

5. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 5)
29. September - 1. Oktober 2005 in Köthen (Anhalt)

Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf

Gerhard Bleul (Hrsg.): Dokumentation der Kongressbeiträge



Impressum

Europäisches Institut für Homöopathie (InHom)
Springstraße 28
D-06366 Köthen (Anhalt)
www.inhom.de

Leitung und Geschäftsführung:
Gerhard Bleul
Arzt für Allgemeinmedizin
Homöopathie - Chirotherapie
Mail: gerhard@bleul.net

Schriftenreihe des
Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom)
Lektorat und Gestaltung:
Mag. Christine Doppler

© InHom. Köthen (Anhalt): Juni 2007

Homöopathie-Stiftung
des Deutschen Zentralvereins
homöopathischer Ärzte (DZVhÄ)



Der Druck der Dokumentation
wurde von der
Homöopathie-Stiftung
des DZVhÄ finanziert.
www.homoeopathie-stiftung.de

Inhalt

- 1 *Gerhard Bleul*
Zu diesem Band

- 3 *Fernand Debats*
Die innere Realität des Patienten

- 5 *Gisela Foerster*
Gedanken zum Konzept von Übertragung und
Gegenübertragung in der homöopathischen Praxis

- 21 *Hans Baitinger und Matthias Ohler*
Die Inszenierung des Subjektiven –
ein Schaustück
BeGreifen in Homöopathie und Heilkunst

- 33 *Uta Santos-König*
Die Globulisierungsfälle – Patient als Therapeut,
Therapeut als Patient, und die Arznei zerkugelt sich

- 47 *Dietrich Grunow*
Der Arzt als subjektiver Faktor in der Homöopathie

- 53 *Urs Zimmermann*
Die Wahrnehmung des Patienten und die eigenen
Glaubenssätze

- 65 Programm ICE 5

- 66 Übersicht ICE 1 – 7: Themen und Termine

Zu diesem Band

Die Homöopathie ist – vergleichbar mit der Psychotherapie – eine medizinische Methode, die nicht einzelne Teile des Patienten, sondern den ganzen Menschen betrachtet und behandelt. Sie ist daher auch auf den ganzen Einsatz der ärztlichen Persönlichkeit angewiesen. Das bietet besondere Gefahren und Chancen.

Der 5. Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 5) des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom), der vom 29. September bis 1. Oktober 2005 in Köthen (Anhalt) stattfand, stand unter dem Thema **Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf**.

Es ging um die Fragen nach dem bewussten und unbewussten Einfluss der ärztlichen Persönlichkeit auf Diagnose und Therapie, die Individualität des Therapeuten, das eigene Erleben als Grundlage und als Hindernis für das Verständnis des Patienten und die Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung in der homöopathischen Mittelwahl.

Den einführenden Vortrag hielt **Fernand Debats** (Maastricht, NL) über **Die innere Realität des Patienten**. In einer beeindruckenden Gesamtschau des materiellen und des holistischen Weltbildes zeigte er die Wege zur „inneren Welt“ des Patienten, die sich im Denken, Empfinden, Fühlen und in der Intuition äußert. Es ist, so Debats, für uns Ärzte entscheidend, wie wir als Subjekt dieser inneren subjektiven Realität begegnen. Das kausal-analytische Denken sucht Ursache und Wirkung, das synthetische Denken versucht, Muster zu erkennen und zu ordnen. Die Homöopathie verbindet die Kennzeichen eines Musters mit dem unmittelbaren therapeutischen Prozess. Das Symptom wird bedeutungsvoll wegen seiner Position in einem Muster. Nach C. G. Jung kann die Welt rational bzw. diskriminierend oder nicht-rational bzw. positional wahrgenommen werden. Im ersten Fall unterscheidet das Denken in richtig und falsch, das Fühlen in lustvoll und unangenehm. Im letzteren Fall ist die Wahrnehmung synthetisch und „absolut“, Empfindungen und Intuition stehen außer Diskussion. Die Symptomatik, die in der Homöopathie Bedeutung hat, kommt aus allen Bereichen: dem Denken, Empfinden, Fühlen, dem Körperlichen und der Intuition.

Gisela Foerster (Konstanz, D) behandelte in ihrem Referat die **Übertragung und Gegenübertragung in der homöopathischen Praxis**. Diese vorwiegend unbewussten Gefühlsreaktionen oder Handlungssequenzen zwischen Therapeut und Patient spielen nicht selten eine wichtige Rolle im Behandlungsverlauf. Das Erleben und Erkennen dieser Reaktionen kann

Aufschlüsse über das Wesen früherer Bindungen geben und damit einen Zugang zu tiefen Gefühlen des Patienten ermöglichen. Themen in der Übertragung sind beispielsweise Reaktionen im Zusammenhang mit Abgrenzung, Trennung und Verlust, Liebe und Gehaltenwerden, Ressentiment und Hass, Demütigung und Wertschätzung, Angriff und Aggression. Anhand von Fallbeispielen aus der homöopathischen Praxis ging Foerster der Frage nach, in welcher Weise sich in unserer Arbeit als Homöopathinnen und Homöopathen solche Phänomene abspielen und auf welche Weise sich somatische Reaktionen im Übertragungs-geschehen auswirken.

Am Morgen des zweiten Tages hielten **Hans Baitinger** (Nürnberg, D) und **Matthias Ohler** (Heidelberg, D) ein Zwiegespräch als **Inszenierung des Subjektiven – ein Schauspiel. BeGreifen in Homöopathie und Heilkunst**. In diesem philosophisch geprägten Zwiegespräch wurde ansatzweise die zentrale Übereinkunft der Similie-Regel unter dem Aspekt des Subjektiven beleuchtet. Dabei wurde durch ein aus den Teilnehmern gebildeten „reflecting team“ deren Resonanz auf die dargestellten Inhalte unmittelbar aufgegriffen. In der folgenden nach systemischen Kriterien ausgeführten Aufstellung mit verschiedenen Elementen des ärztlichen Gesprächs und der daran anknüpfenden Diskussion wurde deutlich, wie sehr die Machtfrage im Sinne der Macht und Ohnmacht des Arztes und der ärztlichen Angst – auch vor Machtanmaßung – im dargestellten Kontext eine Rolle spielt.

Das Thema von **Uta Santos-König** (Wien, A) war **Die Globulisierungsfalle – Patient als Therapeut, Therapeut als Patient**. Schon vor Jahren führte sie Interviews „mit einigen originellen Homöopathie-Modell-Autoren“ wie Karl-Josef Müller, Linda Johnston und Massimo Mangialavori, aus Interesse am Phänomen des Therapeuten als des „bisher wenig beachteten Dritten im Bunde von Patient und Arznei“. Daraus entwickelte sich der Ansatz, anhand von gefilmten PatientInnengesprächen den unterschiedlichen Wahrnehmungen nachzugehen. „Wir TherapeutInnen sind geleitet von unseren unterschiedlichen inneren Landkarten“. Per Video wurden die Anamnesen einer Patientin durch zwei Ärztinnen vorgestellt, die unterschiedliche Fragetechnik und die unterschiedliche Mittelwahl. Und die Patientin berichtete

von ihren jeweiligen Erfahrungen in den beiden Anamnesen. Objektivität, so ein Zitat von Maturana und Pörksen, ist die Wahnvorstellung, Beobachtungen könnten ohne Beobachter gemacht werden. Die Berufung auf Objektivität ist die Verweigerung von Verantwortung – daher auch ihre Beliebtheit.

Dietrich Grunow (Berlin, D) beleuchtete in seinem Vortrag **Der Arzt als subjektiver Faktor in der Homöopathie** die Subjektivität unserer ärztlichen Handlungsweise und ihren Anteil am Heilerfolg. Unter Berufung auf Karl Jaspers und Viktor von Weizsäcker sagte Grunow: Arzt bin ich durch meine Fachkunde, durch Objektivierung, Erkennen und zweckhaftes Eingreifen. Aber auch wenn wissenschaftliche Medizin nur durch Objektivierung machbar ist, kann der kranke Mensch doch nur als Ganzes behandelt werden. Es geht um das nicht-objektivierbare Subjekt. Nach Gadamer sollten wir uns der Unterschiede zwischen Medizin und Heilkunst bewusst werden. Die Persönlichkeit des Arztes prägt von Anfang bis Ende die Begegnung mit dem Patienten. Was beim Patienten das Höchste ist, kann beim Arzt nicht nur ein Störfaktor sein. Letztlich stellt sich die Frage nach dem Heilmittel. Findet es sich oder finde *ich* es? Ist es ein glücklicher Griff (Jaspers) oder glücklicher Einfall? Ist es das *richtige* Mittel oder das *stimmige* Mittel? Die Verstimmtheit der Lebenskraft braucht das stimmige Mittel, aber auf die Stimmigkeit kann man nicht rechnen, man kann nur gut auf sie vorbereitet sein.

Urs Zimmermann (Liebefeld, CH) schließlich referierte über **Die Wahrnehmung des Patienten und die eigenen Glaubenssätze**. Die Wahrnehmung des „Anderen“, des Patienten, und damit die gesamte therapeutische Arbeit ist weitgehend bestimmt und begrenzt durch die eigenen Vorstellungen, das heißt durch bewusste und unbewusste, positive und negative „Glaubenssätze“. Im subjektiven Prozess der eigenen therapeutischen Arbeit wie auch maßgeblich durch die Auseinandersetzung mit Substanzen, d. h. „Wesenheiten“ in Arzneimittelprüfungen verändern sich viele Vorstellungen und entwickeln sich weiter. Damit wächst das Verständnis für den Patienten und die therapeutische Arbeit. Es gilt dabei, den Widerspruch zwischen dem Anspruch, zu heilen, und der dahinter zurückbleibenden Realität zu erkennen und auszuhalten. Die „Innenwelt eines Homöopathen“ schwankt zwischen den Polen Erfolg und Misserfolg, Verheißung und Selbstzweifel. Konkret ging Zimmermann auf die jüngsten Veröffentlichungen im Lancet ein und berichtete über zwei weitere Studienarme, die für die Homöopathie positive Ergebnisse brachten, aber nicht veröffentlicht wurden. Hier wurde einseitig der Glaubenssatz „Homöopathie kann nicht heilen“ bedient, um die politische Entscheidung im Juni 2005, Homöopathie aus der Schweizer Grundversicherung herauszunehmen, zu unterstützen. Am Beispiel des

Märchens von der „Zottelhaube“, deren Bock, auf dem sie reitet, sich zu dem schönsten Pferd, und deren Kochlöffel sich zum Silberfächer verwandelt, bevor sie selbst auf die letzte Frage („Warum bist du so hässlich?“) zur schönsten Prinzessin wird, verdeutlicht Zimmermann die verschiedenen hierarchischen Ebenen, nach denen auch in der Therapie gefragt wird, bevor die tiefste Frage gestellt werden kann. Nicht von Anfang an kann die tiefste Ebene berührt werden, aber je tiefer die Ebene ist, umso stärker und durchschlagender ist der Heilungsimpuls.

Die Organisation des ICE 5 lag in den Händen der Homöopathie- und Wissenschaftsservice Köthen GmbH. Im Rahmenprogramm hatten die 41 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kongresses Gelegenheit, ein Cembalo-Konzert (Bob van Asperen, Amsterdam) in der Schlosskapelle und die Ausstellung „Mediziner und Malerei“ in der Martinskirche zu besuchen.

Die Vorträge des ICE 5 sind mit Ausnahme des Referats von Fernand Debats auf einer Audio-CD (MP3 Audiodatei) dokumentiert. Diese kann beim Europäischen Institut für Homöopathie (InHom) bestellt werden (www.inhom.de oder gerhard@bleul.net).

Zum Herausgeber

Allgemeinarzt mit Schwerpunkt Homöopathie, seit 1986 in eigener vertragsärztlicher Praxis. Qualitätszirkelmoderation seit 1993, Weiterbildungsermächtigung seit 1997. Publikationen in AHZ, ZKH, ZfA und anderen Zeitschriften, diverse Buchbeiträge, Herausgabe der Buchreihe des DZVhÄ zur Weiterbildung. Leitung der A-F-Kurse in Wiesbaden, Leitung von Weiterbildungskreisen und Supervision für Homöopathie. Von 1997 bis 2003 2. Vorsitzender des DZVhÄ. Von 1998 bis 2000 Moderation der DZVhÄ-Konsensus-Konferenzen zu Homöopathischen Arzneimittelprüfungen. 2001 Mitgründer des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) in Köthen, seit 2005 dessen Geschäftsführer. 2001 Mitgründer der Homöopathie-Stiftung, Vorsitzender von der Gründung bis 2004. Seit 2002 Mitglied der Schriftleitung der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung (AHZ).

Gerhard Bleul
Arzt für Allgemeinmedizin
Homöopathie - Chirotherapie
In der Spilset 5
D-65618 Selters
Mail: gerhard@bleul.net

Die innere Realität des Patienten

Die Symptomatik der „inneren Welt“ des Patienten, die sich im Denken, Empfinden, Fühlen und in der Intuition äußert, zeigt seine Individualität (C. G. Jung). Wir messen diesen Symptomen einen besonderen Wert bei, sie führen uns zum Verständnis des Patienten und zur Wahl des homöopathischen Mittels. Es ist entscheidend, wie wir als Subjekt dieser inneren subjektiven Realität begegnen.

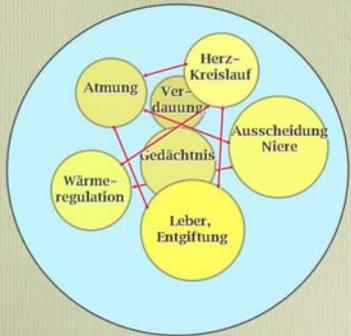
Der Vortrag von Fernand Debats liegt als PowerPoint-/Keynote-Version vor. Hier sehen Sie einige Folien, durch die Sie einen Eindruck der Präsentation gewinnen können. Die gesamte Präsentation von 146 Folien kann direkt beim Autor bestellt werden (Kommunikationsdaten s. u.).

Die innere Realität des Patienten

Fernand Debats

Plenkershoven 15
6212 GL Maastricht
Niederlande
+31 (0)43 3100750

Diese sind mit einander verbunden



Ein Mensch ist nicht eine Sammlung Einzelteile

Das Diagramm zeigt einen blauen Kreis, der einen menschlichen Organismus darstellt. In diesem Kreis sind sechs gelbe Kreise angeordnet, die durch rote Linien miteinander verbunden sind. Die Kreise sind beschriftet mit: 'Atmung', 'Herz-Kreislauf', 'Verdauung', 'Gedächtnis', 'Ausscheidung Niere' und 'Leber, Entgiftung'.



Ein Mensch ist nicht eine Sammlung Einzelteile

Ich habe solche Schmerzen, mein Fuß, Doktor.

Können Sie etwas dafür tun?

Das Cartoon zeigt einen Arzt, der an einem Schreibtisch sitzt, und eine Patientin, die gegenüber von ihm sitzt. Der Arzt hat eine schmerzverzerrte Miene, während die Patientin ruhig wirkt.

In einem Organismus befinden sich viele Organe und Funktionen



Das Diagramm zeigt einen blauen Kreis, der einen menschlichen Organismus darstellt. In diesem Kreis sind sechs gelbe Kreise angeordnet, die durch rote Linien miteinander verbunden sind. Die Kreise sind beschriftet mit: 'Atmung', 'Herz-Kreislauf', 'Verdauung', 'Gedächtnis', 'Ausscheidung Niere' und 'Leber, Entgiftung'.

Ein Netzwerk von Funktionen entsteht: Lebensleistungen



Das Diagramm zeigt einen blauen Kreis, der einen menschlichen Organismus darstellt. In diesem Kreis sind neun gelbe Kreise angeordnet, die durch rote Linien miteinander verbunden sind. Die Kreise sind beschriftet mit: 'Atmung', 'Hormone', 'Herz-Kreislauf', 'Verdauung', 'Gedächtnis', 'Ausscheidung Niere', 'Leber, Entgiftung', 'Sexualität und Fortpflanzung' und 'Sinnesorgane'.

Diese Ganzheit funktioniert nur dadurch dass alles mit allem verbunden ist



spirituelle Runde: 56 bis 84



Wenn ein Störeinfluss von aussen auftritt, trifft der Organismus Massnahmen, damit gefährliche Situationen vermieden werden, oder damit die normalen Verhältnisse wiederhergestellt werden.

*Man muss Geduld haben
Gegen das ungelöste im Herzen,
Und versuchen, die Fragen selber
lieb zu haben,
Wie verschlossene Stuben,
Wie Bücher, die in einer sehr
fremden Sprache
Geschrieben sind.*

*Wenn man die Fragen lebt,
Lebt man vielleicht allmählich,
Ohne es zu merken,
Eines fremden Tages in die Antwort
hinein.*

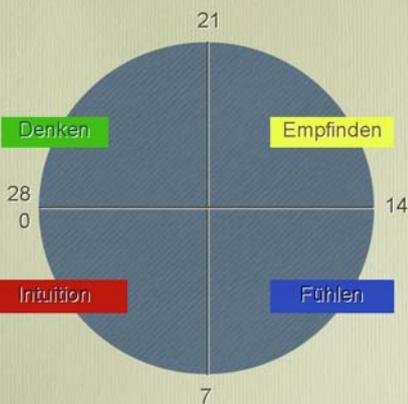
*Rainer Maria Rilke
(aus: Briefe an einen jungen
Dichter)*

Kommunikation
Innen-Aussen
fördert die
Individuation,
gibt Tatkraft
und führt zum
Handeln



Literatur

Debats F: De spirituele dimensie van de homeopathie. 2006



Zum Autor

1977-1978: zweijährige Intensivausbildung in klassischer Homöopathie, Akupunktur und Ernährungswissenschaft. 1979-2002: eigene Praxis in Arnheim (NL), 2002-2005 in Werther/Westf. (D). Gegenwärtig in eigener Praxis in Maastricht (NL) tätig. Seit 1981 Dozententätigkeit, Arbeit an Curricula zur Homöopathieausbildung und am ECH-Positionspapier „Medical Homeopathic Education“ in Europe. Buchautor (Debats FJM: Homöopathie – die Methode für mich. Nendeln/FL: Barthel & Barthel; 1996)

Dr. med. Fernand Debats
Plenkershoven 15
NL-6212 GL Maastricht
Mail: fdebats.genezenvanbinnenuit@quodnatura.info

Gedanken zum Konzept von Übertragung und Gegenübertragung in der homöopathischen Praxis

Die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung sind vorwiegend unbewusste Gefühlsreaktionen oder Handlungssequenzen, die sich zwischen dem Therapeuten und dem Patienten abspielen. Das Erleben und Erkennen dieser Reaktionen kann Aufschlüsse über das Wesen früherer Bindungen geben und damit einen Zugang zu tiefen Gefühlen des Patienten ermöglichen. Anhand von Fallbeispielen aus der homöopathischen Praxis wird der Frage nachgegangen, in welcher Weise sich in unserer Arbeit solche Phänomene abspielen und wie sich somatische Reaktionen im Übertragungsgeschehen auswirken. Wenn wir das unbewusste Beziehungsgeschehen zwischen uns und unseren Patienten in unsere Arbeit einbeziehen, werden Symptome nicht mehr steril beobachtet, sondern als Botschaften „aufgenommen“ und damit einer möglichen Veränderung zugänglich gemacht.

