

Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion

Franz Resch & Kerstin Westhoff

Zusammenfassung: Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion

Die biopsychosoziale Modellvorstellung gilt als integrale Erklärungsfigur für psychische Störungen und ihre Behandlung. Wenn darin Erkenntnisse eingeordnet werden, die aus unterschiedlichen Wissenssphären stammen, entsteht die Illusion einer Vollständigkeit des Bildes vom Menschen. Noch gibt es aber keine Metasprache, die den einzelnen Erkenntnisbausteinen einen definierten Bedeutungsraum im Modell zuweisen könnte. Es gibt (noch) keine einheitliche wissenschaftliche Sprache für alle Erkenntnisdomänen. Argumente gegen einen Generalanspruch der naturwissenschaftlichen Domäne, eine Deutungshoheit auch für die soziale und psychische Domäne zu besitzen, werden in historischer und theoretischer Perspektive vorgebracht. Demgegenüber werden zehn praktische Argumente für eine Dialektik des Umgangs mit biopsychosozialen Perspektiven in der Psychotherapie dargestellt. Die praktische Umsetzung des biopsychosozialen Modells kann sich nicht nur auf kausale Erklärungen in unterschiedlichen Wissensdomänen stützen, sie muss auch das Problem der Hermeneutik in den Blick nehmen. Therapeutisches Handeln setzt auch richtiges Verstehen voraus. Die selbstreflexive Gewichtung und Würdigung unterschiedlicher Befunde geschieht nicht aufgrund einer Theorie, sondern auf der Basis einer komplexen Praxiserfahrung. Erfahrungslernen, Selbsterfahrung und Supervision sind Werkzeuge zur Verbesserung der Praxis – wenn sie sich auf die Evidenzbasierten Wissenssysteme stützen können. Die Anerkennung des biopsychosozialen Systems als Mehrsprachenmodell im Sinne der Wittgenstein'schen Sprachspiele können eine Toleranz zwischen unterschiedlichen Sichtweisen der Person erzeugen und ein Klima der Wechselseitigkeit schaffen.

Schlüsselwörter: Biopsychosoziales Modell, Biologismus, Sprachspiele nach Wittgenstein, Hermeneutik

Abstract: The biopsychosocial model in practice: a critical reflection

The biopsychosocial model is seen as offering an explanatory framework which is able to integrate various views on both mental disorders and their treatment. However, if insights gained from different spheres of knowledge are classified within such a model this creates the illusion of having a complete picture of the human being. Also, to date there is no meta-language that could assign the individual building blocks of insight to defined spheres of meaning within the model. There is (as yet) no uniform scientific language that covers all domains of insight. Historical and theoretical arguments against natural science's having a general claim to extend its interpretative prerogative to the social and psychological domains are put forward. As an alternative, ten practical arguments for taking a dialectical approach to the handling of biopsychosocial perspectives in psychotherapy are presented. If it is to be satisfactorily implemented, the biopsychosocial model cannot rely on causal explanations from various unlinked domains of knowledge alone, but must also address the problem of hermeneutics. Therapeutic action presupposes accurate understanding. When self-reflectively weighing up and giving due consideration to different findings, practitioners draw not on theory, but on their experience of practice in all its complexity. Learning from experience, personal reflexion and supervision are tools that can be used to improve practice – if they are supported by evidence-based knowledge systems. Recognising that the biopsychosocial system is a multilingual model in the sense of Wittgenstein's language games can promote tolerance between a person's different viewpoints and create an atmosphere of reciprocity.

Keywords: biopsychosocial model, biologism, Wittgenstein's language games, hermeneutics

Einleitung

Als die Sumerer im Tag-Nacht-Verlauf den Himmel nach lesbaren Zeichen absuchten, um den Willen der Götter rechtzeitig erkennen zu können und dabei in den Wanderungen der Gestirne und anderen astronomischen Phänomenen mathematische Gesetzmäßigkeiten erkannten, mussten sie annehmen, dass das überirdische Denken den Regeln der Mathematik gehorchte. War in der Mathematik die Sprache der Götter entzifferbar? Bis heute gewinnen wir in den Wissenschaften die Überzeugung, dass die Schöpfung (die Welt als Erkenntnisgegenstand) in den mathematischen Formulierungen am besten darstellbar und berechenbar, einer Entzauberung zugänglich und vorhersagbar ist. Aber lassen sich alle der menschlichen Erkenntnis zugänglichen Phänomene mathematisch widerspruchsfrei beschreiben? Der frühe Wittgenstein (1963) glaubte noch daran, dass alles Wichtige der Erkenntniswelt in Gesetzen der mathematischen Logik durchzubuchstabieren ist, und dass alle darüber hinausgehenden Fragen vernachlässigt werden könnten. Schon Kurt Gödel machte jedoch durch seinen Unvollständigkeitssatz deutlich, dass auch die formalen Systeme der Logik Grenzen besitzen. Er konnte nachweisen, dass in hinreichend starken widerspruchsfreien Systemen immer auch unbeweisbare Aussagen existieren, die weder formal bewiesen noch widerlegt werden können. Im Detail werden sogar zwei Unvollständigkeitssätze unterschieden: Der erste besagt, dass es in hinreichend starken widerspruchsfreien Systemen immer auch unbeweisbare Aussagen gibt. Der zweite Unvollständigkeitssatz geht davon aus, dass auch hinreichend starke widerspruchsfreie Systeme ihre eigene Widerspruchsfreiheit nicht beweisen können (Gödel, 1931; allgemein verständliche Darstellung in Hofstadter, 1985). Heute versuchen wir sogar, das Bewusstsein und andere psychische Phänomene auf naturgesetzliche Definitionen zurückzuführen. Auch wenn wir von einem biopsychosozialen System sprechen, trägt die grundlagenwissenschaftliche Forschung im Hinterkopf die Überzeugung, dass sich letztlich alle psychischen und sozialen Phänomene in einer zukünftigen Wissenschaftswelt auf die im biologischen Raum gültigen Naturgesetze zurückführen lassen werden.

