

Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision

Silke Birgitta Gahleitner, Gerhard Hintenberger, Anton Leitner

Zusammenfassung: Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision

In der Aufgabe, adäquate professionelle Antworten auf biopsychosoziale Überforderungen für KlientInnen und PatientInnen bereitzustellen, müssen sich Psychotherapie, Beratung und Supervision in kontinuierlicher Selbstreflexion in einer Vielzahl von Bezügen immer wieder neu verorten. Es bedarf daher steter theoretischer Überlegungen, wie Menschen in den aktuellen Lebenskontexten angemessene Unterstützung geboten werden kann. Aus diesen und ähnlichen Diskursen heraus wurde bereits vor einigen Jahrzehnten das biopsychosoziale Modell entwickelt. Inzwischen findet sich eine Vielzahl von – paradigmatisch verschiedenen – theoretischen Konzepten zu diesem Modell. Trotz der vielfältigen Entwicklungen gibt es jedoch bis zum heutigen Tag keine Lösung für eine Reihe anstehender Fragen. Für konstruktive Weiterentwicklungen bedarf es weiteren Nachdenkens, die das Modell von verschiedenen Seiten beleuchten. Der Artikel bietet eine Einführung in und eine Übersicht über den Stand und die Zukunftsperspektiven des Modells.

Schlüsselwörter: Biopsychosoziales Modell, Psychotherapie, Beratung, Supervision, Integrative Ansätze

Abstract: The current relevance of the interdisciplinary biopsychosocial model in psychotherapy, counselling and supervision: an overview

When addressing themselves to the task of providing adequate professional responses to biopsychosocial conditions that overtax clients and patients, psychotherapists, counsellors and supervisors must constantly reposition themselves and continually reflect upon their theory and practice from several different angles. Constant theoretical deliberations as to how human beings can suitably be helped in their current life contexts are needed. The biopsychosocial model was developed some decades ago in attempt to address these and other similar concerns. Today there are a large number of – paradigmatically different – theoretical versions of this model. However, despite the many advances, a number of questions still remain unanswered. In order to make further constructive developments various aspects of the model require further deliberation. This article provides an introduction to the current state of development of the model and an overview of its prospects for the future.

Keywords: biopsychosocial model, psychotherapy, counselling, supervision, integrative approaches

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Alltagswelt zunehmend beschleunigt und verdichtet. Zugleich sind tragende kulturelle Deutungsmuster und Normalitätsvorstellungen aus dem Leben gewichen. Wachsende Prozesse der Globalisierung und Individualisierung führen zu zahlreichen Erosionsprozessen. Resultat ist ein zunehmender Verlust kultureller Einbettung und sozialer Einbindung mit weitreichenden Konsequenzen für Entwicklungs- und Identitätsprozesse (Keupp, 2012). „Wandel und Veränderungen gab es immer, in modernen und postmodernen Gesellschaften sind sie jedoch häufiger, schneller und radikaler geworden und zwar auf (mikrosozialer) individueller, persönlicher, (mesosozialer) organisatorisch-institutioneller ebenso wie auf (makrosozialer) gesellschaftlich-kultureller Ebene und sie beinhalten immer vielfältige Chancen, aber auch Risiken für die beteiligten und betroffenen Personen, Gruppen und Systeme“ (Weinhold & Nestmann, 2012, S. 52).

Unser Leben ist heute durch Übergänge geprägt. Wir durchlaufen unterschiedlichste Lebens- und Entwicklungsphasen. Mit ihnen verändern sich unsere Lebensumstände, Lebenswelten, Lebenskonstellationen und Lebenssituationen. Besonders radikal spiegelt sich dieser Wandel in der Medienlandschaft. Mithilfe digitaler Technologien werden neue Kommunikationsformen und Möglichkeitsräume geschaffen. Die dabei entstehenden Anforderungen und Erwartungen an den Menschen bei gleichzeitiger Enttraditionalisierung, Säkularisierung und Leistungsverdichtung bergen ebenfalls eine Mischung von Belastungen, Risiken und Chancen (Beck, 1986). Wer mit einer guten Ressourcenausstattung schnell wechselnde soziale und kulturelle Bedingungen flexibel zu nutzen weiß, sieht sich einem attraktiven Angebot an Lebenswegen und Gestaltungsformen gegenüber. Für viele Menschen, die durch physische wie psychische Krankheit oder andere Benachteiligungen beeinträchtigt sind, ist dieses durch die Konsumwelt nahegelegte Versprechen jedoch nicht einzulösen.

