

Erschienen in:

Andresen, B., F.M. Stark, J. Gross (Hrsg.)(1993),
Psychiatrie und Zivilisation. Ein Handbuch zu psychoökologischen Aspekten des technischen, kulturellen und medizinischen Fortschritts.
Köln: Edition Humanistische Psychologie, S. 345-362

**LEIDEN UND HEILEN IN KULTURGESCHICHTLICHEM
ZUSAMMENHANG:
EIN EXKURS AUS SYSTEMISCHER SICHT**

KURT LUDEWIG

Einleitung

Ein Exkurs in fachfremde Gebiete - hier eines Psychologen in Geschichte und Philosophie -, birgt bekanntlich Risiken. Meine Berechtigung dazu beziehe ich allein aus dem Motiv, die Wurzeln meines eigenen klinischen Denkens und Handelns in der Geschichte des Heilens aufzuspüren, um dort einen Ausgangspunkt für meine Umsetzung des systemischen Denkens in die Psychotherapie zu finden (vgl. Ludewig, im Druck). Dabei verstehe ich unter systemischem Denken ein Verständnis komplexer Zusammenhänge bzw. Systeme, wie es aus erkenntnistheoretischer Perspektive u.a. von Maturana und Varela (1987) und v. Foerster (1985) und aus sozialtheoretischer Perspektive von Luhmann (1984) entwickelt wurde (vgl. auch Schmidt, 1987; Kratky und Wallner, 1990; Krohn und Küppers, 1990; sowie aus psychologischer Sicht Stangl, 1989; Schiepek, 1991).

Im vorliegenden Aufsatz gehe ich auf dem Hintergrund des systemischen Denkens von der These aus, dass Theorie und Praxis des Heilens in unauflösbarem Zusammenhang mit dem Denken des Menschen über sich selbst und seine Umwelt stehen. Beides - Denken und Heilen - entstehen, bewahren und verändern sich als Bestandteil menschlicher Lebensweise und Kultur. Dabei verwende ich hier die Begriffe »Heilen« und »Heiler« als allgemeine Bezeichnungen für jedes auf die Beseitigung/Linderung von Leiden ausgerichtete professionelle Tun, ganz gleich, ob dieses Leiden in der Funktionsweise des Organismus, im Innerpersönlichen oder im Zwischenmenschlichen geortet wird.

Einleitend stecke ich den kulturgeschichtlichen Rahmen ab, der, von der Besonderheit einer mehrwertigen »Logik des Leidens« gekennzeichnet, das soziale Phänomen des Heilens als dynamische Koevolution von Leidenden und Heilern bestimmt. Im Anschluss daran mache ich einen Ausflug in die griechische Antike und bringe das Heilen in Zusammenhang mit den damals erarbeiteten Antworten auf die Grundfragen menschlicher Existenz schlechthin: Sein/Werden und Autonomie/Heteronomie. Dies führt dann zur Aufstellung eines Schemas, welches die Vielfalt der

Modelle des Heilens mit Blick auf wenige, mir zentral erscheinende Gesichtspunkte ordnend zusammenfasst.

Kulturelle Rahmenbedingungen des Heilens

Leiden und Heilen: Ursprünge ihrer Koevolution

Für den Urmenschen dürfte jede Form des Leidens ein Naturereignis gewesen sein, demgegenüber er sich im wesentlichen einflusslos erlebte. Mit wachsendem Bewusstsein seiner selbst, d.h. mit dem Aufkommen der Sprache und des Denkens, gewann er zunehmend Möglichkeiten, seine Lebenssituation willentlich zu gestalten. Davon zeugt die Paläopathologie, jene Disziplin der Medizingeschichte, die sich mit den Krankheiten der Menschen vergangener Zeiten befasst. Sie lehrt uns nicht nur, dass viele der Krankheiten unserer Zeit zu Unrecht »Zivilisationskrankheiten« genannt werden, da sie bereits vor vielen Jahrtausenden auftraten, sondern auch, dass schon der Urmensch nachweislich imstande war, Heilungen (z.B. von Frakturen) gezielt vorzunehmen (vgl. z.B. Dastague, 1986). Solche Heilungen setzten die Einwirkung eines anderen voraus. Darin zeigt sich bereits die Menschen und höhere Tiere kennzeichnende Fähigkeit, von fremdem Leiden berührt zu werden und Hilfe zu leisten.

Das Heilen der Frühzeit unterschied nicht, wie heute üblich, natürliche, übernatürliche und soziale Einflüsse, sondern es zielte auf die Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen dem Leidenden, seiner sozialen Umgebung, der Natur und dem Übernatürlichen (vgl. z.B. Schmidbauer, 1971). Die Mapuche zum Beispiel, ein noch weitgehend »natürlich« lebendes Indianervolk in Südchile, führen Krankheit auf die Einmischung wandernder Geister in das Leben der Menschen zurück (vgl. Bengoa, 1985; Ludewig, 1989). Die Ausübung der Heilkunst wird in aller Regel Frauen (machi) überlassen, die einen besonderen Zugang zur Welt der Geister haben und daher günstigen Einfluss auf das Gute gegen das Böse nehmen können.

Im indoeuropäischen Kulturkreis trifft man im allgemeinen die Unterscheidung zwischen drei Heilmitteln an: das Messer (Chirurgie), die Pflanzen (Medikation) und das Wort bzw. die geheiligte Formel (Besprechen, magisches Ritual). Nach Auffassung des Medizinhistorikers Baissette (1986) stellen diese drei Heilmittel seit jeher die Grundelemente des Heilens dar, z.B. bei Asklepio (geb. 1260 v. Chr.) und der von Zarathustra überlieferten, altiranischen Medizin. Bei ihrer späteren Aufspaltung kam es zu den medizinisch und sozialtheoretisch begründeten bzw. zu den Medikamenten- und Konversationsmodellen des Heilens (vgl. Keupp, 1972; Steiner und Reiter, 1988).