Das biopsychosoziale Modell

In den Wissenschaften vom Menschen hat sich gegenwärtig eine biopsychosoziale Modellvorstellung herauskristallisiert, die als integrale Erklärungsfigur für psychische Störungen und deren Behandlung angesehen wird. Dieses Modell ist unter Mehr-Ebenen-Aspekten als multifaktorielles System angelegt (s. Details in Resch & Westhoff, 2006). Das biopsychosoziale Modell vereint eine Fülle von Einzelbefunden, die unterschiedlichen Forschungs-Paradigmen entspringen und zeigt den Menschen als Ganzheit in unterschiedlichen Kontexten. Diese Ganzheit wird durch eine gleichzeitige Betrachtung menschlicher Lebensfunktionen auf mehreren Betrachtungsebenen – nämlich einer biologischen, einer sozialen und einer psychischen – realisiert. Gerade für das Verständnis psychischer Störungen erscheint diese Modellvorstellung angezeigt.

Das biologische Paradigma begreift dabei die psychischen Prozesse auf der Basis chemisch-physikalischer Prozesse. Diese Betrachtung vertieft beispielsweise das Verständnis neuronaler Vorgänge als Zusammenspiel von zellulären Netzwerken auf elektrochemischer Grundlage. Der Schluss von diesen neurobiologischen Vorgängen auf seelische Phänomene lässt noch viele Lücken offen und gelingt nur in groben Schritten. Auch komplexe neurohumorale Modellvorstellungen (z. B. das biopsychische Stressmodell) oder Mehr-Ebenen-Prozess-Modelle (wie z. B. unterschiedliche Emotions- oder Temperamentkonzepte) beziehen ihre wissenschaftliche Legitimation, indem sie auf naturwissenschaftliche Regelsysteme zurückgeführt werden. Während sich die neuronalen Theorien auf das kommunikative Zusammenspiel von neuronalen Netzwerken beziehen, werden vegetative Funktionen, Sexualität, Schlaf, Temperament und emotionale Dysregulationen auf neuroendokrine, neurovegetative und neuroimmunologische Paradigmen zurückgeführt. Auch die neuesten Forschungsansätze zu Neurogenetik und Epigenetik psychischer Störungen weisen sehr differenzierte Mehrebenenvorstellungen auf somatischer Ebene aus, beziehen auch Entwicklungsaspekte mit ein, bleiben aber in den Schritten zur Psyche nur rudimentär und holzschnittartig. Über korrelative Evidenz müssen kausale Zusammenhänge immer wieder hinzugedacht werden.

Unter der sozialen Perspektive wird die Eingebundenheit des Menschen in einen mitmenschlichen Lebenskontext betont, welcher die seelische Entwicklung und das Verhalten durch spezifische Rahmenbedingungen beeinflussen kann (Resch & Westhoff, 2006). Dem unmittelbaren Lebensumfeld des Menschen entsprechen Beziehungssysteme mit wichtigen Anderen, in denen schon lange vor der Entwicklung der Sprache beim Kind emotionale Dialoge und Bindungsprozesse realisiert werden können. Weitere Systeme der entfernteren Verwandtenbeziehungen, der Freundschaften, der Gleichaltrigengruppen, der Schulkontexte, der nachbarschaftlichen Verhältnisse oder schließlich der politischen Rahmenbedingungen bilden das Lebensumfeld, das Möglichkeiten und Grenzen von Entwicklung und Wohlbefinden beim Kind aufzeigen lässt und in wissenschaftlichen Formulierungen niedergelegt werden kann. Es werden Liebes- und Machtstrukturen, diskursive Regeln und Verhaltenskodizes verdeutlicht, die den Verhaltens- und Entfaltungsspielraum des Kindes definieren und ausgestalten. Kausale Zusammenhänge, die auch im Einzelfall eindeutig Gültigkeit beanspruchen, prägen nicht das Bild. Vielmehr bleiben die sozialen Entwicklungseinflüsse auf der Ebene der „erhöhten Wahrscheinlichkeit“, wie wir es aus aller Risikoforschung kennen.

Das psychische Paradigma ist durch zwei – nicht kompatible – Perspektiven gekennzeichnet. Alle tiefenpsychologischen, auch die modernen verhaltensbezogenen und lerntheoretischen, ebenso wie alle kognitiven, aber auch humanistisch existenziellen Modellbildungen des Seelenlebens basieren auf der Erkenntnisfähigkeit und -tätigkeit des Subjekts und sprechen der Selbstreflexion in mentalen Räumen eine große Rolle zu. Die subjektive Seite des Menschen ist nicht mehr die „Blackbox“, die nur von außen in ihren Steuerungsfunktionen determiniert ist.

Dadurch wird zwar das Bewusstsein um die eigene Person vertieft, aber die Unterschiedlichkeit der Perspektiven auf psychische Prozesse nicht aus der Welt geschafft. Die „Drittpersonensperspektive“ – oder Außenperspektive – auf die eigene Person und die „Perspektive der ersten Person“ – oder Innenperspektive – sind nicht durch explikative Übergänge miteinander verbunden (Sturma, 2006). Es findet sich keine erkenntnistheoretische Brücke, die einen direkten regelhaften Zusammenhang zwischen innenperspektivischen Vorgängen (bspw. dem Selbstgefühl oder der Evidenz einer Selbstidentität – „ich bin“) und der Drittpersonensperspektive (bspw. dem Selbstkonzept – „wer ich bin“) herstellen ließe. Die Grenze zwischen Innen und Außen ist erkenntnistheoretisch nicht auflösbar. Trotzdem müssen wir als Psychotherapeuten immer genau an dieser Grenze operieren.