Immer mehr Studien zeigen auf, wie stark sich diese Ungleichheitsverhältnisse auf den Gesundheitszustand Benachteiligter auswirken (u. a. BMAS, 2008; Mielck, 2011; Wilkinson & Pickett, 2010). Eine besonders prominente ist die sich über viele Jahre fortlaufend erstreckende Whitehall-Studie (u. a. Marmot, Rose, Shipley & Hamilton, 1978). Auch zahlreiche Berichte der Weltgesundheitsorganisation zeigen die Verschränkung biopsychosozialer Prozesse und Strukturen auf. Bereits die 1986 verabschiedete ‚Ottawa-Charta‘ basierte mit ihrem umfassenden Gesundheitskonzept auf einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis. Der Bericht der WHO ‚Mental Health - New Understanding, New Hope‘ aus dem Jahre 2001 unterstrich die Notwendigkeit einer Zusammenschau von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren im Hinblick auf Entstehung, Behandlung und Prävention von Erkrankungen und zeigen das Versorgungsdefizit insbesondere seitens der sozialen Komponente auf (vgl. auch Franzkowiak, Homfeldt, & Mühlum, 2011; Homfeldt & Sting, 2006; Pauls, 2011).

Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung sind also bedeutsame Faktoren mit negativem Einfluss auf Gesundheit, Lebenserwartung und Möglichkeiten zur Lebensgestaltung (Gahleitner, 2012). In einer umfassenden Studie zu frühen Traumata in der Kindheit (sogenannte ACE-Studie über „adverse childhood experiences“; Felitti, 2002) zeigte sich longitudinal: Menschen, die frühes Trauma erlitten haben, leiden ungleich häufiger an Armut, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, unzureichender oder unsicherer Unterkunft bzw. Wohnungslosigkeit und sozialer Gefährdung. Auch biographische Studien kranker Menschen zeigen sehr deutlich, dass Krankheit nicht nur als körperliche Funktionsstörung oder leiblich erlebtes Leiden vorgetragen wird, sondern als tiefe Erfahrung des Normalitätsverlustes und damit im Kern soziales Problem“ (Hanses, 2005, S. 193; vgl. auch Hanses, 1996, 1998; Hanses & Börgartz, 2001).

Krankheitsentstehung, daran gibt es keinerlei Zweifel mehr, kann damit als ein multikausaler, nonlinearer Prozess begriffen werden, der sich in Form von Dispositiven (aus biopsychosozial-kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnissen) vollzieht (Leitner, 2010, S. 164; vgl. auch Foucault, 1996). Sollen sich Psychotherapie, Beratung und Supervision also am aktuellen „Bedarf“ orientieren, müssen sie neben vielen anderen Aufgaben auch eine angemessene professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse – für alle darin lebenden Menschen – bereitstellen. Es bedarf daher einer Entwicklung adäquater theoretischer Überlegungen, um Menschen in den aktuellen Lebenskontexten angemessene Unterstützung durch psychosoziale Versorgungsformen bieten zu können (Gahleitner & Pauls, 2010; Reichel, 2011).

Aus diesen und ähnlichen Überlegungen heraus wurde bereits vor einigen Jahrzehnten das biopsychosoziale Modell entwickelt (vgl. Engel, 1977; Uexküll & Wesiack, 1996; aktuell erweitert Egger, 2005; Egger, Fazekas, Pieringer & Wisiak, in Druck), welches Kranksein nicht mehr nach historisch überholten Modellvorstellungen in Teilbestandteile trennt, um diese isoliert zu untersuchen und isoliert zu behandeln. Die Trennung in „Psyche“ und „Soma“ entstammt der Vorstellung eines psychophysischen Dualismus, der ursprünglich auf Descartes zurückgeführt wird (kritisch zu dieser Position u. a. Damasio, 1995). In der Psychologie und den Sozialwissenschaften, besonders jedoch in der Medizin, taucht(e) die Fragestellung nach diesem Dualismus immer wieder auf, ohne dass sie wirklich abschließend zu beantworten wäre. Dies ist umso interessanter, da sogar medizinhistorisch als verbindende Klammer verschiedener psychosomatischer Strömungen immer wieder auch ein Menschenbild existierte, das den Menschen biopsychosozial in seinem Gesundsein wie Kranksein betrachtet. Bereits die vorsokratische Antike bezog den Menschen – vom Leib ausgehend – in seiner sinnhaften Wahrnehmungsfähigkeit und mit all seinen vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten in das Behandlungsgeschehen über Bewegung, Tanz, Drama usw. ein (vgl. u. a. Petzold & Sieper, 1990). Man war auf die „vorfindliche Ganzheit“ des Menschen gerichtet, glaubte aber auch noch an das Wirken der Götter.

