



Mathias Bertram  
Harald Joachim Kolbe *Hrsg.*

# Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin

Ein ökologisches Modell



Springer

---

# Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin

---

Mathias Bertram · Harald Joachim Kolbe  
(Hrsg.)

# Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin

Ein ökologisches Modell



Springer

*Herausgeber*

Mathias Bertram  
Universität Witten/Herdecke  
Witten, Deutschland

Harald Joachim Kolbe  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Herne, Deutschland

ISBN 978-3-658-12148-8

ISBN 978-3-658-12149-5 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-12149-5

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>Autorenverzeichnis .....</b>	<b>IX</b>
<b>Geleitwort .....</b>	<b>XI</b>
<b>Vorwort .....</b>	<b>XIII</b>
Mathias Bertram und Harald J. Kolbe	
<b>Entwurf eines ökologischen Modells therapeutischer Prozesse .....</b>	<b>1</b>
Mathias Bertram und Harald J. Kolbe	
<b>„Das ist halt eine Form von ‚anderer Welt‘, in die man dann so reingehet“ .....</b>	<b>29</b>
<i>Wirksamkeit der Eurythmietherapie zur Stressprophylaxe – eine phänomenologische Untersuchung</i>	
M. Bertram, B. Berger, J. Kanitz, K. Pretzer, G. Seifert	
<b>Das Gefühl, dass es da etwas Eigenes, einen unverwechselbaren inneren Kern gibt .....</b>	<b>45</b>
<i>Ein Fall aus der Psychotraumatherapie</i>	
Alejandra Mancini	
<b>Wie soll ich mich entscheiden? .....</b>	<b>65</b>
<i>Ein Fall aus der Praxis einer Breast Care Nurse</i>	
Angelika Jensen und Mathias Bertram	

<b>„Als ob er bei der Besprechung dabei gewesen wäre“ .....</b>	<b>75</b>
<i>Patientenbesprechung im Hospiz</i>	
Christine Kolbe-Alberdi und Mathias Bertram	
<b>Wieder teilhaben können .....</b>	<b>91</b>
<i>Musiktherapie in der Jugendpsychiatrie</i>	
Katrin Pumplün und Mathias Bertram	
<b>Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka .....</b>	<b>107</b>
<i>Forschungsmethoden und -ergebnisse</i>	
Mathias Bertram	
<b>Die „Klingende Waschung“.....</b>	<b>123</b>
<i>Eine Interpretation ihrer dialogischen Wirkung</i>	
Rolf Heine	
<b>„Ich habe eine Kugel gemacht und war glücklich“.....</b>	<b>145</b>
<i>Die Kugel als Aufgabenstellung in der Kunsttherapie</i>	
Ullrich Kleinrath und Mathias Bertram	
<b>Sich auf der Erde Zuhause fühlen .....</b>	<b>155</b>
<i>Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka</i>	
Monika Layer	
<b>„Frisch gepuzzelt – richtig sortiert, dass es wieder so passt“ .....</b>	<b>169</b>
<i>Einzelfallbetrachtung aus der Craniosakraltherapie</i>	
Maria Glasen und Mathias Bertram	
<b>Der therapeutische Rasenmäher .....</b>	<b>185</b>
<i>Die Wirksamkeit von Gartentherapie im Außengelände einer Forensischen Psychiatrie</i>	
Rüdiger Eckardt und Harald J. Kolbe	
<b>„Ich lerne, also wachse ich“ .....</b>	<b>197</b>
<i>Zur Wirksamkeit schulischer Bildung in der Forensischen Psychiatrie</i>	
Thomas Abel-Wolf	

<b>„Ich möchte nicht als halbe Person behandelt werden“ .....</b>	<b>213</b>
<i>Das pädagogisch-therapeutische Arbeitsbündnis als diagnostisches Potenzial im Krisenfall</i>	
Axel Föller-Mancini	
<b>Gestaltung therapeutischer Settings .....</b>	<b>231</b>
<i>Möglichkeiten der Milieutherapie</i>	
Michael Kramer	
<b>„Milieu ist das was wirkt und als wirksam erlebt wird“ .....</b>	<b>247</b>
Harald J. Kolbe	
<b>Woran Wirksamkeit sichtbar wird .....</b>	<b>261</b>
<i>Phänomene und ihre Merkmale</i>	
Mathias Bertram und Harald Joachim Kolbe	

---

## Autorenverzeichnis

**Thomas Abel-Wolf** Herne, Deutschland

**Dr. Bettina Berger** Herdecke, Deutschland

**Dr. Mathias Bertram** Witten, Deutschland

**Rüdiger Eckardt** Herne, Deutschland

**Jun.-Prof. Dr. Axel Föller-Mancini** Alfter, Deutschland

**Maria Glasen** Bochum, Deutschland

**Angelika Jensen** Herdecke, Deutschland

**Jenny Lena Kanitz** Berlin, Deutschland

**Ullrich Kleinrath** Herdecke, Deutschland

**Harald J. Kolbe** Herne, Deutschland

**Christine Kolbe-Alberdi Vallejo** Berlin, Deutschland

**Dr. Michael Kramer** Herten, Deutschland

**Monika Layer** St. Gallen, Schweiz

**Alejandra Mancini** Witten, Deutschland

**Kim Pretzer** Berlin, Deutschland

**Katrin Pumplün** Herdecke, Deutschland

**Heine Rolf** Filderstadt-Bonlanden, Deutschland

**Prof. Dr. Georg Seifert** Berlin, Deutschland

---

## Geleitwort

Die Sorge um kranke und pflegebedürftige Menschen und ihre Behandlung ist vor allem in der klinischen Medizin auf viele Schultern verteilt. Aufgaben, die noch vor 30 Jahren von wenigen Akteuren verantwortet wurden, haben sich derart ausdifferenziert, dass chronisch kranke Menschen – und das ist der überwiegende Teil unserer Patienten – heute von einem multidisziplinären Team aus Fachärzten, Therapeuten und spezialisierten Pflegenden betreut werden. Jede und jeder von ihnen sieht einen immer kleineren Ausschnitt des Patienten und seiner Leiden. Dieser ist aber nicht die Summe seiner Symptome, sondern ein je einzigartiger Mensch, der körperlich und leiblich, seelisch und geistig seine individuelle Art des Krankseins lebt. Rationale Therapie erfordert also ein Bild des ganzen Menschen, wie es sich heute nur noch aus den Perspektiven aller maßgeblichen Akteure am Krankenbett zusammensetzen lässt. Umso wichtiger ist es geworden, disziplin- und berufsübergreifend zu kommunizieren, einander zu verstehen und alles therapeutische Handeln zu synchronisieren.

Ein Hindernis solcher integrativen Bemühungen sind die vielbeklagten Gräben zwischen den Berufsgruppen. Verschärfend kommt hinzu, dass nicht nur im Bereich unkonventioneller Therapiemethoden verschiedene „Sprachen“ gesprochen werden. Osteopathen, Musik- und Kunsttherapeuten, Pflegende, die mit Mitteln der basalen Stimulation oder Validation arbeiten und Ärzte, die Homöopathie einsetzen oder psychosomatisch behandeln, legen ihrem Handeln eine je eigene Ratio zugrunde. Sie müssen, wollen sie sich verständlich machen, Übersetzungsarbeit leisten.

Vor diesem Hintergrund ist es sehr zu begrüßen, dass Mathias Bertram und Harald J. Kolbe hiermit einen übergeordneten theoretischen Rahmen vorlegen, der es erlaubt, auch jenseits spezieller Schulen die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zu kommunizieren.

Die Autoren beschränkten sich dabei nicht allein auf den theoretischen Entwurf. Vielmehr haben sie und ihre Coautoren das Modell im Sinn einer medizinischen Anthropologie als Heuristik genutzt um mit ihm Fälle aus ganz verschiedenen therapeutischen Settings zu beurteilen. In diesen Beiträgen wird das Modell lebendig und erweist sein Potential: Es erlaubt die konsistente Einordnung diverser Therapien und Interventionen, die vordergründig ganz verschiedene Heilungsmechanismen anzusprechen schienen.