Im nächsten Schritt gilt es zu klären, wie diese unterschiedlichen Perspektiven der biologischen, der sozialen und der psychischen Domänen zusammen gedacht und integriert werden können. Vermag das biopsychosoziale Modell tatsächlich ein Ganzes zu erzeugen, oder bleiben die Einzelbefunde auf ihren Ebenen ein zusammengewürfeltes Geheimnis aus Puzzlesteinen, die (noch) keinen wirklichen Sinn ergeben?

Welche Erklärungsebene hat die Deutungshoheit?

Wenn wir im biopsychosozialen Modell Erkenntnisse so einzuordnen vermögen, dass sich für uns ein sinnvolles Ganzes ergibt, entsteht eine Illusion der Vollständigkeit des Bildes vom Menschen. Auch wenn das biopsychosoziale Modell als integratives Verständniskonstrukt gedacht ist und jeder Einzelerfahrung gleichsam einen Platz in unterschiedlichen Domänen zuordnen lässt, entsteht rasch der weitergehende Wunsch nach einem einheitlichen Menschenbild, in dem alle Lebensäußerungen regelhaft und deterministisch einen Platz zugewiesen bekommen (Resch & Westhoff, 2006). An den Punkten, wo unterschiedliche Wissensfelder wie Kontinentalschollen aneinanderprallen, entwickelt sich der Wunsch nach einer Metatheorie oder Metasprache, die alle Erkenntnis- und Erfahrungsdomänen durchdringt und gleichsam eine biopsychosoziale „Weltformel“ ermöglicht. Diese Metasprache existiert aber (noch) nicht, auch wenn die einzelnen Wissensdomänen (insbesondere die naturwissenschaftlich-biologische Ebene) diesen Generalanspruch wiederholt erheben.

So haben neurobiologische Erkenntnisfortschritte unser Wissen um Hirnfunktionen, kognitive Leistungen und die cerebrale Lokalisation psychischer Prozesse enorm erweitert (Resch & Westhoff, 2008). Solche neurobiologischen Befunde versuchen die psychischen Konstrukte quasi als naturwissenschaftliche Phänomene zu „fundieren“. Unter Anwendung des medizinischen Modells oder unter psychobiologischer Perspektive erscheinen psychische Symptome als therapieerforderliche Sachverhalte, die sich aus Funktionsstörungen des Gehirns ableiten lassen.

Neurobiologische Erkenntnisse können auf diese Weise eine antistigmatisierende Wirkung für psychische Störungsphänomene besitzen. Als Beispiel dafür sei das Konstrukt der „Dissoziation“ angeführt, dessen cerebrale Korrelate eindeutig von Prozessen der Simulation abgrenzbar sind. Eine dissoziative Lähmung ist damit etwas anderes als ein „so tun als sei man gelähmt“. Auch wenn neurobiologische Erkenntnisse damit den psychischen Störungen den Nimbus der Unechtheit und Täuschung nehmen können, erlauben sie nicht über die Tatsache hinwegzusehen, dass ein somatisches Korrelat psychischer Störungen nicht per se legitimierend wirkt. Vielmehr könnte erst eine Entschlüsselung der Pathogenese auf neurobiologischer Ebene ein Krankheitskonstrukt definieren lassen, das einer spezifischen kausalenorientierten Therapie zugänglich wäre (Resch & Westhoff, 2008). Bis zu einem solchen Zeitpunkt, von dem wir noch weit entfernt sind, bleiben neurobiologische Korrelate psychischer Störungsphänomene Hoffnungsträger, die uns über unser kausales Unwissen für den Moment hinwegtäuschen. Es stellt sich die Frage, ob das subjektive Erleben eines Gedächtnisverlustes oder die Bedrohung durch eine halluzinatorische Stimme wirklicher – und in ihrem Leidensdruck exakter – erkennbar wird, wenn sie in bildgebenden Verfahren neuronale Korrelate erkennen lassen. Der Kategoriensprung vom subjektiven Erleben zum organischen Befund bleibt unauflösbar.

Rasch gerät derjenige in eine dualistische Falle, der versucht, dem Psychischen eine Auswirkung auf das Somatische zuzuschreiben. Sind unsere Zeichen- und Sprachsysteme überhaupt umfassend und differenziert genug, um dem biopsychosozialen Modell einen einzigen metasprachlichen Formulierungsraum anbieten zu können? Während die Neuroforscher diesen Zeitpunkt herannahen sehen, muss ein in der Praxis stehender Psychotherapeut dieser Frage derzeit ein klares Nein entgegensetzen. Eine mathematisch exakte Formulierung dringt nicht bis zur Beschreibung des Subjekts durch. Es existieren auch noch keine überzeugenden Übersetzungsmöglichkeiten zwischen den unterschiedlichen Wissensfeldern und wir gehen davon aus, dass das biopsychosoziale Modell allein in der mathematischen Sprache der Physik oder Molekularbiologie nicht auszuformulieren ist (Resch & Westhoff, 2006).

Es muss an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass das biopsychosoziale Modell auch kein „Stein von Rosetta“ ist, der in unterschiedlichen Sprachen denselben Inhalt wiedergibt. Man kann nicht in der Domäne des Biologischen, des Psychischen oder des Sozialen alle erkennbaren Phänomene der Humanwissenschaften widerspruchsfrei in einer Erkenntnissprache aussagen. Vielmehr gehen wir davon aus, dass in unterschiedlichen Wissenschaftssprachen auch unterschiedliche Phänomene und Eigenschaften der Ganzheit Mensch erkennbar gemacht werden (Resch & Westhoff, 2006).

