

Healtheducation

Regulation der Gesundheit im Ritualraum um den Rehabilitierenden

[Nach einem Impulsreferat vor dem Symposium der Stiftung für Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin, CH-4501 Solothurn, am 18.11.2009 in Zürich]

Heinz Spranger

Menschliches Empfinden um Gesundheit, Krankheit und Leiden beruhen auf individuellen Prozessen. Diese lassen sich steuern. Die Steuerung erfolgt einerseits durch Klienten / Patienten selbst und andererseits durch ärztliche und nicht-ärztliche Heilberufler und Betreuer. Steuerungserfolge und Befinden der Gesundheit auf einem Heilungsweg hängen ab von der Funktion des Ritualraumes und dessen Reinheit um den Rehabilitierenden. Da diese Kenntnis einen tragenden Einfluss auf die Heilberuflichkeit hat, soll sie hier mit der Zielvorgabe ‚Befundbesserung‘ thematisiert werden.

Human feeling around health, illness and suffering are based on individual processes. These can be steered. The control occurs on the one hand through clients / patients and, on the other hand, through medical and non-medical practitioners and responsible persons.

Control results and condition of the recovery on a healing way depend on the function of the ritual space and his cleanness around the rehabilitating. Because this knowledge has a weight-bearing influence on the health-practition, here it should be picked out as a central theme with the objective ‚findings improvement‘.

Wegscheider berichtet 2007 am Beispiel der Wirkung von Medikamenten, dass es nicht möglich sei, aus der bloßen Beobachtung heraus im Einzelfall eine spezifische Wirkung von einem Spontanverlauf zu unterscheiden: „Aus psychologischer Forschung wissen wir, dass Ärzte wie andere Menschen eine große Bereitschaft haben, zufällige Verbesserungen auf dem Konto „Therapieerfolg“ zu verbuchen. Jenseits aller Studien dürfte die verkannte Spontanvariation Quelle manchen Heilungserlebens in der täglichen ärztlichen Praxis sein“. [21]

Medizinische Logik und naturwissenschaftliche Denkweise bemühen häufig den Begriff der „Wirkung, bzw. Wirksamkeit“. Beide Begrifflichkeiten sind semantisch nicht gut definiert. Für den Bereich sozialer Dienste existiert hingegen unter dem Aspekt der Qualitätssicherung eine andere semantisch konzeptuelle Basis, die von **Ruflin** 2006 als „Wirkungsorientierung“ bezeichnet ist. Sie empfiehlt sich deswegen für die Medizin, weil sie alle Eigenheiten des beobachteten Systems erfasst:

- pharmazeutische Wirkungen, pharmakologische Aktionen und Reaktionen
- technokratische Anwendungen in Befund- und Therapieverlauf
- nicht-ärztliche und ärztliche Befragungsergebnisse, weitere anamnese-orientierte Erkenntnisse
- Adaption an den Wirkraum zwischen Klient/Patient und Arzt,
- Änderungen dieses Wirkraumes und
- über einen Zuwendungseffekt hinausgehende Placebophänomene. [14]

Zwei professionelle, aber bisher nicht paraphierte stringente Darlegungen bestimmen nicht-interventionelle Untersuchungen bzw. Anwendungsbeobachtungen (**Eberhardt** et al. 2006 [5]) und (**Kori-Lindner** et al. 2007 [7]). In ihnen wird der Wert der Beeinflussung von Menschen durch die Gabe von Aufmerksamkeit und Pharmakon gleichhoch beurteilt.

Rituale machen den Vordergrund mancher fachlicher medizinischer Interventionen aus. So erwähnen **Lewith** et al.[8] erwähnen 2006 in einer ihrer Versionen von Forschungsstrategien, wie Schmerzpatienten, die eine Scheinakupunktur erhalten, größere Linderung verspüren, als solche, die ‚nur‘ wirkstofffreie Mittel nehmen.

Als eines der häufigsten "Modelle" für die Beschreibung von Wirkungen der Placebos gilt das „Irritable Bowel Syndrome“, der Reizdarm, der verschiedentlich durchgearbeitet wurde. Hierzu sind beispielhaft drei Veröffentlichungen zu nennen, deren aufsteigender Wert zwischen klinischer Studie, randomisierter placebokontrollierter Untersuchung und in der Meta-Analyse liegt:

Camilleri et al. haben bereits 2000 den selektiven 5-HT₃-Rezeptorantagonist Alosetron, der seit Februar 2000 in den USA zur Therapie des Reizdarmsyndroms, bzw. gegen Diarrhöen bei Frauen in den USA im Handel ist, aufwändig zitiert. [3]

Ceremonini et al. fassten drei Jahre später die klinischen Ergebnisse gastro-intestinaler Behandlungen unter neurologischen Aspekten zusammen. [4]

In großer Meta-Analyse konnten **Kaptchuk et al.** schließlich 2008 die randomisierte Placebo-kontrollierte Studie zum Bowel-Syndrom darstellen. [6]

Zu den Besonderheiten einer jeden Therapieform gehört, dass durch die Gabe von wirkstofffreien Mitteln oder der Anwendung einer beliebigen Scheintherapie eine Besserung von Symptomen wie Schmerzen, erzielt werden kann. Der Prozentsatz dieser "Scheinheilungen" ist erstaunlich hoch. Nach verschiedenen Untersuchungen sind solche ‚placebobedingten‘ Besserungen bei 30 bis 50 Prozent der Patienten beobachtet worden. Man führt dies auf die Suggestivkraft zurück, die von einem therapeutischen Handeln gleich welcher Art ausgeht. Das Ausmaß der Suggestivwirkung ist äußerst unterschiedlich. Es hängt von der Art der Erkrankung, der Persönlichkeit des Patienten und der Überzeugungskraft des Arztes ab.

