

Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin

Systemic and Dynamic Aspects of the Entireness in a Theory of Family Medicine

Theodor Dierk Petzold¹

Zusammenfassung: Wird mit dem Postulat einer „Ganzheit“ des Menschen und eines „Pluralismus“ in der Medizin die Wissenschaftlichkeit der Allgemeinmedizin untergraben oder handelt es sich möglicherweise um einen „Ordnungsübergang“ zu einer neuen Wissenschaftlichkeit? Eine Betrachtung von systemischen Selbstregulationsvorgängen erleichtert einen neuen Blick auf die Medizin aus einer Meta-Perspektive: Der Mensch entwickelt sich in Resonanz zu seinen Übersystemen wie Umwelt, Familie, Kultur, Biosphäre. Diese „Daseinsdimensionen“ werden unterschieden nach der Art der Kommunikation, die ihre Kohärenz auszeichnet, z.B.: eine direkte sinnliche Interaktion im sozialen Dasein und eine indirekte über Zeichensysteme vermittelte Kommunikation in der kulturellen Dimension. Ein Verständnis der Wechselbeziehungen des Individuums mit seiner Umgebung als *systemische Resonanzen* ermöglicht sowohl seine Autonomie als auch seine Verbundenheit zu respektieren – Resonanz ist ein Mitschwingen in Eigenschwingungen. Gesunde Entwicklung (Salutogenese) wird als selbst regulierter Vorgang beschrieben. Unsere psychophysische Selbstregulation wird letztlich gesteuert vom Streben nach Kohärenz. In immer wiederkehrenden Zyklen mit drei Phasen nähern wir uns unseren Attraktoren an. Dazu dienen das neuropsychische Annäherungs- und das Abwendungssystem, welche synergistisch kooperieren sollen. Ärztliche Beratung ist eine kommunikative Begleitung und Anregung des Patienten in seiner gesunden Selbstregulation. Aus diesem theoretischen Modell der systemischen Kohärenzregulation erscheinen Ansätze zu einer neuen wissenschaftlichen Theorie der Allgemeinmedizin, die erlaubt, mit anderen Gesundheitsberufen kompatibel zu arbeiten.

Schlüsselwörter: Resonanz; Systemdimension; Selbstregulation; Salutogenese; Kohärenz

Summary: Is the postulate of “entireness” and “pluralism” in medicine undermining its scientific aspiration? Or is this possibly a “phase transition” towards a new way of scholarship? Viewing systemic processes of self-regulation from a meta-perspective allows a new look on family medicine. The human being grows in resonance to its supra-systems as environment, family, culture and biosphere. These “dimensions of being” are differentiated by the way of the communication used, which characterizes their coherence: e.g. a direct sensual interaction in social being and an indirect communication, mediated by a semiotic system in the cultural dimension. Understanding individual interdependency with its surroundings as *systemic resonance* helps us to respect the autonomy of a person as well as her or his connection to others. Resonance is an oscillation at one’s own frequencies. A healthy development (salutogenesis) is a self-regulated process. Our psychophysical self-regulation is directed by aspiration for coherence. We are approaching our attractors in recurring cycles with three phases. For this we have the neuropsychological approach- and avoidance-system, which should cooperate synergistically. A consultation with the doctor is a communicative companionship and stimulation of the patient’s self-regulation. This theoretical model of a systemic coherence-regulation produces basic approaches for a new scientific theory of family medicine. This allows us to cooperate compatibly with other health professions.

Keywords: Resonance; System-Dimension; Self-Regulation; Salutogenesis; Coherence

¹ Zentrum für Salutogenese (Allgemeinmedizin), Medizinische Hochschule Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 04.07.2011, akzeptiert: 31.08.2011

DOI

Bei der Diskussion unter Allgemeinmedizinern um „Schulmedizin“ und „CAM“ tauchen wiederholt Begriffe wie Ganzheit, Wissenschaftlichkeit, Komplexität, Pluralismus u. Ä. auf [1].

Ist die praktische Medizin ein Gebiet, in dem immer mehr opportunistischer Hokusfokus aus unterschiedlichen Motiven heraus betrieben wird, der dann im Nachhinein mit großartig klingenden Worten schön geredet wird? Oder ist die „pluralistische“ Praxis in erster Linie eine Herausforderung an die Allgemeinmediziner, eine neue Theorie zu entwickeln? Eine Theorie gesunder Entwicklung, die mit modernen anderen Wissenschaften kompatibel ist und ggf. ein gemeinsames Rahmen-Erklärungsmodell für scheinbar widersprüchliche Behandlungsmethoden gibt? Schließlich wirken Akupunktur und Antirheumatika am gleichen Objekt – am Menschen. Muss es da nicht auch eine verbindende Theorie geben – so etwas wie eine Meta-Theorie? Dank an die Kollegen Abholz und Soennichsen, die zum Abschluss der Diskussion dazu einladen: „Der nächste Schritt wäre nun eine Einordnung in eine ‚Theorie der Allgemeinmedizin‘. Wir warten!“ [2]

Das hat mich angesprochen. Zu einer solchen Meta-Theorie möchte ich hier zwei Beiträge geben: 1. eine systemische Sichtweise von Resonanz in „Systemdimensionen“; und 2. ein dynamisches Verständnis von gesunder Entwicklung als autonomer Kohärenzregulation. Diese Theorie soll auch einen neuen Blick auf die Diskussion um die Wissenschaftlichkeit in der Allgemeinmedizin aus einer Metaperspektive ermöglichen.