Argumente gegen einen Biologismus

Biologistische Sichtweisen vom Menschen negieren die Wissenslücken im biopsychosozialen Modell, sie postulieren explikative Brücken zwischen unterschiedlichen Wissensdomänen und setzen korrelative Zusammenhänge oder probabilistische Voraussagen (erhöhte Wahrscheinlichkeit) mit Kausalitäten gleich. Sie füllen Lücken mangelnder Evidenz mit Ideologie und konstruieren Handlungsanweisungen, als handelte man auf (natur-)wissenschaftlicher Evidenzbasis. Biologistische Interpretationen psychischer Störungen bergen Gefahren, die im Folgenden aufgezeigt werden sollen:

Neuromythologie

Psychiatrie und Psychotherapie unterwerfen sich immer wieder kausalorientierten Weltbildern, die das psychische Geschehen ausschließlich als Funktionsstörungen der neuronalen Netzwerke auffassen. Schon Jaspers (1973) hat diese neurobiologische Verkürzung 1913 als „Neuromythologie“ bezeichnet, da sie nahelegt, das seelische Geschehen sei nur Epiphänomen von Hirnfunktionen und psychische Störungen somit nichts als Ausdruck abnormer Hirnfunktion. Wenn Prozessfunktionen des Gehirns das Subjekt ersetzen und seelische Störungen letztlich nur auf eine gestörte Hirnfunktion zurückgeführt werden, konzentriert sich die Entwicklung von Interventionen mehr auf ein „brain engineering“ und eine Verbesserung somatischer Therapieverfahren denn auf eine Beeinflussung seelischer Leidenszustände durch Psychotherapie. Thomas Fuchs macht in seinen Beobachtungen zur Neuromythologie in neurobiologischen Utopien auch kryptoreligiöse Motive fest, wenn nämlich das Gehirn unreflektiert zum neuen Metasubjekt, zum höheren Selbst, erhoben wird, schlägt das menschliche Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle zwei Fliegen mit einer Klappe: Das Gehirn ist als Produzent von Subjektivität der unergründlichen und damit potenziell subversiven Seele immer einen Schritt voraus. Das Bewusstsein tritt immer später auf den Plan und kann nur noch ratifizieren, was die neuronalen Mechanismen bereits vollbracht haben (Fuchs, 2006). Andererseits hält sich dieses personifizierte Gehirn deterministisch an die Naturgesetze und bleibt damit grundsätzlich berechenbar und einer Manipulation durch Menschen zugänglich. Die Unergründlichkeit und Tiefe der Seele wird somit durch ein Maschinenmodell des Gehirns ersetzt, welches generativ immer schon der Seele voraus ist, aber durch die Naturgesetzlichkeiten in der Kontrolle des Menschen bleiben kann. Vielleicht stellen diese pseudoreligiösen Motive auch eine der Grundlagen für das breite öffentliche Interesse an der Hirnforschung dar. Wird das Leib-Seele-Problem dadurch aufzulösen versucht, dass die Innensicht des Subjekts degradiert und zum Epiphänomen neuronaler Prozesse stilisiert wird, entspricht dies einer Verbannung der Seele in den Bereich völliger Bedeutungslosigkeit – was eher ein Ende der psychosozialen Fächer und der Psychotherapie bedeuten müsste. Ist das subjektive Erleben lediglich ein Rauschen der Neuronen ohne Erkenntniswert, macht es keinen Sinn, auf intersubjektive Therapieprozesse zu setzen.

Das historische Argument

Gegen eine biologistische Vorherrschaft der Erklärung im biopsychosozialen Modell spricht auch ein historisches Argument. Solche biologistischen Mythen haben die Psychiatrie gerade in ihren schlimmsten menschenverachtenden Zeiten des Dritten Reiches geprägt. Eugenische Vorstellungen, die der Abwertung, Unterdrückung, Sterilisierung und zuletzt Tötung von psychisch kranken Menschen Vorschub leisteten, gingen allesamt von einem biologistischen Störungs- und Defektmodell aus. Der Begriff des „lebensunwerten Lebens“ von Binding und Hoche (1920) und die auf dieser Basis entwickelten Schlussfolgerungen kennzeichnen den Gipfelpunkt der Nichtanerkennung und Verachtung von – auch durch Lebensumstände verursachtem – psychischem Leid. In diesen Denkansätzen wurde das biopsychosoziale Modell einem unreflektierten Biologismus unterworfen, wobei psychische und soziale Realitäten in der Form unreflektierter Argumente einem gefährlichen, unmenschlichen Biomythos zuarbeiten mussten. Glücklicherweise gibt es heute diese biologistisch begründete Geringschätzung nicht mehr in dieser Form. Heute gehen die Argumentationen eher in die Richtung, dass Entscheidungsfreiheit, Schuld und Verantwortung für das eigene Denken und Handeln von Menschen sich in deterministische Beschreibungen gestörter Hirnfunktionen auflösen lassen könnten.

Das theoretische Argument

Die Modellvorstellung eines biopsychosozialen Bedingungs Zusammenhangs für Entstehung und Verlauf psychischer Störungen kann nicht allein durch naturwissenschaftliche Formulierungen in formallogischen Systemen abgebildet werden. Vielmehr ist das biopsychosoziale Modell des Menschen ein geschichtetes Modell von Vorstellungs- und Erkenntnisweisen, die in unterschiedlichen Denksystemen und Sprachen ihre jeweiligen Erkenntnisse ausformulieren (Resch & Westhoff, 2006). Jede Ebene des biopsychosozialen Modells hat ihre eigenen wissenschaftlichen Traditionen und einen unterschiedlichen Sprachgebrauch. Das Mehr-Ebenen-Modell vom Menschen scheint daher eher als ein Mehr-Sprachen-Modell im Wittgenstein'schen Sinne der „Sprachspiele“ (Wittgenstein, 1978). Wer sich im biopsychosozialen Modell bewegt, muss immer wieder zwischen unterschiedlichen Standpunkten, Denksystemen und Betrachtungsformen oszillieren und dabei auch wissenschaftliche Sprachgrenzen überschreiten (Resch & Westhoff, 2006). Wer hingegen nur in einer Sprache – nämlich der Sprache der Mathematik und Naturwissenschaften – bleibt, besitzt eine zu schmale Sicht der Zusammenhänge und bleibt damit auch unter therapeutischen Gesichtspunkten nur bedingt handlungsfähig. Denn Psychotherapie ist nicht nur ein Aufklären von Zusammenhängen kausaler Art, es geht auch um das Verstehen von Interaktionen. Psychotherapie ist immer auch ein hermeneutischer Prozess.

