

Heilkunde und Menschenbild¹

Christian Scharfetter, Universität Zürich

Wissenschaft und mit ihr auch die Medizin als kulturelles Subsystem sind zeit- und kulturabhängige cognitive Strukturierungen. Die Heilkunde ist in ihrem Verständnis vom Menschen, von Wissenschaft, von Krankheit und Heilen kulturabhängig. Eine ganzheitliche Medizin sollte im Ideal somatisch-physiologische, psychologische, soziale und transpersonale Perspektiven auf den Menschen in Gesundheit und Krankheit einbeziehen. Auf nur einen Bereich fixierte Perspektiven sind gefährdet für ideologische Einschränkungen.

Der «Normalität des Leidens» im menschlichen Leben entspricht ein vielschichtiges Heilangebot. Die kritische Sozialgeschichte der Medizin als Beruf zeigt die Selbstmonopolisierung der akademischen Medizin als Profession, die Alleinanspruch auf Heilungsberechtigung erhebt und andere Heilsangebote verdrängt. Die Common-factor-Forschung sucht nach gemeinsamen Wirkbereichen in der Heilungsinteraktion verschiedener Heilsysteme.

Medicine and Anthropology

Science (and therefore medicine too) is a culturally determined system of cognitive structuring. A holistic approach to medicine should take into consideration somatic-physiological, psychological, social as well as transpersonal perspectives towards illness and healing. The ubiquitous suffering creates a multitude of healing offers. Western academic medicine has developed as a profession with claim for monopoly as the only valid healing system, based on empirical positivism of natural science. Common factors appear to be operative in various healing procedures.

1 Einleitung

Das Leben ist kurz / Die Kunst ist gross / Die Erfahrung trügerisch / Die Beurteilung schwierig
/ Der günstige Zeitpunkt kurz. Hippokrates

Die heutige westliche Medizin (und mit ihr auch die Psychiatrie) ist von einem Berufsstand mit einem zeitgeschichtlich bestimmten Menschenbild und Wissenschaftsverständnis getragen. Sie gibt sich eine Selbstdefinition als allein kompetenter Heilexperte für menschliches Leiden. Sie erzieht Schüler ähnlich festgelegter und eingengter Perspektive auf die eigene Profession und die Heilungsuchenden als Träger des Abstraktums Krankheit.

Die Profession selbst, hervorgebracht in einer kulturellen Entwicklung, legt fest, was vom allgegenwärtigen Leid des Menschen ihr Kompetenzgebiet des Behandeln sei, welches das «richtige» Wissen sei und wie man methodisch zu dem komme. Vom Spannungsfeld der Heilkunde zwischen Kunst, Technik und Gewerbe liess der Zeitgeist das technisch-physikalistische Machen (und ökonomischen Gewinn) in den Vordergrund treten. Psychosoziale Gesichtspunkte treten allenfalls sekundär als Appendices somatologischer «Grundla-

¹ Nach einem Vortrag vor der Ärztesgesellschaft Zürich am 26.5.1988; ergänzte Fassung der gleichnamigen Arbeit, welche in der Festschrift für den Psychiater Jan Gross im Springer Verlag Heidelberg 1988 erscheinen wird.

gen» hinzu. Relativierung der Profession hinsichtlich der Kulturabhängigkeit ihrer Grundlagen, Wissenschaftlichkeit, Menschenbild, Verständnis von Krankheit und Heilung kommt eher von anderen Fachgebieten (z. B. Soziologie, Ethnologie) als von den Medizinern selbst.

2 Wissen und Wissenschaft

Das Bewusstsein, inkarniert im Einzelwesen, geprägt in der kulturellen Entwicklung, schafft sich person-, zeit-, kulturabhängige Bilder von Selbst und Welt. Der Mensch erfasst «wissenschaftlich» nicht das Ganze von sich und seiner Welt: Das buddhistische Gleichnis von den Blinden, welche von dem Ganzen eines Elefanten jeweils nur Teile kognitiv festlegen («ich stelle fest: ein Speer . . . ein Baum . . . ein Seil . . . eine Wand usw.»), stellt diese alte Einsicht dar.

Der Mensch nimmt nicht eine ideal angezielte «objektive» Wirklichkeit wahr, unabhängig von seinem kognitiven Zugriff, sondern er bildet sich in seinem Bewusstsein seine Welt. In diesem Sinne ist der Mensch Kosmopoet. Das Bewusstsein (griechisch *Syneidesis*) erschafft sich seine jeweilige Welt in einem Zusammenschauen und Bedeutunggeben in der trinitarischen Union von Erkennendem, Erkanntem und Akt des Erkennens. Erklärungsmodelle für diese selbstgeschaffene Welt sind zeitgeschichtlich-kulturell bedingte Anschauungsformen vom Charakter der Mythen. Der Mensch ist – auch im Wissenschaftszeitalter – Mythopoet. Rilke wusste, dass «die Welt» eine «gedeutete» ist: «Und die findigen Tiere merken es schon, dass wir nicht sehr verlässlich zuhaus sind in der gedeuteten Welt.» «Die Medizin» als kulturelles System konstruiert aus der Fülle des Lebensleides Krankheiten, die substantiviert, objektiviert, abstrahiert zum Gegenstand technisch bewirkten Beseitigens werden: Der Mediziner als Nosopoet. «Beobachtungen» stehen in einer bestimmten kulturell und situativ abhängigen Perspektive, welche ihre Deutung mitbestimmen. Deshalb formulierte Popper (1963): «Clinical observations like all other observations are interpretations in the light of theories.» Und Albert Einstein (1934): «To the discoverer . . . the constructions of his imagination appear so necessary and so natural that he is apt to treat them not as the creations of his own thought but as given realities.» Goethe sagte: «Das Höchste wäre zu begreifen, dass alles Faktische schon Theorie ist.» Wissen ist nicht Wissen einer absoluten objektiven Wirklichkeit – das «Faktische» ist ein Gemachtes (*Poesis*), und zwar vom Beobachter, seiner Person und Kultur und Situation mit-«gemacht» (N. Goodman 1978).

