

Psychosomatik und Mind-Body-Medizin: Integrative, komplementäre oder alternative Disziplinen? Ein entwicklungslogisches Argument

Stefan Brunnhuber^a Andreas Michalsen^b

^a Diakonie Kliniken Zschadrass, Klinik und Poliklinik für Integrative Psychiatrie und Psychosomatik, Akademisches Lehrkrankenhaus, Colditz,
^b Stiftungsprofessur für Klinische Naturheilkunde, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie,
Charité-Universitätsmedizin Berlin und Abteilung für Naturheilkunde; Klinik für Innere Medizin, Immanuel Krankenhaus, Berlin, Deutschland

Schlüsselwörter

Integrative Medizin · Mind-Body-Medizin ·
Ordnungstherapie · Psychosomatik

Zusammenfassung

Der Text stellt den Zusammenhang zwischen Psychosomatik und Ordnungstherapie bzw. Mind-Body-Medizin und der Beziehung beider aus historischer, medizinischer und erkenntnistheoretischer Sicht her. Grenzen und Tragweite beider Einzeldisziplinen werden innerhalb eines entwicklungslogischen Arguments diskutiert und die Möglichkeiten innerhalb des Konzepts der Integrativen Medizin hervorgehoben. Psychosomatik stellt sich dabei als ein Behandlungsprozess mittels einer primär verbal-diskursiven Beziehung dar, Mind-Body-Medizin dagegen fördert Heilung über traditionelle Techniken der «relaxation response», gesteigerte Achtsamkeit, Bewusstheit, zunehmende Des-Identifikation und konsekutive gesundheitsfördernde Lebensstilmodifikation. Es wird deutlich, dass Mind-Body-Medizin erkenntnistheoretisch den breiteren theoretischen Rahmen liefert, während im praktisch-klinischen Kontext die Kombination beider Bereiche komplementär und synergistisch erscheint. Die Verbindung von Psychosomatik und Mind-Body-Medizin kann einen wichtigen und beispielhaften Beitrag für das Konzept der Integrativen Medizin leisten.

Einleitung

Die naturheilkundliche Ordnungstherapie hat durch die aus dem angloamerikanischen Raum kommende Mind-Body-Medizin (MBM) zuletzt stark an Aufmerksamkeit und Be-

Keywords

Integrative Medicine · Mind-body medicine ·
Regulative therapy · Psychosomatic medicine

Summary

The text outlines the relation between psychosomatic medicine as an established medical discipline and the emerging concept of mind-body medicine from a historical, clinical and epistemological perspective. Limitations and contributions of both disciplines are discussed and the opportunities within the concept of Integrative Medicine are outlined. Whereas psychosomatic medicine is perceived as a form of transformation through a primarily verbal discursive relationship, mind-body medicine claims healing through increased traditional techniques of the relaxation response, increased awareness, mindfulness, increasing des-identification and health-promoting lifestyle modification. It becomes clear that mind-body medicine seems to be epistemologically the broader theoretical framework, whereas in a clinical context the combination of both disciplines appears to be complementary and synergistic. The connection between psychosomatic medicine and mind-body medicine can make an important and exemplary contribution to the concept of Integrative Medicine.

deutung gewonnen. Andererseits ist unverkennbar, dass die insbesondere in Deutschland breit etablierte Psychosomatik (PS) immer häufiger operativ der Psychiatrie zugeordnet wird und das Gebiet insgesamt sich schwierigen neueren Entwick-

lungen gegenübersteht. Nicht nur für Patienten, Kostenträger und politische Entscheidungsträger, sondern auch für Ärzte der Fachgebiete Naturheilkunde/Ordnungstherapie/MBM und PS ist es daher zunehmend von Bedeutung, aber schwierig, eine Grenzziehung zwischen beiden Gebieten vorzunehmen. Im praktischen und nachfragebestimmten Versorgungsalltag ist erkennbar, dass psychosomatische Kliniken zunehmend Naturheilkunde integrieren und andererseits naturheilkundliche Kliniken inzwischen schwerpunktmäßig psychosomatische Krankheitsbilder, unterstützt durch psychosomatische Konsiliarärzte, behandeln. Damit stellt sich deutlich die Frage nach dem Verhältnis zueinander und der zukünftigen Positionierung beider Bereiche in Versorgung und Forschung sowie nach den Schnittmengen und Abgrenzungen: Sind Ordnungstherapie/MBM und PS komplementäre, additiv-synergistische oder kompetitive Gebiete der Medizin? Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass die Schnittmengen beider Fächer im Bereich der Inanspruchnahme durch Patienten, der wirksamen Indikationen, aber auch der beanspruchten Zuständigkeiten bei Leitlinienentwicklungen und wissenschaftlichen Bewertungen erheblich sind. Brauchen wir beides oder sollte ein Gebiet das andere integrieren oder assimilieren? Und – können wir das Konzept der Integrativen Medizin gerade auf diesen Bereich erfolgreich anwenden? Im Folgenden werden Überlegungen einer ersten Einordnung vorgestellt, bewusst auch mit dem Ziel, eine Diskussion anzuregen.