Besondere Erwähnung verdient schließlich die Tatsache, dass in dem hier vorgelegten *ökologischen Modell therapeutischer Prozesse* der Patient eine explizite Stimme bekommt. Seine subjektive Perspektive ist integraler Bestandteil des Modells.

Mathias Bertram und Harald J. Kolbe geben nicht vor, den Stein der Weisen entdeckt zu haben. Vielmehr verstehen sie ihr Modell als ersten Entwurf eines Beitrags nicht zur Vereinheitlichung, aber doch zur Konsentierung aller therapeutischen Bemühungen zugunsten des Patienten. Wie ernst es ihnen mit der Erprobung und Weiterentwicklung dieses Modells an der Praxis ist, erweisen sie im letzten Kapitel, welches als eine Art Synopse die Ergebnisse zusammen fasst: Hier kritisieren sie selbst ihr Modell und mahnen seine Weiterentwicklung durch Überprüfung, weiterführende theoretische Reflexion und empirische Forschung an.

Dieses Buch ist ein Werk, das ins Gespräch bringen kann. Es wendet sich gleichermaßen an Therapeuten wie Wissenschaftler und hat das Potential Brücken zu schlagen. Ich wünsche ihm gute Verbreitung und dass sich der hiermit angestoßene Prozess fruchtbar weiter entwickeln möge.

Univ.-Prof. Dr. Peter Heusser  
Inhaber des Lehrstuhls für Medizintheorie, Integrative und Anthroposophische Medizin  
Universität Witten/Herdecke

---

# Vorwort

Mathias Bertram und Harald J. Kolbe

Integrative Therapieverfahren werden von vielen Menschen hoch geschätzt. Insbesondere in der Behandlung chronischer Krankheiten und in der palliativen Versorgung von schwer kranken Menschen haben sie eine große Bedeutung erlangt. In vielen Fällen stellen sie eine konkurrenzlose Ergänzung der naturwissenschaftlichen Therapien dar, wenn es um Symptomkontrolle und Lebensqualität geht. Auch haben sie in aller Regel den Vorteil, nebenwirkungsärmer zu sein als allopathische Medikamente und können bisweilen helfen, invasive Maßnahmen hinauszuzögern oder sie sogar zu erübrigen.

Die Angebotspalette komplementärer oder integrativer Therapieverfahren ist ebenso vielfältig wie deren Wirksamkeiten. Auch sind es sehr heterogene Interventionen aus Bereichen wie der manuellen Therapie, der Naturheilkunde, der Mind-Body-Verfahren und anderen. Manche folgen einer Ratio, die sich an der naturwissenschaftlichen Medizin anlehnt; Massagen beispielsweise werden angewandt um Muskulatur zu lockern. Parallel zeigen diese Verfahren oft auch Wirkungen, die sich einem eindimensionalen Erklärungsmuster entziehen. So kann eine Massage oder Einreibung eine gleichwertige Maßnahme gegen Schmerzen oder für einen erholsamen Schlaf sein, wie ein allopathisches Medikament. Der Auslöser ist oft klein, die Wirkung vielfältig.

Andere Interventionen folgen der Logik einer eigenen Schule mit eigener Sprache. Das betrifft zum Beispiel die Traditionelle Chinesische Medizin, die Homöopathie oder die Anthroposophische Medizin. Die Erklärung von Therapieziel und Beurteilung der Wirksamkeit erfordert Übersetzungsleitungen. So ist es für einen naturwissenschaftlich orientierten Arzt nicht unmittelbar einleuchtend, warum

Fieber, warum eine Infektion überhaupt ausgestanden werden sollten, anstatt sie sofort medikamentös zu kupieren.

Obgleich zum Wohl der Patienten immer mehr eine integrative Medizin, eine Kombination des besten aus allen Systemen, beschworen wird, sieht der Alltag insbesondere der klinischen Medizin noch immer ganz anders aus. Hier herrschen weiterhin die „Demarkationslinien“ der Berufe und Weltanschauungen, wie Gerald Wagner 1998 in seinem medizinsoziologischen Werk „Die programmierte Medizin“ die Situation pointierte. Zwar finden auch in Krankenhäusern komplementäre Therapien statt. Allzu oft entbehren sie aber einer interdisziplinär kon sensfähigen Zielstellung. Der Kommunikation und Kooperation sind noch immer viele Riegel vorgeschoben.

Mit diesem Buch unternehmen wir den Versuch, erfahrene Anwender ganz unterschiedlicher Interventionen oder Therapieverfahren aus der Anthroposophischen Medizin und der forensischen Psychiatrie mit ihren Erfahrungen zu Wort kommen zu lassen. Und wir interpretieren diese Erfahrungen auf der Grundlage eines voraussetzungslosen theoretischen Modells. Dieses „Ökologische Modell“ genügt unseres Erachtens dem Anspruch, jenseits spezieller Interpretationsmuster einen Rahmen zu legen, der im Sinn einer anthropologischen Medizin die Wirksamkeiten von Therapien als Phänomene sichtbar machen kann.

Prämissse dieses Buches ist, dass die Wirksamkeit einer Therapie letztlich nie vom Erreichen bestimmter messbarer Wirkungen abgeleitet werden kann. Diese objektiven Messwerte meist körperlicher Parameter sind sehr wichtige Puzzlesteine zur Gesamtbewertung eines Therapieerfolgs. Andere nicht minder wichtige Puzzlesteine sind jedoch die leiblichen und seelischen Effekte sowie die geistigen beziehungsweise spirituellen Auswirkungen einer Therapie. Diese Ebenen sind objektivierenden Verfahren weitgehend unzugänglich. Therapeutisch Tätige und über Therapie Forschende bedürfen also neben den naturwissenschaftlichen Messverfahren weiterer Zugänge zum alten, kranken oder pflegebedürftigen Menschen, wenn der als ganze Person angesehen und behandelt werden soll. Dies sind Zugänge, die die subjektiven Dimensionen erschließen. Denn Therapie ist erst wirksam, wenn sie aus der subjektiven Perspektive des kranken Menschen nachhaltig als wirksam erlebt wird.

Das ökologische Modell therapeutischer Prozesse diente uns in diesem Werk als einheitlicher und ganzheitlicher (den ganzen Menschen und seine Umwelt umfassender) heuristischer Rahmen, vor dem die Fälle interpretiert wurden. Dieses Vorgehen führte zu einem ebenso intensiven wie fruchtbaren Diskurs mit unseren Coautorinnen. Und oft hat es uns als Wissenschaftler und den Therapeuten als erfahrene Praktiker die Augen geöffnet für Aspekte der Wirksamkeit, die vorher vielleicht manchmal geahnt, nicht jedoch in Worte gekleidet werden konnten.

Dieses Werk ist die Dokumentation eines offenen Forschungsprozesses mit dem Ziel, eine berufs- und schulübergreifende Kommunikation und Begriffsentwicklung anzustoßen zum besseren gemeinsamen Verstehen therapeutischer Prozesse in ihrer ganzen Komplexität. Es ist insofern gänzlich unfertig. Aus unserer Perspektive hat sich der Versuch jedoch gelohnt, wenn er einen Weg aufzeigen kann, in welche Richtung geforscht und therapeutisch gearbeitet werden kann, um Krankheit und Heilung des ganzen Menschen besser verstehen, darüber kommunizieren und forschen zu können.

Auch an Dank soll nicht gespart werden. Dieses Buch schuldet seine Existenz nicht zuletzt der Tatsache, dass Mathias Bertram am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahen Pflege an der Universität Witten/Herdecke von Prof. Wilfried Schnepp die Chance bekam, eigene Fragestellungen zur integrativen Medizin wissenschaftlich vertiefen und entsprechende Methoden weiter entwickeln zu können. Hilfreiche Unterstützung bekamen wir außerdem zur Veranstaltung einer initialen Schreibwerkstatt für unsere Coautorinnen durch die Stiftung Heli-xor. Und auch wir Herausgeber haben schließlich das Bedürfnis, uns gegenseitig zu danken für eine erfrischend fruchtbare kritisch-konstruktive Zusammenarbeit.