Wissen ist eine Anschauungsform, ein Bewusstseinsgebilde ohne letzten Wahrheits- und Alleingültigkeitsanspruch. Es ist eine – zeitgeschichtlich sich wandelnde – kognitive Strukturierung, Gestaltung, ein Instrument zum Zwecke des handelnden Umgangs (*Praxis*) mit der selbstkonstituierten Welt (A. I. Hallowell 1955, A. R. Lurija 1986). Wissen hat sich instrumentell zu

bewähren für neue Fragen, neue Perspektiven, in der Tauglichkeit für die Lebensführung (*viability*, von E. von Glasersfeld 1985). «Empirisches» Wissen wird in gängiger Auffassung bestätigt in dieser lebenspraktischen Brauchbarkeit für Interpretation und Voraussage in dem Konsensus «Wissender» (Reliabilität), der Konvergenz verschiedener wissens-schaffender Erfahrungen (Sinne), in der Invarianz bei Wiederholung.

Wissenschaft – als System geschaffener kognitiver Strukturierungen – wird damit nicht entwertet, nur in ihrer Bedeutung für die «Wahrheitsfindung» relativiert. Dass «die Welt» im Sinne der «realen» Alltagswelt eine Gestaltung (nicht ein Geschöpf!) des menschlichen Bewusstseins ist, diese Ahnung geht im Abendland schon auf die Vorsokratiker zurück und wurde von manchen Philosophen ausgesprochen. Psychologen (J. Piaget 1973), Kommunikationsforscher (G. Bateson 1972, P. Watzlawick 1984), Ethnologen (A. I. Hallowell 1955), Ethologen (siehe evolutionäre Epistemologie), schliesslich Neurobiologen (H. R. Maturana u. F. J. Varela 1987) zeigten den in der Entwicklung wandelbaren, der Anpassung unterliegenden Charakter der kognitiven Strukturen, des «Wissens». Im Konstruktivismus (von E. von Glasersfeld 1985, H. von Foerster 1985, L. Segal 1986) ist die epistemologische Einsicht ausgesprochen: Wahrnehmung und Erkenntnis sind konstruktive Handlungen.

In der Geistesgeschichte Indiens ist freilich eine schon viel ältere Einsicht da, dass die reale Alltagswelt eine Bewusstseinsgestaltung des Menschen sei. Doch occidentale Selbstherrlichkeit (der weisse Europäer an der Spitze menschlicher Evolution), Eurozentrismus als kulturelles Skotom hat Einsichten anderer Völker oft und lange ausgeblendet.

3 Heilkunde und Kultur

«Kultur» ist hier verstanden als «extrem komplizierte, spezifische Verkettung sozial übermittelter Muster, welche die Gefühle, Gedanken und das Verhalten von Individuen in ihren Gesellschaften bestimmen» (A. I. Hallowell 1934). Was als Wissen gilt, was als Wissenschaft, ist von der Kultur bestimmt. Das gilt auch für das Wissen darum, was «krank», was gesund sei, welches Mass und welche Art von Leiden als Beschwerde und Behinderung zur Konsultation einer Therapiegestalt führt. Krankheitsvorstellungen, Ursachenmodelle und Therapiemethoden sind Teile einer jeweiligen Kultur. Medizinsysteme sind kulturelle Subsysteme. Die Kultur bestimmt das Menschenbild, die anthropologischen Grundvorstellungen, welche der Heiler und welche der Patient in die Heilungsinteraktion einbringen. Die Kultur bestimmt die Bereiche normalen und abnormalen Verhaltens und die speziellen Abweichungen, welche die medizinische Psychiatrie als «pathologisch» heraushebt (E. H. Akkerknecht 1971, L. Eisenberg 1988, I. Galdston 1963, A. I. Hallowell 1934, A. M. Kleinman 1973, 1986, Ch. Leslie 1976, J. M. Murphy 1976, D. Offer und M. Sabshin 1974, T. Parsons 1968, H. E. Sigerist 1943, A. Young 1982).

In einem didaktischen Schema kann man die Bereiche, denen der Mensch als inkarniertes Bewusstsein angehört, wie in Bild 1 darstellen. Die naturwissenschaftliche Medizin richtet ihre Perspektive auf den materiell fassbaren Bereich des Menschen. Krankheiten sind morphologische und/oder physiologische Abweichungen der Körperorgane (somatische Medizin). Der materialen Krankheitsauffassung gilt Krankheit als persönlichkeits- und kulturunabhängiges körperliches Geschehen, welches «objektiv» wie ein «Naturgegenstand» beforscht werden kann. Solchem Krankheitsverständnis entspricht eine persönlichkeitsunabhängige typologische Nosologie (P. Diepgen et al. 1969, R. Pophal 1925).