Es bietet sich an, diese allgemeinverständliche Beschreibung des Placebo-Phänomens aus der Wirkstoffzulassung [2] der allgemeinen Pharmakologie auf den Befund- und Therapieverlauf hin zu spiegeln. **Schulz** berichtet 2007 eine Metaanalyse über die Ordnung verschiedener Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten zum Gesamterfolg von Arzneitherapien in pharmakologisch kontrollierten Studien. In der Übersicht fällt auf, dass der rein pharmakologisch begründete Erfolg, der unter optimalen Rahmenbedingungen für das Verum bleibt, im Vergleich zu Maximalerfolgen unter Placebo in einzelnen Studien gering ist. [15] :

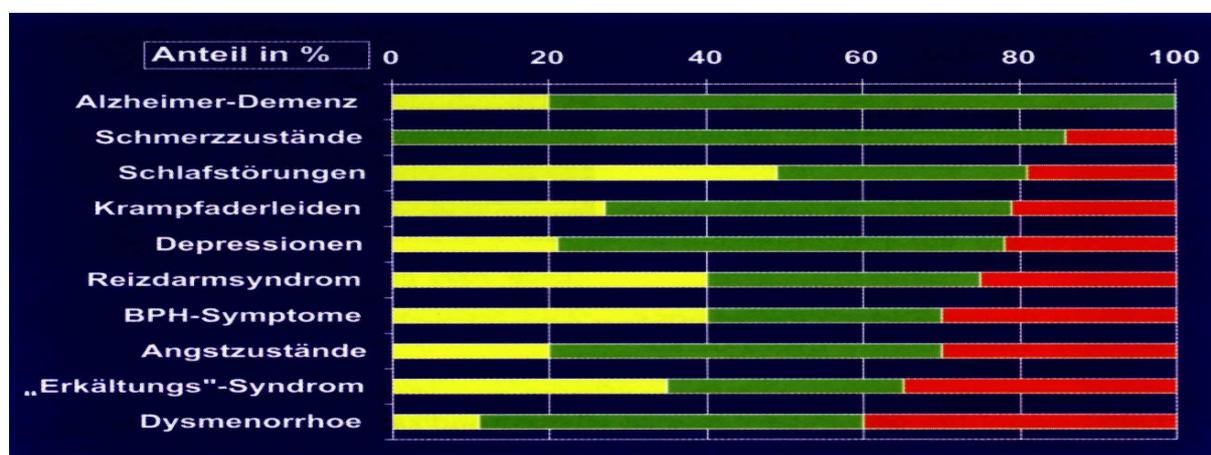


Abb. 1: Anteile am Gesamterfolg von Arzneitherapien in placebokontrollierten Studien (gelb = Minimalerfolge unter Placebo in allen Studien; grün = Maximalerfolge unter Placebo in einzelnen Studien; rot = rein pharmakologisch begründeter Erfolg, der unter optimalen Rahmenbedingungen für das Verum noch bleibt)

Sprachübereinkunft (language negotiation)

Die entscheidende Folgerung aus diesen Kenntnissen ist die breite Vertiefung des Wissens um die physische und psychische Regulation. Sie betrifft besonders zwei parallelisierte Fachgebiete. Die Pflege in ihrer umfangreichsten Form um den Menschen wird sich in Bereiche hinein entwickeln, in denen Forderungen an ärztliche Heilberuflichkeit bestehen. Die pflegerische Zuwendung muss um ein Maß kohärenter werden. Die Pflegekraft wird zum nicht-ärztlichen Heilberufler, der Klienten und Patienten mentale und emotionale Begleitung in ihrer Gesundheit anbietet. Sie begleitet den Menschen schließlich durch die Ängste und Unwägbarkeiten von Befindens- und Krankheitsstörungen.

Dafür ist nötig, das Wissen über Zuwendung zu entlaaisieren und mit semiotischen Hilfen dem individuellen Bedürfnis der Menschen anzupassen. [17, 18, 19] Da in dieser Lage der Arzt entlastet wird, kann von ihm ein höheres Maß an Weiterbildung erwartet werden, als bisher. Die integrative und Anteile der technokratischen Medizin können den Klienten und Patienten ebenso angeboten werden, wie interkulturelle Ansätze, die komplementäre Inhalte haben.

Kommunikation und Dienst am Nächsten sind zu Schlüsselbegriffen in der psychologischen und medizinischen Praxis von Pflege und Ärztlichem geworden. Ihr Verhältnis zu der heilberuflichen Aktivität lässt sich begründen und beschreiben. Die Antwort liegt in der humanen Zuwendung zum Menschen, die sich in Kognition und Emotion entfaltet und auf die Erfüllung der Kommunikationsgemeinschaft. In der Auseinandersetzung mit diesen Fragen entwickeln sich so genannte Ganzheitlichkeiten. Sie tragen den Kommunikationsbegriff „Mensch zu Mensch“, der die herkömmliche Anwendung der Kommunikationswissenschaft auf die heilberufliche Praxis neu bewertet und Alternativen aufzeigt. Das Wesen der Zwischenmenschlichkeit und Partnerschaft wird reflektiert und darin seine Legitimation und Vollmacht gefunden.

