

Zur ethnomedizinischen Sichtweise in einer therapeutischen Perspektive. Eine Fallstudie aus dem Kraichgau*

GERHARD RUDNITZKI & ROSWITHA HUBER

Zusammenfassung im Rückblick In dem vorliegenden Beitrag wird Aufbau und Entwicklung einer sozialpsychiatrischen Abteilung in einem Rehabilitationskrankenhaus beschrieben. Seinerzeit (1977) fungierten sowohl dieser Krankenhaustyp als auch die sozialpsychiatrische Abteilung noch als Modelle ohne Vorbild in Deutschland. Das stationäre sozialpsychiatrische Konzept war unter Berücksichtigung der Entwürfe zukünftiger stationärer Versorgungseinrichtungen entstanden, wie sie in der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags zur Lage der Psychiatrie und Psychotherapie 1972 - 1974 formuliert worden sind. Es beinhaltete als eine organisatorische Besonderheit die Berufstherapie; diese ist auch heute noch nicht Standard anderer stationärer sozialpsychiatrischer Einrichtungen. Inhaltlich hatte die sozialpsychiatrische Abteilung in den ersten vier Jahren ihrer Arbeit weitgehend die angestrebte Regionalisierung verwirklicht. Ziel dieser Begrenzung der Aufnahmegegend war die Berücksichtigung ethnologischer Besonderheiten in der stationären Psychotherapie. Der Beitrag skizziert in einer Kasuistik die therapeutische Vorgehensweise beim Behandlungsprozess einer damals 50-jährigen Frau mit einem psychosomatischen Schmerzsyndrom als Eingehen auf deren Bezugnahme auf „Magier“ (Kartenlegerin und Akupunkteur) aus dem dörflichen Wohnort. Die Therapeuten konkurrieren nicht mit den Magiern. Dabei hatte die tiefenpsychologische bzw. psychoanalytische Traumarbeit eine Brückenfunktion. Die nachträglich zu formulierende resultierende These ist: Es ist von großem therapeutischen Belang, das regressive magische Denken psychosomatischer Patienten zu identifizieren und Wege zu finden, deren primäre Adressaten in das Therapiekonzept einzubeziehen. Eine Konfrontation mit dem „irrationalen“ Heilungsglauben hätte verletzende Beschämung zur Folge und würde zur weiteren Chronifizierung des Syndroms führen. Einer der Autoren (G. RUDNITZKI) hat in den letzten 20 Jahren weitere Patienten aus dem Dorf der o.g. Patientin im therapeutischen Rahmen kennen gelernt und bei diesen vergleichbare magische Heilungserwartungen und Adressatenwahlen eruiert. Gerhard Rudnitzki Oktober 2005

An Ethno-medical Glimpse within a Psychotherapeutic Perspective. A Case Study from the Years 1970

Abstract and retrospective This contribution describes the foundation and development of a social psychiatric department in the framework of a rehabilitation center. In those years (1977) that type of hospital with a social psychiatric department was a model-organization in Germany. The Enquete-Commission of the German parliament (Bundestag) which had the task to describe the situation of the psychiatric and psychosomatic patients, had formulated some concepts for clinical organisations 1972-1974. A special part of the above mentioned social psychiatric department was the vocational therapy (Berufstherapie). This form of therapy is up to today not yet the state of the art in social psychiatric hospitals. Most patients came from the surrounding villages and towns. This fact made it possible to consider ethnological factors in the course of the clinical psychotherapy of the patients. This contribution focuses on the therapeutic process of a 50 years old woman with a psychosomatic pain syndrom. It is described, how the therapeutic personal responds to the relationship of the patient with magicians in her village. They did not compete with them. In the context of this "cooperation" the psychoanalytical work with dreams of the patient had a bridging function. The resulting and retrospective thesis is: It is very important for the therapeutic process, to see the regressive magical thinking of patients and to find out, how it is possible to considerate their choice of a magician as a therapeutic person. A confrontation with their "irrational" behaviour would put them into shame and destroy their motivation for psychotherapy. One of the authors (G.Rudnitzki) had some other patients from the village of the above mentioned patient in the last twenty years. That means for him, that's it is not out of date to look for the magicians in our inofficial health-systems.