Soweit «biologische» Psychiatrie die «eigentliche» Ursache und Grundlage der Erlebens- und Verhaltensstörungen von Krankheitswert in somatischen, morphologischen, physiologischen, biochemischen, endokrinen, genetischen Pathologien sucht, ist sie ganz diesem naturwissenschaftlich-materialen Ansatz verpflichtet. Sie behält die abendländische Leib-Seele-Spaltung (selbst eine kulturell fixierte Sicht) bei. Soweit sie Bewusstseinsphänomene, experientielle Entwicklungsfaktoren, interaktionelle Vorgänge, transpersonelle Bezogenheit ausklammert, ist solche Psychiatrie einem sehr engen Begriff von Bios verhaftet: sie ist biologistisch.

Psychologische Vorgänge in der Entstehung (und Behandlung) von Krankheiten sind vielfach physikalistisch konzipiert (Freuds Psychoanalyse wurde erst später «psychologisiert») und sprachlich gefasst. Im Behaviourismus dominieren Anschauungen, welche an Laborratten gewonnen wurden. Daraus abgeleitete Theorien werden erst sekundär dem Menschen angenähert.

Die psychosoziale Medizin (in Fortentwicklung der ursprünglich vorwiegend intrapsychische Vorgänge hypostasierenden Psychologie) ergänzt die Medizin um die Beachtung interpersoneller, beziehungs-dynamischer, kommu-

MENSCHENBILD

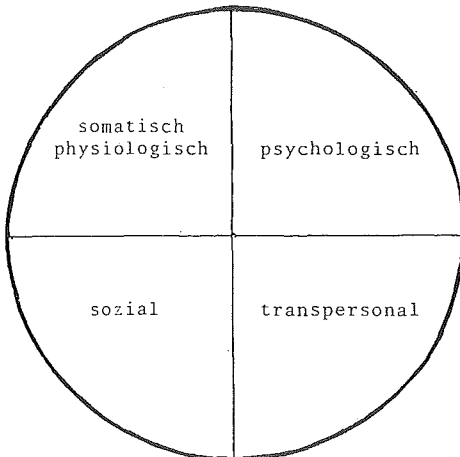


Bild 1 Menschenbild. Didaktische Gliederung der Perspektiven auf den Menschen, die für eine ganzheitliche Medizin zu studieren sind.

Fig. 1 The conception of man – perspectives which have to be taken into consideration for a holistic approach to medicine.

nikativer sowie makro- (gesellschaftlicher) und mikrosozialer (familiärer) Aspekte des Krankseins und Heilens. Aus der Krankheitsgeschichte wird die Krankengeschichte (F. Hartmann 1966). Die personale Krankheitsauffassung bezieht sich vorwiegend auf die postnatale Lebensgeschichte. Die Existenz behinderten, eingeschränkten, defizienten In-der-Welt-Seins in Entwicklung, Austrag, personaler Antwort auf das Schicksal ist «Gegenstand» hermeneutischer Auslegung der medizinischen Anthropologie (P. Christian 1969). Eine ausschliessliche Beschränkung auf psychologische Denkmodelle (z. B. Mangel an mütterlicher Liebe und Fürsorge und fehlende elterliche Achtung als «Ursache» von Persönlichkeitsvarianten bis zu Krebsleiden) wird zu einer psychologistischen Ideologie, welche die körperlichen Entwicklungsmöglichkeiten und Behinderungen (z. B. die Teilleistungsstörungen bei Hirnschäden, genetische Prädispositionen) missachtet. So können psychosomatische Denkansätze überbeansprucht werden (z. B. Psychogenese des Krebses ohne Beachtung der materiellen cancerogenen Noxen). Soziokulturelle Ideologien sind gefährdet, Krankheiten nur mehr als Sozial- und Kulturprodukt zu deuten und sie als lebenspraktische Aufgabe des Heilens und Betreuens zu verleugnen, indem sie als soziale Ausstossung bewirkende bössartige Etikettierung oder als mehr oder weniger freiwilliger Austritt aus einer unerträglichen gesellschaftlichen Norm deklariert werden (Antipsychiatrie).

Die transpersonale Psychologie greift kulturgeschichtlich ältere Krankheitsdeutungen auf: Peri- und antenatale «Erfahrungen» des intrauterinen Lebens und der Geburtsvorgänge werden zum Grundmodell aller späteren Psychopathologien (St. Grof 1978). Das persönlich Unbewusste Freuds, von Jung ergänzt um das kollektive und stammesgeschichtliche Unbewusste, wird durch das peri- und antenatale «Unbewusste» angereichert. Auch die alte Reinkarnationslehre wird aufgegriffen: Antekonzeptionelle Ereignisse in früheren Existenzen werden in diesen explanatorischen Krankheitsmodellen für die Ursachendeutung herangezogen (St. Grof 1978).