Eine neue systemische Sichtweise

Die atomistische Sichtweise, die die Ursache aller Phänomene in kleinsten Teilchen gesucht hat, in Organen, Zellen, Genen, Molekülen und letztlich den Elementarteilchen, hat zu einer Zerstückelung des Menschen geführt, die wir als Entmenschlichung empfinden und die dem natürlichen Bestreben von Lebewesen nach Ganzheit, Heilung, Gesundheit zuwiderläuft. Da das Anliegen der Medizin das Heilwerden und Gesundsein ist, brauchen wir eine Betrachtungsweise, die eben die Ganzheit des

Menschen fokussiert, damit sie unserem inneren Bestreben sowie unserem soziokulturellen und ethischen Auftrag entspricht – dies ist mit „salutogenetischer Orientierung“ gemeint.

Systeme sind mehr als die Summe ihrer Bestandteile. Sie sind wohl zu unterscheiden aber nicht gänzlich voneinander zu trennen. Alle beobachtbaren Systeme sind prinzipiell *durchlässig begrenzte* und damit auch offene Systeme. Vollständig geschlossene Systeme wären nicht beobachtbar, da kein Informationsaustausch stattfinden könnte. Das mit „operationaler Geschlossenheit“ bezeichnete Phänomen in der Dynamik von Systemen wird m.E. mit „Autonomie“ (Eigengesetzlichkeit) treffender und unmissverständlicher bezeichnet.

Resonanz von Ganzheiten

Ein wesentlicher Unterschied zu den bisherigen Systemtheorien von Bertalanffy [3], Bateson [4], Luhmann [5], Engel [6] u.a. ergibt sich durch die Einführung des Begriffs der *Resonanz* für das Verständnis der Kommunikation und Wechselbeziehungen zwischen Systemen.

Resonanz ist ein Mitschwingen in Eigenschwingungen, in der eigenen Schwingungsfähigkeit, auch ein Antwortschwingen. Mit dem Verständnis von Resonanz werden wir sowohl der individuellen Autonomie und Freiheit eines Lebewesens als auch seiner Verbundenheit gerecht [7].

Auch neurophysiologische Vorgänge im Gehirn können wir als Resonanzen auf Kommunikation im weitesten Sinne verstehen. Wenn wir den einzelnen Menschen in Resonanz mit seiner Umgebung verstehen, ist es selbstverständlich, dass hier in aller Regel keine linear-kausalen Wechselwirkungen vorliegen, sondern bestenfalls statistisch relevante Wechselwirkungs-Wahrscheinlichkeiten. Wir suchen dann nicht mehr nach einer Ursache von Veränderungen, sondern sehen unterschiedliche Kontextbezüge von Veränderung und Entwicklung.

Unsere Psyche erscheint nicht mehr als ein besonderes (womöglich noch vom Körper getrenntes) System, sondern als eine individuelle Resonanz auf soziale, kulturelle bzw. geistige Kommunikation [8]. Unsere Psyche ist also

ein besonderer Aspekt unserer ganzheitlichen Resonanzfähigkeit und Resonanz in unseren Daseinsdimensionen – ganz analog und komplementär zu dem Aspekt des Körpers auf der materiellen Seite. J. Bauer versteht Resonanz als „biologisches Grundbedürfnis“ [9].

Mit dem Verständnis von Resonanz verändern wir unsere Sichtweise auf sog. ‚Systemebenen‘. Das Individuum als kleineres System lebt und bewegt sich (resoniert) in größeren Kontextsystemen, die zu *Daseinsdimensionen* kategorisiert werden (auch ‚Systemdimensionen‘ s.u.). Es kann je nach Bedürfnis und Fähigkeit mit unterschiedlichen Systemdimensionen in Resonanz gehen. Wir resonieren z.B. auf zwischenmenschliche Wünsche unserer Familie wie auf den Gesichtsausdruck unseres Partners oder auf die Erfordernisse unseres Berufes, oder auch auf ethische Grundsätze.

Mit diesem Verständnis lösen sich viele Widersprüche in herkömmlichen Theorien – z.B. finden die subjektive Sicht von innen und die Beobachtung von außen sowie auch der Widerspruch zwischen theoretischer und praktischer Medizin [10] im Sinne von Resonanz zueinander.

Mehrdimensionalität des Daseins

Den Begriff der ‚Daseins‘- oder ‚Systemdimensionen‘ habe ich in die systemische Sichtweise neu eingeführt. Dimension tritt an die Stelle des bisher häufig verwendeten Begriffs „Ebene“, der noch ein lineares Verständnis von Systemordnungen nahelegt. In einer Systemdimension sind Systeme zusammengefasst, die ähnliche Qualitäten aufweisen in Bezug auf ihre Kohärenz, ihre innere Kommunikation.

Jede größere („höhere“) Systemdimension beinhaltet und strukturiert in gewissem Maße auch alle Subsysteme mit ihrer Kohärenz. So prägt eine Familie die Kinder und eine Kultur das Familienleben.

Und andersherum: Jedes größere System setzt sich aus kleineren zusammen und ist deshalb in seiner Erscheinung von dem Wohlergehen der Subsysteme abhängig.