Handeln im biopsychosozialen Modell

Wie sollen sich Psychotherapeuten, Psychologen und Psychiater im Spannungsfeld von Neurophilosophie und Neurobiologie orientieren? Sind sie Monisten oder Dualisten? Drei Thesen kennzeichnen den wissenschaftlichen Diskurs (Sturma, 2006). Die Differenzthese postuliert einen grundsätzlichen Unterschied zwischen Erlebnissen und Ereignissen – also zwischen psychischen Phänomenen und physischen Vorgängen. Die Wechselwirkungsthese geht von einer Interaktionsmöglichkeit zwischen Erlebnissen und Ereignissen aus, während die Geschlossenheitsthese alle psychischen Phänomene auf der Basis naturwissenschaftlicher Forschungsansätze zu erklären versucht. Die Gefahren der Geschlossenheitsthese haben wir bereits aufgezeigt. Die Wechselwirkungsthese führt uns immer wieder in die dualistische Falle, wenn wir versuchen, eine Beeinflussung körperlicher Prozesse durch psychische Vorgänge zu postulieren. Wie sollte ein entsprechender Energietransfer erklärbar sein? Kann ein Therapeut sich leisten dualistisch zu denken? Eigentlich muss ein Therapeut Einheitstheoretiker – also Monist – sein. Als Dualist wäre er ja gezwungen, in kausal unabhängigen Welten zu agieren und auch für interaktionistische Wechselwirkungen steht ihm keine widerspruchsfreie Theorie zur Verfügung. Als reiner Materialist läuft er jedoch Gefahr, dem eliminativen Reduktionismus zu verfallen und damit gerade jene Geisteswelt zu opfern, die doch Ursache und Begründung seines beruflichen Tuns ist (Resch & Westhoff, 2008). Gibt es einen Ausweg aus dem Dilemma? Alle Perspektiven vom Menschen haben doch dasselbe Objekt der Erkenntnis. Ob in der Erst-Personen- oder Dritt-Personenbetrachtung – in Innensicht wie in Außensicht – ist der Mensch als leib-seelische Einheit zu denken, die von unterschiedlichen Seiten in unterschiedlichen Weisen betrachtet, erfahren, erkannt und beschrieben werden kann (ibid.). Der Psychotherapeut bliebe dabei Einheitstheoretiker in der Geschlossenheit der Welt und des Menschseins, er wäre aber Perspektivendualist. Ist es erlaubt, den Menschen in seiner Welt als Einheit zu denken, aber in der Betrachtung auf unterschiedliche Theorie- und Sprachebenen zu wechseln, die zu unterschiedlichen, nicht widerspruchsfrei zusammenzuführenden Erklärungen vom Menschen führen? Die Vielfalt von Betrachtungsmöglichkeiten in einem Betrachtungsdualismus ist eine vorläufige Strategie – der Grobheit unserer Erkenntniswerkzeuge wegen, die so viele Zwischenräume offen lassen muss. Die prinzipielle Frage, ob eine metatheoretische Formulierung des biopsychosozialen Modells jemals möglich sein wird, bleibt unentschieden. Unsere Haltung dazu wäre aber eher verneinend. Zu rasch gerät ein Denksystem an reflexiven Phänomenen in die Verstrickungen der Paradoxie. Wenn es jemals eine Sprache geben sollte, wäre es nicht die heutige Mathematik. Wir benötigten dazu ein komplexeres, differenzierteres Zeichensystem. Seelische Phänomene sind von ihren organischen Rahmenbedingungen nicht ablösbar. Aber sie sind mit den heutigen Erkenntnismethoden nicht durch die somatischen Funktionszusammenhänge lückenlos und widerspruchsfrei erklärbar. Ebenso wenig wie das psychische Innenleben eines Menschen durch die sozialen Verflechtungen und Einflüsse vollständig erklärt werden kann. Im biopsychosozialen Modell treffen drei Erkenntniswelten aufeinander, die wir bereits als den Aufeinanderprall von Kontinentalschollen beschrieben haben. Alle drei können in Dritt-Personenperspektive beschrieben werden, aber nur in der psychischen Erfahrung wird noch durch die Erst-Personenperspektive jedes Individuum innenweltlich hervorgehoben.

Im Folgenden sollen zehn praktische Argumente für eine Dialektik des Umgangs mit psychischen Störungen im Sinne einer biopsychosozialen Praxis vorgebracht werden. Sie sollen einer Verbesserung unserer Therapieangebote in biologischer, psychischer und sozialer Hinsicht Vorschub leisten:

1. Wir beobachten in vielen Lebensfeldern einen zunehmenden Schweregrad psychischer Störungen, vor allem unter Risikobedingungen der Frühgeburt, der Migration und der sozialen Benachteiligung. Auch die Erfolge der somatischen Medizin, die für viele Menschen ein Überleben sichern konnte, deren Tod noch bis vor kurzem unausweichlich schien, bringen eine Fülle psychosozialer Frage- und Problemstellungen mit sich, da diese Menschen ihr Schicksal bewältigen, eine Zukunft planen und mit chronischen Beeinträchtigungen zu leben lernen müssen. Die chronifizierenden Verläufe psychischer Störungen haben sich ebenso durch die bisherigen Therapiemethoden noch nicht durchgreifend verändern und befriedigend verbessern lassen.
2. Bis heute sind die genetischen Forschungsergebnisse durch das humane Genomprojekt im Bereich der psychischen Störungen nicht therapierelevant geworden.
3. Auch die Ergebnisse aus den bildgebenden Verfahren sind zwar erhellend, aber leider bislang nicht unmittelbar therapierelevant. Die vollständige Kartographierung der Gehirnfunktionen dürfte uns am Ende an den gleichen Punkt bringen, an den uns die vollständige Entschlüsselung des Genoms gebracht hat: Ohne die Einbeziehung übergeordneter systemischer, ontogenetischer und biografischer Kontexte ist der Erkenntniswert solcher Buchstabierungen und Kartographierungen äußerst bescheiden (Thomas Fuchs, 2012, persönliche Bemerkung).
4. Pharmakologische Studien zeigen unter methodisch strengen Bedingungen relativ niedrige Effekte der Psychopharmaka gegenüber Placebo vor allem im Altersbereich der Kindheit und Jugend. Dies ist für Antidepressiva ebenso wie für Neuroleptika gültig. Das alleinige Setzen auf somatische Therapieverfahren unter Ausklammerung psychotherapeutischer Domänen ist durch nichts wissenschaftlich belegt.
5. Psychische Störungen haben unterschiedliche Entstehungs- und Verlaufsbedingungen. Wir müssen bei allen Störungen von einer Multikausalität und einer Multifinalität ausgehen. Selbst eine Krankheit wie die Schizophrenie, deren somatisches Korrelat immer wieder postuliert wird, tritt nach neueren Untersuchungen bei Migranten signifikant häufiger auf, ebenso deutlich vermehrt in Großstädten mit verringertem sozialem Zusammenhalt (van Os, Kenis, & Rutten, 2010).