Der nicht mehr auf die Sozietät bezogene (darum spanisch «lo asociál»), auf die Transzendenz ausgerichtete Bewusstseinsbereich, welcher im Heilweg meditativer Bewusstseinsentwicklung mystischer Erlösungsreligionen kultiviert wird, erhält in der humanistischen Psychologie Maslows als Ziel einer ganzheitlichen Menschheitsentwicklung Achtung und Wert. Sofern aber Krankheitsereignisse (es geht besonders um die sogenannte Schizophrenie) als verkappte religiöse Durchbruchserlebnisse und spirituelle Krisen gedeutet werden, ist die Gefahr einseitiger explanatorischer Deutungen unter Ausblendung körperlicher, psychologischer, sozialer Bedingungen des Krankwerdens und Krankseins gegeben. Dann wird auch versäumt, ein ganzheitliches bedürfnisangepasstes Heilungsangebot an den Patienten heranzutragen.

Kulturevolutiv ältere Krankheitsvorstellungen aus der schamanistischen Kulturstufe (animistische Deutungen von Seelenraub und Krankheitsgeistern, Krankheit als Manifestation transintelligibler Kräfte, Geister genannt, Krankheit als Hierophanie, Krankheit als Folge von Sünde) finden sich auch in der

aufgeklärten Zivilisation noch unter der Oberfläche und in manchen alternativmedizinischen Subsystemen. Krankheit als Folge karmischer Verfehlungen zu deuten, umfassender als unerlöste Verblendung durch das Verhaftetbleiben auf niedrigen Stufen der Bewusstseinsentwicklung, ist auch in unserer Kultur anzutreffen. Die Dominanz nur einer Perspektive – auf den materialen, intrapsychischen, sozialen, transpersonalen Bereich – ist für Eingleisigkeiten im Erklären, Diagnostizieren, Behandeln gefährdet.

Ganzheitliche Medizin sollte als Ideal alle Bereiche ins Blickfeld bringen und ihr Gewicht für das individuelle Krankheitsereignis und den bedürfnisangepassten Behandlungsplan abwägen. Ganzheit in diesem Sinne bleibt aber eine Idee, eine ideale Gestalt, die konkret immer nur annäherungsweise erreicht werden kann. Jeder Bereich hat seine eigene Methodik der Beforschung und damit auch eine Begrenzung seiner «wissenschaftlichen» Aussagekraft. Die Medizin ist eine kulturelle Struktur, ein System von Wissen und Handeln (T. Parsons 1968, A. M. Kleinman 1973). Die Kultur bestimmt die Wahrnehmung von «illness» (subjektiv-pathisches Erleben von Infirmität) und ihr Verhältnis zu «disease» (morbus, «objektivierbarer» Aspekt von Krankheit). Die Sozietät und ihre Normen bestimmen die Bedingungen für die Entfaltung von Beschwerdebewusstsein und Heilungssuche, die Rolle des Kranken und Heilers und das Geschehen in der Heilungsinteraktion (T. Parsons 1968). Wer mit welchen Beschwerden zum Kranken wird, wer einen Heiler aufsuchen darf, wie Unheil und Krankheit gedeutet und behandelt werden, das ist Ausdruck der Kultur. «La cura es el ser de la cultura» (F. P. Larraya 1982): Was unter Krankheit, Heilung, Heil verstanden wird, ist Ausdruck der Kultur. Was ein Mensch mit seinem Leid macht, zeugt von seiner Geisteskultur und von der Kultur seiner Sozietät. Wenn der Mensch einem Idealnomenbegriff von Gesundheit als optimalem Wohlbefinden, gar Glück anhängt und darauf Anspruch erhebt und wenn er die Normalität des Leidens (M. Eliade 1949) im menschlichen Leben verleugnet und nicht annimmt, wie es die westliche Zivilisation tut, so wird das Bestreben da sein, jedwelches Unwohlsein, jedes Lebensleid, jede Beschwerde, immer mehr Lebensprobleme zu medikalisieren, zu psychologisieren und zum Anlass zu nehmen, es durch technisches Machen (physikalistisch, psycho-soziotherapeutisch) zu beseitigen.

4 Die «Normalität des Leidens» ruft nach einem vielschichtigen Therapieangebot

Das Leben vieler Einzelner und der Menschheit im Ganzen ist voller «Unheil», ist mühevoll, beladen mit Konflikten und Problemen, Entbehrungen und Verzicht, Trauer, Angst und Schmerz. Das Leben der Wesen, menschlicher und aussermenschlicher, ist leidvoll, ist dukkha. Die Antwort auf diese Einsicht sind die Erlösungsreligionen, welche Leidbefreiung, Salvation, Heil

als Ziel vorführen und Wege dazu weisen. Die Antwort auf die «Normalität des Leidens» (M. Eliade 1949) im ausserreligiösen Bereich der säkularisierten Gesellschaft ist ein vielschichtiges Heilungsangebot. Neben dem Schamanen gab es mannigfache koexistierende nicht-schamanische Heilpraktiker: Herbalisten, Naturalisten, Knochen- und Gelenkeinrichter, Zahn-, Augenspezialisten, Hebammen. Glaubens- und Gebetsheiler, Heilpriester wirken z.T. herumziehend, oder in Tempeln. Magische Heiler (Siddhas in Indien), Palmisten, Astrologen wirken teils curativ, teils als Lebensberater. Das indische Ayurveda (das ist die Wissenschaft vom Leben, C. Scharfetter, 1978) und in manchen Zügen auch die chinesische Medizin (P. Unschuld 1978) verstehen sich als Gesundheitskunde – und in diesem Rahmen erst als Heiler. Alle diese Heiler und Berater repräsentieren Heilungssysteme mit unterschiedlichen expliziten oder impliziten Konzepten über Entstehung und Behebung von Beschwerden. Zu welchen Heilern ein Patient geht, hängt von den Beschwerden, vom Laienwissen über die Zuständigkeit und vom Heilungsangebot ab. Der qualifizierte Heiler weiss um die Grenzen seiner Wirkmöglichkeiten und weist Kranke ab, für die er sich nicht zuständig weiss.