Keywords (Schlagwörter) social psychiatry and clinical rehabilitation (Sozialpsychiatrie und klinische Rehabilitation) – psychosomatics – medical pluralism vs rationality of clinical intervention (medizinischer Pluralismus vs schulmedizinische Rationale) – magical healer – cooperation or confrontation (Kooperation oder Konfrontation) – models of healing processes (Heilprozessmodelle) – vocational therapy (Berufstherapie) – Kraichgau, Germany

* Reprint aus RUDNITZKI G., SCHIEFENHÖVEL W. & SCHRÖDER E. (Hg) 1977. *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*. Ethnologische Abhandlungen 1. Barmstedt: Verlag Detlef Kurth: 59-66.

Im Rahmen eines sozialpsychiatrischen stationären Behandlungsprogramms wird der soziale Ort des Patienten, das therapeutische Milieu entdeckt. Zusammen mit dem Patienten verlassen die Therapeuten bewusst das therapeutische Setting des stationären Programms. Sie akzentuieren dagegen explizit die Themen seines Widerspruchs gegen die zunächst „verordnete Therapie“, bestätigen also die „besseren“ Methoden des Handauflegers, Wahrsagers und Akupunkteurs.

Diese Strategie untersucht die unmittelbaren therapeutischen Auswirkungen von Kommunikationsweisen und -formen, die von den Patienten selbst als Weg zur Genesung vorgeschlagen werden. Darin sehen die Autoren einen Ansatz ethnomedizinischer Praxis, die bei enger Zusammenarbeit zwischen dem „Hausarzt“ und dem gruppenspezifisch trainierten Psychotherapeuten zu eindrucksvollen Resultaten führen kann.

1. Seit der Gemeindezusammenlegung im Rahmen der Verwaltungsreform von 1971 ist Langensteinbach mit seinen fast 5000 Einwohnern Teil der Großgemeinde, die aus fünf ehemals unabhängigen Dörfern besteht. Alle fünf Dörfer haben alte, noch erhaltene Dorfkern und Neubausiedlungen. Zwischen den Orten liegen große Flächen von Acker- und Weideland sowie Wald. Die Dörfer werden nicht so bald wirklich verschmelzen. Die verschiedenen Ortsteile gibt es also zunächst nur auf dem Papier, denn die einzelnen Dörfer leben weiter für sich als Dorfgemeinschaften mit ihren jahrhundertalten Namen und Traditionen.

Langensteinbach ist rund 13 Straßenkilometer von Karlsruhe entfernt und durch eine einmal stündlich fahrende Straßenbahn mit dieser nordbadischen Großstadt enger verbunden als mit dem etwa ebenso weit entfernten Pforzheim. Es gibt einen direkten Anschluss an die Autobahn Karlsruhe-Stuttgart.^{1,2}

Als großer optisch dominierender Gebäudekomplex am Ortsausgang gegen das Nachbardorf Ittersbach liegt auf einer Anhöhe das Südwestdeutsche Rehabilitationskrankenhaus, ursprünglich als Langzeit- und Pflegekrankenhaus von Pietisten erbaut. 1970 wurde das 300-Betten-Krankenhaus in eine selbständige, gemeinnützige GmbH überführt; es ist heute Teil der STIFTUNG REHABILITATION Heidelberg, der Trägerin der größten Umschulungszentren für Behinderte in der Bundesrepublik Deutschland, und stellt inzwischen 600 Rehabilitationsbetten zur Verfügung.^{1,3} Seit rund 3 Jahren gehört es zur Gesundheits-AG des SRH-Konzerns. (Anm. d. Verf. 2006)

Abgesehen von der Führungsspitze wurde das Haus mit allen Angestellten vom vormaligen Trägerverein übernommen. Übernommen wurde nach eingehender Diskussion auch eine psychiatrische Abteilung mit 40 stationären Behandlungsplätzen, die bis zum Trägerwechsel klinisch-psychiatrisch und psychotherapeutisch geführt wurde. Die therapeutische Akzentuierung lag innerhalb der Grenzen der tradierten Arzt-Patient-Beziehung.⁴

Das Krankenhaus hat heute vier klinische Fachbereiche: Sozialpsychiatrie, Innere Medizin mit Geriatrie, Orthopädie-Traumatologie und Neurologie. Die Arbeitsgruppen Ergotherapie (Beschäftigungstherapie), Physiotherapie (Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sporttherapie) und neue, an Krankenhäusern keineswegs übliche Dienste wie psychologischer Dienst, Rehabilitationsdienst und Berufstherapie ergänzen die Arbeit der klinischen Fachbereiche. Die Berufstherapie führt in mehreren Bereichen (Übungsfirma, Zeichnen und Konstruktion, Elektronik, Maschinen- und Feinwerktechnik) Arbeitsplatzproben, Berufsförderungs- und sogenannte Berufsförderungsmaßnahmen durch.^{1,5}

