



University of Wales
Prifysgol Cymru

OsteopathieSchule
Deutschland

Vergleichende Literaturanalyse über die Notwendigkeit der Einführung von Balintgruppen in die (Kinder-)Osteopathie

Abschlussarbeit zur Erlangung des Titels:

Master of Science in Paediatric Osteopathy

Vorgelegt von:

Dr. med. Marion Kohlmann

KO 2011 Hamburg

Matrikel Nr. 10630

USN:1091457376672

September 2014

Methodologischer Betreuer: Dipl. Ing. Bettina Thiel

Osteopathischer Betreuer: Reinhart Unverricht MD/DO-DVOM/EROP:

Externer Betreuer: Prof. Dr. theol. Martin Pöttner

ERKLÄRUNG**DECLARATION**

Diese Arbeit wurde vorher noch nicht als Grundlage für einen Abschluss angenommen und wird nicht gleichzeitig als Abschlussarbeit für einen weiteren Abschluss eingereicht.

This work has not previously been accepted in substance for any degree and is not being concurrently submitted in candidature for any degree.

Unterschrift

Signature _____

Datum

Date _____

AUSSAGE 1**STATEMENT 1**

Diese Abschlussarbeit ist das Resultat meiner eigenen Nachforschungen, außer dort, wo es anders deklariert ist. Dort, wo andere Quellen genutzt wurden, sind sie im Fließtext angegeben. Verzeichnisse der Quellen sind im Anhang zu finden.

This thesis is the result of my own investigations, except where otherwise stated. If other Sources are used, they are acknowledged in the continuous text. A bibliography of the resources is appended.

Unterschrift

Signature _____

Datum

Date _____

AUSSAGE 2**STATEMENT 2**

Ich willige hiermit ein, dass meine Abschlussarbeit, sollte sie akzeptiert werden, zum Fotokopieren und für die Fernleihe zur Verfügung steht, und dass der Titel und die Zusammenfassung der Arbeit für Außenstehende Organisationen zugänglich gemacht werden.

I hereby give consent for my thesis, if accepted, to be available for photocopying and for inter-library loan, and for the title and summary to be made available to outside organisations.

Unterschrift

Signature _____

Datum

Date _____

Meiner Familie

Bei der Erstellung der Arbeit wurde ich von vielen lieben Menschen unterstützt, ihnen allen mein herzlichster Dank.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinen Freunden Thomas Buttendorf und Monika Heitz-Buttendorf, die immer ein offenes Ohr und eine offene Tür für mich hatten und mich tatkräftig bei der Formatierung und in vielen Gesprächen unterstützten.

Ferner danke ich meiner Balintgruppe für viele fruchtbare, anregende Diskussionen und abendliche Gespräche, fast immer begleitet von einem guten Essen, das Dorothea Körber uns kredenzte. Ihr und ihrem Mann Raimund gebührt mein Dank für ihre stetige Gastfreundschaft.

Dank auch an dieser Stelle an Anna Hofmeister, die mich zu dieser Arbeit anregte und an Terence Dowling, der mir durch seine Begeisterung den Mut und den Enthusiasmus gab, mich an dieses Projekt zu wagen.

Last but not least möchte ich meinem Betreuer und Korrektor Professor Dr. Martin Pöttner danken, dessen inhaltliche und formale Ratschläge und Kritik mir eine sehr große Hilfe waren

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Material und Methodik	4
2.1 Literatursuche	4
2.2 Abgrenzung des Themas.....	6
3. Menschenbild in Osteopathie und Psychosomatik.....	8
3.1 „Psychophysiologie“ von Littlejohn.....	8
3.2 „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ von Thure von Uexküll .	15
3.2.1 Die Entwicklung des Begriffs „Psychosomatische Medizin“	15
3.2.2 Konversion und Organneurose	18
3.2.3 Funktionelle Syndrome.....	25
3.2.4 Die Fragestellung des Verstehens	26
3.3 „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ von Balint	28
3.3.1 Der Patient und seine Krankheit.....	28
3.3.2 Das Konzept der Fallkonferenz nach Balint	29
3.3.3 Interaktionsanalyse	31
3.3.4 Das Arzt-Patienten-Verhältnis	32
4. Placebo-/Noceboeffekte des Arztes/Osteopathen	34
5. Transfer der Balintgruppenarbeit in die Osteopathie.....	37
6. Transfer der Balintgruppenarbeit in die Kinderosteopathie	41
7. Diskussion	45
8. Zusammenfassung	61
9. Ausblick.....	62
10. Literaturverzeichnis	63

Dr. med. Marion Kohlmann

Osteopathie Schule in Deutschland

MSc in Paediatric Osteopathy

Vergleichende Literaturanalyse über die Notwendigkeit der Einführung von Balintgruppen in die (Kinder-)Osteopathie

Abstract:

Hintergrund: In der Osteopathie und Osteopathieausbildung bestehen bislang noch keine standardisierten Verfahren der Supervision in Gruppen wie sie in der psychosomatischen Medizin und ihrer Ausbildung als Balintgruppen etabliert sind. Die Notwendigkeit der Einführung von Balintgruppen in die (Kinder-)Osteopathie soll anhand einer vergleichenden Literaturanalyse begründet werden.

These: Da die philosophisch-theoretischen Ansätze der (Kinder-)Osteopathie und der psychosomatischen Medizin zum allergrößten Teil deckungsgleich sind und die psychosomatische Medizin die Balint-Gruppe als kritisch-selbstreflexives Instrument zur Ausbildung und Supervision einsetzt, wird die Einführung der Balintarbeit auch in der (Kinder-)Osteopathie empfohlen.

Methode: Vergleichende Literaturanalyse der „Psychophysiologie“ von John Martin Littlejohn mit „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ von Thure von Uexküll und „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ von Michael Balint.

Ergebnisse: Osteopathie und psychosomatische Medizin betrachten den Menschen als untrennbare somato-psychische Einheit und verstehen die Entstehung von Krankheit als Störung in diesem System, erweitert um den Einfluss des sozialen Lebens. Michael Balint entwickelte seine Supervisionsmethode für praktische Ärzte, um diesem Aspekt in der Therapie gerecht zu werden. Eine Einführung dieser erprobten, der Bearbeitung des Arzt-Patienten-Verhältnisses dienenden Methode erscheint zwingend logisch, um den psychosomatischen Aspekten des Osteopathen-Patienten-Verhältnisses gerecht zu werden.

Insbesondere im Arbeitsbereich der Kinderosteopathie, in dem die Patienten mit ihrer Familie vorstellig werden und das familiäre Spannungsfeld in besonderem Ausmaß Einfluss nimmt auf Entstehung, Verarbeitung und Behandlung der Erkrankung, ist eine Supervision durch Balintgruppen notwendig.

1. Einleitung

Die Einheit von Körper, Geist und Seele ist in der Osteopathie bereits von ihrem Gründer A. T. Still als ein Grundprinzip formuliert worden¹. Littlejohn, Schüler von A. T. Still, übernahm den Begriff der Einheit von Körper, Geist und Seele und begründete in seinem Buch „Psychophysiologie“ bereits 1899 diese Einheit des Menschen aus einer naturwissenschaftlich-physiologischen Betrachtungsweise². Seine Schlussfolgerung aus diesen Erkenntnissen war die Unterrichtung des Faches Psychologie im Rahmen der osteopathischen Ausbildung an der Schule in Kirksville, in der er damals tätig war. Über ein halbes Jahrhundert später sprach auch Thure von Uexküll als Psychosomatiker von der Einheit von Körper und Seele und die Bedeutung dieser Entität für die Entstehung von Krankheiten³. In seinem Buch „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ widmet er sich den Zusammenhängen zwischen Körper und Psyche bei funktionellen Erkrankungen und dem Blickwinkel einer patientenzentrierten gegenüber einer krankheitsorientierten Medizin. Er fordert die Entwicklung bio-psycho-sozialer Modelle, um das mechanistische Denken der westlichen Medizin zu überwinden⁴.

Um diesem Anspruch an Ärzte und Osteopathen gerecht zu werden, bedürfen die Therapeuten eines diagnostischen und therapeutischen Handwerkszeugs, einer Fortbildung in diesen Fragen, um eine Sensibilisierung zu erreichen. Von 1953 an entwickelte Michael Balint gemeinsam mit seiner Frau Enid an der Londoner Tavistock Klinik in Fallbesprechungsseminaren für praktische Ärzte ein solches Modell⁵.

Da in den Praxen von Ärzten und Osteopathen ein großer Prozentsatz der Patienten ein primär psychisches oder ein psycho-somatisches Problem hat (man rechnet je nach Autor zwischen 30-50 %, bisweilen bis zu 80 % der

¹ Still 2005, III, S. 13

² Littlejohn 2009, S. 3, 9, 10

³ Von Uexküll 1964, S. 10

⁴ Von Uexküll 1989, S. 67

⁵ Elzer 2008

Patienten), ist die Thematik, derer sich die Balints in ihren Fallseminaren annahmen, immer noch und weiterhin hochaktuell^{6 7 8}. Ein Fallbeispiel soll das Grundproblem verdeutlichen.

Fall 1: Herr M., 48 Jahre alt, kam vom April 2010 bis Ende 2012 in regelmäßigen Abständen zur osteopathischen Behandlung. Er klagte über Verspannungen im Nacken und tiefe Rückenschmerzen. Vor 10 Jahren hatte er einen Arbeitsunfall im eigenen Betrieb gehabt mit einer Talusfraktur, die verheilt war. Der Patient war meist in leidender, gedrückter Stimmung und jammerte, selbst wenn er durch geschickte Geschäfte gute Umsätze gemacht hatte und den Konkurrenten eine Nasenlänge voraus war. Die Symptome blieben im wesentlichen unverändert und er bot jedes Mal an anderer Stelle körperliche Befunde wie Myogelosen und Blockierungen. Herr M. war verheiratet und hatte 2 Söhne, 21 und 23 Jahre alt. Seine Frau litt unter einer Hauterkrankung des Gesichtes, die therapieresistent war und von den Ärzten der Universitäts-Hautklinik in H. sowie im Rahmen eines Kuraufenthaltes vergebens therapiert worden war. Ab Ende 2012 tauchte der Patient nicht mehr zur osteopathischen Behandlung auf und erschien auch nicht in der assoziierten hausärztlichen Praxis wegen irgendwelcher Beschwerden. Auch die Hauterkrankung der Frau galt als letztendlich durch die medikamentösen Therapien ausgeheilt. Eine Angestellte der Allgemeinpraxis berichtete im April 2014 der Osteopathin von einem Gespräch mit Frau M, in dem die Patientin berichtet hatte, dass sie über mehrere Jahre ein Verhältnis mit einem attraktiven, verheirateten Mann gehabt hatte. Sie wäre jederzeit bereit gewesen ihren Mann zu verlassen und dieser habe auch von der außerehelichen Beziehung gewusst. Aber nach vergeblichen Bemühungen ihrerseits und nachdem sie zur Überzeugung gelangt war, dass ihr Geliebter seine Frau nicht verlassen würde, habe sie die Beziehung im Dezember 2012 aufgelöst. Sie sei bei ihrem Mann geblieben und verstehe sich recht gut mit ihm. Die

⁶ Balint 1957, S. 71

⁷ Von Uexküll 1989, S. 60

⁸ Elzer 2008

Nackenbeschwerden des Patienten waren seit Ende 2012 kein Behandlungsgrund mehr.

Um einen Zugang zu solchen Fällen zu finden, muss der Therapeut lernen zuzuhören ohne Fragen zu stellen, denn *„Wer Fragen stellt, erhält Antworten, aber sonst nicht viel“*⁹. Was nicht gesagt wird, sollte auch wahrgenommen und bewertet werden, ein emotionales Verstehen sollte entwickelt werden¹⁰. Die Methode der Balintgruppe, in der in offener Atmosphäre ohne Rücksicht auf *„die eigene Dummheit“* frei berichtet werden kann, ist dafür eine inzwischen etablierte Methode¹¹.

Ursprünglich für Sozialarbeiter und praktische Ärzte entwickelt, ist sie inzwischen auch bei Medizinstudenten, Psychologiestudenten, Lehrern, Justizangestellten und Seelsorgern ein standardisiertes und lange Jahre bewährtes Verfahren¹².

Daher erscheint eine Beschäftigung mit dieser Methode unter dem Gesichtspunkt ihres möglichen Nutzens für die Osteopathie und speziell auch die Kinderosteopathie bedeutsam. Denn zum Kinderosteopathen kommen wie zum Hausarzt Familien und nicht nur erkrankte Kinder. Wie Balint in seinen Fallseminaren mit den Teilnehmern erarbeitete, wird das Kind oft als *„Präsentiersymptom“* vorgestellt, aber das gesamte Familiensystem bedarf der Beratung und der therapeutischen Hilfe¹³. Um diese Problematik zu erkennen, also eine Diagnose zu stellen, und adäquate therapeutische Schritte einzuleiten, ist es ein lohnenswerter Weg, Osteopathen zur Mitarbeit in Balintgruppen anzuregen.

Um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern, wurde bei der Vielzahl der Quellenverweise als Form der Zitierung die Fußzeile gewählt.

⁹ Balint 1989, S. 134

¹⁰ Balint 1989, S. 134

¹¹ Dornfest (ohne Datum)

¹² Otten 2012, S. 4

¹³ Balint 1957, S. 59/60

2. Material und Methodik

2.1 Literatursuche

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Analyse des Forschungsstandes zu Verfahren der Fallkonferenz, insbesondere der Balintgruppen-Arbeit, in der Osteopathie geplant. Mit dieser Fragestellung wurde zwischen Januar und April 2013 sowie von April bis Oktober 2014 in folgenden Datenbanken recherchiert:

- DIMDI (www.dimdi.de)
- PEDRO (www.pedro.org)
- Clinical Trials (www.clinicaltrials.gov)
- Chiroindex.org (www.chiroindex.org)
- PubMed Central (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
- Medline (www.dimdi.de)
- COCHRANE (www.cochrane.de)
- Osteopathic research digital repository (www.ostmed-dr.com)
- Medline plus (www.nlm.nih.gov/medlineplus.gov)
- Osteopathic research (www.osteopathic-research.com)

Folgende MeSH Terms wurden bei der Suche verwendet: Osteopath(s), Osteopathic physician, Doctor of osteopathy, Osteopath*, Physician-Patient Relations, Doctor(-)Patient Relations, Patient Compliance, Cooperative Behavior, Professional-Family Relations, Psychological Techniques, Psychology Medical.

Darüberhinaus wurden folgende Begriffe bei der Suche eingesetzt: Balintwork, Balintgroup, Balintarbeit, Balintgruppe, Balint*, Fallkonferenz, Burnout, Stress.

Die Begriffe wurden in zweier und dreier Kombinationen mit den Boole'schen Operationen AND oder OR systematisch eingesetzt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 1 detailliert aufgeführt. Auch wurden, um einen Literaturbias zu vermeiden, die Datenbanken der Universitätsbibliothek Heidelberg sowie einzelne Fachzeitschriften durchsucht (Balint Journal, Journal of the American Osteopathic Association, Osteopathische Medizin, Psychologie Heute) und Kongresse gesichtet, sowie die Homepages der deutschen, schweizerischen,

österreichischen und amerikanischen Balintgesellschaften auf Literaturhinweise durchgesehen.

Tabelle 1: Numerische Ergebnisse der Recherche

Suche in	Einträge	Ausgewählt
DIMDI	255	22
PEDRO	116	0
Clinical Trials	335	1
Chiroindex.org	1361	30
PubMed central	1432	22
Medline	80	0
COCHRANE	2	1
Ostmed-dr	24	5
Medline plus	48	0
Osteopathic research	58	1

2.2 Abgrenzung des Themas

Bei der von Januar bis April 2013 durchgeführten Literatursuche wurde aufgrund der wenig ergiebigen Funde auf Ein- und Ausschlusskriterien bei der Literaturrecherche letztendlich verzichtet. Da sich keine Studien und Untersuchungen zum Thema Balintarbeit oder Balintgruppen in der Osteopathie fanden, musste das ursprünglich geplante Konzept des Literaturvergleichs von wissenschaftlichen Untersuchungen geändert werden.

Studien, die sich mit Balintarbeit und Osteopathie befassen und entsprechend verschlagwortet sind, wurden bis auf eine Befragung von Clara Wolman und Amos Bela Trif aus dem Jahr 2009 (Trif A, Wolman C, 2009) keine gefunden. Die geplante Analyse der Literatur zum Thema Balintarbeit in der osteopathischen Medizin konnte nicht durchgeführt werden, da offensichtlich die Methode der Supervision in Balintgruppen nicht praktiziert wird oder nicht wissenschaftlich beschrieben ist. Ferner zeigte sich in Gesprächen mit Kollegen, die sich um eine Einführung von Balintgruppen in die Osteopathie bereits bemüht hatten, dass sie gescheitert waren (persönliche Mitteilung Reinhart Unverricht, 03.Oktober 2013). Dieses alles machte eine Änderung des Arbeitstypus erforderlich.

Die Autorin entschloss sich daher zu einer vergleichenden Literaturanalyse aus einem Grundlagenwerk der Osteopathie und der psychosomatischen Medizin und setzte diese in Beziehung zum Grundlegungswerk von Michael Balint.

Dazu wurde das Buch „Psychophysiologie“ von John Martin Littlejohn aus dem Jahr 1899, das auf einer Vorlesungsreihe in Kirksville basiert, in der Übersetzung von Professor Dr. Martin Pöttner, 2009 herausgegeben im Jolandos Verlag, benutzt. Ferner basiert die Analyse der Psychosomatik auf dem Werk „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ von Thure von Uexküll aus dem Jahr 1964, erschienen im Rowohlt Verlag. Von Michael Balint fand sein Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ von 1957, erschienen im Klett Verlag Stuttgart, Eingang in diese Arbeit.

Dabei geht es darum, einen Überblick über die Systeme der Osteopathie, der psychosomatischen Medizin, der Supervisionsarbeit in Gruppen nach dem Modell von Michael Balint und der Übertragung dieses Arbeitsansatzes auf die Osteopathie und speziell die Kinderosteopathie zu leisten.

Aus dem Umfang des Themas ergaben sich zwingend Kürzungen und eine Beschränkung hinsichtlich der Darstellung von Details.

3. Menschenbild in Osteopathie und Psychosomatik

3.1 „Psychophysiologie“ von Littlejohn

Littlejohn stellt in seinem Grundlagenwerk 1899 fest, dass die *Materia medica* nicht nur auf die rein körperlichen und materiellen Elemente des Lebens anzuwenden sei, sondern auch auf jene des psychischen Wesens¹⁴, moderne Physiologie und Psychologie betrachten den Mensch als Einheit von Körper und Geist¹⁵. Die Zuordnung des Bewusstseins zur grauen Substanz des Kortex wird in der damaligen Zeit, auch von Littlejohn, reflektiert¹⁶, wobei für ihn das Bewusstsein eher im gesamten Körper entlang der Nervenbahnen präsent ist. Ebenso nennt er die Beeinflussung körperlicher Zustände wie Verdauung, Atmung und Blutkreislauf durch mentale Vorgänge¹⁷. Der Russe Pawlow hielt 1899 in Petersburg einen Vortrag, in dem er über seine Forschungen an den Speicheldrüsen berichtete. Er schilderte die Erkenntnis, dass bereits das Erscheinen der Tierpfleger über die mentale Erwartung des Fütterns den Speichelfluss auslöste¹⁸. Daraus folgerte er: *„Ganz unerwartet hat sich auf diese Weise zur Physiologie der Speicheldrüse ihre Psychologie gesellt... In der entdeckten Psychologie der Speicheldrüse finden wir alle Elemente dessen, was wir seelische Tätigkeit nennen: Gefühl, Wunsch, leidenschaftslose Vorstellung... Es gibt keinen vernünftigen Grund, dasselbe nicht für alle anderen Organe unseres Körpers anzunehmen. Diese Wünsche, Gefühle und Gedanken mögen wenig bewusst sein, erfordern aber doch eine minimale Beachtung. Durch sie wird die ständige physiologische Ordnung in unserem Körper bestimmt. Von diesem Standpunkt aus ist z. B. die reale Grundlage der verbreiteten menschlichen Überzeugung klar verständlich, dass eine unaufhörliche Trauer oder ein großer Kummer an unserem Körper zehren und ihn wehrlos machen können gegen allerlei Krankheiten.“*¹⁹ Eine Erkrankung kann auf Basis der körperlichen Prozesse ebenso wie aufgrund mentaler

¹⁴ Littlejohn 2009, S. 3

¹⁵ Littlejohn 2009, S. 10

¹⁶ Littlejohn 2009, S.14 +16

¹⁷ Littlejohn 2009, S. 11

¹⁸ Von Uexküll 1964, S. 160

¹⁹ Von Uexküll 1964, S. 164

Probleme entstehen und eine Trennung ist aufgrund der Einheit von Körper, Seele und Geist auch in den Augen von A. T. Still²⁰ und von Uexküll²¹ nicht sicher möglich.