An jene frühe Tradition knüpften dann Heilkunde und Heilkunst der griechischen Antike an. Dort werden etwa ab dem 6. Jahrhundert v. Chr. Mystisches und Rationales, ursprünglich miteinander verbundene Aspekte eines Ganzen, mit fortschreitender Entwicklung der Naturkunde zunehmend deutlicher unterschieden. Einige Heiler verstärkten das Primat des Mystischen, das Hüten religiöser Geheimnisse; andere wandten sich der empirischen Erforschung des Körpers zu. Soma und Psyche, einst eine Einheit in sich und mit der Natur, wurden zu Gegensätzen.

Baissette (1986) zufolge sei es das Verdienst Heraklits, der Medizin die Denkgrundlagen für die Entwicklung einer eigenen Methode gegeben zu haben. Mit Hilfe der von ihm begründeten Dialektik, d.h. der Lehre von der Koexistenz von Gegensätzen im Wandel, wurde die Medizin befähigt, abseits von metaphysischen Abstraktionen Organisches und Physikalisches - lebende und nichtlebende Prozesse - als aufeinander aufbauende Phänomene einer Ganzheit zu betrachten. Dies markiert den Beginn einer geistigen Tradition, die der empirischen Forschung den Vorzug geben und die Ursachen der Krankheit und die Möglichkeiten des Heilens im Kranken selbst suchen wird.

Leidender und Heiler: Ihre komplexe Komplementarität

Im Laufe der Zeit wurde das Wissen der Heiler immer spezialisierter, demzufolge seine Verfügbarkeit auf Experten beschränkt. Die Ausübung des Heilens konsolidierte sich als eigenständige soziale Rolle, deren Ausübung für den Leidenden, d.h. für den Träger der dazu komplementären Rolle, zunehmend undurchschaubarer wurde. Das Heilen entzog sich immer mehr der unmittelbaren Überprüfung durch eben jene Laien, für die es bestimmt war. Gesellschaftliche Organe (Gesetzgeber, Gerichte usw.), die das Tun der Heiler zu prüfen und zu kontrollieren hatten, waren nicht mehr in der Lage, diese Aufgabe aufgrund eigenen Wissens zu bewältigen. Es blieb ihnen keine andere Alternative, als sich auf das selbst auferlegte Ethos der Heiler zu verlassen.

Die Rolle des Heilers zog ambivalente Erwartungen der Leidenden auf sich. Diese Rolle wurde ausgestattet einerseits mit der Macht (hier: Verfügungs- und Kontrollgewalt), die für den Sieg gegen das Leiden notwendig erschien, und dementsprechend auch mit hohem sozialen Status. Andererseits wurde dieser Rolle zugleich jenes Misstrauen entgegengebracht, welches entsteht, wenn man sich der Macht und Kontrolle eines anderen überlassen muss. Es verwundert also nicht, dass die Heiler zu allen Epochen bemüht waren, Glaubwürdigkeit nachzuweisen, um so ihre gesellschaftliche Akzeptanz zu sichern. Die Heiler mussten (und müssen) einen widersprüchlichen gesellschaftlichen Auftrag erfüllen: Sie müssen zum einen für den Fortschritt der Heilkunde sorgen und dabei in Kauf nehmen, dass ihr Tun immer undurchschaubarer wird, zum anderen darauf achten, dass sie, um das in sie gesetzte Vertrauen nicht zu verspielen, berechenbar bleiben. Auf einen vereinfachten Nenner gebracht, heißt ihr gesellschaftlicher Auftrag: *Heilt immer besser, aber bleibt verständlich!*

Gegen diese Formulierung könnte man zwar einwenden, das Heilersystem habe sich verselbständigt und definiere mittlerweile seinen Auftrag selbst. Dass dies so einfach nicht ist, zeigt sich an der Skepsis und am »Ungehorsam« (non-compliance) vieler Leidenden.

Geht man aber von der Annahme aus, dass optimale Verständigung und infolgedessen Vertrauensbildung eine günstige Mischung aus Erstmaligkeit und Bestätigung, d.h. von Neuem und Bewährtem voraussetzt (vgl. Luhmann, 1984), erweist sich obiger Auftrag an die Heiler als komplexe Aufforderung, ein schwieriges Gleichgewicht zwischen Fortschritt und Bewahrung, zwischen Innovation und Tradition zu halten. Ein Zuviel des Fortschritts - des Neuen, Erstmaligen - bewirkt Vertrauensverlust; den Heilern droht Ächtung und Bestrafung (Man denke z.B. an die Verfolgung »leichenschändender« Anatomen und an die Ärzteverbrennungen durch die Inquisition.) Ein Zuviel der Bewahrung - des allseits Bekannten - bewirkt ebenfalls Vertrauensverlust; die Heiler kommen der Hoffnung auf besseres Heilen nicht nach. Heiler müssen daher, um überzeugen zu können, zum einen in Einklang mit dem »Zeitgeist« handeln und zum anderen, diesen »Zeitgeist«, der

besseres Heilen fordert, überwinden. Es sei nebenbei angemerkt, dass auf Heiler im übertragenen Sinne die Situation von Gruppenleitern zutrifft, die ihren Untergebenen zugleich ähnlich (nachvollziehbar, kontrollierbar) und unähnlich (anders, besser) zu sein haben (vgl. Hofstätter, 1986). Als eine Geschichte, die an der Grenze zwischen dem Althergebrachten und dem Neuen verläuft, weist darüber hinaus die Geschichte des Heilens bemerkenswerte Parallelen mit jener der Hexerei auf. Nach Auffassung des Anthropologen Duerr (1983) sollen Hexen an der Grenze zwischen Kultur und Wildnis stehen und das Begreifliche mit dem Unbegreiflichen verbinden; daher werden sie zugleich bewundert und gefürchtet.