2. Der neue Träger ermöglichte auch eine Änderung des Konzepts der psychiatrischen Praxis in diesem Krankenhaus. Es sollte versucht werden, eine sozial-psychiatrische Abteilung aufzubauen, und zwar unter den Gesichtspunkten der „Therapeutischen Gemeinschaft“ mit möglichst intensiven gruppen- und auch einzelpsychotherapeutischen Aktivitäten. Als wichtige Therapie-Elemente stehen heute täglich stattfindende Vollversammlungen mit allen Patienten und allen Mitarbeitern, die abkömmlich sind, im Vordergrund. Das bedeutet Großgruppenveranstaltungen mit etwa 60 Personen, in denen in erster Linie Probleme besprochen werden, die alle betreffen – z. B. Fragen der Hausordnung, gemeinsame Unternehmungen, aber auch Krankheitssymptome und besondere Schwierigkeiten einzelner, soweit sie für die Gemeinschaft relevant sind. Zweimal wöchentlich finden Gruppentherapiesitzungen von anderthalb Stunden Dauer und mit 8 bis 15 Teilnehmern statt. Fast alle Patienten werden in einer solchen Gruppe behandelt. Daneben partizipiert der Patient täglich an ergotherapeutischen Programmen und am Programm der Physiotherapie.

Einen eigenen Bereich, der sein therapeutisches Angebot in gemeinsamen Sitzungen mit der sozial-psychiatrischen Arbeitsgruppe, mit dem sozial-psychiatrischen Programm koordiniert, bildet die Berufstherapie. Testuntersuchungen und auch Behandlungen führt ein der sozialpsychiatrischen Ab-

teilung zugeordneter Psychologe durch. Behandlungen durch die Ärzte erfolgen ausschließlich zusammen mit anderen Teammitgliedern (Schwestern, Pflägern, Physio- oder Ergotherapeuten). Größere Gruppen wie auch Familiengruppen werden zur Kontrolle und zu Unterrichtszwecken vor der Einwegscheibe behandelt. Ton- und Videoaufzeichnungen sind dabei Mittel sowohl der Therapie wie auch der Therapiekontrolle.⁶

Soweit wie möglich bemüht sich das sozial-psychiatrische Team, in erster Linie Patienten aus dem Umkreis des Krankenhauses aufzunehmen, da nur so die für Ätiologie, Pathogenese und Therapie gleichermaßen wichtigen Einflüsse des jeweiligen sozialen Feldes erforscht und in die Arbeit einbezogen werden können.

Die Therapeuten erhalten durch das Studium der sozialen Struktur der Dörfer der Umgebung, aus Mitteilungen der Patienten über ihre Familien, die Wohn- und Arbeitssituation sowie durch Gespräche mit möglichst vielen Mitarbeitern der Klinik, mit Freunden und Nachbarn der Patienten und nicht zuletzt bei Hausbesuchen als Arbeitsgrundlage unentbehrliche Informationen über das soziale Feld des jeweils zu behandelnden Patienten. In der Therapie wird versucht, diese Informationen als Richtschnur zu benutzen, um dem Patienten nicht Theorien und Auffassungen aus der Sicht des Therapeuten, der meist aus einer anderen sozialen Schicht und sehr oft aus einem großstädtischen Milieu stammt, „überzustülpen“, sondern jeden Schritt an der Realität der Umwelt des Patienten zu überprüfen. Es wird versucht, auf dem Umweg über die dem einzelnen Patienten eigenen Sprach- und Denkformen therapeutisch auf ihn Einfluss zu nehmen.⁷

3. Dieser Arbeitsansatz soll an einem Beispiel dargestellt werden. Die therapeutische Strategie, die wir hier vorstellen wollen, versucht das Lebensfeld des betroffenen Patienten in das Behandlungszimmer des Arztes hereinzuholen. Bevor dies konkret ausgeführt wird, zunächst einige Erläuterungen zu dieser Aussage: Während die klassische Medizin der europäischen und anglo-amerikanischen Universitäten das Beschwerdebild eines Kranken auf dem kürzesten Weg zu beseitigen versucht, was bei der Schmerzbekämpfung am deutlichsten an den Methoden der medikamentösen Betäubung und der chirurgischen Exstirpation zu sehen ist, forscht die psychoanalytische Psychotherapie im Dunkeln des Unbewussten nach konfliktbezogenen Bedürfnissen und Wünschen, um auf diesem Wege den Konflikt, der oft auch Schmerzfaktor ist, zu lösen oder zu

überwinden. Neuerdings liefert die Lerntheorie ein drucksvolle Konzepte therapeutischen Verhaltenstrainings.