Man spricht vom „Umschlag von Quantität in Qualität“, wenn sich die

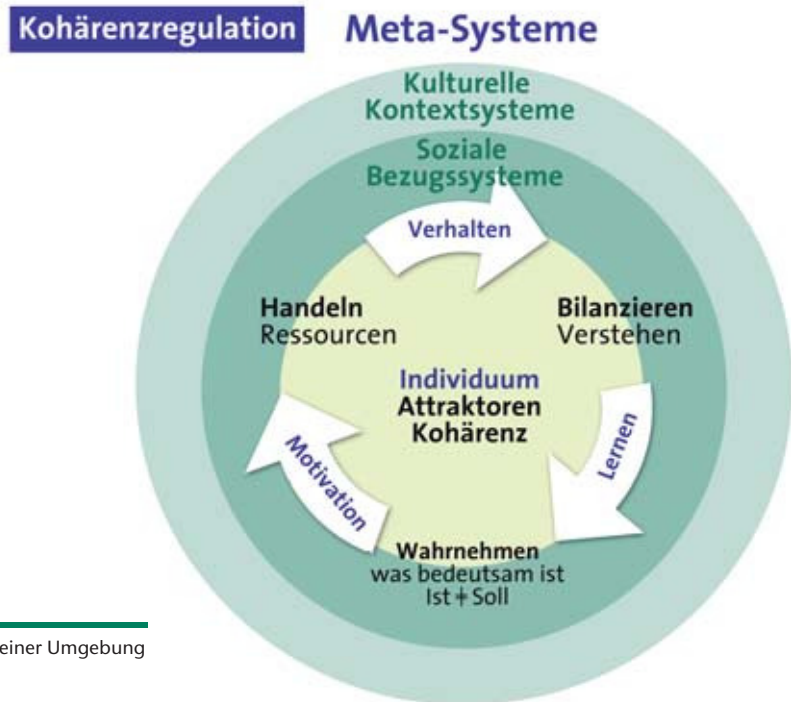


Abbildung 1 Selbstregulation des Individuums in seiner Umgebung zur Annäherung an attraktive Ziele.

Kohärenz eines Systems ändert als Folge von Veränderung vieler Subsysteme, z.B. wenn so viele Krebszellen vorhanden sind, dass es zu einer Erkrankung des Menschen kommt, oder wenn so viele Beteiligte den Wert von Gruppenkommunikation erkennen, dass es zu neuen kreativen Gruppenprozessen kommt.

Dabei finden sich jeweils mehrere Subsysteme unter einem neu erscheinenden Attraktor kohärent zusammen. Dieser Vorgang ist auch als Ordnungsübergang zu verstehen [11]. Auf diese Weise entstehen neue Qualitäten durch Kommunikation von kleinen autonomen Systemen.

Kommunikation in den Daseinsdimensionen

Eine direkte sinnliche Kommunikation zwischen zwei oder mehr Menschen kreiert soziale Systeme, wie Familien und Freundschaften (ähnlich der „Interaktion“ bei Luhmann [12]). Sie zusammen machen die soziale Systemdimension aus, deren Systeme von *direkten* zwischenmenschlichen Beziehungen gekennzeichnet ist.

Folglich bezeichne ich alle Systeme, die vorwiegend durch direkte Kommunikation („Interaktion“ [12]) geprägt sind, als ‚soziale Systeme‘. Damit hat ‚soziale Systeme‘ bei mir eine andere, zum einen

begrenztere Bedeutung als bei Luhmann, der diese Bezeichnung für alle menschlichen Systeme verwendet (allerdings nicht für die sog. „psychischen Systeme“ und auch nicht die „Organismen“, die in seinem Schema aus den sozialen Systemen ausgeschlossen sind); zum anderen eine erweiterte, da die sozialen Systeme bei mir jeweils die ganzen Individuen samt „Organismus“ und „Psyche/Bewusstsein“ einbeziehen. Da die Evolution in unterschiedlichen Etappen soziale Systeme schon in der Tierwelt hervorgebracht hat und später kulturelle Systeme der Menschen, und jetzt möglicherweise eine kulturelle Evolution stattfindet zu noch komplexeren bewussten Systemen, halte ich die hier vorgenommene Unterscheidung der Begriffe für begründet und sinnvoll [s.a. 17, 20, 15].

Als Allgemeinärzte kommunizieren wir zum Teil direkt mit unseren Patienten, wenn wir sie berühren, sehen, riechen, hören und insgesamt wahrnehmen. Und andersherum treten Patienten in Resonanz mit ihrem Arzt. In dieser direkten Resonanz werden implizit u.a. gegenseitig auch Erinnerungen an Kindheitserfahrungen aktualisiert („Übertragung und Gegenübertragung“).

Die *indirekte*, durch explizite Zeichensysteme wie Sprache oder Instrumente vermittelte Kommunikation charakterisiert die Systeme in der kulturel-

len Dimension. Bildungseinrichtungen, Firmen, politische und kulturelle Institutionen, Ökonomie usw. bilden eine Kultur (hier finden sich Analogien zur „Organisation“ bei Luhmann). In der kulturellen Dimension haben wir Bezug zum vermittelnden Zeichensystem – auch ohne Bezug zu ihrem Urheber. Maturana spricht vom „Leben in der Sprache“ [13]. Wir sind hier in Resonanz mit dem Mittel.