Diese - hier nur skizzierten - Schwierigkeiten ihrer Situation haben die Heiler zu allen Zeiten offenbar damit zu bewältigen versucht, dass sie ihr eigenes System darauf ausgerichtet haben. Die Erwartungen an die Heiler - Fortschritt und Bewahrung - finden nämlich innerhalb des Heilersystems durch eine besondere Dynamik Entsprechung, die widerstreitende Lager, welche jeweils den progressiven und den konservativen Teil dieser Erwartungen vertreten, vereint. Dies wird u.a. daran deutlich, dass fortschrittliche Ideen zum Heilen am intensivsten im eigenen System auf Skepsis stoßen (man denke u.a. an Pasteur und Freud). Dafür sorgt der Berufsethos der Heiler; er appelliert an Mäßigung und ist auf Bewahrung ausgerichtet (vgl. den Eid des Hippokrates). Die Spiegelung der ambivalenten Interessen der Leidenden im Heilersystem wirkt sich funktional aus, denn es bietet den Leidenden die größtmögliche Gewähr an, dass ihre Erwartungen von den Heilern nicht übersehen werden. Man kann sich leichter mit jenen Machthabenden identifizieren, die Furcht vor der eigenen Macht haben. Das ermöglicht es den Leidenden, wiederum ihre Furcht in Grenzen zu halten und in der Folge, den Heilern die Kontrolle über sich selbst zu überlassen.

Auf der anderen Seite gehört zu dieser Eigendynamik des Heilersystems auch die Bemühung, allseits Bewährtes zu integrieren. Damit hängt wohl u.a. zusammen, dass die Heiler sich spätestens seit der griechischen Antike die Errungenschaften der Naturkunde zu eigen machten, zumal diese für Glaubwürdigkeit stehen. Das brachte allerdings nicht nur Vorteile mit sich, denn die Heiler wurden dadurch verführt, für ihre Erkenntnisse die Gültigkeit von Naturgesetzen zu beanspruchen und ihre Erfolge auf die Wirkung von Naturgesetzen zurückzuführen.

»Logik des Leidens«: Angst, Ungewissheit, Hoffnung

Das Heilen etablierte sich in den sog. entwickelten Gesellschaften als Wissenschaft, und es errichtete ein imponierendes Gebäude ausgefeilter Theorien samt unzähliger Nachweise ihrer Effizienz. Und doch sollte diese Entwicklung nicht unwidersprochen bleiben. Der Gesellschaftskritiker Illich (1977) sprach z.B. der modernen Medizin einen Erfolg im wesentlichen ab; er plädierte dafür, medizintechnische Krankheitspflege in menschenwürdige Gesundheitspflege zurückzuverwandeln.

Bei allen ihren Bemühungen, eine einheitliche Wissenschaft zu werden, erging es jedoch der Medizin nicht anders als anderen Disziplinen: Auch ihre Geschichte zeugt von einer anhaltenden Dialektik zwischen widersprüchlichen Auffassungen. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts zum Beispiel fanden viele Mediziner die ersehnte Theorie in der Naturphilosophie jener Zeit, im 19. Jahrhundert wiederum in der Naturwissenschaft. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts bahnt sich eine neue Bewegung in Richtung auf Ganzheitlichkeit an. Die Kontroverse hält an: Man bemängelt z.B.,

dass die medizinische Anthropologie unserer Tage wieder einmal, besonders aber in Psychiatrie und Psychosomatik »ein Tummelplatz spekulativer und romantischer Geister geworden ist« (Glaser, 1967, S. 9); andererseits aber, dass die moderne Medizin, wenn sie Anschluss an die Entwicklung der modernen Naturwissenschaften wiedererlangen wolle, das mechanistische Verständnis überwinden müsste (Capra, 1983). Des weiteren befürchtet Pauleikhoff (1983), dass Psychiatrie und Klinische Psychologie sich unauflösbar verstrickt haben im Suchen nach einer »objektiven« Betrachtungsweise. Demgegenüber wirft Dörner (1969) ein, dass der allzu beklagte Einfluss des naturwissenschaftlichen Positivismus des 19. Jahrhunderts auf die Psychiatrie eine kurz dauernde Erscheinung gewesen sei, die erst nachträglich zu einem Mythos gemacht wurde. Sozialwissenschaftler üben insbesondere an der Psychiatrie Kritik, sie habe die sozialen Phänomene, die sie zu heilen antritt, irrtümlich nach medizinisch-naturwissenschaftlichem Verständnis modelliert (vgl. z.B. Szasz, 1972; Keupp, 1972; Dörner, 1975; Trojan, 1978).

Im allgemeinen lässt sich jedoch feststellen, dass die Medizin unserer Tage durch Anlehnung an das im 19. Jahrhundert vorherrschende naturwissenschaftliche Denken der Körper, seine Bestandteile und Funktionen in den Mittelpunkt ihres Interesses rückte. Das Heilen verpflichtete sich dem Objektivitätsanspruch seiner Mutterdisziplinen und begann, ihren Gegenstand - den kranken Menschen - nach dem damals dort geltenden Modell zu betrachten: als mechanisches Aggregat. Subjektivität und Emotionalität dieses »Gegenstands« wurden zu Störvariablen, mithin ebenfalls die Subjektivität und Emotionalität des Heilers. Es galt vielmehr, Heilverfahren zu entwickeln, deren Anwendung von dem jeweiligen Anwender und Anwendungsobjekt - dem Kranken - unabhängig sein sollten. Anderenfalls handele es sich um nicht objektive Artefakte. Unerfassbare Wirkgrößen wie Talent und Charisma des Heilers bzw. Suggestibilität des Kranken und sog. Placebo-Effekte (vgl. Brody, 1977) sowie jene in der sozialen Interaktion zwischen Arzt und Patient unweigerlich mitlaufende Subjektivität und Emotionalität beider waren auszuschalten. Der Arzt-Patient-Beziehung drohte Gefahr, im Sinne von Foersters (1985) »trivialisert«, d.h. zu einem einfachen Komplex von Inputs und Outputs reduziert zu werden.

Dennoch und trotz ihres Vorhabens gelang es den Heilern der Moderne nicht, die verschiedenen Strömungen in ihrer Grundlagenforschung widerspruchsfrei zu vereinigen (vgl. z.B. Heidelberger, 1990) oder die Elemente des »primitiven« Heilens in der Praxis nachhaltig auszuschalten. Die Verwissenschaftlichung des Heilens führte bei den Leidenden nicht gradlinig dazu, sich zuversichtlich auf die Kompetenz der Heiler zu verlassen. Im Gegenteil, die Leidenden sorgten zu jeder Zeit dafür, dass in allen Gesellschaften zusätzlich zu den anerkannten Heilern auch andere Heiler - Ganzheits- und Naturheilkundige - praktizieren durften. Im Vergleich mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen offenbart sich hier eine eigentümliche Dynamik: Neuere Erkenntnisse und Methoden lösen die älteren nicht grundsätzlich ab. Denn die emotionale Dynamik des Leidens ist durch bloßes Besinnen auf Rationalität nicht zu beruhigen, besonders dann nicht, wenn das Rationale im Einzelfall nicht hält, was es verspricht.