Diese Planungen sind Teil einer 2007 zertifizierten Erwachsenen-Weiterbildung, die im deutschsprachigen Raum von der Bundesagentur für Arbeit als förderungsfähig anerkannt ist. [16]

Diskussion des Meta-Aspektes „Ritual“

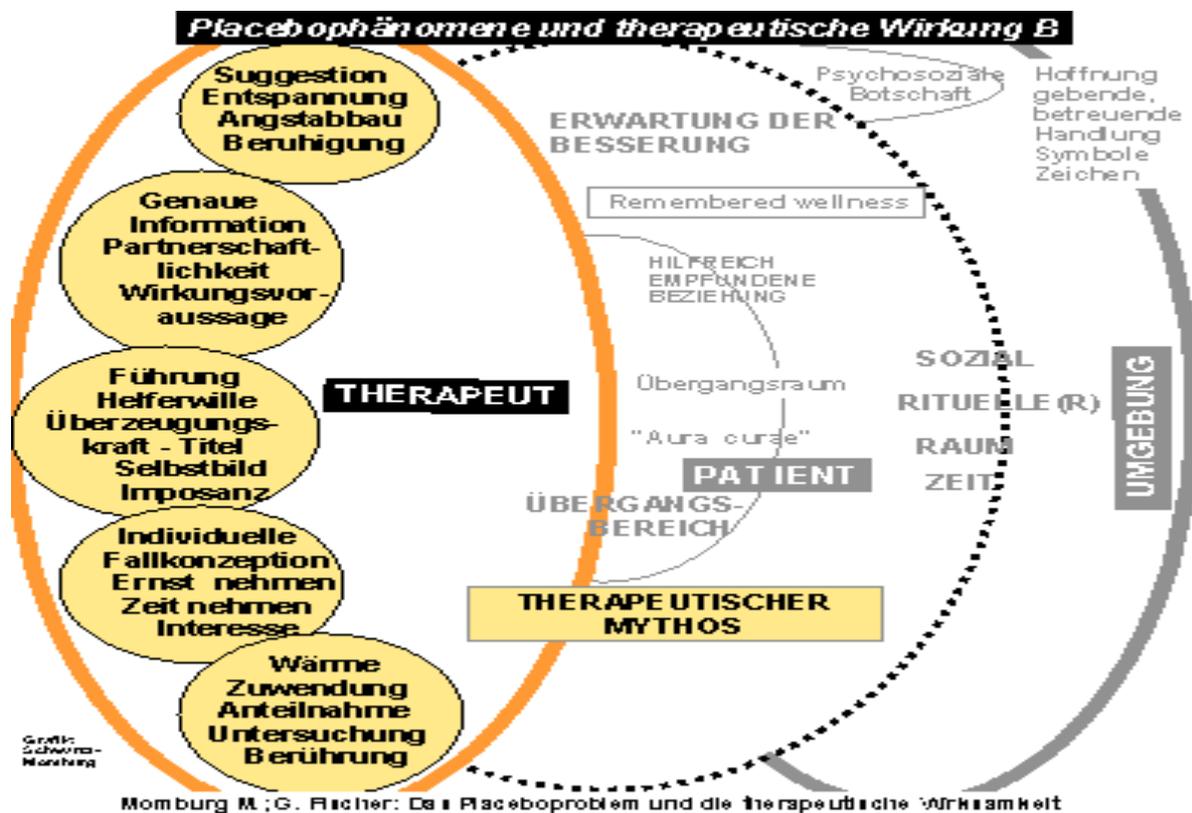
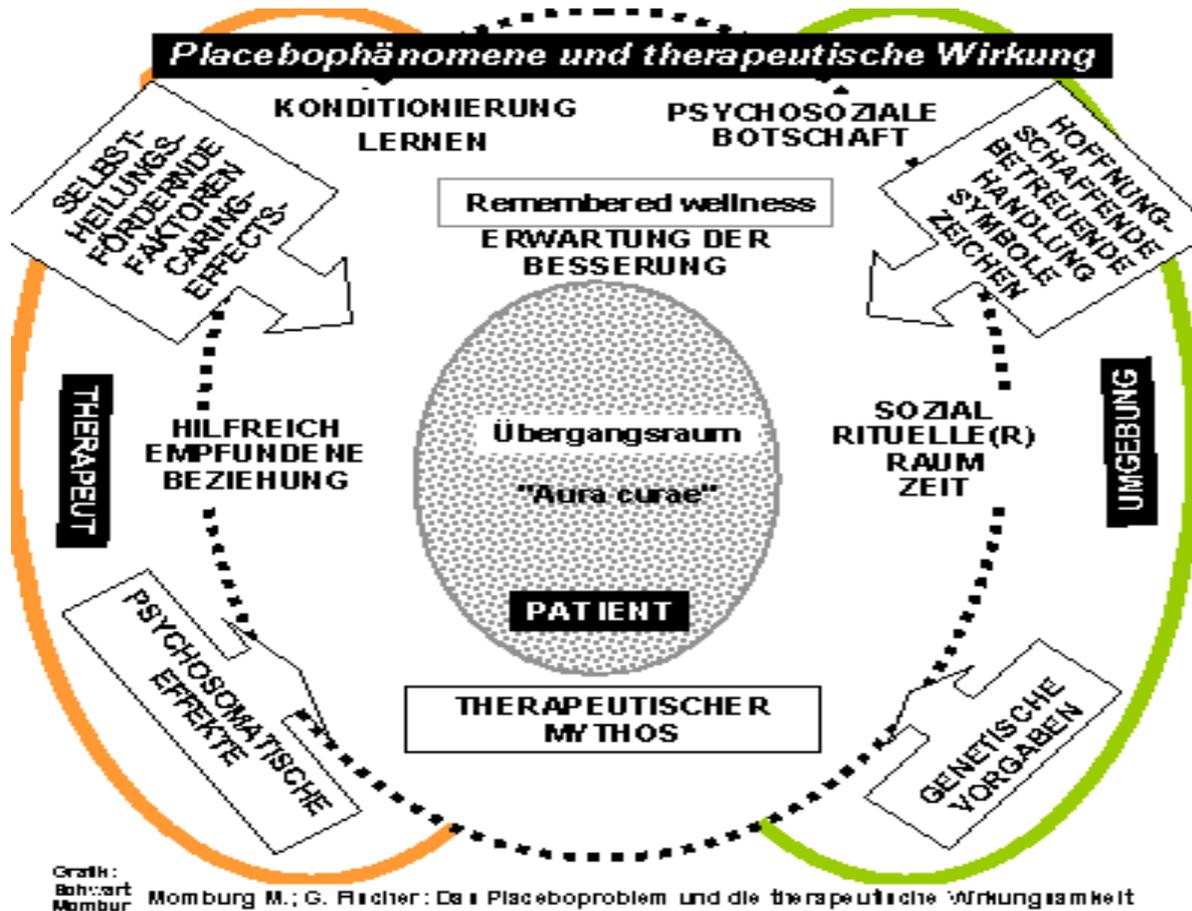
Das Ritual entscheidet über eine Trennschärfe von Einverständnis zwischen den Partnern Arzt und Klient/Patient. Das ist hingegen, wie **Momburg [9]** an der Aktivität von Rehabilitationsmaßnahmen beschreiben konnte, ohne einen „positiv besetzten Übergangsraum“, der zugleich den rituellen Raum, die Umgebung und – vor allem – die Zeit beinhaltet, nicht möglich. Sowohl in der weiten Vergangenheit, als auch in interkulturellen Vergleichen haben sich solche Übertragungsräume gebildet, ohne die manche Medizinen nicht auskamen. So haben sich klassische “Schamanische Heilungsrituale” als Heilungstechniken etabliert, wie sie seit Jahrtausenden überall auf der Welt Verwendung gefunden haben und an vielen Orten noch immer eingesetzt werden. Dass dazu die Seelenrückholung, die Entfernung schädlicher Geister, magische Operationen, Reisen in die nichtalltägliche Wirklichkeit oder Nebenwelten, Kristallarbit, Traumarbeit, das Herstellen von Verbindungen zu Kraft- und Schutzgeistern und vieles mehr gehören, sei erwähnt. Mittlerweile haben sich jedoch eine Reihe von Schulen gebildet, innerhalb welcher diese klassischen Techniken ganz oder auch teilweise mit modernem spirituellem oder psychotherapeutischem Wissen und Praktiken verbunden werden.