Begriff und Historie der Psychosomatik

In den letzten Jahren hat sich die psychosomatische Medizin, insbesondere unter dem Druck der Ergebnisse der Neurobiologie immer wieder konzeptionellen Veränderungen unterziehen müssen. Der Begriff «Psychosomatik» wurde ursprünglich im Jahr 1818 von dem Psychiater Heinroth geprägt und steht für zwei allgemeine Betrachtungsweisen: zum einen steht die PS für ein Menschenbild, in dem psychische und körperliche Vorgänge immer gemeinsam vermittelt sind, und zum anderen für spezifische Krankheitsbilder, für die bestimmte allgemeine Charakteristika gelten sollen. Dabei sind fünf Merkmale wichtig: Erstens liegen pathophysiologische Funktionsabläufe bzw. Schäden an Organen oder Organsystemen vor oder werden zumindest subjektiv als krankhaft erlebt. Zweitens wird eine psychosoziale Auslösesituation gefordert, die drittens auf einen repetitiven, dysfunktionalen Beziehungskonflikt oder Stressor in der Biographie des Patienten verweist und hier entsprechenden Lerngesetzen unterworfen ist, welche zumindest teilweise auch transgenerational weitergegeben werden. Viertens sind die somatischen Beschwerden bzw. die Organwahl nicht zufällig, sondern ergeben – innerhalb der Biographie des Patienten – einen Sinnzusammenhang. Fünftens: Die subjektive Reflexion bezüglich des biographischen Gesamtzusammenhangs bzw. des psycho-

somatischen Funktionszusammenhangs ist für den Patienten nicht vollständig gegeben und erfordert eine gesprächstherapeutische Intervention [1].

In einer ersten allgemeinen Näherung könnte man sagen: Das psychosomatische Symptom komplettiert in nichtbewusster, aber doch sinnhafter Form eine für den Patienten leidvoll erfahrene Lebens- und Lerngeschichte. Das psychosomatische Symptom hat einen individuellen Sinn, zu dem der Patient jedoch nur einen unvollständigen Zugang hat, da seine Genese nicht in sprachlichen Konflikten allein vermittelt wird. Der psychosomatisch Kranke deutet aktuelle Lebensumstände gewissermaßen als ein für ihn sinnvolles Missverständnis. Diese allgemeinen Zusammenhänge werden einmal durch die Erforschung frühkindlicher Stressoren auf die spätere Symptombildung (adverse childhood experiences (ACE)) [2], dem «perinatal programming» [3], durch klinisch relevante Biomarker [4] oder auch bildgebende Verfahren auf weiten Strecken bestätigt [5]. Schließlich dokumentieren die zunehmenden Ergebnisse der Epigenetik den engen Zusammenhang von psychosozialen und milieubedingten Faktoren in der Ausbildung adulter Syndrome [6].

Parallel haben sich eine Reihe von schulspezifischen Auseinandersetzungen entwickelt. Dabei standen historisch konflikt- und/oder syndromspezifische und/oder ätiologische Betrachtungsweisen im Vordergrund. Das heißt, der psychosomatisch tätige Kliniker hat nach repetitiven, dysfunktionalen biographischen Konfliktmustern gesucht, welche in einer inhaltlichen Analogie zum aktuellen Beschwerdebild stehen (etwa analer Konflikt bei funktionellen Darmerkrankungen oder ödipale Konflikte bei Konversionen) oder er hat nach einem analogen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur und Symptom gesucht (etwa Autonomie-Abhängigkeitskonflikt beim Asthmatiker). Dieses Vorgehen von Konfliktspezifität und Symptom hat sich jedoch wissenschaftlich bislang nicht ausreichend bestätigen lassen.