Mathias Bertram & Harald J. Kolbe  
Witten im März 2015

---

# Entwurf eines ökologischen Modells therapeutischer Prozesse

Mathias Bertram und Harald J. Kolbe

## Zusammenfassung

Das Medizinsystem folgt überwiegend einem naturwissenschaftlichen Paradigma und ist höchst leistungsfähig, wenn es um die rasche Behandlung akuter Erkrankungen geht. Das Krankheitsspektrum hat sich in den westlichen Industrienationen seit der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts jedoch stark zugunsten der chronischen Erkrankungen verschoben. Hier stehen anstelle von Heilung dauerhafte Linderung von Symptomen und Ermöglichung der optimalen Lebensqualität im Vordergrund.

Auf diesem Feld können komplementäre Therapieverfahren einen großen Beitrag leisten. Dabei handelt es sich um eine Palette sehr heterogener Behandlungsmöglichkeiten. In diesem Beitrag geht es darum, einen Rahmen zu entwerfen, mit dem sich komplementäre Therapien und ihre Wirksamkeit konsistent interpretieren lassen, ohne auf ein voraussetzungsreiches Paradigma (z.B. Naturwissenschaft oder Anthroposophie) zurück zu greifen.

Das hier entworfene ökologische Modell therapeutischer Prozesse rekuriert auf die Phänomenologie und fokussiert insofern die Phänomene vor aller Bedeutungszuschreibung einzelner Schulen oder Therapierichtungen. Es stellt den Anspruch, im Sinn einer medizinischen Anthropologie einen heuristischen Rahmen zu entwerfen, mittels dessen sich die Wirksamkeit von Therapien voraussetzungslos interpretieren lässt.

„Um Lebendes zu erforschen, muß man sich am Leben beteiligen.“ Victor von Weizsäcker

---

## 1 Grenzen der Akutmedizin

Mitteleuropa ist ein Zentrum hochtechnisierter Länder mit ausdifferenzierten Gesundheitssystemen. Der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt betrug 2010 in Deutschland bereits über 11%. Das entsprach 287,3 Milliarden Euro. Man sollte also meinen, dass es Deutschland – was seine Gesundheitsversorgung angeht – an nichts mangeln dürfte. Tatsächlich aber schreibt der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: „Die zahlreichen in diesem Gutachten aufgeführten Beispiele für Über-, Unter- und Fehlversorgung stützen die These, dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielen Fällen nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch Kranker angepasst ist. Diese Fehladaptation lässt sich im Wesentlichen darauf zurückführen, dass die gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und Sozialisation der Leistungserbringer im Wesentlichen dem akutmedizinischen Paradigma verhaftet sind. Anders lässt sich das deutliche Missverhältnis zwischen den hohen Aufwendungen für die akutmedizinische Versorgung auf der einen Seite und der Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation chronisch Kranker auf der anderen Seite kaum erklären“ (S. 212).

Das bedeutet: Im Bereich chronisch Kranker besteht eine Versorgungslücke. Für zahlreiche Bedarfe gibt es kein, für andere nicht das richtige Angebot. Menschen mit chronischen Schmerzen beispielsweise erfahren oft nur unzureichende Hilfe durch die allopathische Schmerztherapie und oft übersteigen die Nebenwirkungen im Lauf der Zeit den therapeutischen Nutzen. Viele betroffene Menschen finden erst bei den komplementären Therapieverfahren nachhaltig Linderung. Daraus genießen diese in der Bevölkerung seit vielen Jahren eine hohe Anerkennung. So konstatierte das Institut für Demoskopie Allensbach 2010 auf der Grundlage einer repräsentativen Studie: „Über zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland haben schon einmal Naturheilmittel verwendet (70 Prozent“ (S. 3)-

Für viele Patienten und Therapeuten ist die Trennung von Schulmedizin und komplementären Verfahren irrelevant. Sie wissen, dass es auch in der Akutbehandlung nicht immer nötig ist, „mit Kanonen auf Spatzen zu schießen“: Eine Bronchitis kann in der Regel auch ohne „prophylaktische“ Antibiose und ggfs. unterstützt durch einen Brustwickel ausheilen und im Kindesalter kann ein Zwiebelsäckchen bei einer Mittelohrentzündung die beste erste Hilfe sein. Die sehr

große Palette an komplementären Therapie- und Pflegeverfahren stellt insofern keine Alternative, sondern eine notwendige Ergänzung zur schulmedizinischen Behandlung dar. Erst durch sie werden die Pflege- und Therapieangebote vollständig, so wie sich der Farbkreis erst durch die Komplementärfarben zu einem Ganzen schließt.

Auch ein chirurgisches Trauma verheilt nicht, weil es operiert worden ist. Vielmehr heilt es über viele Wochen, weil der Organismus über ein komplexes Selbstheilungssystem verfügt. Hier greifen Stoffwechsel und Kreislauf, Immun- und Hormonsystem – wie man heute weiß rhythmisch – im Sinn einer überaus komplexen Selbstregulation ineinander (vergl. Cysarz, 2001). Um die Erschließung bzw. Aktivierung dieses salutogenen Potentials geht es allen komplementär arbeitenden Pflegediensten, Ärzten und Therapeuten. Dies ist nicht die bessere Therapie, sondern eine sinnvolle Ergänzung zur Unterstützung von (Selbst-) Heilungsprozessen.

Spätestens im Fall chronischer Krankheit sind die Angebote der naturwissenschaftlich orientierten Medizin recht eingeschränkt, bisweilen auch kontraproduktiv. Kienle machte in seiner Studie zur Arzneimittelsicherheit bereits 1974 darauf aufmerksam, dass die Fokussierung der Arzneimittelforschung auf isolierte Wirkungen einer pharmazeutischen Substanz von einer mangelnden Differenzierung von Wirkung und Wirksamkeit zeugt. Ein einfaches Beispiel mag das illustrieren: Die kontinuierliche Behandlung einer Schlafstörung mit Benzodiazepinen führt nicht zu Heilung. Im Gegenteil: Mit der Bekämpfung eines Symptoms (subjektiv empfundener Schlafmangel) wird dem Leiden nicht an die Wurzel gegangen. Vielleicht liegt ein ernsthaftes organisches, vielleicht ein psychosomatisches Problem vor. Die regelmäßige Einnahme von Diazepam® wird dies eher überdecken und chronifizieren. Die angestrebte Wirkung (Schlaf) wird erzielt; wirksam in Bezug auf die zugrunde liegende Krankheitsproblematik ist diese Therapie jedoch nicht.

Die naturwissenschaftlich orientierte Medizin präferierte jedoch jahrzehntelang die Erforschung der pharmazeutischen Wirkungen mittels Grundlagenforschung und klinischer Studien. Die randomisierte klinische Studie (RCT) hat sich seit den 60er Jahren international zum Goldstandard entwickelt. Dass die isolierte Wirkung eines Medikaments (z.B. Diazepam®: angstlösend, beruhigend, schlaffördernd) die mittel- und langfristige Wirksamkeit der durchgeführten Therapie (Chronifizierung der Schlafprobleme) bisweilen konterkariert, wird durch die Ergebnisse des dritten Strangs akademischer medizinischer Forschung, der Versorgungsforschung, zunehmend deutlich. So urteilte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten schon 2003: „Randomisierte, kontrollierte, klinische Studien, die lediglich die Effektivität (und gegebenenfalls Effizienz) einer Maßnahme unter artifiziellen Studienbedingungen (efficacy) beschreiben, werden in vielen Fällen überbewertet.“

Im Unterschied zur Fokussierung von Effektivität und Effizienz isolierter Maßnahmen wird es bei der Beurteilung komplementärer Verfahren also immer um die Verfolgung komplexer Therapieprozesse im Hinblick auf eine Verbesserung der Befindlichkeit des ganzen Menschen gehen. Es interessieren durchaus die biochemischen und biophysikalischen Reaktionen eines Organismus; Beachtung verdienen jedoch auch die psychosomatischen Wechselwirkungen, die seelischen Prozesse und die transzendenten Anteile im Krankheits- und Heilungsprozess wie Bedeutung, Sinn, Spiritualität oder Religiosität.