Die grossartigste Heilergestalt schuf sich die indigene Menschheit der prä-säkularisierten Kulturen im Schamanen (C. Scharfetter 1985). Der Schamane ist ein vielfältiger Funktionsträger: er ist nicht nur Heiler, sondern sorgt als Mittler zwischen den Menschen und den aussermenschlichen transintelligiblen Kräften für den Bestand seiner Sozialgruppe. Er kann Jagd, Fischfang, Ernte, Fruchtbarkeit von Mensch und Tier beeinflussen. Er kann das Wetter bestimmen. Er kann Vergangenheit und Zukunft sehen. Manchenorts ist er auch Opferpriester und Zauberer. Durch die Vielfältigkeit seiner Macht ist er eine marginale Gestalt seiner Gesellschaft, gebraucht und gefürchtet zugleich. Sein Heilen geschieht in der Kontrolle der Krankheitsgeister, im Auffinden und Zurückholen verlorener Seelen. Seine Macht gewinnt er durch seinen Schutzgeist, seine Gehilfen sind die Hilfsgeister. Das schamanische Heilen ist ein mentales Heilen. Dazu muss der Schamane selbst ein Bewusstseinspezialist sein.

Er wird dazu durch seine Berufung in Vorzeichen, Träumen, Visionen, durch Selbst-, Familien-, Stammeswahl. Nach der Berufung folgt die Einweihung in einer leidensvollen Zeit von Zerstückelung und Rekonstruktion, in Träumen, Visionen und besonderen Bewusstseinszuständen (Ekstase, Trance). In der Initiation und der folgenden (oft mehrjährigen) Lehre entwickelt der Schamane seine Fähigkeit, aussergewöhnliche Bewusstseinszustände zu induzieren (durch mannigfache pharmakologische und nonpharmakologische Mittel). In der Ekstase hat er die Gabe zur Diagnose, zum durchschauenden Erkennen, und zur Therapie. Er ist dann Wirkstätte des Schutzgeistes, von ihm besessen, oder geht auf die Reise in die Anderwelten, verlorene Seelen wiederzuholen.

Nur ein kleiner Teil des Lebensleides, wegen welchem der Schamane gebraucht wird, sind Krankheiten im Sinne der heutigen occidentalen Medi-

zin. Im historischen Prozess der Entwicklung der Medizin zum hauptsächlichsten Heilsystem wurden die biomedizinischen Probleme als Krankheiten ausgedeutet. Die Grenzen dieses Bereiches zu den allgemeinen Lebensproblemen sind nicht scharf. Und die Medizin erweitert den Bereich der «Krankheiten» ständig, für die sie Heilung anbietet. Immer mehr Lebensschwierigkeiten werden medikalisiert, mit dem Aufkommen der psychosozialen Interpretation auch psychologisiert – und werden so dem Corpus expertengetragenen Therapieangebotes hinzugefügt. In gleichem Masse, wie das Feld wächst, für das der Mediziner, Psychiater, Psychotherapeut seine Heilsofferte gibt, nimmt der Einflussbereich nicht-akademischer Heilsysteme ab. Verschwunden sind diese Alternativ-, Naturheiler, Handaufleger und Hypnotiseure aber auch in unserer Kultur noch nicht. Je mehr Mediziner um ihre Klientel bangen, um so härter wird die Marginalisierung, gar Illegalisierung anderer Heiler. Doch gibt es Anzeichen dafür, dass die naturwissenschaftliche Medizin den Erwartungen der heilungssuchenden Bevölkerung vielfach nicht entsprechen kann, teils weil die ärztliche Kunst und Begabung in der Verschulung zu kurz kommt, teils wegen des Zeitdruckes viel beanspruchter Mediziner in Kliniken und Kassenpraxen, in welchen das so wichtige Beziehungsangebot zu kurz kommt (H. Spiro 1986). Medikalisierung und Therapieversprechen können falsche Erwartungen in der Klientel wecken; z. B. die Einstellung, die zum Morbus gemachte «Depression», die man hat oder die einen hat, durch Expertentechnik zu beseitigen – statt zu fragen, wie falsche Erwartungen an ein leidfreies Leben, das alle Bedürfnisse stillen solle, in ein letztlich selbstinduziertes Beleidigt-sein führen kann.

«Der Mensch allein – Grund genug, traurig zu sein», so lautet ein griechischer Spruch. Das Leben gibt immer Anlässe, bedrückt zu sein, wenn die Bereitschaft zu dieser Reaktion da ist. Epiktet wird der Satz zugeschrieben: «Es sind nicht die Dinge, die uns bedrücken, sondern unsere Sicht der Dinge.» Nicht das zur Bedrückung führende Motiv oder ein hypostasierter morbus ist zu beseitigen, sondern die Perspektive, die Einstellung wäre zu ändern.