6. Psychosoziale Faktoren erhöhen auch das Risiko von somatischen Krankheitsbildern. Psychobiologische Mechanismen, die im Einzelnen diese Zusammenhänge eindeutig und therapierelevant erklären, fehlen bislang (Felitti, 2002).
7. Schwere seelische Traumatisierungen ziehen schwere psychische und somatische Folgen nach sich. Im Gesundheitssystem werden die Erkenntnisse bis dato noch nicht entscheidend genug aufgegriffen (van der Kolk, 2003, 2009).
8. Die Wirksamkeit von Psychotherapie und psychosozialen Maßnahmen wird bislang unterschätzt. Auch wenn Psychotherapien eine Evidenzbasierung aufweisen können, ist ihr Stellenwert im Gesundheitssystem noch nicht ihren Möglichkeiten angemessen.
9. Die Prävention in Frühphasen psychischer Störungen und im Vorfeld schwerer Erkrankungen kann den Verlauf günstig beeinflussen.
10. Langzeitverlaufsuntersuchungen unter systematischen Bedingungen, die die Wechselwirkungen biopsychosozialer Zusammenhänge erfassen lassen, fehlen bislang leider.

Probleme der praktischen Umsetzung des biopsychosozialen Modells

Die praktische Umsetzung des biopsychosozialen Modells kann sich nicht nur auf kausale Erklärungen in unterschiedlichen Wissensdomänen stützen, sie muss auch das hermeneutische Problem in den Blick nehmen. Denn therapeutisch Handeln heißt, auf der Basis des richtigen Verstehens zu handeln. Dort, wo das Problem der Interaktion zwischen unterschiedlichen Partnern, Sichtweisen und Standpunkten aufzurollen ist, setzt die Hermeneutik ein. Denn die Voraussetzung für einen gemeinsamen Beziehungs- und Erfahrungsraum ist eine gemeinsame Sprache oder – noch besser gesagt – eine gemeinsame Wellenlänge, die im Vorgang von Senden und Empfangen Information übermitteln lässt (Resch & Westhoff, 2006). Es gibt ein hermeneutisches Problem zwischen dem Meinen auf der einen Seite und dem Verstehen auf der anderen Seite. Diese Interpretationsunschärfe, die zwischen Sender und Empfänger ein Deutungs- und Rekonstruktionsfeld eröffnet, vereitelt die Bestrebung zwischen dem Sender und Empfänger, immer eindeutige Botschaften hin und her zu transportieren. Außerdem gibt es in der Person des Aussagenden selbst noch ein hermeneutisches Problem zwischen dem Sagen und Meinen. Denn nicht alles, was wir uns denken und zu erfassen glauben, können wir auch so formulieren, dass darin die Fülle unseres Wissens eindeutig zum Ausdruck kommt (Resch & Westhoff, 2006). Ein solches hermeneutisches Problem wird als Aussagenunschärfe bezeichnet. Zusammenfassend ist zu formulieren, dass es ein Codierungsproblem des Senders und ein Decodierungs- und Verstehensproblem beim Empfänger gibt. Und jede sprachliche Kommunika-