Diese eigentümliche Dynamik des Heilens scheint einer besonderen Logik zu folgen, nämlich der mehrwertigen Logik der Hoffnung. Das komplexe Verhältnis von Leiden und Heilen wird durch Angst und Ungewissheit moduliert und ist daher durch einseitigen Rückgriff auf Rationalität nicht vollständig zu erfassen. Die an das Heilen gerichteten, widersprüchlichen Erwartungen werden vom »irrationalen« Hoffnungsaspekt mit bedingt. Hierauf geht es wohl zurück, dass die Ausschöpfung

des rational Möglichen nicht gradlinig zur Resignation führt, sondern die Besinnung auf wie auch immer Beruhigendes anstößt, z.B. auf Mystisches. Therapeutische Instrumentarien müssen daher, um beruhigen zu können, Anlass zur Hoffnung geben. Anderenfalls wenden sich die Leidenden noch so »irrationalen« Alternativen zu. Der Hoffnungsaspekt - der Widerstand gegen Resignation - ist derart entscheidend, dass er sogar zum Überschreiten der Grenzen von Kultur und Tradition bewegt: Die machi der Mapuche (s. oben) geht unter bestimmten Umständen in die Stadt und lässt sich vom Arzt Antibiotika verschreiben; und man hört nicht selten von Ärzten, die entweder selbst zum Heilpraktiker gehen oder ihre Patienten hinter vorgehaltener Hand dorthin verweisen.

Fazit

Heilen ist ein dynamisches gesellschaftliches Geschehen, das von unvereinbaren und sich wandelnden Erwartungen geprägt wird. Es kann daher weder einem selbst gestellten, naturwissenschaftlichen Anspruch vollständig genügen noch nebenher existierende, »unwissenschaftliche« Heilverfahren ersetzen. Dieser auf den ersten Blick widersprüchlich anmutende Umstand spiegelt jedoch nur die besondere Dynamik vom Leiden und Heilen wider und geht auf die der Rationalität trotzen Logik des Leidens (bzw. der Hoffnung) zurück. Deshalb kommen die Heiler nicht umhin, bei der Erfüllung ihres gesellschaftlichen Auftrags einen komplizierten Balanceakt zwischen Fortschritt und Bewahrung zu halten und, um überzeugen zu können, ihr Denken nach dem jeweils Geltenden ausrichten. Dabei erliegen sie aber, infolge ihrer nachvollziehbaren Sehnsucht nach Gewissheit, nicht selten der »Versuchung der Gewissheit« (vgl. Maturana und Varela, 1987). Dies zeigt sich an der Vehemenz, mit der eroberte Positionen gegen Abweichung verteidigt werden. Um die Denkhaltungen, die dieser Dynamik zugrunde liegen, zu verstehen, lohnt es sich einen Blick auf die Grundfragen zu werfen, die das Denken spätestens seit der Antike geleitet haben.

Geistige Rahmenbedingungen des Heilens

Die Geistesgeschichte beschreibt ein unermüdliches Ringen mit Unterschieden bzw. Gegensätzen, die vom Denken selbst, im Diskurs von Fragen und Antworten, also in der Erkenntnisgewinnung notwendigerweise erbracht werden. Diese dem Denken inhärente Dialektik wurde spätestens vor 2.500 Jahren selbst zum Gegenstand abendländischen Denkens. Schon Heraklit, dem die Erhebung der Dialektik zur Denkweise zugeschrieben wird, beschrieb unseren Kosmos als verborgene Einheit von Gegensätzen. In unserer Zeit lehrt uns u.a. Bateson (1982), dass Wissen bzw. Erkenntnis dem Verhältnis zwischen mindestens einem Paar, also einer Unterscheidung, entspringt. Nicht-Unterscheidbares ist eben nicht denkbar. Luhmann drückt dies wissenschaftstheoretisch aus: »Differenzerfahrung ist Bedingung der Möglichkeit von Informationsgewinn und Informationsverarbeitung« (1984, S. 13). Ihm zufolge verarbeiten Theorien Wissen nach Maßgabe von »Leitdifferenzen«. Diese liegen allen Theorien zugrunde und steuern dort die Verarbeitung von Erkenntnissen, z.B. in der Systemtheorie die Leitdifferenz System/Umwelt. Die Leitdifferenzen, die das Denken über Leiden und Heilen steuern, können m.E. getrennt in den beiden Aspekten gefunden werden, die dieses soziale Handeln bestimmen: Heilkunde und Heilkunst. Sie betreffen:

- das Verständnis des Menschen, d.h. das »Menschenbild« und dessen Implikationen für Gesundheit und Krankheit, und

- ▶ das Verständnis menschlicher Interaktion, darunter die Möglichkeiten des Menschen auf andere (heilsam) einzuwirken.

Aus der Betrachtung der für das Heilen relevant erscheinenden Begrifflichkeit lassen sich zwei Differenzen erkennen, denen die Steuerung bei der Verarbeitung von Erkenntnissen im Phänomenbereich des Heilens unterstellt werden kann. Es sind die Differenz von *Sein/Werden* und *Autonomie/Heteronomie*. Die erste Leitdifferenz liegt an der Basis des Denkens über Mensch und Natur; sie steuert folglich das Denken über Gesundheit und Krankheit und so über Konzepte und Ziele des Heilens (Heilkunde). Die zweite Leitdifferenz betrifft die Interaktionsmöglichkeiten zwischen Menschen schlechthin; mithin steuert sie jene zwischen Heiler und Krankem bzw. die Methoden der Heilkunst.