1. Einleitung

Der Stellenwert der Arzt-Patientenbeziehung bezüglich der Mittelwahl und Gestaltung der Behandlung wird innerhalb der gegenwärtigen homöopathischen Richtungen wenig diskutiert. Ich sehe meine folgenden Ausführungen vor allem als ein Anstoß, unseren Blickwinkel zu weiten und Beobachtungen zu sammeln und auszutauschen. Die Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung sind wichtige Elemente in der Psychotherapie und es gilt zu diskutieren, inwieweit sie fruchtbare Impulse für unsere Arbeit beinhalten.

Ein Teil meiner Vorbereitungen auf das Thema des Vortrages bestand zunächst im aufmerksameren Fokussieren des Beziehungsgeschehens zwischen mir und meinen Patienten und dem Versuch, meine Art der Mittelwahl und -gabe in Relation dazu zu setzen. Seit einigen Monaten liegt ein Heft auf meinem Schreibtisch, in dem ich mir hin und wieder direkt nach einem Erstgespräch oder Follow-up Notizen über meine Gefühle, Körpersensationen oder die sich auf mich beziehenden Bemerkungen der Patienten mache. Ein Teil meines Vortrages wird sich direkt auf diese Aufzeichnungen, die teilweise nur kurze Sequenzen der täglichen Arbeit widerspiegeln, beziehen.

Parallel dazu habe ich bei der Lektüre homöopathischer Literatur, seien es Zeitschriften, *Materia medica* oder Falldarstellungen, einen besonderen Fokus auf die Arzt-Patienten-Beziehung gerichtet, um die Art und Weise festzustellen, in dem diese im homöopathischen Arbeiten reflektiert wurde und wird. Auch mein eigenes Studium der *Materia medica*, das ich seit Jahren gemeinsam mit Hansjörg Hee betreibe und in dem wir die Mittel besonders bezüglich ihrer psychodynamischen Themen vergleichen, haben wir in der letzten Zeit bewusst noch mehr unter dem Aspekt eigener Gefühle und Phantasien, die im Zusammenhang mit dem Studium der Mittel auftauchen, betrieben. Somit erweitern wir den

Ähnlichkeitsbegriff Hahnemanns um die Aspekte der eigenen Gefühle und inneren Bilder oder Träume beim Studium der Arzneisymptome, die während unserer Arbeit mit den Patienten anklingen können. Es geht mir dabei um die Entwicklung einer differenzierteren Verschreibung, die sich auf der einen Seite auf intensives Beschäftigen mit den Symptomen der Mittel und auf der anderen Seite auf eine möglichst genaue Selbstwahrnehmung bezieht.

Beim Ausarbeiten des Vortrages kam mir immer wieder eine Sequenz aus einem Seminar in den Sinn, das Eugenio Candegabe vor einiger Zeit in Bad Imnau gehalten hat. Er hatte eine Life-Anamnese gemacht und sammelte danach Mittelvorschläge aus dem Publikum. Entsprechend einer Repertorisation nach der Künzli-Methode ergab sich als 1. Mittel *Sulfur*. Candegabe kommentierte sinngemäß: „Die Patientin kann noch so viele Sulfur-Symptome haben, aber wenn sie nach meinem Gefühl keine Sulfur-Patientin ist, dann werde ich ihr sicher kein Sulfur geben“. Geht es uns allen nicht immer wieder in der Praxis so, dass – auch wenn klare Symptome für ein Mittel sprechen – wir das Gefühl haben, dass das dennoch nicht das passende Mittel ist. Wodurch solche Gefühle entstehen und wie tragfähig sie für die Mittelwahl sind oder für den Ausschluss eines Mittels – das sind offene Fragen.

2. „Richtungen“ in der Homöopathie

Trotz der gemeinsamen Wurzeln unterscheiden sich die „Richtungen“ innerhalb der Homöopathie heute bezüglich ihres Vorgehens und auch ihrer theoretisch-weltanschaulichen Fundierung zum Teil erheblich voneinander.

Es gibt die „naturwissenschaftlichen Richtungen“, die sich auf die Naturgesetzlichkeit der Homöopathie berufen, auf den a-priori-Charakter der homöopathischen Grundgesetze, die, wenn sie beachtet werden, zu einer „schnellen, sanften und dauerhaften Wieder-

herstellung der Gesundheit, oder Hebung und Vernichtung der Krankheit in ihrem ganzen Umfange auf dem kürzesten, zuverlässigsten, unnachtheiligsten Wege, nach deutlich einsehbaren Gründen“ führen [9, § 2]. Hahnemann selbst stand mit seinem Denken auf aufklärerischem Terrain. Es war ihm ein direktes Anliegen, die Scharlatanerie und Irrationalität der damaligen Medizin anzuprangern und eine Medizin dagegenzustellen, die auf eindeutigen Grundlagen der reinen Erfahrung steht. Für Hahnemann galt nur, was man präzise beschreiben kann [7]. Er bezeichnet die reine Erfahrung als das einzige und untrügliche Orakel der Heilkunst [9, §§ 19, 20, 25]. Rationelle Heilkunst ist demnach eine reine Erfahrungswissenschaft, wozu neben der Arzneikunst noch Physik und Chemie gehören, deren Erkenntnisse auch auf sinnlichen Erfahrungen basierten. Nie soll die Spekulation an die Stelle der Wahrnehmung treten.

Trotz aller Betonung des aufklärerischen Charakters seines Denkens, wurzelt ein Teil der Vorstellungen Hahnemanns jedoch noch in irrationalen, der Alchemie nahen Vorstellungen. So stoßen wir beim Studium seiner Werke immer wieder auf den merkwürdigen Gegensatz zwischen aufklärerischen Versuchen, die Homöopathie naturgesetzlich zu begründen, und deistischen Vorstellungen wie dem Konzept der geistartigen Dynamis, deren naturwissenschaftliche Fundierung Kopfzerbrechen bereiten dürfte.

Insgesamt ist Hahnemanns Sicht auf die Welt und den Menschen noch eine wohlgeordnete: Der Mensch besteht aus Körper-, Geist- und Gemütsorganen, die einen einheitlichen Organismus bilden. Belebt werden diese Komponenten von einer Lebenskraft, deren Aufgabe es ist, den Organismus in Gesundheit harmonisch zu führen. Der gesunde Mensch, dessen Körper und Geist harmonisch funktionieren, steht zwischen Gott und der Natur. Gott ist der gütige Schöpfer, der dem Menschen einen vernünftigen Geist geschenkt hat, mit dessen Hilfe er es lernen kann, besser zu heilen, als die Natur es vermag. Das heißt, es gibt für ihn einen Schöpfer, der alle Teile in rationaler Ordnung hält und damit auch für jede Krankheit ein Heilmittel bereitgestellt haben muss [25]. Hahnemanns Welt ist zeichenhaft und durchaus lesbar für uns Menschen, wenn wir nur aufmerksam beobachten und unsere Vernunft einsetzen.

Lange vor Hahnemanns Zeit hat jedoch ein Prozess eingesetzt, an unsere Sicht der Welt, an unsere Stellung im Kosmos und an die Möglichkeiten und Grenzen der rein auf sinnliche Wahrnehmung basierenden Wissenschaften Fragen zu stellen.

Seit den Arbeiten des Kopernikus hat die mathematische Konstruktion die Anschauung in der Erklärung der Weltphänomene verdrängt.

Die sichtbare Welt war nun nur noch Oberfläche und Vordergrund des Wirklichen, dem jegliche Zeichenhaftigkeit fehlt. Die kopernikanischen Veränderungen am traditionellen Weltbild dürften darum auch als „Zeichen für das Ende der Zeichen“ gelten. Die Welt ist stumm geworden auf die Frage, was es im Letzten mit ihr und dem Menschen in ihr auf sich hat. Das Wahrnehmbare wird geradezu von einem unendlichen Hof des Unsichtbaren umgeben. Moderne physikalische Messgeräte und geometrische Berechnungen waren allmählich wichtiger im Erfassen der Welt als die bloße Anschauung. Nach Galilei war das große Buch des Weltalls in der Sprache der Mathematik verfasst.

In solch einem immer komplexer werdenden Universum kann die Vermutung nicht ausbleiben, dass der Mensch absolut nichtig und unerheblich ist. Kant, Nietzsche, Freud und Russell formulierten in verschiedener Weise den Gedanken, dass die übergroße, stumme und gleichgültige Welt die angenommene Wichtigkeit des Menschen vernichtet [2].

Diese rationale und eher säkulare Weltsicht ist bis heute nicht unwidersprochen. Vor allem die Romantiker erhoben gegen die wissenschaftliche Entzauberung und Entsprachlichung der Natur massiven Einspruch. Sie denunzierten die neuzeitliche Naturwissenschaft als destruktive Gewalt, begangen an der Natur. Jede Naturerscheinung war für die Romantiker ein Wort, ein Zeichen einer Mitteilung. Der Schlüssel zur Lesbarmachung der Natur sei weniger die Wissenschaft als vielmehr die Poesie. Novalis: „Alles spricht von sich aus, wenn ihm nur das Gehör nicht verweigert wird“. Die Romantiker hielten hartnäckig an der Zulässigkeit von Anthropomorphismen fest. Die Welt erschien als ein vielstimmiges Kunstwerk, das beginnt zu singen, wenn man nur das „Zauberwort“ trifft [3].

Die Spannung zwischen den Polen, die Homöopathie rein naturgesetzlich zu begründen und einer eher mittelalterlich alchemistischen als romantischen Ganzheitssehnsucht hat sich bis heute in den verschiedenen Strömungen innerhalb der Homöopathie erhalten.

Die „Romantiker“ unter uns halten ebenfalls an Anthropomorphismen fest, wenn Arzneien über ein Studium der Signatur ihrer Ausgangssubstanzen verstanden werden. Die sehr verständliche Sehnsucht, unserer Fragmentierung und Entfremdung zu entfliehen, führt zu eher esoterisch orientiertem Arbeiten, wo es vor allem darum geht, Gegensätze zu vereinen, eine ganzheitliche Ordnung wieder herzustellen oder spirituelle Sehnsüchte zu erfüllen. Der dahinter liegende Wunsch ist der einer Sinngebung: Alles muss doch irgendwie mit allem zusammenhängen.

Dagegen verlangen die Anhänger Bönninghausens ein möglichst genaues, objektives Aufnehmen vollständiger Symptome. Ob dieses an den Phänomenen orientierte Vorgehen, das sich zuweilen auf die Phänomenologie nach Husserl und Heidegger beruft, wirklich so objektiv ist, sei dahingestellt. Schließlich geht es bei Husserls phänomenologischem Beobachten um das Erfassen des „Wesens“ der Dinge, was großer Übung bedarf und bei dem eine individuelle Färbung sich immer wieder einschleichen wird. Es ist ein Wunschdenken, dass es uns Menschen gelingen könnte, uns mit dem Wesen der fremden Dinge wirklich umfassend bekannt zu machen.

Die Phänomenologie will gegen die sinnindifferente Existenz der Dinge die Sinnhaftigkeit ihrer Essenz in den Vordergrund rücken. Es ist für uns Menschen jedoch nicht immer zu entscheiden, ob das Wesentliche auch das Wichtige ist [4].

Nachfolger der Kent'schen Homöopathie wie Pierre Schmidt oder Jost Künzli, heute vor allem Dario Spinedi und seine Schule, beziehen im Unterschied zu den Bönninghausen-Anhängern mehr die Gemütsymptome der Patienten mit ein. Aber auch sie gehen davon aus, dass bei „sauberem“ Arbeiten ein äußerstes Maß an Heilungssicherheit zu erwarten ist. Die Unwägbarkeiten, die zum Beispiel eine negativ gefärbte Arzt-Patienten-Beziehung mit sich bringen könnte, denken auch sie wenig mit.

Was ist eine „saubere Kur?“ Saubere oder reine, genuine oder klassische Homöopathie – drücken alle diese Beschreibungen nicht auch eine Angst vor den dunklen, unbekanntem Bereichen der menschlichen Seele und unseres Berufes aus?

Insgesamt bleibt jedoch in allen Entwicklungen das Gefüge bestehen, nämlich dass ein mehr oder weniger allwissender Therapeut den folgenden Patienten zur Heilung führt.

Für mich stellt sich die Frage, ob es im Rahmen homöopathischen Arbeitens möglich ist, von einem gemeinsamen Raum auszugehen, den sich Therapeut/in und Patient/in eröffnen und entfalten, wobei beide am Anfang nicht wissen, welche neue Erfahrungen ihnen dabei möglich sein werden. Das homöopathische Arzneimittel, in dem solche Erfahrungen sich niederschlagen, kann in einer Art Triangulierung ein drittes, fremdes Element in das Zweier-Gefüge Therapeut-Patient als verändernde Kraft einbringen.

Bisher wird innerhalb der Homöopathie vor allem die Psychologie C. G. Jungs bemüht, dessen Archetypenlehre einen engen Bezug zu den Wurzeln der Menschheitsgeschichte hat. In der Therapie geht es um eine Wiederherstellung des Kontaktes zu diesen Urbildern des

Lebens und zu einer Heilwerdung durch Vereinigung der Animus- und Anima-Aspekte. Das sind hilfreiche und tief gründende Gedanken – ich werde mich in den folgenden Ausführungen mehr auf die Psychoanalyse Freuds und deren Weiterentwicklung beziehen.

Diese fußt auf dem Gegensatz libidinöser und aggressiver Kräfte, auf oft unvereinbaren Konflikten in der Seele, die bestenfalls in fruchtbarer Spannung ausgehalten werden müssen. Eines der wichtigen Elemente in einer psychoanalytisch ausgerichteten Therapie besteht in der Fokussierung auf die Beziehungsbotschaften zwischen Therapeut/in und Patient/in.

3. Geschichte, Entwicklung und therapeutische Bedeutung des Konzeptes der Übertragung und Gegenübertragung innerhalb der Psychoanalyse

Ich möchte zunächst mit einer ersten Begriffsklärung beginnen.

Übertragung: In einer therapeutischen Beziehung erlebt ein Patient mehr oder weniger verändert frühere Erlebnisse, deren Relikte auf den Therapeuten übertragen werden. Es handelt sich meistens um Konflikte, die mit früheren Bezugspersonen in Verbindung gebracht werden können. Übertragungen können sowohl in Gefühlen als auch in Handlungen Ausdruck finden.

Gegenübertragung: Darunter werden Gefühle und Phantasien des Therapeuten gefasst, die sich durch den Einfluss des Patienten auf das Unbewusste des Therapeuten einstellen. Wichtig und problematisch ist, dass die meisten dieser Vorgänge zunächst unbewusst ablaufen oder sich in Handlungen zeigen, deren Sinn im günstigen Fall erst sekundär reflektiv erschlossen werden kann.

Insgesamt geht man in diesem Konzept davon aus, dass sich rasch ein **Beziehungsgeflecht zwischen Therapeuten und Patient** (wie in jeder anderen menschlichen Beziehung übrigens auch) bildet, **das von früheren Erfahrungen geprägt ist und das vor allem unbewusst abläuft.**

Die neuere kognitive und neurowissenschaftliche Gedächtnisforschung hat gezeigt, dass die realen frühen Objektbeziehungen (also die Erinnerungen an die Bindung zu den ersten Bezugspersonen) im nicht-bewussten, so genannten „impliziten Gedächtnis“ encodiert sind. Sie können nicht erinnert, sondern nur aus späteren Beziehungsmustern erschlossen werden, indem sie das aktuelle Beziehungsverhalten beeinflussen [6].

Diese Neigung, früheste Muster nicht zu erinnern, sondern zu wiederholen, ist eine der Grunderfahrungen, die psychoanalytisches

oder psychotherapeutisches Arbeiten heute prägen.

Solche Wiederholungen, wie auch alle Erinnerung findet im Beziehungsraum statt, der sich zwischen dem/der Patienten/in und dem/der Therapeuten/in öffnet. Statt Wahrheit als etwas Statisches zu konzeptualisieren, wird sie als etwas verstanden, das immer im Werden begriffen ist: kein Besitz, sondern ein in den intersubjektiven Dialog eingebetteter Prozess [20].

Sigmund Freud hat sich mit den Übertragungsgefühlen an mehreren Stellen in seinem Werk auseinandergesetzt. Er ging davon aus, dass Übertragungsgefühle Niederschläge früherer Liebeserlebnisse im weitesten Sinn sind. Solche Gefühle stellen sich als Relikte frühester Beziehungen in allen menschlichen Beziehungen – ebenso wie im Verhältnis zum Arzt – spontan her. Sie sind nach Freud der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung [8, GW V, 108].

Freud geht davon aus, dass jeder Mensch in seinem Unbewussten ein Instrument besitzt, mit dem er die Äußerungen des Unbewussten eines Anderen zu deuten vermag: „... er soll dem gebenden Unbewussten des Kranken sein eigenes Unbewusstes als empfangenes Organ zuwenden, sich auf den Analysierten einstellen wie der Receiver des Telefons zum Teller eingestellt ist.“ [8, GW VIII, 381] Freuds analytische Kuren bauten immer mehr auf die Kommunikation zweier Unbewusster, was das Setting im Liegen und die Vorgabe der freien Assoziation spiegelt. Der Arzt soll seine Aufmerksamkeit frei schweben lassen, das heißt, nichts von den Äußerungen des Patienten als bewusst wichtiger selektieren. Aus diesem Grund empfiehlt Freud auch, keine Aufzeichnungen während der Sitzungen zu machen.