Auch Freud und seine Zeitgenossen trugen wesentliche Aspekte bei (vgl. u. a. Freud, 1913; Adler, 1912; Ferenczi, 1964). Eine Reihe von Anstößen kam aus der psychosomatisch ausgerichteten Strömung der Medizin (Deutsch, 1927; Alexander, 1971; Uexküll & Wesiack, 1988; Egger, 2005) mit einem disziplin- und methodenübergreifenden Wissenschaftsbegriff und kehrte sich immer mehr ab von der rein „naturwissenschaftlichen Medizin“ mit mechanistisch ausgerichtetem Menschenbild und dem Anspruch, die Wirklichkeit der PatientInnen „objektiv“ und im Zuge des technischen Fortschritts mechanistisch zu erfassen (vgl. dazu auch die medizinsoziologischen Überlegungen zur Salutogenese; Antonovsky, 1979). Dem Erfolg dieses Ansatzes steht die immer schlechter zu bewältigende Kostenexplosion im Gesundheitswesen gegenüber (Leitner, 2007). Und immer mehr auch aktuelle Forschungsergebnisse aus der Neurophysiologie – wie z. B. Fuchs (2010) mit seiner phänomenologisch-ökologischen Konzeption – weisen darauf hin, dass somatische Prozesse, emotionale und kognitive Prozesse sowie soziales Geschehen untrennbar miteinander verwoben sind (vgl. auch Damasio, 1995, 1999). Dort hat die Erkenntnis Platz gegriffen, dass ein Realitätsbegriff ohne subjektive Elemente zwar an methodischer Exaktheit gewinnt, aber Gefahr läuft, den Menschen aus dem Auge zu verlieren (Walch, 1981).

Inzwischen findet sich jedoch eine Vielzahl von – paradigmatisch verschiedenen – theoretischen Konzepten, die darauf hinweisen, dass die Fragen nach dem Zusammenwirken des Gesamtorganismus und seinen jeweiligen kausalen Verknüpfungen noch weit davon entfernt sind, durch den Mainstream medizinischer Forschung gelöst zu sein. Trotz dieser vielfältigen Entwicklungen gibt es bis zum heutigen Tag keine Lösung für eine Reihe anstehender Fragen. Nach wie vor ringen die einzelnen Fachbereiche wie Innere Medizin, Psychiatrie und Klinische Psychologie und vor allem die Vielzahl psychotherapeutischer Schulen und immer mehr auch die Soziale Arbeit vor dem Hintergrund der jeweiligen geschichtlichen Entwicklungen um den Führungsanspruch. Darüber hinaus aber sind die Probleme dem Modell auch immanent: „Die Notwendigkeit ganzheitlicher Ansätze wird forschungsstrategisch zum Fluch“ (Hanses, 2005, S. 189). Ursachen und Wirkungen bei multikausal begriffenen Störungsbildern, die multimodale Interventionen erfordern, sind schwer zu erbringen und erfordern höchst differenzierte Untersuchungsdesigns.

Pantuček (2008, S. 2) drückt es noch radikaler aus: „Die Dimensionen haben theoretisch und forschungsmethodisch je eigene Logiken. Die Integration wäre eine titanische Aufgabe, eine Überforderung“. Insbesondere der Begriff „Ganzheitlichkeit“ ist in Ungnade gefallen. „Ganzheitlichkeit“ nährt als diffuses Ideal Größenfantasien, innerhalb aller Rahmenbedingungen und in jedem beliebigen Setting auf der sozialen, psychischen, juristischen, biologischen, biochemischen, linguistischen, sozioökonomischen, städtebaulichen, weltpolitischen und kulturellen Ebene etc. wirksam werden zu können. Die materiellen, zeitlichen und motivationalen Ressourcen von Fachkräften und KlientInnen sind jedoch begrenzt, und „Ganzheitlichkeit“ bietet häufig nicht mehr konkrete Modelle und handlungsrelevante Impulse als eine diffuse Eklektik. Schmitt (2012, S. 2) zieht daraus die alarmierende Schlussfolgerung: „„Ganzheitlichkeit“ ist also etwas für Größenwahnsinnige oder Ahnungslose (manchmal trifft beides zugleich zu)“.

Dennoch führt kein Weg vorbei an dem Versuch und der mühsamen Arbeit daran. Denn, so auch Pantuček (2008, S. 2): „Die Praktikerinnen müssen dieses Problem der Integration der verschiedenen Perspektiven fallbezogen lösen und sei es durch die Vernachlässigung der einen oder anderen Dimension“. Was also empirisch und über praxistaugliche Theoriebildung nicht gelöst wird, verbleibt als Verwirrung im praktischen Handeln der Fachkräfte vor Ort:

Die Abwägung, was zu einem bestimmten Zeitpunkt des Unterstützungsprozesses denn nun im Vordergrund zu stehen habe und was aufgeschoben werden könne, verbleibt so beim erfahrungsgestützten Sachverstand der Profis, die sich dabei kaum auf kumulierte und in Standards gegossene Erfahrungen der Profession stützen können. (ebd., S. 4)

Hier ist die interdisziplinäre Fachcommunity gefordert!