5 Die Sozialgeschichte der Medizin als Profession mit Heilungsmonopol

Im ursprünglichen (und z.T. in unserer Zeit noch überlebenden) vielschichtigen Heilerangebot gab es noch keine definierte geschlossene Profession, keine einheitliche theoretische Grundlage, Selektion, Legitimationskriterien. Mit dem Aufkommen der naturwissenschaftlichen Medizin begann der Prozess der Professionalisierung (E. Freidson 1970, P. Unschuld 1974). Die Medizin als Profession: als Beruf mit einer dominanten Position in der Verfügung über die Mittel (Krankheitskonzept, Diagnose, Therapie) und mit Arbeitsteilung. Diese drängte andere Heiler, besonders weibliche, in untergeordnete Hilfsberufe. Die Profession bildet einen Stand (Kaste) mit Autonomie, eigener

Standesordnung, Ethik und Deontologie. Dies erlaubt die Selbststilisierung als ausserordentlich ehrenwert und vertrauenswürdig hinsichtlich Wissen, Können, Moral. Der professionalisierte Arzt ist allein kompetenter Experte für Gesundheit, Krankheit, Therapie, Prophylaxe. Der Stand manipuliert das Wissen durch Zulassung zur Schulung, Sprache, Ausübungsgenehmigung. Die Medizin als kultureller Machtfaktor definiert die Natur der Realität, mit der sie sich abgibt. Sie formuliert Laienprobleme in professionelle soziale Realität («Krankheit») um. Sie bestimmt selbst den Umgang mit Klienten und mit ihren Problemen. Mit dem Monopolanspruch der Experten werden konkurrierende Heilsysteme marginalisiert, gar illegalisiert.

Die Begründung ist vorwiegend die «naturwissenschaftliche Grundlage», bauend auf einem mechanistischen Welt- und Menschenbild, epistemologisch ein empirischer Positivismus. Verschwiegen werden dabei marktwirtschaftliche Interessen von Ärztestand und Industrie. Das naturwissenschaftliche Paradigma bedeutet nicht nur ein kulturelles System von Methoden, Begriffen, Definitionen. Es ist auch normativ und damit ausschliessend gegenüber andersartigen Begründungen und Methoden. Das naturwissenschaftliche Paradigma leistet nicht die Erhellung der individuell-biographischen Bedingungen des Krankseins, der sozialen Folgen langfristiger Gebrechen, der sozialpsychologischen Elemente der Arzt-Patient-Beziehung (C. von Ferber 1975).

In Medikalisierung und Psychologisierung von immer mehr Lebensproblemen manifestiert sich der Monopolanspruch der Medizin als alleiniger Heilberuf, als Wissenschaft, als Beherrscher des Gesundheitsmarktes. Das treibt die konkurrenzierenden Subsysteme des Heilungsangebotes, Alternativmedizin, «Erfahrungsmedizin» u.v.a., welche nach Ursprung, Anthropologie, Theorie, Heilmethode sehr verschieden sind, ins Abseits (P. Unschuld 1976). In ihrer Opposition stilisieren diese sich vielfach hoch zu «wahren» Kennern und Vermittlern vom «Wesen» von Mensch in Gesundheit und Krankheit und ihrer Heilung. Sie appellieren an und wecken «ganzheitliche» Betreuungsbedürfnisse. In der Psychiatrie stellen manche paramedizinische «Hilfsberufe», Psychologen verschiedener Schulen, Sozialarbeiter, Pfleger, Leibtherapeuten und andere den Monopolanspruch der Mediziner als Heiler in Frage. Neuerdings bewerben sich gar Philosophen um den Markt der Ratsuchenden.

6 Heilungsinteraktion – Kooperation und versus Autismus

Ein Mensch mit einem (allgemeinen oder lokalen) Funktionsausfall, getroffen von Leid, Unheil, Beschwerde, von Infirmität erhält nach kulturimmanenten Normen die Legitimisierung zur Einnahme der Krankenrolle, darf mit Beschwerdebewusstsein und Behandlungsbedürfnis einen Heiler aufsuchen (T. Parson 1968, D. Robinson 1971, D. Mechanik 1962, A. Young 1982). In

Schmerz, Angst, Bedrückung, mit Hoffnung sucht er Hilfe und bringt sich mit all dem und einem (zunächst unbestimmten) Potential an Heilungsbereitschaft und -fähigkeit in die Begegnung mit dem Heiler ein. Dieser bringt mit seinem Hilfsangebot sich selbst, seine ganze Entwicklung, Schulung, Erfahrung, seine Lebenseinstellung, sein Menschenbild, seine Kultur ein. Die Heilungsinteraktion ist ein kulturell determiniertes intersubjektives, symbolträchtiges (D. Sandner 1979) Geschehen, mehr als ein schulisch-technisches Machen (R. N. Wilson 1963).