Hier kann nun nicht erörtert werden, was naturwissenschaftliche Medizin von Psychoanalyse unterscheidet und wie sich verhaltenstherapeutische Theorien und Techniken daneben ausnehmen. Wir wollen vielmehr ins Auge fassen, was alle drei für den Kranken sind. Der Beitrag, den wir zur Verdeutlichung dieser Problemstellung leisten können, ist pragmatisch, und deswegen vergleichsweise naiv, d. h. keineswegs theoretisch fundiert und hinsichtlich bestimmter theoretischer Grundlagen stringent.

Wir erfahren immer wieder, dass die Kranken, die in unsere Behandlung kommen, sich merkwürdig paradox verhalten. Sie beklagen ihr Leid, wünschen aber ganz selten ausdrücklich die Beseitigung dieser oder jener Beschwerden. In der Regel benehmen sie sich in vielem so, dass sie ihr Leid selbst fördern. Und sie ändern dieses Benehmen meist auch dann nicht, wenn sie vom Arzt darüber aufgeklärt werden, dass sie sich auf diese Weise selbst empfindlich schaden. Auf dieses Paradoxon hat sich ärztliches bzw. Therapeuten-Verhalten, soweit es aus den oben angedeuteten Standpunkten resultiert, wie folgt eingestellt: Der Arzt tritt mit dem Kranken in eine ausschließlich symptom- und beschwerdeorientierte Kommunikation ein und beschränkt sich in aller Regel darauf, den Anlass für die Konsultation durch den Kranken aufzuheben. Dass Symptome und Beschwerden auch noch andere Charaktere als Not und Leid haben können, was das oben erwähnte Paradoxon erklären könnte, wird vom Arzt meist nicht bedacht, und der Kranke findet selten einen Weg oder eine Gelegenheit, zur Aufklärung beizutragen.⁸

Dennoch wissen viele Kranke um das Vordergrundig-Rituell der Arzt-Patient-Beziehung, ohne jedoch mehr als ein „Gespür“ dafür zu haben, was sie außer einer undefinierten Entlastung von ihm erwarten. Der Arzt, der oft ganz in den Bann des angebotenen Beschwerdebildes gezogen wird, ahnt auch dann, wenn er Symptomfreiheit zu erzielen vermag, wie unzureichend seine Behandlung ist. Wie kommt es aber, dass weder er noch der Patient aus seiner Rolle heraustreten?⁴

4. Den Weg zu einer Antwort auf diese Frage, den wir zu geben versuchen, beschreibt, die nun folgende Falldarstellung: Wie sehr viele Kranke wurde Frau A., 50 Jahre alt, Schneiderin, nach 14jährigem Leiden von einer Landesversicherungsanstalt zur stationären Behandlung in unser Krankenhaus ein-

gewiesen, um eine frühzeitige Invalidisierung abzuwenden. Sie könne seit sieben Jahren nicht mehr arbeiten und beziehe seit sechs Jahren eine kleine Sozialrente. Seit sich vor 14 Jahren ihr Mann von ihr getrennt habe, um sich nach langjähriger Ehe einer anderen Frau zuzuwenden, leide sie zunehmend unter „Nervenschmerzen“. Der Kopf sei „wie in einer Schale“; sie könne deswegen nur „schlecht aufnehmen“ und empfinde einen starken Druck um den Kopf herum. Die Stimmung sei trübselig und niedergeschlagen. Sie möchte am liebsten in der Ecke sitzen, nichts hören und nichts sehen, am besten sterben. „Alles ist so traurig, z. B. wenn ein Vogel singt, wenn sich ein Blatt bewegt ...“ Auch leide sie unter Angstgefühl, sei müde und schwunglos. Schlafen könne sie nur mit Schlaftabletten; ihr Appetit sei leidlich.