„Wie wir wissen, beeinflussen plötzliche Emotionen den Blutkreislauf, den Herzrhythmus, die Atmung, sie zerstören Sekretionen, beeinträchtigen die Verdauung und verursachen sogar den Tod. Werden solche Emotionen chronisch, wie ist es dann möglich das System nutritiv vollständig zu versorgen?“ Und wie Littlejohn weiter ausführt: *„Den Geist zu heilen und ihm im menschlichen System jene günstige Ausgangsposition zu verschaffen, von der aus er den Körper erhebt, anstatt ihn niederzudrücken, ihn kräftiger macht, statt ihn zu erschöpfen, ihn vor allen möglichen verheerenden Auswirkungen von Krankheit bewahrt, statt ihn schutzlos preiszugeben –das ist die Absicht der Psychologie, sobald sie den Bereich der Medizin betritt.“*²²

Daher sucht Littlejohn die Korrelation zwischen Nervensystem, Gehirn und Geist, um eine wissenschaftlich fundierte Meinung über die Einheit von Körper, Geist und Seele abgeben zu können. Ohne Zweifel hängt der Geist vom Gehirn und vom ganzen Nervensystem ab, wie er ausführt, um aber auch darauf hinzuweisen, dass der Geist nicht nur die materiellen Produkte zerebraler Aktivität darstellt²³.

Er analysiert in dem Kapitel „Systematische Kombination der primären Nerven-elemente“ die Anatomie und Physiologie des peripheren und zentralen Nervensystems sowie der Sinnesorgane²⁴. Er beschreibt die Sinnesempfindungen, die über Nervenbahnen das zentrale Nervensystem erreichen²⁵. Neben Beobachtungen wie der Regenerationsrichtung verletzter Nerven von zentral nach peripher und der Messung der Nervenleitgeschwindigkeit als Methode²⁶, erkennt er zum Beispiel das

²⁰ Still 2005, III, S. 13

²¹ Von Uexküll 1964, S.164

²² Littlejohn 2009, S. 11-12

²³ Littlejohn 2009, S. 98

²⁴ Littlejohn 2009, S. 41-42

²⁵ Littlejohn 2009, S. 41

²⁶ Littlejohn 2009, S. 57-58, 60

Farbempfinden als subjektive Qualität²⁷ und nähert sich damit den Erkenntnissen, die im Konstruktivismus Eingang fanden. So formuliert er: *„In der mentalen Entwicklung lassen sich bestimmte Bewusstseinsphänomene entdecken, in denen das bewusste Selbst sich von den Objekten seines Wissens unterscheidet. Dadurch wird das Subjekt von der objektiven Erfahrung getrennt und beide nehmen Realitätsform an, die wiederum die Grundlage unseres gesamten Wissens bildet. Die Realität der äußeren Objekte wird durch die Eigenschaften bestimmt, die ihnen der Geist in seinen aktiven Prozessen zuschreibt.“*²⁸ Ebenso kritisiert er an gleicher Stelle die rein materialistische Ausrichtung des Realitätsbegriffs und reflektiert damit Standpunkte in der philosophischen Auseinandersetzung. Auch die Rolle der Neuroglia beleuchtet er und nimmt damit aktuell diskutierte Erkenntnisse vorweg: *„Man unterstellt allgemein, dass die Nervenfasern und Ganglien das Nervensystem repräsentieren, übersieht dabei jedoch die Tatsache, dass die aus den Gliazellen gebildete Neuroglia- die eigentlich kein Bindegewebe, sondern in gewisser Weise Nervengewebe repräsentiert- einen beachtlichen Einfluss auf die Nervenfunktion ausüben kann.“*²⁹ Ebenso beschreibt er die Rolle des autonomen Nervensystems im Wechselspiel zwischen physischen und psychischen Vorgängen: *„Das vegetative System bildet ein Bindeglied zwischen den Sinnesempfindungen, Emotionen und Ideen, die im molekularen Zustand der zerebrospinalen Zentren und der Körperorgane entstehen, und stellt zudem enge Beziehungen zwischen dem Herz und den Bauchorganen her, die ihrerseits eng mit psychischen Zuständen verbunden sind.“*³⁰

Die Erforschung des Gehirns befasste sich mit der Ermittlung von Größe, Gewicht und Anzahl der Gehirnwindungen³¹, wobei auch Unterschiede bei verschiedenen Rassen beschrieben wurden und das Interesse der Forscher fanden³². Ferner wurden Temperaturveränderungen bei Gehirnaktivität gemessen und aus diesen auf eine erhöhte Zellaktivität und den Verbrauch

²⁷ Littlejohn 2009, S. 32

²⁸ Littlejohn 2009, S. 208-09

²⁹ Littlejohn 2009, S. 32

³⁰ Littlejohn 2009, S. 41-42

³¹ Littlejohn 2009, S. 66-67,69

³² Littlejohn 2009, S. 66-67

phosphorhaltiger Substanzen geschlossen³³, was heute die Grundlage der bildgebenden Verfahren in der neurobiologischen Forschung ist. Die Broca'schen Projektionsfelder wurden in die medizinische Wissenschaft eingeführt und Littlejohn zitiert daneben auch die Forschungsergebnisse von Exner, Munk und Meynert hinsichtlich der Projektion verschiedener sensorischer Funktionen auf bestimmte Cortexareale³⁴. Genaue klinische Beobachtungen bei Erkrankungen erweiterten den damaligen Kenntnisstand, aber die Begrenztheit naturwissenschaftlicher Methoden lässt Littlejohn formulieren, dass Forschung in Bezug auf die Physik und Chemie des Gehirns nahezu unmöglich zu sein scheint³⁵. Kenntnisse über chemische Vorgänge bei der Erregungsweiterleitung waren noch nicht vorhanden, aber genaue Beobachtungen des Reflexgeschehens und Schlussfolgerungen auf Wirkprinzipien des Nervensystems³⁶. Die zentrale Bedeutung der Sensorik für die Entwicklung des Nervensystems und des Bewusstseins wird formuliert und die Analyse der Bewusstseinsbildung nimmt breiten Raum ein, ebenso wie das Ausarbeiten der Grenze zwischen physiologischem Vorgang und mentaler Wahrnehmung³⁷ – immer wieder skizziert Littlejohn diese Grenze und stellt sie dar: Er zitiert Waller und Meynert, die bei zentralen Vorgängen immer von einer sensomotorischen Qualität ausgehen³⁸ und er postuliert das Mehr des Bewusstseins der mentalen Vorgänge im Vergleich zu den reinen Sinnesempfindungen und ihrer zentral-cerebralen Verarbeitung³⁹.

Die Analyse komplexerer psychischer Phänomene, die Littlejohn im Teil „Die Korrelationen zwischen den physiologischen und psychischen Prozessen“ vornimmt, stößt bei rein physiologischen Erklärungsansätzen naturgemäß an Grenzen, wie er formuliert: *„Daher zeigen die beiden hier betrachteten Theorien - also die physiologische einerseits und die psychische andererseits - zwar die psychischen und physiologischen Bedingungen, unter denen es zu Gefühlen kommt, liefern aber selbst dann, wenn man sie kombiniert, keine befriedigenden*

³³ Littlejohn 2009, S. 67

³⁴ Littlejohn 2009, S. 81-82

³⁵ Littlejohn 2009, S. 71

³⁶ Littlejohn 2009, S. 29, 35-36

³⁷ Littlejohn 2009, S. 130

³⁸ Littlejohn 2009, S. 91

³⁹ Littlejohn 2009, S. 134

Erklärungen des Phänomens Gefühl,“ und konstatiert weiterhin: *„Da Gefühl mit der gesamten psychischen Aktivität verbunden ist - also mit Sinnesempfindungen ebenso wie mit Wahrnehmung - wird es durch die psychischen Prozesse kompliziert.“*⁴⁰ Ihm ist bewusst, dass Gefühle komplexerer Natur sein können bis hin zu ästhetischen, intellektuellen, moralisch-religiösen und von sozialen Beziehungen abhängigen Gefühlen und moralischen Verpflichtungen⁴¹. Diese komplexen Gefühle oder Emotionen nehmen Einfluss auf organische Funktionen und vice versa, wie Littlejohn weiterhin ausführt⁴².

Und Littlejohn geht darüber hinaus, indem er feststellt, dass die Zivilisation Krankheiten Vorschub leistet⁴³ und nimmt damit die Sozialmedizin vorweg, die von Uexküll 1963 in seinem Buch „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ in ihrer Bedeutung für die Gesundheit ausführt⁴⁴. Ständiges Gefordertsein im Geistigen und eine sympathikotone Reaktionslage, - Littlejohn schreibt *„ ...stärkere mentale Anstrengung und einen größeren Selbstbehauptungskampf...“* - macht er für zahllose gestörte Zustände und Krankheiten verantwortlich⁴⁵. Aus heutiger Sicht sind Stress und Burn-out Äquivalente dieser Beschreibung. Als Ausdruck des salutogenetischen Prinzips darf man seine Aussage verstehen, dass zunächst der mentale Zustand an die Körperzustände vollkommener Gesundheit angepasst werden muss⁴⁶ und *„Da gibt es nur ein Rezept: Pflege und ständige Aufrechterhaltung des mentalen Gleichgewichts.“*⁴⁷.

Die Frage des Gedächtnisses wird am Ende des 19. Jahrhunderts ebenfalls lebhaft diskutiert, teils metaphysisch, teils organisch durch Zuordnung einer Erinnerung zu einer Gehirnzelle erklärt. Eine Erklärung, die Littlejohn nicht teilt⁴⁸, und der er bereits eine funktionelle Theorie gegenüberstellt⁴⁹. So schließt

⁴⁰ Littlejohn 2009, S. 156

⁴¹ Littlejohn 2009, S. 157

⁴² Littlejohn 2009, S. 167

⁴³ Littlejohn 2009, S. 11

⁴⁴ Von Uexküll 1964, S. 207-24

⁴⁵ Littlejohn 2009, S. 11

⁴⁶ Littlejohn 2009, S. 11

⁴⁷ Littlejohn 2009, S. 11

⁴⁸ Littlejohn 2009, S. 176-77

er sich den Meinungen von Haller bzw. Bonnet an, die Gedächtnis als auf das Gehirn gepauste Erinnerung oder als molekulare Veränderung durch eine Schwingung entlang einer Nervenbahn und dadurch modifizierte Nervensubstanz beschreiben, was einer Modifizierung durch Funktion entspricht und was im Bewussten wie im Unbewussten geschieht und eine psychische Entsprechung hat⁵⁰.

Zur Untrennbarkeit von Körper und Geist postuliert Littlejohn: *„Der Organismus ist eine Einheit aus Geist und Körper.“*⁵¹, was durch die späteren Psychosomatiker wie von Uexküll ebenso formuliert wird⁵². Darüberhinaus analysiert Littlejohn, dass psychische Prozesse Aktivitäten des Geistes präsentieren und der Geist im ganzen Körper präsent ist. Mentale Zustände können daher „das Blut vergiften“ oder „das Gehirn erschöpfen“⁵³. Bezüglich der pathophysiologischen und therapeutischen Relevanz war es für Littlejohn daher evident, dass diese Doppelformen von Aktivitäten aufeinander bezogen sind und die wechselseitige Beeinflussung von Körper und Geist die Basis für die therapeutische Einflussnahme mittels Hypnotherapie und die psychologische Behandlung psychopathologischer Zustände darstellt, wie er schreibt: *„Die letzte Schlussfolgerung der Psychologie besteht darin, dass der Geist eine unabhängige Einheit ist, empfänglich für Beeinflussungen durch den Körper, der umgekehrt durch das Gehirn auf den Geist einwirkt. Gegen diese Schlussfolgerung lässt sich kein wissenschaftliches Argument anführen. Und da sie die Basis für die Erklärung mentaler Suggestion im Bereich der Hypnotherapie darstellt und gleichzeitig Psychologie für die Behandlung psychopathologischer Zustände nutzbar macht, spricht alles dafür, sie zu akzeptieren“*⁵⁴. Als Zeitgenosse Freuds (1856-1939) war die allgemein übliche Behandlung von psychopathologischen Zuständen mittels Hypnoseverfahren, zum Beispiel durch Charcot am Hôpital Salpêtrière, offensichtlich auch Littlejohn bekannt.

⁴⁹ Littlejohn 2009, S. 175

⁵⁰ Littlejohn 2009, S. 106

⁵¹ Littlejohn 2009, S. 184

⁵² Von Uexküll 1964, S. 13

⁵³ Littlejohn 2009, S. 206-07

⁵⁴ Littlejohn 2009, S. 208

Der Analyse der verschiedenen Strömungen der Psychologie widmet sich Littlejohn bereits in der Einleitung zur „Psychophysiologie“⁵⁵, allerdings ohne die Entwicklungen in Wien durch Freud zu erwähnen, was angesichts der Parallelität der Veröffentlichungen (Erstveröffentlichung von Sigmund Freud „Traumdeutung“ 1899, vordatiert auf 1900) nicht wunder nimmt. Er argumentiert, dass wir bewusst keine Theorien über das Unbewusste aufstellen können⁵⁶. Ferner formuliert er in der Einleitung zu seiner „Psychophysiologie“: *„Moderne Psychologie und Physiologie betrachten den Menschen dagegen als Einheit von Geist und Körper.“*⁵⁷ Ebenso sind die Entwicklung von Geist und Gehirn für ihn untrennbar miteinander verbunden⁵⁸, beeinflusst von Umwelt und Erziehung⁵⁹. Aber darüber hinausgehend formuliert er, dass Gehirn und Geist eben nicht genau identisch sind⁶⁰ und er reflektiert „die Existenz einer metaphysischen Essenz“⁶¹ erkennend dass hier die Grenze der Wissenschaftlichkeit in den Naturwissenschaften erreicht ist, weswegen er diese Gedanken als „metaphysisches Konzept“ bezeichnet. So findet er die Verbindung zwischen Philosophie und Naturwissenschaft, die grundlegend im Selbstverständnis der Osteopathie ist.

⁵⁵ Littlejohn 2009, S. 4-5

⁵⁶ Littlejohn 2009, S. 23-24

⁵⁷ Littlejohn 2009, S. 10

⁵⁸ Littlejohn 2009, S. 9

⁵⁹ Littlejohn 2009, S. 19

⁶⁰ Littlejohn 2009, S. 19

⁶¹ Littlejohn 2009, S. 22

3.2 „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ von Thure von Uexküll

3.2.1 Die Entwicklung des Begriffs „Psychosomatische Medizin“

Durch die Fortschritte der Medizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts, die naturwissenschaftlichen Fundamente, die unsere Vorstellungen von „Krankheit“, „Körper“ und „Welt“ seither prägen und die im wesentlichen auf physikalischen und chemischen Prozessen beruhen, ging der Blick für Seelisches verloren⁶². Historisch gesehen gab es jedoch immer wieder Betrachtungen über die Wechselwirkung zwischen Körper und Seele, so zum Beispiel in der Zeit der Romantik, in der die Ärzte den Körper als Spiegel der Seele ansahen, der durch Gestik, Mimik und Sprache Seelisches zum Ausdruck bringt⁶³, oder durch Carus, einen Zeitgenossen Goethes, der ebenfalls die Wechselwirkung von Körper und Seele formulierte⁶⁴.

Der Betrachtung des Körpers als einer Maschine, bei deren Störung es galt den Sitz der Störung im inneren Getriebe aufzufinden – Still spricht von seinen Schülern als den Maschinisten⁶⁵ – zeigten sich im Verlauf der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts alsbald Grenzen auf⁶⁶. Thure von Uexküll führt das Beispiel der Kriegszitterer des 1. Weltkrieges sowie der sogenannten hysterischen Lähmungen, Blindheit oder Taubheit auf, bei denen keine anatomischen Veränderungen im Körper zu finden waren⁶⁷.

Dass anatomische Veränderungen eine Folge funktioneller Störungen sind und diese Erkenntnis für die Medizin bedeutsam ist, erkannte auch Ludolf Krehl (1861-1937). Die Diskussion über das Primat der Funktion oder das Primat der Struktur war damit in der Medizin angelangt, eine Diskussion die in der Osteopathie ebenfalls von Bedeutung ist. Viktor von Weizsäcker, ein Schüler Krehls, betonte immer wieder, dass hinter der Funktionsstörung ein kranker

⁶² Von Uexküll 1964, S. 14+16

⁶³ Von Uexküll 1964, S. 24

⁶⁴ Carus 2010

⁶⁵ Still 2005, II, S. 96

⁶⁶ Von Uexküll, S. 17

⁶⁷ Von Uexküll, S. 17

Mensch mit seiner seelischen Individualität steht⁶⁸ und wurde so zum Vorkämpfer der psychosomatischen Medizin.

Auch Sigmund Freud, der in seiner ärztlichen Ausbildung an neurophysiologischen Fragestellungen geforscht hatte, erkannte in seiner ärztlichen Laufbahn, dass Seelisches sich in körperlichen Symptomen ausdrückt, wie es bei den hysterischen Krankheitsbildern und zum Teil auch bei Neurosen erkennbar ist. Er entdeckte die Bedeutung des Unbewussten für die Entstehung dieser Erkrankungen⁶⁹.

Alexander fand die Entwicklung bestimmter Konfliktsituationen, die mit der jeweiligen Persönlichkeit des Menschen verknüpft sind, als Erklärung für die Entstehung von Krankheiten⁷⁰. Neben der Konstitution gewann die Betrachtung der Disposition des Menschen an Bedeutung und hierbei wiederum die Erkenntnis, dass psychische Faktoren die individuelle Entwicklung entscheidend bestimmen⁷¹. Schon in der frühesten Säuglingszeit prägen die mütterliche Zuwendung und Geborgenheit die spätere „natürliche“ oder „instinktive“ Beurteilung der Welt in höchstem Maße mit⁷². Wie Klaus Wilhelm, Leiter des Labors für Psychoneuroimmunologie der Universitätsklinik Innsbruck, feststellt, *„steigert jegliche negative Erfahrung - vor allem in den ersten Jahren, aber auch schon im Mutterleib - das Risiko vieler Menschen für alle möglichen Erkrankungen im späteren Leben“*⁷³. Dazu zählt er auch klassische internistische Erkrankungen wie Herz- und Kreislaufleiden, Krebs, Autoimmunerkrankungen, Asthma und Fibromyalgie. Die neurobiologischen Grundlagen werden durch neuere Erkenntnisse unter anderem von Hüther und Krens formuliert⁷⁴, Psychoanalytiker wie Janus nahmen schon länger psychische Einflüsse in der Schwangerschaft und perinatal als krankheitsauslösend an⁷⁵.