Das Fachgebiet der PS ist in besonderer Weise theorie sensitiv. Das heißt, jedes Mal, wenn man die theoretischen und konzeptionellen Rahmenbedingungen ändert, ändert sich die klinische Herangehensweise und das Verständnis der psychosomatischen Symptombildung. Wirkungsgeschichtlich und formal lassen sich die wichtigsten psychosomatischen Theorien mindestens drei großen Richtungen zuordnen: lineare, zyklomorphe, sowie verhaltensmedizinische Modelle (Tab. 1). Lineare Modelle unterstreichen einen ätiologischen Ansatz, z.B. zu kindlichen Bindungserfahrungen, und ordnen jene der aktuellen Psychopathologie zu. Zyklische Modelle dagegen untersuchen die psychosomatische Symptombildung innerhalb eines szenischen Feedbacks zweier Variablen (etwa Anlage-Umwelt, Arzt-Patient). Verhaltensmedizinische Modelle dagegen favorisieren Konditionierungsvorgänge als Grundlage psychosomatischer Symptombildungen. In der praktischen Anwendung kommen meist Mischformen zum Tragen. Tabelle 1 gibt zusammenfassend einen Überblick und nennt jeweils wichtige Vertreter bisheriger Modelle [7].

Tab. 1. Wichtige psychosomatische Theoriebildungen aus einer historischen Perspektive

Ödipal-sexueller Konflikt (S. Freud, 1926)
Präödpaler Autonomiekonflikt (O. Fenichel, 1945)
«Selbstobjekt» (H. Kohut, 1973)
«basic fault» (M. Balint, 1970)
Re-/Desomatisierungsmodell (M. Schurr 1955, A. Mitscherlich 1967)
Psychosomatische Triangulierung (P. Kutter, 1981)
Alexithymiekonzept (P. Marty/M. M'Uzan, 1963)
Individuelle Organwahl (G.L. Engel/A. Schmale, 1963)
Psychovegetatives Syndrom (F. Alexander, 1950)
Restriktive Praxis (S. Zepf, 1976)
Gestaltkreis (V. v. Weizsäcker, 1950)
Situationskreis (T. v. Uexküll, 1979)
Interaktionelles Affektmodell (R. Krause, 1998)
Verhaltensmedizinische Modelle (B.F. Skinner, 1938)
Kognitive Lerntheorien (J. Beck, 1995)
Theory of Mind (ToM) (P. Fonagy, 2003, L & U. Frith 2004)
Störungsübergreifende Modelle (International Classification of Functioning)
Störungsspezifische Modelle (DBT, ACT, Schematherapie, CBASP)

Transfer der Psychosomatik in die klinische Versorgung

Der bedeutende Einfluss der PS für die moderne Medizin lässt sich anhand folgender Aspekte verdeutlichen: Im Mittelpunkt steht die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung in all seinen emotionalen, verbalen und nonverbalen Elementen. Neben dem diagnostischen Setting wird die Arzt-Patienten-Beziehung auch für behandlungstechnische Aspekte genutzt (Übertragung und Gegenübertragungsanalyse, Metakommunikation). Hinzu kommen erweiterte Interviewtechniken sowie verfeinerte klinische und testpsychologische diagnostische Assessments. Mit unterschiedlicher Gewichtung spielen biographische Schwellenereignisse wie etwa frühkindliche Traumatisierungen, konflikthafte Konstellationen und Konditionierungen für die Entstehung, spätere Trigger, den Schweregrad, die Progredienz, Chronifizierung und Prognose des Krankheitsbilds

eine zentrale Rolle. Zudem hat die PS weiterführende behandlungstechnische Verfahren wie Imaginationstechniken, Rollenspiel, Expositionsverfahren (etwa Sensibilisierungstechniken, flooding) sowie spezifische Interview- und Deutungstechniken entwickelt. Hinzu kommen Beiträge im Rahmen unterschiedlicher Settings (Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapien) [8]. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch die Integrierung des biopsychosozialen Modells und seines systemischen Ansatzes. Vertreter der PS, unter anderem aus der Von-Uexküll-Schule, haben auf dieses Modell verwiesen und herausgestellt, dass ein Dualismus von «biologisch» und «psychologisch» damit obsolet wird. Nach dem biopsychosozialen Modell stellt sich Krankheit ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann [9]. Die PS hat sich allerdings mit den Implikationen dieses Modells schwer getan, zumeist führte es nur zu einer additiven Auflistung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, die in der Pathogenese zu beachten wären [9]. In der Folge wurde dieser Ansatz kaum konsequent umgesetzt und die zentrale Rolle der verbalen Interventionen innerhalb einer therapeutischen Beziehung blieb weitgehend unangetastet. Unstrittig können hierdurch auch die soziale Rollenkompetenz gestärkt, das subjektive Wohlbefinden gesteigert, dysfunktionale Kognitionen bearbeitet und die psychosomatische Symptombildung reduziert werden. Diese Beiträge sind aus der heutigen Medizin nicht mehr wegzudenken und haben formal eine erste Ganzheitlichkeit in der Sammlung therapeutischer Optionen für den erkrankten Patienten ermöglicht. Andererseits verbleibt die PS in ihrer jetzigen gelebten Form eine psychologische Wissenschaft, die einen Geist-Körper Dualismus impliziert, in dem sie eben ausschließlich durch Beziehungsanalyse, und spezifisch verbale und szenische Interventionstechniken auf die Symptombildung Einfluss nimmt.