tion hat mit diesen Problemen zu kämpfen (Angehrn, 2003). Der Mensch lebt also nicht in einer Welt von Kausalitäten, sondern in einem Raum von Bedeutungen als Möglichkeitsraum seines Handelns. Diese Bedeutungen sind jedoch Interpretationen der Welt, die Wertungen von Dingen und Tatsachen voraussetzen. Der Erkenntnisraum ist nicht nur nach Naturgesetzen geordnet. In diesem Raum besitzen die Dinge subjektive Wertungen, Gerichtetheiten und sinnvermittelnde Bezüge (Resch & Westhoff, 2006). Auch eigene Geschichte, die mögliche Zukunft und die Handlungsentscheidung in der Gegenwart finden in einem Bedeutungsraum statt. Unser Wissen und Handeln als Psychotherapeuten kombiniert also verschiedene Erkenntnismethoden der Natur- und Sozialwissenschaften mit einem hermeneutischen Standpunkt. Da es keine geschlossene Metatheorie gibt, die Wertungen innerhalb der einzelnen Domänen des biopsychosozialen Modells erlaubt, ist der Therapeut in seinen Entscheidungen auf seine eigene Deutungsfähigkeit zurückgeworfen. Was lässt uns den einen oder anderen Aspekt im biopsychosozialen Modell in den Vordergrund stellen? (Resch & Westhoff, 2006). Bei genauer Betrachtung ist es wohl nichts als die persönliche Therapieerfahrung, die im Kontext eines fachlichen kollegialen Austausches als Korpus von Einzelerfahrungen im Sinne der klinischen Erfahrung wirksam wird. Die selbstreflexive Gewichtung und Würdigung unterschiedlicher Befunde geschieht also nicht auf Grund einer Theorie, sondern auf Grund einer gestalthaften komplexen Praxis, die wertgerichtet unsere therapeutischen Entscheidungen fällen lässt (Resch & Westhoff, 2006). Das muss uns aus theoretischer Perspektive unzufrieden lassen. Denn wie kann der Praxisbezug fundiert, gesichert und verbessert werden? Es scheint so, als wäre der Entscheidungskontext für unterschiedliche Therapieentscheidungen im biologischen, biografischen, sozialen Bereich ein hochindividueller, erfahrungsabhängiger, ja fast privater intentionaler Raum (Resch & Westhoff, 2006). In diesem Raum spielen nicht nur Besonnenheit und Logik eine Rolle, sondern auch emotionale Prozesse. Damit wäre die therapeutische Entscheidung nicht nur auf wissenschaftlicher Basis zu verstehen, sondern als eine Kunst aufzufassen. Wie lässt sich aber dann die Gefahr privater Fehlentscheidungen verringern? Wie können individuelle Mythen aufgebrochen und Pseudoerfahrungen hinterfragt werden? Wie kann eine Öffentlichkeit und Exaktheit zwischen Experten hergestellt und gewährleistet werden? Erfahrungslernen, Selbsterfahrung und Supervision sind Werkzeuge der Verbesserung der therapeutischen Praxis. Wie weit helfen uns dabei die evidenzbasierte Medizin und ihre neue normative Auslegung in Leitlinien der Therapie? Denn Leitlinien leiten uns ja oft in paralleler Weise durch biologische, psychische und soziale Felder. Die Entscheidung über die aktuell erforderliche Interventionsdomäne bleibt uns jedoch als Therapeuten zumeist individuell überlassen. Die unterschiedlichen Wissenssphären erscheinen meist nur schlampig verlötet im Hinblick auf einen multimodalen Praxisbezug (Resch & Westhoff, 2006). Denn das biopsychosoziale Modell zeichnet eher ein lückenhaftes Bild vom Menschen, das keine geschlossene Gestalt erlaubt, und der Interpretationsspielraum für den Therapeuten bleibt auch im Rahmen der Evidenzbasierung hoch. Dieser Entscheidungsspielraum ist nur mit Sachwissen und Selbsterkenntnis, Respekt und Verantwortung zu füllen.

Die Erkenntnislücken zwischen den einzelnen Domänen des biopsychosozialen Modells werden aber leider nicht selten durch Mythen und Ideologien gefüllt. Davor muss der Therapeut gewarnt werden. Pseudoreligiöse Überzeugungen, regulative Emotionen und ideologische Verblendungen dürfen diese Räume nicht überfluten. Denn dort nehmen rassistische Überzeugungen, menschenverachtende Ideen, ökonomische Engführungen und sadistische Beziehungsverstrickungen ihren Anfang. Plumpe Eugenik, eliminativer Biologismus und Raubtierkapitalismus dürfen ihren Weg in diese Erkenntnislücken nicht finden. Die Evidenzbasierung kann uns niemals die individuelle Gewichtung und Verantwortung in den therapeutischen Entscheidungen abnehmen. Nur die Selbstreflexion des Therapeuten und seine Einbindung in einen Sozialraum eines „Expertentums mit Öffentlichkeit“ können ideologische Überfrachtungen verhindern. Der Therapeut muss sein Handeln immer wieder gesellschaftlich vor seinen Mitmenschen legitimieren.

Dass auch eine leitliniengetreue Therapie schlecht sein kann, wenn sie differenzielle Einzelentscheidungen falsch treffen lässt, muss betont werden. Auf die drei Probleme, die wir bereits an anderer Stelle hervorgehoben haben, soll nochmals kurz eingegangen werden (Resch & Westhoff, 2006).

Das erste ist das Problem des richtigen Zeitpunktes: Der Therapeut, der das Richtige zur falschen Zeit entscheidet, macht einen Fehler. Als Beispiel mag die kognitive Umstrukturierung bei Anorexien in zu tiefen Gewichtsstufen genannt werden. Denn statt Biografiearbeit oder kognitiven Therapieschritten ist im ersten Anlauf einer angemessenen Gewichtszunahme Rechnung zu tragen.

Das zweite Problem ist das Interventionsebenenproblem: Zwar greift der Therapeut zur richtigen Zeit ein, setzt jedoch seine therapeutischen Akzente auf der falschen Interventionsebene des biopsychosozialen Modells. Als Beispiel mag hier die Sicherung eines Kindes im traumatischen Kontext gelten. Die Fortsetzung einer ambulanten Psychotherapie, während das Kind in seinem Umfeld anhaltend traumatisiert wird, ist ein Kunstfehler. Die psychische Intervention darf nicht zur Aufrechterhaltung sozialer Missstände führen.

Das dritte kann als Globalproblem des biopsychosozialen Modells begriffen werden: Falsche Entscheidungen betreffen die Interventionsebene und den Zeitpunkt gleich. Unter falsch verstehen wir immer entwicklungshemmend und symptomfördernd (Resch & Westhoff, 2006). In die Fallen des biopsychosozialen Systems kann vor allem der ärztliche Psychotherapeut geraten, wenn er gleichzeitig psychotherapeutisch, medikamentös und umweltverändernd (Schule oder Familie) intervenieren möchte.

Die Sprache ist das wesentliche Medium der psychotherapeutischen Intervention. Auch die nonverbalen Erfahrungen dienen dem Aufbau und der Aufrechterhaltung eines psychischen Innen-

raumes, der Selbstreflexion und Mentalisierungsprozesse erlaubt. Die Sprache ist damit in der Therapie ein wesentliches Element der Gemeinsamkeit (Resch & Westhoff, 2006). Die Anerkennung des biopsychosozialen Modells als Mehrsprachenmodell im Sinne der Wittgenstein'schen Sprachspiele sollte jenen Respekt und jene Toleranz zwischen unterschiedlichen Sichtweisen der Person erzeugen, die ein Klima der Wechselseitigkeit erschaffen lässt. Denn Therapie ist ein Prozess des wechselseitigen Verstehens (Resch & Westhoff, 2008).