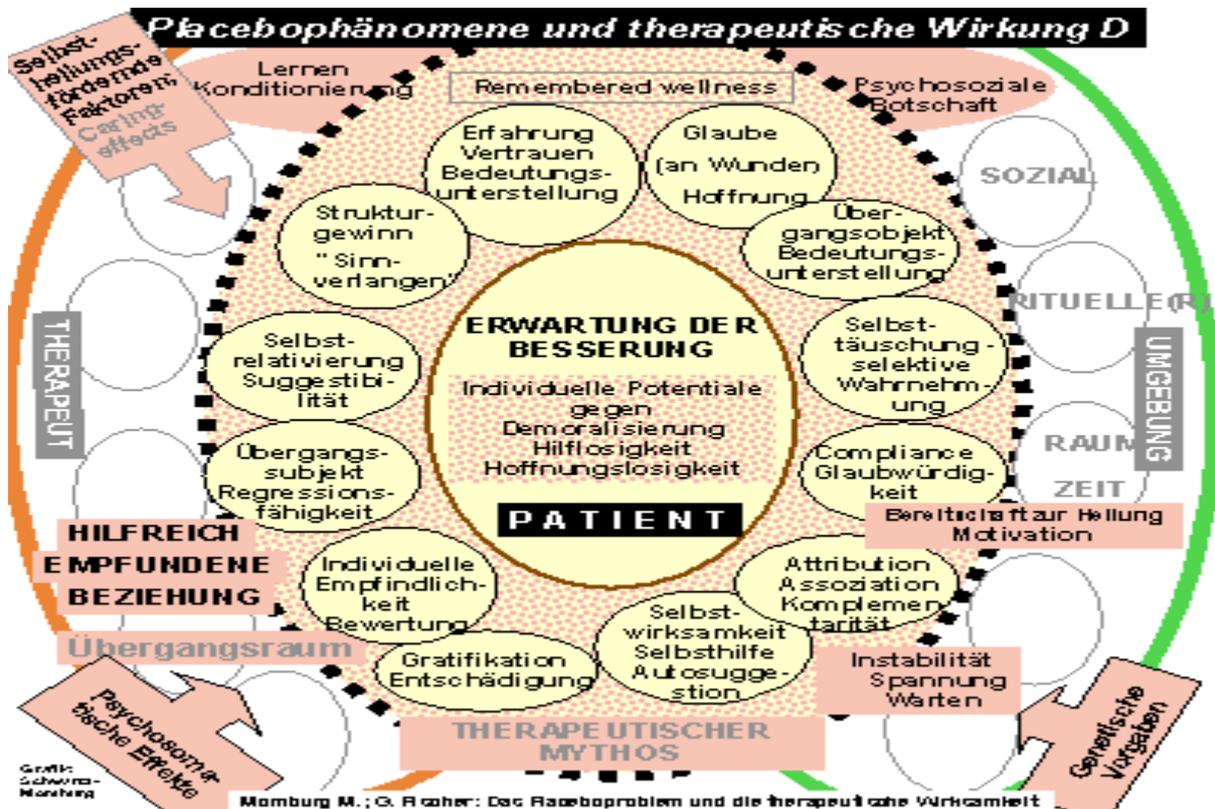
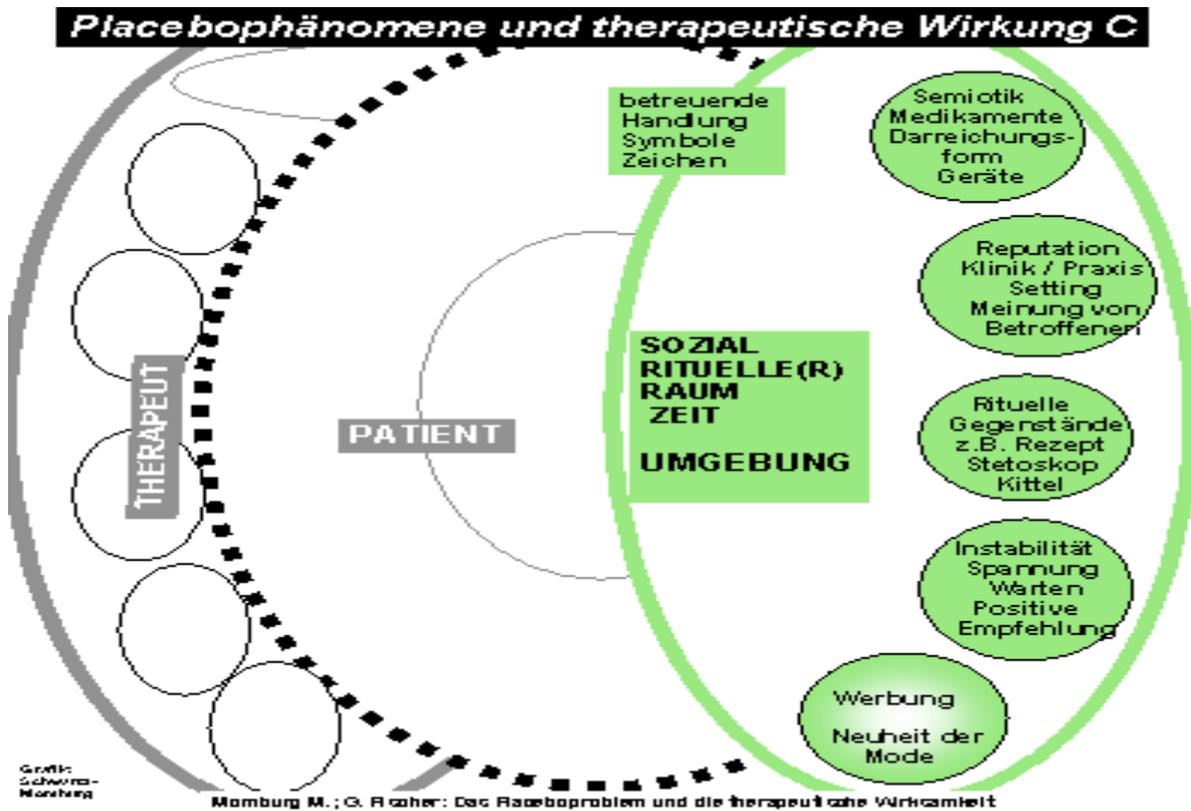
Gesundung ist auf dem Wege zu gefühlten Stadien einer Heilung abhängig von handelnden Menschen und deren Bereitwilligkeit, das Ritual des Wirkraumes zu erfüllen. Non-verbale Kommunikation ist komplexes Zuwendungsmuster. Einerseits gehören Gesprächsfähigkeit, neben Darstellung (Auftreten), Mimik und Gestik und schließlich eine gemeinsame Ausdrucksform zum Repertoire der rituellen Zuwendung. Andererseits ist die **Gesprächsführung** auch essentieller Bestandteil der heilberuflichen Tätigkeit. Nur mit der detaillierten Kenntnis der **Anamnese von Klienten und Patienten** sind nach dem Ersthelfer Arzt und Pfleger / Betreuer in der Lage, auch schwierige Befunde in therapeutische Konsequenzen zu übersetzen. Die **Anamnese** ist schließlich in der Lage, Befunde und Diagnosen auf den Wert homologer, heterologer und komplexer Verursachungen einzugrenzen.