Nicht zuletzt diese transzendenten Anteile eines jeden Behandlungsprozesses bringen die klassische klinische Forschung mittels RCT zusätzlich unter Druck: War man sich in den 1970er Jahren noch weitgehend sicher, dass die jeweilige Kontrollgruppe in der Pharmaforschung mit dem Placebo ein wirkungsloses Präparat einnahm, ist diese Annahme heute gründlich widerlegt. Die Erwartung der Patienten hat einen erheblichen Einfluss auf die Wirkung. So verbessert oder verschlechtert ein Placebo z.B. die Motorik von Parkinsonpatienten je nach ihrer Erwartung (Benedetti et al., 2003). Metzing-Blau fasst die Placeboforschung folgendermaßen zusammen: „In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass Menschen auf unterschiedliche Placebos sehr unterschiedlich reagieren, d.h. weiße Pillen helfen bei Schmerz besser als blaue, vier helfen besser als zwei, Spritzen sind effektiver als Tabletten, noch stärker wirken Scheinoperationen, auch das Auftreten und die Haltung des Arztes/der Pflegenden beeinflussen die Wirkung stark, und selbst echte Medikamente wirken kaum, wenn Patienten gar nicht wissen, dass sie welche bekommen“ (2008).

Verantwortlich für diese Placeboeffekte sind verschiedene Mechanismen. So kann Konditionierung (auch bei Tieren) eine bedeutende Rolle spielen: Nach der Gabe eines chemisch wirksamen Medikaments reicht evtl. die Gabe von Placebos um fortlaufend den gleichen Effekt zu erzeugen. Die Erwartung des Therapieerfolgs und die Bedeutung, die der Therapie beigemessen werden, spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle. Diese Faktoren haben Auswirkungen auf das Immun- (Leukozytenzahl), Hormon- (Endorphin oder Dopaminausschüttung) und Nervensystem (erhöhte Aktivität in entsprechenden Hirnarealen).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Menschen reagieren nicht nur, vielleicht nicht einmal primär, auf ein isoliertes Therapieangebot sondern vielmehr auf das ganze therapeutische Setting und die Bedeutung, die sie ihm beimessen. Nicht zuletzt die Placeboforschung hat somit Evidenz geliefert für das Vorhandensein der Selbstheilungskräfte, mit denen die Anwender komplementärer Verfahren rechnen.

Eingedenk all dieser Vorüberlegungen können auch gut begründete kontrollierte klinische Studien Sinn machen. So untersuchten z.B. Christen et al. (2003)

die Veränderung der Befindlichkeit als Reaktion auf eine äußere Anwendung mit ätherischem Öl. Die Kontrollgruppe bekam hier die gleiche Anwendung (Wickel oder Einreibung) wie die Untersuchungsgruppe, jedoch ohne ätherisches Öl. Die Befindlichkeitsverbesserung in dieser Gruppe war signifikant geringer als in der Gruppe, die mit ätherischem Öl behandelt worden war.

Um zu verstehen, was genau passiert, ist es jedoch auch erforderlich, dem subjektiven Erleben eine Sprache zu verleihen wie in der phänomenologischen Studie von Therkleson über die Äußere Anwendung von Ingwer: „In a space of inner peace the self detaches from the osteoarthritis symptoms to consider other ways of being in the world ...“ (2010, S. 8). Phänomenologische Forschung hat hier den Sinn der Theoriegenese. Inzwischen wissen wir, dass Äußere Anwendungen als Phänomen eine Reaktion auslösen können, die sich als „Befreit-Sein“ oder „Lösen“ von den Beschwerden bezeichnen lässt, ohne dass diese Beschwerden betäubt würden (vergl. Bertram, 2005, Kap. 3.3.1; Bertram 2016, Kap. 3). Ein wichtiges Merkmal dieser Reaktionsweise ist, dass sie Patientinnen neue Partizipationsmöglichkeiten eröffnet. Diese fühlen sich nicht mehr beherrscht von ihrem Schmerz, sondern können Entscheidungen treffen und handeln.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass sich die Erforschung komplementärer Verfahren nicht auf eine Methodik beschränken kann. Heilungsprozesse haben eine hermeneutische (Sinn und Bedeutung von Krankheit und Behandlung), eine soziologische (Beziehungen), eine psychologische (persönliches Empfinden und Befinden) und eine naturwissenschaftliche Dimension, die in der Regel ein komplexes Studienprotokoll erfordern (mixed methods).

---

## 2 Komplementäre Verfahren – ein weites Feld

Die Palette komplementärer Therapieangebote ist sehr weitreichend und unterliegt keinen klaren Grenzen. Zum einen gibt es Schnittstellen mit der naturwissenschaftlich orientierten Medizin. So werden Wickel und Auflagen sowohl in der Balneologie als auch in der Naturheilkunde eingesetzt. Auf der anderen Seite gibt es gleitende Übergänge in den Wellnessbereich. Saunabesuch oder Massage, Aerobic oder Radfahren können praktiziert werden, weil sie Spaß machen oder vom Facharzt empfohlen wurden.

Die National Institutes of Health (Bethesda, Maryland, USA) prägten die traditionelle Einteilung komplementärer Therapieverfahren in folgende fünf Felder: Naturheilkunde, Manuelle Therapie, Mind-Body-Medicine (Psychosomatik), Whole Medical Systems (Therapiesysteme mit eigener Ratio wie z.B. Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie oder Anthroposophische Medizin) und An-

dere Therapieverfahren, die sich wissenschaftlicher Überprüfung entziehen (z.B. sog. Energiefeldverfahren).

Das Handbuch der Stiftung Warentest „Die andere Medizin. ,Alternative Heilmethoden‘ für Sie bewertet“ listet eine Palette von 53 Verfahren auf (Federspiel, 2005). Auswahlkriterien sind: Vorkommen in den Curricula ärztlicher Weiterbildungen, für die es eine Zusatzbezeichnung gibt, und den Curricula der Heilpraktikerausbildungen sowie Zugehörigkeit zu den „sogenannten klassischen Naturheilverfahren“ (a.a.O., S. 52). Hierzu zählen z.B. Akupressur, Anthroposophische Medizin und Bachblütentherapie, Farbtherapie, Fasten und Feldenkrais, Geistheilung, Homöopathie und Kinesiologie, Kneipptherapie, Massage und Meditation, Reiki, Spagyrik und Yoga. „Die Wirksamkeit der Verfahren wurde gemäß den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin ... beurteilt“ (a.a.O., S. 53). Entsprechend schlecht schneiden die meisten Verfahren ab. Oft erfolgt eine Negativempfehlung. Bezuglich der Kneipptherapie heißt es beispielsweise: „Eine Nutzen-Risiko-Abwägung fällt ... insgesamt eher negativ aus. Kneipptherapie als Ganzes ist wenig geeignet zur Therapie von Erkrankungen oder Beschwerden (a.a.O., S. 194). Hier wirkt gewissermaßen die naturwissenschaftliche „Schere im Kopf“ gleich doppelt: Erstens werden Verfahren mit einer ihnen ungemessenen Ratio beurteilt, zweitens wird ignoriert, dass diese Ratio auch in ihrem eigenen Feld inzwischen vielfältigen wissenschaftlichen Zweifeln unterworfen ist (s.o.).