Fünf Jahre vor der Aufnahme bei uns habe sie nachts einen Suizid-Versuch mit Schlaftabletten unternommen. Ihre Mutter (+22 Jahre), bei der sie seit der Trennung von ihrem Ehemann wohnte, habe ihre nächtliche Unruhe bemerkt und sei ihr nachgegangen, als die aufgestanden war, um die Tabletten einzunehmen. Dadurch sei eine rechtzeitige Einlieferung ins Krankenhaus und die Rettung möglich gewesen. Sechs und sieben Jahre nach Erkrankungsbeginn sei sie fünf Monate und dann noch einmal drei Wochen lang in einem regionalen psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden. Der Vater starb, als sie 12 Jahre alt war, nach zweijähriger Krankheit an Zungenkrebs; er ließ die für kurze Zeit wohlhabende Familie verarmt zurück. Sie ist das älteste von vier Kindern der Eltern. Zwei Schwestern (-4 und -12 Jahre) und ein Bruder (-8 Jahre) leben verheiratet im selben nordbadischen Dorf wie sie selbst. Ihre Tochter (-25 Jahre) hat zwei Kinder, über die Frau A. wie über die eigenen sprach. Mit ihrem Schwiegersohn, so erklärte sie uns, verstehe sie sich nicht gut.

Soviel aus dem Datenkatalog, den wir routinemäßig bei jedem Patienten erheben. Wie viel davon für die Behandlung verwertbar wurde, wird noch zu sehen sein. Die Kranke gab bei uns als Behandlungsziel an, dass sie wieder in die Lage kommen wolle, „schaffen“ zu können. Dazu assoziierte sie, dass dies das Erziehungsmotto der Mutter gewesen sei: „Schaffen ist ein Segen!“ Wenn sie und ihre Geschwister als Kinder bei den ihnen aufgegebenen Arbeiten in der Landwirtschaft etwas getrödelt hätten, hätte die Mutter sich neben sie gestellt und gesungen: „Auf denn, die Nacht wird kommen, dass man nicht mehr kann!“ Zu dem erwähnten Behand-

lungsziel sagte sie uns, dass sie nicht glaube, dass es zu erreichen sei.^{9, 10, 11}

Sie wurde fünf Monate stationär und drei Monate ambulant behandelt. Wie alle anderen zu uns überwiesenen Patienten wurde sie zunächst in das soziotherapeutische Programm unserer therapeutischen Gemeinschaft eingewiesen (siehe oben). In der Folge nahm sie daran zwar teil, opponierte dann aber in dem Maße dagegen, in dem sie sich auf die aktuelle Gemeinschaft der Abteilung, das konkrete Setting verwiesen und verpflichtet fühlte. Das Milieu kam ihr offensichtlich fremd vor. In dem Gruppenprozess, in dessen Dynamik sie einbezogen wurde, lag ihr zuviel Wagnis. Chaotisch erlebte sie diese neue Situation, als ihr der Entzug der gewohnten und anfangs vorläufig weitergeführten Medikation angekündigt wurde. Es schien, dass eine Welt für sie zusammenbräche. Das geschah 14 Tage nach der stationären Aufnahme.

In dieser Zeit erfuhren wir von ihr, was sie vom Arzt erwarte, dass er ihr Gelegenheit gäbe, trotz stationärer Behandlung möglichst viel mit ihrer Mutter zusammenzutreffen. Wenn sie bei der Mutter über ihre Beschwerden klagen und ihren Zuspruch hören könne, werde ihr's leichter, behauptete sie.

Nun stellte sich uns die Frage, ob wir die weitere Behandlung auf pragmatische medikamentöse Verfahren reduzieren, eine psychoanalytische Durcharbeitung von Lebensgeschichte, Erlebnisfeld und Affektanlage mit ihr vornehmen oder einfach aufnehmen sollten, was sie selbst eingeführt hatte, einen Faktor aus ihrem aktuellen häuslichen Milieu, die Mutter nämlich. Diese stellte sie als inzwischen weise und gütig gewordene und Trost spendende Amme dar, deren bloße Anwesenheit beruhigend, ja erleichternd wirkte. Damit machte sie zweierlei deutlich: dass ihr der Arzt so, wie er sich ihr anbot, nicht gerecht würde und dass er, wenn er ihr schon helfen wolle, ihr dort beistehen müsse, wo sie wirklich lebe. Sie lud ihn also indirekt ein, ihr zu folgen und führte ihn so in die „Zauberwelt“, in der sich ihr Erleben und Hoffen¹² nicht etwa mit bloß phantasierten, sondern mit realen Partnern abspielte. Wir wollen hier skizzieren, welche Realität sich dem Therapeuten eröffnete.