In der Schrift „Das Unheimliche“ beschäftigt sich Freud mit dem Phänomen des Überspringens seelischer Vorgänge auf eine andere Person. Er führt diese Phänomene auf die Weltanschauung des Animismus zurück, die gekennzeichnet war durch die narzisstische Vorstellung von der „Allmacht der Gedanken“. Dabei werden Zauberkräfte an fremde Personen, Tote, aber auch Gegenstände, Pflanzen und Tiere zugeteilt. Nach Freud gehen diese Vorstellungen regressiv auf Zeiten in der Entwicklungsgeschichte des Individuums zurück, in denen sich das Ich noch nicht scharf von der Außenwelt abgegrenzt erlebt [8, GW XII, 227].

In der magischen Welt des Kindes begegnen wir oft solchen Phänomenen, Kinder in einem gewissen Alter schreiben sich selbstverständlich magische Kräfte zu. Die Angst mancher Erwachsener, mit ihren bloßen Gedanken und Phantasien Unheil anzurichten, stammt aus diesen frühen Phasen.

Während Freud sich ausgiebig mit den Übertragungsphänomenen befasst hat, führten die Phänomene der Gegenübertragung, das heißt die eigenen Verwicklungen bei ihm ein Rand-Dasein. Er verglich den psychoanalytisch tätigen Arzt einmal mit dem Bild des Chirurgen, der seine Affekte und selbst menschliches Mitleid beiseite zu drängen hat, um sich nur ein einziges Ziel zu setzen, nämlich die Operation so kunstgerecht wie möglich zu vollziehen. Eine andere Metapher ist die des Arztes als einer Spiegelplatte, in der sich die Leiden des Patienten spiegeln sollen.

Ausgelöst durch die Beschäftigung mit den Schwierigkeiten, dass einige seiner Schüler sich in emotional-erotische Beziehungen mit ihren Patientinnen verstrickt hatten, empfahl Freud schließlich, dass jeder Analytiker sich einer eingehenden eigenen Analyse unterziehen sollte.

Der Begriff der Gegenübertragung taucht bei Freud erstmalig in einem Brief an Jung auf und betrifft dessen Affäre mit seiner Patientin Sabine Spielrein, wo er alle Schuld auf die Analysandin verschoben hatte. Freud sprach davon, wie schmerzlich, aber notwendig solche Erfahrungen seien: „... es wächst einem so die nötige harte Haut, man wird der ‚Gegenübertragung‘ Herr, in die man doch jedes Mal versetzt wird, und man lernt, seine eigenen Affekte zu verschieben und zweckmäßig zu platzieren.“ [19]

In seinem Text „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“ ist Freud noch einmal auf den Charakter und die klinische Bedeutung von Übertragungsphänomenen eingegangen. Ich lese einen Passus daraus vor, damit Sie einen Eindruck von der Art des Beobachtens und Schreibens von Sigmund Freud bekommen:

„... so dürfen wir sagen, der Analytierte erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er agiere es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, dass er es wiederholt. Zum Beispiel: Der Analytierte erzählt nicht, er erinnere sich, dass er trotzig und ungläubig gegen die Autorität der Eltern gewesen sei, sondern er benimmt sich in solcher Weise gegen den Arzt ...

... Die Wiederholung ist die Übertragung der vergessenen Vergangenheit nicht nur auf den Arzt, sondern auch auf alle Gebiete der gegenwärtigen Situation.

... Wir machen uns nun klar, dass das Kranksein des Analytierten nicht mit dem Beginne seiner Analyse aufhören kann, dass wir seine Krankheit nicht als eine historische Angelegenheit, sondern als eine aktuelle Macht zu behandeln haben. Stück für Stück dieses Krankseins wird nun in den Horizont und in den Wirkungsbereich der Kur gerückt, und während

der Kranke es als etwas Reales und Aktuelles erlebt, haben wir daran die therapeutische Arbeit zu leisten, die zum guten Teile in der Zurückführung in die Vergangenheit besteht.

... Das ganze Problem der oft unausweichlichen Verschlimmerung während der Kur schließt hier an.

... Besonders jugendliche und kindliche Personen pflegen die in der Kur erforderliche Einlenkung auf das Kranksein gern zu einem Schwelgen in den Krankheitssymptomen zu benutzen.“ [8, GW X, 125-136]

Paula Heimann war eine der ersten, die in ihrem Vortrag „On counter transference“ im Jahr 1950 in Zürich auf dem 16. Internationalen Psychoanalytischen Kongress die Gegenübertragung als ein konstruktives Element, das in der analytischen Arbeit fruchtbar gemacht werden kann, darstellte.

Sie hatte beobachtet, dass viele ihrer Ausbildungskandidaten sich schuldig fühlten, wenn sie eigene Gefühle ihren Patienten gegenüber entdeckten und folgerichtig anstrebten, diese zu vermeiden, um vollkommen gefühllos und distanziert zu werden. Paula Heimann setzte dagegen, dass die analytische Beziehung von zwei Personen getragen werde, die beide Gefühle haben. Die eigene Analyse soll den Therapeuten befähigen, seine Gefühle auszuhalten und nicht auszublenden oder zu ersticken. Sie stellt fest, dass die emotionale Antwort des Analytikers auf seinen Patienten ein Forschungsinstrument sei, das in das Unbewusste des Patienten zielt. Oft seien die in ihm erregten Gefühle dem Kern des Geschehens näher als seine Überlegungen. Das erleben wir in unsere Arbeit immer wieder, dass es nicht so sehr auf den Inhalt dessen, was erzählt wird, ankommt, als auf die Stimmungen, die dadurch erzeugt werden.

Heimann geht so weit, Gegenübertragung als eine Schöpfung des Patienten zu bezeichnen, als einen Teil dessen Persönlichkeit.

Diese extreme Haltung ist bis heute nicht unwidersprochen. Verschiedene Autoren weisen auf das Unbewusste dieser Vorgänge hin und warnen davor, solche Gefühle und Wahrnehmungen eins zu eins zu übersetzen. Von Hanna Segal, wie Paula Heimann eine Schülerin Melanie Kleins, stammt die Formulierung, dass die Gegenübertragung „der beste aller Diener und der schlechteste aller Meister“ sei [19].

Mit den Arbeiten von **Melanie Klein** und ihrer Schüler fand innerhalb der Psychoanalyse eine stärkere Bewertung der frühen Mutter-Kind-Interaktion statt. In ihrem Aufsatz „Neid und Dankbarkeit“ führt sie die Folgen frühester Entbehungen und nachfolgend zerstörerischer Impulse zwischen Mutter und Kind aus. Der neidische Patient missgönnt dem Arzt den Er-

folg seiner Arbeit, der gierige überfordert permanent in seiner Sucht nach Zuwendung [15].

Es gibt Patienten, die uns regelmäßig feindselig mit Sätzen begrüßen, wie „Es hat sich gar nichts geändert“ und uns in eine völlige Hilflosigkeit bringen (Rubriken: *Contemptuous. Envy, qualities of others. Ungrateful*).

Lycopodium-Patienten zum Beispiel neigen dazu, ihre Hilflosigkeit uns zuzuweisen und können es oft schlecht zugeben, dass es die Autorität und das Wissen des Anderen ist, das ihnen geholfen hat. Ein Patient von mir, dem *Lycopodium* bei seinen Gelenkschmerzen sehr geholfen hat, begrüßte mich mit den Worten: „Der Tip von Herrn M. war sehr gut: Seit ich regelmäßig meine Übungen zur Muskeldehnung mache, geht es viel besser“. Kein Wort über die Möglichkeit, dass auch das Mittel von mir zu einer Besserung beigetragen haben könnte.

Patienten im Nit-ac-Zustand gehören auch zu denjenigen, die keine Hilfe annehmen können. (*Delusion, lawsuit is engaged in. Caressed aversion being*). Sie gehören zu den Patienten, bei denen man das Gefühl haben kann, sie mit Samthandschuhen anfassen zu müssen, da jederzeit ein abrupter Bruch droht.

Auch bei *Sepia*-Patienten kenne ich es, dass fremde Hilfe rasch als Übergriff mit Feindseligkeit abgewiesen wird. Sie sind jedoch eher distanziert und wollen sich autonom zeigen (*Delusion raped being. Delusion poor being – der, die Therapeut/in wird seiner/ihrer Mittel beraubt*).

Und natürlich gehören auch *Platina*-Patienten zu den großen undankbaren (*Ungrateful, refuses treatment, every*).

Von Klein stammt der Begriff der projektiven Identifizierung, der der Diskussion um Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene bis heute wichtige Anstöße gegeben hat. Melanie Klein beschrieb das Konzept, dass abgespaltene Teile des Ichs in die andere Person hineinprojiziert werden können, um diese zu kontrollieren oder in Besitz zu nehmen. Die andere Person wird damit nicht mehr als eine getrennte wahrgenommen, sondern als ein böser Teil des eigenen Selbst empfunden. Projektive Identifizierung bezeichnet also die Gleichsetzung eines Anderen mit abgespaltenen und ausgestoßenen Selbst-Anteilen. Der Prozess impliziert damit eine Spaltung und Schwächung des Ichs [19].

Auch mit diesen Phänomenen werden wir immer wieder konfrontiert. Jeder von uns kennt es, dass im oder nach dem Gespräch „fremdartige“ Bilder oder Empfindungen auftauchen, die nicht in ein sinnvolles Geschehen eingeordnet werden können. Es kann sich um Empfindungen der Verletztheit, des Fallens, der Ohn-

macht handeln. Man kann Körperteile nicht mehr zu sich gehörig erleben, sich wie gelähmt fühlen oder von Bildern von Blut, Verstümmelung und Gewalt überflutet werden (*Delusion, injured being, falling being, faintness, insane being, mutilated bodies. Wild feeling in head. Delusion, head separated from body. Confusion identity* – Mittel wie *Anacardium, Staphysagria, Phosphorus, Stramonium, Nux-m*).

Von **Wilfred Ruprecht Bion** stammt das Konzept des „Containments“, das viele Gedanken Kleins weiter ausführt. Die Mutter, analog der oder die Therapeut/in, kann als „Container“ so genannte „unverdaute“ Elemente, Gefühle und Triebelemente, die das Kind überfordern, in sich aufnehmen und in verstehbare Elemente umwandeln. Es kann in der Mutter diejenigen Gefühle hervorrufen, die es loswerden möchte [6]. So kann ein Kind, wenn es das Gefühl hat, zu sterben, in der Mutter die Furcht wachrufen, dass es sterbe.

Das kann uns beispielsweise begegnen, wenn wir mit einem *Aconitum*-Zustand konfrontiert werden. Die namenlose Angst überträgt sich auf uns und wir haben das Gefühl, es muss sofort etwas geschehen – oder fühlen uns im ersten Moment wie gelähmt. Auch in der Plötzlichkeit eines *Belladonna*-Zustandes könnte in ähnlicher Weise ein emotional völlig überfordernder Schreck an uns mitgeteilt werden, den wir aufnehmen und in „verdauter“ Form als eine Gabe des Mittels wieder verabreichen.

Ist die Mutter in der Lage, der Angst und dem Kummer ihres Kindes nachzuspüren, ohne ihnen zu erliegen, wird sein Schmerz fühl- und denkbar und es kann ihn in erträglicher, weil nunmehr modifizierter Form wieder aufnehmen. Dieser Prozess, den man Mentalisierung nennt, ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung des Denkens. Kann die Mutter die Projektionen ihres Kindes, z. B. seine Angst, zu sterben, dagegen nicht aufnehmen und tolerieren, wird die Todesangst aller ihr innewohnenden Bedeutung entkleidet. Das Kind reintrojiert dann keine Furcht zu sterben, die durch den Aufenthalt in der Mutter erträglich geworden wäre, sondern eine „namenlose Angst“ [18].

Bion hat diese Fähigkeit der Mutter, dem Kind die Welt zu übersetzen, „reverie“ genannt, was auf das Träumerische, Unbewusste dieses Vorgangs hinweist.

Viele unserer „heftigen“ Mittel könnten für Störungen, die in solch einer mangelnden Mentalisierung wurzeln, hilfreich sein (*Belladonna, Stramonium, Hyoscyamus, Aconitum, Camphora*). Auffällig bei dieser Gruppe ist, dass heftigste Aggressions- oder auch Angstausbrüche erfolgen, die jedoch wenig im Zusammenhang mit Beziehungsthemen wie Kränkungen oder Durchsetzung und Selbstbehauptung stehen (keines der obigen Mittel hat

ausgeprägte Wut bei Widerspruch oder ist rechthaberisch).

Bion hat mit seinen Gedanken Wichtiges zur Entstehung psychosomatischer Erkrankungen beigetragen, wenn auch der „Sprung ins Körperliche“ noch immer viele Rätsel birgt. Er hat betont, dass es Patienten mit psychischen Leiden offenbar leichter fällt, körperlichen Schmerz zu bewältigen als seelisches Leiden. Wenn kein „Container“ zur Verfügung stand, der die unverdaulichen Elemente des Säuglings aufnehmen und umwandeln konnte, bleiben diese Anteile im Körper und sorgen für eine Art Verwirrungszustand, der zu Störungen der körperlichen Funktionen führen kann. (Frühe Affekt- und Triebzustände sind eng an Körperempfindungen und -funktionen gebunden.) Bion spricht in diesem Zusammenhang vom „Körperdenken“.

In Therapien können diese „unverdauten“ Elemente, für die es noch keine Sprache gibt, allmählich vom Therapeuten aufgenommen und benannt werden. Bevor das „Unsagbare“ im Bewusstsein des Therapeuten erscheint, wird es allzu oft in seinem Körper in Form von Körper- Gegenübertragungen sein Unwesen treiben, auf die es zu achten gilt, um das Verborgene im Patienten aufzuspüren.

Neben der Körperhaltung des Therapeuten, seiner Gestik, entstehen Körpergefühle von Steifigkeit oder Eingezwängt-Sein, Kältegefühle, Schmerzen. Es können Bewegungsimpulse oder Erstarrung, Druck in der Herzgegend und andere vegetative Zeichen auftauchen. Fast körperliche Gefühle des Hingezogen-Seins zu regedierten Patienten, als wolle man einen hungrigen und frierenden Säugling in den Arm nehmen und körperlich schützen oder ein drohendes Auseinanderfallen durch festes Halten verhindern [11].

Früh gestörte Patienten (zu denen im weitesten Sinn auch ein Teil der psychosomatisch Erkrankten zählen dürften) drohen rasch, von Gefühlsstürmen überwältigt zu werden. Ihre körperlichen Symptome haben oft die Funktion, vor solchen Bedrohungen durch überwältigende Gefühle zu schützen, da sie den Fokus weg von den Affekten und Beziehungen auf den eigenen Körper verlagern. Solche Patienten wünschen vor allem Sicherheit in der Therapie. Veränderungen können große Ängste auslösen. Die Regulation der Affekte steht für sie im Vordergrund. Es sind die Patienten, die ihre Beschwerden wieder und wieder erzählen, ohne dass Erinnerungen verdaut oder modifiziert werden können. Die Intensität der Gefühle darf ein gewisses Maß nicht überschreiten [18].

Jeder von uns kennt solche Patienten, die über Jahre mit ihren Zettelchen erscheinen und uns ihre Symptome Punkt für Punkt vorlesen, Patienten, bei denen es über Jahre hindurch nur in ganz kurzen Momenten gelingt, den

Sprung ins Psychische zu schaffen, Momente, in denen eine echte emotionale Betroffenheit wahrnehmbar ist.

4. Übertragung und Gegenübertragung in der Homöopathie

Die erste Ausgabe des „Organon“, in dem **Hahnemann** die Technik der Fallaufnahme detailliert beschreibt, erschien 1810, mehr als ein Jahrhundert, bevor Freud seinen Artikel „das Unbewusste“ veröffentlichte. In seinen im Organon gegebenen Angaben zur Anamnese-technik weist Hahnemann dem Behandelnden die Rolle des „vorurteilslosen Beobachters“ zu (§ 6):

„Der vorurteilslose Beobachter, – die Wichtigkeit übersinnlicher Ergrübelungen kennend, die sich in der Erfahrung nicht nachweisen lassen, – nimmt, auch wenn er der scharfsinnigste ist, an jeder einzelnen Krankheit nichts, als äußerlich durch die Sinne erkennbare Veränderungen im Befinden des Leibes und der Seele, Krankheitszeichen, Zufälle, Symptome wahr, das ist, Abweichungen vom gesunden, ehemaligen Zustande des jetzt Kranken, die dieser selbst fühlt, die die Umstehenden an ihm wahrnehmen, und die der Arzt an ihm beobachtet. Alle diese wahrnehmbaren Zeichen repräsentieren die Krankheit in ihrem ganzen Umfange, das ist, sie bilden zusammen die wahre und einzig denkbare Gestalt der Krankheit.“

Die eigentlichen Angaben zur Anamnese finden sich im „Organon“ in den Paragraphen 83–104. Die Krankenuntersuchung verlangt vom Heilkünstler nichts als Unbefangenheit und gesunde Sinne, Aufmerksamkeit im Beobachten und Treue im Aufzeichnen des Bildes der Krankheit (§ 83). Hahnemann empfiehlt weiter im § 84, alles mit den nämlichen Ausdrücken wie der Patient oder Angehörige sie gebraucht, aufzuschreiben.

Aus unserer heutigen Sicht fragwürdig ist die Empfehlung, Angehörige in die Befragung mit aufzunehmen. Zumindest bei der Behandlung Jugendlicher und vieler Erwachsener kann das rasch zu einem nicht mehr zu reparierenden Vertrauensbruch führen. In der Fußnote zum § 84 weist Hahnemann darauf hin, dass man die Gedankenreihe des Erzählenden nicht stören soll, da ihm danach nicht mehr alles genauso einfällt, wie er es anfangs sagen wollte. In dieser Bemerkung ist Hahnemann als ein Arzt, der einem Erzählenden zuhört, seiner Zeit weit voraus.