Gesundheitsfachleute wirken *indirekt* auf zweierlei Weise: 1. durch Heilmittel (Arznei, Instrumente, Worte usw.) und 2. vermittelt über Umgebungsfaktoren, im sog. Settingansatz, indem sie Übersysteme wie Arbeitsplätze, Familienbeziehungen und andere Lebensräume gesundheitsförderlich gestalten.

Eine Meta-Dimension zu diesen kulturellen Systemen bildet die Menschheit (in manchem analog zu Luhmanns „Welt-Gesellschaft“). Ein wichtiger Aspekt der Kohärenz dieser Daseinsdimension sind die ethischen Grundsätze, die sich in allen Kulturen und Religionen finden – auch für die ärztliche Tätigkeit. So können wir ethisch motivierte Gespräche als Resonanz zur globalen Daseinsdimension verstehen.

In den Kommunikationsweisen dieser drei System- oder Daseinsdimensionen finden wir Analogien zu den logischen Typisierungen und den Lernebenen G. Batesons [14, 15]. Bateson setzt

jede höhere Lernstufe mit dem „Erlernen des Kontextes“ für die untere gleich. Wenn die Rangordnung der logischen Ebenen vertauscht wird, droht Chaos.

Die Beziehungen zwischen Vertretern unterschiedlicher Systemdimensionen

Ein Mensch kann Positionen in unterschiedlichen Systemdimensionen einnehmen. Damit spielt er unterschiedliche Rollen in verschiedenen Kontexten: Z.B. ist er in seiner Familie Vater, im Beruf Abteilungsleiter und gegenüber seinen Eltern Sohn. All diese Rollen sind mit unterschiedlichen Gefühlen, Bewertungen, Gedanken und Verhaltensmustern verbunden. Es wäre recht unpassend, wenn er sich in der Familie als Abteilungsleiter oder gegenüber seinen Eltern als Vater verhalten würde.

Mit Hilfe des Modells der Daseinsdimensionen können wir die (Rollen-) Beziehungen zwischen Vertretern unterschiedlicher Dimensionen verstehen und gestalten – auch Rollenresonanzen innerhalb einer Persönlichkeit.

Die Dimensionen sind nach einer einfachen Rangordnung geordnet: Die größere ist jeweils übergeordnet. Das kann erklären, dass ein Mensch sich gegenüber einem Vertreter der kulturellen Dimension ‚klein fühlt‘, untergeordnet vorkommt (z.B. einem Beamten gegenüber, einem Lehrer oder einem Therapeuten ...). Wir können dieses Empfinden als Wahrnehmung systemischer Beziehungsrealität verstehen.

Dieses Wissen hat für unsere Tätigkeit als Arzt eine Bedeutung für die Gestaltung der Beziehungen zu unseren Patienten. Ob wir es wollen oder nicht, diese sehen uns in aller Regel zurecht in der Rolle eines Vertreters der systemisch übergeordneten kulturellen Dimension und neigen deshalb dazu, unsere Äußerungen wichtiger zu nehmen als ihre eigene Meinung oder die ihrer Familienangehörigen. Eine Resonanz auf die Rangordnung der Daseinsdimensionen ist der Ursprung des Glaubens an Experten. Damit geben unsere Patienten uns sehr viel Macht. Diese dürfen wir weder missbrauchen noch leugnen oder ablehnen, wir müssen sie als Verantwortung übernehmen und in einem Prozess der Ermächtigung an den Patienten wieder zurückgeben.

Dies ist unsere professionelle Rolle. Als Mensch sind wir mit dem Patienten immer auf Augenhöhe und bleiben es – wir dürfen und sollten Mensch bleiben, unsere kulturelle Rolle annehmen und verantwortungsbewusst als Profi arbeiten.

Systemtheorie und Ethik

Die Beachtung der Rangordnung in den Daseinsdimensionen, wie z.B. die Überordnung der globalen Kohärenz über die kulturellen und nationalen Systeme, impliziert eine ethische Haltung eines globalen Verantwortungsbewusstseins, eines Bewusstseins, dass wir alle Teile der Menschheit und der Biosphäre sind. Diese Tatsache hat der Begründer der Systemtheorie Ludwig v. Bertalanffy so zusammengefasst: „Die höchste Lebenseinheit bildet das Gesamtleben auf der Erde.“ [16]

Auch im Blick vom systemisch übergeordneten Standpunkt auf Subsysteme ist implizit eine Ethik enthalten: eine Ethik des Anerkennens und Respektes der Autonomie aller kleineren Systeme. Denn die Systemtheorie billigt jedem lebenden System eine autonome Selbstregulation zu, die es in allen Dimensionen zu respektieren gilt, wenn das Ganze – das Übersystem – sich jeweils mit seinen Subsystemen gesund entwickeln soll. So braucht z.B. eine Gemeinschaft die Achtsamkeit für die Bedürfnisse der Kinder. Die Ärzte und ihre Medizin brauchen die Achtung der Autonomie des Patienten.