In den Publikationen der beruflichen Pflege stehen komplementäre Verfahren aus dem Bereich der Naturheilkunde im Vordergrund (vor allem: Wickel und Auflagen, Aromatherapie, Phytotherapie) gefolgt von Verfahren der Manuellen Therapie (v.a. Einreibungen/Massagen; Basale Stimulation, Kinästhetik). Wie die bibliometrische Analyse von Bertram (2012) weiter ergab, spielen die Verfahren aus den Bereichen Mind-Body und Whole-Medical-Systems eher eine randständige Rolle (mit einem Schwerpunkt auf Singen und musiktherapeutischen Verfahren). Diese Analyse lässt allerdings keine Aussagen über die Praxis komplementärer Pflege zu. Z.B. entstanden aus dem Bereich der Anthroposophischen Pflege wenig Publikationen in den letzten 20 Jahren. Dennoch spielt sie im deutschen Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle. Denn es arbeiten in zahlreichen anthroposophischen Kliniken Pflegende auf dieser Grundlage. In Deutschland sind es acht Krankenhäuser und eine Abteilung für Integrative Medizin, die sich unter dem Dach ‚AnthroMed Kliniknetzwerk‘ organisiert haben. Für diese Häuser gilt: „ein maßgeblicher Anteil der Pflegenden, mindestens jedoch ein Drittel von ihnen, kann die Teilnahme an einem vom Pflegeverband anerkannten Grundkurs in anthroposophischer Pflege nachweisen“ (AnthroMed Kliniknetzwerk, 2014). Außerdem existiert heute ein differenziertes Fortbildungswesen mit akkreditieren

Kursen. (Verband für Anthroposophische Pflege e.V.; URL: <http://vfap.de> zuletzt geprüft am 13.06.2014.)

Als therapeutisch sollen in diesem Buch alle Aktivitäten verstanden werden, die dazu dienen, die Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu unterstützen. Hiermit ist ausdrücklich keine restitutio ad integrum im Sinn der Wiederherstellung des ursprünglichen Zustands gemeint. Bewältigung von Krankheit erfordert vielmehr vielfältige Anpassungsleistungen. Ein Mensch ist nach einer bewältigten Krankheit nie derselbe wie vorher. Und oft ist Genesung gar nicht möglich: „Bei den über 65-Jährigen geben über die Hälfte der Männer und 60 % der Frauen an, eine chronische Krankheit zu haben“ (Lange, 2009, S. 54). Therapie (griechisch: θεραπεία, *therapeia*; deutsch: Dienen) dient also der individuellen Bewältigung des subjektiven Krankseins resp. der Unterstützung erforderlicher psychischer, somatischer und sozialer Adaptationsprozesse.

---

### **3 Wechselwirkungen zwischen Körper, Bewusstsein und Umwelt**

Aus der traditionell naturwissenschaftlichen Perspektive werden Menschen krank, wenn sie pathogenen Reizen ausgesetzt sind. So wird davon ausgegangen, dass Rauchen zum Bronchialkarzinom, zu fett- und salzreiche Kost zu Arteriosklerose/Bluthochdruck oder Übergewicht und Zuckerkonsum zu Diabetes führen. Und in der Tat passiert signifikant häufig genau das. Es sind jedoch auch hinreichend Gegenbeispiele bekannt, die diese Conclusio, *Risikofaktor führt zu Krankheit*, infrage stellen. Aus der Perspektive komplementärer Therapieverfahren interessiert diese andere Seite: Warum erkranken manche Menschen mit der Risikoexposition nicht und welche Dispositionen, Verhaltensweisen und Umweltfaktoren helfen Menschen o.g. Krankheiten und ihre Symptome zu bewältigen oder zumindest zu lindern? Diese Perspektive erfordert eine Erweiterung des Interesses auf den ganzen Menschen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Verfassung und seinem Eingebettet Sein in die Umwelt.

Nachfolgend werden unterschiedliche wissenschaftliche Perspektiven auf die in diesem Zusammenhang wesentlichen Wechselwirkungen zwischen Körper, Bewusstsein und Umwelt vorgestellt.

### 3.1 Die Mind-Body-Perspektive

Menschen bedürfen der Berührung. Für Säuglinge ist sie sogar lebensnotwendig. Vernachlässigte Kleinkinder (mit einem Mangel an taktilen Reizen) sind bedeutend stressanfälliger als Kinder, die in einer liebevollen Umwelt aufgewachsen (Hane & Fox, 2006). Ein unsicher an die Mutter gebundenes Kind reagiert auf Stressoren auffällig sensibler, wie Messungen des Kortisolspiegels im Speichel belegen (Rudolf & Henningsen, 2013). Ein wesentlicher Grund scheint darin zu liegen, dass bei vernachlässigten Kindern wie auch traumatisierten Menschen das Stressschutzgen NR3C1 stark methyliert ist und somit schlecht abgelesen werden kann (McGowan et al., 2009). Die biochemischen Zusammenhänge sind noch nicht im Einzelnen aufgeklärt. Es gibt aber Anlass zu der Annahme, dass u.a. Oxytocin bei der Demethylierung des Stressschutzgens eine bedeutende Rolle spielt (Rüegg, 2009 & 2010). Oxytocin ist ein Hormon des Hypothalamus, dessen Sekretion durch Berührung und Streicheln (im Tierreich Lecken) stimuliert wird. Es ist mitverantwortlich für die enge Mutter-Kind-Bindung nach der Geburt.

Sicher sind zahlreiche weitere, teils noch nicht aufgedeckte Faktoren an dieser Stressprophylaxe beteiligt. Exemplarisch wird hier jedoch der Zusammenhang zwischen Nervensystem und Körper deutlich. Dies ist das Thema der sich als „neue Psychosomatik“ verstehenden Mind-Body-Medizin. Die Auswirkungen dieser Perspektive sind weitreichend. Im o.g. Beispiel war es die wiederholte *Wahrnehmung* der Berührung, die eine wesentliche Grundlage einer stabilen Gesundheitsdisposition gewährleistet. Dieser Zusammenhang zwischen Körper und Nervensystem besteht jedoch nicht nur in Bezug auf die Wahrnehmung. Jegliche *Perzeption* (Wahrnehmung, Vorstellung, Urteil, Empfindung und Gefühl) ist kein isolierter Vorgang des Gehirns, sondern steht in einem zirkulären Zusammenhang mit dem Körper. Nicht nur körperliche Empfindungen (am gegebenen Beispiel der Tastsinn) wirken auf Bewusstsein, Hormon- und Nervensystem, sondern auch umgekehrt kann über das Bewusstsein aktiv auf körperliche Prozesse Einfluss genommen werden.

Eines der besterforschten Beispiele hierfür ist die Möglichkeit, Schmerzen mental zu beeinflussen. Für den Schmerz existiert ein Korrelat im zentralen Nervensystem, eine Schmerzmatrix im anterioren Gyrus cinguli des limbischen Systems (Feldman, 2009). In der Hypnose kann durch Suggestion Schmerz bei gesunden Probanden erzeugt werden (Debyshire et al., 2004). Suggestion und Imagination können aber nicht nur Schmerzen auslösen, sondern auch lindern, indem Stoffwechsel, Durchblutung und neuronale Aktivität in der Schmerzmatrix gesenkt werden (Rüegg, 2010, S. 65). Entscheidend für die subjektive Schmerzintensität sind die auf ihn gerichtete Aufmerksamkeit und die Bedeutung, die dem Schmerz-

geschehen erteilt wird (Valet et al. 2004). Eine hedonistische Grundeinstellung ist eine gute Schmerzprophylaxe. Hieran sind körpereigene Opioide maßgeblich beteiligt. Auch der Placebo-Effekt wird hierdurch biochemisch erklärbar. Der Glaube an und die Erwartung der Wirksamkeit von Tabletten gegen Schmerzen führen bei knapp der Hälfte der Patienten zu einer Schmerzreduzierung (a.a.O., S66; Metzing-Blau, 2008). Die subjektive Schmerzempfindung ist gewissermaßen das „Summenpotential“ aller mit ihm korrelierenden und vom Subjekt teils bewusst erzeugten Perzeptionen. „Gute Laune und positive Affekte lindern den Schmerz“ (Rüegg, 2012, S. 66).

Infolge chronischer Schmerzen entwickelt sich im Cortex ein Schmerzgedächtnis. Der Schmerz wird also erlernt. Aus dem Krankheitsgeschehen (z.B. Rückenschmerzen) wird eine Schmerzkrankheit, die sich zunehmend von dem organischen Befund abkoppelt. Aus der psychosomatischen Perspektive steht die Frage im Vordergrund, ob sich dieses Schmerzgedächtnis auch wieder löschen, sich der Schmerz verlernen lässt. Und in der Tat ist das z.B. durch psychoedukative Maßnahmen möglich (Fazekas, 2007 & Sandkühler, 2009). Auch für zahlreiche komplementäre Pflege- und Therapieverfahren bildet die Schmerzbehandlung einen wesentlichen Teil ihres Anwendungsfeldes (Bertram, 2005, S. 28-42).