⁶⁸ Von Uexküll 1964, S. 22

⁶⁹ Von Uexküll 1964, S. 22

⁷⁰ Von Uexküll 1964, S. 57

⁷¹ Von Uexküll 1964, S. 33

⁷² Von Uexküll 1964, S. 34

⁷³ Wilhelm 2014

⁷⁴ Hüther, Krens 2013

⁷⁵ Janus 1997

So hat die These von Uexkülls, „*dass die Reaktionsweise der jeweiligen Gegenwart und die damit zusammenhängende Krankheitsbereitschaft immer wieder durch Ereignisse der Vergangenheit geprägt und umgeprägt worden ist*“ auch durch modernste Forschungen schlagende Belege gefunden⁷⁶.

Neben den individuellen Prädispositionen durch Vererbung und Konstitution gibt es für die Entwicklung von Krankheiten disponierende und auslösende Faktoren, zu denen auch kulturelle, religiöse und soziale Einflüsse zählen⁷⁷. Die Prägung des Menschen durch Sprache, Religion, Tradition, Ideen und Vorstellungen ist gemeinschaftsbildend, Natur und Umwelt werden von Menschen geformt und überformt⁷⁸. Auch Störungen in diesem Wechselspiel können zu pathogenen Faktoren werden und Krankheitsentstehung bewirken. Daher nimmt Thure von Uexküll auch die Medizin-Soziologie in sein Konzept mit auf⁷⁹. Im Spannungsfeld von Familie, Berufsgruppe, Freundeskreis und gesellschaftlicher Konvention findet jedes Individuum eine soziale Rolle mit jeweils eigenem Knotenpunkt im Feld der sozialen Geflechte⁸⁰. Die jeweiligen sozialen Strukturen haben ihre eigenen Spielregeln, denen das Individuum unterworfen ist, um zur Gemeinschaft dazuzugehören. Von Uexküll sprach hier auch von der Gemeinschaft als Krankheitsfaktor⁸¹. Es bedeutet einen Illusionsverlust zu erkennen, dass unser persönlicher Spielraum für Entscheidungen eingeschränkt ist⁸².

Weder physikalische noch psychologische Methoden können beantworten wie körperliche und seelische Vorgänge sich wechselseitig beeinflussen, die psychosomatische Medizin stößt auf ein philosophisches Problem⁸³. Sie kann jedoch nicht auf die spezifischen Probleme der Medizin allgemein-philosophische Antworten finden. Thure von Uexküll lehnt die Übernahme allgemein-philosophischer Konzepte für die Medizin sogar vehement ab⁸⁴. Mit

⁷⁶ Von Uexküll 1964, S. 31

⁷⁷ Von Uexküll 1964, S. 213

⁷⁸ Von Uexküll 1964, S. 214

⁷⁹ Von Uexküll 1964, S. 207

⁸⁰ Von Uexküll 1964, S. 209-10

⁸¹ Von Uexküll 1964, S. 63

⁸² Von Uexküll 1964, S. 210

⁸³ Von Uexküll 1964, S. 42

⁸⁴ Von Uexküll 1964, S. 40

Hilfe der Psychoanalyse muss die psychosomatische Medizin eigene Begrifflichkeiten entwickeln und Methoden, die ohne Zerlegung in Physisches und Psychisches auskommen⁸⁵.

Psychosomatische Medizin stellt sich heute also als ein bio-psycho-soziales Modell dar⁸⁶. Sie ist nicht ein zusätzliches Fachgebiet der Medizin im Sinne einer weiteren Aufsplitterung, sondern Bestandteil der klinischen Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde usw.⁸⁷.

3.2.2 Konversion und Organneurose

Konversion ist die Verwandlung seelischer Inhalte in körperliche Symptome, eine von Freud stammende Definition⁸⁸.

Diese Feststellung ist, wie von Uexküll ausführt, eine menschliche Grunderfahrung. Bei jeder Handlung wird etwas Seelisches, ein Gedanke oder Willensentschluss in eine körperliche Aktion, eine Bewegung unseres Körpers umgesetzt⁸⁹. Ohne Motiv, das uns zur Handlung auffordert, bliebe diese jedoch aus. Von Uexküll erläutert dies am Beispiel des Apfelpflückens von einem Baum⁹⁰: ohne Apfelbaum als Objekt und ohne Appetit als Motiv bliebe die Handlung des Apfelpflückens aus. Die Verhältnisse beim Menschen sind jedoch dadurch komplizierter, weil praktisch immer mehrere Motive gleichzeitig von Bedeutung sind⁹¹. Da die Motive nicht immer bewusst, sondern auch unbewusst sind, wird das Verständnis noch schwieriger. Motive sind zudem hierarchisch gegliedert: zu den Urmotiven Hunger, Durst, Sexualität stoßen Motive des sozialen Bereichs, die die überindividuelle Gemeinschaft und ihre Regeln vertreten. Das Ich steht im Spannungsfeld der Motive des Es (Urmotive) mit den Motiven des Über-Ich (Wirklichkeit der Gemeinschaft)⁹². Die Zugehörigkeit zu einer menschlichen Gemeinschaft ist für das menschliche Individuum „so

⁸⁵ Von Uexküll 1964, S. 81

⁸⁶ Von Uexküll 1989, S. 67

⁸⁷ Von Uexküll 1964, S. 44

⁸⁸ Von Uexküll 1964, S. 82

⁸⁹ Von Uexküll 1964, S. 85

⁹⁰ Von Uexküll 1964, S. 93+95

⁹¹ Von Uexküll 1964, S. 96

⁹² Von Uexküll 1964, S. 114

wichtig wie die Luft zum Atmen“⁹³, denn die menschliche Gemeinschaft gibt Geborgenheit und Schutz. Im Spannungsfeld zwischen Es und Über-Ich entstehen für den Menschen Motivkonflikte bewusster oder unbewusster Natur.

Die Symptome der Konversionserkrankungen beziehen sich fast ausschließlich auf Organe, die der Steuerung durch unseren bewussten Willen unterstehen wie den Bewegungsapparat, die Sprache und die Sinnesorgane Augen und Ohren, die ja auch bewusst auf wichtige Objekte gerichtet werden⁹⁴. Beispiele hierfür sind Konvulsionen, Lähmungen, hysterische Blindheit und Taubheit. Geht man bei einem Motivkonflikt davon aus, dass ein unbewusster Willensimpuls die Gliedmaßen bewegt oder an Bewegungen hindert, erklärt dies die Beeinflussung des Körperlichen durch nicht bewusste seelische Vorgänge⁹⁵.

Zur Illustration dieser Gedankengänge greift von Uexküll auf den berühmten Fall des Fräuleins von R. zurück, über den Freud am Anfang seiner Forschungen berichtete⁹⁶. *„Im Herbst 1892 übernahm Freud die Behandlung der 24jährigen Elisabeth von R., die seit zwei Jahren an einer Gehstörung litt... Die Kranke konnte nur mit vornübergeneigtem Körper gehen. Schmerzen und Spannungszustände in der Oberschenkelmuskulatur ließen eine andere Art der Fortbewegung nicht zu. Da die Untersuchung eine organische Nervenkrankheit ausschließen konnte, entschloss sich Freud, eine Psychotherapie durchzuführen... Die Patientin war die jüngste von 3 Schwestern und auf dem Lande als Tochter eines Gutsbesitzers aufgewachsen. Sie war der besondere Liebling des Vaters, der von ihr sagte, sie ersetze ihm einen Sohn und einen Freund. So kam es, dass sie in ihren Gedanken und Wünschen zunächst mehr die Rollen eines Mannes als die einer Frau spielte, ehrgeizige Berufspläne hatte und sich für die Familie und deren soziale Stellung verantwortlich fühlte.*

Diese Phase ihrer Entwicklung wurde jäh abgebrochen, als der Vater anderthalb Jahre nach einem plötzlich aufgetretenen Herzleiden starb, während

⁹³ Von Uexküll 1964, S. 116

⁹⁴ Von Uexküll 1964, S. 89

⁹⁵ Von Uexküll 1964, S. 89-90

⁹⁶ Von Uexküll 1964, S. 138-41

dessen er von der Tochter gepflegt wurde...Dann folgten drei Jahre weiteren Missgeschicks. Die Mutter erkrankte an einem Augenleiden. Die älteste Schwester heiratete einen Mann, der sich nicht mit der Familie verstand... In diese Jahre fiel der Tod der zweiten Schwester, die sich ebenfalls verheiratet hatte und die bei einer Schwangerschaft starb... .

Den ersten, freilich noch sehr entfernten Hinweis auf die Entstehungsursachen der Gangstörung erhielt Freud auf die Frage nach der psychischen Verfassung, an welche die erste Entstehung der Schmerzen geknüpft gewesen sei. Die Kranke beantwortete ihm diese Frage nicht, aber sie schilderte ihm nicht ohne Hemmungen und Schwierigkeiten einen Einfall, der bei dieser Frage auftauchte:: Sie habe an einen Abend denken müssen, an dem ein junger Mann sie von einer Gesellschaft nach Hause brachte, und an die Empfindungen, mit denen sie dann zur Pflege des kranken Vaters zurückkehrte. Dabei kam heraus, dass sie diesen jungen Mann schon seit Jahren gekannt hatte und dass in ihr die Überzeugung entstanden war, er liebe sie. Seit der Erkrankung des Vaters hatte sie ihn immer seltener gesehen. Der Abend, an dem sie auf das Drängen der Ihren und des Vaters vom Krankenbett zur Gesellschaft gegangen war, bedeutete für die Patientin den Höhepunkt ihrer Empfindungen für den jungen Mann. Aber als sie von warmen und zärtlichen Gefühlen erfüllt nach Hause kam, hatte sich das Befinden des Vaters verschlimmert. Sie machte sich die bittersten Vorwürfe... Freud schreibt, dass hier durch den Kontrast zwischen der Seligkeit, die sie sich damals gegönnt hatte und dem Elend des Vaters, das sie zu Hause antraf, ein Konflikt, ein Fall von Unverträglichkeit gegeben war. Nur war es damals nicht zu krankhaften Symptomen gekommen. Der Verzicht auf ihre Liebe war zwar schmerzlich, sie hatte ihn aber dem Vater zuliebe auf sich genommen. Der Konflikt konnte in ihrem Bewusstsein bleiben, ohne unerträgliche Vorstellungen zu erwecken... Der Weg, der schließlich zur Aufdeckung dieser verborgenen Quelle ihrer Leiden führte, war mühsam und langwierig... Da kam ihm ein Zufall zu Hilfe. Während einer Behandlung seiner Patientin hörte er im Nebenzimmer die Schritte und die Stimme eines Mannes. Es war der Mann ihrer verstorbenen jüngeren Schwester... Die Patientin bat, die Sitzung abbrechen zu dürfen und erhob sich. Dabei trat ein heftiger Rückfall der Schmerzen ein, die sich im Laufe der bisherigen Behandlung schon

zeitweise gebessert hatten... Freud schreibt: Ich stellte die Frage nach den Umständen und Ursachen des ersten Auftretens der Schmerzen... Die Gedanken der Patientin führten zu einem Kuraufenthalt, bei dem ... auch die jüngere Schwester und jener Schwager zugegen waren. Die glückliche Ehe dieser Schwester, die rührende Fürsorge des Ehemannes und das innige Einverständnis, das zwischen den beiden herrschte, hatten einen tiefen Eindruck auf die Kranke gemacht... Bei einem längeren Spaziergang, zu dem die kranke Schwester, die zu Hause bleiben musste, die beiden gedrängt hatte, sei sie ihrem Schwager sehr nahegekommen. Sie befand sich so sehr im Einklang mit allem, was er sagte, dass der Wunsch, einen Mann zu besitzen, der ihm gleiche, in ihr übermächtig geworden sei. Am Abend nach diesem Spaziergang war die schmerzhaft Gangstörung aufgetreten. Sie hatte sich verschlimmert. ... als sie wenige Tage später auf einer Aussichtsbank saß und wiederum von einem Lebensglück träumte, wie es der Schwester zugefallen war... Nach dem Tod der Schwester ... während die Patientin von schmerzlichen Gedanken bewegt an das Bett der Toten trat, hatte ein anderer Gedanke Elisabeths Gehirn durchzuckt..., der Gedanke, der wie ein greller Blitz durchs Dunkel fuhr: Jetzt ist er wieder frei, und ich kann seine Frau werden... Der Effekt der Wiederaufnahme jener verdrängten Vorstellung ins Bewusstsein war ein niederschmetternder für das arme Kind. Sie schrie laut auf, als ich den Sachverhalt mit den trockenen Worten zusammenfasste: "Sie waren also seit langer Zeit in Ihren Schwager verliebt." Sie klagte über die gräßlichsten Schmerzen... Es sei nicht wahr, ich habe es ihr eingeredet... Mit der Zeit kamen aber immer mehr Erinnerungen, die ihr die Richtigkeit der Deutung bestätigten und mit der Wiederaufnahme der abgesprengten Erinnerung in ihr Bewusstsein war ein Heilungsprozess eingeleitet worden... "

Da Konversionssymptome Konflikte zwischen individuellen und sozialen Motiven ausdrücken, fasst von Uexküll sie als „Ausdruckskrankheiten“ zusammen⁹⁷, zu denen neben den hochdramatischen Krankheitsbildern auch Leiden wie zum Beispiel hartnäckige Verstopfung, Störungen der Bewegungs- und Haltungsfunktion wie Muskelverhärtungen, Fehlhaltungen,

⁹⁷ Von Uexküll 1964, S. 150

Abnutzungserscheinungen, Hyperventilationstetanien und andere gehören⁹⁸. Davon abzugrenzen sind die Organneurosen.

Die Kenntnisse über die Zusammenhänge von vegetativ gesteuerten Körperfunktionen und emotionalen Zuständen sind uralte, eventuell sogar älter als die Medizin⁹⁹. Von Uexküll verweist hier wiederum auf Carus, der „... *darüber Betrachtungen angestellt hat, die heute noch lesenswert sind.*“¹⁰⁰ Auf der Basis der physiologischen Forschung, ausgehend von Pawlow und Cannon, ergaben sich Erkenntnisse über die Funktionsweise des vegetativen Nervensystems und dessen Verknüpfungen mit dem sogenannten animalischen Nervensystem. Das vegetative Nervensystem leistet die „Bereitstellung“ bestimmter Reaktionsmuster, zum Beispiel eines erhöhten Herzschlages, einer vertieften Atmung und eines „still gelegten“ Magens für unmittelbar bevorstehende Anforderungen, auch ohne dass unser Ich dabei aktiv mitwirkt¹⁰¹. Emotionen oder Stimmungen übernehmen die Führung in diesem Geschehen, auch ohne dass das für Außenstehende immer nachvollziehbar ist, denn man kann neben realen Gefahren auch aus inneren Gründen solche Reaktionen erleben¹⁰². Die Welt, wie sie sich uns aufgrund emotionaler Deutungen oder Stimmungen darstellt, kann eine Bereitstellung wie für reale, „objektive“ Notsituationen bewirken¹⁰³. Wenn solche Bereitstellungen keine Handlung erlauben, also keine Auflösung der Affekte, besteht die Gefahr, dass ähnliche Situationen ebenfalls solche Bereitstellungen auslösen, zum Beispiel einen hohen Blutdruck oder Herzklopfen¹⁰⁴. Ferner besteht die Möglichkeit der Affektverschiebung auf fremde Motive. Zum Beispiel wird bei Menschen, die aus Kummer essen, die Stimmung der Trostbedürftigkeit auf die Motive zur Nahrungsaufnahme verschoben¹⁰⁵. Werden Motive so früh verdrängt, dass sie nicht an der Reifung der Persönlichkeit teilnehmen können, bleibt die Stimmung gleichsam ohne Objekt und kann nicht abklingen. Es kann zu einer fixierten

⁹⁸ Von Uexküll 1964, S. 152

⁹⁹ Von Uexküll 1964, S. 158

¹⁰⁰ Von Uexküll 1964, S. 158

¹⁰¹ Von Uexküll 1964, S. 172

¹⁰² Von Uexküll 1964, S. 168

¹⁰³ Von Uexküll 1964, S. 171

¹⁰⁴ Von Uexküll 1964, S. 183

¹⁰⁵ Von Uexküll 1964, S. 186

Bereitstellung kommen¹⁰⁶. Aus einer solchen können vegetative Störungen mit daraus resultierenden Erkrankungen entstehen, wie zum Beispiel Bluthochdruck, Magenschleimhautentzündungen, Schilddrüsenerkrankungen, Asthma bronchiale und andere¹⁰⁷.

Zur Illustration dieser Pathologie hier wiederum eine Patientengeschichte, die Thure von Uexküll schildert. *„K. ist Besitzer einer Gärtnerei, die er von seinem Vater geerbt hat. Er ist jetzt 61 Jahre alt und kam vor drei Jahren zum erstenmal in die Sprechstunde. Der Grund, weshalb er mich aufsuchte, war ein seit Jahren erhöhter Blutdruck, der ihn zunächst nicht wesentlich gestört hatte. Vor einem halben Jahr hatte er aber einen Schlaganfall erlitten... Dieses Ereignis hatte ihn auch deswegen sehr beunruhigt, weil ein jüngerer Bruder vor zwei Jahren an einem Schlaganfall gestorben war. Der Patient hatte drei Brüder, die alle einen hohen Blutdruck hatten. Er hatte anfangs gemeint, das sei eine Familieneigenschaft... Merkwürdig war, dass zwar die Geschwister einen hohen Blutdruck hatten, dass die Eltern aber offenbar nicht von dieser Krankheit betroffen waren... Der Patient berichtet dann, dass sein Vater ein sehr jähzorniger Mann gewesen sei. Seine Wutausbrüche waren so furchtbar, dass die ganze Familie vor ihm gezittert hätte. Er hat bei solchen Wutanfällen die Kinder so geschlagen, dass nur das Dazwischentreten der Mutter das Schlimmste verhindern konnte. Von den späteren Jahren berichtet er, dass der Vater bei seinen Wutausbrüchen die Angestellten der Gärtnerei so beschimpft und bedroht habe, dass keiner lange blieb. Die Brüder hätten dann immer wieder versuchen müssen, auszugleichen oder die Angestellten mit dem Hinweis zu versöhnen, dass der Vater es ja nicht so meine.*

Wenn man die Geschichte des Kranken hört, gewinnt man den Eindruck, dass er seine Kindheit unter der ständigen Drohung eines Gewitters verbracht hat, das bei der geringsten Auflehnung den Schuldigen mit Blitz und Donner vernichten konnte. Seine spätere Jugend schien hauptsächlich mit der Beschäftigung ausgefüllt gewesen zu sein, Frieden zu stiften, auszugleichen und erzürnte Angestellte zu versöhnen. Er sei das Gegenteil seines Vaters... Er

¹⁰⁶ Von Uexküll 1964, S. 187

¹⁰⁷ Von Uexküll 1964, S. 188

ist ein kräftiger, untersetzter Mann, der sein Leben sehr genau einteilt. Seine Gärtnerei ist musterhaft geführt... Auch in seiner Familie geht alles nach Wunsch... Zank und Streit könne er nicht vertragen... Bei der Untersuchung im körperlichen Bereich findet sich keine Ursache, die den erhöhten Blutdruck erklärt... Ein Thema, das ihn sichtlich erregte, war die Kindererziehung. Er meinte, dass Kinder streng und hart erzogen werden müssten... Die Kinder wären laut und ungehorsam. Das käme nur daher, dass sie nicht genug geprügelt würden. Es sei ganz falsch, den Lehrern die körperliche Züchtigung der Schüler zu verbieten... Wenn das Gespräch dieses Thema anschnitt, stieg sein Blutdruck auf 290/160 mm Hg. Bei der Frage, ob er seine Kinder nach diesen Prinzipien erziehe, stellt sich heraus, dass er das Problem seiner Frau überlässt. Er will mit der Bestrafung nichts zu tun haben...

