011.

Literatur

- BERTALANFFY L.V. (1968). General System Theory. New York: George Braziller.
- EGGER, J. W. (1994). Psychosomatische Krankheiten gibt es nicht. 3. Goldegger Psychotherapiewoche des ÖAGG. In Psychotherapie in der Psychosomatik. Goldegg 1994.
- EGGER, J. W. (1995). Psychosomatische Krankheiten – Ein theoretischer Missgriff? Internationale Verhaltenstherapie, Graz, 1995.
- EGGER, J. W. (1992). Das Ende der Leib-Seele-Dichotomie? Neue Ansätze für eine Theorie der Psychosomatik. Psychologie in der Medizin, 3, 2, 3–9.
- EGGER, J. W. (1992). Von der psychobiologischen Stressforschung zur Neuro-immunologie. Pädiatrie und Pädologie, 27, 91–96.
- EGGER, J. W. (1993). Empirische Psychosomatik. Zusammenhänge zwischen Stress, Angst und Krankheit. In Egger, J.W. (Hrsg.). (1993). Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV, 123–176.
- EGGER, J. W. (1993). Gibt es „psychosomatische“ Krankheiten? In Egger, J. (Hrsg.). (1993). Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik. Wien: WUV-Universitätsverlag, 106–123.
- EGGER, J. W. (1995). Gesundheitspsychologie. In: Frischenschlager, O., Hexel, M., Kantner-Rumplair, W., Ringler, M., Söllner, W. & Wisiak, U.V. (Hrsg.). (1995). Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie. Wien: Springer-Verlag, 47–58.
- EGGER, J. W. (1998). Gesundheitsverhalten und Motivation. (1998). In Kryspin-Exner, I., Lueger-Schuster, B. & Weber, G. (Hrsg.). (1998). Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV, 120–142.
- EGGER, J. W. (1999). Medizin als empirische Wissenschaft – Die Bedeutung der evolutionären Erkenntnistheorie und der biopsychosozialen Krankheitsbegriff. Psychologische Medizin, 1999, 10, 2, 3–14.
- 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.
- EGGER, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin, 16, 2, 3–12.
- EGGER, J. W. (2008a). Grundlagen der „Psychosomatik“ – Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. Psychologische Medizin, 2008; 19(2): 12–22.
- EGGER, J. W. (2008b). Theorie der Körper-Seele-Einheit: das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell – zu einem wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnis von Krankheit. Integrative Therapie – Zeitschrift für Vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, Wien: Krammer/ Edition Donau-Universität Krems.
- EGGER, J. W. (2009). Das Phänomen der Emergenz im Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Psychologische Medizin, 20, 4, 10–16.
- Egger, J. W. & Stix, P. (1997). Dokumentation einer basalen psychosomatischen Intervention: Ein Leitfaden für die Simultandiagnostik und -therapie im PSY-II-Curriculum. Psychologie in der Medizin, 8, 2, 36–40.
- EGGER, J. W., PIERINGER, W. & WISIAK, U.V. (2007). Das Lehrprogramm zu Medizinischer Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie in der aktuellen Diplomstudienordnung Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz. Psychologische Medizin, 18, 1, 44–52.
- ENGEL, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science; 196: 129–136.
- ENGEL, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry; 137: 535–44.
- ENGEL, G. L. (1982). The biopsychosocial model and medical education: who are to be teachers? N Engl J Med; 306: 802–805.
- ENGEL, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? Psychother Psychosom 1992; 57: 3–16.
- ENGEL, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial. Psychother Psychosom; 66: 57–62.
- ENGEL, G. L. (1976). Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- FERSTL, R. (1989). Psychoneuroimmunologie – Grundlagen und denkbare Aspekte ihrer klinischen Anwendung. In Wahl, R. & Hautzinger, M. (Hrsg.) Verhaltensmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 4–42.
- GOODMAN, A. (1991). Organic unity theory. The mind-body problem revisited. American Journal of Psychiatry 148, 5, 553–563.
- GRAWE, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen (Hogrefe).