Das gleiche gilt für das Thema Angst. Angstkrankheiten (Phobien) sind erlernte Perzeptionen, die sich in das emotionale Furchtgedächtnis in der Amygdala (Mandekern) eingravieren (Rüegg, 2012, S. 96). Mittels Verhaltenstherapie kann Furcht wieder verlernt werden. Auch Äußere Anwendungen können hier erfolgreich sein (Girke, 2010).

Diese Beispiele mögen genügen, um die zentrale Perspektive der Mind-Body-Medizin zu veranschaulichen: Es geht um den Zusammenhang von Nerven- und Hormonsystem mit Gehirn und Bewusstsein. Jede Vorstellung, jeder Gedanke, jedes Gefühl korreliert mit strukturellen und biochemischen Veränderungen. Wiederholte Erfahrungen führen zu Umstrukturierung bestehender und Bildung neuer Synapsen. So werden Erfahrungen als „... Engramm durch die gemeinsame Aktivität von abertausenden von Synapsen und Nervenzellen kodiert bzw. repräsentiert“ (Rüegg, 2012, S. 17). Die Vernetzung der über das Gehirn weit verbreiteten Neurone erfolgt durch zeitliche Synchronisierung zu Assemblies (Krois, 2007). Dies sind letztlich die biologischen und physiologischen Korrelate für ein Schmerz- oder Angstgedächtnis. Und: Sie bleiben zeitlebens plastizierbar. Verhaltenstherapie, Meditation, Achtsamkeitsübungen, Suggestion, Placebo, Kunsttherapie, Massage und viele andere Therapieformen nutzen die perzeptive Aktivität von Menschen quasi als „therapeutische Schnittstelle“, um auf diese Assemblies heilend einzuwirken. So entsteht eine „embodied self awareness realized in action and interaction with the environment and world.“ (Mehling, 2011). Zwischen Be-

wusstsein und Körper entsteht ein Bio-Feedback mit dem therapeutischen Potential zur (Selbst-) Heilung.

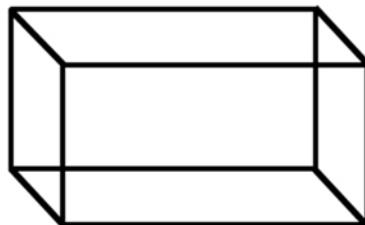
### **3.2 Die Body-Mind-Perspektive / Embodiment**

Eine emotionale Verstimmttheit lässt sich gewissermaßen leicht „behandeln“: Man nimmt einen Stift in den Mund und hält ihn allein mit den Zähnen, ohne dass die Lippen ihn berühren. Diese Haltung aktiviert den Musculus zygomaticus major auf eine Weise, wie er auch beim Lächeln angespannt wird. Probanden, die in dieser Lage Cartoons beurteilten, fanden diese signifikant lustiger als die Kontrollgruppe, die den Stift in der Hand hielt. Noch deutlich weniger witzig wurden die Cartoons von einer dritten Gruppe beurteilt, die den Stift allein mit den Lippen hielt, ohne dass die Zähne ihn berührten. Hierbei wird der M. orbicularis oris angespannt, der die Aktivierung des M. zygomaticus major verhindert (Strack et al. 1988).

Wechselwirkungen zwischen Körperhaltung und/oder Bewegung und Perzeption sind seit über 30 Jahren bekannt. Eine gekrümmte Körperhaltung erzeugt eine deprimierte, mutlose Stimmung; eine aufrechte Körperhaltung erhöht demgegenüber die Frustrationstoleranz und das Durchhaltevermögen (Riskind & Gotay, 1982). Kopfnicken verstärkt eine zustimmende Einstellung; Kopfschütteln reduziert Zustimmungsverhalten zu beliebigen Meinungsfragen (Wells & Petty, 1980; Tom et al., 2006). Eine tendenziell abwehrende Bewegung von Händen und Unterarmen erzeugt auch affektiv eine eher ablehnende Verfassung und beeinflusst den Denkstil (top-down, verengte Aufmerksamkeit, problemfokussiert). Eine eher annehmende Geste führt im Gegenteil zu einem Bottom-up-Denkstil: Viele Details werden beachtet, der Zusammenhang gesucht. Storch bezeichnet diesen Denkstil als „Weitwinkelsicht“ (Storch et al. 2011, S. 60). Dieser Effekt wurde von Schwarz 1990 als Cognitive-tuning-Theorie beschrieben.

So wie die Mind-body-Medizin empirisch zeigen kann, dass sich über die Psyche vielfältig körperliche Resonanz (auf das Immun-, Nerven- und Hormonsystem) auslösen lässt, betrachtet Embodiment umgekehrt die „Seele als Spiegel des Körpers“ (Tschacher, 2011, S. 16). Hier kann gezeigt werden, wie Wahrnehmung, Empfindung, Vorstellung und Denken körperlich fundiert sind. Perzeptive Prozesse erfordern körperliche (und physiologische) Aktivitäten. Wahrnehmung ist nichts weniger als die passive Abbildung der Umwelt sondern eine biographisch gebahnte Art, im Bewusstsein sinnvolle Muster zu erkennen bzw. zu generieren. Berufskraftfahrer sehen in einer Großstadt rasch die für die Orientierung notwendigen Verkehrszeichen in der Fülle an Symbolen, ein Biologe erfasst am selben

Ort v.a. den Gesundheitszustand der Bäume und Pflanzen am Straßenrand und wer für seine Familie sorgen muss, erblickt die Sonderangebote der Diskounter, die für einen Jugendlichen gewissermaßen unsichtbar sind. Für jeden Menschen tritt eine andere Figur aus dem Hintergrund hervor. Dieses Vermögen erlaubt das selektive lauschen auf eine Person in einer Gruppe miteinander kommunizierender Menschen oder das willkürliche Erkennen von Mustern in einer Strichzeichnung (Abb. 1). Für einen mit geometrischen Zeichen vertrauten Mitteleuropäer ist hier ein Quader erkennbar. Und: Der Betrachter entscheidet aktiv, ob er ihn von rechts unten oder links oben sieht.



**Abbildung 1**

Tschacher bezeichnet dieses aktive, selektive Synchronisieren einer Person mit seiner Umwelt als Akt der Selbstorganisation, ein Prozess, „.... der Ordnung in diese überwältigende Vielfalt bringt“ (2011, S. 28). Bewusstsein ist immer Bewusstsein der Welt, in die eine Person „eingebettet“ ist (a.a.O.). Ohne dieses In-der-Welt-Sein und die aktive perzeptive Teilhabe an ihr ist Bewusstsein schwer denkbar. Verstand, Gefühl und Körper sind nicht voneinander getrennte Systeme sondern durch „sensomotorische Schleifen“ aneinander gekoppelt (a.a.O., S. 33). So werden Muster des Erkennens und Muster des Handelns sinnvoll nach einem einheitlichen Code synchronisiert (a.a.O.). Daraus folgt: Kein Gefühl oder Gedanke, keine Wahrnehmung ohne analoge körperliche Aktivität und umgekehrt. Durch stetige Wiederholung habitualisieren auf diese Art kultur- und milieubabhängig relativ stabile somatopsychische bzw. psychosomatische Muster. Durch therapeutische Gestaltung der Umwelt (Kunsttherapie, Massage, Eurythmietherapie, körperbezogene Therapien, Milieutherapie usw.) können diese zeitlebens plastizierbaren Muster günstig beeinflusst bzw. neu gebahnt werden.