Mind-Body-Medizin und Integrative Medizin

Angestoßen durch die wachsende Evidenz in der Komplementärmedizin, die Globalisierung der Medizin sowie die Patientenbedürfnisse (consumer-driven healthcare) steht die klinische Medizin vor der Aufgabe, integrative Therapieansätze zu entwickeln, welche den gegenwärtigen Diskussionsstand in einem breiteren konzeptionellen Rahmen reflektieren und dabei Ergebnisse verschiedener Richtungen integrieren. «Integrativ» heißt in diesem Zusammenhang auch «nobody is 100% wrong» [10]. In jeder Schule und jeder Richtung liegen Aspekte vor, welche in intelligenter Form in einem übergeordneten Rahmen sinnvoll zu integrieren sind. Medizinhistorisch haben wir zudem erstmals in der Geschichte der Menschheit die Möglichkeit *alle* Medizinsysteme zu *allen* Zeiten zu sichten, zu evaluieren und nutzbar zu machen. Im Hinblick auf die PS und ihrer Verortung in der Integrativen Medizin stellen die Ordnungstherapie und MBM die wichtigsten Integrationspartner dar.

Der Begriff der Mind-Body-Medizin wurde in den 1990er Jahren in den USA geprägt und wird von den National Institutes of Health (NIH) folgendermaßen definiert: «Mind-body medicine uses a variety of techniques designed to enhance the mind's capacity to affect bodily function and symptoms» [11]. Die Idee, dass der Geist für das Wohlbefinden wie auch für die Entstehung von Krankheiten wichtig ist, lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen. Im Westen wurden die beiden Entitäten Körper und Geist bekanntlich während der Renaissance und im Zeitalter der Aufklärung differenziert. Die Bedeutung des Geistes für die Gesundheit und Krankheit wurde andererseits im Westen durch Erkenntnis aus der Hypnose, der PS, der Placeboforschung, der Stressforschung sowie der jüngsten Rezeption fernöstlicher Meditationstechniken wieder aktuell [12]. Alle Weltkulturen haben hierzu ihre spezifischen Beiträge geleistet: Yoga, Tai Chi, Vipassana, Meditation, Visualisierungstechniken, repetitive Mantras und vieles mehr. Der Westen hat beispielsweise im Rosenkranzgebet eine solche Tradition [13] und entwickelt aktuell modifizierte säkulare Therapieprogramme aus traditionellen Techniken wie etwa der «mindfulness-based cognitive therapy» (MBCT) [14].

Im Mittelpunkt der MBM steht nicht die Arzt-Patient-Beziehung, sondern die Ausbildung und die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit des Patienten. Als gemeinsames Element der unterschiedlichen Ansätze gelten nichtdiskriminierende, nichtexplorative Übungen, welche die Achtsamkeit gegenüber der Atmung, dem Körper sowie den Emotionen und Gedanken erhöhen. Achtsamkeit bedeutet dabei «ungelenkte, entspannte, nicht wertende Aufmerksamkeit für die gesamte Realität von einem gegenwärtigen Augenblick zum Anderen.» Durch repetitives Üben (Atem- und Visualisierungstechniken, Mantras, Gebete, komplexe Körperbewegung) wird so auf psychovegetative, muskuloskeletale, emotionale und kognitive Vorgänge Einfluss genommen, ohne mögliche, für den Patienten spezifische autobiographische Konflikte, Traumata oder dysfunktionale Kognitionen verbal zu bearbeiten [15, 16]. Empirische Cluster-Analysen konnten dabei eine Reihe unabhängiger Faktoren identifizieren: die Nichtreaktivität gegenüber inneren Erfahrungen, die Beobachtung von Emotionen und Gedanken, eine erweitertes Bewusstsein, die Verbalisierung dieser Erfahrungen und schließlich eine fehlende Bewertung derselben [17]. Der übergeordnete psychologische Mechanismus besteht in einem fortschreitenden Prozess der Des-Identifikation gegenüber der Innenwelt [18].