Der Rückblick auf erste nachweisbare Quellen des Ringens um diese Differenzen führt auf die griechische Antike zurück (vgl. z.B. hinsichtlich der Geschichte des Heilens u.a. Schumacher, 1940; Schipkowensky, 1965; Glaser, 1967; Pauleikhoff, 1983; Toellner, 1986; hinsichtlich philosophisch-geschichtlicher Aspekte u.a. Hirschberger, 1959; Findlay, 1981; Maranhao, 1986.) Damals wurde der geistige Rahmen abgesteckt, innerhalb dessen Ziele und Methoden des Heilens bestimmt wurden. Bei meiner Untersuchung der Leitdifferenzen - Sein/Werden und Autonomie/Heteronomie - gehe ich davon aus, dass sie auf die Begründung von Heilungszielen und Heilmethoden wie folgt wirken:

- ▶ *Heilungsziel*. Je nach Verständnis menschlicher Seinsweise werden prinzipiell unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit abgeleitet. Fasst man z.B. das Wesen des Menschen als von einzelnen Menschen und so vom Wandel unabhängige Größe auf, wird Gesundheit als Sollzustand bestimmt, d.h. als allgemein auf jeden Menschen zutreffende Seinsweise. Wird hingegen das Wesen des Menschen als individuelle, dem Wandel unterworfenen Größe verstanden, folgt für Gesundheit, dass sie einen aktuellen Zustand einer individuellen Entwicklung beinhaltet. Dementsprechend ist Krankheit entweder Abweichung vom ontologisch gegebenen Sollzustand oder aktuelles Stadium bzw. Anpassungsform eines fortschreitenden Lebensprozesses; die Bestimmung des Heilungsziels ist entweder *Wiederherstellung* des allgemeingültigen Sollzustands oder *Fortschreiten* in ein anderes Stadium des individuellen Lebensprozesses.
- ▶ *Heilmethoden*. Heilmethoden resultieren aus der Bestimmung des Heilungsziels. Dabei kann der Mensch hinsichtlich seiner Möglichkeiten zu interagieren, als prinzipiell autonomes oder als heteronomes Wesen begriffen werden. Der Heilungsprozess des autonom verstandenen Kranken kann allenfalls unterstützt werden. Beim heterogen begriffenen, auf Steuerung durch andere angewiesenen Kranken muss dieser Prozess vom Heiler eingeleitet und durchgeführt werden. Der Heiler muss sich demnach entweder bescheiden, hilfreicher Begleiter zu sein, oder er ist befugt und geradezu verpflichtet, Gesundung zu bewirken. Die Handhabung der Differenz Autonomie/-Heteronomie leitet also die Interaktion mit dem Leidenden und legitimiert dadurch die ethische Haltung des Heilers. Der Heiler ist entweder ein gleichberechtigter, kooperierender Partner des Leidenden oder ein Ungleicher, der kraft »besseren« Wissens handelt und zur Ausübung einseitiger Kontrolle berechtigt ist, nötigenfalls auch ohne Zustimmung des Leidenden.

Die Geschichte des Heilens mutet als Pendeln mehr zu dem einen oder anderen Pol dieser Gegensätze an. Die Medizingeschichte lehrt, dass alle diese Orientierungen, sofern sie mit der

nötigen Mäßigung verfolgt wurden, heilsam waren. Sie lehrt aber auch, dass sie zuweilen einseitig ausschlugen und alles andere als sinnvoll, geschweige denn menschenwürdig waren. Während es den Heilern zuweilen gelang, die Dialektik dieser Differenzen bzw. die Komplementarität der Gegensätze im Blick zu halten, verstrickten sie sich in anderen Zeiten in der »Gewissheit« der eigenen Glaubenssätze.

Erste Leitdifferenz: Sein/Werden

Im Abendland wurde die erste Leitdifferenz lange vor unserer Zeitrechnung Thema. Die vor-sokratischen Denker beschäftigte die Frage, was das Eine, das Wahre im Strudel von Wandel und Vielfalt ist. Erste bedeutsame Lösungen zu diesem Problem werden Heraklit (geb. 535 v. Chr.) und Parmenides (geb. 540 v. Chr.) zugeschrieben. Beide optierten für monistische Lösungen; sie bevorzugten jeweils Sein *oder* Werden als Grunderklärung des Seienden. Heraklit betonte den Wandel: Alles Sein ist Werden bzw. Wandel; man kann nicht zweimal im gleichen Fluss baden. Die Einheit des Seins liegt im Prozess, Konstanz ist eine Illusion. Parmenides sah hingegen keinen Sinn darin, eine Alternative zum Sein (= Nicht-Sein) anzunehmen, aus dem Seienden hätte entspringen können: Was ist, ist; die Einheit des Seins ist ewig und unteilbar, Veränderung ist eine Illusion.

Eine erste Zusammenfügung dieser Gegensätze geht auf Platon (470-399) und Aristoteles (384-322) zurück. Den Widerspruch zwischen Sein und Werden (bzw. Identität und Wandel) überwand Platon mittels eines »vertikalen« Dualismus vom wahren Sein, der Idee, und dem sinnlich Erfassbaren, der Erscheinung. Ideen sind universell und unveränderlich, daher wahr; Veränderung ist hingegen nur empirische Realität, sie gibt es nur in der Sinnenwelt. Aristoteles wandte sich hingegen dem Erfahrbaren zu und setzte dem hierarchischen Dualismus Platons einen »horizontalen« Dualismus von Form und Stoff entgegen. Danach gibt es nur die Welt der Einzeldinge, die - ob materieller oder geistiger Art - in vielfältiger Vernetzung mit anderen Dingen existieren. Stoff bzw. Materie ist reine Möglichkeit, sie enthält das Ding potentiell; die Form bewirkt, dass im einzelnen Fall dieses oder jenes Ding mit bestimmten Eigenschaften aktualisiert wird. Sein ist aktualisierte Potenz bzw. Verwirklichung von Möglichem.