### 3.3 Die Perspektive der Leibphänomenologie

Eine Patientin mit einem Mammakarzinom erfährt am ersten postoperativen Tag nach der Brustamputation eine Rhythmische Einreibung nach Wegman/Hauschka (RhE) und ist davon sehr berührt. Diese sinnliche Erfahrung vermittelt ihr ein für diese Situation völlig überraschendes Gefühl des *Ganzseins*. „Insbesondere bei Brustkrebspatientinnen, bei denen das Gefühl des Versehrtseins und eines existenziellen unwiederbringlichen Verlusts stark im Vordergrund stehen, kann eine Rhythmische Einreibung dieses Wiedereinssein auslösen, eine überraschend beglückende Erfahrung“ (Bertram, 2005, S. 231). *Wiedereinssein* ist eines der therapeutischen Reaktionsmuster, die durch RhE ausgelöst werden können. Es drückt sich darin eine subjektive Befindlichkeitsveränderung aus, die bisweilen stark vom objektiven Befund abweicht.

„Mein Leib ist die Natur, die ich bin“ schreibt Gernot Böhme 2003 (S. 63) und bringt damit die Perspektive der Leibphänomenologie am dichtesten auf den Punkt. Der Leib ist nicht der „Körper da draußen“, von dem ein Mensch sich distanzieren könnte, sondern die Instanz mit der er existentiell verbunden ist und die ihn wahrnehmend und handelnd in *der Welt sein* lässt. Ersteres wird deutlich im Schmerz, dessen Evidenz subjektiv aus der Erste-Person-Perspektive erlitten wird. Die Verbundenheit mit der Welt (Natur) wird demgegenüber in der Erfahrung erlebbar, dass sich das Bewusstsein beim Handeln (z.B. Kartoffeln schälen, Autofahren, Blutabnehmen) nicht im Körper (Muskelspindeln der Arme, Tastrezeptoren der Finger), sondern am Ende des Werkzeugs (Schneide des Messers, Autoreifen auf regennasser Straße, Spitze der Kanüle) befindet. Werkzeuge werden *eingelebt*. „Die Selbsterfahrung, in der der Leib gegeben ist, ist das leibliche Spüren bzw. der Leib ist die räumliche Verteilung dieses Spürens selbst“ (a.a.O., S. 13). Der erlebte Leib ist immer schon der Leib in seiner Umwelt. Mittels des Leibes ist ein Mensch nicht passiv *in der Welt*, sondern aktiv *zur Welt*, sich mit ihr synchronisierend. Husserl bezeichnete diese aktive Instanz als „fungierenden Leib“ (Husserl & Ströker, 1995). Seine Aktivitäten sind zunächst un- oder vorbewusst.

Komplementäre Therapien sprechen auf vielfältige Weise die Sinne an. Die dadurch ausgelösten Perzeptionen sind also nicht passive Abbilder der Umwelt, sondern ihr leiblich engagierter Mitvollzug und mithin Quelle individuellen *Vermögens*. Sie haben außerdem den Charakter eines persönlichen Betroffenseins. „Bereits in ‚Geschehnis und Erlebnis‘ (1930) hatte Straus ... ein gnostisches (‐erkenntnendes‐) und ein pathisches (‐erleidendes‐) Moment unterschieden, die beide an jeder Sinneswahrnehmung in unterschiedlichem Verhältnis beteiligt sind. Das eine hebt das Was des Gegenstands hervor, das andere das Wie des Gegebenseins“ (Fuchs 2000, S. 59). Zum präzisen Empfinden, Wahrnehmen und Vorstellen (Er-

kennen) gehört allerdings, dass die Perzeptionen durch Erfahrung belehrt werden. Der fungierende Leib ist immer intentional in der Erwartung auf die Umwelt gerichtet, Sinn in ihr zu entdecken und dieser wird umso präziser bewusst, je mehr die Sinne mit Erfahrung aufgeladen sind. Wer die Symbolisierung dreidimensionaler Objekte in zwei Dimensionen nicht kennt, erkennt in der Strichzeichnung von Abb. 1 keinen Quader.

Für die Art, wie ein Mensch wahrnimmt, indem er seinen Empfindungen aktiv entgegen kommt, bemüht Merleau-Ponty das Bild der Erwartung des Schlafs: „Der Schlaf kommt, indem eine bestimmte willentlich eingenommene Haltung plötzlich von außen eine Bestätigung erfährt, die sie erwartete“ (1974, S. 249). Der Organismus muss den Sinneserlebnissen also intentional entgegenkommen, damit sie Wahrnehmung werden können. Er muss wissen, was er sehen könnte. Er gerät dadurch in „eine ganz bestimmte Existenzweise“ (Waldenfels, 2000, S. 85). Zahlreiche Belege hierfür finden sich bei Merleau-Ponty und Fuchs: „Jede Sinneswahrnehmung enthält einen Anteil früherer Leiberfahrung: Wir sehen die metallische Härte im Glanz des Messers, die Zerbrechlichkeit des Glases, die Biegsamkeit eines Zweiges, von dem ein Vogel wegfliegt ...“ (Fuchs, 2000, S. 69).

Der Leib ist also eine Art *Resonanzkörper* für seine Umwelt (Fuchs, 2000, S. 21). Diese Resonanz ermöglicht das aktive In-der-Welt-Sein. Und in diesem Zur-Welt-Sein offenbart sich eine der Mind-Body/Embodiment-Perspektive vergleichbare Kopplung: Umwelt und Leib (Natur und „Natur, die ich bin“) agieren nach dem gleichen Code (vergl. Kap. 3.2). Der Leib ist allerdings keine Instanz, die sich vom Körper abgrenzen ließe. Leib und Körper sind vielmehr zwei komplementäre Existenzweisen ein und derselben Entität. Leiblich wird sie subjektiv aus der Erste-Person-Perspektive erlebt, ein körperliches Naturding wird sie in der objektiven Beobachtung aus der Dritte-Person-Perspektive. Diese Aspektualität ist konstitutives Merkmal aller therapeutischen Prozesse (Fuchs, 2010, S. 106).

Die leibliche Fundierung der Sinne ist auch die Ursache für Mitleid und Empathie: Das Leid eines anderen wird leiblich (pathisch) miterlebt (vergl. Fuchs, Merleau-Ponty & Waldenfels). Waldenfels sieht an dieser Stelle die Dichotomie von *Ich und Welt* oder *Ich und der Andere* durchbrochen und nennt diese Sphäre *Zwischenleiblichkeit* (Waldenfels, 2000, S. 300). Als körperliches Pendant haben sich die sogenannten Spiegelneurone erwiesen: Nervenzellen im zentralen Nervensystem, die aufgrund wahrgenommener Prozesse so aktiv werden, als würden sie diese selbst körperlich hervorbringen, ohne allerdings den Bewegungsapparat zu innervieren. Bleiben diese Prozesse des Mitleidens unreflektiert, wirken sie schlimmstenfalls destruktiv, krankmachend. Werden sie jedoch z.B. in Fallbesprechungen reflektiert, entsteht Erfahrung und schließlich die Möglichkeit, die (mit-) erlebten Prozesse begrifflich (gnostisch) zu fassen. Dieser leiblich bewusste

Mitvollzug des Handelns, Leidens oder Genesens anderer eröffnet eine weitere Dimension: Die Zweite-Person-Perspektive. Sie ist die Bedingung der Möglichkeit, therapeutische Prozesse so zu erfassen, wie sie vom Patienten subjektiv erspürt werden.

Die zweite-Person-Perspektive entsteht in der Begegnung zweier Menschen, die sich aufeinander einlassen, achtsam sind und so die Voraussetzung schaffen, einander spüren und verstehen zu können. Jeder menschliche Ausdruck zielt darauf ab, von einem anderen Menschen wahrgenommen, gespürt und beantwortet zu werden, wie Plessner anhand des Lächelns aufgezeigt hat (1950, S. 41). Erst das, was zwischen miteinander interagierenden Menschen passiert, wird zur gemeinsam getragenen Lebenswelt, die wiederum Grundlage für die jeweils eigene Wahrnehmung und daraus resultierendes Verhalten wird (ebd.). Von Weizsäcker bestimmte dieses Phänomen als Grundlage einer sprechenden Medizin (1967), die von Menschen für Menschen tätig ist und auf die leibliche Bedürftigkeit einer Person antwortet (Schnell, 2009, S. 13).