Alle funktionellen Einzelheiten sind Teil der breiten Akzeptanz rehabilitiver Maßnahmen.

Die folgenden Abbildungen zur Funktion des Ritualraumes sind vier Schautafeln, die **Momburg et al. [10]** zur Diskussion publiziert haben. Sie befanden sich im Zentrum meines Vortrages.

Der Autor dieses Textes hat sich entschlossen, sie zum Zwecke der heilberuflichen Fortbildung original und ohne Kommentierung zu verwenden, weil sie in ihrer Aussage den Schaden abwenden, der von der überproportionalen Betonung der „weißen“ Berufskleidung von Medizinerinnen ausgeht.





Verbale Kommunikation füllt den Kontrollraum zwischen Non-verbalem und Anwendung aus. Sie hat eine eigene Linguistik, Semiotik und Semantik.

Die allgemeine und umfassende Bezeichnung für das Fundament für soziale Beziehungen und menschliche Kommunikation durch signalisiertes Interesse und Aufmerksamkeit ist die **Zuwendung** (allowance, grant). Sie ist in den meisten Theorien von der Psychoanalyse bis hin zur Soziologie die Basis für die Entwicklung von Vertrauen. Dies gilt insbesondere für die therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Es gilt als **unbestritten**, dass Kinder, ein gewisses Maß an Zuwendung für eine gesunde Entwicklung brauchen. **Umstritten** ist, ob Zuwendung von einer konstanten Bezugsperson stammen muss. Das gilt ebenso für Jugendliche und Erwachsene. [1, 12, 20] Daraus ergibt sich, dass Zuwendung auf Interaktionen, sowohl kognitiv, als auch emotional abhebt. **Zuwendung** stützt sich auf eine Interaktion, die sowohl kognitiv, als auch emotional umfassend sein sollte. Primär definiert sich die Beziehung als synonym für eine dauerhafte Bindung zwischen zwei oder mehreren Menschen. Sekundär werden weiterhin die wechselseitigen Einwirkungen und Verhaltensformen zwischen Institutionen einer Gesellschaft bzw. zwischen verschiedenen Gesellschaftsformen gemeint.