Der Patient muss fähig und willens sein, in der Heilsinteraktion in einer heilungsfördernden Weise mitzuarbeiten. Krankheitsuneinsichtige Patienten können das nicht. Manche verleugnen den Krankheitswert ihrer Erlebnisse und ihres Verhaltens. Andere sind so in eine der Common-sense-Realität entrückte Sonderwelt (Derealisation, Autismus) eingetaucht, dass sie nicht im Heilungsprozess mithelfen können. So sind viele Psychiatriepatienten – und entsprechend schwer ist dann die Aufgabe der Betreuer, mit diesen eine zwischenmenschliche Atmosphäre zu gestalten, in welcher sie sich reorganisieren und eine intersubjektiv kommunikable Welt mitkonstituieren können, in einer Weise, die ihnen im Rahmen ihrer sozio-kulturellen Bedingungen eine eigene Lebensgestaltung wiederzugewinnen ermöglicht.

7 Gemeinsame Wirkfaktoren in der Heilungsinteraktion. Heilung als Versöhnung

Die Heilungsinteraktion wird getragen von Handlungen (z.B. Operation, Massage, Sprache, Ritual, Medikamentengabe). In diese geht Affektives und Kognitives ein. Dies sind die drei Pfeiler Actio, Emotio, Cognitio der Common-factor-Forschung (J. D. Frank 1981, 1986, E. F. Torrey 1972, J. Rösing 1987). In Empathie und Sympathie kommunizieren (im optimalen Fall) Klient und Heiler. Hoffnung, Erwartung, Vertrauen, Aufgehobensein ermöglichen die Lösung von Angst, Schmerz, Misstrauen. Im günstigen «Zwischen» (M. Buber 1965) von Patient und Therapeut kann sogar eine psychotische Reaktionsweise aufgegeben werden, kann selbst das «zertrümmerte Bewusstsein» des Ich-Kranken (K. W. Ideler 1838) sich mit seinen Selbstheilungskräften wieder reorganisieren.

Der Patient bringt Vorstellungen und Wissen ein (Laienkonzept) von seiner Person, seinem Körper, seinem Lebenslauf (intrapersoneller Wissenskreis), von seinem sozialen Stand und Netzwerk (interpersoneller Wissenskreis), von seiner Wert-, Glaubenswelt, von Sünde, Busse, Strafe (transpersonelles Wissen). In der Interaktion mit dem Heiler werden diese Wissenskreise geklärt, verdeutlicht, strukturiert, korrigiert, erweitert – und berühren einander. Sie erfahren untereinander eine Sinnverknüpfung (J. Rösing 1987).

In diesem Sinn ist Heilung ein lebenswirksames, also potentiell Wandlung ermöglichendes Herstellen von kommunikablen und tatsächlich kommuni-

zierten, in actio sich vollziehenden, in emotio sich auswirkenden, in cognito angestossenen und integrierten Wissenskreisen um die (intra-, inter-, transpersonell) gegebenen Bedeutungen, Sinnhaftigkeiten. Der Heilvorgang enthält einen Einstellungs-, Haltungs-, Perspektivenwechsel, welcher Reorganisation, Resynthese, Reintegration ermöglicht – Versöhnung in der symbolischen Heilung (J. Rösing 1987, D. Sandner 1979).

Der Therapeut ist Medium dieses Prozesses. Therapieren erfordert den Einsatz des ganzen Lebens, der Existenz des Therapeuten. Therapieren ist ein existentielles Sichzurverfügungstellen. Der Therapeut darf dabei selbst – wie eine Gegengabe – Impulse für das eigene Wachstum und die Entwicklung seines Bewusstseins erfahren. So ist bei solchen Therapien Geben und Nehmen auf beiden Seiten. Patient und Therapeut wachsen in der Versöhnung mit den eigenen inneren Kräften, mit der Gemeinschaft, mit der Natur, mit dem Schicksal des Menschen im Kosmos. Zu diesem Therapieren als Lebenlernen gehört auch das Loslassen von allen Verhaftungen, als Vorbereitung für das Sterben. So wird der Weg frei von der Curation zur Salvation, vom Heilen zum Heil.

8 Literatur

- Ackerknecht E. H. (1971): *Medicine and ethnology*, Huber, Bern.
- Bateson G. (1972): *Steps to an Ecology of Mind*, Ballantine Books, New York.
- Buber M. (1965): *Das dialogische Prinzip*, Schneider, Heidelberg.
- Christian P. (1969): Medizinische und philosophische Anthropologie, S. 232–278 in: F. Büchner, E. Letterer, F. Roulet (Hrsg.), *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Bd. 1 des Handbuches der Allgemeinen Pathologie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Dieppen P., Gruber B. G., Schadewald H. (1968): *Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik*, S. 1–50 in: F. Büchner, E. Letterer, F. Roulet (Hrsg.), *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Bd. 1 des Handbuches der Allgemeinen Pathologie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Einstein A. (1934): *On the method of theoretical physics* (1934). Zit. bei Eisenberg.
- Eisenberg L. (1988): *The social construction of mental illness*. *Psychological Medicine* 18, 1–9.
- Eliade M. (1949): *Kosmos und Geschichte*, Insel, Frankfurt.
- Ferber C. v. (1975): *Soziologie für Mediziner*, Springer, Heidelberg.
- Förster H. v. (1985): *Entdecken oder Erfinden? Wie lässt sich Verstehen verstehen?* S. 27–68 in: *Einführung in den Konstruktivismus*, Oldenburg, München (Schriften der Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung, Bd. 10).
- Frank J. D. (1981): *Die Heiler*, Klett-Cotta, Stuttgart. (Orig. 1961.)
- Frank J. D. (1986): *Psychotherapy – the transformation of meanings: discussion paper*, J. of the Royal Society of Medicine 79, 341–386.
- Freidson E. (1970): *Profession of medicine*, Dodd Mead, New York.
- Galdston I. (1963): *Man's image in medicine and anthropology*, Int. University Press, New York.
- Glaserfeld E. v. (1985): *Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs Objektivität*, S. 1–26 in: *Einführung in den Konstruktivismus*, Oldenburg, München (Schriften der Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung, Bd. 10).
- Goodman N. (1978): *Ways of worldmaking*, Hackett, Indianapolis, Cambridge.
- Grof St. (1978): *Topographie des Unbewussten*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Hallowell A. I. (1934): *Culture and mental disorder*, J. of abnormal and social psychology, 29 (1934/35), 1–9.
- Hallowell A. I. (1955): *Culture and experience*, Univ. Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Hartmann F. (1966): *Krankheitsgeschichte und Krankengeschichte*, Marburger Sitzungsberichte 87, 17–32.