Über den Einfluss einer möglichen Gefühlsbeziehung zwischen Arzt und Patient finden sich keine Angaben in den Paragraphen des Organon, die die Anamnese abhandeln. Lediglich der § 96 erscheint etwas „subjektiver“: „Zudem sind die Kranken selbst von so abwei-

chender Gemüthsart, dass einige, vorzüglich die sogenannten Hypochondristen und andere sehr gefühlige und unleidige Personen, ihre Klagen in allzu grellem Lichte aufstellen, um den Arzt zur Hülfe aufzureizen, die Beschwerden in überspannten Ausdrücken bezeichnen.“

Im 4. Teil der „Reinen Arzneimittellehre“ findet sich folgender, die Wahrnehmung des Arztes betreffender Hinweis: „Um das an Kranken zu Beobachtende genau wahrzunehmen, muss man alle seine Gedanken darauf richten, sich gleichsam aus sich selbst setzen, und sich so zu sagen, an den Gegenstand mit aller Fassungskraft anheften, damit uns nichts entgehe, was wirklich da ist, zur Sache gehört und durch jeden offenen Sinn empfangen werden kann.“ [10]

„Sich gleichsam aus sich selbst setzen“ – man könnte bei dieser Wendung an Freuds „frei schwebende Aufmerksamkeit“ denken.

In seiner Praxis ist Hahnemann ein außerordentlich charismatischer Arzt gewesen. Viele seiner Patienten dürften mit großen Erwartungen an den Meister herangetreten sein, manche sicherlich auch nach einer vergeblichen Odyssee bei verschiedenen Quacksalbern. Studiert man die Krankenjournale der späten Pariser Zeit, die von seiner Frau Melanie geführt wurden, erstaunt, mit welcher Hartnäckigkeit und Akribie manche Patienten ihre Symptome vor Hahnemann brachten (der diese aufnahm und „verdaute“). Ich denke dabei an die Überlegung, dass „früh gestörte“ Patienten vor allem Sicherheit in der Therapie suchen und dies in endlosen Wiederholungen der Beschwerden seinen Ausdruck finden kann.

Eine ähnliche suggestive Kraft auf seine Patienten hatte der studierte Jurist **Clemens von Bönninghausen**. Wie manche andere Homöopathen war er durch das Erlebnis seiner eigenen Heilung zur Homöopathie gekommen. Im Vorwort II seines Buches „Die Homöopathie – ein Lesebuch für das gebildete, nicht-ärztliche Publikum“ schreibt er: „Der Herausgeber stellt nicht in Abrede, dass er sehr viel auf die Homöopathie hält, weil sie ihm selbst zweimal beinahe das verloren geachtete Leben rettete, und er fast täglich Gelegenheit hatte, sich von ihrer Wahrheit mehr und mehr zu überzeugen.“ [16]

Zur Zeit Hahnemanns und Bönninghausens war das Phänomen des Magnetismus ein häufig diskutiertes Thema in den Salons von Europa. Die Faszination der Versuche Franz Anton Mesmers beruhte zum Teil auf der Aufmerksamkeit der romantischen Generation für okulte Phänomene. Die Bücher und Geschichten E. T. A. Hoffmanns geben ein Beispiel davon, wie sehr die Phänomene seelischer Fernwirkung von einem Menschen auf den anderen mit ihren unheimlichen Auswirkungen die Phantasie der Menschen beflügeln konnte.

Auch Goethes berühmter Roman die „Wahlverwandtschaften“, der wie ein chemisches Experiment angelegt ist, beschäftigt sich mit dem Thema der fast zwangsläufigen, gesetzmäßig ablaufenden Anziehungen und Abstoßungen, die Menschen aufeinander ausüben [17].

Hahnemann vergleicht in einer Anmerkung zum § 11 des „Organon“ die dynamische Kraft der Arzneien auf das Lebensprinzip mit der unsichtbaren Kraft eines Magneten, die ebenfalls bloß geistartig und völlig immateriell sei.

Bei Bönninghausen findet sich der Hinweis, Phosphorus wirke als Heilmittel besser nach einem vorhergegangenen Mesmerismus. Die fraglos stark suggestiv wirkende Methode wurde besonders bei nervösen, neurasthenischen Patienten auch von anderen Homöopathen erfolgreich angewandt. Die dabei wirkenden Kräfte wurden damals allerdings nicht im Sinne einer Zuwendung von Mensch zu Mensch, sondern als rein geistartig wirkend gesehen.

In der Schule **James Tyler Kents** weitet sich die Behandlung auf den ganzen Menschen aus, was zu einer stärkeren Gewichtung der Gemütssymptome führte. Die Parole „The patient, not the disease“ drückte die Überzeugung aus, dass Krankheit immer den Ausdruck einer tiefen Störung des ganzen Menschen darstellt.

Kent stellt in den Mittelpunkt des Mensch-Seins den Willen und den Verstand [14]. Die Ebene der Emotionen ist nicht ausdrücklich als den Menschen bestimmend erwähnt, wie auch das In-Beziehung-Sein des Menschen noch nicht reflektiert wird. In seiner Beschreibung des *Ignatia*-Bildes finden wir den folgenden Absatz:

„Die Ignatia-Patientin hat seltsame Vorlieben und Abneigungen. Wenn Sie ihr einen Vorschlag machen, werden Sie anhand ihrer Reaktionen so gut wie nie sagen können, was sie wirklich von dem Vorschlag hält. Sie können sich in keiner Weise darauf verlassen, dass sie vernünftig reagieren wird. Am besten äußern Sie sich ihr gegenüber so wenig wie möglich. Machen Sie keine Versprechungen, hören Sie aufmerksam zu, machen Sie ein weises Gesicht, und nehmen nach der Verschreibung sofort die Tasche und verabschieden Sie sich, denn jedes Wort, das Sie sagen, würde sie im Mund umdrehen. Nichts, was Sie sagen, würde recht sein“. [13]

Dieser Absatz ist ein Beispiel, wie sehr Kent im patriarchalischen Denken verhaftet war und wie viel Angst und Abwehr gegen Frauenthemmen in seine Arbeit eingeflossen ist. Auch bei den sexualisierten Frauenmitteln stößt man immer wieder in seinen Arzneibeschreibungen auf ähnliche wertende, bedrohliche Gefühle abwehrende Passagen.

In **Pierre Schmidts** Text „The Art of Case Taking“ finden sich einige Angaben zur Anamnese, die ein Licht auf das Charisma dieses Arztes werfen [21]. Ich habe einige Angaben daraus zusammengefasst. Die Patienten erzählen nach Schmidt keinesfalls die Wahrheit. Man muss tätig sein wie ein Detektiv. Dennoch ist der Homöopath durch einige Techniken oft in der Lage, Dinge zu wissen, die der Patient ihm nicht erzählt:

- Erstens durch Beobachtung
- Zweitens über Erzählungen Dritter, die immer sorgfältig im Gedächtnis gespeichert werden sollten.
- Drittens Graphologie: Ein guter Homöopath sollte nach Pierre Schmidt Graphologie können.
- Viertens Nominologie: Jeder Name ist Vibration. Der eigene Name schwingt jedes Mal, wenn man gerufen wird. Jeder Name beinhaltet eine Wissenschaft für sich.
- Fünftens Numerologie: Durch den Namen und das Geburtsdatum des Patienten kann man seinen Charakter ermitteln.
- Sechstens Irisdiagnostik: Die Form der Pupillen verrät viel über versteckte Bereiche in der Geschichte des Patienten [21]. Jeder Mensch ist in zwei Teile gespalten: Die rechte Hälfte ist dem Vater zugeordnet, die linke ist die mütterliche Seite. Er gibt das Beispiel einer Pupillendeformation im rechten Auge, die auf stillen Kummer hindeutete (Ign). Ein ähnlicher Befund im linken Auge ginge demnach nicht auf stillen Kummer, sondern auf unterdrückten Ärger zurück und würde eher auf *Staphysagria* weisen [21].

Beim Befragen der Patienten ist auf die Stimme und das Gesicht zu achten. Beispielsweise müssen Abneigungen gegen und Verlangen nach Nahrungsmittel/n am Gesicht und der Stimme abgelesen werden. Wenn ein Patient stumpf und unenthusiastisch sagt, er möge keine Milch, dann ist das kein gutes Symptom [21].

Wir müssen wissen, wie man die Gemütssymptome erfragt. Ein Lehrer von P. Schmidt legte ihm nahe: Falls man in der ersten Konsultation nicht in der Lage ist, den Patienten zum Weinen oder zum Lachen zu bringen, falls man nicht sein Herz berührt hat, ist es unmöglich, das Mittel zu finden.

Wir kennen uns selbst nur sehr oberflächlich, weil wir unbewusst unsere Defekte kaschieren. Es ist daher darauf zu achten, dass die Dinge, über die man sich am Anderen am meisten ärgert, meistens eigene Defekte sind [21].

Beim Erfragen der sexuellen Symptome spielt es eine Rolle, ob man einen gleichgeschlechtlichen oder gegengeschlechtlichen Patienten als Gegenüber hat. Es ist eine Frage des Vertrauens und wir erzählen im Allgemeinen unsere Schwächen ungerne jemandem desselben Geschlechtes – so Pierre Schmidt.

Brian Kaplan geht in seinem Buch „Die Kunst der Fallaufnahme – das homöopathische Gespräch“ an wenigen Stellen auf die Bedeutung der Gefühle des Therapeuten bezüglich der Mittelfindung ein, deren Wichtigkeit er betont.

Er teilt meine These, dass dieses Thema bisher innerhalb der Homöopathie ein Stiefkind-Dasein führt. Er habe in seiner Ausbildung lediglich von **Dr. Charles Kennedy** (einem früheren Präsidenten der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis) beigebracht bekommen, dass die Gefühle des Homöopathen bei der Konsultation gelegentlich hilfreich sein können. Als Beispiel nannte Dr. Kennedy ein Kind mit Schmerzen. Wenn der Therapeut es bedaure und seinen Kopf streichle, dann sei es wahrscheinlich *Pulsatilla*. Wenn man aber das Gefühl bekäme, dem Kind aus Ärger eine Ohrfeige geben zu wollen, dann sei es häufig *Chamomilla*.

5. Beobachtungen aus der eigenen Praxis

Die Situation in einer homöopathischen Praxis kann im Hinblick auf die Gestaltung der Arzt-Patienten- Beziehung nur bedingt mit Erfahrungen aus dem psychoanalytischen Setting verglichen werden. In der homöopathischen Praxis werden „Mittel“ verabreicht, das heißt, Freuds Abstinenz-Gebot, durch das Bedürfnisse und Sehnsüchte als zur Veränderung treibende Kraft erhalten bleiben sollten, ist nicht gewahrt. Wir „beschwichtigen“ sozusagen, indem wir „Surrogate“ verabreichen [8, GW VIII].

Unsere Patienten haben andere Voraussetzungen und Erwartungen, als solche, die einen Psychoanalytiker aufsuchen. Uns werden definierte Symptome geschildert, die die Patienten am liebsten möglichst rasch los haben wollen. Dabei sind oft verschiedene erfolglose Behandlungen vorausgegangen, so dass wir häufig Sätze hören wie „Sie sind meine letzte Hoffnung“. Allein dieser Satz kann je nach eigenen Größen- oder Versagensphantasien verschiedene Reaktionen beim Behandelnden auslösen.

Wir müssen uns immer wieder mit unseren eigenen Wünschen nach Glanz auseinandersetzen, um zu ertragen, dass auch die bestgewählten Globuli besonders in komplexen chronischen Fällen nicht alle Probleme wie durch ein Wunder zum Verschwinden bringen. Auch in unseren Praxen kann es notwendig sein, dass wir uns auf Beziehungen mit den Patienten einlassen, uns oft über lange Zeiten

auch nur als „Container“ zur Verfügung stellen, die immer wieder die Symptome der Kranken „aufnehmen“ und in verdauter Form als Globuli zurückgeben. Sonst kann es sein, dass wir oder die Patienten sich rasch enttäuscht abwenden und bei einem anderen Heiler ihr Heil suchen.

In diesem Zusammenhang erscheinen mir Fallpräsentationen innerhalb der Homöopathie problematisch, die glänzende Fälle oder brillante Konzepte präsentieren, was solche Phantasien von Größe und Versagen verstärken kann.

Neben den Gesprächen mit den Patienten steht in unserer Arbeit das Studium der *Materia medica* mit den Prüfungs- und den klinischen Symptomen, bei dem ebenfalls ähnlich den Übertragungen und Gegenübertragungen unbewusste Ebenen in uns angesprochen werden. Je mehr man sich immer wieder auf die inneren Bilder und Gefühle einlässt, die beim Lesen der Symptome (körperlicher wie auch emotionaler), aber auch bei der Beschäftigung mit den Substanzen und deren Herkunft auftauchen, um so sensibler können wir unseren inneren Zustand im Beisein der Patienten wahrnehmen.

Manche von uns führen zu diesem Zweck Eigenprüfungen von Arzneien durch, um sich selbst in den Zustand des Mittels zu versetzen. Ob das für alle ein guter Weg ist, wäre zu diskutieren. Ich glaube nicht, dass sich jeder von uns durch die Einnahme in den Zustand der Mittels versetzen kann. In den Prüfungen haben sich jeweils nur wenige Prüfer als empfindlich erwiesen, indem sie gute Symptome zeigten.

Man könnte sich fragen, ob es nicht besser wäre, wenn nicht die Homöopathen die Hauptgruppe der Prüfenden darstellten, wie es zur Zeit ist, sondern neutralere Personen, die nicht in täglicher Arbeit mit einer solchen Fülle an Themen konfrontiert sind, wie wir es sind.

Wichtiger als Eigenprüfungen erscheint mir die Selbsterfahrung des Behandelnden. Teilnahme an Balint-Gruppen oder professionell geführten Supervisionsgruppen könnten eine große Hilfe darstellen, uns und unsere Patienten subtiler wahrzunehmen.

6. Das Erstinterview

Beim Schildern der Beobachtungen aus meiner eigenen Arbeit fange ich mit **Gedanken zum Erstinterview** an.

Ich gehe davon aus, dass bereits der erste Kontakt zum Patienten wichtige Informationen beinhalten kann. Welche Gefühle entstehen, wenn ich den Namen im Terminkalender lese? Ich hole die Patienten immer selbst aus dem

Wartezimmer, um einen Eindruck zu bekommen, in welcher Stimmung sie warten und was mein erstes Gefühl ist. Selbst banale Sätze, die die Sitzung einleiten, wie „Es ist kalt heute“, haben oft eine phantasmatische Bedeutung, die aber nicht gleich benannt werden sollte.

- **Wie herzlich ist meine Begrüßung?** (*Affectionate. Magnetized desires to be. Sympathy desire for. Carressed being amel. Reverence those about him. Veneration. Flattery desire for. Consolation amel. Mesmerism amel.*) Aufgrund des wechselseitigen Beziehungsgeflechtes ist es hilfreich, sowohl beim Patienten als auch bei sich selbst auf den emotionalen Ausdruck zu achten. So kann man durchaus die Rubrik *affectionate* in Betracht ziehen, wenn man bei sich selbst eine außergewöhnliche Herzlichkeit im Kontakt wahrnimmt. Das gilt für alle folgenden Ausführungen.
- **Möchte ich den Patienten eine Art Geborgenheit vermitteln**, indem ich nach der Reise frage, oder ob sie die Praxis gleich gefunden haben? Manche Patienten mögen ihre Gefühle der Verlassenheit auf mich übertragen und meine Reaktion könnte darin bestehen, dass ich versuche, es ihm möglichst „heimelig“ zu machen. (*Homesickness. Home desires to go. Forsaken feeling. Delusion home away from. Delusion estranged from family*)
- **Bleibe ich im Gegenteil distanziert vorsichtig?** (*Reserved. Suspicious. Fear of strangers. Timidity bashful. Hide desire to. Looked at being, agg. Touched aversion being. Fear touch of. Fear struck being those coming toward him*). Ich erinnere mich an einen Patienten, vor dem ich immer mehr Angst und Respekt bekam. Ich hatte das Gefühl, ihm in keiner Weise das Wasser reichen zu können und fühlte mich fast übermenschlichen Kräften ausgesetzt, wenn ich mit seinem geistigen Horizont Kontakt aufnehmen musste. Nach einiger Zeit teilte ich ihm mit, wie viel Angst er mir einflößte. Daraufhin gestand er mir, wie sehr er selbst unter der Angst vor anderen Menschen litt und wie viel er besonders mir gegenüber ängstlich war, da ich so viele emotionale Themen angesprochen hatte. Erst dann konnte ich Thuja verordnen (*Delusion superhuman control. Fear of strangers. Delusion glass she is made of*).
- **Beruht die Distanz (oder Distanzlosigkeit) auf tiefer liegenden Gefühlen der Scham?** Scham hat eine starke Beziehung zum Auge: Blickkontakt und das „Gehabe“ sind sehr betroffen (*Awkwardness, timidly from. Hurry and awkward. Looked at cannot bear. Anger, weeping looked at when. Delusion laughed at. Delusion mocked at. Affectation. Shamelessness. Dirtiness*)
- **Wieviel wird geweint?** Wie ist das Weinen und was löst es bei mir aus? (*Weeping narrating symptoms, when. Weeping talked to, when. Weeping, consolation from. Alle consolation- Rubriken. Carress- Rubriken*)
- **Wieviel und wie wird gelacht?** Welche Gefühle und Gesten werden bei mir dadurch ausgelöst? (*Frivolous. Laughing serious matters. Laughing immoderately. Laughing talking while. Laughing hysterical. Convulsive. Laughing never. Smiling never*) Es ist zu beachten, dass die Äußerungen der Patienten nicht immer mit ihrem inneren Zustand übereinstimmen. Besonders fröhliche und leichtsinnig wirkende Patienten sind nicht immer diejenigen, die sich innerlich wirklich geborgen fühlen. Manche nehmen die Beschwerden auf die leichte Schulter und spüren gar nicht, wie ernst es um sie steht (die Selbstwahrnehmung ist wenig entwickelt) – es kommt dazu, dass sich der/die Therapeut/in mehr Sorgen macht, als der/die Patient/in selbst. (*Frivolous, Well says, when very sick*). Die Rubrik „*Laughing serious matters*“ drückt dagegen eher eine konflikthafte Beziehung aus, die Patienten spüren ihren erbärmlichen Zustand und wollen ihn nicht zeigen. Ähnlich ist es mit der Rubrik „*forsaken feeling*“: Die Patienten, bei denen wirklich niemand da war, der die Gefühle der Einsamkeit und Verzweiflung aufnehmen hätte können, spüren häufig keine Gefühle der Verlassenheit. Innerhalb einer Psychotherapie früh und schwer gestörter Patienten ist die Fähigkeit, zu trauern, häufig ein erster Schritt in Richtung Besserung.
- **Ist der Kontakt offen oder versteckt sexualisiert?** Bei manchem Patienten habe ich das Gefühl, zu aufreizend gekleidet zu sein. So ertappe ich mich bei einem meiner männlichen Patienten immer wieder dabei, rasch noch eine Jacke über mein T-Shirt zu ziehen, da ich seine Blicke fürchte. Es handelt sich um eine sehr versteckte Sexualisierung, da weder flirtendes Verhalten vorstellbar ist, noch sich das Gespräch je um sexuelle Inhalte gedreht hatte. Ich gebe ihm *Calcareo carbonica* (*Adulterous. Jestng erotic. Lewdness talk*). In Gegenwart eines *Lycopodium*-Patienten erlebe ich die Erotisierung meist spielerischer, weniger versteckt. Einer meiner männlichen Patienten macht häufig Bemerkungen über meine Kleidung oder mein Aussehen, die mich, wenn ich nicht flirtend erwidern kann, unsicher machen - aber keine so unangenehmen Gefühle auslösen wie beim ersten Patienten (*Amativeness, Amativeness, want of. Coquettish not enough. Coquettish, too much. Flattery desires, gives everything, when flattered*).
- Im Kontakt mit manchen Patienten kommt es zu starken **Idealisierungen**, die entweder unserem Ego schmeicheln oder uns auch

unter Druck setzen können (*Veneration. Reference those about him*)