Semiotisch formgleich sind damit auch Richtungen, die **Intentionen** beinhalten: Dazu gehören persönliche **Abhängigkeit** (dependency on a change), die Begrifflichkeiten der Bindung und die der Bezüge (Bezugspersonen). Abhängigkeit ist semantisch definierbar: Von Abhängigkeit. spricht man z.B. dann, wenn eine Person eine andere Person stark braucht, um die eigenen Bedürfnisse befriedigen zu können. Abhängigkeit kann aber auch wirtschaftlicher, gefühlsmäßiger oder anderer Art sein. Abhängig ist ein hilfloses Kindes von seiner Mutter, nicht aber der Klient / Patient vom Heilberufler. Er sollte eine Eigenständigkeit wahren, die Inhalt seines Selbstverständnisses ist.

Bedingung für die Anwendung aller Begriffe von **Anhängigkeit** ist die **Assoziation** (association). Das ist die Bezeichnung für die Verknüpfung von Inhalten, indem eine Vorstellung eine andere Vorstellung ins Bewusstsein ruft bzw. diesen Vorgang begünstigt. Zwischen diesen Vorstellungen besteht eine gewisse, oft aber nur entfernte **Ähnlichkeit**. Dieser Begriff ist semantisch unscharf. Ähnlichkeit ist nicht gleich und nicht ungleich. Ähnlichkeit impliziert die Frage nach ‚wie ähnlich?‘.

Das Verknüpfen von Vorstellungen erfolgt oft nach bestimmten Gesetzen, den Assoziationsgesetzen.

1. Ähnlichkeit. Beispiel: Schal – Tuch, „Ähnlichkeiten“ in der Homöopathie
2. Gegensatz. Beispiel: Mann – Frau, in der Kosmologie schwarzes / weißes Loch
3. räumliche Beziehung. Beispiel: Mantel – Kragen, in der Biosphäre Wald - Feld
4. zeitliche Beziehung. Beispiel: Tag – Nacht, Beschleunigung – Geschwindigkeit.

Freie Assoziation ist dagegen methodisch. Diese Technik beruht auf der Annahme, dass spontane Einfälle und Gedanken, die dem Patienten in den Sinn kommen, einen Zusammenhang mit verdrängten Bewusstseinsinhalten haben, die für den Patienten zunächst nicht nachvollziehbar sind und in der Analyse aufgedeckt werden sollen. Ferner gibt es Verknüpfungen zwischen Bildern, Gefühlen und Empfindungen. Sie zeigen ihre höchste Sinnbildhaftigkeit in Gestik, Mimik und Sprache.

Im Gegensatz zur Assoziation steht die **Dissoziation** (dissociation) Diese allgemeine Bezeichnung für den Zerfall eines zusammengehörigen Systems in Einzelheiten ist ein Prozess, in dem zusammen gehörige Denkvorgänge oder Handlungsabläufe in Einzelheiten zerfallen. Diese Einzelprozesse entziehen sich der Kontrolle der Person und funktionieren selbständig weiter. Beispiel: Abspaltung von Gedanken, Vorstellungen, Verhaltensweisen und anderen psychischen Prozessen von der übrigen Persönlichkeit, in die sie ursprünglich integriert waren (z.B. bei Halluzinationen, gespaltenen Persönlichkeit usw.).

Unter den Begriff der **Kohärenz** (coherence) fallen die **Bezüge**. Beziehungen sind Verbindungen und Kontakte des Ichs mit der Außenwelt. Kohärenz meint des Weiteren die Beziehung zwischen Einzelelementen, die als zusammengehörig aufgefasst werden. Die Kohärenzfaktoren bewirken, dass Einzelheiten als zusammengehörig in und zu Gestaltgesetzen empfunden werden:

1. räumliche Nähe: Bei Punkten mit verschiedenen Abständen werden die Punkte als zusammengehörig empfunden, die einander nahe sind;
2. Gleichheit und Ähnlichkeit: Einzelheiten, die sich ähnlich sind, werden als zusammengehörig betrachtet;
3. Kontur: Je mehr sich eine Figur vom Hintergrund abhebt, desto schärfer ist die Abgrenzung und desto fester ist die Kohärenz.

Innerhalb der Kohärenz kommt es zu Reizbildungen, mindestens aber zur Ausprägung eines **Schlüsselreizes** (key stimulus). Das ist die Bezeichnung für einen signalartigen Reiz, der über einen Auslösemechanismus ein ganz bestimmtes Verhalten auslöst. Beispiel: Eier im Nest eines Vogels sind der Schlüsselreiz, um mit dem Brüten zu beginnen. Versuche mit Attrappen dienen der Feststellung des jeweiligen Schlüsselreizes. Dabei fand man heraus, dass oft sehr einfache Merkmale Schlüsselreize sind. Sie können ein Verhalten aber auch hemmen. Beispiel: Die Unterwerfungsgeste einer im Kampf unterlegenen Katze löst die Tötungshemmung aus; der Angreifer kann nicht mehr zubeißen. Der Schlüsselreiz ist abhängig von der Handlungsbereitschaft. Ist diese sehr groß, genügt ein schwacher Reiz; ist sie jedoch gering, muss der Schlüsselreiz sehr stark sein, um ein Verhalten auszulösen. Ist keine Handlungsbereitschaft vorhanden, so kann kein noch so großer Reiz das Verhalten in Gang setzen.