Die das Konzept stützenden Forschungsergebnisse stammen zunächst aus der frühen US-amerikanischen Stressforschung (Cannon, Seyle, Lazarus). Benson hat in den 1970er Jahren den Begriff der «relaxation response» geprägt und damit die psychophysiologische Gegenfunktion zur Flucht und Kampfreaktion der klassischen Stressforschung anschaulich gemacht. Kabat-Zinn hat später standardisierte MBM-Programme mit dem Schwerpunkt der Achtsamkeitsmeditation für spezifische Störungsbilder entwickelt. Mittlerweile sind die positiven Effekte von Achtsamkeitsübungen auf verschie-

denste Körperfunktionen und Erkrankungen nachgewiesen und werden zunehmend verwendet [19]. Die Forschungsergebnisse sind eng an den Diskussionstand der Psychoneuroimmunologie (PNI), an das Konzept der Salutogenese von Antonovsky sowie an die kognitive Psychologie mit ihren standardisierten Interventionen und Psychoedukationsprogrammen gekoppelt. Inzwischen verfügt damit die MBM über eine robuste evidenzbasierte Datenlage. Von Bedeutung ist dabei auch, dass die MBM gezielt gesundheitsfördernde Lebensstilmodifikation zu unterstützen beabsichtigt und die meisten MBM-Konzepte bewusst Ansätze der Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Stressreduktion und Hilfe zur Selbsthilfe integrieren. Die wissenschaftliche Datenlage belegt inzwischen zunehmend, dass dieser Anspruch auch umgesetzt wird.

Grenzen der Psychosomatik im Rahmen der Integrativen Medizin

In den unten angegebenen Bereichen der Lebensstilmodifikation und verhaltensabhängigen Gesundheitsförderung hat die PS bislang kein weiterführendes klinisches oder forschungspraktisches Interesse gezeigt. Dies liegt wohl darin begründet, dass sie als Fachdisziplin ihre Wurzeln in der klinischen Psychologie hat und sich auf psychologische Diagnostik sowie Interventionsmöglichkeiten beschränkt hat.

Ernährungstherapie/Bewegungstherapie

PS hat sich hier keine fachinterne Expertise angeeignet. Ernährungsprogramme bei speziellen Syndromen oder auch Bewegungskonzepte werden an andere Fachdisziplinen wie Ernährungsmedizin, Naturheilkunde, Physiotherapie oder Sportmedizin delegiert. Der Bereich der Prävention bleibt meist auf die Unterstützung von Selbsthilfegruppen beschränkt. Dies hat auch damit zu tun, dass historisch die PS einen pathogenetischen Ansatz favorisiert und der Bedeutung der Salutogenese weniger Aufmerksamkeit geschenkt hat.

Spiritualität

Bis auf wenige praktische Anwendungen gelang der PS bisher keine hinreichende Integration der spirituellen Dimension. Das heißt, die PS favorisiert Interventionsmöglichkeiten, die es dem Patienten erlauben, sich besser sozial und gesellschaftlich anzupassen. Solche Re-Adaptationen sind therapeutisch hilfreich, aber unvollständig, da es innerhalb des Erlebens von Krankheit, neben erfolgreichen Anpassungsleistungen, auch um die Ausbildung einer Beziehung zum Absoluten gehen kann. Spiritualität verweist explizit auf eine Realität, die über die Person, das Selbst und seine Ziele hinausgeht [20]. Mystische Traditionen aller Weltreligionen und ihrer Techniken (u.a. Vedanta, Zen, Yoga) haben hierfür einen stellenweise jahrtausendealten Erfahrungsschatz gesammelt. Spiritualität ist gleichsam eine anthropologische Konstante, die sich nicht auf andere Variablen reduzieren lässt.

Komplementärmedizin

Der PS ist der therapeutische Erfahrungsschatz der Komplementärmedizin nicht zugänglich geworden. Naturheilkundliche Verfahren, fernöstliche Diagnosesysteme und Behandlungsweisen (etwa TCM, Ayurveda) oder auch alternative Verfahren (u.a. Osteopathie, Neuraltherapie) lassen sich nur mit erheblichem Informationsverlust in eine psychosomatische Modellbildung integrieren. Obwohl diese Verfahren in der klinischen Praxis häufig adjuvant angeboten werden, fehlt damit ein für beide Disziplinen (KM und PS) übergeordneter Rahmen. Dies scheint umso notwendiger, da Erhebungen seit Jahren ein großes Interesse bei Patienten mit chronischen Komplexerkrankungen sowie stressassoziierten Syndromen an komplementären, naturheilkundlichen und Mind-Body-Verfahren zeigen [21].