Der Einsteig in ihre Welt vollzog sich gewissermaßen durch den Teppichboden des Arztzimmers hindurch auf eine darunter liegende magische Ebene: Sie teilte in der 6. Behandlungswoche mit, dass so ein Fußboden, wie er im Zimmer des behandelnden Arztes, ein niederfloriger olivgrüner, weich und warm wirkender Teppichboden bei ihr einmal gro-

ßen Schmerz ausgelöst hätte. Was sie meinte, war eine Art Weltschmerz, ein Gefühl von Verlassenheit und Hoffnungslosigkeit; sie hatte damit allerdings durchaus auch ihren aktuellen Zustand beschrieben. Der Schmerz, zu dem diese Mitteilung hinführen sollte, wurde einige Tage später von ihr thematisch konkreter akzentuiert. Sie habe kürzlich geträumt, in ihrem Garten liege jemand beerdigt. Auf das Grab hätte sie Salat und Gemüse gepflanzt. Ihr sei im Traum auch eingefallen, dass man das nicht dürfe. Deswegen habe sie ein Grab auf dem Friedhof schaufeln wollen, um den Toten aus ihrem Garten dorthin zu betten. An den Bericht über diesen Traum schloss sie gleich die Geschichte eines älteren Traums ihrer Mutter an, in dem sie (die Patientin) fröhlich wie früher auf einem von Pferden gezogenen Wagen aus dem Heimatdorf gefahren sei. Neben ihr habe ein zufriedener lächelnder Mann gesessen. Ein Posaunenchor habe gespielt.

Was die Kranke sichtbar erstaunt, dann entlastet registrierte, war, dass der Arzt akzeptierte, was sie selbst aus diesen Träumen machte und wie sie und ihre Mutter damit interagierten. Die Mutter hatte ihr einen eigenen Traum schlicht als Wahrsagung angeboten: Du wirst wieder heiraten! Damit hatte sie den jüngsten Traum der Patientin induziert, den diese selbst so verstand: Ich muss mich von meinem Mann, der noch im Bereich meines Haushalts „west“, obwohl er körperlich längst nicht mehr verfügbar ist, scheiden lassen, ihn mit seiner Partnerin in Frieden ziehen lassen, sonst kann ich nicht wieder heiraten! Bei zwei folgenden Familiensitzungen mit der Kranken, ihrer Mutter, ihrer Tochter und einer ihrer Schwestern (-12 Jahre) erfuhren wir, wie nicht nur die Mutter, sondern die ganze Familie nach dieser Zielsetzung handelte. Aber wir konnten auch sehen, welchen Schmerz es für die Familie zunächst bedeutete, wenn die Scheidung thematisiert wurde, die ja die Voraussetzung für die Erfüllung der Wahrsagung der Mutter war. Da die Familie arm war und keinen Rechtsanwalt für die Regelung der Scheidung selbst bezahlen konnte, musste Frau A. sich das Armenrecht bescheinigen lassen. Die schließlich erworbene Bescheinigung nannte sie dann auch allen Ernstes „Armutszeugnis“.

Diese ganze Bedrängnis erörterte sie nicht etwa mit ihrem Arzt, sondern sie nahm statt dessen Kontakt zu einer Kartenlegerin und später mit einem Akupunkteur auf, ohne diesem allerdings ihre aktuelle Problematik zu schildern. Sie demonstrierte dort vornehmlich ihre Beschwerden, und sie wurde bedient. Von der Kartenlegerin wurde sie in ihrem

Beschluss zur Scheidung dadurch bestätigt, dass diese ihr sagte, sie werde bald einen Mann mit einem Kind heiraten. Der Akupunkteur stellte dann nach vollzogener Scheidung (14 Tage vor Beendigung der ambulanten Nachbehandlungsphase) das alte Gleichgewicht wieder her, indem er ihr Schmerzfreiheit vermittelte. Auch ihre Stimmung hellte sich auf, machte einem offenen Ärger Platz, dessen Adressat allerdings noch nicht benannt wurde.