Schlüsselreize sind Merkmalsträger. Mehrere Merkmale müssen aber einen Zusammenhalt ergeben, die so genannte **Kontingenz** (contingency). Das ist die allgemeine Bezeichnung für das gemeinsame Auftreten zweier Merkmale bzw. die Verbundenheit zweier Ereignisse. In der Persönlichkeitspsychologie weist Kontingenz auf die Wenn-Dann-Beziehung zweier Ereignisse hin.

Werden Merkmale qualitativ als aufnehmbare Reize fokussiert und steigern sich solche Merkmale quantitativ, nähern sie sich im ZNS der Definition von **Schmerz** (pain). Dieser ist eindeutige Bezeichnung für eine Empfindung, die mit der Meldung an das ZNS über Schäden am Körper verbunden ist, z.B. bei Verletzungen, Verbrennungen, Entzündungen usw. Freie Nervenendigungen, die in der Haut und in vielen Organen zu finden sind, bilden die Rezeptoren für Schmerz. Durch fehlende Adaptation gewöhnt man sich nicht an Schmerzen. Bei Wahrnehmung des Schmerzes löst diese Empfindung eine Schutzreaktion aus. Beispiel: Zurückziehen der Hand von einer heißen Herdplatte.

Von lokalisiertem Schmerz spricht man, wenn auslösender und empfundener Schmerzort übereinstimmen. Von projiziertem Schmerz spricht man, wenn z.B. Schäden an inneren Organen an völlig anderen Orten Schmerzen verursachen. Beispiel: Eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels löst oft Schmerzen im Bereich des linken Oberarms aus.

Von welcher Stärke an Reize als Schmerzen empfunden werden, ist abhängig von der individuellen Einstellung. Schmerzempfindungen sind auch von Kultur zu Kultur unterschiedlich und hängen u.a. von der Erziehung ab. Sie können aus physiologischen Gründen einen bestimmten Wert nicht überschreiten. Bei einem schweren Unfall können starke Schmerzmeldungen unter Umständen einen völligen Ausfall jeder Schmerzempfindung auslösen und unter Umständen einen Schock einleiten.

Schockgeschehen ist aus semiotischer Sicht das **akute Zeichen**, zu dem als **chronisches Signal** der Begriff **Leidensdruck** (degree or level of suffering) passt. Leidensdruck ist die Bezeichnung für das Ausmaß, in dem ein psychisch alterierter oder sogar kranker Mensch unter seinen Problemen bzw. Symptomen leidet. Der Leidensdruck spielt eine besondere Bedeutung bei der Motivation zu einer psychotherapeutischen Behandlung. Geringer Leidensdruck und hoher Krankheitsgewinn verschlechtern die Behandlungsaussichten.

Dabei wird auch ein Zwang erkennbar, der das subjektive Empfinden und Handeln beeinflusst. **Zwang** (compulsion; coercion) ist die allgemeine Bezeichnung für jeden äußeren Einfluss, der das Handeln und Denken eines Menschen gegen seinen Willen bestimmt oder beherrscht. In der Psychologie und Psychiatrie versteht man unter Zwangsstörungen das Leiden an beharrlichen Ritualen, die oft viele Stunden andauern und deren Sinnlosigkeit von den Betroffenen erkannt wird.

Man unterscheidet zwischen Zwangsverhalten (z.B. Waschzwang oder Kontrollzwang) und Zwangsgedanken (z.B. Zählzwang oder Grübelzwang). Trotz bewusster Bekämpfung treten die Zwänge immer wieder auf und können nicht verdrängt werden. Zwänge treten als Symptom bei Neurosen und Psychosen auf, lassen sich häufig aber auch bei hirnorganischen Erkrankungen beobachten. Für die Entstehung von Zwängen werden Umwelteinflüsse (z.B. extreme Erziehung zur Sauberkeit), willkürliche Bestrafungen, religiöse Erziehung (Sühne für Verbotenes leisten) oder Konflikte in der analen Phase angenommen. Bei der Behandlung von Zwangsstörungen gibt es keine spezifische medikamentöse Therapie. Analytische und unterstützende Psychotherapie kann manchmal erfolgreich sein.

Leider tritt im Angesicht eines Betroffenen unter Berücksichtigung des Übertragungsgegenübertragungs-Phänomens eine spontane Aversion gegen die Ratschläge der Helfer auf, die sich auf deren vermeintliche **Dominanz** (dominance) beziehen. Dem Helfer wird ein Vorherrschen, ein Überlegen sein unterstellt; also ein Verhalten, welches sich in der Tendenz ausdrückt, andere Menschen kontrollieren oder beherrschen zu wollen. Die Verhaltensmerkmale der Dominanz sind dirigierend, hart, bestimmend. Deshalb ist gegenüber ein Verhalten nötig, das Zuwendung, aber weder Nachgiebigkeit, noch Strenge beinhaltet. [12]

Zweckdienlich ist, zusammenzufassen

Ärztliche und nicht-ärztliche Heilberufler haben sich auf eine andere Art der Zuwendung zu Klienten und Patienten einzustellen.

Diese Umorientierung darf nicht fraglich oder nur fragend sein. Sie muss gestützt werden durch Sachwissen und Fachwissen. Sie geht um den Ritualraum um den Rehabilitierenden, dessen Zuhause sein Funktionsraum ist. Zu diesem Zweck haben sich sowohl die pflegenden Kräfte, als auch die medizinischen, Verhaltensweisen zunutze zu machen, die der Breite des Ritual-Raumes entsprechen.

Die Pflegekräfte haben sich in eine neue Position zu bringen, in der sie nicht nur pflegen, sondern tätig informieren und diejenigen leitenden Funktionen der Zuwendung übernehmen müssen, die im klassischen Sinne von den Ärzten erwartet werden. Sie haben sich aber dafür von anderen Arbeiten zu befreien. Dafür haben die Ärzte eine grundlegende Sorge um den Wirkraum zu gestalten und dafür zu sorgen, dass sie integrative Nutzung der Fachdisziplinen erlauben können.