Gesunde Entwicklung in systemischer Verbundenheit dynamisch verstehen

In weiten Bereichen des Gesundheitswesens herrscht noch ein Denken in starren Kategorien vor wie z.B., dass ein Mensch entweder krank oder gesund sei. Die Laborwerte sind entweder normal oder pathologisch. Diagnosen bezeichnen Zustände nicht Prozesse und Entwicklungen. Auf der anderen Seite gibt es im Detail insbesondere der Physiologie, der Lern- und Entwicklungstheorie und Psychodynamik schon viele Beschreibungen von Prozessen.

Für die Hausarztmedizin, wo wir Patienten über Jahrzehnte begleiten, liegt

uns ein grundlegendes dynamisches Verständnis von Gesundheit, von gesunder Entwicklung besonders nahe. Wir brauchen ein Verständnis, an dem wir unsere Tätigkeit ausrichten können, das uns auch dann noch weiter hilft, wenn wir mit den Heilmitteln keine befriedigenden Ergebnisse erzielen, wie es bei chronischen Erkrankungen überwiegend der Fall ist. Wir brauchen außer bei der Vorbeugung insbesondere bei der Behandlung von chronisch Erkrankten ein Verständnis für unsere Tätigkeit, das die Wirkung der Heilmittel nicht nur auf die Krankheiten bezieht, sondern in einem übergeordneten Lebenszusammenhang sehen kann.

Ein Modell kommunikativer Kohärenzregulation

Aus den systemischen Überlegungen folgert ebenso wie aus alltäglichen Erfahrungen, dass jedes System eine autonome (eigengesetzliche) Regulation hat, die den Zusammenhalt (die Kohärenz) des Systems in seinen Kontextbezüge als immanentes Ziel (Attraktor) hat. Autonome Selbstregulation ist demnach letztlich eine Kohärenzregulation. Diese findet in einem heterogenen Umfeld statt, in mehrdimensionalen Wechselbeziehungen zu Unter- und Übersystemen. Dabei wird heute die Wechselwirkung unserer Kultur mit der Biosphäre immer präsenter.

Unser Streben ist weder reine „Anpassung (Adaptation)“ an bestehende Übersysteme noch „genetischer Egoismus“, sondern vielmehr eine Integration, eine stimmige Wechselbeziehung zwischen dem eigenen Leben und dem des sozialen Systems und der Kultur, der Menschheit und der Biosphäre.

Der ständig anwesende, übergeordnete und jedes Geschehen durchdringende, deshalb „pervasive“ Attraktor systemischer Selbstregulation ist folglich ‚Kohärenz‘ – im Sinne von stimmiger, aufeinander abgestimmter Verbundenheit [17].

Ähnliches – wenn auch mit anderen Worten – beschreibt der Psychotherapeutforscher Klaus Grawe mit „Konsistenzregulation“: „Konsistenzregulation findet ganz überwiegend unbewusst statt und durchzieht so sehr das ganze psychische Geschehen, dass es angemessen erscheint, von einem obersten oder per-

vasiven Regulationsprinzip im psychischen Geschehen zu sprechen.“ [18].

Aaron Antonovsky [19] hat einen „sense of coherence“ als zentralen und übergeordneten Faktor für die Salutogenese (gesunde Entwicklung) des Menschen beschrieben. Dieser Sinn für Kohärenz und das Gefühl von Kohärenz sind demnach hauptverantwortlich für Gesundheit.

Wenn Kohärenz der zentrale und pervasive Attraktor für uns ist, um den sich unser ganzes Leben dreht, so gibt es natürlich noch viele andere Attraktoren. Dies sind Soll-Zustände, die sich uns als Bedürfnisse, Wünsche bzw. sinnhaltige Ziele zeigen. Um diese ‚Unterattraktoren‘ für kürzere Lebensabschnitte wie sogar Minuten, Stunden und Tage, dreht sich unsere alltägliche Aufmerksamkeit und Tätigkeit. Das Kohärenz-Thema bleibt oft im impliziten Hintergrund – deshalb aber nicht minder wirksam. Unser Organismus strebt einen Zustand an, der möglichst innen und außen stimmig verbunden ist, wo die Bedürfnis- und Sinnerfüllung weitgehend mit den Möglichkeiten übereinstimmt. Kohärenz ist nicht nur ein Überlebenssthema sondern ebenso ein Attraktor für Entwicklung.

Die Kohärenzregulation beginnt mit der Wahrnehmung der Abweichung des Ist-Zustandes vom attraktiven Soll-Zustand (1. Phase). Diese Wahrnehmung der Unstimmigkeit impliziert eine Kenntnis des stimmigen Attraktors. Ist die erlebte Unstimmigkeit *bedeutsam*? Diese Bewertung der Wahrnehmung ist der Ursprung der motivationalen Komponente „Bedeutsamkeit“ bei Antonovsky. Aus dieser Bewertung der Wahrnehmung resultiert ein innerer Wunsch und aus der zusätzlichen Wahrnehmung der äußeren Möglichkeiten eine Wunschlösung, die einen Bezug zur äußeren Realität hat [20].

Aus dieser Wahrnehmung des Wunsches und der Wunschlösung entsteht unsere Motivation zum Handeln (2. Phase; Komponente der „Handhabbarkeit“ nach Antonovsky). Wir kommunizieren unser jeweils aktuelles Bedürfnis und befriedigen es, indem wir z.B. essen, trinken bzw. uns mit einem Freund treffen bzw. unserer Arbeit nachgehen.