Dieser Patient hatte offensichtlich nicht gelernt, Motive zu finden, um aggressive Stimmungen in Handlungen umzusetzen, die sozial akzeptiert oder doch toleriert sind. In seiner Kindheit konnten Motive der Auflehnung oder des Kampfes gegen den jähzornigen Vater nicht auftauchen oder wurden - wenn sie sich regten - sofort verdrängt. Dieser Vater war für die Kinder so etwas wie ein schrecklicher, unheilrohender und unberechenbarer Gott, in dessen Gegenwart jeder Gedanke an Widerstand Schuldgefühl und Angst erwecken musste. So bildete sich ein Über-Ich, das keinerlei aggressive Motive zuließ... Hier drängt sich uns die Deutung auf, dass der hohe Blutdruck des Patienten mit der aggressiven Stimmung zu tun hat, die aus der Umgebung ständig neue Nahrung erhält, aber keine Motive fand, die ihr Abfluss verschafften. Damit wäre sein erhöhter Blutdruck Teil einer Bereitstellung zu Abwehr und Kampf, die zu einem Dauerzustand geworden ist.“¹⁰⁸

Die psychosomatische Medizin vertritt die These, dass bestimmte Formen des Bluthochdrucks aufgrund verdrängter oder nicht zugelassener Aggressionen entstehen¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Von Uexküll 1964, S. 188-90

¹⁰⁹ Von Uexküll 1964, S. 197

3.2.3 Funktionelle Syndrome

Neben den Bereitstellungskrankheiten und den Ausdrucksleiden gibt es zahlreiche Krankheiten und Symptome, die sich in diese Einteilung nicht einfügen, wie Verdauungsbeschwerden, Herzschmerzen, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Schwindel und so weiter, und bei denen man keine organische Erkrankung findet. Ein Viertel bis ein Drittel der Patienten gehören zu dieser Gruppe^{110 111}. Diese Gruppe von Patienten werden unter dem Begriff der funktionellen Syndrome subsummiert.

Als Ursache der funktionellen Syndrome wird ein Motivkonflikt diskutiert, der mit starken Affekten verbunden ist¹¹². Von Uexküll vertritt die These, dass die widerstreitenden Affekte der Kranken an Motive gekoppelt sind, die die soziale Kontrollinstanz der Kranken, ihr Über-Ich, geächtet hat. In den Krankheitsbildern der funktionellen Syndrome sind Bereitstellungen und Motive vorhanden, die durch gegenteilige Motive in ihrer Umsetzung zu Handlung gehindert werden¹¹³. Von den widerstreitenden Motiven in ihrem Inneren wissen die Kranken meist nichts, jedoch sind diese Konflikte oft sehr bewusstseinsnah¹¹⁴. Durch die widerstreitenden Motive erklären sich die flüchtigen Stimmungen und damit wechselnden Symptome, die gleichsam aufreißen und durch andere Motive wieder verschwinden¹¹⁵. Auch körperliche Erkrankungen können zu Bereitstellungen und Motiven führen (zum Beispiel Schonung nach schweren Erkrankungen), die mit anderen Motiven (Wunsch nach Aktivität) in Konflikt geraten und dadurch wechselnde Stimmungen und Symptome verursachen¹¹⁶.

Vor allem der Widerstreit zwischen aggressiven Impulsen und der sozialen Kontrollinstanz, der wiederum Angst vor der eigenen Gewalttätigkeit hervorruft, kann zu Schuldgefühlen und zu Impulsen der Selbstbestrafung führen¹¹⁷,

¹¹⁰ Von Uexküll 1964, S. 199

¹¹¹ Mitscherlich 1989, S. 175

¹¹² Von Uexküll 1964, S. 202

¹¹³ Von Uexküll 1964, S. 201

¹¹⁴ Von Uexküll 1964, S. 202

¹¹⁵ Von Uexküll 1964, S. 202

¹¹⁶ Von Uexküll 1964, S. 203

¹¹⁷ Von Uexküll 1964, S. 202

woraus Erkrankungen des depressiven Formenkreises, neurotische Symptome und funktionelle Syndrome entstehen können.

3.2.4 Die Fragestellung des Verstehens

Hier zeigt sich, dass die vorwissenschaftliche Erfahrung des Verstehens bedeutet, hinter den Worten Motive und Stimmungen des Gegenübers zu erfassen und zu erfahren, wie es in seiner Welt aussieht¹¹⁸. Balint bezeichnet dies als *„Aura der Assoziationen, von denen jedes Wort umgeben ist und die in jeder Sprache verschieden ist, verschieden auch in den wechselnden menschlichen Beziehungen bei gleicher Sprache.“*¹¹⁹ Die Menschen haben durch die Sprache die Möglichkeit Motive in Worte umzusetzen¹²⁰. Sie verdrängen und vergessen, um eine gewisse „Psychohygiene“ zu betreiben. Auch diese Anteile zu erarbeiten, ist in der professionalisierten Kultur des Verstehens der Psychoanalyse ein wichtiges Anliegen¹²¹. In der Betrachtungsweise des Konstruktivismus, die Thure von Uexküll in späteren Jahren explizit vertritt¹²², geht man davon aus, dass jeder Mensch sich seine Welt aufgrund der Sinneseindrücke, der persönlichen Vorerfahrungen erschafft, „konstruiert“. Was an Farben, Formen, Tönen in unserem Bewusstsein ist, sind Konstruktionen, die unser Zentralnervensystem in kompliziertesten Interaktionen verschiedener Neuronenverbände konstruiert¹²³. Zu diesen Sinneseindrücken kommen persönliche Lebenserfahrungen, die ab dem frühesten Säuglingsalter und wohl auch präpartal bereits prägend sind¹²⁴. In all diesen Bereichen findet Kommunikation statt, die von Uexküll mit Hilfe der Biosemiotik nach Peirce und einer Weiterentwicklung der Zeichenlehre seines Vaters Jakob von Uexküll genauer erklärt¹²⁵. Balint schreibt bei der frühen Mutter-Kind-Beziehung von einem *„Zueinander-Passen“* von Kind und Bezugspersonen¹²⁶, was von Uexküll semiotisch als Kommunikation auf einer

¹¹⁸ Von Uexküll 1964, S. 113

¹¹⁹ Balint 1973

¹²⁰ Von Uexküll 1964, S. 146

¹²¹ Von Uexküll 1964, S. 149

¹²² Von Uexküll 2002, S. 6

¹²³ Von Uexküll 2002, S. 20

¹²⁴ Balint 1955b

¹²⁵ Von Uexküll 2002, S. 10-11, 19

¹²⁶ Balint 1973

ikonischen Ebene interpretiert¹²⁷. Die Semiotik als Zeichenlehre, die bis Mitte des 19. Jahrhunderts in der Medizin eine anerkannte Rolle spielte, analysiert neben der Sprache als symbolische Zeichen auch ikonische und indexikalische Zeichen, wobei ikonische Zeichen für das „*Sein in sich selbst*“ nach Pierce stehen und indexikalische Zeichen durch ihr Dasein auf etwas anderes, Erstes verweisen, wie zum Beispiel Rauch und Feuer¹²⁸. Die verschiedenen Zeichenklassen sind für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient alle bedeutsam, in der Lebensgeschichte eines Menschen „*schlägt sich die ikonische und indexikalische Vergangenheit in der symbolischen Einheit der Sprache nieder*“¹²⁹ und der Zugang zur Wirklichkeit des Patienten eröffnet sich dem Arzt durch die Integration aller Ebenen.

Das Verstehen des Gegenübers wird also unserer Sichtweise der Welt, unseren Vorstellungen und Erfahrungen geprägt. Gerade in der psychosomatischen Medizin muss man nach Balint feststellen, „*dass der gesunde Menschenverstand vor allem unsere uns selbst unbewussten Vorurteile enthält*.“¹³⁰ Will man also die Ereignisse, mit denen Patienten konfrontiert sind, nicht so sehen wie der Therapeut sie sieht, sondern wie der Patient sie sieht, muss man nach V. v. Weizsäcker „*das Subjekt in die Medizin einführen*.“¹³¹. Ferner muss man der Tatsache Rechnung tragen, dass der Arzt oder Therapeut, ohne es zu wissen und zu wollen, seine Patienten ständig beeinflusst, also ebenfalls als Therapeutikum, als „Droge Arzt“ wirkt¹³².

Für diesen Bereich eine Fortbildungsmöglichkeit zu schaffen, um die Wirkungen und Nebenwirkungen der Droge Arzt zu erforschen und Ärzte und Therapeuten in ihrer Wahrnehmung und ihrem Verstehen zu schulen, war das Anliegen Michael Balints^{133 134}.

¹²⁷ Von Uexküll 2002, S. 13

¹²⁸ Von Uexküll 2002, S. 11

¹²⁹ Von Uexküll 2002, S. 15

¹³⁰ Von Uexküll 1964, S. 75

¹³¹ Von Uexküll 1964, S. 79

¹³² Von Uexküll 1964, S. 69

¹³³ Balint 1957, S. 194

¹³⁴ Nedelmann 1989, S. 27-28

3. 3 „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ von Balint

3.3.1 Der Patient und seine Krankheit

Zu Beginn jeder Erkrankung ist der Patient mit seiner Krankheit allein. Dieses „unorganisierte“, nicht benannte Stadium der Erkrankung kann von wenigen Augenblicken bis zu mehreren Jahren dauern¹³⁵. Entschließt er sich zu seinem Arzt zu gehen, so ist das wichtigste Anliegen die Frage nach dem Namen der Krankheit, der Diagnose¹³⁶. Wenn nach der medizinischen Diagnostik keine benennbare Krankheit gefunden wird, fühlt sich der Patient mit dem Angebot seiner Symptome abgewiesen. Oft wird dann eine Reihe von zusätzlichen Untersuchungen durchgeführt, aus der Angst heraus eine physische Diagnose zu übersehen, was mehr gefürchtet wird als eine funktionelle Diagnose nicht zu stellen¹³⁷. Das hängt eng mit dem Glauben zusammen, dass körperliche Erkrankungen schwerer sind als Persönlichkeitsprobleme, wie Balint bemerkt¹³⁸. Kann keine befriedigende Diagnose gestellt werden, ist die Frage, welche „Angebote“ des Patienten der Arzt annimmt und – wie auch immer - behandelt, also wie sich die Krankheit im Kontext der Patienten-Therapeuten-Beziehung „organisiert“¹³⁹. Bleiben zugrunde liegende Konflikte unerkannt, wird der Patient unter Umständen jahrzehntelang unter seinen Symptomen leiden, ohne dass eine entsprechende Therapie stattfindet – zum Schaden des Patienten¹⁴⁰.

Ferner stellt sich die Frage, wie ein Patient seine Krankheit erlebt: ist sie für ihn ein schwerer Schlag oder bedeutet sie willkommene Erleichterung? Bietet die Erkrankung dem Patienten eine Quelle direkter Befriedigung? Gibt sie ihm die Möglichkeit, sich aus überfordernden, unbefriedigenden Beziehungen zur Umwelt zurückzuziehen? Profitiert der Patient von der Möglichkeit zur Introversion, also dem Rückzug von seiner Umwelt in seelische Vorgänge und Empfindungen oder findet eine Regression statt, also ein Rückzug in frühere

¹³⁵ Balint 1957, S. 339

¹³⁶ Balint 1957, S. 46

¹³⁷ Balint 1957, S. 68

¹³⁸ Balint 1957, S. 71

¹³⁹ Nedelmann 1989, S. 32

¹⁴⁰ Von Uexküll 1989, S. 60

infantile Verhaltensweisen, die dem Patienten eventuell bei der Heilung der Krankheit helfen¹⁴¹?

Die Komplexität dieser Fragen und Aspekte beleuchtet, warum eine „objektive“ Diagnose wesentliche Aspekte der Erkrankung bei manchen Patienten übersieht und wichtige subjektive, sympathetische Behandlungen nicht stattfinden. Eine Beschäftigung mit solchen Gesichtspunkten des Patienten, seiner Krankheit und der Arzt-Patient-Beziehung ist daher von großer Wichtigkeit¹⁴².

3.3.2 Das Konzept der Fallkonferenz nach Balint

Als Balint seine Fallkonferenzen für praktische Ärzte an der Londoner Tavistock-Klinik begann, wollte er ein Forschungsseminar etablieren, das sich der psychologischen Probleme in der Allgemeinpraxis annimmt¹⁴³. Der Hauptbestandteil dieses Projektes waren wöchentliche Sitzungen mit 8-10 Teilnehmern und einem oder zwei Psychiatern, in denen Patientenfälle in der Gruppe vorgestellt wurden und die über drei Jahre andauerten¹⁴⁴. Dieses Basis-Setting ist heute noch in Balintgruppen (mit gewissen Erweiterungen) Standard, wobei die Leitung auch von einem Psychoanalytiker übernommen werden kann und die Sitzungen oft vierzehntägig stattfinden¹⁴⁵. Der Leiter sollte auf jeden Fall neben einer psychoanalytischen oder psychiatrischen Ausbildung auch eine Ausbildung in Gruppentherapie haben oder mit der Handhabung von Gruppen vertraut sein, wie Michael Balint forderte¹⁴⁶. Ferner verlangte M. Balint eine kontinuierliche Teilnahme an den Fallkonferenzen im Rahmen seines Forschungsprojektes¹⁴⁷.

In der Gruppe wird gewöhnlich von einem Anwesenden ein Fall frei vorgetragen ohne dass schriftliche Aufzeichnungen verwendet werden sollen^{148 149}. Da nicht

¹⁴¹ Balint 1957, S. 348-50

¹⁴² Balint 1957, S. 322

¹⁴³ Balint 1957, S 15

¹⁴⁴ Balint 1957, S. 403, 417

¹⁴⁵ Nedelmann 1989, S. 44

¹⁴⁶ Balint 1957, S. 427

¹⁴⁷ Nedelmann 1989, S. 37+44

¹⁴⁸ Balint 1957, S. 401

¹⁴⁹ Nedelmann 1989, S. 45

die objektive Berichterstattung, sondern ein freies Berichten mit allen möglichen subjektiven Überlegungen, Auslassungen, Einfällen usw. gefördert wird, erinnert das Verfahren an das Arbeiten mit "freien Assoziationen". Ebenso folgt die Diskussion des Falles durch die Gruppe der Grundregel des freien Einfalls und wurde von Balint wie „freie Assoziationen“ behandelt¹⁵⁰. Im Gegensatz zur Praxis des Arztes können, ja sollen in der Gruppe alle Einfälle und vor allem auch Gefühle zur Sprache kommen. Es soll ein besonderes Gespür für das Hören, auch der nicht gesagten Dinge, entwickelt werden. Zum Zuhören gehört ebenso das genaue Beobachten: Kleidung, Haltung, Tonlage, Gesichtsausdruck, Körpersprache sind von Bedeutung¹⁵¹. Der Begriff „*Mut zur eigenen Dummheit*“ wurde von M. Balint geprägt als wichtiges Ziel einer offenen Diskussion in der Gruppe. Der besondere Fokus liegt auf der Beziehung zwischen zwei Personen – Patient und Therapeut - oder fachspezifischer ausgedrückt auf der Übertragung Patient-Arzt und der Gegenübertragung des Arztes auf seinen Patienten¹⁵².

In der Abgrenzung zu anderen psychotherapeutischen Verfahren bemerkte Balint, dass es einerseits offene, sichtbare, manifeste und andererseits persönliche, verborgene Übertragungen gibt, wobei die ersteren für die Gruppe einsichtig gemacht werden und die persönlichen als Ausdruck der Individualität des Arztes nicht berührt werden, um aus der Fallbesprechungsgruppe nicht eine Selbsterfahrungsgruppe zu machen und nicht eine Therapie von Gruppenmitgliedern zu initiieren^{153 154}.

Besondere Anforderungen stellte Balint an den Gruppenleiter, der „*in der Gruppe untertauchen soll*“, um die immer vorhandenen und ständig wechselnden Übertragungsgefühle der verschiedenen Teilnehmer nicht zu stark auf den Leiter zu konzentrieren¹⁵⁵. Nach Nedelmann hat der Gruppenleiter die schwierige Aufgabe, der Gruppe in Krisen zu zeigen, wie sie daraus „*neue*

¹⁵⁰ Balint 1957, S. 401

¹⁵¹ Nedelmann 1989, S. 28

¹⁵² Nedelmann 1989, S. 48

¹⁵³ Balint 1957, S. 417

¹⁵⁴ Nedelmann 1989, S. 48

¹⁵⁵ Balint 1957, S. 410

*Einsichten gewinnen kann, ohne der Neigung der Gruppe zu folgen, aus der Fallbesprechung in eine Selbsterfahrungsgruppe zu wechseln*¹⁵⁶.

Zusammenfassend kann man zum Thema der Arbeit in den Fallkonferenzgruppen sagen, dass das Hauptinteresse sich auf das Verhältnis Arzt-Patient konzentriert, sodann an zweiter Stelle auf die Beziehung des Patienten zu seiner Krankheit und an dritter Stelle auf die Beziehung des Arztes zur Gruppe und deren Leiter¹⁵⁷.

3.3.3 Interaktionsanalyse

Michael Balint fasste neben der Betrachtung der Beziehung Arzt-Patient auch die Beziehung Arzt-Gruppenleiter und einzelner Arzt-übrige Gruppe unter dem Begriff „Gegen-Übertragung“ zusammen, wobei er den einzelnen Aspekten dabei unterschiedliche Aufmerksamkeit schenkte¹⁵⁸.

Die Übertragung der Affekte einzelner Gruppenmitglieder auf den Leiter zu minimieren, war ebenso ein Ziel der speziellen Gruppensituation, als auch die Übertragung psychotherapeutischer Verfahren auf die Gruppenmitglieder zu vermeiden. Der Gruppenleiter sollte darüberhinaus weder als Lehrer auftreten noch als überlegener Mentor agieren¹⁵⁹. Balint begriff sich ebenso als Lehrender wie als Lernender und sah seine Gruppenmitglieder in eben dieser Funktion.

Die Rolle der Gruppe charakterisierte er als „*Benutzung der Bruderhorde an Stelle des Urvaters*“¹⁶⁰. Durch die Darstellung der individuellen Methoden eines Teilnehmers im Vergleich zu den anderen, durch das Fokussieren des Wissens und Könnens der unterschiedlichen Teilnehmer auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient im vorgebrachten Fall werden Assoziationen frei, Gefühle transparenter und verborgene Aspekte des Falles im Rahmen der Diskussion sichtbar. Für die Gruppe spricht ferner, dass das Wissen nicht auf eine Person in der Supervision begrenzt ist, blinde Flecke beim vortragenden Arzt, beim

¹⁵⁶ Nedelmann 1989, S. 49

¹⁵⁷ Balint 1957, S. 419

¹⁵⁸ Balint 1957, S. 410

¹⁵⁹ Balint 1957, S. 427, 80

¹⁶⁰ Balint 1957, S. 412-13

Leiter oder in der Gruppe zu entdecken sind und nicht eine Person (der Leiter) als die einzige Quelle von Licht und Wissen erscheint¹⁶¹.

Ziel der Gespräche in den Fallkonferenzen ist, dass der einzelne Arzt sich seines Anteils und seiner persönlichen Widerstände im Verhältnis zu Patienten und Gruppenmitglieder bewusst wird und es dadurch zu „*einer wesentlichen, wenn auch begrenzten Wandlung der Persönlichkeit*“ des Seminarteilnehmers kommt¹⁶², ein Ziel, das Michael Balint immer wieder erwähnt. Das Bewusstwerden der Gegenübertragung des Arztes auf seinen Patienten, das heißt, wie er seine Persönlichkeit, Überzeugungen, seine Verhaltensautomatismen – seine „apostolische Mission“ - einsetzt, ist das wichtigste Material in den Diskussionen¹⁶³.

Auf das Arzt-Patienten-Verhältnis soll daher im Folgenden ausführlich eingegangen werden.