Die Sichtweisen Platons und Aristoteles' weisen viele epochenbedingte Ähnlichkeiten auf. Mit Blick auf das hier interessierende Thema soll ausreichen, beide Ausrichtungen als jeweils »vertikale« und »horizontale« Grundorientierung des Denkens zu betrachten, die das Denken auf grundlegend unterschiedliche Bahnen leiten. »Vertikal« kennzeichnet hier jenes Denken, das mit der Differenz zwischen dem Wahren und den Erscheinungen arbeitet. »Horizontal« meint hingegen das Denken, welches mit dem Unterschied zwischen Einzeldingen operiert und erst von dort aus auf allgemeine Konzepte abstrahiert. Vertikales Denken zielt somit auf abstraktes, zeit- und raumloses Wissen um das Wesen der Dinge. Horizontales Denken strebt nach Wissen um die Wandlungen der Dinge.

Der Einfluss beider Positionen auf das Heilen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- ▶ *Vertikales Verständnis:* Heilen muss ganzheitlich sein, die Betrachtung einzelner Aspekte ist irreführend. Die Heilkunde zielt auf die Förderung des »an-sich« Gesunden; die Heilkunst auf die Wiedererlangung des harmonischen Gleichgewichts im Inneren (der Organe) und Äußeren (menschliche und nichtmenschliche Umwelt).

- ▶ *Horizontales Verständnis*: Heilen muss vom Besonderen ausgehen und sich im Rahmen des jeweils Machbaren halten. Heilen führt den Kranken zu einem der ihm individuell möglichen Zustände, der von dem der Krankheit abweicht. Ein gesunder Zustand ist immer bezogen auf das Individuum und sein Milieu, also kein absoluter Wert.

Im »vertikalen« Fall strebt die Behandlung ideal-menschliche Zustände an; davon weichen zwei Störungsformen ab: Krankheit und Mangel bzw. Defizit. Im Fall der Krankheit geht es um die Wiederherstellung der Harmonie der Teile durch Beseitigung pathogener Faktoren. Beim Defizit muss Heilen ausgleichend eingreifen, ob durch Ersatz oder durch An- bzw. Nacherziehung des Kranken oder durch Veränderung umweltlicher Faktoren. Das Vorgehen des Heilers verfolgt die Wiedereinstellung auf gültig erachtete Normwerte.

Im »horizontalen« Fall geht der Heiler vom aktuellen Zustand des Kranken und bezieht diesen auf dessen Biographie, erst in der Folge dann auf das Allgemeine. Die Behandlungsziele werden individualisiert und veränderlich gehalten, die Behandlung selbst muss fortlaufend den sich verändernden Möglichkeiten des Kranken angepasst und kann im voraus nicht vollständig bestimmt werden. Je nach Orientierung handelt also der Heiler bezüglich seiner Ziele entweder als »Hüter und Erzieher« oder als »Forscher und Probierender« (vgl. auch Balint, 1980).

Zweite Leitdifferenz: Autonomie/Heteronomie

Die zweite für das Heilen maßgebliche Leitdifferenz steuert dem Umgang des Heilers mit dem Leidenden. Sie schlägt sich in der Haltung des Heilers zum Kranken nieder und begründet somit die Praxis sowie die Legitimierung des Heilens. Im einzelnen:

- ▶ *Heteronomie*. Der Mensch bedarf als unvollkommenes Wesen der fremden Regelung. Die Vollkommenheit menschlichen Seins kann bestenfalls durch eine Lebensweise angenähert werden, die mit den Maßstäben der Gemeinschaft aller Menschen in Einklang steht. Der Gemeinschaft obliegt es also, das Menschsein zu hüten, und sie muss Sorge tragen, dass die einzelnen Menschen auf bekömmlichen Wegen bleiben, gegebenenfalls unter Ausübung von Kontrolle. Heilen hat den Kranken in das Übergeordnete - das Gute, die Gesundheit - zurückzuführen. Darauf bezogen legt der Heiler Behandlungsziel und -maßnahmen fest. (Vgl. z.B. McCarthys (1991) Kritik an der »Kolonialpolitik« jener Helfer im psychosozialen Bereich, die Andersartige und Minderprivilegierte in die Normenwelt der Mittelschicht einzupassen versuchen.)
- ▶ *Autonomie*. Der einzelne Mensch ist zu jeder Zeit und unter allen Bedingungen ein autonomes Ganzes, das seine individuellen Möglichkeiten in je eigener Weise verwirklicht. Hiernach lässt sich keine - absolute - Berechtigung dafür ableiten, nach Maßgabe des Heilers zu behandeln. Heilen ist Umgang zwischen gleichberechtigten, voneinander unabhängigen und jeweils autonomen Menschen, also Kooperation bzw. Hilfe-zur-Selbsthilfe.

Die Geschichte des Heilens lehrt uns, dass aus beiden Positionen nützliche Theorien und Methoden abgeleitet wurden. Bedenkenswert sind jedoch die ethischen Folgen, die dabei in Kauf genommen werden. Dies offenbart sich bei der Begründung und Legitimierung der *Haltung*, die der Heiler gegenüber den Leidenden annimmt. Bei einseitiger Ausprägung zur einen oder anderen Seite dieser Positionen arten diese Haltungen in eine des »Machers«, der den Einzelnen und seine Besonderheit übersieht, oder eine des »Mitmachers«, der sich mit jedem Individuellen identifiziert.

Eine unaufhörliche Dialektik: Ein Beispiel aus der Antike

Schon in der griechischen Antike des 5. und 4. Jahrhunderts vor unserer Zeitrechnung stößt man auf ein beachtenswertes Beispiel für die unaufhörliche Dialektik des Heilens. Es sind die Lehren der rivalisierenden Schulen von Knidos und Kos (vgl. Baisette, 1986; Bourgey und Martiny, 1986). Beide Schulen vertraten vor über 2.500 Jahren Ansätze, die vielfältige, hier nur angedeutete Parallelen mit heutigen Positionen zum Heilen aufweisen, ganz besonders in Psychotherapie und Psychiatrie.