Die methodische Schwierigkeit, Ursache-Wirkungs-Beziehungen in komplexen Zusammenhängen zu erforschen, sollte nämlich nicht dazu verführen, sich auf eine ausschließlich reflexiv-kritische Position und Methodenabkehr zurückzuziehen und das Feld esoterischen Strömungen zu überlassen, die sich mehr und mehr in diesen Bereichen sammeln. Für konstruktive Weiterentwicklungen bedarf es aktueller Konzepte, die versuchen, das Modell von verschiedenen Seiten zu beleuchten. Neben psychosomatischen und psychoanalytischen Ansätzen sowie gestalttheoretischen und sozialpsychologischen Überlegungen sind hier Überlegungen aus dem Spektrum der Systemischen Therapie, der Integrativen Therapie, der Klinischen Sozialarbeit und der Common-factor-Forschung zu nennen. Obwohl das biopsychosoziale Modell in seiner Entstehung ein weitgehend einheitliches positives Echo ausgelöst hat, hat es sich inzwischen in viele Einzeldiskurse zerstreut. Diese Überlegungen haben uns motiviert, uns dem Thema zuzuwenden und eine aktuelle Bestandsaufnahme zu wagen. Das erste Heft der „Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung“ ist daher dem „State of the Art“ des biopsychosozialen Modells als Grundlage jedweder disziplinüberschreitenden Integration im Psychotherapie-, Beratungs- und Supervisionsbereich gewidmet. Wir haben namhafte AutorInnen eingeladen, Texte zu schreiben, die sich der Herkunft, dem aktuellen Stand und der Zukunftsperspektive des Modells widmen und uns von verschiedensten Erfahrungsebenen aus in Forschung, Praxis und Theorie sowie biografisch-reflexiv dazu Auskunft geben.

Den einführenden Beitrag „Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität“ hat der Klinische Psychologe und Psychotherapeut Helmut Pauls gestaltet, im deutschsprachigen Diskurs federführend für die Entwicklungen Klinischer Sozialarbeit, die Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung als biografisch und in soziokulturellen Milieus verankert begreift und auf dieser Basis geeignete Hilfeformen entwickelt. Nach einer kurzen Skizze über wichtige Stationen und zentrale Annahmen des biopsychosozialen Modells geht er dessen wissenschaftlichem Status, dessen Wirkungen in Praxis und Gesellschaft sowie dessen empirischen Fundierungen nach.

Dabei kommt Helmut Pauls zu dem Ergebnis, dass das Problem der Wechselwirkungen und Übergänge zwischen den Integrationsebenen theoretisch wie empirisch bisher nicht gelöst ist. Im weiteren Verlauf des Artikels beschäftigt sich der Autor mit der dringlichen Frage nach einem übergreifenden methodologischen Verständnis der bi- bzw. multidirektionalen Interdependenzen als Voraussetzung für empirische Forschung. Abschließend wird der biopsychosoziale Entwurf als ein „Paradigma im Werden“ bezeichnet, dessen metatheoretische Perspektiven und bisherige empirische Belege Impulse für die Entwicklung hin zu einer tatsächlichen Paradigmenänderung geben können.

Über einige Jahrzehnte hinweg jedoch hielt sich die Hoffnung, dass mit dem biopsychosozialen Modell die Lösung gefunden und die jahrzehntelange Paradigmenkontroverse beendet sei. Heiner Keupp war nicht nur dabei, als in den 1970er-Jahren als Reaktion auf den heftigen Paradigmenkrieg multifaktorielle Modelle eingefordert wurden, er gestaltete die damalige Diskussion in Deutschland maßgeblich mit. „Man war der ideologisch aufgeheizten Kontroversen überdrüssig und eine Integrationsformel war sehr willkommen“, schreibt er in seinem sehr persönlichen und engagierten Artikel „Von der Re-Sozialisierung von Normalität und Abweichung: eine persönliche Rückschau auf das biopsychosoziale Modell“. Im Beitrag schildert er seine Erfahrungen rund um die Einführung des programmatischen Aufsatzes von Engel (1977) in die deutsche Diskussion und reflektiert kritisch dessen heutigen Stellenwert. Aus heutiger Sicht, so der biografisch geprägte Kommentar des federführenden Vertreters aus der „Reflexiven Sozialpsychologie“, gebe es gute Gründe, das „Befriedungsabkommen“ wieder aufzukündigen und erneut offensiv für einen psychosozialen Zugang zu psychischer Gesundheit und Krankheit einzutreten.

Der Ball der Betrachtung des biopsychosozialen Modells aus interdisziplinärer Perspektive wird sodann weitergegeben an Franz Resch und Kerstin Westhoff, zwei renommierte VertreterInnen aus Kinderpsychiatrie und Psychoonkologie, zwei Arbeitsbereichen, in denen komplexe und übergreifende Modelle in Forschung wie Praxis eine große Rolle spielen. Auch sie stellen sich in ihrem Beitrag „Das biopsychosoziale Modell in der Praxis – eine kritische Reflexion“ die Frage, wie die unterschiedlichen Perspektiven der biologischen, der sozialen und der psychischen Domänen zusammen gedacht und integriert werden können und ob das biopsychosoziale Modell dann ein Ganzes erzeugen kann. Das biomedizinische Krankheitsmodell hat seine Dominanz im Diskurs keineswegs verloren. „Oder bleiben die Einzelbefunde auf ihren Ebenen ein zusammengewürfeltes Geheimnis aus Puzzlesteinen, die (noch) keinen wirklichen Sinn ergeben?“ Und was bedeuten diese (Un-)Möglichkeiten für die konkrete Umsetzung in die Praxis? Die AutorInnen schildern ausführlich und differenziert Möglichkeiten und Fallstricke des viel zitierten Modells.