3.3.4 Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Prägend ist nach Michael Balints Auffassung die apostolische Sendung oder Funktion, die jeder Arzt innehat – *„eine vage, aber fast unerschütterlich feste Vorstellung davon, wie ein Mensch sich verhalten soll, wenn er krank ist. Obwohl diese Vorstellung keineswegs klar und konkret ist, ist sie unglaublich zäh und durchdringt, wie wir festgestellt haben, praktisch jede Einzelheit der Arbeit des Arztes mit seinem Patienten. Es war fast als ob jeder Arzt eine Offenbarung darüber besäße, was das Rechte für seine Patienten sei...“*¹⁶⁴. Jede Haltung, die ein Therapeut einnimmt, beeinflusst seine Beziehung zu seinem Patienten. Sowohl eine Beschränkung auf „objektive“ Behandlungen unter Vermeidung aller zweiseitigen Beziehungen zum Patienten prägt das Verhältnis zum Patienten, wie auch der Doktor als „Seelentröster“ oder als „Beichtvater“¹⁶⁵. Ob der Arzt eine Art autoritäre Elternfigur, Vormund, Mentor oder neutraler Wissenschaftler ist, hängt von der Haltung des Therapeuten, von

¹⁶¹ Nedelmann 1989, S. 45

¹⁶² Balint 1957, S. 415

¹⁶³ Balint 1957, S. 401

¹⁶⁴ Balint 1957, S. 290

¹⁶⁵ Balint 1957, S. 302-03

seinem „gesunden Menschenverstand“ und damit von seiner apostolischen Funktion ab¹⁶⁶. All diese Dinge gehören zur Droge Arzt und können entsprechend ihrer Pharmakologie positiv oder negativ wirken.

Wie jedoch in der Organmedizin ein eingesetztes Medikament eine Erkrankung verschleiern kann, z. B. ein Schmerzmittel eine Entzündung, kann auch der Einsatz der Droge Arzt bei seelischem Leiden oder Angst durch eine „Beruhigung“ die Symptome zudecken und die Erkrankung schreitet fort¹⁶⁷.

Häufige Mechanismen, die zu einem Verschleppen der eigentlichen Diagnose des Patienten führen können, sind nach Balint:

1. Die Tendenz, wenn irgend möglich, eine körperliche Krankheit zu diagnostizieren.
2. Die Anonymitätsklausel
3. Das Lehrer-Schüler-Verhältnis zwischen Arzt und Facharzt¹⁶⁸

Den beiden letzteren Faktoren widmet er in seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ sowie in zahlreichen Artikeln einen breiten Raum der Erörterung¹⁶⁹.

¹⁶⁶ Balint 1957, S. 307

¹⁶⁷ Balint 1957, S. 310

¹⁶⁸ Balint 1957, S. 133

¹⁶⁹ Balint 1989a, S. 78

4. Placebo-/Noceboeffekte des Arztes/Osteopathen

Der Placebo-Effekt wird heute von manchen Autoren als innere Ressource zur Heilung betrachtet, was Lipton anhand der Studie von Mosley aus dem Jahr 2002 erläutert¹⁷⁰. Dieser führte neben arthroskopisch-therapeutischen Knie-Eingriffen bei zwei Patientengruppen auch Schein-Eingriffe bei Patienten in einer Kontrollgruppe durch und fand in allen 3 Gruppen vergleichbare Ergebnisse der Beschwerdebesserung.

Durch die apostolische Funktion des Arztes können beim Patienten positive wie auch negative Entwicklungen des Krankheitsverlaufes initiiert werden^{171 172}. Diese Beobachtungen wurden, wenn auch in unterschiedlichem Kontext, bereits von Balint und von A. T. Still berichtet. Still warnt davor bei Patienten eine Verschlechterung der Krankheit in ihrem Beisein zu prophezeien¹⁷³. Dazu schildert er folgenden Fall:

„Ein junger Mann, ein Freund von mir, nahm eine Einladung an, mich bei einem Besuch meiner Eltern zu begleiten, die im Jahre 1854 in der Shawnee Mission 50 Meilen westlich von Kansas City und nahe am Kaw River lebten. Wir besuchten sie in der Mission und machten uns anschließend wieder auf die Heimreise nach Macon County, Missouri. Dabei nahmen wir den Weg über Kansas City, wo die Cholera angeblich auf den Schiffen und in allen am Fluss gelegenen Städten von Kansas City bis New Orleans wüten sollte. Cholera war das Hauptgesprächsthema aller Menschen, die wir auf unserer Reise ostwärts trafen. Als wir uns etwa 100 Kilometer von Kansas City in der freien Prärie befanden, hatte ich das Gefühl, dass wir außer Gefahr waren, und erzählte meinem Freund aus Spaß, dass ich Cholera hatte. Ich dachte überhaupt nicht über die Wirkung solcher Worte nach, aber noch bevor wir 400 Meter weiter gekommen waren, wurde er so bleich wie der Tod und zeigte alle Anzeichen einer plötzlichen Cholera-Attacke

¹⁷⁰ Lipton 2008, S. 137-38

¹⁷¹ Balint 1957, S. 172ff,325

¹⁷² Balint 1957, S. 310

¹⁷³ Still 2005, IV, 182

– *Perspiration, kalter Körper, Brechreiz usf. Ich versuchte, vernünftig mit ihm zu reden. Ich erzählte ihm, dass ich mich so gut gefühlt hatte, weil wir der Gefahr entkommen waren, dass ich nur einen Scherz gemacht und in Wirklichkeit keine Cholera hatte. Aber dies zeigte keine Wirkung und ich befürchtete schon, er würde dort sterben. Er achtete auf nichts, was ich sagte, und drohte allem Anschein nach jeden Augenblick zu kollabieren.*¹⁷⁴ – ein eindrückliches Beispiel für einen Nocebo-Effekt.

Balint warnte auch vor einer Verzettlung der Verantwortung, die dazu führt, dass der Patient in schwierigen Fällen zu verschiedenen Untersuchungen und Fachärzten geschickt wird. Letztendlich trägt in solchen Fällen niemand die volle Verantwortung für den Patienten, weitreichende Entscheidungen, z. B. zu operativen Eingriffen, werden in stillschweigendem Einvernehmen getroffen¹⁷⁵. Bei gutem Ausgang profitiert jeder der Therapeuten von der Lage, bei schlechtem Ausgang ist niemand verantwortlich. Den Schaden einer verschleppten Diagnose, falscher belastender Therapien, eines eventuell jahrelangen Leidens trägt der Patient – ein Noceboeffekt einer solchen geteilten „Nicht-Verantwortung“, wie ihn Thure von Uexküll in einem Vortrag vor der Hamburger Ärztekammer im Jahr 1988 treffend beschreibt¹⁷⁶. A. T.Still fordert auch von seinen ausgebildeten Osteopathen, dass sie alleine ohne Hinzuziehung eines Arztes die Verantwortung für die Diagnose und Behandlung ihrer Patienten übernehmen¹⁷⁷, was im Kontext der Ausbildung von Osteopathen an seiner Schule in Kirksville zu verstehen ist. Der Gedanke der Verantwortung für den Patienten taucht auch bei Michael Balint auf, der von den Hausärzten fordert die schwere Aufgabe der Verantwortung für den Patienten zu übernehmen¹⁷⁸. Und im Dualismus von Körper und Seele wägt er die rein körperzentrierte Medizin mit ihren schädlichen Effekten gegen eine psychische Tour-de-force ab, die versucht, alle Symptome über psychische

¹⁷⁴ Still 2005, IV, S. 181

¹⁷⁵ Balint 1957, S. 104ff

¹⁷⁶ Von Uexküll 1989, S. 57

¹⁷⁷ Still 2005, III, S. 17+ I, S.104

¹⁷⁸ Balint 1957, S. 145

Vorgänge zu erklären und dabei Privatleben und Intimsphäre der Patienten vergewaltigt¹⁷⁹.

Die „Droge Arzt“, deren Erforschung sich das Seminar als wichtigem Thema annahm, ist in Bezug auf Placebo- und Nocebo-Effekte zu studieren, Dosierung, Nebenwirkungen, Heilungs- und Erhaltungsdosis sind noch nicht ausreichend erforscht¹⁸⁰. Auch bei Osteopathen sind solche Effekte der „Droge Osteopath“ anzunehmen und in ihrer Spezifität zu erforschen.

¹⁷⁹ Balint 1989b, S. 104

¹⁸⁰ Balint 1957, S. 15+20

5. Transfer der Balintgruppenarbeit in die Osteopathie

Die Patienten in Hausarztpraxen haben in zumindest einem Drittel der Fälle sogenannte „funktionelle Syndrome“¹⁸¹. Betrachtet man die zugrundeliegenden Diagnosen wie Verspannungen, Schmerzen im Skelettsystem, Schwindel, Verdauungsbeschwerden, Herzbeschwerden, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und viele andere¹⁸², so kann man schlussfolgern, dass in osteopathischen Praxen die Patienten in ähnlicher Häufung an diesen „funktionellen Syndromen“ leiden.

Ein Fall aus der Praxis der Autorin soll diesen Sachverhalt illustrieren:

Eine 72 jährige, schlanke, leicht nervöse Patientin, Frau S., stellt sich in der Praxis wegen „Herzbeschwerden“ vor. Diese möchte sie abklären lassen. Auf die Frage nach der genauen Art der Beschwerden erklärt sie verlegen, dass sie vor einiger Zeit bereits einmal solche Beschwerden gehabt habe und damals zu einer Heilpraktikerin gegangen sei. Diese habe nach einer Blutabnahme einen Kaliummangel festgestellt und ihr Tabletten verschrieben. Sie vermute, dass es diesmal wieder die gleiche Ursache habe, zumal die Beschwerden dieselben wie damals seien. Es wird eine Blutabnahme zur Kontrolle des Kaliumspiegels durchgeführt und ein EKG geschrieben, das jedoch keine Auffälligkeiten ergibt. Mit der Patientin wird ein erneuter Termin zur Besprechung der Blutwerte zwei Tage später vereinbart.

Die Blutwerte sind in Ordnung und erneut wird die Frage „Wie sind denn Ihre Beschwerden?“ gestellt. Ausweichend antwortet die Patientin, es sei mehr so eine Unruhe und greift dabei mit beiden Händen nach der linken Brustkorbhälfte, wobei ihr Blick im Zimmer umherschweift. Plötzlich richtet sie sich auf, fixiert die Ärztin und sagt unvermittelt: „Oder könnte es von meinem bevorstehenden Mieterwechsel kommen? Das macht mich ganz nervös. Das letzte Mal, als ich einen Mieterwechsel hatte, ging es mir genauso. Ich mache mir da immer so viele Gedanken und das

¹⁸¹ Mitscherlich 1989, S. 175

¹⁸² Von Uexküll 1964, S. 199

macht mich ganz unruhig... “ Nachdem die Ärztin bestätigt hat, dass Nervosität und Stress durchaus auch „Herzbeschwerden“ im Sinne von Unruhe und Angespanntheit verursachen können, verlässt die Patientin zufrieden und ohne Medikament die Praxis.

Nimmt man dazu die Patienten, die sich mit sogenannten „Ausdruckskrankheiten“¹⁸³ vorstellen, hinzu, finden sich ebenfalls Diagnosen mit denen die Patienten in osteopathischen Praxen behandelt werden. Dazu zählen Muskelverhärtungen, Fehlhaltungen des Skelettsystems, Abnutzungserscheinungen, aber auch hartnäckige Verstopfung, Sehstörungen und andere Symptome.

Als letzte von von Uexküll abgegrenzte Gruppe finden sich die „Organneurosen“, bei denen aufgrund der Störung des vegetativen Gleichgewichts Erkrankungen wie erhöhter Blutdruck, Magen- und Verdauungsbeschwerden, posttraumatische Belastungsreaktionen, aber auch hormonelle Störungen auftreten können¹⁸⁴. Auch diese Erkrankungen gehören zum therapeutischen Spektrum der Osteopathie, die sich mit ihren viszeralen Ansätzen diesem Krankengut annimmt. Auch die Behandlung des Immunsystems bei zum Beispiel rezidivierenden Infekten wird man aufgrund der neuro-endokrino-immunologischen Verknüpfungen zu dieser Gruppe zählen können.

Die Problemstellungen, die sich durch diese Patienten ergeben, sind für Osteopathen die gleichen wie in Hausarztpraxen, aber auch wie bei der Seelsorge durch Theologen, bei der Beratung durch Sozialarbeiter oder bei der Betreuung sogenannter „schwieriger“ Schüler durch Lehrer. Alle genannten Berufsgruppen machen sich das Konzept der Balintarbeit zunutze^{185 186}. Sie stellen die Fälle vor, die ihnen Probleme machen, die sie hilflos zurücklassen oder die „therapieresistent“ sind.

¹⁸³ Von Uexküll 1964, S. 152

¹⁸⁴ Von Uexküll 1964, S. 168

¹⁸⁵ Nedelmann 1989, S. 10

¹⁸⁶ Otten 2012, S. 4 + 70

Dabei geht es um ein „neues Zuhören“¹⁸⁷ (*„Auch das, was fehlt, muss ausdrücklich festgehalten und bewertet werden.“*¹⁸⁸), um die „richtigen Fragen“¹⁸⁹ (*„Wer Fragen stellt, erhält Antworten, aber sonst nicht viel.“*¹⁹⁰) und um eine „wesentliche, wenn auch begrenzte innere Umstellung“¹⁹¹ des Therapeuten. Neben dem rationalen soll auch das emotionale Verstehen entwickelt werden¹⁹², Übertragung und Gegenübertragung als Beziehung zwischen zwei Personen soll in den Mittelpunkt des Beobachtungsfeldes rücken¹⁹³.

Balint beschreibt die dem Phänomen Übertragung/Gegenübertragung zugrunde liegende Problematik wie folgt: *„Wenn einer unserer Mitmenschen körperlich krank wird, so tut uns das zwar gewiss leid, aber wir können uns selber insofern von ihm unterscheidbar und anders empfinden, als wir selber gesund sind, keinen Diabetes, keine Virus-Pneumonie, rheumatische Arthritis usw. haben. Wenn aber der Patient unglücklich über seinen Platz im Leben ist oder in problematischen Beziehungen zu seinem Sexualpartner lebt, so können wir Ärzte nicht umhin, uns persönlich angesprochen zu fühlen, denn wir haben ja auch alle diese oder jene Probleme, mit denen wir mehr oder weniger gut fertig werden. So müssen wir jedesmal, wenn wir die Anamnese eines Patienten aufnehmen, irgendwie auch unser eigenes Leben Revue passieren lassen, was darauf hinausläuft, dass wir entdecken, welche eigenen Vorstellungen und Wünsche in bezug auf diese spezifische Situation in uns aufsteigen.“*¹⁹⁴

Es geht auch um ein Bewusstmachen der Funktionen, die ein Therapeut – sei es ein Arzt oder Osteopath – in einer Behandlungssituation einnimmt. In den Gebieten, wo die Wissenschaft dem Therapeuten kaum helfen kann, muss dieser sich auf seinen gesunden Menschenverstand verlassen¹⁹⁵. Er

¹⁸⁷ Nedelmann 1989, S. 27

¹⁸⁸ Balint 1989a, S. 134

¹⁸⁹ Nedelmann 1989, S. 30

¹⁹⁰ Balint 1989a, S. 134

¹⁹¹ Balint 1957, S. 171

¹⁹² Balint 1989a, S. 134

¹⁹³ Nedelmann 1989, S. 22

¹⁹⁴ Balint 1957, S. 300

¹⁹⁵ Balint 1957, S. 302

übernimmt, um mit Balint zu sprechen, eine „apostolische Mission“, er wird vielleicht zum „Seelentröster“ oder zum „Beichtvater“¹⁹⁶.

All diese Aspekte, die zur Pharmakologie der „Droge Arzt“ oder der „Droge Osteopath“ gehören, gilt es zu erforschen: Wirkungen und Nebenwirkungen, Placebo- und Noceboeffekte^{197 198}.

Zum persönlichen Nutzen dieser Methode für den einzelnen Therapeuten schreibt Balint: *„... So ging es auch unseren Kollegen; in dem Maße, wie sie lernten, mehr, genauer und tiefer zu sehen, wurde ihre Arbeit komplizierter und ihre Verantwortung größer. Es gab keinen unter ihnen, der nicht darüber geklagt hätte, aber auch keinen, dem seine Arbeit hinterher nicht unvergleichlich interessanter und dankbarer erschienen wäre. Im Lauf all der Jahre habe ich von keinem praktischen Arzt hören müssen, dass er lieber zu den alten Methoden und Techniken, die er vor seiner Teilnahme an unserer Forschungsarbeit verwendete, zurückkehren wollte oder gar zurückgekehrt sei.“*¹⁹⁹

¹⁹⁶ Balint 1957, S. 302-03

¹⁹⁷ Balint 1957, S. 308

¹⁹⁸ Liem 2012

¹⁹⁹ Balint 1957, S. 393

6. Transfer der Balintgruppenarbeit in die Kinderosteopathie

Balint beschreibt bereits 1957 in seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ das Kind als vorgeschobenes Präsentiersymptom²⁰⁰, was durch die praktischen Ärzte seines Seminars bestätigt wurde, „wenn Kinder, speziell Säuglinge, häufig in die Sprechstunde gebracht werden“²⁰¹. Michael Balint arbeitete zu Beginn seiner Tätigkeit in England in Manchester am Kinderhospital. Aus dieser Zeit resultieren Beobachtungen und Gedanken zur frühen Beziehung zwischen Mutter und Kind²⁰², die er in seinem Buch Primary Love - Urformen der Liebe aus dem Jahr 1965 verarbeitete. Auch spätere Autoren wie Petzold verwiesen auf die Bedeutung der Herkunftsfamilie und die Erweiterung der Balint-Arbeit durch Familientherapie²⁰³.

Dass Kinder durch die frühe Entwicklung der ersten drei Lebensjahre geprägt werden, ist seit Freuds Arbeiten in der Fachwelt unumstritten. Dieses Konzept erfuhr in den letzten Jahrzehnten Erweiterungen durch die Erforschung von prä- und perinatalen Faktoren. Hier wurde durch den neurobiologischen Ansatz von Hüther und Krens²⁰⁴, sowie die psychoanalytischen Gedanken von Janus²⁰⁵ und Levend²⁰⁶, sowie dem Vulnerabilitätsmodell von Ciompi²⁰⁷ der Fokus auf die früheste Zeit der menschlichen Entwicklung gelenkt. Die früheste postnatale Zeit mit der Bedeutung der sensorischen Eindrücke als Ursache für emotionales Befinden wie Angst, glückselige Zufriedenheit und furchtbare, verzweifelte Einsamkeit beschreibt wiederum Michael Balint bereits 1955 als bedeutsam für die weitere Entwicklung des Menschen²⁰⁸.

²⁰⁰ Balint 1957, S. 56

²⁰¹ Balint 1957, S. 56

²⁰² Otten 2012, S. 23

²⁰³ Petzold 1984, S. 30

²⁰⁴ Hüther, Krens 2013

²⁰⁵ Janus 1997

²⁰⁶ Levend, Janus 2011

²⁰⁷ Ciompi 1982

²⁰⁸ Balint 1955

Geprägt wird die menschliche Entwicklung entscheidend von den frühen und frühesten Erfahrungen und damit von der Herkunftsfamilie. Bei Problemen in der Mutter-Kind-Beziehung, der Eltern-Kind-Beziehung oder familiären Belastungssituationen wird das Kind Auffälligkeiten des Verhaltens oder psychosomatische Symptome entwickeln, als Zeichen eines erhöhten psychosozialen Stresses.

Das Kind „als Präsentiersymptom“ einer familiären Problematik mit Symptomen wie Schreien, Fütterungsstörungen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Obstipation, Bauchschmerzen, Infektanfälligkeit, Allergien, nächtlichem Einnässen, Konzentrationsstörungen, auffälligem Sozialverhalten wird in der osteopathischen Praxis ausgesprochen häufig vorgestellt. Neben somatischen Ursachen, die auf die Behandlung gut ansprechen, gilt es die Ebene der Familie und ihrer Beziehungen und Interaktionen zu berücksichtigen.²⁰⁹

Ein Fallbeispiel aus der Praxis der Autorin soll dieses illustrieren.