Die Vertreter der knidischen Schule wandten sich von den mystisch-religiösen Praktiken ihrer Zeit ab und legten großen Wert auf die möglichst genaue Beobachtung und Beschreibung krankhafter Zustände. Gegenüber diesem hauptsächlich praktischen Anliegen blieb jedoch die konzeptionelle Aufarbeitung der Erkenntnisse in elementarem Stadium stecken, ihre Heilmaßnahmen gingen nicht über das Niveau einfacher Rezepte hinaus. Als auf Einzelheiten ausgerichtete Empiriker vernachlässigten sie das Gesamte und behandelten jedes Symptom als eigenständige Krankheit (vgl. Schipkowensky, 1965).

Die Vertreter der Schule von Kos, darunter besonders Hippokrates (460-377), setzten sich vom Pragmatismus der knidischen Ärzte ab und gelangten zu einer ersten Synthese aus pragmatischen und ganzheitlichen Gesichtspunkten. Sie gaben der Medizin eine brauchbare Theorie, indem sie ihre methodologische Praxis mit dem Menschenbild der Zeit verbanden. Der Arzt betrachtete den Kranken mit Blick sowohl auf Abweichungen vom Zustand völliger Gesundheit als auch auf dessen besondere Lebenslage. Er ging sowohl von der Person des Kranken aus als auch von der allgemeinen Natur des Menschen. Zudem sollte der Arzt das Umfeld des Kranken in menschlicher und natürlicher Hinsicht berücksichtigen. Die hier vertretene Geisteshaltung war ganzheitlich im Verständnis und pragmatisch in der Anwendung; sie verband kritisches Denken mit strenger Beobachtung, Konzeptualisierung mit Praktikabilität. Zudem wurde der Kranke nicht als »Patient« sondern als »geschwächter Mensch« bezeichnet. Es verwundert angesichts dieser synthetisierenden Einstellung nicht, dass sowohl Platon als auch Aristoteles einig in ihrer Bewunderung des Hippokrates waren. Aus dieser Schule stammen die Maximen:

- ▶ Die Natur ist der beste Arzt des Kranken.
- ▶ Die ärztliche Kunst spielt sich zwischen drei Größen ab, der Krankheit, dem Kranken und dem Arzt.
- ▶ Wer das Altbewährte missachtet und nur auf andere Weise forschen will, der täuscht sich und die anderen (vgl. Glaser, 1967).

Während in Knidos die einzelnen Erscheinungen immer genauer beobachtet und immer feinere, miteinander unverbundene analytische Denkkategorien und Handlungsweisen erarbeitet wurden, strebte die Schule von Kos ein Gleichgewicht von Theorie und Praxis an. Dies sollte die weitere Entwicklung der Medizin nachhaltig beeinflussen. Aber auch diese Lehre sollte Anlass für »dogmatische« Nachfolgeerscheinungen werden, die bis in die letzten Jahrhunderte wirksam waren. Die gewissermaßen zum Dogma gewordene »Saftlehre« wurde zur Begründung bedenklicher ästhetizistischer Praktiken (z.B. Aderlass), die im Rahmen geradezu theatralischer Inszenierungen nicht selten zum Tod der Kranken führten.

Orientierungen des Heilens: Eine Zusammenfassung

Die Leitdifferenzen des Heilens - Sein/Werden und Autonomie/Heteronomie - lassen sich zu einem Schema zusammenfügen, das Überblick verschaffen und zum Nachdenken über die eigene Positionierung als Heiler anregen soll. Beide Leitdifferenzen dienen dabei als hypothetische Koordinaten eines gedachten dimensionaligen Raums. Die senkrechte Achse betrifft die Heilungsziele, die waagerechte Achse die Haltung bzw. das interaktionelle Konzept des Heilers (vgl. Abbildung).

etwa hier bitte Abbildung 1 einsetzen!

Am oberen Pol der Senkrechten heißt das Heilungsziel Wiederherstellung von Harmonie bzw. Verringerung der Abweichung vom Sollzustand. Am entgegengesetzten Pol geht es um die Überwindung eines aktuellen Zustands durch Übergang in einen anderen, alternativen Zustand. Die Waagerechte betrifft die Haltung, die der Heiler zum Leidenden einnimmt; sie hängt davon ab, wie der Mensch als soziales Wesen gesehen wird: autonom oder heteronom. Den dabei entstehenden Quadranten können vier Grundformen des Heilens zugeordnet werden. Es sind unter der Annahme von Autonomie Empfehlen und Anregen, und von Heteronomie, Verordnen und Eingreifen. Im einzelnen:

- ▶ *Verordnen*. Der Arzt ist bestrebt, die Abweichung vom Normzustand nach allgemeingültigen Parametern zu beheben. Am deutlichsten tritt die einseitige »Reparatur« da zutage, wo der Arzt selbst die Initiative ergreift, also etwa bei bewusstlosen Patienten im Notfall oder bei Vollnarkose.
- ▶ *Eingreifen*: Der Arzt interveniert in einen krankhaften Prozess mit dem Ziel, ihn in einen alternativen zu überführen, will also entweder gezielt verändern oder die aktuelle Entwicklung »blockieren«. Typische Beispiele sind die einseitige Verordnung von Medikamenten und der psychotherapeutische »Trick«.

Gegenüber dem autonom verstandenen Leidenden - dem »Kunden« - stehen dem Heiler, der hier nicht kausal wirken kann, zwei methodologische Optionen zur Verfügung: Empfehlen und Anregen. (Die Verwendung des Begriffs »Kunde« stellt aus etymologischen Gründen eine sinnvolle Alternative zu »Patient« - der Leidende/Duldende - und »Klient« - der Schutzbefohlene - dar. »Kunde« enthält nämlich die althochdeutschen Stämme »kund« - gewusst, bekannt - und »kundo« - Bekannter, Einheimischer - und eignet sich daher vorzüglich, die Autonomie und den aktiven Part desjenigen zu betonen, der um Hilfe nachsucht und deren Wirksamkeit beurteilt.)