Nach den bisherigen Beiträgen wirft das biopsychosoziale Modell bis heute mehr Fragen auf, als es zu beantworten vermag. Diese Fragen haben wir in einem Interview mit dem Titel „Biopsychosozial und integrativ, was ist dran und was nicht?“ an den Klinischen Psychologen Jürgen Kriz

gestellt, dessen Einführungsband über „Grundkonzepte der Psychotherapie“ (2007) inzwischen in der sechsten Auflage erschienen ist. Uns hat interessiert, wie er zu „seinem Verständnis“ seiner umfassenden Therapiekonzeption gekommen ist und was daran „ganzheitlich“, biopsychosozial und schulenübergreifend ist. Wir haben ihn gebeten, sein systemtheoretisches Modell mit den jeweiligen unterschiedlichen, konkurrierenden Einflussfaktoren kurz zu skizzieren. Zentral war für uns dabei die Frage, ob und wie es verhinderbar ist, dass integrative Konzepte zu eklektischen „Praxisbauchläden“ verkommen. Wir wollten wissen, wie Jürgen Kriz zu dem immer wieder kritisierten fehlenden gemeinsamen Begriffssystem für medizinische, psychologische bzw. ökosoziale Phänomene steht, und wie er den Einfluss der aufstrebenden Neurowissenschaften für die Weiterentwicklung biopsychosozialer Konzepte einschätzt. Außerdem haben wir ihn um einen Blick in die Zukunft gebeten. Wir alle wissen, wie schwierig es ist, komplexe Sachverhalte in wenigen Sätzen zu skizzieren, und bedanken uns bei Jürgen Kriz für die wunderbare Fähigkeit, genau das zu bewerkstelligen.

Das biopsychosoziale Modell ist jedoch, wie bereits an den einführenden Beiträgen deutlich wurde, nicht nur ein Modell für psychotherapeutische Behandlungszusammenhänge. Ein weiterer wichtiger Bereich psychosozialer Versorgungsstrukturen ist die psychosoziale Beratung. Vera Bamler, Lillian Werner und Frank Nestmann, federführend in der Beratungsdiskussion im deutschsprachigen Raum, skizzieren in ihrem umfassenden Artikel „Psychosoziale Beratung – Entwicklungen und Perspektiven“ den aktuellen Stand dieses Versorgungssegments. Fortschreitende Individualisierungs- und Pluralisierungsprozesse, die wachsende Unsicherheit und Unübersichtlichkeit mit den damit einhergehenden erhöhten Anforderungen an Individuen einerseits, weichenden Traditionen andererseits und schließlich Handlungsorientierungen bieten nur einem Teil der Gesellschaft weitreichende Entwicklungschancen. Soziale Abbau- und Exklusionsprozesse haben zur Folge, dass immer mehr Menschen am Wohlstand kaum partizipieren können und als Überforderte, Ausgegrenzte und Stigmatisierte einen Bedarf nach kompetenter, fachlich qualifizierter Beratung haben, die an deren jeweiligen Ressourcen ansetzt und Hilfe zur Selbsthilfe bietet. Die AutorInnen reflektieren die zahlreichen Möglichkeiten und Stärken dieses Versorgungssegments im Hinblick auf die gesellschaftlichen Anforderungen unserer Zeit.

Einer besonderen, ebenfalls komplexen Problemkonstellation im psychotherapeutischen, beratenden und supervisorischen Berufsumfeld wendet sich Imke Wörmer in ihrem Beitrag über „Reziproke Wahrnehmung und Begegnung von PsychotherapeutIn und PatientIn außerhalb der Therapie“ zu. PsychotherapeutInnen und PatientInnen teilen in der Regel einen gemeinsamen Kontext im nahen und mittleren Lebensumfeld. Vor allem im ländlichen und kleinstädtischen Raum kann dies immer wieder zu Überschneidungen und zu persönlichen Kontakten außerhalb des Therapiekontexts führen. Begegnungen beim täglichen Einkauf zählen hier ebenso dazu wie die Tatsache, dass sich die Kinder von PatientInnen und PsychotherapeutInnen in einem örtlichen Sportverein treffen und anfreunden. Die Autorin beschäftigt sich mit möglichen

Auswirkungen auf den Therapieerfolg oder auch -misserfolg und reflektiert, wie Risiken und Schädigungen durch Kontakte im nicht-therapeutischen Kontext vermieden, aber sich daraus ergebende Chancen auch genutzt werden können.

In allen Beiträgen wird deutlich, dass das Ziel der Behandlung, Beratung und Begleitung nach dem biopsychosozialen Modell stärker auf eine „restitutio ad integrum“, also eine „Wiederherstellung der Integrität“ gerichtet ist, mit der in der Krankheit und trotz Krankheit Würde bewahrt oder auch wiedergewonnen werden kann (Leitner, 2007; Müller & Petzold, 2002; Ricœur, 2007). Diese Zielsetzung kontrastiert zu jener des medizinischen Mainstreams, die mehr auf die „restitutio in sano“, also „Wiederherstellung der Gesundheit“ rekurriert. „In diesem ... Definitionsbegriff wird Krankheit dekontextualisiert, die soziale und biographische Einbettung leiblicher ‚Störungen‘ negiert und der kranke Mensch zum Träger eines defekten und dysfunktionalen Körpers“ (Alheit & Hanses, 2003, S. 13) gemacht. Dem zweifellosen Erfolg dieses Ansatzes steht aktuell eine immer weniger zu bewältigende Kostenexplosion im Gesundheitswesen gegenüber.