- Ideler K. W. (1838): *Grundriss der Seelenheilkunde*, Enslin, Berlin.
- Kleinmann A. M. (1973): Toward a comparative study of medical systems: an integrated approach to the study of the relationships of medicine and culture, *Science Medicine & Man* 1, 55–65.
- Kleinmann A. M. (1973): Medicine's symbolic reality, On a central problem in the Philosophy of Medicine *Inquiry* 16, 206–213.
- Kleinmann A. M. (1986): Anthropology and Psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness and care in: R. Rosenberg, F. Schulzinger, E. Stroemgren (Ed.), *Psychiatry and its related disciplines*. World Psychiatric Association, Copenhagen.
- Larraya F. P. (1982): *Lo irracional en la cultura*, vol. 1–4, Fundación para la educación, la ciencia y la cultura, Buenos Aires.
- Leslie Ch. (Ed.) (1976): *Asian medical systems: a comparative study*, Univ. of California Press, Los Angeles.
- Lurija A. R. (1986): *Die historische Bedingtheit individueller Erkenntnisprozesse*, VCH, Weinheim, Basel.
- Maslow A. A. (1973): *Psychologie des Seins*, Kindler, München.
- Maturana H. R., Varela F. J. (1987): *Der Baum der Erkenntnis*, Scherzer, Bern, München, Wien.
- Mechanik D. (1962): The concept of illness behaviour, *J. chron. Dis.* 15, 189–194.
- Murphy J. M. (1976): Psychiatric labelling in cross-cultural perspective, *Science* 191, 1020–1028.
- Offer D., Sabshin M. (1974): *Normality, Theoretical and clinical concepts of mental health*, Basic Books, New York.
- Parsons T. (1968): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt.
- Piaget J. (1973): *Einführung in die genetische Erkenntnistheorie*, Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Pophal R. (1925): *Der Krankheitsbegriff in der Körpermedizin und Psychiatrie*, Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie, No. 30/31, Karger, Berlin.
- Popper K. R. (1963): *Conjectures and refutations*, Basic books, New York.
- Rilke R. M.: *Duineser Elegien*, I. Elegie, Insel, Frankfurt 1948.
- Robinson D. (1971): *The process of becoming ill*, Routledge Kegan Paul, London.
- Rösing J. (1987): *Die Verbannung der Trauer*, Greno, Nördlinger.
- Sandner D. (1979): *Navahio symbols of healing*, Harcourt, New York.
- Scharfetter C. (1976): Ayurveda, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 106, 565–571.
- Scharfetter C. (1985): Der Schamane: Zeuge einer alten Kultur – wieder belebbar? *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie, Psychiatrie* 136, 81–95.
- Segal L. (1986): *Das 18. Kamel oder Die Erfindung der Welt; Zum Konstruktivismus* Heinz von Försters, Piper, München.
- Siegler M., Osmond H. (1974): *Models of madness, models of medicine*, McMillan, New York.
- Sigerist H. E. (1943): *Civilisation and disease*, University of Chicago Press, Chicago.
- Spiro H. (1986): *Doctors, patients and placebos*, Yale University Press, New Haven.
- Torrey E. F. (1972): *The mind game, witch-doctors and psychiatrists*, Emerson Hall Publ., New York.
- Unschuld P. (1974): Professionalisierung im Bereich der Medizin, *Saeculum* 25, 251–276.
- Unschuld P. (1976): Western medicine and traditional healing systems: competition, cooperation or integration *Ethics in Science and Medicine* 3, 1–20.
- Unschuld P. (1978): *Chinesische Medizin* in H. Schipperges, E. Seidler, P. U. Unschuld, *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Alber, München.
- Young A. (1982): The anthropologies of illness and sickness, *Annual review of Anthropology* 11, 257–285.
- Watzlawick P. (Hrsg.) (1984): *Die erfundene Wirklichkeit*, Piper, München.
- Wilson R. N. (1963): Patient-practitioner relationship, p. 273–295 in: H. E. Freeman, S. Levine, L. G. Reeder (Ed.), *Handbook of medical sociology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.