Der von Klienten und Patienten favorisierte Ritualraum kommt als Entscheidungsstelle für Regulation des Rehabilitierenden infrage.

Schriftumsübersicht:

1 Adler, R., Herrmann, J.M., Köhle, K., Schonecke, O.W., Uexküll, Th.von & W. Wesiack: Uexküll (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. 4. Aufl.(1990). Verlag Urban und Schwarzenberg. ISBN: 3-541-08844-3.

2 BPI-Service (2007): Grundlagen der klinischen Forschung für den Prüfarzt. Dtsch Z Klin Forschung

3 Camilleri, M., Northcutt, A.R., Kong, S. et al (2000): Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: A randomized placebo controlled trial. Lancet 2000; 355:1035.

[MEDLINE](#)

4 Ceremonini, F., Delgado-Aras S, Camilleri M.(2003): Efficacy of alosetron in irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. Neurogastroenterol Mot; 15: 79–86.

[MEDLINE](#)

- 5** Eberhardt, R., Kori-Lindner, C., Stammer, H.: Nicht-interventionelle Untersuchungen (qualifizierende Anwendungsbeobachtungen). Pharm Ind ECV 68 (2006); Heft 5: 542-550
- 6** Kaptchuk, Ted J., Kelly, J.M., Catherine E Kerr, Roger B Davis, Eric E Jacobson, Irving Kirsch, Rosa N Schyner, Bong Hyun Nam, Long T Nguyen, Min Park, Andrea L Rivers, Claire McManus, Efi Kokkotou, Douglas A Drossman, Peter Goldman, Anthony J Lembo (2008): Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. B M J ; 336 : 999-1003
- 7** Kori-Lindner, C., Eberhardt, R.: Planung und Durchführung von nicht-interventionellen Untersuchungen und Anwendungsbeobachtungen. Pharm Ind ECV 69 (2007); Heft 11: 1239-1247
- 8** Lewith, G.T., White, P.J. & T.J. Kaptchuk (2006): Developing a Research Strategy for Acupuncture. The Clinical Journal of Pain **22**; Heft 7: 632-638
- 9** Momburg M.(1996): Ein Modell zur Qualitätssicherung bei Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen am Beispiel der Kur für den alten Menschen – Visualisierung eines ganzheitlichen Ansatzes. Phys Rehab Kur Med **6**: 121-128
- 10** Momburg M. (1997) Das Placeboproblem und die therapeutische Wirksamkeit. URL: http://www.paracelsus-heute.ch/cms/stiftung/wiss_einsiedler_symposien/programm.pdf
Abnahme 3.06.2009
- 11** Paulus, E.: "Biosemiotische Medizin" ist Regulationsmedizin. In: Rezension. Das Medizinische Gesundheitsdesign. URL: http://www.amazon.de/gp/cdp/member-reviews/A2ELU4PV24NHU7/ref=cm_pdp_profile_reviews?ie=UTF8&sort%5Fby=MostRecentReview
Abnahme: 2008-06-27
- 12** Prillwitz, S., Harms, B., Jürgens, C., Kollien, S., Weber, J., Rathmann, Chr. (2008): Fachgebärdlexikon Psychologie. Institut für Deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser der Universität Hamburg.
www.sign-lang.uni-hamburg.de/Projekte/plex/start.htm Abgenommen 2008-07-22
- 13** Projektarbeit der Gruppe Prillwitz, S. (2008): Fachgebärdlexikon Psychologie. <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/Projekte/plex/PLex/Intro/Personen.htm> Abnahme 2008-06-30
- 14** Rufin, R.(2006): Brain guide - Social designs: Wohlfahrtsstaatliches Kontraktmanagement. Darin: QS Wirkungsorientierung. Verlag Haupt, Bern. ISBN: 978-3-258071312
- 15** Schulz V (2007): Die Zukunft der Phytotherapie. Die Wiederbelebung der ärztlichen Verordnung ist zwingend. Kompl Integrat Medizin 41; Heft 11: 44-46
- 16** Spranger H in Hommel H & Spranger H (2007) : Projektskizze Gesundheit in Lebensentwurf, Lebensplanung und Lebensstil. Grin Verlag München. ISBN 978-3-640-24686-1
- 17** Spranger H (2007): Physiologie in der Regulationsmedizin – Aus der Theorie der biosemiotischen Medizin. P. 295-329 in: Leiner D (Hsg.); Regulationsmedizin in Theorie und Praxis. Band 2. Medizinische Literarische Verlagsgesellschaft Uelzen. ISBN 978-3-88136-242-9
- 18** Spranger H (2007): Diskutable Fundamente Biologischer Oralmedizin.
<http://www.integrative-zahnheilkunde.de/biologische-oralmedizin.html>
- 19** Spranger H (Hsg. 2007): Spranger H, Blachnik St. & Hommel H: Das Medizinische Gesundheitsdesign. Edition CO'MED, Hochheim. ISBN 978-3-934672-21-5

20 Uexküll, Th.von, Geigges, W. & R. Plassmann (Hsg. 2002): Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis. Schattauer, Stuttgart. ISBN: 3-7945-2149-8.

21 Wegscheider K: Pluralismus in der Evaluation (2007). In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H-H, Jonitz G, Donner-Banzhoff N (Hsg.): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. 2. Aufl. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 75-85

Korrespondenzadresse :

Univ.-Prof.a.D. Dr. Dr.h.c. Heinz Spranger, Mühlen 1 in D-26906 Dersum
mailto: Dres.Spranger@t-online.de