- **Macht mich der Patient unsicher?** (*Haughty. Contemptuous. Delusion great person. Insolence. Positiveness. Dictatorial*)
- **Wie professionell gebe ich mich?** (*Ailments from discords between chief and subordinates. Responsibility strong. Ailments from honor wounded. Honest*) Ein Patient antwortete auf die Frage nach Träumen abschätzig: „Sie immer mit Ihren Träumen“. Aber es gibt auch viel subtilere Formen der Entwertung: Auch wenn die Patienten besonders höflich wirken, kann dennoch ein Gefühl der Unsicherheit entstehen. Gestik und Sprache sind dann vielleicht besonders medizinisch.
- In welchem **Abstand und in welcher Haltung setze ich mich?** Es gibt subtil aufdringliche Patienten, bei denen man unwillkürlich den Oberkörper zurücknimmt (*meddlesome, imitation*). Besonders Jugendliche überkreuzen demonstrativ die Arme über der Brust und drücken damit Trotz und den Willen aus, sich selbst zu behaupten (*Obstinate. Defiant. Contrary*).
- Auch die Wahrnehmung von **Gestik und Mimik** seitens des Patienten oder bei uns kann wichtige Inhalte transportieren: Ungeschicklichkeit, Händeringen, automatische Bewegungen der Hände zum Kopf, Stirnrunzeln, Zittern von Gesichtspartien (*Akwardness, timidity from. Hurry, awkwardness from. Wringing hands. Plays with buttons of his clothing. Tics. Trembling lips*).
- **Wie verläuft das Gespräch?** Während der Interviews lasse ich zunächst die Patienten über alles reden, was ihnen in den Sinn kommt und mache mir über Prägnantes Notizen, teilweise notiere ich einzelne Worte, die immer wieder fallen, auch meine Art der Fragen und Interventionen.
- **Unterbreche ich viel? Komme ich zu Wort?** (*Loquacity. Secretive*)
- Wie ist der **Ton meiner Stimme?** Ist meine Stimme schroff, dirigierend oder weich (*Magnetized desires to be. Yielding. Voice loud. Talks dictatorial. Low and soft. Talks hasty*).
- **Widerspreche ich oder habe ich den Impuls dazu?** (*Disputatious. Contradict disposition. Anger contradiction from. Positiveness*) Im Kontakt mit *Lyopodium*-Patienten kommt der Ärger zuweilen erst hinterher, während im Gespräch Höflichkeit und Gefallen-Wollen dominiert (*Quarrels, disputes with absent persons*). In Gegenwart mit *Sulfur*-Patienten dagegen bin ich oft zwar anderer Ansicht und könnte diskutieren, habe aber

oft das Gefühl, es lohnt sich nicht, da es doch nicht ankommt, was ich sage.

- **Erkläre ich viel oder nenne die Namen der Mittel, womöglich auch das mit Erklärungen?** Ein möglicher Hintergrund wäre starkes Misstrauen oder Vergiftungsängste auf Seiten des Patienten (*Light desire for. Theorizing. Suspiciousness. Delusion poisoned being. Delusion bad things givig to people, causing their death. Delusion surrounded by enemies*). Ich befolge diesbezüglich keine strikten Regeln, da ich denke, dass dadurch viele Informationen bezüglich der Art der Beziehung erstickt werden. Für mich ist es wichtig, solchen Elementen des unterschiedlichen Umganges Raum zu geben, um diese reflektieren zu können.
- Die **Dauer des Interviews** und der Follow-up-Gespräche kann in gewissem Maße variieren, je nachdem, wie viel Platz wir den Patienten einräumen und wie viel sie sich nehmen. Bei manchen nehmen wir nach dem Interview und jedem Gespräch seitenweise Aufzeichnungen mit nach Hause, bei anderen reichen ein bis zwei Seiten. Das sind alles Hinweise auf die Art der Beziehung, die sich entwickeln konnte.

7. Die körperliche Untersuchung

Eine mögliche **körperliche Untersuchung** kann von verschiedenen Gefühlen begleitet sein, die in großem Masse von Signalen des Patienten abhängen. Bei welchen Patienten und aus welchen Motiven verzichte ich auf eine körperliche Untersuchung, bei welchen führe ich eine solche immer strikt durch? Wie viel notiere ich mir dabei?

Ein paar Beispiele aus meiner eigenen Erfahrung bezüglich der **Untersuchung von Kindern**:

- Bei **Sepia-Kindern** nähere ich mich vorsichtig, ihre körperlichen Grenzen sehr achtend. Ich erkläre genau, was ich mache, um keine übergreifige Situation zu schaffen. Die Wahrung der körperlichen Integrität ist ein Thema des Mittels.
- Bei **Lycopodium-Kindern**, die sich oft gerne untersuchen lassen, gebe ich mir den Anschein von jovialer Professionalität. Es kommt mir manchmal vor, als spiele ich Doktor und statte mich mit mehr Autorität aus als gewohnt.
- Bei **Stramonium-Kindern** hole ich mir zuweilen außer der Mutter noch eine zweite Person, da ich ihre überstarke Gegenwehr einfach mit Gewalt überwinden möchte, keine andere Möglichkeit sehend. Wut mit vermehrter Kraft ist ein typischer Ausdruck von

Angst und Aggression in Zuständen, die *Stramonium* brauchen.

- Einem **Pulsatilla-Kind** nähere ich mich sanft bis schmeichelnd.
- **Sulfur-Kinder** werden ohne Umstände untersucht. Sie wirken jedoch robuster als sie sind. Im Hintergrund können Gefühle körperlicher Scham und Kränkbarkeit stehen. Vielleicht gehören sie zu den Kindern, denen man viele intellektuelle, theoretische Erklärungen gibt und die man möglicherweise erst sich selbst und die Mutter abhören lässt, bevor man ihnen die Annäherung zumutet.

Bei **Erwachsenen** ist es interessant, ob wir uns und den Patienten überhaupt der Intimität einer körperlichen Untersuchung aussetzen wollen.

8. Das Setting

Auch die **Art des Settings** kann uns Wichtiges erhellen:

In welchen Abständen wir **Termine** vereinbaren, kann ein Hinweis geben, welche **Art von Halt** der Patient unbewusst von uns fordert. Von Winnicott stammt der Begriff des *Holdings*, der die Art und Weise beschreibt, wie die Mutter in der Lage ist, das Kind zu halten. Die Bildung des Sicherheitsgefühles in Beziehungen hängt stark von dieser haltenden Qualität der Mutter-Kind- Beziehung ab.

Es gibt viele Patienten, die erst nach acht Wochen den ersten Follow-up-Termin bekommen. Ihnen mude ich die Abstinenz der Einzelgaben und seltenen Berichte in großen Abständen ohne Weiteres zu (*Escape desire for. Reserved. Indifference loved ones. Consolation agg. Talking symptoms agg. Company aversion to, solitude fond of*). Bei einigen Patienten dagegen lasse ich mir bereits nach zwei Wochen telefonisch Rapport geben und gebe vielleicht häufige Placebogaben (*Helplessness feeling of. Holding desire for. Carried desires to be, fast. Company desire for a friend. Sympathy desire for*). Äußerungen wie „Wie soll ich das bloß machen“, „Ich weiß überhaupt nicht mehr weiter“ sind häufige mehr oder weniger dringende Appelle hilfloser Patienten nach Halt und Unterstützung, denen wir ausgesetzt sind.

Eine meiner Patientinnen, eine ältere Frau mit multiplen Beschwerden und Ängsten, lasse ich seit Jahren regelmäßig jede Woche bei mir anrufen. Es ist jedoch nicht wie bei *Arsenicum*, dass sie immer anruft, wenn sie in Not ist und sofortige Hilfe braucht (*carried desires fast*), sondern sie braucht vielmehr eine freundschaftliche Begleitung, in der sie Alltägliches besprechen kann und Bestärkung bekommt. Sie schenkt mir die liebevollsten Handarbeiten. *Barium carbonicum* hat ihr sehr geholfen

(*Wahnidee, die Beine sind abgeschnitten – kann nicht alleine gehen. Braucht die Gesellschaft eines Freundes. Verlangen nach Mitgefühl*).

Es gibt Patienten, bei denen man sicher sein kann, dass sie die letzten vor und die ersten nach den Ferien sind, die anrufen (*Arsenicum album, Lycoodium, Barium carbonicum?*).

Nach Sehgal [22] gibt es **mehrere Arten des Rufens**:

- Es gibt die Patienten, die mehrmals pro Tag anrufen und einen fast ersticken: *Clinging to persons or furniture*.
- Bei anderen hat man das Gefühl, es sei gut, Unterstützung zu geben, aber notfalls geht es auch so: *Shrieking for help*.
- Zuweilen bleibt der Hilfewunsch im Inneren, wird wenig ausgedrückt, die Stimme bleibt ruhig: *Delusion shrieking for help*.
- Das Gefühl, es braucht sofortige Hilfe, ist am ehesten in der Rubrik „*Delirium, shrieking for help*“ ausgedrückt. Hier handelt es sich um einen Notruf, die Stimme hat einen grellen Ausdruck, man hat das Gefühl, die Patienten können nichts mehr für sich tun (*Stram, Canth*).

Manche Patienten **versäumen regelmäßig Termine**, ohne abzusagen und signalisieren damit **Unabhängigkeitswünsche**, mangelnde Bindungsmöglichkeiten, Rachewünsche – es gibt viele mögliche unbewusste Motive. Nach meiner Erfahrung passiert es häufig bei *Medorrhinum*-Patienten (*Delusion far off*). Es sind allerdings umgekehrt auch diejenigen, die überpünktlich zum Termin erscheinen können (*Anxiety time is set, when*).

Welche Patienten nehmen regelmäßig ohne Absprache Mittel ein oder studieren homöopathische Literatur? Was gibt es für mögliche Motive, was für Gefühle löst das bei uns aus? Wollen sie besser sein? Reagieren wir trotzig oder nachgiebig? Lassen wir uns rasch von der Richtigkeit dessen überzeugen, oder spielt diese Frage gar keine Rolle? (*Disobedience. Positiveness. Contrary. Dictatorial. Defiant. Power love of*)

Um auch die **frühen Beziehungsbereiche** erhellen zu können, hat es sich für uns als lohnend erwiesen, die Symptome der Mittel zu studieren, die sich in der Schwangerschaft und Stillzeit gezeigt haben und die die ersten Mutter-Kind- Bereiche erhellen können.

(Schwangerschaft: *Traurigkeit oder Weinen. Abneigung gegen Gesellschaft. Erhöhtes sexuelles Verlangen. Körpersymptome wie Zahnschmerzen, Urinretention, Ischialgien, schmerzhaftes Kindsbewegungen*).

Stillzeit: Traurigkeit. Psychosen. Starkes sexuelles Verlangen. Muttermilchaversion oder – unverträglichkeit. Schmerzen beim Stillen. Große Erschöpfung. Brustentzündungen. Beschaffenheit der Milch. Ausschläge an den Mammae. Atrophie der Brüste. Nabelprobleme beim Kind)

Das intensive Anamnesegespräch, in dem die Patienten häufig zum ersten Mal ausführlich von ihren seelischen Nöten erzählen, kann uns rasch in die Rolle einer guten oder schlechten Mutter bringen.

Wir können mit Gefühlen der Dankbarkeit oder auch des Neides konfrontiert werden, aber auch selbst viel Sicherheit oder Zweifel darüber spüren, ob wir ein gutes Mittel finden können (*Delusion mother is dead. Delusion murdered mother has been. Delusion calls him someone, name with, absent mother or sister. Delusion hurt mothers arm. Dreams death of mother*). Mögliche Mittel mit einer feindselig oder sehr ambivalent geprägten Mutter-Beziehung: Nat-m, Sil, Sepia, Fl-ac, Nux-v, China, Lach, Calc, Thuja ... Im Zeichen einer starken Beziehungsabwehr kann es zu Abwehr von Trost und Berührung kommen, die bis zur Ablehnung jeglicher Behandlung reichen kann (*Well says, when very sick. Refuses medicine*).

Neben den mütterlichen Qualitäten kann die Seite **der Strenge und der Verbote** die Erwartungen einiger Patienten bezüglich der Homöopathie völlig dominieren. Das könnte eine Seite sein, die mehr mit Über-Ich und Gewissenskonflikten korreliert (dem Vater?), was ebenfalls Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle prägen kann. Ich habe Patienten, die glauben, mir jeden Espresso, den sie trinken, beichten zu müssen. Es fallen Sätze wie: „Ich habe ohne Ihre Einwilligung ein Aspirin genommen. Das war nicht in Ordnung, oder?“ (*Anxiety of conscience. Remorse. Delusion wrong has done. Delusion sinned away his days of grace. Delusion superhuman control is under*)

Es gibt Fälle, bei denen ich sofort nach der Mittelgabe die Phantasie habe, etwas Falsches oder zu Starkes gegeben zu haben. Manche Patienten äußern auch direkt ihre Ängste diesbezüglich: „Ich habe das Gefühl, ihr Mittel könnte schaden.“ (*Delusion wrong suffered. Delusion giving wrong things to people, causing their death. Delusion body made of glass. Body brittle is. Delusion injury receive. Delusion, injured being*)

Das Thema eines **strengen Über-Ichs** kann sich bei uns in einer Übergenauigkeit beim Repertorisieren zeigen.

Es gibt bei jedem von uns sicher Krankengeschichten, die wir wieder und wieder auf dem Schreibtisch liegen haben, um sie noch einmal ganz genau zu repertorisieren (*Rest cannot,*

when things are not in proper place. Fastidious). Bei den Patienten, die besonders empfindlich auf Tadel und Zurechtweisung sind, spüren wir zuweilen eine besondere Vorsicht, als ob man sie mit Samthandschuhen anfassen müsste. „Nur nichts anrühren“ ist eine der Botschaften, auf die wir uns einstellen. Gespräche verlaufen vorsichtig unter Vermeidung aller heiklen Themen (*Sensitive to admonition. Sensitive to rudeness. Fear of touch*).

Ein anderes wichtiges Thema, das mit den Tendenzen der Patienten, unsere Arbeit über- oder unterzubewerten, im Zusammenhang steht, sind unsere Gefühle beim **Stellen der Rechnungen**. Fürchten wir, ein schmerzliches Gefühl, dass es im Leben nichts umsonst gab und gibt, zu wiederholen? Haben wir das Gefühl, dass die Rechnungen zu hoch seien oder zu häufig gestellt? Besteht die Angst, dass sie nicht bezahlt werden. Befürchten wir Klagen?

Mögliche Mittel, bei denen das **Thema Geld** wichtig werden kann: *Sulfur, Arsenicum. Sillicea. Pulsatilla, Calcarea (Avarice. Fear poverty. Despair social position. Quarrelsome litigious. Bargaining. Squanders. Benevolence)*.

Ein großer Bereich, den ich hier aus Zeitgründen nur rudimentär abhandeln werde, ist der Ausdruck der **Körpersymptome als Träger emotionaler Botschaften**. So kann Husten Aggression ausdrücken und uns auch äußerst aggressiv machen (*Kali-c, Sepia, Bryonia*). Husten kann uns aber auch in Angst und Bedrohung bringen, so, wenn starke Dyspnoe vorherrscht (*Arsenicum*).

Auch der Charakter und Ausdruck von Schmerzen verwickelt uns auf je individuelle Weise mit der Geschichte des Patienten. Bauchkoliken oder heftige Ischialgien fordern andere Antworten von uns, als möglicherweise ein Blaseninfekt. Krämpfe sind mit Ärger und Kränkung korreliert, während Blasenbeschwerden eher auf Verlustserfahrungen und Trennungen verweisen.

Bei manchen Patienten hat man das Gefühl, ganz rasch und rabiāt vorgehen zu müssen.

Man kann nicht warten, bis das Mittel eventuell wirkt, sondern ist versucht, sofort mit Mitteln wie Antibiotika oder Cortison rasch wirksam einzugreifen. Es scheint „zu brennen“. Bemerkungen, wie „Ich will das jetzt sofort los werden, dazu ist mir jedes Mittel recht“ oder „Geben Sie mir etwas Starkes, das die Bakterien wirklich ausrottet“ oder auch heftigste Äußerungen von Schmerzen können uns auf diese Art unter Druck setzen. Sehgal schlägt in solchen Fällen vor, die Rubrik „*Kill desires*“ nachzuschlagen (Lyc, Hepar, Nux-v, Stram, Staph).