Im April 2013 wurde ein 5jähriger Junge J.H. in der Praxis der Autorin wegen Obstipation vorgestellt. Die Mutter berichtete, er „verdrücke den Stuhlgang“ und mache noch in die Windel. Auch sei er ein ängstliches Kind. Bei der Untersuchung und osteopathischen Behandlung fiel auf, dass J. Angst vor schnellen Bewegungen hatte, vor dem Liegen auf der Behandlungsliege, „weil der herunterfallen könnte“, vor der Hand auf dem Bauch. Er wollte die Situation kontrollieren, hielt die Hand der Therapeutin fest und führte sie... Bei der Erhebung der Geburtsanamnese berichtete die Mutter von einer Frühgeburt 8 Wochen vor dem errechneten Termin. Zu einem weiteren Gespräch wurde die Mutter alleine einbestellt, dabei konnte sie sichtlich bewegt die Umstände der Geburt schildern, die eine Sturzgeburt auf der Toilette war. Als die Therapeutin daraufhin bemerkte, dass die Umstände dieser Geburt sicher ein nicht verarbeitetes und nie besprochenes Trauma für die Mutter darstellten und sie offensichtlich noch heute belasteten, brach diese in Tränen aus. Auch die Angst vor dem Fallen konnte damit in

²⁰⁹ Gillemot 2014

Zusammenhang gebracht werden. Beim nächsten osteopathischen Termin im Juni konnte die Mutter berichten, dass ihr Sohn jetzt regelmäßig Stuhlgang habe.

Parallel dazu stellte sich die Mutter in der Praxis wegen verschiedener psychosomatischer Symptome vor. Im Juni kam sie auch alleine in die allgemeine Sprechstunde, um eine Mutter-Kind-Kur für ihren Sohn und sich zu beantragen. Dabei berichtete sie von familiären Spannungen und Eheproblemen. Sie erwäge eine Trennung von ihrem Mann. Nach der Kur stellte sich die Patientin verschiedene Male wegen Magenbeschwerden, Rückenschmerzen und Erkältungen vor. Im Januar 2014 berichtete sie, dass sie die Scheidung von ihrem Mann eingereicht habe und auf der Suche nach einer Halbtagesstelle sei.

Was im Beispiel von J. H. gelang, nämlich durch ein Gespräch mit der Mutter die psychosomatische Ursache der Ängste und der Obstipation zu verdeutlichen, ist dem Therapeuten nicht immer möglich. Sei es durch nicht so offensichtliche Ursachen, verdeckte Konflikte, „Familiengeheimnisse“, die den Betroffenen nicht bewusst sind, durch Probleme in der Eltern-Kind-Beziehung, die in der eigenen Kindheit und Entwicklung liegen oder durch „blinde Flecke“ beim Therapeuten – es gibt viele Störfaktoren, die den Erfolg einer rein symptomorientierten, somatischen Behandlung stören können oder neue Symptome nach „erfolgreicher Behandlung“ auftreten lassen, die den Patienten erneut zum Therapeuten kommen lassen^{210 211}.

Auch Janus beschreibt in seinem Artikel für das Buch „Osteopathische Behandlung von Kindern“²¹² die Bedeutung der Beziehungsdynamik in der therapeutischen Situation und findet Parallelen zwischen der psychoanalytischen und osteopathischen Behandlungssituation. Er vergleicht

²¹⁰ Balint 1973

²¹¹ Otten 2012, S 31

²¹² Janus 2010, S. 170-74

die beiden therapeutischen Zugänge anhand von Fallbeispielen und empfiehlt einen Austausch zwischen Psychotherapie und Osteopathie²¹³.

Die 1996 gegründete GAIMH (Deutschsprachige Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit) stellt ebenfalls die besondere Bedeutung der Beziehung zu den Eltern für die Entwicklung eines Säuglings beziehungsweise Kleinkindes fest²¹⁴. An Berufsgruppen, die sich während der Schwangerschaft und in den ersten drei Lebensjahren um Kinder kümmern, sind laut der GAIMH besondere Anforderungen zu stellen. Wie Gillemot in ihrem Artikel ausführt, gehören dazu auch „Grundwissen über therapeutische Kommunikation und Übertragung/Gegenübertragung“ sowie „Selbsterfahrung und Selbstreflexion“²¹⁵. Dieses kann man jedoch nicht theoretisch lernen, sondern muss es praktisch üben, wie Michael und Enid Balint feststellten²¹⁶.

Die Methode der Balintarbeit sollte daher in der Ausbildung zum Kinderosteopathen eingeführt werden, um im Rahmen der von der GAIMH geforderten umfassenden Ausbildung¹⁶, ein Praxismodul zur Fallbesprechung zu etablieren. Dieses ermöglicht den Kinderosteopathen nach Beendigung der Ausbildung zu entscheiden, ob sie diese Art der supervisorischen Begleitung weiterhin in Anspruch nehmen möchten.

²¹³ Janus 2010, S. 174

²¹⁴ Gillemot 2014

²¹⁵ Gillemot 2014

²¹⁶ Balint (ohne Datum), S. 14

7. Diskussion

Die von John Martin Littlejohn in seiner „Psychophysiologie“ postulierten Zusammenhänge zwischen dem peripheren Nervensystem mit seinem afferenten Anteil und dem sensorischen Input über die Sinnesorgane wie Augen, Nase und Gehör einerseits und deren Verknüpfungen mit dem vegetativen Nervensystem sowie den emotionalen Zuständen andererseits²¹⁷, hat durch die enorme technische Entwicklung und die damit einhergehenden Fortschritte in der Wissenschaft und Forschung eine beeindruckende Bestätigung erhalten. Die Beschreibung des autonomen Nervensystems, wie es durch Langley seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts erforscht wurde^{218 219} und die Fortschritte durch immunhistochemische Verfahren auf molekularer Ebene ermöglichen uns heute eine wesentlich differenziertere Kenntnis des sympathischen, parasympathischen und enterischen Anteils dieses für die organische Gesundheit wesentlichen Anteils unseres Nervensystems²²⁰. Die Beschreibung viszerosomatischer Reflexbögen wie zum Beispiel durch Van Cranenburgh²²¹ gibt den durch Psychosomatiker wie Thure von Uexküll beschriebenen Verknüpfungen von psychischen und somatischen Vorgängen eine neuroanatomische Basis²²². Auch Van Cranenburgh stellt in seinem Buch „Segmentale Phänomene“ diese Verbindung her, die nach seiner Auffassung erst *„in ihrer Gesamtheit Krankheitsbilder und Störungen entstehen lassen.“*²²³ Er spezifiziert diese Betrachtung für das Schmerzempfinden, das durch einen emotional negativen Kontext oder auch kulturelle Einflüsse moduliert wird²²⁴. Eine Erweiterung dieser Gedanken auf zellulärer Ebene hat Lipton vorgenommen, der die Steuerung von Zellrezeptoren nicht nur durch physische Moleküle, sondern auch durch Gedanken postuliert²²⁵. Dehnt man die Betrachtung der neurobiologischen Vorgänge auch auf die pränatale

²¹⁷ Littlejohn 2009

²¹⁸ Beck 2011

²¹⁹ Hunter 1926

²²⁰ Beck 2011

²²¹ Van Cranenburgh 2011, S. 125-26

²²² Von Uexküll 1964

²²³ Van Cranenburgh 2011, S. 130

²²⁴ Van Cranenburgh 2011, S. 133

²²⁵ Lipton 2008, S. 82

Entwicklung aus, wie Hüther und Krens²²⁶ sie beschreiben und Janus²²⁷ auf psychodynamischer Ebene darstellt, dann gelangt man zur Betrachtungsweise der heutigen psychoneuroimmunologischen Forschung, die diverse körperliche Erkrankungen wie Asthma, Morbus Crohn, Herz- und Kreislauferkrankungen und Autoimmunerkrankungen sowie psychische und psychiatrische Krankheiten mit der frühesten Entwicklung in Bezug setzt, was zum Beispiel durch Wilhelm dargestellt wird²²⁸.

Man kann davon ausgehen, dass neben der somatischen auch die psychosomatische Entstehung von Störungen und in der Folge auch von Erkrankungen heute allgemeinen Wissensstandard darstellen. Vor diesem Hintergrund wird die Aussage Hunters aus dem Jahr 1926 verständlich, der schrieb, dass es oft wichtiger ist zu wissen, welche Art von Patient eine Krankheit hat, als welche Art von Krankheit ein Patient hat²²⁹. Er wies auf die Bedeutung der familiären Herkunft und der Biographie des Patienten hin: Diese Aspekte sollten auch nach der Meinung von Balint und von Uexküll in der Arzt-Patienten-Beziehung eine bedeutende Rolle spielen^{230 231}.

Es findet sich also eine gemeinsame Grundlage in der Betrachtungsweise der psychosomatischen Zusammenhänge von Littlejohn über von Uexküll bis hin zu neueren Autoren wie Van Cranenburgh. Die Einheit von Körper, Geist und Seele wie sie Still für die Osteopathie formulierte²³², ist in der psychosomatischen Medizin ebenfalls Basis des Verständnisses der Krankheitsentstehung und der therapeutischen Ansätze²³³.

Rückenschmerzen beziehungsweise Erkrankungen der Wirbelsäule sind mit der häufigste Grund einen Osteopathen aufzusuchen. Sowohl in der psychosomatischen Medizin als auch in der Osteopathie untersucht man die Zusammenhänge zwischen orthopädischen und psychischen Befunden.

²²⁶ Hüther, Krens 2013

²²⁷ Janus 1997

²²⁸ Wilhelm 2014

²²⁹ Hunter 1926

²³⁰ Balint 1973

²³¹ Von Uexküll 1964

²³² Still 2005, III, S. 13

²³³ Von Uexküll 1964, S. 13ff

Beispielgebend sei hier auf das Kapitel Rückenschmerzen von Rainer Sandweg und Günther F. Finkenbeiner in Thure von Uexkülls „Psychosomatischer Medizin“ verwiesen²³⁴ sowie auf neuere osteopathische Studien, die sich mit dem Thema des lumbalen Rückenschmerzes und seiner Verbindungen zu psychischen Ursachen beschäftigen, wie die 2012 veröffentlichte Untersuchung von Licciardone et al, die die Korrelation von Rückenschmerzen, Depression und Somatisierung im Fokus hatte²³⁵. Licciardone und Kollegen konnten bei 97 von 202 Patienten mit lumbalen Rückenschmerzen eine depressive Störung und bei 38 Patienten eine Somatisierung nachweisen, was einem Anteil einer psychosomatischen Ursache oder zumindest Komorbidität von immerhin 67 % entspricht. Eine Betrachtungsweise, die durchaus kontrovers diskutiert wird, wenn man Autoren wie Lewith zu Grunde legt, der es ablehnt, Patienten ohne eindeutige somatische Diagnose als psychosomatisch oder psychisch unterlegt zu betrachten. Er verweist auf komplementäre Medizinsysteme wie die Homöopathie oder die traditionelle chinesische Medizin, die keinen Unterschied zwischen funktionellen Störungen und manifesten Erkrankungen kennen²³⁶.

Dem Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung beziehungsweise der Osteopathen-Patienten-Beziehung widmet sich eine Vielzahl unterschiedlichster Studien. So untersuchten Hardigan und Stanley 1998²³⁷ sowie Sefcik, Prerost und Arbet im Jahr 2009²³⁸ Persönlichkeitstypen bei Studenten, um ihren Lernerfolg in der Ausbildung vorherzusagen und sie adäquat bei Lernstrategien zu beraten, aber auch um Persönlichkeitsmerkmale zu bestimmen, die typisch für bestimmte medizinische Berufe sind. Hardigan und Stanley stellten dabei einen Trend bestimmter Persönlichkeitstypen bei der Wahl bestimmter medizinischer Berufe fest. Crapse und Kollegen widmeten sich der Erforschung des Lebensstils von Osteopathiestudenten und fanden eine Erhöhung des Konsums von koffeinhaltigen Getränken bei 71 % der Befragten in den ersten 15 Monaten ihrer Ausbildung, ebenso wie eine Abnahme von körperlicher Aktivität bei 78 %

²³⁴ Sandweg, Finkenbeiner 2003, S. 1129ff

²³⁵ Licciardone et al 2012

²³⁶ Lewith 1988

²³⁷ Hardigan, Stanley 1998

²³⁸ Sefcik et al 2009

und eine Gewichtszunahme bei 64 % der Studenten²³⁹. Dieses Ergebnis spricht für einen erhöhten Stresslevel mit Beginn des osteopathischen Studiums. Dieser Trend erstaunt, wenn man andererseits die Untersuchung von Kanadiya, Klein und Shubrook aus dem Jahr 2012 betrachtet, die die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Verfahren durch Osteopathiestudenten beleuchtet²⁴⁰. Demnach haben 83 % der Studenten Erfahrungen mit alternativmedizinischen Verfahren wie Meditation, Yoga, Entspannung, Massagen gemacht, was ihre positive Einstellung zu diesen Methoden gestärkt hat. Es stellt sich die Frage: Können Osteopathiestudenten ihre Stressbelastung durch solche Verfahren reduzieren? Reichen sie aus, um ungünstige Belastungen zu erkennen und eine effiziente Prophylaxe gegen Burn-out zu betreiben? Wichtig erscheint neben den oben erwähnten Verfahren zur Stressreduktion auch eine bewusste Hinwendung zur Analyse der Stressfaktoren, wie sie in den sogenannten „Residency Training Programs“ im William Beaumont Hospital in Detroit erfolgen, in dem neben gemeinsamen Entspannungswochenenden für das Team auch regelmäßige Gesprächsrunden über schwierige Patienten stattfinden. Dies führen Eckleberry-Hunt und ihr Team in ihrer Arbeit aus²⁴¹. Diesem Ansatz entsprechen in der Balintarbeit studentische Balintgruppen und Balintgruppen im stationären Bereich. Eckleberry-Hunt und Kollegen beschreiben in ihrem Artikel auch die Widerstände gegen die Einführung solcher Programme, da Ärzte und Osteopathen fürchten als schwach zu gelten, wenn sie Selbstfürsorge betreiben. Auch Davidson stellt in seiner Arbeit die Qualität der Selbstwahrnehmung von Gefühlen wie Wut, Trauer, Eifersucht in ihrer Bedeutung dar, um Übertragungen auf den Therapeuten zu erkennen und so vor allem in Sozialberufen der Gefahr eines Burn-out zu begegnen²⁴². Im Aufsatz von Matthias Elzer über ein halbes Jahrhundert Balintgruppenarbeit wird die Übertragung und Gegenübertragung als diagnostisches Mittel zur Nutzung empfohlen, um psychosoziale Konflikte des Patienten zu erkennen und

²³⁹ Crapse et al 1993

²⁴⁰ Kanadiya et al 2012

²⁴¹ Eckleberry-Hunt et al 2009

²⁴² Davidson 2013

als Therapeut eine größere Arbeitszufriedenheit zu erlangen²⁴³. Von Matthias Flatscher und Torsten Liem wurde 2012 in einem Artikel kritisiert, dass osteopathische Therapeuten auf die Berücksichtigung innerer Erlebniswelten wenig vorbereitet sind, „weil es in der Ausbildung so gut wie keine Grundlage zur Förderung der Entwicklung subjektiven Erlebens gibt“, außer der palpatorischen Qualität²⁴⁴.

Der Ausbildung und Förderung kommunikativer Fertigkeiten widmen sich in den angloamerikanischen Ländern verschiedenste Programme, von denen exemplarisch einige aufgeführt werden. 2007 untersuchten Turner, Leach und Robinson die Bedeutung des „ersten Eindrucks“ in komplementärmedizinischen Praxen in Großbritannien²⁴⁵. Die am häufigsten aufgesuchten Praxen waren solche für Osteopathie und Akupunktur. Den Patienten waren neben der telefonischen Beratung und Erreichbarkeit, die Erscheinung des Therapeuten (vorzugsweise mit weißem Mantel) und Literatur zur Information besonders wichtig. Hier wurde auch non-verbale Signalen, nämlich der Erscheinung des Therapeuten, eine bedeutende Rolle zugesprochen. Dem Training der verbalen Kommunikation widmeten sich Johnson und Kurtz in ihrem Programm mit Studenten der osteopathischen Medizin im ersten Studienjahr. Sie erklärten das Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch Osteopathen-Patienten-Verhältnis zum Grundstein einer ganzheitlichen Patientenbetreuung²⁴⁶. Zum Einüben dieser wichtigen Grundkompetenz installierten sie Diskussionsgruppen, an denen auch klinische Psychologen, Verhaltenstherapeuten, Beschäftigungstherapeuten und Hausärzte teilnahmen. Sie gingen dabei von der Vorstellung aus, dass Allgemeinärzte nicht nur technisch versiert sein müssen, sondern auch eine gut entwickelte Kommunikationskompetenz besitzen sollten. Sie sollten den Einfluss psychosozialer Probleme bei den Patienten erkennen, sowie auch deren Einfluss auf die Beziehung zum Therapeuten. Ferner sollten persönliche Werte und medizinisch-ethische Fragestellungen den Studenten bewusst werden, sowie die Befähigung zur Lösung innerer Konflikte entwickelt werden. Andere Arbeitsgruppen

²⁴³ Elzer 2008

²⁴⁴ Flatscher, Liem 2012

²⁴⁵ Turner et al 2007

²⁴⁶ Johnson, Kurtz 1986

entwickelten Rollenspieler Techniken zur Erhebung der Sexualanamnese²⁴⁷, untersuchten den Einfluss eigener Sexualerfahrungen auf die Befähigung ohne Hemmungen eine Sexualanamnese zu erheben²⁴⁸ oder beschäftigten sich mit der Rolle von Schamgefühlen bei der Entstehung von intrapersonellen und interpersonellen Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung²⁴⁹ bei osteopathischen Ärzten. Auch die Entwicklung der Empathiefähigkeit bei Studenten der osteopathischen Medizin über die Jahre der Ausbildung wurde untersucht. In der Arbeit von Kimmelman et al von 2012 fand sich bei über 400 befragten Studenten kein signifikanter Rückgang der Empathie über die Studienjahre wie es bei Medizinstudenten der Fall ist, jedoch waren die Empathiewerte in den verwendeten Fragebögen bei osteopathischen Studenten im ersten und zweiten Jahr niedriger als bei Studenten der Schulmedizin²⁵⁰.

Doch welche Mechanismen führen bei Osteopathen zu beruflicher Unzufriedenheit und damit zu einer erhöhten Gefahr des Burn-outs? Webbe veröffentlichte 1999 eine Arbeit über die Rate von beruflichem Burn-out bei Osteopathen und ermittelte bei 17 % der mittels des Maslach Burnout Inventory befragten Osteopathen hohe Werte für emotionale Erschöpfung, die neben Depersonalisation und persönlicher Leistungsfähigkeit, als wichtigstes Kriterium zur Burn-out-Diagnose gilt. Eine Zuordnung zu demographischen oder beruflichen Faktoren konnte nicht nachgewiesen werden²⁵¹. Mit Faktoren, die mit der Berufszufriedenheit von osteopathischen Ärzten zusammenhängen, beschäftigten sich DeVoe et al 2002²⁵² und Leigh, Tancredi und Kravitz 2009²⁵³. Übereinstimmend fanden sie neben dem Führen einer Praxis als alleiniger Inhaber eine Korrelation zu geringer Einkommenshöhe als Faktor für berufliche Unzufriedenheit. Ferner wirkten sich eine Wochenarbeitszeit von mehr als 50 Stunden und ein ungesunder Lebensstil negativ auf die Zufriedenheit aus. Die unzufriedenen osteopathischen Ärzte klagten in der Untersuchung von DeVoe und Kollegen, dass sie zu wenig klinische Entscheidungsfreiheit hätten, keine

²⁴⁷ Schweickert, Heeren 1999

²⁴⁸ Shindel et al 2010

²⁴⁹ Martin 1993

²⁵⁰ Kimmelman et al 2012

²⁵¹ Webbe 1999

²⁵² DeVoe et al 2002

²⁵³ Leigh et al 2009

kontinuierlichen Arzt-Patienten-Beziehungen, dass sie mit finanziellen Sanktionen für klinische Entscheidungen rechnen müssten, dass die Zeit für den einzelnen Patienten nicht ausreichend und die Qualität der Patientenversorgung gefährdet sei. Das Gefühl, die Patienten nicht adäquat versorgen und behandeln zu können, ist demnach mit beruflicher Unzufriedenheit stark verknüpft. Nach der Auffassung von Elzer liefern Balintgruppen einen Beitrag zur besseren Patientenversorgung und größeren Arbeitszufriedenheit des Arztes²⁵⁴, vielleicht auch weil für alleinige Praxisinhaber durch sie eine Plattform zur Kommunikation und Entlastung entsteht.