Dieses alles berichtete sie ihrem Arzt zum Teil nach Abschluss der stationären Behandlungsphase, aber jeweils erst, nachdem sie Kontakt mit jenen Magiern aufgenommen hatte. Der Arzt kritisierte keineswegs ihre Konsultation seiner „Konkurrenten“ im aktuellen therapeutischen Bemühen, verhöhnte auch nicht deren magische Praktiken und den Glauben der Kranken an den Erfolg. Im Gegenteil, er bestätigte ihr einen sicheren Sinn für hilfreiche Maßnahmen und befreite sie dadurch von der zuvor wiederholt ausgesprochenen Befürchtung, unser Therapieangebot könnte ihre letzte Genesungschance beinhalten. Wie wenig sie dieses Therapieangebot auf sich zu beziehen vermochte, wurde ja bereits erwähnt.

Noch eine andere Befürchtung konnte durch Haltung und Verhalten des Arztes bei ihr aufgelöst werden, nämlich die, dass sie sich mit ihren Hoffnungen auf die Behandlung der für sie erreichbaren Magier vor anderen lächerlich machen könnte. Auf Grund dieser Befürchtung war sie ängstlich-zurückhaltend geworden. Sie war weitgehend unzugänglich und inaktiv bezüglich der ihr bekannten und erreichbaren magischen Hilfestellungen. Die beschriebene Ermutigung und Bestätigung durch den Arzt, der einer eher ihr fremden, weil wissenschaftlich operierenden, Institution angehörte, eröffnete ihr gewissermaßen mit einem Schlag die ihr einzig verständlichen Hilfsquellen, nämlich die Praktiken der Magier und bald darauf auch wieder den Einstieg in die Arbeitswelt. Der nüchterne Arzt hatte sie nicht verhöhnt, sondern sogar noch gefördert, was sie aus eigener Initiative unternahm.^{13, 14, 15, 16} Deshalb konnte sie ihre Vorsicht fallen lassen. Wer sollte sie denn noch belächeln, wenn die Vertreter der modernen Medizin ihre selbst gewählten Therapeuten bestätigten? So, als sei ein Verbot aufgehoben worden, baute sie ihren Kontakt zu den Magiern aus und brachte ein sicher infantiles Vertrauen in deren Behandlung ein. So lernte sie wieder hoffen, ohne jedoch Ziel- oder Wunschvorstellungen zu entwickeln, die an irgendeiner Stelle ihre armselige sozio-

ökonomische Realität unberücksichtigt ließen. Illusionäre Verkennungen traten nicht auf.

5. Für uns erwies sich nicht nur an diesem Fall, wie blind die moderne institutionalisierte Medizin nicht nur für die Bedeutung scheinbar banaler und alltäglicher Sachverhalte und Tatsachen, sondern auch für deren Vorhandensein überhaupt geworden ist. Als wenn nur irgendwie spektakuläre Fehler und Noxen schwerwiegende Gesundheitsschädigungen bewirken könnten!¹⁷ Kranken, die nicht auf den fortgeschrittenen naturwissenschaftlich-technischen therapeutischen Standard vertrauen, ist nicht zu helfen. So könnte das Selbstverständnis der modernen Medizin heißen. Mit diesem Selbstverständnis verschüttet sich jedoch die Medizin mehr und mehr den Zugang zum kranken Menschen: Er hat – einmal im Medizinbetrieb – neben der Genesung auch noch eine ungeheuerliche Anpassung an ein Milieu zu leisten, das sich nur aus sich selbst produziert.

Danach kann als wirkliche Therapie nur bezeichnet werden, was nicht nur so genannte objektive, sondern auch subjektive Befunde, also auch Erlebnisziele der Betroffenen aufnimmt, die nur für den jeweiligen Bezugsrahmen zu beschreiben sind. Das setzt weitestgehende Kenntnis nicht nur der allgemeinen beruflichen, sondern auch der besonderen sozialen Situation der kleinsten Bevölkerungsgruppen voraus. Im Feld dieser kleinsten Gruppen sind tradierte magische Riten und deren Akteure noch wirksam. Hier hat Forschung noch Boden zu gewinnen, zumal das Vorurteil des aufgeklärten Menschen, der letztlich nur seiner Vernunft folge, humane Haltungen und Verhaltensweisen diskriminiert, die Hilfe aus Not und Leid zunächst in bloßer Teilnahme an Not und Leid realisieren.

1. SCHNEIDER-STRIITMATTER H. 1970. *Langensteinbach*. Langensteinbach. Siehe auch 1973. Projektstudie: Ortsentwicklungsplanung Karlsbad. Herausgegeben vom Institut für Regionalwissenschaft der Universität Karlsruhe.