Wenn wir gehandelt haben, ziehen wir Bilanz (3. Phase): Hat unser Verhalten uns unserem Attraktor näher gebracht? Haben wir etwas mehr Stimmigkeit innen und außen hergestellt? Je nachdem

wie die Bilanz ausfällt, lernen wir, dass wir das Verhalten in einer ähnlichen Situation wiederholen können oder ein anderes Verhalten versuchen sollten. Aus der Reflexion des Verhaltens, der Interaktion mit unserer Umgebung, entsteht Verstehen, die dritte Komponente des SOC nach Antonovsky.

Annähern und abwenden

Nun ist unser Leben in der Welt nicht so harmonisch, dass wir ständig nur auf dem Weg der Annäherung an unsere innersten Attraktoren wandeln können. Es gibt immer wieder Gefahren, die uns auf diesem Weg bedrohen. Um entweder uns von der Bedrohung abzuwenden oder die Gefahr abzuwenden bzw. die Unstimmigkeit zu lösen, haben wir auch ein ergänzendes Abwendungssystem (auch „Vermeidungssystem“).

Das Annäherungssystem ist mit dem inneren Belohnungssystem, dem Lustzentrum verbunden. Im Annäherungsmodus wird durch die Ausschüttung von Dopamin unsere Aktivität in Richtung Annäherungsziel schon mit einem Lustgefühl belohnt, auch wenn wir es noch gar nicht erreicht haben.

Das Abwendungssystem ist mit dem Angstzentrum verbunden und aktiviert unser sympathisches Nervensystem, wenn Gefahr droht. Im Abwendungsmodus haben wir ein Gefühl von Stress.

Antonovsky ist aus der Stressforschung und der Theorie „generalisierter Widerstandsressourcen“ zu der weiterführenden Frage der Salutogenese, nämlich ganz allgemein nach der Entstehung von Gesundheit gekommen. Parallel dazu ist die Resilienzforschung heute zu einem ähnlichen Punkt gekommen: Besonders resilient sind die Menschen, die auch bei starkem und anhaltendem Stress immer wieder zu ihren sinnstiftenden Annäherungszielen finden und damit in den Annäherungsmodus schalten können, der mit Lust am Leben und einem Gefühl von Bedeutsamkeit verbunden ist.

Zum Beispiel: Stress und Kohärenzregulation

Annäherungs- und Abwendungssystem sollen gut zusammenwirken und sich nicht gegenseitig behindern. Ihre jewei-

lige Ausprägung ist zwar genetisch disponiert aber überwiegend durch die Beziehungen in der Umgebung bestimmt [s. 13]. Wenn bei Menschen das Annäherungssystem schwach ausgeprägt ist, aber der Abwendungsmodus stark aktiv ist, kommt es leicht zu Depression und Stresserkrankungen – es wird viel Stress und wenig Lust am Leben empfunden.

Für die Gesundheitsberufe bedeutet dies, dass sie mehr positiv motivierende attraktive Gesundheitsziele formulieren müssen als Angst machende Gesundheitsrisiken und Schreckensbilder von Krankheiten aufzuführen. Aus Angst machenden Drohungen können nur die Menschen die richtigen Konsequenzen ziehen, die ein starkes Annäherungssystem haben. Bei allen anderen also nicht so resilienten Menschen ist eine solche Art von „Aufklärung“ gesundheitlich eher kontraproduktiv. Eine einseitig und ausschließlich auf bedrohliche Krankheiten fixierte, pathogenetisch orientierte Medizin ist bei diesen Menschen mehr geeignet, zur Kultivierung von Depression und Stresserkrankungen beizutragen.

Andersherum konnte Grossarth-Maticek [21] schon in den Jahren 1975–2000 zeigen, dass Gespräche mit dem Fokus auf die Anregung der autonomen Selbstregulation – insbesondere des mit Lust verbundenen Annäherungssystems bei gleichzeitiger Wertschätzung des Abwendungsverhaltens – Erfolge bei der Verbesserung des Verlaufs chronischer Erkrankungen zu haben scheinen. Nach seiner Studie sollen in der Regel ein bis fünf entsprechend fokussierte Gespräche ausreichen, sogar die Sterblichkeitsrate über 20 Jahre Beobachtungszeitraum um ca. 30% zu reduzieren [22].

Allgemeinmedizin zur Anregung der Selbstregulation

Ärztliche Tätigkeit ist als Begleitung und Anregung der Patienten in ihrer Kohärenzregulation zu verstehen. Dabei finden wir die Phasen der Selbstregulation in der ärztlichen Konsultation wie folgt wieder:

(3) Gemeinsames Bilanzieren der Vorgeschichte (Anamnese), die dazu geführt hat, dass der Patient Hilfe sucht. Der erste Schritt der Beratung (hier mit (3) bezeichnet) beginnt also mit

Theodor Dierk Petzold ...



... Arzt für Allgemeinmedizin; Naturheilverfahren; Europ. Cert. f. Psychotherapy; Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der MHH; seit 1979 niedergelassen zunächst in Hannover, später bei Bad Gandersheim, bis 1994 als Kassenarzt, seitdem in Privatpraxis. Hauptinteresse war immer ‚psychosomatische Medizin: Wie spielen Körper und Geist zusammen?