Die Destabilisierung psychosozialer Lebenssituationen hat also offenbar Problemlagen mit sich gebracht, in denen sich monodisziplinäre Erkenntnisse nicht unwidersprochen aufrechterhalten lassen. Der Gesundheitsbereich ist daher momentan sehr in Bewegung. Die Probleme lassen sich auch durch kostensenkende Maßnahmen nicht mehr im Zaum halten. Angesichts dessen „droht der historische Erfolg des ‚klinischen Blicks‘ (Foucault), nicht ungebrochen weitergeführt werden zu können. Die gegenwärtigen Probleme rangieren zum Teil auf einer neuen Komplexitätsstufe und lassen sich nur noch begrenzt durch eine körpermedizinische Diktion ausreichend erfassen, geschweige denn professionell bearbeiten“ (Hanses, 2007, S. 113f.). Prävention als Stichwort ist allerorten modern geworden. Auch die salutogenetische Perspektive aus den 1990er-Jahren hat „eine eigensinnige Aktualität behalten“ (ebd., S. 115), und eben das biopsychosoziale Modell.

Eine Stabilisierung von fragilen psychosozialen und gesundheitlichen Lebenssituationen kann daher auch nicht mehr rein expertokratisch erfolgen. Stattdessen muss durch die Einbindung von PatientInnen bzw. KlientInnen und ihrem sozialen Netzwerk ein gemeinsamer Aushandlungsprozess stattfinden. Der Bedarf an multiprofessionellen Abstimmungen und der Anspruch einer PatientInnen- und NutzerInnenorientierung wachsen, dies war auch ein wichtiges Teilergebnis der kürzlich am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems durchgeführten Studie zu „Risiken, Nebenwirkungen und Schäden“ in der Psychotherapie (Leitner et al., 2012; vgl. Forschungsbericht unter www.donau-univie.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_25.9.12.pdf; vgl. zum Aspekt der Partizipation Gahleitner, Schigl, Gerlich & Hinterwallner in Vorbereitung). Auch Hanses und Sander (2012) konstatieren, dass die Rolle von Fachkräften als Wissens- und Entscheidungsträger komplexer und widersprüchlicher geworden ist. Mehr und mehr findet partizi-

pativ eine „Auseinandersetzung um eine eigene und subjektiv als sinnvoll erlebte Bestimmung der persönlichen gesundheitlichen Situation statt“ (Hanses, 2004, S. 17). Professionelle Praxis muss sich daher auch mit einer biografischen Konstruktion von Krankheit auseinandersetzen. Gemeint ist eine Praxis, die den Hilfesuchenden auch noch jenes Maß an Freiheit und dynamischer Selbstregulation eröffnet, die die Selbstkonstituierung des Subjekts fördert.

Die Beachtung mehrperspektivischer Zugangsweisen fordert auch multimethodische Behandlungswege, in denen neue Ansätze des Denkens, Erlebens und Verhaltens der PatientInnen beim Bearbeiten aktueller Lebensprobleme, sozialer Netzwerksituationen sowie unbewusster Konflikte unter Einbezug neurowissenschaftlicher Erkenntnisse und der biologischen Psychiatrie entwickelt werden können. Längst ist bekannt, dass z. B. Psychotherapie die Vernetzungsverhältnisse im Gehirn verändert (Grawe, 2004), dass Gehirn, Geist und Welt in „biokulturellen Mentalisierungen“ verschränkt sind (Petzold, 2008; Freeman, 1999, 2000), und dass „Lebens- und Problemlagen in die soziale Welt eingelagert sind“ (Hanses, 2005, S. 189), also sogar eine biopsychosozialökologische Sicht (Petzold, Moser & Orth, in Vorbereitung) angemessen wäre. Das biopsychosoziale Modell, wie es durch wichtige aktuelle VertreterInnen in dieser ersten Ausgabe der Resonanzen skizziert und kritisch reflektiert wird, trägt der Komplexität dieser Entwicklungen Rechnung, indem es komplexe theoretische Modellvorstellungen zur Reflexion und Gestaltung dieser Prozesse entwickelt, es beinhaltet jedoch noch eine Reihe von Problemen. Denn wir müssen erreichen, dass es nicht bei unspezifischen Wirkungen bleibt, sondern dass wir auf Dauer immer genauer wissen, welche Maßnahmen wie welche Effekte hervorbringen (Leitner & Sieper 2007).