9. Patienten-Facetten aus der Praxis

- Eine Patientin rief mich spät abends aufgeregt zu Hause an, sie spüre einen Geschmack nach Gift im Mund, nachdem sie das Mittel (Ars) genommen hat. Andere berichten über schöne Träume, ein wohliges Entspannungsgefühl jedes Mal in der ersten Nacht nach der Einnahme (Lyc-Mann). Das sind Extremvarianten von bedrohender und schützender Bindung, die sich durch die Einnahme des Mittels zeigt. Wir dürfen nie vergessen, dass wir es sind, die das Mittel ausgewählt und verabreicht haben, das heißt, es wird immer auch die Qualität der Beziehung angesprochen.
- Eine Patientin empfindet das Mittel als ein Gesundbrunnen. Sie kommt und sagt, sie brauche wieder ein „Depot an Stärkung“. Aus der Einnahme macht sie einen richtigen Ritus. Abstruse Vorstellungen bestimmen ihren Glauben ans Mittel, so hat sie das Gefühl, einen Schutzschild in sich zu haben für einige Zeit nach der Einnahme. Sie geht deshalb auch nicht in die Sauna, um das Mittel nicht herauszuschwitzen (*Thuja*).
- Ich studiere die Geschichte einer Patientin mit Ekzemen und Zyklusstörungen und kann mich anhand der Symptome nicht zwischen *Arsenicum album* und *Tarantula* entscheiden. Ich beschließe, Placebo zu geben und abzuwarten, Gleich darauf bemerke ich die Phantasie, dass die Patientin mich sicherlich verklagen würde, falls sie den Betrug bemerke. „Streitsüchtig, prozessiert“ ist ein wichtiger Zug von *Arsenicum album*, der nicht zu *Tarantula* gehört. Weiter fällt mir auf, wie viele Erklärungen ich dieser Patientin gebe und wie viel Angst ich habe, ihr etwas Schädliches (Giftiges) zu geben. In der *Arsenicum album*-Prüfung ist das Gefühl geschildert, anderen Giftiges zu geben und zu schaden.
- Bei einem männlichen Patienten drängen sich obszöne Bilder auf und die Rubrik „*Schamlos, exponiert den Körper*“ hilft mir, *Phosphor* von *Sulfur* abzugrenzen.
- Weiter erinnere ich das Beispiel einer Patientin mit Hautausschlägen, bei der ich zwischen *Sulfur* und *Lachesis* entscheiden muss. Ich fühle mich unscheinbar, arm und klein und habe das deutliche Gefühl, nackt zu sein. Diese inneren Bilder geben den Ausschlag, *Sulfur* zu verabreichen.

Das letzte Beispiel zeigt, dass manchmal die Stimmung, die bei einer Äußerung entsteht, wichtiger ist, als der Wortlaut:

In einem Gespräch erzählt mir ein Kollege von einer 20-jährigen Patientin mit rezidivierenden Kniegelenksergüssen, bei der er über lange Zeit kein hilfreiches Mittel fand.

Die Patientin gab sich sehr forsch, hatte eine männliche Igelfrisur, immer schwarz gekleidet. Sie hatte dauernd heftige Kämpfe mit dem Vater, war sehr herausfordernd und auflehrend. Sie schilderte grauenhafte Träume von verstümmelten Babys. *Apis*, *Tuberculinum* und *Aurum* hatten nichts gebracht.

Der Kollege erzählt mir von einem Gespräch, in dem sie erwähnte, dass sie am liebsten nicht mehr leben würde. Ich frage, wie er reagiert habe und er schildert lachend, dass er ihr mit einem philosophischen Satz gekontert habe. Ich frage, ob er auch im Gespräch mit der Patientin an dieser Stelle gelacht habe. Jetzt bemerkt er, wie viel Flirt in dieser Szenerie enthalten war und dass in einer *Aurum*-Situation andere Gefühle dominieren würden (*Flatterer, gives everything, when flattered. Defiant*). *Pulsatilla* war das hilfreiche Mittel, das die Ergüsse rasch zum Abheilen brachte.

Literatur

- [1] Bion WR (1962): Eine Theorie des Denkens. In: Spillius EB (Hrsg.): Melanie Klein today, Bd. 1, London: Routledge; 1988: 225-235.
- [2] Blumenberg H: Kopernikus im Selbstverständnis der Neuzeit. Akademie der Wissenschaften und der Literatur in Mainz 1964/5.
- [3] Blumenberg H: Die Lesbarkeit der Welt. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1981.
- [4] Blumenberg H: Die Genesis der kopernikanischen Welt. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1981.
- [5] Blumenberg H: Lebenszeit und Weltzeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1986.
- [6] Bohleber W: Editorial. Psyche 2005, Heft 9/10: 781-788.
- [7] Dinges M: Hahnemanns Homöopathie – nur ein Kind ihrer Zeit? Homöopathie-Zeitschrift. Homöopathie-Forum Gauting, 2005/1: 29.
- [8] Freud S: Gesammelte Werke. Frankfurt am Main: Fischer; 1999.
- [9] Hahnemann S: Organon der Heilkunst. 6. Auflage. Leipzig: Schwabe; 1921.
- [10] Hahnemann S: Reine Arzneimittellehre. Vierter Teil. Dresden: Haug; 1925.
- [11] Hirsch M (Hrsg.): Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2002.
- [12] Kaplan B: Die Kunst der Fallaufnahme - das homöopathische Gespräch. Stuttgart: Haug; 2004.
- [13] Kent JT: Homöopathische Arzneimittelbilder, Band 2. Heidelberg: Haug; 1999.
- [14] Kent JT: Theorie der Homöopathie. Übersetzt von J. Künzli, 3. Auflage. Leer: Verlag Grundlagen und Praxis; 1983.
- [15] Klein M: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse, 6. Aufl. Stuttgart; 1997.
- [16] Kottwitz F: Bönninghausens Leben. Berg am Starnberger See: O.-Verlag; 1985.
- [17] Matt P: Versuch, den Himmel auf der Erde einzurichten. Der Absolutismus der Liebe in Goethes Wahlverwandtschaften. In: Matt P: Über die Liebe. Zürich: Meier Neumann; 2001. 273-278.

- [18] Moser U: Übertragung, Gegenübertragung und therapeutische Situation am Beispiel „früher Störungen“. Psyche 2001/2. 2001: 97-136.
- [19] Plenker FP: Zum Konzept der Gegenübertragung – Ursprünge und Grundzüge kleiniansischer Weiterentwicklung. Psyche 2005/8. 685-717.
- [20] Reeder J: Die Narration als hermeneutische Beziehung zum Unbewussten. Psyche 2005, Beiheft 2005: 22-34.
- [21] Schmidt P: The Art of Case Taking. New Delhi: B. Jain Publishers Pvt. Ltd.; 1993.
- [22] Sehgal ML: Rediscovery of Homeopathy, Series I - VIII. Delhi: Sehgal Brothers; 1992.
- [23] Spinedi D: Die Entwicklung der homöopathischen Praxis seit Hahnemann. In: Appell RG (Hrsg.): Homöopathie 150 Jahre nach Hahnemann, Heidelberg: Haug; 1994.
- [24] Wetz FJ: Hans Blumenberg, zur Einführung. Hamburg: Junius; 2004.
- [25] Wischner M: Fortschritt oder Sackgasse? Essen: KVC Verlag; 2001.

Zur Autorin

Seit über 20 Jahren Beschäftigung mit Homöopathie, seit 14 Jahren eigene homöopathische Praxis. Ausbildung bei SVhÄ und DZVhÄ sowie Weiterbildungsprogramm des DZVhÄ. Wichtige Lehrer: J. Künzli, H. Hée, M. Righetti, H. Heudens, R. Sankaran, J. Shah, E. Candegabe. Mitglied der Materia-Medica-Arbeitsgruppe in St. Gallen. Buchautorin (Foerster G, Hée H: Vergleichende Arzneimittellehre homöopathischer Polychreste. Stuttgart: Haug; 2002). Lehranalyse und psychoanalytische Weiterbildung in Konstanz und Zürich.

Dr. med. Gisela Foerster
 Ärztin, Homöopathie
 Zollernstraße 2
 D-78462 Konstanz
 Mail: gisela.foerster@t-online.de

Die Inszenierung des Subjektiven – ein Schaustück BeGreifen in Homöopathie und Heilkunst

Das homöopathische Vorgehen ist ein herausragender Zugang zu den heilsamen Kräften. In der Entwicklung der Homöopathie nach Hahnemann wurden wesentliche Elemente entweder unhinterfragt übernommen oder unberücksichtigt gelassen. Die Selbstreflexion des Behandlers ist meist kein Thema. Hahnemanns Hinweis auf Heilungshindernisse aber ist ebenso wichtig wie die Anmerkung, dass "Religion, Philosophie und Charakter" des Patienten und des Behandlers ein solches Hindernis sein können. Wie jede Form menschlichen Handelns ist auch das wissenschaftliche Vorgehen in eine konkrete Philosophie eingebettet. Therapie ist angewandte Philosophie.

Hans Baitinger

1. Zur Vorgeschichte und Einleitung

Anlässlich des Festaktes „200 Jahre Homöopathie“ in der Paulskirche zu Frankfurt am Main schloss im Jahre 1996 der Philosoph Peter Sloterdijk seine Festrede über „Die Andersheulenden“ mit der Vorstellung, „dass wir Mühe haben könnten, die Homöopathie der Vergangenheit und Gegenwart in der zukünftigen Homöopathie wiederzuerkennen. Kant hatte gelehrt: Der kritische Weg ist allein noch offen. Dem fügt die konstruktivistische Intelligenz von heute hinzu: Eine Sache kritisch überdenken heißt sie neu erfinden. Mit einer Erfahrungsmedizin von Hahnemanns Umrissen wird es in Zukunft nicht mehr getan sein. Vor uns liegt eine Epoche, in der die Patienten sich mehr und mehr als Biomanager ihrer selbst verstehen und sich zu Piloten ihrer Immunsysteme ausbilden werden. ... Wo Allotechnik war, wird Homöotechnik werden. Wir blicken von hier aus in die Zukunft einer Medizin, die die Zeichen des Lebendigen in heute noch unerforschten Schichten des Naturtextes liest und schreibt.“ [11]

Ist etwa alles, was wir bewusst zu tun meinen, eine Inszenierung?

Ich war von dieser Rede beeindruckt. Stellte sie doch die Homöopathie in einem größeren Kontext dar, als uns dies gemeinhin möglich ist, wenn wir uns nur auf jene allgemeinen Hinweise zur Heilkunst beziehen, die wir von Hahnemann, Bönninghausen, Boger, Kent und einigen modernen Homöopathen wie Vithoulkas, Masi, Sankaran, Scholten, Mangialavori erhalten, die sich zum Teil von den klassischen Grundlagen abzustoßen versuchen.

Eingedenk der beschriebenen Bedingungen ist es möglich, aus der Außenperspektive eines Philosophen, der meines Wissens selbst keine Homöopathie als Behandler anwendet, diese vielleicht aber als Patient kennt, sich mit dem zu beschäftigen, was wir in diesem Modell einer therapeutischen Anwendungsform zu tun pflegen.

Wenn auch solch markige Sätze eines Peter Sloterdijk hellste Empörung bei einigen Zuhörern hervorriefen, zeigt doch die Entwicklung der Homöopathie bereits jetzt eine gewisse Bestätigung für das von ihm Angesprochene.

Wie Josef M. Schmidt in seinem „Taschenatlas der Homöopathie“ [9] ausführt, können wir in unseren Tagen von verschiedensten modernen Homöopathien ausgehen, die sich zwar alle auf den Begriff des Homöopathischen beziehen, vielleicht sogar auf Samuel Hahnemann oder Kent, sich aber in gewissen Teilaspekten deutlich voneinander unterscheiden. Verfechter der „reinen Lehre“ Hahnemanns oder Bönninghausens oder Jahrs erkennen unter Umständen in diesen neueren Ansätzen außer den geläufigen Arzneimittelnamen nicht mehr viel von dem, was sie unter Homöopathie verstehen. Die entsprechende Kontroverse ist bekannt. Der einzelne Anwender hat sich in dieser Vielfalt zu orientieren. Es erscheint als eine Frage des Geschmacks, der Treue zum Lehrer, seiner Überzeugung, Meinung oder ähnlich subjektiver Kriterien, welcher „Richtung“ man sich zugehörig oder verpflichtet fühlt.

Der ICE 5 wollte sich mit dem „subjektiven Faktor Arzt“ in der Anamneseerhebung (und damit auch in der weiteren Therapie) auseinandersetzen. „Wie lernt man es denn, das ‚ein Arzt zu sein‘? Ob man es wirklich nur dadurch lernen kann, dass man es wird?“ [3]

Die wesentliche Grundlage der Orientierung stellt nach dem Credo des Begründers der Homöopathie „Erfahrung, nichts als Erfahrung“ dar. An die Seite der Erfahrung solle sich Selbsterkenntnis als Quelle aller Weisheit gesellen. Allein auf diese Weise und nicht durch „Ergrübelungen“ könne man zur Einsicht gelangen, die Homöopathie sei die einzig richtige, weil schnellste, sicherste und nachvollziehbarste Methode der Arzneikunst, möglicherweise sogar der gesamten Heilkunst. Was bedeutet Erfahrung, wenn auch diese am Ende als inszeniert erscheint? Dadurch ist das Problem

beschrieben. Was für den einen Erfahrung ist, muss es für den anderen noch lange nicht sein. Es könnte sogar sein, dass für den einen etwas Erfahrung darstellt, was für den anderen als Theorie erscheint. Subjektiv können wir verschiedene Gegenstände, Phänomene oder Inhalte auf verschiedenste Weise „sehen“. So erscheint es einem, wenn man an das Subjektive denkt oder davon ausgeht, dass es so etwas wie Subjektivität gibt. Erfahrung und Subjektivität scheinen untrennbar miteinander verbunden zu sein. Welchen Sinn macht es also, das Subjektive oder den subjektiven Faktor zu betrachten?

Wir sind gefordert, uns über Begriffe zu verständigen. Der „Fähigkeit zur Abstraktion“ wird dabei eine entscheidende Bedeutung zugemessen. Aber auch hier scheint die Form oder Fähigkeit der Abstraktion eines homöopathischen Behandlers sich von der Fähigkeit eines anderen homöopathischen Behandlers, der Abstraktionsfähigkeit eines Mathematikers oder Physikers oder gar eines Logikers zu unterscheiden, die jene Parameter oder Erscheinungen, die nicht in ihre jeweilige Grundannahme oder These passen, von ihren weiteren Betrachtungen ausschließen und in dieser Form in ihrer Begriffswelt davon abstrahieren. Kann man sinnvoll auf abstrakte Weise über den subjektiven Faktor sprechen bzw. diesen darstellen?

Die Erfahrung sowohl unserer Patientinnen und Patienten als auch unsere eigene Erfahrung unterliegt ihrem Wesen nach einem subjektiven Eindruck. Vielleicht könnte man sogar sagen, Erfahrung sei immer subjektiv und nichts anderes. Der Erfolg der Therapie scheint in irgendeiner Weise davon abhängig zu sein, inwiefern sich der subjektive Eindruck des Patienten in Gestalt seines Leidens mit dem subjektiven Faktor Arzt verbinden kann. Dies scheint auf schwer zu definierende Weise bei erfolgreichen Therapien zu gelingen. Ergrübelungen seien hier fehl am Platz, so das Credo unseres Gründervaters. Inwiefern ist unter diesem Aspekt meine Erfahrung auch für andere erfahrbar zu machen?

Der „subjektive Faktor Arzt“. Es wurde anlässlich des ICE 5 deutlich, dass uns diese Fragestellung zu interessieren hat und wir uns mit unterschiedlichsten Voraussetzungen dieser Thematik annähern können. Es bleibt dann die Aufgabe, uns zu verständigen. Eingedenk der Komplexität verschiedenster Ansätze, die beim ICE 5 zur Darstellung kamen, ist es uns gelungen, gewisse Eckpfeiler in diesem Verständigungsprozess anzudeuten bzw. einen entsprechenden Dialog zu beginnen.

Erschöpfend ließ sich das Thema anlässlich dieser Tagung bei weitem nicht behandeln. Es musste bei Andeutungen bleiben. Forschend haben wir einen weiteren Schritt gewagt und sind bei weitem nicht zu ausreichenden Übereinkünften über unseren Gegenstand in der

Lage gewesen, sofern solche bei der gegebenen Thematik notwendig oder möglich sind.

Apodiktisches erschien ungeeignet, uns in dieser Hinsicht weiterzubringen. Es schien unabdingbar zu sein, sich betreffend weniger Übereinkünfte bezogen auf die Inhalte und der zugehörigen Begriffe unserer Tätigkeit zu verständigen, will man der Thematik gerecht werden.

Auf welche Weise berühren wir dabei unsere Vorstellungen und die Vorstellungen des anderen in einer Art von dialogischem Prozess, ähnlich dem Vorgang, den wir auch in erfolgreichen Therapien erfahren können. So streiften wir auch die Fragestellung, welcher Stellenwert Therapien in einem allgemeinen anthropologischen, kulturellen, hermeneutischen etc. Kontext zukommt.

Es entstand ein brisantes Gemisch aus Erfahrung, Rationalität etc. pp.

Hans Baitinger und Matthias Ohler

2. Die Inszenierung

Wir wählten für unsere Darstellung die Form einer Inszenierung, da sie uns bei gegebener Thematik als geeigneter erschien, diese in ihren unterschiedlichen Facetten zur Darstellung kommen zu lassen, als ein Frontalvortrag. Die systemische Sichtweise, aus der heraus diese Form der Inszenierung entwickelt wurde erlaubt es, sich den verschiedensten Inhalten zu nähern.

Es gibt verschiedene Vorverständnisse dessen, was zu einer Inszenierung gehört bzw. eine Inszenierung ausmacht. Wir waren uns darüber klar, dass wir mit einigen dieser verschiedenen Vorverständnisse rechnen müssen, konnten diese aber nur zum Teil aufgreifen. Für uns erlaubte die Form der Inszenierung unter anderem Folgendes:

- Die Kennzeichnung als Inszenierung gewährleistet, dass es sich um eine bewusst gewählte Form zum einen der „Darstellung“, zum anderen der Beobachtung und Beschreibung dessen, was bei der „Darstellung“ passiert, handelt.
- Es ergibt sich die Möglichkeit, die scheinbar nicht direkt Beteiligten ihrer Beteiligung bewusst zu machen bzw. sie bewusst dazu zu animieren. Auch das Publikum beispielsweise im Theater ist, auch wenn es nicht explizit darauf hingewiesen oder dazu aufgefordert wird, immer Teil der Inszenierung. Da, wo es nicht darauf hingewiesen oder gar aufgefordert wird, ist es der am wenigsten direkt instruierbare Teil. Aber in jedem Fall in die Beobachtung des gesamten Prozesses einzubeziehen.