Zur Beziehung von Psychosomatik und Mind-Body-Medizin: Die praktisch-medizinische Perspektive

Die PS kann innerhalb des breiteren Rahmens der MBM ihre umfangreichen klinischen Erfahrungen einbringen. Das heißt, ohne den Beitrag der PS bildet die MBM nicht all die Optionen ab, über welche auf Erlebnisse, Verhalten und Lebensstil sowie auf körperliche Funktionen Einfluss genommen werden kann. Umgekehrt kann eine moderne PS auf den Diskussionsstand der MBM nicht verzichten, welche auf eine teils lange Geschichte mit ihren eigenen traditionellen Nosologien, spirituellen Techniken und Erfahrungen zurückblickt. So können beispielsweise komplexe Bewegungsabläufe bei Qi Gong oder Tai Chi mit ihrem nichtdualistischen Ansatz, auch ohne eine syndromspezifische Behandlung nachweisbare therapeutische Effekte zeitigen.

PS ist fortlaufende Schattenarbeit: Sie zeigt, dass psychosomatische Symptome einen gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrund haben, dessen Zusammenhänge sich zumindest teilweise der bewussten Reflexion des Patienten entziehen, die aber durch sprachgeleitete Interventionen und gesteigerte Introspektion korrigierbar sind. Jedoch sind Introspektion und verbale Interventionen im Ansatz dualistisch, und die Einsicht in psychosoziale Zusammenhänge, wie auch in das zu korrigierende Erleben und Verhalten, garantieren noch keine Verhaltensänderung. MBM dagegen ist ein Verfahren jenseits von Verstehen und Erklären. Wertfreie Aufmerksamkeit und Achtsamkeit entstehen in Übungen der Stille und gehen jedem diskursiven Verstehen – zumindest erkenntnistheoretisch – voraus. Praktisch aber erscheint nur eine Kombination beider für den Patienten sinnvoll: Man kann bis an sein Lebensende meditieren, ohne seine Projektionen, Dissoziationen und dysfunktionalen Kognitionen zu erkennen. Andererseits kann PS kaum wertfreie, nichtexplorative Achtsamkeitsübungen ersetzen. In der praktischen Integration ist der Aspekt der Komplementarität evident.

Die erkenntnistheoretische Perspektive: ein entwicklungslogisches Argument

Die Ergebnisse der Ethnosoziologie, der vergleichenden Religionsforschung, der Entwicklungspsychologie und der Bewusstseinsforschung geben zahlreiche empirische Hinweise, dass sich die Entwicklung einzelner Bereiche wie etwa Moralentwicklung, Affekte, Sensorik, Verhalten und Kognition nach Stufen und Ebenen vollziehen und dass sich dadurch die Bewusstseinsentwicklung, gleichsam innerhalb einer inneren Landkarte, besser abbilden und gegenüber klassischen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen erweitern lässt. Vor dem Hintergrund dieses Diskussionsstandes ergibt sich eine auffällige Dreiteilung mit der man zusammengefasst von einer präpersonalen, personalen und transpersonalen Ebene der Bewusstseinsentwicklung sprechen kann. Die jeweils höhere Ebene integriert, differenziert und transzendiert die niedere, gleichwohl bleibt das Erleben ebenen- oder phasenspezifisch kohärent. So erkennt beispielsweise ein Kind auf der präoperativen Ebene nach J. Piaget die Wasserstände in zwei unterschiedlichen hohen Gläsern nicht korrekt. Später, auf einer formal operativen Ebene kann er jene Zuordnung richtig treffen. Solche Ebenen sind offenbar kulturinvariant [22].

Auf einer präpersonalen Ebene sind Instinkte, sensorische Wahrnehmung und präverbale Empfindungen führend, die Unterscheidung von Innen und Außen, Begriff und Gegenstand bleibt noch unscharf. Im Hinblick auf religiöse Erfahrungen herrschen mythisch-magische Rituale vor. Der Übergang zu einer personalen oder konventionellen Ebene ist durch den verstärkten Einsatz des kritisch-rationalen Apparates gekennzeichnet. Dies zeigt sich darin, dass der Bewusstseinssschwerpunkt um die Entwicklung des diskursiven Denkens, der kritisch-rationaler Vernunft, der ich-hafter Reflexion und der symbolischen Interaktionsformen organisiert ist. Deduktiv-induktives Schlussfolgern und ein reziproker Rollentausch werden möglich. Der transpersonale Bereich dagegen transzendiert den personalen Bewusstseinssschwerpunkt und damit auch das spirituelle Erleben. Entgegen dem kritisch-rationalen Bewusstsein entsteht ein mehrperspektivisches, integrales Bewusstsein, in welchem die Beziehung zum Ganzen, das Aufgehobensein und die Identität mit der Natur und allem Manifesten zur Darstellung kommt. Transpersonale Erfahrungen sind somit keine primär kollektiven Erfahrungen, sondern immer über die individuelle Biographie gebrochen oder vermittelt (Tab. 2). Das Konzept der MBM stellt nun in dieser Systematik den allgemeineren und umfassenderen Rahmen im Vergleich zur PS dar. Es bleibt in einem Mind-to-Body-Zugang zunächst unentschieden, ob präverbale, verbale oder transverbale Elemente in der konkreten klinischen Anwendung zum Tragen kommen. Es bleibt zunächst auch unentschieden, ob gesprochen, gehandelt oder meditiert wird.