1992 Bachmannpreis für theoretische Arbeit zu Entsprechungen

in der Akupunkturlehre und der westlichen Physiologie. Seitdem zahlreiche Publikationen sowohl allgemein theoretische als auch insbesondere zur Arzt-Patient-Kommunikation und Salutogenese (s.a. www.gesunde-entwicklung.de). Entwicklung der „Salutogenen Kommunikation SalKom®“ und Aufbau einer Ausbildung.

Seit 2004 Gründung eines Zentrums für Salutogenese mit jährlichem interdisziplinärem Symposium. Seit 2006 Vorsitzender der APAM, jetzt Dachverband Salutogenese.

der 3. Phase der Selbstregulation. Durch das gemeinsame Bilanzieren stimmt sich der Arzt in die Kohärenzregulation kommunikativ ein. Durch emotionale und mentale Resonanz bildet er mit dem Patienten ein gemeinsames System zur Heilung.

1. Befinden mitteilen und Befund erheben (Beobachten und Untersuchen sind als Ergänzung zur subjektiven Wahrnehmung des Patienten zu sehen und führen zusammen zur Diagnose).
2. Handlungsschritte vereinbaren, bzw. Aktivitäten abstimmen (auch: Rezept ausstellen, Behandlung durchführen, Ratschlag geben u.a.).
3. Bilanz ziehen (zum Zeitpunkt der Beratung meist imaginativ: Fühlt sich die geplante bzw. durchgeführte (Be-)Handlung stimmig an? Wie erfolgreich werden die Handlungen vermutlich sein? Beim nächsten Treffen wird die reale Bilanz gezogen; s.a. „Bilanzierungsgespräche“ [23]).

Wissenschaft der Allgemeinmedizin

Eine Wissenschaft der (Allgemein-)Medizin bezieht sich auf ihren menschlichen und ethischen Auftrag, nämlich für eine möglichst gesunde Entwicklung möglichst vieler Menschen zu sorgen.

„Gesunde Entwicklung“ sei definiert als der Vorgang, bei dem ein Mensch seine Bedürfnisse, Wünsche und Ziele (= Attraktoren) subjektiv hinreichend kohärent im Rahmen seiner systemischen Resonanzen kommuniziert (implizit und/oder explizit).

Aus dem oben skizzierten Modell selbstregulierter gesunder Entwicklung folgern insbesondere zwei Möglichkeiten für die Medizin, ihrem Auftrag gerecht zu werden:

1. den einzelnen Menschen zu befähigen, seine Attraktoren (wieder) subjektiv stimmig zu kommunizieren,
2. u. U. die materiellen, sozialen, kulturellen und globalen Beziehungen derart mitzugestalten, dass eine adäquate Bedürfniskommunikation für den einzelnen möglich wird.

Allgemeinmedizin hat sich auszurichten am Wissen darüber, wie Menschen bei einer Erkrankung gesunden, bzw. bei einer sog. chronischen Erkrankung eine Besserung und Linderung finden können – und auch am Wissen, wie Menschen ihre gesunde Entwicklung so gestalten können, dass sie möglichst gar nicht erst (chronisch) krank werden.

Für die Allgemeinmedizin stellt sich dann als Forschungsfrage: Wie können wir als Ärzte die Menschen bzw. Patienten bei ihrer gesunden Entwicklung erfolgreich unterstützen?

Durch eine derartige Sichtweise des übergeordneten Auftrags der Medizin wird die Indikation zum Tätigwerden der Allgemeinärzte nicht erst durch eine manifeste Krankheit gegeben. Das bedeutet, dass unsere Aktivität nicht nur bei einer Erkrankung der sich uns anvertrauenden Menschen („Patienten“) beginnt und nicht mehr ausschließlich auf ihre Krankheit fokussiert ist (noch ist sogar die Prävention auf Krankheiten fixiert). Stattdessen wollen wir ihre Erkrankungen als besondere Herausforderung in ihrem Leben verstehen lernen

und unsere Tätigkeit auf die Anregung ihrer lebendigen Kohärenzregulation ausrichten.

In Bezug auf das skizzierte Modell gesunder Selbstregulation ergeben sich u.a. folgende Forschungsfragen für die Allgemeinmedizin:

1. Wie können wir unsere Patienten zu einer (Selbst-)Wahrnehmung und Bewertung ihrer Soll- und Ist-Zustände befähigen, die ihnen (nachhaltig) gesunde Entwicklung ermöglicht? Aus dieser wertenden Wahrnehmung resultiert ihre Wunschlösung.
2. Was können wir tun, damit unsere Patienten ihre Handlungsfähigkeit erweitern, um sich ihren attraktiven Zielen anzunähern? Dazu gehört auch die Unterstützung beim Abwenden von Gefahren, ggf. auch eine Wiederherstellung von psychischen und körperlichen Funktionen durch den Arzt (dies ist in der Regel wohl die Haupttätigkeit der meisten Kollegen).
3. Was können wir tun, damit unsere Patienten aus Erfahrungen schneller und effektiver lernen können und ggf. neue Möglichkeiten entdecken und entfalten?

Allen praktisch tätigen Kollegen fällt wahrscheinlich einiges zu jedem Punkt ein, das sie ganz intuitiv schon immer mehr oder weniger tun. Im Rahmen dieser Theorie kann klar werden, wann und warum es dem Patienten helfen kann.