- Wir können im Rahmen einer Inszenierung immer direkt auf den Prozess Bezug nehmen und reflektieren – auch auf seine nicht oder weniger „direkt“ steuerbaren Anteile. Es ergeben sich verschiedene Ebenen der möglichen Beobachtung und Reflexion.
- Wir können entscheiden, den Prozess zu unterbrechen, abzubrechen bzw. Beobachtungen des Prozesses dahingehend deuten, dass die Inszenierung unter- oder abgebrochen wird/ist.
- Kurz: Wir können dazu einladen, alles, was „passiert“, in einen erweiterten Beobachtungsrahmen zu stellen und zumindest so als Teil der Inszenierung zu betrachten und entsprechender Reflexion zuzuführen.

Insbesondere dieser zuletzt genannte Aspekt führte auch, wie wir sehen werden, zu verschiedenen Reaktionen bei den Teilnehmenden, die zum einen reklamierten, dass hier nur „gespielt“ werde, ohne echte Anteilnahme o. ä., zum anderen, als die ursprüngliche Rollenverteilung sich aufgelöst hatte, dass zu früh abgebrochen bzw. unterbrochen worden sei.

Uns selbst erscheint es an dieser Stelle als nicht unbedeutend, dass die Unterbrechung durch die Wortmeldung von als für gewöhnlich gut unterrichtete Vertreter der Homöopathie geltenden Anwesenden eingeleitet wurde, die sich dieser Inszenierung stellten, an bestimmten und bestimmaren Stellen intervenierten, um den Fluss zu unterbrechen. Wir werden darauf näher eingehen.

Explizit und immanent konnte sich auf diese Weise der subjektive Faktor sowohl bei den Vortragenden als auch bei den Zuhörern äußern und, im eingeschränkten Zeitrahmen, als solcher thematisiert und in seiner Wirkung erkannt werden. Ansatzweise gelang es uns auch darzustellen, inwiefern sich subjektive Faktoren auf den Inhalt und das Ergebnis unserer therapeutischen Bemühungen nachteilig oder vorteilhaft auswirken könnten. Dabei kamen unterschiedlichste Facetten zum Ausdruck:

1. Ängste,
2. vorgefasste Meinungen,
3. unterschiedliche theoretische Voraussetzungen,
4. unterschiedliche Bereitschaften, sich einer fremden Erfahrung auszusetzen,
5. unterschiedliche Interessen und Foki,
6. unterschiedliche Bereitschaften, sich bisher subjektiv wenig bekannten Theorien zu stellen,
7. das gemeinsam Verständliche.

Das Prozesshafte war maßgeblich für die Gestaltung des Subjektiven eingeführt. Ebenso sollte ein strukturierter Raum sowohl für entstehende Frustrationen (z. B. „Dies geht an

meinem Interesse vorbei.“, „Dies ist mir zu banal.“) als auch weitergehende oder kontroverse Fragestellungen in dem sich daraus entwickelnden Prozess eingeräumt werden.

Auf diese Weise war gewährleistet, dass der Dialog am Interesse der Zuhörer orientiert blieb und nicht die frontale Darstellung eines Zwiegespräches wurde, wenn auch dadurch bestimmbare Inhalte nicht zur Sprache kommen konnten.

2.1. Inszenierung: Fortgang und Wirkungen

Der vollständige Wortlaut der Inszenierung ist auf der MP3-Datei des ICE 5 festgehalten.¹ Hier können nur wenige Details angedeutet werden. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, auszugsweise Fortgang und wesentliche Wirkungen unserer Inszenierung darzustellen. Sie stand in der Kontinuität von Gesprächen der Autoren – des Allgemeinarztes Hans Baitinger mit dem Philosophen Matthias Ohler – über die verschiedensten Fragestellungen des therapeutischen Kontextes, auch des homöopathischen aus einer philosophischen und praktischen Sicht. Wir könnten diese Gespräche in ihrer Gesamtheit als Anamneseerhebung zur Situation der Homöopathie aus der Sicht eines erfahrenen Behandlers sehen.

Eine sich über Jahrzehnte entwickelnde Erfahrung in der Anwendung der Homöopathie mit entsprechenden Erfolgen und einer verbleibenden Unzufriedenheit über die ausbleibenden Erfolge einer korrekt angewendeten Homöopathie sowohl Hans Baitingers als auch der ihm bekannten Kollegen einerseits und eine bestimmte Position des Philosophen Matthias Ohler, dem es mehr um die praktischen Aspekte der Philosophie, ihre Anwendbarkeit, als um deren akademische Verankerungen und Spielarten geht, prägten den Dialog.

Zur Einstimmung aller Anwesenden regte Matthias Ohler eine Wahrnehmungsübung an, die uns die Tatsache und Wirksamkeit blinder Flecken vor Augen führte: Obwohl wir wissen, dass an einer bestimmten Stelle „etwas“ sein müsste, sehen wir dieses „Etwas“ nicht, obwohl wir genau an jene Stelle der vermeintlichen Gegenwart dieses „etwas“ schauen. Oder noch banaler ausgedrückt „Wir sehen nicht, dass wir nicht sehen.“ Auf eine weitere Diskussion der Unterschiede zwischen der anatomischen „Tatsache“ des blinden Fleckes im Organ Auge und der Wahrnehmung des blinden Fleckes bei der Betrachtung der Übungsanordnung wurde verzichtet, ging es uns doch primär um die Erfahrung ...

¹ Die Vorträge des ICE 5 sind mit Ausnahme des Referats von Fernand Debats auf einer Audio-CD (MP3 Audiodatei) dokumentiert. Diese kann beim Europäischen Institut für Homöopathie (InHom) bestellt werden (Kontakt über: www.inhom.de oder gerhard@bleul.net).

In einer sich daran anschließenden Übung, die sich mit Identitäten der Teilnehmer, deren Wahrnehmung, Kommunikation und Wirklichkeitskonstruktion auseinandersetzte, wurde klar, dass jenseits der vereinbarten Spielregeln dieser Übungen unausgesprochene Regeln wirksam waren, die sich aus anderen Quellen speisten:

Alle Teilnehmer hatten sich eine Zahl gegeben und wurden mit dieser Zahl aufgerufen, indem ihnen von einem Suchenden ein Ball zugeworfen wurde. Stimmt die Zahl, war der Erkannte dran, neue Mitglieder der Gruppe zu erkennen, stimmte die Zahl nicht, hatte der Suchende seine Aufgabe nicht erfüllt.

Waren die Quellen der beschriebenen „Regelverstöße“ mit den Kriterien des Individuellen oder Subjektiven zu beschreiben? Was hat dies (noch) mit Homöopathie zu tun? ²

Ein Fokus der Übung liegt auf der Erkenntnis, dass nur, was beobachtet wird, auch „existiert“, sowie auf der möglichen Erfahrung des wechselseitigen System-Umwelt-Verhältnisses „psychischer“ und „sozialer Systeme“ [10]. Mit diesen Übungen und den Vorträgen des Vortages war eine ausreichende Sensibilisierung zur Wahrnehmung der Aufgabenstellung erreicht.

2.2. Inszenierung: Simile-Regel

In der weiteren Inszenierung hatte nach entsprechender vorheriger Absprache der Philosoph Matthias Ohler die Rolle des Untersuchers oder Behandlers, der Homöopathie anwendende Arzt Hans Baitinger mit seinen Fragen zur Homöopathie die Rolle des Patienten übernommen.

Nach der Verteilung der übrigen Rollen (eines „reflecting teams“ und der „äußeren“ Beobachter) griff der Untersucher eine für ihn noch ungeklärte Frage aus den Vorgesprächen auf, die das Zentrum des Homöopathischen betraf: die Simile-Regel, beschreibt diese doch das Eigentliche, was wir unter homöopathisch verstehen. Es lag also nahe, an der Behandlung dieses Gegenstandes den subjektiven Faktor Arzt im weiteren Verlauf der Inszenierung zu erarbeiten. Der Kontext der Simile-Regel erschien ihm aus seiner Perspektive in gewissen Aspekten als blinder Fleck, den es zu erhellen galt. Zu dieser Sicht hatten ihn gewisse Andeutungen in der „Symptomatik“ des Patienten und seiner Subjektivität veranlasst.

Ein besonderer Aspekt dieser „Symptomatik“, der als solcher explizit formuliert wurde, be-

stand in der Möglichkeit, „Dinge in Frage zu stellen, die für andere vielleicht gültig sind“ und bleiben sollen. Gleichzeitig wurde aufgrund gewisser Vorerfahrungen im kollegialen Kontext von Weiterbildung in der „Symptomatik“ klargestellt, dass mit der avisierten Darstellung und der möglicherweise sich ergebenden Lösung keine Bewertung im Sinne von „richtig“ oder „falsch, bzw. „minderwertig“ oder „höherwertig“ verbunden war. Die Frage ergab sich alleine aus der Erfahrung der homöopathischen Wirkung in unterschiedlichen Kontexten.

Die folgenden Passagen aus der MP3-Datei wurden teilweise abgewandelt, um aus dem Zusammenhang heraus den Sinn deutlicher werden zu lassen:

O (Ohler): Simileprinzip heißt Ähnlichkeitsprinzip. Aus der professionellen Sichtweise sind auf diese Weise die drei Rollen Homöopath, Patient und Arznei verteilt. Ich habe immer noch nicht wirklich verstanden, wo im Prozess genau das Ähnlichkeitsprinzip hingehört.

B (Baitinger): Wenn man den § 26 im Organon der Heilkunst liest, dann steht das so monolithisch da, als sei das die Quintessenz des Ganzen. Wenn man dann weiter liest, beschreibt Hahnemann das eigentliche Phänomen, in das die Similie-Regel eingebettet ist, die gegenseitige Beeinflussung krankhafter Zustände und dabei, dass es geschieht, ohne dass Ärzte dabei sein müssen. Das heißt, die Wirkung der Ähnlichkeit ist auch jetzt hier im Raum vorhanden oder das Simile oder Contraria Contrariis ist einfach immer da, wenn es um Krankhaftes geht, auch dann, wenn wir in unserer Vorstellung gerade keine spezifische Arznei anwenden. Das macht sich offensichtlich für uns am Symptom fest. Man kann das zugrunde liegende Phänomen beschreiben auf Grund der Existenz und Evidenz von Symptomen, die jemand hat, aus denen man schließen kann, dass er eine Krankheit hat und gleichzeitig auf spezifische Weise in Kontakt tritt mit einer andersartig entstandenen Krankheit ähnlicher Symptomatik. Die Arznei stellt in diesem Kontext lediglich den Spezialfall komplexer Beziehungsmöglichkeiten dar, die in einer umfassenderen Form in der Similie-Regel beschrieben werden, insbesondere in deren Fußnote (Ich bin mir darüber hinaus sicher, dass die Simile-Regel auch noch in anderen Kontexten wirkt, wenn es sich nicht um Symptome handelt). Irgendwann hat jemand die Beobachtung gemacht, dass es so etwas gibt. Dieses Phänomen wird ja auch schon bei Hippokrates beschrieben. Wenn Kranke zusammen kommen und die Symptome, die sie haben, sich auf eine bestimmte Art und Weise entsprechen, dann verändern sie sich, ohne dass jemand dazu tritt, es muss kein Arzt dabei sein und keine Arznei. Das ist das Phänomen als solches. Wir in der Homöopathie benützen es quasi, wir gehen damit um.

² Somit war klar, dass gewisse Phänomene, die wir z. B. mit einer gewissen Haltung als Regelverstöße verstehen könnten, erst dann erkannt werden können, wenn es ein Regelwerk mit klar beschriebenen Regeln gibt. „Deutschland ist so langweilig, weil alles genau und exakt sein muss.“ (Originalton der MP3-Datei, in der Abschrift des Verfassers auf S. 4).

O: Da habe ich eine Advocatus-Diaboli-Frage, wenn du so willst. Ich weiß nicht, wie es auf Homöopathen wirken würde, wenn ich frage: Unternehmt ihr einen Versuch, dieses Phänomen zu instrumentalisieren?

B: Ich würde sogar sagen: ausbeuten. Manche Erscheinungsformen kommen mir so vor. Missbrauch der Arznei, könnte man auch sagen. Man sagt, die Arznei wirkt homöopathisch, aber in Wirklichkeit wirkt sie nicht homöopathisch, sondern anders.

O: Durch die Art der Gabe?

B: Durch die Art, wie ich sie wähle.

O: Das muss mir noch einmal klarer werden. In diesem Zusammenhang gibt es offenbar irgendwas, was man richtig oder aufmerksam machen kann, und es gibt irgendwas, was man nicht so ganz richtig machen kann. Ich würde sagen, die prototypische Situation, oder ist das schon zu weit?

B: Ich nehme ein Beispiel aus meinen Aufstellungsgruppen. Das habe ich im Tagungs-Band „Systemaufstellungen“ veröffentlicht [1]. Es waren zwei Patienten in der Aufstellungs-Gruppe, die nichts voneinander wussten. Beide hatten Asthma und hatten meines Wissens zu diesem Zeitpunkt keine homöopathische Arznei eingenommen. Der Patient, der ein Anliegen aufgestellt hatte, hatte beiläufig erwähnt, dass er Asthma habe, der andere nicht. Auch mir war sein Asthma nicht bekannt. Der Klient wollte den Stellvertreter seiner eigenen Person nicht selbst benennen und hatte mich darum gebeten. Dieser andere war von mir als Stellvertreter des Patienten gewählt worden.

Das wörtliche Anliegen der Aufstellung war ein ganz anderes als das allergisch bedingte Asthma. Es ging um Probleme mit dem Vater. Während der Prozessarbeit bekam der Stellvertreter zunächst unerklärlicherweise asthmatische Symptome. Der Prozess der Aufstellung stellte die Hinbewegung zur Mutter dar. Als der Stellvertreter bei der Mutter angekommen war, waren die asthmatischen Zeichen wieder weg. Bis zu dem Zeitpunkt wusste ich nicht, dass der in Wirklichkeit auch Asthma hatte. In der Runde, die sich an die Aufstellung anschloss, hatte er dann erzählt: „Ich muss euch etwas sagen, ich habe Asthma, und seit ich in dieser Rolle war, ist es deutlich besser“.

Noch mehrere Monate nach dieser Aufstellung ging es ihm mit seinem Asthma besser. Darin war für mich das Simile-Phänomen erkennbar. Dann war ich neugierig, was man eigentlich nicht sein soll, und habe den anderen Klienten angerufen, für den er die Rolle dargestellt hatte. Bei ihm hatte sich bezüglich des Asthmas nichts verändert. Bereits unmittelbar nach der Aufstellung hatte er vermittelt, dass er bleibende Schwierigkeiten mit dem „Nehmen der

Mutter“ habe. Hahnemann beschreibt ja auch im Organon, dass die Wirkung des Similie zunächst zufällig passieren kann, ebenso wie unsere Zeichen und Symptome Zufälle darstellen. Weil es zu zufällig sei, bestünde unsere Aufgabe in entsprechendem Handeln, das in diesen Zusammenhang eingreift. Es wäre toll, wenn wir das benützen könnten. Jetzt geht es darum, wie ich dieses Phänomen, das irgendwo existiert, verwenden kann. Geht das überhaupt, kann man so etwas verwenden, und wenn ja, wie? Was hätte dies mit dem subjektiven Faktor zu tun?

O: Von mir aus ist es o.k. Sind wir noch dran an den interessierten Zuhörern? Ist es klar, worum es geht? Wenn ihr wollt, könnt ihr Fragen auch jetzt von außen stellen. Wir können auch noch warten. Wenn ich jetzt dieses Phänomen, das du beschrieben hast, als Hintergrund nehme, ist doch eigentlich interessant, dass bei jemanden, der nicht an seinem Symptom arbeiten wollte, sich dieses verändert hat, durch die Begegnung. Zufällig, oder man sagt, es ist etwas passiert. Bei dem, der an etwas anderem arbeiten wollte, ist mit dem ähnlichen Symptom nichts passiert.

B: Der wollte an etwas Anderem arbeiten, hatte aber ein ähnliches Symptom.

O: Wie ist es: Du sagst, das ist es, was Hahnemann Simile-Prinzip nennt. Ich habe nicht genau verstanden, wieso ich solche Wirkung so anschauen soll. Aus meiner Sicht, könnte ich sagen, hier hat ein Prozess stattgefunden, bei dem, dessen Asthmasymptom sich verbessert hat, weil er die Chance wahrgenommen hat. Weil er gemerkt hat, da passiert was bei mir und meiner Selbstorganisation, hat er was aufgenommen und hat sich was getan. Wie kann man diese Beschreibungsebene am Simile-Prinzip andocken?

B: Das war ja unbewusst. Das war vollkommen unbewusst. Ich habe ihn gewählt und er wusste nicht, dass er wegen seines Asthmas hingestellt wurde. Der hatte eine ganz andere Aufgabe. Das sind mehrere Ebenen. Mir scheint bedeutsam zu sein, dass da ein bestimmtes Setting ist, in dem das geschieht oder möglich ist. Wenn die sich auf der Straße treffen würden, wäre es wahrscheinlich nicht passiert. Also muss sich eine Art von Inszenierung vollziehen, dass so was passiert. Beispiele, die Hahnemann im Organon beschreibt: Es gibt eine Epidemie, da gibt es Kranke, die haben ein bestimmtes Symptom, und da gibt es andere Kranke, die haben eine andere Krankheit mit einem ähnlichen Symptom, und die heilen sich dann gegenseitig. Das ist das Phänomen, das da beschrieben wird.

T (Teilnehmer/in): Ich habe den Eindruck, ihr seid jetzt nicht mehr so gut aneinander dran. Die Frage von dir wurde nicht so in deinem Sinn beantwortet, das ist so die Tendenz. Die

Frage, die Matthias gestellt hat, hast du in einer anderen Weise beantwortet, als er das vielleicht gemeint hat.

O: Meine Frage bezog sich auf ein Erklärungsprinzip von mir (*MP3-Datei, 53:23*). Ich habe aber trotzdem ganz gut verstanden, er hat meine Beobachtung noch einmal korrigiert, es ging um jemanden, der nicht wusste, für was er aufgestellt wird und auch nicht wusste, dass er bei sich etwas anregen könnte, das nicht seiner eigentlichen Motivation, seinem eigentlichen Anliegen entspricht, das ihn in dieses Seminar geführt hat. Vielleicht ist sogar diese Art von „Absichtslosigkeit“ zentral für die Wirksamkeit dessen, was wir Ähnlichkeit nennen. Das ist die Situation. Für mich ist die Frage, was passiert, wenn man solche Prozesse beobachten und beschreiben kann. Im Nachhinein kann man sagen: o.k., hier ist irgendwas passiert, was niemand am Anfang wollte, die Absicht geht nicht um den ganzen Prozess, aber irgendwann entsteht sie, und dann kommt was raus, was für jemanden hilfreich ist. Was passiert, wenn man fragt: Wie kann ich solche Prozesse behandelbar machen oder für Behandlungen nützen? Das scheint das Grundmotiv zu sein, sich überhaupt damit zu befassen. Wo ist sozusagen da die Rolle von Arznei? Diese Erkenntnis der Situation scheint so zu sein, ich habe was erlebt, gesehen und jetzt möchte ich meine Aufmerksamkeit so schärfen, dass ich es immer wieder machen kann.