Gemeinsam ist ihnen jedoch, dass über den Geist bzw. bewusste Verhaltensänderungen körperliche bzw. mentale

Tab. 2. Bewusstseinsentwicklung und ihre Beziehung zur MBM und PS (modifiziert nach K. Wilber [10])^a

Ebenen	Bewusstseinschwerpunkt	MBM/PS: Beispiele
3. Transpersonal Postkonventionell Transrational	transverbal universal abnehmende Egozentrik	kontemplative Praktiken Achtsamkeitsübungen
2. Personal Rational Konvention	deduktiv-induktiv egologisch ich-haft diskursiv-sprachlich common-sense	<i>Psychoedukation</i> <i>Selbsthilfegruppen</i> <i>Psychotherapie</i>
1. Präpersonal Präkonventionell Präverbal	kollektivistisch archaisch präkonventionell prä-verbal	Physiotherapie Ernährung Bewegung <i>Entspannungsverfahren</i>

^aDie Beiträge der Psychosomatik sind kursiv gedruckt.

Funktionen beeinflusst werden. Dennoch gilt erkenntnistheoretisch, dass das Schweigen, das heißt die Leere, dem Sprechen und dass jedem Wort und jeder verbalen Intervention eine nichtdiskursive Wirklichkeit vorausgeht, und nicht etwa umgekehrt. Diese Asymmetrie im Verhältnis beider sollte nicht pluralistisch retuschiert werden.

Andererseits basiert der Erkenntnisprozess der PS, selbst in neueren systemischen Modellen, auf sprachlichen Begriffssystemen, für die interessanterweise auch weiterhin zwei kaum miteinander verbundene (organmedizinische und psychologische) Sprachen zur Beschreibung der Krankheitsprozesse existieren [9].

Auf der operativen Ebene, der medizinischen Praxis, hat die PS jedoch bereits länger Beziehung zu körpernahen präverbalen Verfahren, wie etwa zur Progressiven Muskelrelaxation, zum Autogenen Training oder auch zur Konzentrativen Bewegungstherapie aufgenommen. Es erscheint naheliegend, MBM und PS nicht nur im Sinne eines Methodenpluralismus additiv zu kombinieren, sondern auch inhaltlich zu integrieren, wie dies in einzelnen Bereichen bereits passiert ist (unter anderem acceptance and commitment therapy [23–25], MBCT [26], mindfulness-based relapse prevention [27]). Abbildung 1 zeigt die Beziehungen von PS und MBM im Verhältnis zu Complementary Alternative Medicine (CAM) und Schulmedizin innerhalb eines integrativen Paradigmas der Medizin.

Schlussfolgerung

Ein modernes integratives Konzept der Medizin wird auf die synthetische Leistung der Bewusstseinsforschung und der Beiträge von PS und MBM nicht verzichten können.

PS bedeutet Transformation durch Beziehung und Schatendarbeit, MBM ist insbesondere Heilung durch gesteigerte Achtsamkeit und Des-Identifikation und integriert den Aspekt der Spiritualität [28]. Beide sind offenbar notwendig.

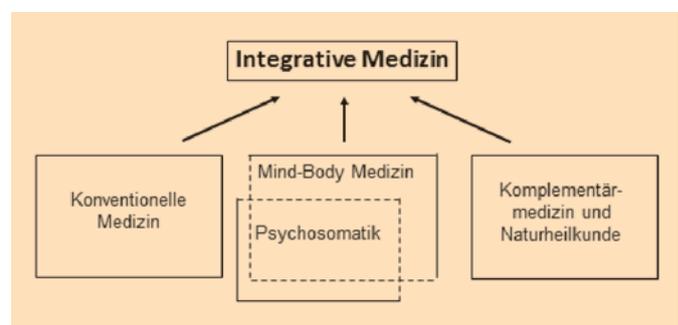


Abb 1. Beziehung von PS und MBM innerhalb des Konzeptes der Integrativen Medizin als Bestandteil der MBM innerhalb der Integrativen Medizin.