Dabei müsste medizinisch-biologischer, psychosomatischer und psychologischer Reduktionismus genauso überwunden werden wie soziologischer Strukturalismus. Im Dreieck Subjekt, Organisation und Gesellschaft entfalten sich jedoch Machtprozesse, die den Einfluss „Wirklichkeit setzen zu können“ (Berger & Luckmann, 1966/1969) ungleich verteilen. Insbesondere im Gesundheitsbereich entfalten sich die Diskurse nach wie vor stark vom biomedizinischen Modell dominiert. Hanses (2007, S. 116-120) sieht als notwendigen nächsten Schritt in dieser Gemengelage die Hinwendung einer „subjekttheoretischen Perspektive“ mit der Ermöglichung von „Aneignungsprozessen“ zugunsten einer „Autonomie der Lebenspraxis“. Den psychosozialen Berufszweigen wie der Psychotherapie, Beratung und Supervision kommt dabei die Aufgabe zu, zwischen gesellschaftlichen Prozessen, Organisations- und Fallbezug sowie Aneignungsmöglichkeiten zu vermitteln, jedoch auch, die Praxis von Zeit zu Zeit zu verlassen und auch sozialpolitischen Einfluss auszuüben. Wir hoffen, mit der ersten Ausgabe der Resonanzen dazu motiviert zu haben, diese Wege weiterzugehen, auch wenn sie zuweilen zahlreiche Hindernisse und Fallstricke mit sich bringen. In den nächsten Ausgaben werden wir die praktische Umsetzung beleuchten und – wo immer möglich - gangbare Wege aufzeigen. ■

Literatur

Adler, A. (1912). *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie*. Wiesbaden: Bergmann.

Alexander, F. (1971). *Psychosomatische Medizin*. Berlin: de Gruyter.

Alheit, P. & Hanses, A. (2003). Institution und Biographie. Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In A. Hanses (Hrsg.), *Biographie und Soziale Arbeit* (S. 8-28). Baltmannsweiler: Schneider (Reihe: Grundlagen der Sozialen Arbeit, Bd. 9).

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San-Francisco, CA: Jossey-Bass.

Beck, U. (1986). „Risikogesellschaft“. *Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1969). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt: Fischer (Englisches Original erschienen 1966).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008). *Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: BMAS. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter_armuts_und_reichtumsbericht.pdf

Damasio, A. (1995). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List. (Englisches Original erschienen 1994).

Damasio, A. R. (1999). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List (Englisches Original erschienen 1999).

Deutsch, H. (1927). Über Zufriedenheit, Glück und Ekstase. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. 13(4), 410-419.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*. 16 (2), 3-12.

Egger, J. W., Fazekas, C., Pieringer, W. & Wisiak, U. V. (Hrsg.) (in Druck). *Biopsychosoziale Medizin. Nachhaltig leben, lernen, forschen*. Wien: Springer.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter http://public-health.meduni-graz.at/archiv/artikel/Artikel%201977/1977_Engel_Biopsychosocial%20model.pdf

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.

Ferenczi, S. (1964). *Bausteine zur Psychoanalyse*. 4 Bde. Bern: Huber.

- Foucault, M. (1996). *Diskurs und Wahrheit. Die Problematisierung der Parrhesia*. 6 Vorlesungen, gehalten im Herbst 1983 an der Universität von Berkeley/Kalifornien. Berlin: Merve. (Reihe: Internationaler Merve-Diskurs, Bd. 197).
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit*. Weinheim: Juventa (Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit).
- Freeman W. J. (1999). *How brains make up their minds*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Freeman, L. C. (2000). Visualizing social networks. *Journal of Social Structure*. 1(1). Online-Publikation. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.cmu.edu/joss/content/articles/volume1/Freeman.htm>
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*. 1(1), 110.
- Fuchs, T. (2010). *Das Gehirn als Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. (3. aktualisierte u. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. B. (2012). „Und wenn es schwierig wird“? Therapeutische Beziehungsgestaltung im „hard to reach“-Bereich. *Integrative Therapie*. 38(1), 37-59.
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2010). Soziale Arbeit und Psychotherapie. Zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3. überarbeitete Aufl., S. 367-374). Wiesbaden: VS.
- Gahleitner, S. B., Schigl, B., Gerlich, K. & Hinterwallner, H. (in Vorbereitung). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hanses, A. (1996). *Epilepsie als biographische Konstruktion: eine Analyse von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen anfallserkrankter Menschen anhand erzählter Lebensgeschichten*. Bremen: Donat.
- Hanses, A. (1998). Biographie und Epilepsie: Forderungen an eine Soziale Arbeit zur Unterstützung einer „Biographizität“ anfallskranker Menschen. In A. Stark (Hrsg.), *Leben mit chronischer Erkrankung des Zentralnervensystems. Krankheitsbewältigung – Rehabilitation – Therapie* (S. 117-140). Tübingen: DGVT.
- Hanses, A. (Hrsg.) (2004). *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Hanses, A. (2005). AdressatInnenforschung in der Sozialen Arbeit – Zwischen disziplinärer Grundlegung und Provokation. In C. Schweppe & W. Thole (Hrsg.), *Sozialpädagogik als forschende Disziplin. Theorie, Methode, Empirie* (S. 185-200). Weinheim: Juventa.