Wir brauchen eine neue Forschung, um eine umfassendere wissenschaftliche Grundlage für eine Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin zu schaffen. Dazu könnten wir z.B. unsere Interventionen in Bezug auf die Phase der Selbstregulation dokumentieren und ihre Resonanz beim Patienten evaluieren.

Dazu seien hier vier mögliche Kriterien genannt, an dem wir den Erfolg festmachen können: 1. der Verlauf der individuellen gesunden Entwicklung (auch langfristig) sowie ggf. auch der Erkrankung; 2. die Meinung des Patienten, 3. die Meinung des Arztes und 4. die gesunde Entwicklung (ggf. auch Krankheitsverläufe) in Vergleichsstudien von unterschiedlichen Kollektiven.

Theoretisch muss eine Anregung der gesunden Selbstregulation zu einer Reduzierung chronischer Erkrankungen führen, also zu dem, was Grossarth-Maticek mit seinen umfangreichen Studien auch getan hat [24].

Evaluation von Interventionen mit diesem Ansatz

Bislang war medizinische Wirkungsforschung im Großen und Ganzen fixiert auf die Frage nach der Wirkung einer Intervention (Medikament o.a. Behandlung) bei einer spezifischen Krankheitsdiagnose. Die ausgrenzende Reduktion dieser Fragestellung birgt allerdings das Risiko in sich, dass damit die gesunde selbstregulatorische Fähigkeit nicht nur in der Forschung außen vorbleibt, sondern durch die beforschte bzw. aus der Forschung abgeleitete Intervention sogar in ihrer Nachhaltigkeit gestört wird. Dies könnte zu einer vermehrten Chro-

nifizierung von Erkrankungen führen. Im Kontext der Kohärenzregulation bekommen Heilmittel aber evtl. eine andere Funktion und Bedeutung. Unter der Frage nach individueller gesunder Selbstregulation kann die Gabe z.B. eines homöopathischen Mittels einen ganz anderen Sinn bekommen als unter der Frage nach der unmittelbaren Krankheitsbekämpfung. Arzneimittel können dann zu sog. Ankern oder Trägern für Bedeutungsinhalte werden, die als Bestandteil einer insgesamt wirksamen Arzt-Patient-Interaktion zu sehen sind. Die gleichen Arzneimittel können sogar bei einer anderen Arzt-Patient-Interaktion den Patienten von seiner selbst-

bestimmten Eigenaktivität abhalten und somit die Selbstregulation stören.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Theodor Dierk Petzold
Arzt für Allgemeinmedizin
Lehrbeauftragter am Zentrum für Salutogenese (Allgemeinmedizin) an der MHH
Am Mühlenteich 1
37581 Bad Gandersheim
E-Mail:
theopezold@salutogenese-zentrum.de

Literatur

1. Abholz HA, Anlauf M, Jobst D et al. Komplementärmedizin (CAM) – pro und contra. *Z Allg Med* 2011; 87: 163–169 und 248–259
2. Abholz HA, Soennichsen A. CAM und Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2011; 87: 248
3. Bertalanffy L. Das biologische Weltbild. Wien-Köln: Böhlau Verlag, 1949/1990: 58
4. Bateson G. Geist und Natur. Frankfurt am Main, 1987
5. Luhmann N. Soziale Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1987
6. Engel GL. Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 1976; vgl. auch Uexküll T.v., Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. München: Urban&Schwarzenberg, 1991: 158ff
7. Petzold TD. Einführung – Kommunikation: kreativ und gesundheitsorientiert. In: Petzold TD, Lehmann N (Hrsg) Kommunikation mit Zukunft – Salutogenese und Resonanz. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 2011: 9–26
8. Petzold TD. Alles nur ‚Psycho‘? Erfahrungsheilkunde 2006; 11: 593–602
9. Bauer J. Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg: Hoffmann und Campe, 2005: 169
10. Matthiessen P. Paradigmenpluralität, Salutogenese und ärztliche Praxis. *Der Mensch* 2010; 41: 6–21
11. Kriz J. Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien: UTB Facultas, 1999
12. Luhmann N. Soziale Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1987
13. Maturana H, Varela F. Der Baum der Erkenntnis. München: Goldmann, 1987
14. Bateson G. Ökologie des Geistes. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1985/1996: 367 ff, 392
15. Petzold TD. Resonanzebenen – Zur Evolution der Selbstorganisation. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 2000
16. Bertalanffy L. Das biologische Weltbild. Wien-Köln: Böhlau Verlag, 1949/1990: 58
17. Petzold TD. Praxisbuch Salutogenese – Warum Gesundheit ansteckend ist. München: Südwest-Verlag, 2010
18. Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004: 190–191
19. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: dgvt. 1997
20. Petzold TD. Salutogene Kommunikation. In: Petzold TD, Lehmann N (Hrsg.) Kommunikation mit Zukunft. Salutogenese und Resonanz. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 2011: 141–163
21. Grossarth-Maticek R. Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Berlin-New York: de Gruyter, 2003
22. Wittmann W. Ergebnisse einer kritischen Analyse der Daten und Methoden von Ronald Grossarth-Maticek. In: Grossarth-Maticek R. Synergetische Präventivmedizin. Heidelberg: Springer, 2008
23. Bahrs O, Matthiessen P (Hrsg) Gesundheitsfördernde Praxen. Bern: Huber, 2007
24. Grossarth-Maticek, R. Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen. Berlin-New York: de Gruyter, 1999