Auch wenn die PS, etwa in der «freischwebenden Aufmerksamkeit» Freuds oder im Begriff der «genaueren Empathie» von K. Rogers, Anteile einer gesteigerten und wertfreien Aufmerksamkeit kennt, wird erst durch Ergebnisse der MBM das volle Ausmaß dieser Therapievariablen sichtbar.

Mit der Zunahme der Ergebnisse aus der Neurobiologie verliert die PS immer schneller Krankheitsbilder an andere Fachgebiete, so etwa die Gastritis oder die Hypertonie an die Innere Medizin oder die Fibromyalgie an die Schmerztherapie. In diesem Zusammenhang galt der Satz: «Another one bites the dust». Heißt es nun bald «Psychosomatics bites the dust»? Nein! Vielmehr scheint es an der Zeit, am Beispiel der MBM und PS die Diskussion über eine Integrative Medizin voranzutreiben. Dies dürfte der Ortsbestimmung und dem Gewicht beider nutzen und könnte zu einer Verbesserung therapeutischer Ergebnisse in der Behandlung chronischer Erkrankungen führen.

Dank

Unterstützt durch die Else-Kröner-Fresenius Stiftung im Rahmen der Studie «Wirksamkeit von Achtsamkeitsübungen und Meditation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen» (P01/10 // A118/09).

Literatur

- 1 Zepf S: Gefühle, Sprache und Erleben. Gießen, PSV, 1997.
- 2 Pervanidou P, Chrousos GP: Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: from Sigmund Freud's «trauma» to psychopathology and the (dys)metabolic syndrome. *Horm Metab Res* 2009; 39:413–419.
- 3 Spork P: Der Zweite Code. Epigenetik – oder wie wir unser Erbgut steuern können. Hamburg, Rowohlt, 2009.
- 4 Schueffel W, Loew T, Enk P, von Uexkuell T: Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich, in von Uexkuell T: Psychosomatische Medizin. München, Urban & Schwarzenberg, 1996, 701–713.
- 5 Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB: Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res* 2007; 40:1–21.
- 6 Bauer J: Das kooperative Gen. Hamburg, Hoffman und Campe, 2008.
- 7 Brunnhuber S: Affekt und Symptombildung. Züricher Vorträge. Würzburg, Königshausen & Neumann, 2001.
- 8 Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe, 1994.
- 9 Egger JE: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psych Med* 2005;16: 3–12.
- 10 Wilber K: Integral Psychology. Boston, Shambhala, 2000.
- 11 National Center for Complementary and Alternative Medicine: www.nccam.nih.gov/health/whatiscam/overview.htm.
- 12 Harrington A: The Cure Within: A History of Mind-Body Medicine. New York, W.W. Norton, 2008.
- 13 Bernardi L, Sleight P, Bandinelli G, Cencetti S: Effect of rosary prayer and Yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. *BMJ* 2001;323:1446–1449.
- 14 Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA: Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615–623.
- 15 Wallace BA: The Attention Revolution: Unlocking the Power of the Focused Mind. Boston, Wisdom, 2006.
- 16 www.noetic.org/research/medbiblio/index.htm.
- 17 Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L: Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 2006; 13:27–45.
- 18 Siegel DJ: Das achtsame Gehirn. Freiamt, Arbor, 2007.
- 19 Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H: Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:102–119.
- 20 Walach H: Spiritualität. Warum wir die Aufklärung weiterführen müssen. Klein Jasedow, Drachen, 2011.
- 21 Dobos G, Deuse U, Michalsen A: Chronische Erkrankungen integrativ. München, Elsevier, 2006.
- 22 Wilber K: Eros, Logos, Kosmos – Eine Jahrtausend-Vision. Frankfurt/M., Fischer, 2000.
- 23 Dahl J, Wilson KG, Nilsson A: Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long term disability resulting from stress and pain systems: a preliminary randomized trial. *Behav Ther* 2004;35:785–801.
- 24 Hayes SC, Strosahl KD: A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York, Springer, 2004.
- 25 Linehan MM: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford Press, 1993.
- 26 Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG: How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995;33:25–39.
- 27 Witkiewitz K, Marlatt GA: Relapse prevention for alcohol and drug problems. That was Zen, this is Tao. *Am Psychol* 2004;59:224–235.
- 28 Hick SF, Bien T: Achtsamkeit in der therapeutischen Beziehung. Freiburg i.Br., Arbor, 2010.