- Hanses, A. (2007). Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben?* (S. 113-123). Baltmannsweiler: Schneider (Reihe: Soziale Arbeit aktuell, Bd. 9).
- Hanses, A. & Börgartz, H. (2001). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Eine biographische PatientInnenstudie zur Praxis klinischer Sozialarbeit. *neue praxis*. 31(6), 573-595.
- Hanses, A. & Sander, K. (Hrsg.). (2012). *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Reinhardt.
- Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 34-51). Bonn: Psychiatrie-Verlag (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4).
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung*. (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Leitner, A. & Sieper, J. (2007). Unterwegs zu einer Integrativen Psychosomatik. Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes. *Integrative Therapie*. 34(4), 199-242.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hintenberger, G. & Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*. Endbericht. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. & Hamilton, P. J. (1978). "Employment grade and coronary heart disease in British civil servants". *Journal of Epidemiology and Community Health*. 32(4), 244–249.
- Mielck, A. (2011). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Online-Publikation. Köln: BZgA. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=622d06170f2bbbc8c579abf1706f3e1&id=angebote&idx=165>
- Müller, L. & Petzold, H. G. (2002). Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „prekären“ Lebenslagen – „Client dignity?“. In M. Märtens & H. G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 293-332). Mainz: Grünewald.
- Pantuček, P. (2008). Soziales Kapital und Soziale Arbeit. *soziales_kapital*, 1(1). Online-Publikation. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter: <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/70/88.pdf>

- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Petzold, H. G. (2008). Evolutionäres Denken und Entwicklungsdynamiken im Feld der Psychotherapie. *Integrative Therapie*. 34(4), 353-396.
- Petzold, H. G., Moser, S. & Orth, I. (in Vorbereitung). Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“. *Psychologische Medizin*.
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (1990). Die neuen – alten – Kreativitätstherapien. Marginalien zur Psychotherapie mit kreativen Medien. In H. Petzold & I. Orth, *Die neuen Kreativitätstherapien II* (S. 519-548). Paderborn: Junfermann.
- Reichel, R. (2011). Psychotherapie ist keine Privatsache. Sozial- und gesundheitspolitische Überlegungen zur Psychotherapie. In M. Kierein & A. Leitner (Hrsg.), *Psychotherapie und Recht* (S. 231-260). Wien: Facultas.
- Ricœur, P. (2007). Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In J. Sieper, I. Orth & H. W. Schuch (Hrsg.), *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge* (S. 259-269). Bielefeld: Aisthesis.
- Schmitt, R. (2012). *Prüfungshinweise für die Seminare „Beratung und Behandlung“ und „Soziale Arbeit mit psychisch kranken Menschen“*. Görlitz: Hochschule Zittau/Görlitz, Fakultät Sozialwissenschaften.
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1988). *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In T. v. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 13-52). München: Urban & Schwarzenberg.
- Walch, S. (1981). *Subjekt, Realität und Realitätsbewältigung. Struktur und Genese eines subjektbezogenen Realitätsentwurfs als Voraussetzung für die vorläufige Deskription von Realitätsbewältigung* (2. überarbeitete Aufl.). München: Minerva.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001). *Weltgesundheitsbericht 2001: Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung*. Genf: WHO. Zugriff am 17.01.2013. Verfügbar unter http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (S. 52-67). Bonn: Psychiatrie-Verlag. (Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. 4.).
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2010). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind* (3. erweiterte Aufl.). Berlin: Tolkemitt bei Zweitausendeins (Amerikanisches Original erschienen 2009).

Angaben zu der Autorin und den Autoren

Univ.-Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie in eigener Praxis. Seit 2006 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASFH Berlin und seit 2012 als Universitätsprofessorin an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit in der Funktion der Zentrumsleitung für das Zentrum Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen tätig.

Kontakt: Silke.Gahleitner@donau-uni.ac.at

Telefon: +43 (0)2732 893-2677

Mag. Gerhard Hintenberger, Psychotherapeut, Lehrtherapeut Integrative Therapie; Fachbereichsleitung für den Bereich der Psychotherapie und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems; Arbeitsschwerpunkte: Psychologie der neuen Medien, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; störungsspezifische Interventionen.

Kontakt: Gerhard.Hintenberger@donau-uni.ac.at

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc, Arzt, Psychotherapeut, Supervisor, Balintgruppenleiter, Lehrtherapeut für Integrative Therapie. Leiter des Departments für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems, Senatsvorsitzender der Donau-Universität Krems. Mitglied des Obersten Sanitätsrates im Bundesministerium für Gesundheit der Republik Österreich und im Psychotherapiebeirat. Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen: Psychosomatik, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapieforschung.

Kontakt: Anton.Leitner@donau-uni.ac.at

Korrespondenzadresse:

Donau-Universität Krems
Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems
Österreich

Web-Adresse:

www.donau-uni.ac.at/psymed

Zitationsvorschlag

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2013). Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 1-14. Zugriff am 15.05.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>.