2. Das Land Baden-Württemberg. Amtliche Beschreibung nach Kreisen und Gemeinden. I. Allg. Teil. Stuttgart 1974.
3. Südwestdeutsches Rehabilitationskrankenhaus. Heidelberg 1974 (Prospektheft).
4. RHODE J. J. 1967. Probleme des Arztberufs im Krankenhaus. In MITSCHERLICH u. a. (Hg). *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln.: 356. „Das moderne Krankenhaus ist mithin von vornherein Organisation, in deren Zentrum die Zielsetzungen ärztlichen Handelns (vor allem Diagnose und Therapie) stehen. Und es ist umso mehr Organisation, je mehr ärztliches Handeln und die gegenüber diesem vorhandenen Erwartungen dies erfordern ...“
5. Heidelberger Schriftenreihe zur Rehabilitation, Band 1: Die Berufstherapie. Siehe auch: RUDNITZKI G. 1974. Therapieziel Beruf – Über Berufstherapie im Kommunikationsfeld sozialpsychiatrischer Arbeit. *Die Schwester* 13,8: 29-31.
6. RUDNITZKI G. 1973. Sozialpsychiatrie – Keine Spezialität, sondern neue Perspektive für die ganze Medizin. *Die Schwester* 12,4: 24-27
7. RUDNITZKI G. 1972. Rehabilitationsmedizin zum Beispiel. Zum gesellschaftlichen Auftrag der Medizin. *Ethnomedizin* II, 1+2: 133-139
8. Die Widerstände, die eine breite Auseinandersetzung mit dieser Problematik verhindern, scheinen allerdings auch heute noch so existenziell zu sein wie vor rund 200 Jahren, als der Königsberger Philosoph Immanuel Kant und sein einziger Schüler auf Seiten der zeitgenössischen Medizin, der Nürnberger Arzt J. B. Erhard, sich mit den Möglichkeiten der Prävention von Krankheiten auseinandersetzten. Siehe dazu: RUDNITZKI G. 1972. Johann Benjamin Erhard (1766-1827) und seine Theorie der Medizin. Darstellung des medizintheoretischen Konzepts eines Arztes und Philosophen der Aufklärung. *Prophylaxe* 11: 2-10.
9. MCCLELLAND D. C. 1967. *Motivation und Kultur*. Bern.
10. MÖCKLI V. SEGGERN M. 1965. *Arbeiter und Medizin*. Basel.
11. RUNDE P. 1971. *Die soziale Situation der psychisch Behinderten*. München.
12. BLOCH E. 1959. *Das Prinzip Hoffnung*. Bd. I. Frankfurt.
13. CLAUSEN L. & STERLY J. 1971. Streitgespräch über die Behauptung der Magie. *Ethnomedizin* I, 2: 267-286.
14. ERDMANN B., FREY R., KETTNER U. & STOSSECK K. 1973. Akupunktur als Heilmethode und Analgesieverfahren. *Deutsches Ärzteblatt* LXX, 40: 2596-2576.
15. FIGGE H. 1972. Zur Wirkweise magischer Praktiken. *Ethnomedizin* II, 1+2: 113-132.
16. PROKOP O. 1962. *Medizinischer Okkultismus. Paramedizin*. Jena.
17. LAING R. D. 1969. *Phänomenologie der Erfahrung*. Frankfurt



Gerhard Rudnitzki, Jg. 1937, Dr. med., FA für Neurologie u. Psychiatrie u. Psychotherapie u. f. Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker und jeweils auch Lehranalytiker, 1973-2002 leitender Arzt in verschiedenen sozialpsychiatrischen u. rehabilitationsmedizinischen Einrichtungen (Stiftung Rehabilitation Heidelberg), 1970 Gründungsmitglied der AGEM und Mit-Redakteur der *Ethnomedizin*, 2. Vorsitzender der AGEM 1970-74, 1978 Mitbegründer der *carare*, berufspolitische Aktivitäten (früher u.a. ASÄ, Psychiatrie-Enquete Kommission), Mitarbeit in zahlreichen psychotherapeutischen Fachzeitschriften.

Kirschgartenstraße 41a, 69126 Heidelberg
gerhard_rudnitzki@freenet.de

Die Mitautorin **Roswitha Huber-Schaffrath**, Dr. med., Psychoanalytikerin, lebt und arbeitet heute in Mönchengladbach. Sie war von 1970 - 1974 Schriftführerin der AGEM.