- ▶ *Empfehlen*. Der Arzt ist bemüht, die krankhafte Abweichung vom Sollzustand zu korrigieren, stellt sich aber auf die Eigenart des Kranken ein und strebt seine Mitarbeit an. Er stützt sich daher auf geeignete Argumente, um die Durchführung oder Einhaltung der als ideal gebotenen Maßnahmen gegenüber dem Kranken zu rechtfertigen. Die Empfehlung resultiert aus einem dialogischen Verhandeln mit dem Kranken, in dem das Wissen des Arztes mit den Möglichkeiten des Kranken integriert werden.
- ▶ *Anregen*: Der Arzt tritt in einen Dialog mit dem Kranken ein, in dem beide ihre unterschiedlichen Kompetenzen wahren und gemeinsam Ziel und Methode der Behandlung festlegen. Dabei suchen sie nach geeigneten Alternativen zum krankhaften Zustand.

Die vier Grundformen kennzeichnen diskrete Typologien, die in dieser Ausschließlichkeit wohl kaum vorkommen, zumal jede länger andauernde Interaktion zwischen Heiler und Kranken Facetten aller dieser Formen enthält. Das Ausmaß jedoch, in dem sie jeweils auftreten, dürfte als Unterscheidungsmerkmal bezüglich der Ausrichtung des Heilers dienen.

Fazit

Heilen ist ein dynamisches, von der mehrwertigen Logik des Leidens mitbestimmtes soziales Geschehen. Es erfordert daher eine Vielfalt, die der Mannigfaltigkeit und Wandelbarkeit menschlicher Lebensweisen angemessen ist. Das Verständnis des Heilens kann also weder ausschließlich beschränkt werden auf Natur- *oder* Geisteswissenschaft, auf Fortschritt *oder* Bewahrung, noch auf Intervention/Behandlung *oder* Überzeugung/Dialog. Damit würde es seine eigene dialektische Natur und, was noch bedenklicher wäre, die vielfältige Natur seines eigentlichen »Gegenstands« - des Menschen verkennen.

LITERATUR

- Baisette, G. (1986): Die Medizin bei den Griechen. In: Toellner, R. (Hrsg.): *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Band 1. Salzburg: Andreas & Andreas.
- Balint, M. (1980): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bateson, G. (1982): *Geist und Natur. Eine notwendige Einheit*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Bengoa, J. (1985): *Historia del pueblo mapuche*. Santiago de Chile: Ediciones Sur.
- Bourgey, L., Martiny, M. (1986): Hippokrates und die griechische Medizin des klassischen Zeitalters. In: Toellner, R. (Hrsg.): *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Band 1. Salzburg: Andreas & Andreas.
- Brody, H. (1977): *Placebos and the Philosophy of Medicine*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Capra, F. (1983): *Wendezeit*. Bern: Scherz.
- Dastague, J. (1986): Die Paläopathologie. In: R. Toellner (Hrsg.): *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Band 1. Salzburg: Andreas & Andreas.
- Dörner, K. (1969): *Bürger und Irre*. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt.
- Dörner, K. (1975): *Diagnosen der Psychiatrie*. Frankfurt: Campus.
- Duerr, H.P. (1983): *Traumzeit. Über die Grenzen zwischen Wildnis und Zivilisation*. Frankfurt: Syndikat.
- Findlay, J.N. (1981): *Plato und der Platonismus. Eine Einführung*. Königstein: Athenäum.
- Foerster, H. von (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig: Vieweg.
- Glaser, H.: (1967) *Das Denken in der Medizin*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Heidelberger, M. (1990): Selbstorganisation im 19. Jahrhundert. In: W. Krohn, G. Küppers (Hrsg.): *Selbstorganisation. Aspekte einer wissenschaftlichen Revolution*. Braunschweig: Vieweg.
- Hirschberger, J. (1959): *Geschichte der Philosophie*. Freiburg: Herder.
- Hofstätter, P.R. (1957): *Gruppendynamik*. Reinbek: Rowohlt, 1957.
- Illich, I. (1977): *Die Nemesis der Medizin*. Reinbek: Rowohlt.
- Keupp, H. (1972): *Psychische Störungen als abweichendes Verhalten*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kratky, K.W., Wallner, F. (Hrsg.) (1990): *Prinzipien der Selbstorganisation*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Krohn, W., Küppers, G., Nowotny, H. (eds.) (1990): *Selforganization. Portrait of a Scientific Revolution*. Sociology of the Sciences Vol. XIV. Dordrecht-Boston-London: Kluwer.
- Ludewig, K. (1989): Schritte in die Vergangenheit - Mit dem Familienbrett ins Land der Mapuche. *Familiendynamik* 14: 163-177.

- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maranhao, T. (1986): *Therapeutic Discourse and Socratic Dialogue*. Madison: Wisconsin Univ. Press.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1984): *El árbol del conocimiento*. Santiago: Editorial universitaria; (dtsh. Der Baum der Erkenntnis. Bern-München-Wien: Scherz, 1987).
- McCarthy, I. (1991): Colonial sentences and just subversions: The potential for abuse and love in therapeutic encounters. Vortrag beim 3rd World Family Therapy Congress in Jyväskylä, Finnland.
- Pauleikhoff, B. (1983): *Das Menschenbild*. Hürtgenwald: Guido Pressler.
- Schiepek, G. (1991): *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig: Vieweg.
- Schipkowensky, N. (1965): *Iatrogenie oder befreiende Psychotherapie*. Leipzig: Hirzel.
- Schmidbauer, W. (1971): *Psychotherapie. Ihr Weg von der Magie zur Wissenschaft*. München: Nymphenburger.
- Schmidt, S.J. (Hrsg.)(1987): *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schumacher, J. (1940): *Antike Medizin. Die naturphilosophischen Grundlagen der Medizin in der griechischen Antike*. Berlin: de Gruyter.
- Stangl, W. (1989) *Das neue Paradigma der Psychologie*. Braunschweig: Vieweg.
- Steiner, E., L. Reiter (1988): Der Beitrag der Theorie selbstreferentieller Systeme zur Präzisierung von Forschungsfragen in der systemischen Therapie. *System Familie 1*: 115-123.
- Szasz, T.S. (1972): *Geisteskrankheit - Ein moderner Mythos?* Olten: Walter.
- Toellner, R. (Hrsg.)(1986): Illustrierte Geschichte der Medizin. Band 1. Salzburg: Andreas & Andreas.
- Trojan, A. (1978): *Psychisch krank durch Etikettierung?* München: Urban & Schwarzenberg.