Besteht aber bei osteopathischen Ärzten oder Therapeuten, im folgenden kurz Osteopathen genannt, ein Bedarf für eine solche Balintgruppenarbeit auch unter dem Blickwinkel des Osteopathen-Patienten-Verhältnisses? Die Versorgung der Patienten scheint nach den Ergebnissen von Carey et al durch Osteopathen in der Qualität des Patientenkontaktes besser zu sein als durch Schulmediziner²⁵⁵. Ein vertrauterer Umgangston, ausführlichere Erklärungen zur Ätiologie sowie sozialem, familiärem und emotionalem Einfluss auf die Erkrankungen fanden sich durchgehend. Auch Evans und Kollegen berichten in ihrer Studie von ausführlicher Beratung zum Lebensstil in Bezug auf Übergewicht, die immerhin 2/3 der Patienten erhielten, die in 21 Praxen an einem bestimmten Tag wegen Rückenschmerzen vorstellig wurden²⁵⁶. Die Osteopathie ist also in ihrem praktischen Arbeiten mit ganzheitlicher Erfassung und Beratung des Patienten schon weit über die in großen Teilen der Schulmedizin vertretene Auffassung hinaus, dass sie eine Techniksammlung zur Lösung körperlicher Blockaden sei, wie Weiss schreibt²⁵⁷, und damit den Idealen von Still oder Littlejohn auch im praktischen täglichen Anspruch deutlich näher – und das nicht nur im deutschsprachigen oder europäischen Raum. Die Patienten, die vor einigen Jahren bei Rückenschmerzen zum Teil eher zögernd eine osteopathische Behandlung wahrnahmen, weil sie schmerzhaft Nebenwirkungen befürchteten, erkennen zunehmend die Vorteile der

²⁵⁴ Elzer 2008

²⁵⁵ Carey et al 2003

²⁵⁶ Evans et al 2012

²⁵⁷ Weiss 2011

Einsparung von Medikamenten und profitieren vom physischen und psychologischen Nutzen der Behandlung, wenn der Behandler sich ausreichend Zeit nimmt²⁵⁸. Patienten schätzen die Vorteile, die ein Hausarzt bietet, der auch Osteopath ist²⁵⁹. In Deutschland hatten 2002 bereits 73 % der Patienten Erfahrungen mit komplementärmedizinischen Verfahren gesammelt, zum Teil in normalen Hausarztpraxen, zum Teil aber auch bei Heilpraktikern²⁶⁰. Joos und Kollegen berichten in ihrer Übersicht auch, dass für einige Patienten der Heilpraktiker bereits den Hausarzt ersetzt. Zu dieser Gruppe der Heilpraktiker zählen in Deutschland mit Einschränkungen auch die nichtärztlichen Osteopathen. Vor dem Hintergrund des steigenden Stellenwertes der Osteopathie in der Bevölkerung kann man auch die Anzahl der Heilpraktiker betrachten, die von 9000 im Jahr 1993 auf 20000 im Jahre 2011 gestiegen ist. Der Bedarf an integrativer Medizin, wie Thure von Uexküll sie auch forderte²⁶¹, ist groß und mit schulmedizinischen Verfahren alleine nicht zu bewältigen²⁶².

Doch wohin geht die Entwicklung der Osteopathie? Ist eine Einführung psychologischer oder psychoanalytischer Methoden zur Supervision, wie der Balintgruppen, in die Osteopathie notwendig oder bietet die Osteopathie aus sich heraus genügend Ansätze zur selbstkritischen Reflexion? Ist eine solche Aufgabe aus dem philosophischen Ansatz der Osteopathie heraus zu leisten? Die philosophischen und praktischen Komponenten, die die Osteopathie ursprünglich ausmachten, gingen vor allem in den Vereinigten Staaten nach Meinung verschiedener Autoren wie Johnson und Bordinat²⁶³ verloren, ein Standpunkt, den in Europa Pöttner und Hartmann 2005 ebenfalls formulierten²⁶⁴. Sie verweisen in ihrem Artikel auf die Betrachtung des Menschen als psychisch-somatische Einheit auch unter historischen Gesichtspunkten und die Tendenzen, Spiritualität und Psyche auch in der Osteopathie zugunsten einer einseitig naturwissenschaftlichen

²⁵⁸ Westermoreland 2007

²⁵⁹ Westermoreland 2007

²⁶⁰ Joos et al 2011

²⁶¹ Von Uexküll 2002

²⁶² Joos et al 2011

²⁶³ Johnson, Bordinat 1998

²⁶⁴ Pöttner, Hartmann 2005

Betrachtungsweise auszuklammern. Daher mahnen sie eine philosophische Reflexion der eigenen medizinischen Praxis mit kritischer Betrachtung ihrer Möglichkeiten und Nicht-Möglichkeiten an. Nach Meinung von Hartmann aus dem Jahr 2012 kreiert das zentrale Nervensystem aus der Verbindung von Körperwahrnehmung, Meinigkeitsgefühl und Ich-Gefühl, also aus interozeptiven und exterozeptiven Eindrücken, einen virtuellen Raum²⁶⁵. Die Wirklichkeit ist nach Hartmanns Auffassung nicht objektiv messbar, sondern aufgrund der zerebralen Verarbeitungsprozesse eine subjektive, was dem Begriff des Konstruktivismus entspricht, den Thure von Uexküll als Grundlage in seinem Buch „Integrierte Medizin“ im Jahr 2002 verwendet²⁶⁶. Hartmann leitet aus dieser Betrachtungsweise als praktisch-therapeutische Konsequenz ab, durch Verbesserung der Rahmenbedingungen bei der Behandlung eine verbesserte Körperwahrnehmung durch sanfte Techniken zu generieren und so dem salutogenetischen Prinzip im Patienten Raum zu geben. Auch von Gimborn stellt in ihrer Arbeit Aspekte, die weit über die Anwendung mechanischer Techniken hinausgehen, in den Mittelpunkt der Betrachtung²⁶⁷. Die emotional-psychische Resonanz des Befindens des Patienten über die Spiegelneurone und damit Mitgefühl und Empathie des Therapeuten mit seinem Patienten sind ihrer Auffassung nach wichtige Aspekte des osteopathischen Arbeitens. Eine selbstkritisch-reflexive Betrachtung im Sinne einer Supervision wird von ihr in diesem Kontext nicht angesprochen. Berghändler dagegen betrachtet die Spiegelung oder Resonanz, die bei der Begegnung zweier Menschen entsteht, als das in der Psychotherapie bedeutsame Phänomen der Gegenübertragung²⁶⁸. Er sieht als Psychiater und Psychotherapeut die Berührung als eigene Qualität einer Kontaktaufnahme und Kommunikation und damit als wichtiges diagnostisches und therapeutisches Medium. Berührungen öffnen nach seiner Meinung andere Kanäle als eine rein verbale Kommunikation und ermöglichen so den schnelleren Einstieg auch in ein psychotherapeutisches Setting. Dies widerspricht jedoch nicht der Bearbeitung durch fachliche Supervision. Auch Novy nähert sich in ihrem Aufsatz über die

²⁶⁵ Hartmann 2012

²⁶⁶ Von Uexküll 2002

²⁶⁷ Von Gimborn 2013

²⁶⁸ Berghändler 2010

Osteopathie als Kunst der Psychoanalyse als Begrifflichkeit an, indem sie das „Phantasieren“ als Ausgangspunkt für den therapeutischen Prozess mit dem „Phantasieren“ im analytischen Prozess in Bezug setzt²⁶⁹. Selbstreflexiv-kritische Konsequenzen zieht jedoch auch sie nicht aus dieser Betrachtung.

Durchaus kontrovers werden auch die Begriffe der spirituellen Heilung, Spiritualität und paranormalen Heilung diskutiert. Während Rose in einem Übersichtsartikel 1954 eine Sammlung von Fällen auflistet, die durch Heiler behandelt wurden, schließt er Osteopathie explizit als Behandlungsmethode durch diese Heiler aus, weil er die Osteopathie als sachlich fundierte Methode betrachtet²⁷⁰. Er stellt die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung im Therapeuten-Patienten-Kontakt, die Überzeugungen der Behandler und Erwartungen der Patienten als wichtige Parameter und mögliche Erklärungsansätze dar. Um diese Aspekte zu klären, regte er verschiedene Untersuchungssettings an. In den Vereinigten Staaten hingegen wurde in den vergangenen zwanzig Jahren Spiritualität von der Hälfte der osteopathischen Colleges in unterschiedlichem Ausmaß in ihr Curriculum (wieder) aufgenommen, wie Horton berichtet²⁷¹. Auch Studien und Einzelfallbeschreibungen zu spirituellen Aspekten bei Heilungen werden in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert^{272 273}. Jedoch ist die Aufzählung der Studien in der Arbeit von Reeves und Beazley lediglich numerisch und bietet überhaupt keine detaillierten Informationen, die Einzelfalldarstellungen durch Perez sind subjektive Beschreibungen. Der Versuch sich der Spiritualität bei Heilungen mittels üblicher klinischer Untersuchungssettings zu nähern und sie naturwissenschaftlich zu beweisen, bedarf wohl auch der Diskussion.

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob die oben diskutierten Ansätze und Einsichten als therapeutische Methoden unreflektiert ohne Gefahr für den Patienten angewendet werden können? Kann eine Berufsgruppe wie die Osteopathen, die therapeutisch tätig ist, eine Methode, die Interaktionen mit

²⁶⁹ Novy 2013

²⁷⁰ Rose 1954

²⁷¹ Horton 2001

²⁷² Perez 2005

²⁷³ Reeves, Beazley 2008

dem Patienten, Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen thematisiert und erfahrbar macht, aus ihrem Ausbildungs- und Arbeitsalltag ausklammern? Stellt das einen „blinden Fleck“ in der Osteopathie dar, die sich selbst als ganzheitlich bezeichnet? Der ganzheitliche Ansatz der Osteopathie, durch A. T. Still als Grundsatz formuliert und zum Beispiel in den „Educational Goals of Osteopathic Medicine“ des Texas College of Osteopathy detaillierter ausgeführt, bedeutet demnach, den Fokus auf die ganze Person des Patienten zu legen, von der Behandlung akuter Beschwerden zu langfristiger Besserung zu gelangen, Störungen im Kontext der Lebenssituation zu behandeln und die individuelle Einmaligkeit des Patienten zu betrachten²⁷⁴. Bartley stellt aufgrund dieser Prinzipien als Psychologe einen Bezug seines Fachgebietes zur Osteopathie dar. Osteopathen nähern sich dem Gebiet der Psychologie, indem sie die Bedeutung der Berührung für die Heilung des Patienten auf psychophysischer Ebene analysieren²⁷⁵, mit stärkerer²⁷⁶ oder weniger starker²⁷⁷ Betonung der Bedeutung von Techniken bei der „Berührung“. Während manche Osteopathen sich den Herausforderungen der Begleitung bei psychischen Problemen gewachsen fühlen und pragmatische Vorschläge zur Führung der Patienten machen wie Krebs²⁷⁸, beklagen Flatscher und Liem, dass Patienten ihren Körper zur Behandlung „abgeben“ und psychische Assoziationen eher unterdrückt werden, womit bewusste Entscheidungen im Heilungsprozess verpasst werden²⁷⁹, weil die Ausbildung keine Methoden dafür vorhält.

In der Schulmedizin wurde der Notwendigkeit der Ausbildung in psychosomatischen Fragestellungen durch die Einführung der „Psychosomatischen Grundversorgung“ 1987 Rechnung getragen. In der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt für Gynäkologie sind Balintgruppen fester Teil dieser Ausbildung^{280 281}.

²⁷⁴ Bartley 1984

²⁷⁵ Elkiss 2012

²⁷⁶ Licciardone 2012a

²⁷⁷ Patterson 2012

²⁷⁸ Krebs 2013

²⁷⁹ Flatscher, Liem 2012

²⁸⁰ Elzer 2008

²⁸¹ Otten 2012

Trif und Wolman stellten 2009 auf dem 16. Internationalen Balintkongress in Rumänien eine Untersuchung an Studenten der Osteopathie und Krankenpflegeschülern und -schülerinnen vor, in der sie den Bedarf an strukturierten Gruppendiskussionen nach Balint ermittelten²⁸². Die Resonanz unter den Studenten war eher verhalten, während die Krankenpflegeschüler einen Bedarf an strukturierten Gruppendiskussionen zu schwierigen Patienten zu erkennen gaben. Die Autoren hofften, dass die Ausbildung einer professionellen Identität durch die Einführung von Balintgruppen verbessert werden könnte.

Was aber spricht für die Einführung von Gesprächs- oder Supervisionsgruppen in die Osteopathie und in die osteopathische Ausbildung? Und was spricht für die Einführung von Balintgruppen im speziellen?

Die Arzt-Patient-Beziehung beziehungsweise die Osteopath-Patient-Beziehung ist Teil des diagnostischen und therapeutischen Prozesses, der Therapeut nach Auffassung der modernen Psychosomatik und der integrierten Medizin ein Teil des Systems²⁸³. Auch Therapeuten haben eine subjektive, selektive Wahrnehmung der Beziehungsaspekte, bedingt durch ihre eigene Sozialisation, Lebensgeschichte und Erfahrungen, die von frühester Kindheit an geprägt wurden, wie Michael Balint sie in „Primary Love“, „Die Grundstörung“ und „Trauma und Objektbeziehung“ beschreibt^{284 285}. Ebenso haben Patienten ihre subjektive Wirklichkeit. Welche Annahmen, Gedanken und Vorstellungen beide Seiten bei der Aufnahme einer Beziehung haben können, hat Root 1987 in einer Untersuchung der Kommunikationshindernisse zwischen älteren Frauen und Hausärzten exemplarisch und eindrucksvoll gezeigt²⁸⁶. Die inneren Realitäten bestimmen die Beziehung. Beide Seiten sind darauf angewiesen, die Zeichen des anderen zu lesen, um ein tieferes Verständnis herzustellen, wie Herzog es in seinem Artikel über Balintgruppen und integrierte Medizin anhand der Semiotik der ikonischen, indexikalischen und symbolischen Zeichen

²⁸² Trif, Wolman 2009

²⁸³ Liem et al 2012

²⁸⁴ Balint 1973

²⁸⁵ Balint 1970

²⁸⁶ Root 1987

darstellt²⁸⁷. Beispiele der Kommunikation wurden auch von Recordon in seinem Artikel detailliert aufgeführt²⁸⁸: neben der verbalen Kommunikation nennt er Weinen, Beobachten, Berühren, Zorn, Geschenke, Übertagung und Gegenübertragung als Kommunikationsmittel an, die der Reflexion bedürfen. Zimmermann führt die Suggestion und Heilung, die Macht des Rituals, die Bindung und die Bedeutung des Kontextes als psychophysische Mechanismen im Rahmen des Placebo-Effektes an²⁸⁹ – aber sind diese Phänomene nicht auch eine Form der Kommunikation? Zimmermann stellt in ihrem Artikel auch eine Verbindung zur Oxytocinausschüttung als neurobiologischem Korrelat für Bindung her. Einen Bezug der Kommunikation zu neurobiologischen Forschungsergebnissen stellt auch Stark in seinem Artikel zu den Grenzen der *evidence - based medicine* dar²⁹⁰, ebenso wie Egli, der anhand von Sinnestäuschungen bei der Verarbeitung visueller Eindrücke auf das subjektive Erleben im Sinne des Konstruktivismus verweist²⁹¹. Eine distanzierte Betrachtung der eigenen Person, eine Selbstreflexion in der Beziehung zum Patienten sind daher nach Meinung vieler Autoren wichtige Methoden der therapeutischen Arbeit. Herzog zum Beispiel stellt reflektierte Kasuistiken nach Thure von Uexküll gleichrangig neben die Arbeit in Balintgruppen²⁹². Bahrs und Kollegen führten Gruppendiskussionen anhand videogestützter Aufzeichnungen aus Praxen durch, um ressourcenorientiertes Arbeiten mit dem Patienten zu entwickeln²⁹³.

Die Bedeutung der Kommunikation mit den Patienten wird in der Literatur immer wieder formuliert. Zwei Beispiele seien hier in der Diskussion zum Abschluss nochmals angeführt. Barlow schreibt 1909, zu einer Zeit in der die ersten Arbeiten Freuds veröffentlicht wurden, dass die Behandlung somatischer und psychischer Befunde seit Äskulap eine originäre, ärztliche Aufgabe sind²⁹⁴. Die Therapie der neurasthenischen und psychopathologischen Krankheitsbilder

²⁸⁷ Herzog 2011

²⁸⁸ Recordon 1972

²⁸⁹ Zimmermann 2010

²⁹⁰ Stark 2000

²⁹¹ Egli 2006

²⁹² Herzog 2011

²⁹³ Bahrs et al 2007

²⁹⁴ Barlow 1909

sollte unterrichtet werden, dazu empfiehlt er sechs verschiedene therapeutische Zugänge, wozu auch geschichtstherapeutische Ansätze im weiteren Sinne zählen. Die Autoren Hausteiner-Wiehle und Schaefert geben in ihrem Artikel eine Übersicht über dysfunktionale, ungünstige Verhaltensmuster im Umgang mit Patienten, die eine „iatrogene Somatisierung“ einleiten können und schädigend sind im Sinne eines Nocebo-Effektes²⁹⁵. Ebenso listen sie verbale Interventionen auf, die den Therapeuten befähigen sollen, die therapeutische Beziehung positiv zu gestalten, indem psychosoziale Aspekte adäquat angesprochen werden („*Das stelle ich mir sehr belastend/anstrengend vor*“, „*Es könnte ein wichtiger Hinweis sein, dass Sie zurzeit viel Ärger im Büro haben.*“). Ferner empfehlen sie Transparenz bei der Befundmitteilung und dem Erklären des weiteren Vorgehens sowie Zielformulierungen, Ressourcenaktivierung und andere Maßnahmen bei der Kommunikation mit dem Patienten.