- International Society of Biopsychosocial Medicine – Venice Declaration. www.bpsmed.net
- KANDEL, E. R. (2006). *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- LURJA, A. R. (1978). Zur Stellung der Psychologie unter den Sozial- und Biowissenschaften. *Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge* 31 (1978), 640–647.
- LURJA, A. R. (1992). *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- LURJA, A. R. (1993). *Romantische Wissenschaft*. Reinbek: Rowohlt.
- PETZOLD, H. G. (2001). *Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“*. Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H. G. (2006). *Gesamtbibliographie H.G. Petzold*. www.fpi-publikationen.de/materialien.htm
- PETZOLD, H. G. (2008). *Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis*. *Psychologische Medizin*, 20, 1.
- RIEDL, R. (1987). *Begriff und Welt. Biologische Grundlagen des Erkennens und Begreifens*. Berlin.
- RIEDL, R. (1990). *Biologie der Erkenntnis*. Berlin.
- ROTH, G. (2003). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- SCHEDLOWSKI, M., TEWES, U. (1996) (Hrsg.). *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spektrum.
- SCHÜBLER, G. (2004). *Neurobiologie und Psychotherapie*. *Z Psychosom Med Psychother* 50/2004, 406–429.
- SCHWARTZ, G. (1982). *Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine?* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040–1053.
- SCHWARTZ, G. E., WEISS, S. M. (1977). *What is Behavioral Medicine?* *Psychosomatic Medicine* Vol. 39, No. 6, 377–381.
- SCHWARTZ, G. E., WEISS, S. M. (1978). *Behavioral Medicine revisited: An amended definition*. *J. of behavioral medicine*, 1, 3, 249–251.
- SEIFFERT, H. (1983). *Einführung in die Wissenschaftstheorie. Band 1: Sprachanalyse, Deduktion, Induktion in den Natur- und Sozialwissenschaften*. München: Beck.
- SEIFFERT, H. (1983). *Einführung in die Wissenschaftstheorie. Band 2: Phänomenologie, Hermeneutik und historische Methode, Dialektik*. München: Beck.
- SINGER, W. (2005). *Der Beobachter im Gehirn – Essays zur Hirnforschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- STRAUB, R. H. (2006) (Hrsg.). *Lehrbuch der klinischen Pathophysiologie komplexer chronischer Erkrankungen. Band I und II*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- UEXKÜLL T.V., WESIACK, W. (2010). In: Adler R.H. et al., editor. *Uexküll von, Psychosomatische Medizin*, 7th ed. München, Jena: Urban und Fischer.
- UEXKÜLL, T.V. (1991). *Psychosomatik als Suche nach dem verlorenen lebenden Körper*. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 41, 482–488.
- UEXKÜLL, T.V., WESIACK, W. (1988). *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- UEXKÜLL, T.V., WESIACK, W. (2003). *Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkinde: ein biopsychosoziales Modell*. In Uexküll – *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Fischer, 3–42.
- WEINER, H. (1986). *Die Geschichte der psychosomatischen Medizin und das Leib-Seele-Problem in der Medizin*. In *Psychoth. Med. Psychol.* 36 (1986) 361–391. Stuttgart: Thieme.
- WEINER, H. (1990). *Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell: Folgerungen für die Theorie der psychosomatischen Medizin*. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 81–101.
- WEINER, H. (1991). *Der Organismus als leib-seelische Funktionseinheit – Folgerungen für eine psychosomatische Medizin*. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 465–481.
- WEINER, H. (1998). *Immer wieder der Reduktionismus. Das Beispiel des Helicobacter pylori*. In *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 48 (1998) 425–429. Stuttgart: Thieme.
- 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.
- WEINER, H., MAYER, E. (1990). *Der Organismus in Gesundheit und Krankheit. Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell: Folgerungen für die Theorie der psychosomatischen Medizin*. In *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 40 (1990) 81–101. Stuttgart: Thieme.
- WESIACK, W. (1983). *Das Situationskreiskonzept Thure v. Uexkülls und seine Bedeutung für die Theorie und Praxis der Medizin*. In *Psychother. Med. Psychol.* 33, Sonderheft 41–44. Stuttgart: Thieme.
- WINDMANN S, DURSTEWITZ D. (2000). *Phänomenales Erleben: Ein fundamentales Problem für die Psychologie und die Neurowissenschaften. (Warum die Evolution nicht auf qualitativem Erleben operieren kann.)* In *Psychologische Rundschau*, 51 (2), 75–82. Göttingen: Hogrefe 2000.

Autor

Univ.-Prof. Dr. Josef W. Egger, Professur für biopsychosoziale Medizin in der Lehre, Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, LKH-Univ.-Klinikum Graz, Villa Hahnshof, Roseggerweg 50, 8036 Graz
josef.egger@medunigraz.at