Ausblick

Wie eine Gesellschaft ihre Therapeuten ausbildet und wie sie mit ihren psychisch Kranken und Behinderten umgeht, ist ein Gradmesser für ihre Humanität. Es müsste wie Hohn anmuten, wenn in einer Zeit der Diskussion um den Begriff der Inklusion (d. h. des Rechts auf Teilhabe am gesellschaftlichen Geschehen und an den Bildungsprozessen für alle Menschen, ungeachtet ihrer biologischen, psychischen und sozialen Verfassung) in der Krankenhausplanung und therapeutischen Versorgung biologistischen Direktiven oder ökonomischen Grundsätzen der Vorzug gegeben werden sollte. Es bleibt zu fragen, welche Rolle ein Humanismus in den psychosozialen Feldern weiter spielen wird. Hat das Bild von Beziehung, Wärme und Klarheit als intentionalen Kernen der psychosozialen Therapien eine gesellschaftliche Zukunft? Ist Humanität ein altmodisches, unter naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten vernachlässigbares Beiwerk? Wird die Anerkennung des Subjektes (nach Honneth, 2005) zu einer überwundenen Sicht, die wir wie eine magische Praxis vergangener Jahrhunderte hinter uns lassen müssen? Zielen wir auf eine Zukunft von kalkulierten, rationalisierenden „Ausköhlungen und Abstandnahmen“? Soll der Mensch auch im Alltag und unter Bedingungen einer fragwürdigen Normalität lediglich der Beeinflussung durch Medikamente und Substanzen ausgesetzt werden – zu verflachendem Glück chemisch gezwungen? Wird es statt Klarheit Erklärungen, statt Anteilnahme eine Selbstsicherheit der Systeme, statt Teilhabe Abgrenzung, statt eines Wir ein „Oben ich, Unten Du“ geben? Die psychosozialen Fächer dürfen nicht in einen Herrschaftsdiskurs abdriften und sich nicht von biologistischen Kurzschlüssen und ökonomischen Verführungen beeindruckt lassen. Die kritische Selbstreflexion auf der Basis von Selbsterfahrung und Supervision mit Bezugnahme auf den immer größer werdenden Wissensschatz der Evidenzbasierung in Medizin und Psychotherapie mag ein Ausweg aus dem Dilemma sein, dass politische Systeme die Therapeuten der Seele gerne zu Ordnungshütern und Pseudosinnstiftern machen wollen, um von grundlegenden strukturellen Problemen des gesellschaftlichen Zusammenlebens und der Schere zwischen Arm und Reich abzulenken. Das Handeln im biopsychosozialen Modell soll immer Hilfe zur Selbsthilfe sein und den Patienten zur Selbstreflexion und Selbstfürsorge ermächtigen. ■

Literatur

- Angehrn, E. (2003). *Interpretation und Dekonstruktion: Untersuchungen zur Hermeneutik*. Weilerswist: Velbrück.
- Binding, K. & Hoche, A. (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Leipzig: F. Meiner.
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(4), 359–369.
- Fuchs, T. (2006). Neuromythologien. Mutmaßungen über die Bewegkräfte der Hirnforschung. *Jahresschrift für skeptisches Denken*, 36, 184–202.
- Gödel, K. (1931). Über formal unentscheidbare Sätze der Principia Mathematica und verwandter Systeme I. *Monatshefte für Mathematik und Physik*, 38(1), 173–198. doi:10.1007/BF01700692
- Hofstadter, D. R. (1985). *Gödel, Escher, Bach: ein endloses geflochtenes Band*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Honneth, A. (2005). *Verdinglichung - eine anerkennungstheoretische Studie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer.
- Resch, F. & Westhoff, K. (2006). Wie weit trägt das biopsychosoziale Modell des Menschen in der Psychotherapie? *Psychotherapie Forum*, 14(4), 186–192. doi:10.1007/s00729-006-0167-9.
- Resch, F. & Westhoff, K. (2008). Neuromythologien und das Dilemma des biopsychosozialen Modells. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 33(2), 140–147.
- Sturma, D. (2006). *Philosophie und Neurowissenschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12(2), 293–317, ix.
- van der Kolk, B. A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(8), 572–586.
- van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–212. doi:10.1038/nature09563.
- Wittgenstein, L. (1963). *Tractatus logico-philosophicus. Logisch-philosophische Abhandlung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wittgenstein, L. (1978). *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Angaben zu dem Autor und der Autorin

Franz Resch, Prof. Dr. med., Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg, Studium der Medizin an der Universität Wien, Individualpsychologischer Psychotherapeut, Präsident der Deutschen Liga für das Kind, Studiendekan der Medizinischen Fakultät Heidelberg, Arbeitsschwerpunkte: Entwicklungspsychopathologie, Risikoverhalten, Selbstverletzungssyndrome des Jugendalters, Psychosen.

Kontakt: franz.resch@med.uni-heidelberg.de

Kerstin Westhoff, lic. phil., Psychologin FSP, geb 1964 in Dresden, Studium der Biochemie an der Karl Marx Universität Leipzig, Fachrichtung Biochemie, seit 1990 Studium der Psychologie an der Universität Basel, Ausbildung in Psychoanalytisch orientierter Psychotherapie seit 1995. Psychologin an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Basel und Psychoonkologin der Universitätskinderklinik Basel. Arbeitsschwerpunkte: Psychoonkologie, Kinderpsychotherapie, Psychoanalyse.

Kontakt: kerstin.westhoff@ukbb.ch

Zitationsvorschlag

Resch, F. & Westhoff, K. (2013). Das biopsychosoziale Modell in der Praxis: Eine kritische Reflexion. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 32-46. Zugriff am 15.05.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>