**Tabelle 1**

Die drei Erfahrungsdimensionen der Leib-/Körperdualität

Erste-Person-Perspektive	Subjektiv leibliches Spüren des Situiertseins in der Welt und in einem Körper. <i>Ich in Verbundenheit mit meinem Körper</i>
Zweite-Person-Perspektive	Intersubjektiv empathischer Mitvollzug leiblicher Prozesse anderer. <i>Ich mit anderen interagierend</i>
Dritte-Person-Perspektive	Objektive Beobachtung oder Messung körperlicher Prozesse. <i>Ich, der Symptome eines/meines Körpers bewusst werdend.</i>

Therapeutische Prozesse sind die Antwort auf körperliche, leibliche sowie seelische Beeinträchtigungen in Form von Alter, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eines Menschen. Alter ist das Bewusstsein, dass das der Körper zunehmend endlich ist. Krankheit ist das Bewusstsein, dass Gesundheit gewesen ist. Krankwerden bedeutet, dass das Leben sich aufgrund körperlicher, leiblicher und seelischer Beeinträchtigungen ändert. Und Pflegebedürftigkeit ist die Folge davon, dass Selbstfürsorgestrategien nicht mehr oder nicht mehr in ausreichendem Maße wirken. Therapeuten verfügen mit der Dritte- und Zweite-Person-Perspektive über zwei diagnostische Zugänge zum Patienten: Den zum Befund und den zum Befinden. Kunst- und Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Pflegende, Ärzte und Heilpraktiker stützen sich in unterschiedlichen Graden auf diese beiden Dimensionen zur Beobachtung und Bewertung pathologischer und therapeutischer Prozesse. Therapieren geht insofern weit über symptom- und indikationsgeleitetes Handeln

hinaus. Phänomene wie Lebensqualität und subjektiv empfundene Symptomlast bedürfen zu ihrer Einschätzung der Zweite-Person-Perspektive (ein Synonym für Empathie). Die hieraus resultierenden erfahrungsbasierten Urteile fließen in die Behandlung mit ein; sie müssen einfließen, sofern es nicht um die Behandlung von Krankheiten, sondern von Menschen geht.

---

## 4 Ökologisches Modell therapeutischer Prozesse

Die Kopplung des Leibes, wie er für das Subjekt (also in der Erste- und Zweite-Person-Perspektive) erlebbar ist mit dem Körper, der sich aus der Dritte-Person-Perspektive beobachten lässt, kann für den Blick des Wissenschaftlers zunächst verwirrend sein. Dieser Widerspruch lässt sich auf dem Hintergrund einer sachgemäßen Theorie biologischer Systeme als Organismen auflösen. Primär waren es die Sozialwissenschaften (Luhmann, 1998), die Psychologie (Simon, 1999) und die Pädagogik/Erwachsenenbildung (Kade, 1997), die ein biologisches Modell des Organismus seit den 1980er Jahren zu einer wichtigen Basistheorie ihrer Disziplin entwickelt haben. Der Kern dieser Konzepte ist die als Autopoiesis bezeichnete Selbstregulationsfähigkeit aller lebendig organisierten Strukturen. Von den Biologen Maturana und Varela (1987, 2000) beschrieben, bietet dieses Modell die Möglichkeit, Kausalzusammenhänge zu beschreiben, die sich von den monokausalen linearen Ursache-Wirkungszusammenhängen der Physik und Chemie unterscheiden. Autopoiesis beschreibt die Eigenschaft eines Systems, gleichzeitig umweltoffen (für Austauschprozesse mit Stoffen oder Informationen) und umweltgeschlossen (bezüglich der Modalitäten, nach denen das System seine eigenen Prozesse und Strukturen aufrecht erhält) sein zu können. So ist es z.B. „... den Lebewesen eigentlichlich, dass das einzige Produkt ihrer Organisation sie selbst sind, das heißt, es gibt keine Trennung zwischen Erzeuger und Erzeugnis. Das Sein und das Tun einer autopoietischen Einheit sind untrennbar, und dies bildet ihre spezifische Art von Organisation“ (Maturana, Varela, 1987, S. 56). Mit diesem Konzept lässt sich in der Biologie erklären, warum Organismen gleicher Art als Selbstverursacher auf einen Umweltreiz verschieden reagieren können: Der Reiz bedingt zwar eine Reaktion, verursacht sie jedoch nicht. Mit anderen Worten: „Die Organismen bilden sich ... aktiv aus sich selbst unter dem Einfluss äußerer Bedingungen“ (Penter, 1998, S. 47). Im Sinn einer autonomen Selbstverursachung gelingt es ihnen zeitlebens, sowohl ihre eigene Identität aufrechtzuerhalten als auch sich dynamisch der Umwelt anzupassen (Mayr 1991).

Diese in biologischen, psychologischen und soziologischen Phänomenen herrschende Form der Kausalität unterscheidet sich also grundlegend von der linearen

Kausalität, wie sie naturwissenschaftlichen Erklärungen zugrunde liegt. Luhmann prägte hierfür in den Sozialwissenschaften bereits 1976 den Terminus Kontingenzkausalität. Rosslenbroich nannte denselben Tatbestand, dieses Konzept auf die Biologie anwendend, Auslöserkausalität (2001, S. 128). Die Gemeinsamkeit dieser Konzepte ergibt sich aus der Erkenntnis, dass Umweltereignisse – ein Regierungswechsel, ein Krankheitserreger – nie mehr sind, als Anlässe für individuelle und tendenziell nicht vorhersehbare Reaktionen.

Umwelteinflüsse sind also Auslöser für Prozesse, die ein Organismus selbst erzeugt. Das Maß an Prozessen, die integriert werden müssen, steigt mit zunehmendem Organisationsgrad des Lebewesens. Es leistet die Integration zahlreicher Subsysteme auf unterschiedlichen Hierarchieebenen (s.u.). Das Resultat einer therapeutischen Intervention ist also nicht der Reaktion eines einzelnen Teilsystems (z.B. Zelle oder Organ) geschuldet, sondern der autonomen Leistung eines Lebewesens im Sinn der Integration eines Umweltreizes in die komplexe hierarchische Prozessstruktur seines Organismus.

Fuchs präferiert in diesem Zusammenhang den Terminus „zirkuläre Kausalität“ und entwirft eine konsistente Theorie der Kausalbezüge innerhalb des Organismus und zwischen dem Organismus und seiner Umwelt (2010). Bezüglich des Organismus geht es um die Integration von Prozessen auf der molekularen und zellulären Ebene sowie der Ebene der Organe und des Organismus. Die Kontrolle der Körperhaltung z.B. erfordert die Anpassung von Halte- und Stellreflexen über den gesamten Bewegungsapparat mittels verschiedener Basalganglien und des Kleinhirns, die Stimulierung und Hemmung von Agonisten und Antagonisten in der entsprechenden Extremität, die Generierung von Aktionspotentialen und elektromechanischen Kopplungen in spezifischen Nerven- und Muskelfasern und schließlich die Speicherung und Bereitstellung von Kalzium sowie die Synthese von Adenosintriphosphat in den Muskelzellen. Kurz: Es geht um die Systemintegration von Zelle, Gewebe, Organ und Organismus.

Zwar handelt es sich hier um eine „Abwärtskausalität“ (top-down), jedoch reagiert keines der absteigenden Systeme mechanisch auf eine festgelegte Art, sondern immer im Rahmen der aktuellen Möglichkeiten. So ist vielleicht ein bereits beanspruchter Muskel übersäuert, ein anderer hat einen Mikrofaserriss; diese Bedingungen müssen (bottom-up) von den höheren Ebenen im Sinn einer Anpassung der Steuerung mittels zirkulärer Rückkopplungsschleifen verarbeitet werden.

Die oben beschriebene zirkuläre Kausalität ist eine vertikale. Der Gesamtorganismus als autopoietisches System muss jedoch auch die Synchronisierung mit seiner Umwelt mittels horizontaler zirkulärer Kausalität gewährleisten. Das betrifft z.B. die Aufrechterhaltung der Homöostase des Organismus bei wechselnden Umweltbedingungen. Diese horizontale Zirkularität endet nicht bei biophysikal-