Neben den weiter oben dargestellten Gruppen zur Bearbeitung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Interaktion zwischen beiden ist die Balintgruppe seit 50 Jahren eine in der Medizin, aber auch in anderen sozialen Berufen anerkannte und verbreitete Form der Gruppenarbeit²⁹⁶. Sie ist als narrative Methode wissenschaftlich belegt²⁹⁷. Die Grundsätze Balints, dass psychosomatische Patienten auch organisch gut abgeklärt sein sollten, dass keine Aufsplitterung der Verantwortung stattfinden sollte und dass neben den organischen auch die psychischen Ursachen der Erkrankung ernst genommen werden sollten, sind allgemein akzeptiert. Die Balintgruppen werden heute mit gewissen Anpassungen noch immer im Geiste Michael Balints durchgeführt²⁹⁸, wenn auch Kritikpunkte angeführt werden. Mai mahnt zum Beispiel eine frühe Vorstellung psychisch auffälliger Patienten beim Psychiater oder Psychotherapeuten an²⁹⁹. Haltenhof zitiert in einem Literaturüberblick neben vielen positiven Studien auch eine Untersuchung von Rosin aus dem Jahr 1984 über die negativen Auswirkungen von Balintarbeit („Psychologisierung von

²⁹⁵ Hausteiner-Wiehle, Schaefert 2013

²⁹⁶ Häfner 2005

²⁹⁷ Egli 1999

²⁹⁸ Häfner et al 2011

²⁹⁹ Mai 1976

privaten Beziehungen“)³⁰⁰. Er mahnt Fremdevaluationen bei der Erforschung balintspezifischer Fragestellungen an. Pietroni, der als Mitglied der Gesellschaft für ganzheitliche Medizin in Großbritannien, den Dreiklang von „body, mind and spirit“ als Basis ansieht, führt eine ganze Reihe von Kritikpunkten an der Balintarbeit auf³⁰¹. Er beklagt das Fehlen der spirituellen Dimension, verweist auf andere gruppentherapeutische Verfahren, empfiehlt sowohl verhaltenstherapeutische Ansätze als auch komplementärmedizinische Behandlungsmethoden, sowie die Wandlung des Arztes zum Coach. Vor allem kritisiert er die Idee, dass eine Arzt-Patient-Beziehung nicht asymmetrisch wie ein Lehrer-Schüler-Verhältnis ist und dass in Balintgruppen keine Therapie für die Teilnehmer stattfindet. Der letzte Punkt ist jedoch mit einer Grundvoraussetzung der Gruppenarbeit nach Balint und ein Punkt, dass das Angebot der Gruppe niedrigschwellig und damit für viele Teilnehmer attraktiv ist^{302 303}.

Die Situation der Kinderosteopathen ist insofern eine besonders exponierte, als im Setting Patient-Familie-Therapeut die Beziehungsebenen und Auftragsebenen noch komplexer sind³⁰⁴. Es ist zu bestimmen, wer krank und wer gesund ist, inwieweit Beziehungsmuster für die Erkrankung bedeutsam sind, welches Krankheitsverständnis die Familie hat und inwieweit sie als Modell für Strategien zur Krankheitsbewältigung dient³⁰⁵. Wer gibt den Auftrag zur Behandlung und zu wessen Behandlung? Viele Erkrankungen des Säuglings, Kindes und Jugendlichen können als psychosomatischer Ausdruck von Störungen angesehen werden, wie Bürgin und Rost im Kapitel „Psychosomatik beim Säugling, Kleinkind, Kind und Jugendlichen“ in von Uexkülls „Psychosomatischer Medizin“ darlegen³⁰⁶. Erfahrungen des Therapeuten aus seiner eigenen Herkunftsfamilie fließen ebenfalls in die Behandlung und Bewertung mit ein. Dieses vielschichtige Geschehen erfordert in besonderem Ausmaß eine supervisorische Begleitung und Unterstützung. So

³⁰⁰ Haltenhof et al 1993

³⁰¹ Pietroni 1986

³⁰² Herzog 2011

³⁰³ Dornfest (ohne Datum)

³⁰⁴ Herlitz 2006

³⁰⁵ Fredericks 2010

³⁰⁶ Bürgin, Rost 2003

gibt auch Gillemot in ihrer Arbeit zur „Behandlung von Säuglingen mit Regulationsstörungen“ Anregungen für eine entsprechende Ausbildung gemäß den Empfehlungen der GAIMH (Deutschsprachige Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit), zu der auch Gruppenarbeit im Sinne Balints zählt³⁰⁷.

Durch die Einführung von Balintgruppen in die Osteopathie und Kinderosteopathie wird sich die osteopathische Wissenschaft im psychosomatischen Behandlungsansatz in ihrem ursprünglichsten Sinne weiterentwickeln.

³⁰⁷ Gillemot 2014

8. Zusammenfassung

Anhand der Bücher „Psychophysiologie“ von John Martin Littlejohn, „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ von Thure von Uexküll und „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ von Michael Balint wurden die Übereinstimmungen in der Osteopathie und der psychosomatischen Medizin aus ihrer historischen Entwicklung heraus dargestellt. Die Methode der Balintgruppe als einem Handwerkszeug, um den spezifischen Anforderungen dieser Fächer zu genügen, wurde aus diesem Kontext begründet. Kursorisch wurde die Literatur, die zu dem Themengebiet Arzt-Patient-Beziehungen im osteopathischen Kontext existiert, besprochen. Da die Balintgruppenarbeit in der osteopathischen Medizin wohl noch nicht praktiziert wird, wurde eine Einführung dieser Methode in Ausbildung und Ausübung der Osteopathie und Kinderosteopathie empfohlen, um dem ganzheitlichen Behandlungsansatz der Osteopathie gerecht zu werden und der psychischen Überforderung der Osteopathen vorzubeugen.

9. Ausblick

Eine Untersuchung über die Bedeutung, die Osteopathiestudenten und praktizierende Osteopathen den emotionalen, persönlichen und sozialen Kontextfaktoren ihrer Patienten zumessen, wird zur Zeit im Rahmen einer Abschlussarbeit am German College of Sutherland Medicine durchgeführt und durch die Autorin betreut und wissenschaftlich begleitet. Basierend auf dem Fragebogen von Trif und Wolman soll ferner der Bedarf an geleiteten Gruppendiskussionen ermittelt werden.

Derzeit ist die Etablierung einer Balintgruppe für Osteopathen und ihre wissenschaftliche Begleitung in Planung.

10. Literaturverzeichnis

- Bahrs O, Heim S, Kalitzkus V, Matthiessen PF, Meister P, Müller H (2007). Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis: Qualitätszirkel als Fortbildungs- und Forschungsinstrument. *Balint-Journal*,1:9-15.
- Balint M (1955a). Psychotherapeutische Fortbildung des praktischen Arztes. *Psyche*,9:370-89.
- Balint M (1955b). Friendly experiences- horrid empty spaces. *Int J Psychoanal*,36:225-41.
- Balint M (1957). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart:Ernst Klett Verlag.
- Balint M (1970). Trauma und Objektbeziehung. *Psyche*,24:346-58.
- Balint M (1973). *Therapeutische Aspekte der Regression*. Hamburg:Rowohlt.
- Balint M (1989a). Die therapeutische Funktion des Arztes. In: Nedelmann C, Ferstl H (Hrsgb.): *Die Methode der Balint-Gruppe*. Stuttgart:Klett-Cotta.
- Balint M (1989b). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. In: Nedelmann C, Ferstl H (Hrsgb.): *Die Methode der Balint-Gruppe*. Stuttgart:Klett-Cotta.
- Balint M, Balint E (ohne Jahr). *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Bern, Stuttgart:Gemeinschaftsverlag Hans Huber.
- Barlow WJ (1909). Psychotherapy. *California State Journal of Medicine*,8(8): 74-9.
- Bartley SH (1984). Psychology and a helpful form of medical practice. *Perceptual and Motor Skills*,59:52-4.
- Beck M (2011). Das autonome Nervensystem und seine neuroanatomischen und neurobiologischen Komponenten. *Osteopathische Medizin*,3:13-22.

Berghändler T (2010). Berühren und Berührt-Werden. 11. Interdisziplinäre Balint-Tage Schloss Wartensee

<http://www.balint.ch/literatur.html> (Zugriff am 12.02.2013)

Bürgin D, Rost B (2003):. Psychosomatik beim Säugling, Kleinkind, Kind und Jugendlichen. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsgb.): Psychosomatische Medizin - Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Aufl. München: Urban & Fischer.

Carey TS, Motyka TM, Garrett JM, Keller RB (2003). Do osteopathic physicians differ in patient interaction from allopathic physicians? An empirically derived approach. The Journal of the American Osteopathic Association, 103(7):313-8.

Carus CG (2010). Vorlesungen über Psychologie. Zürich-Leipzig

Ciampi L (1982). Affektlogik über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Crapse FJ Jr, Hudgins PM, Baker HH (2004). Lifestyle changes associated with osteopathic medical education. The Journal of the American Osteopathic Association, 93(10):1051-4.

Davidson R (2013). Der emotionale Stil. Welche Gefühle steuern Ihr Leben? Psychologie heute, 2:20-27.

DeVoe J, Fryer GE Jr, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA (2002). Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? The Journal of family practice, 51(3):223-8.

Dornfest FD (ohne Datum). Balint Training- A "how to" manual in development http://www.essentialgptrainingbook.com/resources/chapter_24/The%20Balint%20Manual.pdf (Zugriff am 31.07.2014)

Eckleberry-Hunt J, Van Dyke A, Lick D, Tucciarone J (2009). Changing the conversation from burnout to wellness: Physician well-being in Residency Training Programs. J Grad Med Educ, 1(2):225-30.

Egli H (1999). Geschichten- Eine Beschreibung der Balintarbeit mit Hilfe neuer Entwicklungen in den Sozialwissenschaften und neuer Erkenntnisse in den Neurowissenschaften.

<http://www.balint.ch/literatur.html> (Zugriff am 12.02.2013)

Egli H (2006). Patientenorientierte Versorgung und Balintarbeit. Kongress SGPP, Biel 2006

Elkiss ML, Jerome JA (2013). Touch - more than a science. The Journal of the American Osteopathic Association, 112(8):514-7.

Elzer M (2008). Ein halbes Jahrhundert Balint-Gruppe

<http://www.psychanalyse-aktuell.de/therapie/balint-gruppe.html> (Zugriff am 12.02.2013)

Evans MW Jr, Hawk C, Ndetan H, Rupert RL (2012). Research. patient characteristics, screening use, and health education advice in a chiropractic practice-based research network. Top Integr Health Care, 3(1):10-18.

Flatscher M, Liem T (2012). Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit? Überlegungen zu einem Problemkomplex. Osteopathische Medizin, 2:18-21.

Fredericks M, Kondellas B, Ross MWV, Hang L, Fredericks J (2010). Future chiropractic physicians: towards a synthesis of select concepts in the behavioral sciences in health care and the society-cultural-personality model of the 21st century. J Chirop Humanit, 16(1):5-12.

Fritzsche K (2003). Die Balint-Gruppe. In: Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M (Hrsgb): Psychosomatische Grundversorgung. Berlin, Heidelberg, New York:Springer Verlag.

Gillemot B (2014). Behandlung von Säuglingen mit Regulationsstörungen- Anregungen für die Ausbildung gemäß GAIMH. Osteopathische Medizin, 2:29-33.

Häfner S, Jaudas M (2005). Neue Arbeitsfelder für die Balint-Arbeit. Balint-Journal, 6:124-5.

Häfner S, Otten H, Petzold ER (2011). Praxis der Balintgruppenarbeit in Deutschland- Ergebnis einer Umfrage unter Leitern von Balintgruppen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,57(3):233-43.

Haltenhof H, Bühler KE, Leupold-Theander E (1993). Die Bedeutung der Balintgruppenarbeit: Ein Literaturüberblick und eine empirische Studie in Unterfranken. Psychother Psychosom med Psychol,43:200-06.

Hardigan PC, Stanley R (1998). Comparison of personality styles between students enrolled in osteopathic medical, pharmacy, physical therapy, physician assistant, and occupational therapy programs. The Journal of the American Osteopathic Association,98(11):637-41.

Hartmann C (2012). Osteopathie und Wissenschaft: Körperwahrnehmung durch innere und äußere Afferenzen. Osteopathische Medizin,3:28-30.

Hausteiner-Wiehle C, Schaefert R (2013). Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. Manuelle Medizin,5:403-11.

Herlitz V (2006). Grenzen der Elternarbeit- ein Beziehungsproblem zwischen Eltern und Therapeut? Balint-Journal,7:86-93.

Herzog P (2011). Die Suche nach der verlorenen Einheit von Körper und Seele in der Heilkunde- Versuch der Annäherung von Balintgruppe und reflektierter Kasuistik nach Thure von Uexküll. Balint-Journal,2:33-47.

Horton JG (2001). More on spirituality. The Journal of the American Osteopathic Association,101(5):269.

Hüther G, Krens I (2013). Das Geheimnis der ersten neun Monate. 5.Aufl.Weinheim und Basel:Beltz Verlag.

Hunter C (1926). The mental factor in disease and its treatment by the general practitioner. The Canadian Medical Association Journal,16(7):745-53.

Janus L (1997). Wie die Seele entsteht. 1.Aufl.Heidelberg: Mattes-Verlag.

Janus L (2010). Pränatale Psychologie und Osteopathie. In:Liem T, Schleupen A, Altmeyer P, Zweedijk R (Hrsgb): Osteopathische Behandlung von Kindern. Stuttgart:Hippokrates Verlag.

Johnson SM, Bordinat D (1998). Professional identity: key to the future of the osteopathic medical profession in the Unites States. The Journal of the American Osteopathic Association,98(6):325-31.

Johnson SM, Kurtz ME (2007). An innovative course on doctor-patient relationships: preparation for interacting with patients. The Journal of the American Osteopathic Association,86(4):248-53.

Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J (2011). Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: Results of a national survey.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140199> (Zugriff am 02.03.2013)

Kanadiya MK, Klein G, Shubrook JH Jr (2012). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among osteopathic medical students. The Journal of the American Osteopathic Association,112(7):437-46.

Kimmelmann M, Giacobbe J, Faden J, Kumar G, Pinckney CC, Steer R (2012). Empathy in osteopathic medical students: a cross-sectional analysis. The Journal of the American Osteopathic Association,112(6):347-55.

Köhle K, Janssen PL, Richter R, Adler RH, Wesiack W (2003). Fort- und Weiterbildung unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Schweiz und in Österreich. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Von Uexküll T, Wesiack W (Hrsgb.): Psychosomatische Medizin- Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6.Aufl.München:Urban& Fischer.

Krebs C, Von Franque M (2013). Osteopathische Behandlung bei psychischen Traumafolgestörungen. Osteopathische Medizin,3:7-11.

Lee P (2009). Interface. 1.Aufl.Pähl: Jolandos.

- Leigh JP, Tancredi DJ, Kravitz RL (2009). Physician career satisfaction within specialities. *BMC Health Serv Res*,9:166-74.
- Levend H, Janus L (2011). *Bindung beginnt vor der Geburt*. 1.Aufl.Heidelberg: Mattes-Verlag.
- Lewith GT (1988). Undifferentiated illness: some suggestions for approaching the polysymptomatic patient. *Journal of the Royal Society of Medicine*,81:563-5.
- Licciardone JC (2012a). Osteopathic manipulative treatment: much more than simply a “hands-on” phenomenon. *The Journal of the American Osteopathic Association*,112(11):704-05.
- Licciardone JC, Gatchel RJ, Kearns CM, Minotti DE (2012b). Depression, somatization, and somatic dysfunction in patients with nonspecific chronic low back pain: results from the osteopathic trial. *The Journal of the American Osteopathic Association*,112(12):783-91.
- Liem T, Hilbrecht H, Schmidt T (2012). *Osteopathie und Wissenschaft*. *Osteopathische Medizin*,1:11-18.
- Lipton BH (2008). *Intelligente Zellen*. 6.Aufl.Burgrain:Koha Verlag.
- Littlejohn JM (2009). *Psychophysiologie (1899)*. Pähl:Jolandos.
- Mai F (1976). Management for „psychosomatic“ problems in clinical practice. *CMA Journal*,114:684-6.
- Martin JT (1993). Shame and the origin of physician-patient conflict. *The Journal of the American Osteopathic Association*,93(4),486:489-91.
- Mitscherlich A (1989). Zur Zusammenarbeit von Psychoanalytiker und niedergelassenem Arzt in der Praxis. In: Nedelmann C, Ferstl H (Hrsgb.): *Die Methode der Balintgruppe*. Stuttgart:Klett-Cotta.
- Nedelmann C (1989). Das Ziel: eine deutliche, jedoch begrenzte Einstellungsänderung. In: Nedelmann C, Ferstl H (Hrsgb.): *Die Methode der Balint-Gruppe*. Stuttgart:Klett-Cotta.

- Novy R, Sommerfeld P (2013). Osteopathie als Kunst? Osteopathische Medizin,2:4-7.
- Otten H (2012). Professionelle Beziehungen. Heidelberg, Berlin, New York:Springer Verlag.
- Patterson MM (2013). Touch: vital to patient-physician relationships. The Journal of the American Osteopathic Association,112(8):485.
- Perez JC (2005). Healing presence. Care management journals: Journal of case management; The journal of long term home health care,5(1):41-6.
- Petzold ER (Hrsg) (1984). Klinische Wege zur Balint-Arbeit. Heft 8. Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- Pietroni P (1986). Would Balint have joined the British Holistic Medical Association? Journal of the Royal College of General Practitioners,36:171-73.
- Pöttner M, Hartmann C (2005). Triune osteopathy. Osteopathische Medizin,2:19-23.
- Recordon JP (1972). Communication in the doctor-patient relationship. Journal of the Royal College of General Practitioner,22:818-27.
- Reeves RR, Beazley AR (2008). Spirituality is fundamental to osteopathic medicine. The Journal of the American Osteopathic Association,108(8):468-9.
- Root MJ (1987). Communication barriers between older women and physicians. Public Health Rep,102(4Suppl.):152-5.
- Rose L (1954). Some aspects of paranormal healing. British Medical Journal,2(4900):1329-32.
- Sandweg R, Finkbeiner GF (2003). Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke O, Von Uexküll T, Wesiack W (Hrsgb.): Psychosomatische Medizin-Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6.Aufl.München:Urban& Fischer.

Schweickert EA, Heeren AB (1999). Scripted role play: a technique for teaching sexual history taking. The Journal of the American Osteopathic Association,99(5):275-6.

Shindel AW,, Ando KA, Nelson CJ, Breyer BN, Lue TF, Smith JF (2010). Medical student sexuality: how sexual experiences and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students´ comfort in dealing with patients´sexuality in clinical practice. Journal of the American Osteopathic Association,85(8):1321-30.

Stark T (2000). Evidence-base Medicine, der Arzt und der Patient. Ärztezeitung,21,Schweiz
<http://www.balint.ch/literatur.html> (Zugriff am 12.02.2013)

Still AT (Hartmann C Hrsgb.) (2005). Das große Still-Kompendium. 2.Aufl.Pähl:Jolandos.

Trif AB, Wolman C (2009). The relationship between the health professional and the patient as perceived by the medical and nursing students. 16.Int. Balint Kongress, Rumänien, 2009

Turner RN, Leach J, Robinson D (2007). First impressions in complementary practice: the importance of environment, dress and address to the therapeutic relationship. Complementary therapies in clinical practice,13(2):102-09.

Van Cranenburgh B (2011). Segmentale Phänomene. 1.deutschsprachige Aufl. München:Kiener Verlag.

Von Gimborn G (2013):.Spiegelneuronen- ein unentbehrliches Werkzeug in der Osteopathie. Osteopathische Medizin,2:18-21.

Von Uexküll T (1964). Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek:Rowohlt Verlag.

Von Uexküll T (1989). Patientenkarrieren. In: Nedelmann C, Ferstl H (Hrsgb.): Die Methode der Balint-Gruppe. Stuttgart:Klett-Cotta.

Von Uexküll T (2002). Integrierte Medizin- ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: Uexküll, Geigges, Plassmann (Hrsgb.): Integrierte Medizin- Modell und klinische Praxis. Stuttgart:Schattauer.

Webbe R (1999). Professional burnout in osteopathy.

http://www.osteopathic-research.com/index.php?option=com_jresearch&view=publication&task=show&id=12279&lan (Zugriff am 24.03.2013)

Weiss J (2011). Osteopathie- Teil der Schulmedizin oder paramedizinisches Verfahren? Deutsche Medizinische Wochenschrift,136(18):14.

Westermoreland JL, Williams NH, Wilkinson C, Wood F, Westermoreland A (2007). Should your GP be an osteopath? Patients' views of an osteopathy clinic based in primary care. Complementary therapies in medicine,15(2):121-7.

Wilhelm K (2014). Die frühe Kindheit und der späte Schmerz. Psychologie heute,5:26-30.

Zimmermann-Viehoff F (2010). Der Arzt als Plazebo. Balint-Journal,2:39-41.