B: Ja, und da hat jetzt Hahnemann bei seiner Übersetzertätigkeit und aufgrund sowohl der Erfahrung von Vergiftungen als auch der Zeitströmungen usw. und weil es da Ärzte gab, die so etwas gemacht haben, gemerkt, dass Arzneien an Gesunden Symptome auslösen, genauso wie Vergiftungen. Dann lag die Idee nahe, zu sagen, das ist es. Die Symptome, die die Arznei an irgend einer beliebigen Person auslöst, haben natürlich auch einen Bezug zu dem Patienten, der die Arznei einnimmt. Wenn das nach dem Ähnlichkeitsprinzip geht, dann ist es heilsam, weil wir das Phänomen ja kennen.

T: Ich werde jetzt unruhig. Ich habe den Eindruck, ihr gebt euer Gespräch, wo ihr euch irgendwo in einem Restaurant trefft, wieder und die Leute hier wissen gar nicht, wie sie sich hier einfinden können, es läuft völlig am Publikum vorbei. Das ist mein Eindruck. Deshalb muss ich meinen Unwillen mal loswerden (*Beifall im „Publikum“*).

T: Ich habe die ganze Zeit das Gefühl, das kommt nicht an, ich habe das Gefühl, dass du es nicht ernst meinst. Entweder du hast eine vorgefertigte Meinung, oder du hast es einstudiert, jedenfalls habe ich das Gefühl, du hörst ihm gar nicht richtig zu bzw. du gehst nicht richtig auf ihn ein. Er kommt mir so vor, als ob er tiefgreifende Probleme hat und du blättest so an der Oberfläche, entweder willst du nicht,

oder kannst du nicht, oder du hast eine vorgefertigte Meinung, es kommt nicht authentisch rüber. Und ich frage mich die ganze Zeit, was das soll.

T: Es sind für mich zwei verschiedene Ebenen.

T: Die Beispiele sind für mich nicht gut. Es ist irgendwie so ein kleines Beispiel, das ist nicht so ein Vorbild.

T: Den Eindruck habe ich nicht, ich finde diese Ebene sehr spannend. Das Eingehen auf das Phänomen habe ich als sehr positiv empfunden und finde das jetzt negativ, auf die Grundsätze der Homöopathie zurückzugehen, die wir eigentlich alle kennen.

T: Ich empfinde es überhaupt nicht so.

T: Ich finde es auch sehr spannend, aber ich habe vor Augen, was wir gestern gesehen haben, diese Kugel (*Bezug zum Referat von Ferdinand Debats mit einem in sich ontologisch relativ geschlossenen Modell homöopathischer therapeutischen Handelns, in dem alles einzuordnen war und ist*). Da ist in der Mitte die Ebene, und ich denke, das ganze Gespräch bewegt sich oben, in der oberen Hälfte der Kugel, rational, mental und so weiter. Dass die untere Hälfte der Kugel da mitspielt, da bewegt man sich am Rande, da wagt man sich nicht so hin, aber wir können nur mit dem Ganzen an dieses Problem rangehen, sonst schalten wir ganz viele Dinge aus, die uns helfen würden, das zu verstehen.

T: Ich habe nicht ganz verstanden, was ihr zwei eigentlich voneinander wollt. Ich fühle, du möchtest etwas erklärt bekommen über die Homöopathie, bei dir habe ich das Gefühl, du möchtest selber etwas wissen von der Homöopathie. Wer will jetzt von wem was, das ist mir nicht ganz klar gewesen, und eigentlich ist dieses Phänomen mit dem Asthma sehr spannend. Ich würde lieber fragen: War es wirklich Asthma, worum es ging? Ich glaube das nicht. Es hieß, er geht zur Mutter zurück, da deutete sich was an, was vielleicht ähnlicher war, und die Symptome, die sich aus der Geschichte ergeben haben, die waren vielleicht Asthma, das ist eigentlich das, was mich persönlich an diesem Gespräch am meisten interessiert hätte, wo ich lieber tiefer gegangen wäre.

O: Das ist der Sinn der Sache, dass solche Rückmeldungen da sind. Meine Position ist eine zwitterhafte Rolle. Ich muss herausfinden, wo für ihn die wirkliche Motivation ist und wie weit wird sie aufgemacht. Wo sind für mich Verständnis- oder Interessenfragen? Wie weit kann man hier gehen? Und deswegen ist es gerade sinnvoll, so eine Gruppe zu haben, die das beobachtet, die dann sagt: Jetzt bin ich nicht mehr dabei. Hier geht was ab, was ich nicht verstehe, oder läuft krumm.

T: Ich habe gerade den Eindruck, es wäre zu früh unterbrochen, gerade erst hatte ich das Gefühl, jetzt könnte sich was klären, und jetzt ist es wieder durcheinander.

O: Wir können das wieder zurückholen.

T: Ich wollte noch sagen, was mir so ganz am Anfang gekommen ist, als ich unterbrechen wollte. Ich hatte das Gefühl, da läuft was schief, weil für mich die Fragestellung nicht stimmte. Hat es überhaupt etwas mit Ähnlichkeitsprinzip zu tun, was da läuft, oder hat der Stellvertreter in der Aufstellung z. B. die Aufstellung benutzt, um seine Problematik zu bearbeiten, während der andere ihn benutzt hat? Außerdem: Bei dem anderen ist zwar das Symptom verschwunden, aber was hat der überhaupt bearbeitet? Man müsste vielmehr nach dem Unbewussten fragen, was ist in dem Prozess passiert, was hat das mit dem Ähnlichkeitsprinzip zu tun. Da war für mich die Diskussion nicht stimmig, wo geht es um Ähnlichkeitsprinzip, wo geht es um Unbewusstsein, wo schneidet sich das usw. Jeder von Ihnen geht so in das Gespräch mit seiner Fragestellung. Und für mich hat sich noch eine ganz andere Fragestellung daraus ergeben.

T: Wir müssen jetzt herausarbeiten, was fehlt.

O: Ich würde auch sagen, wir schließen jetzt einfach wieder zu und ich mache noch einmal weiter und schaue, ob ich dranbleibe, ansonsten öffnen wir es vielleicht in eine Fragerunde, wo vielleicht aus dem homöopathischen Background der Runde für ihn richtiger gefragt werden kann. Da würde ich aber sagen, dass du das mit beobachtest und dich dann meldest. Wie geht es dir jetzt damit?

B: Die Thematik war ja noch gar nicht auf dem Tisch, es geht ja um den subjektiven Faktor in diesem Kontext, und da ist die Frage, wie dieser subjektive Faktor damit was zu tun hat. Wie spielt er da mit rein, relativiert er sich vielleicht oder bestätigt er das, dass es so etwas gibt wie dieses Phänomen. Was mache ich damit, ich als Anwender, wenn es so ein Phänomen gibt, auf das ich eigentlich keinen Einfluss habe in seiner Wirkung, mit dem was ich selbst einbringe in das Setting. Und das ist ja jetzt hier auch passiert, wenn man genauer hinschaut, ist genau der Punkt jetzt hier passiert. Dann fängt es an.

O: Das musst Du mir jetzt erklären.

B: Zum Beispiel, was sie gesagt hat. Natürlich kann ich den Prozess jetzt psychodynamisch interpretieren, in der Aufstellung, was da passiert, das ist klar. Aber, das ist genau der Knackpunkt der Situation der modernen Homöopathie. Wir wissen heutzutage unglaublich viel mehr über Psychodynamik, als es Hahnemann gewusst hat oder geschrieben hat, zu seiner Zeit. Sagen wir mal so, ich muss einen

kleinen Exkurs machen, um die Not, die ich damit habe, darzulegen. Ich habe – sowohl, was meine eigenen Symptome angeht, als auch die Symptome einiger Personen, die mir wichtig sind, Patienten, Angehörige – die Erfahrung gemacht, dass sie zwar homöopathische Arzneimittel bekommen, die dann nach diesen modernen Prinzipien verordnet werden, auch psychodynamische Dinge mit hineingenommen usw. Aber bestimmte Symptome verändern sich nicht, und zwar sind das Symptome, weshalb sie eigentlich subjektiv zum Therapeuten gehen, diese Symptome verändern sich nicht, aber es verändert sich was anderes. Der Therapeut kann das auch begründen, dass es wichtig ist, dass es sich so verändert. Das hat mit seiner Interpretation dessen zu tun, warum der Patient krank ist – seine Person ist ja krank. Das Symptom spielt ja gar nicht mehr so eine große Rolle. Es wird ja modernerweise so gesehen, dass er als Mensch krank ist. Dann bekommt er ein Medikament, das auf ihn als Mensch abgestimmt wird, nur, dass er solche Schmerzen hat im Fuß – nach einem Unfall zum Beispiel –, die dabei nicht weggehen, sondern immer schlimmer werden. Der Therapeut freut sich darüber, dass „sein“ Patient z. B. nicht mehr säuft, denn das ist sein eigentliches Problem nach den subjektiven, objektiven oder wie auch immer zu bezeichnenden Kriterien des Arztes. So behält der Patient ein Jahr seine Schmerzen. Dann wähle ich eine Arznei, nur nach den Symptomen, nach Bönninghausen, und nach einem Tag sind die Schmerzen weg und ich schaue nicht auf die Psychodynamik. Das ist die Spannung, die dann da drin ist. Bestimmte Aspekte seiner psychischen Symptomatik, die für den Patienten vielleicht entscheidender sind, bessern sich jedoch zusammen mit den Schmerzen des Fußes und nicht jene, die durch Interpretation gefunden worden waren, ohne eindeutigen Bezug zu den subjektiven Beschwerden des Patienten.

O: Für mich fängt es jetzt da an: Wer bestimmt, was Heilung ist? Wer bestimmt, wann der Heilungsprozess abgeschlossen ist, wo ist das der Patient sozusagen? Für mich ist das ein Kommunikationsphänomen, würde ich sagen.

2.3. Zusammenfassung der weiteren Inszenierung

Die Inszenierung wurde fortgesetzt, indem die Zuhörenden ihre Fragen vorbringen konnten: Folgende Themen kamen zur Sprache:

- Wie ist das zu Heilende definiert? Unterscheiden sich die entsprechenden Vorstellungen der Patienten von jenen der Ärzte?
- Können Denkströmungen unter Umständen die Vorstellung dessen beeinflussen, was das zu Heilende sei?

- Welche Auswirkung haben Deutungen oder Hierarchisierungen etc. auf diesen Gegenstand und welchen Zusammenhang kann man zum Subjektiven Faktor erkennen?
- Welche Bedeutung haben allgemein anerkannte Regeln, wie z. B. die Simile-Regel auf den subjektiven Faktor?
- In welcher Weise unterliegt die Formulierung oder Definition dessen, was wir als Gesetz, Regel oder Übereinkunft ansehen, ebenfalls einem subjektiven Faktor?
- Hat in unserem Kontext die gemeinsame Verwendung der Simile- und der Heringschen Regel eine andere Bedeutung als die unterschiedliche Fokussierung auf die eine oder die andere Regel?
- Welche Bedeutung hat der subjektive Faktor bei der erkenntnistheoretischen Vermittlung von Erfahrung und der damit zusammenhängenden Fehler, die bei der Beurteilung der Wirkung einer Arzneigabe oder einer andersgearteten Intervention gemacht werden?
- Welche speziellen Konditionen der Inszenierung des Subjektiven im homöopathischen Setting führen unter Umständen Patienten zu uns, die von einer entsprechend subjektiven Patientenhaltung geprägt sind?
- Woran können wir erkennen, dass Subjektivität sowohl in die Arzneimittelprüfung ein- geht als auch in die Sicht der Symptomen- reihe der Arzneien und der Formulierung so- genannter Arzneimittelbilder?
- Wie ist Subjektivität als Wahrnehmungsor- gan zu verstehen?
- Inszenierungen bringen ungewohnte Ge- sprächsstrukturen und -inhalte zum Vor- schein.
- In der Inszenierung werden Prozesse trans- parent.
- Inszenierung ist kein Spiel. Als Teilnehmer wird man schnell darauf aufmerksam, außer Kontakt zu sein. „Man taucht dann in seine eigene Realität ein.“
- In einer Inszenierung ist es möglich, ver- schiedene Ebenen miteinander zu verbinden und dennoch Transparenz zu erhalten.
- Subjektiv bestehen verschiedenartige Denk- strukturen und Arten der Fragestellungen. Entsprechende Hinweise werden z. B. vom „reflecting team“ aufgenommen.
- Der subjektive Faktor äußert sich in Erklä- rungsprinzipien. Beobachter stellen Unter- schiede in den Erklärungsprinzipien leichter fest als Betroffene.
- Die Forderungen nach Authentizität und „ernst genommen werden“ zeigten ihren subjektiven Charakter und die entsprechende Wirkung.
- Durch die Inszenierung waren Polarisierun- gen bei den Teilnehmern deutlich zu machen.
- Erkenntnistheoretische Fragestellungen konnten angesprochen, aber nicht ausrei- chend diskutiert werden.
- Verdeutlichung des Unterschiedes zwischen Dialog, Diskussion und Kontroverse und ihrer jeweiligen Wirkung.
- Die Inszenierung konnte bestimmte Frage- stellungen deutlich werden lassen, die in ei- nem andersartigen Setting der Vertiefung bedürfen.
- Sowohl die Beliebigkeit als auch Spezifität der Ähnlichkeitswirkung wurden deutlich, je nach Umgang mit dem Phänomen.
- Es entstand der Eindruck, dass Subjektivität und Ähnlichkeit unter Umständen polar zu- einander werden können.
- Durch die Unterbrechung eines Dialoges wurde die Fragestellung des Subjektiven mit- telbar deutlich, während vordergründig um den Begriff der Ähnlichkeit gerungen wurde.
- Der subjektive Faktor zeigt sich in unter- schiedlichen Fragestellungen unterschiedlich.
- Inszenierungen lassen scharfe Kontroversen distanziert betrachten.
- Es wäre zwischen subjektivem Faktor, Vor- eingingenommenheit und unterschiedlichen Er- fahrungen und Wissensinhalten zu unter- scheiden.
- Gibt es einen Unterschied zwischen Subjekti- vität des Patienten und der Subjektivität des Behandlers?

2.4. Offene Gesprächsrunde

In einer sich anschließenden offenen Ge- sprächsrunde wurden weitere Fragestellungen gesammelt. Vorgeschlagene Themenkomplexe für weiterführende Arbeitsgruppen (alle orien- tiert an der Leitfrage „Subjektiver Faktor“):

1. Phänomen, Prinzip oder Regel?
2. Ernst genommen werden (Gesprächsfü- rung, an der Thematik orientiert bleiben), inwiefern bin ich dabei am „Subjektiven“ orientiert?

3. Wo finde ich meinen Platz in diesem Kontext, wie steht er mit der Thematik in Beziehung?
4. Das zu Heilende
5. Patient – Arzt – Arzneimittel: welche Analogien?
6. Was gehört zur Homöopathie und was gehört zu anderen „Verfahren“? Inwiefern können diese nebeneinander existieren? Gibt es Verfälschungen durch ein Nebeneinander?
7. Simile – Gesetz – Regel – Phänomen
8. Methodische Grenzen
9. Wesen des Dialogs
10. Sind für die Wahrnehmung des subjektiven Faktors neben der Simile-Regel noch andere Grundlagen der Homöopathie einzubeziehen?
11. Welche Bedeutung hat die Erarbeitung der *Materia medica* in diesem Zusammenhang?
12. Gibt es Kriterien, mit denen wir den subjektiven Faktor erkennen können? Wie gehen wir unter dieser Voraussetzung damit um?
13. Welche Tendenzen lassen erkennen, dass der subjektive Faktor nicht in Betracht gezogen werden soll? Es gibt erkennbare Hinweise für entsprechende Verdrängungs- und Mystifizierungsansätze.
14. Worin sind wir Anfänger?

Die so gefundenen Fragestellungen stehen erkennbar nicht nur im Zusammenhang zur beschriebenen Inszenierung, sondern sind in der einen oder anderen Form ebenfalls in den weiteren Vorträgen des ICE 5 aufgeworfen und zum Teil zumindest ansatzweise beantwortet worden.

Die Teilnehmer äußerten danach den Wunsch, die vorhandenen systemischen Kompetenzen zu nützen und baten um die Durchführung einer Aufstellung, die die Thematik verdichtete. Matthias Ohler wurde als Leiter der Aufstellung bestimmt. Hans Baitinger stellte die Thematik als Betroffener mit Repräsentanten der Gruppe dar.

3. Aufstellung

3.1. Prozess der Aufstellung

- Vorbereitung: Erklärung des Prozesses einer Aufstellung für jene, die noch nie eine Auf-

stellung gesehen hatten, ebenso die Funktion der Wahrnehmung in Aufstellungen, Hinweis auf die entstehende Dynamik. Das notwendige Vertrauen der Gruppe darin, dass das Anliegen wichtig ist, wurde eruiert.

- Formulierung des Anliegens: Aufstellung beginnt bereits mit dem Gespräch vor der eigentlichen Aufstellung. Anliegen: Sorge um die Subjektivität.
- Hans Baitinger stellt als Klient das Anliegen auf, Matthias Ohler leitet die Aufstellung. Ebenso wäre denkbar gewesen, einen Teilnehmer das Anliegen aufstellen zu lassen. Die Intervention des Leiters der Aufstellung ergab, dass Hans Baitinger das Anliegen aufstellen sollte.
- Aufgestellte Elemente zur Darstellung des Anliegens der spezifischen Sorge: Subjektivität, Gesetz, Arzt, Patient, Macht, Hahnemann als freies Element (5 Frauen, 1 Mann). Während der Aufstellung wurde noch ein Element für Placebo hinzugenommen.

3.2. Ergebnisse aus der Aufstellung – Stichworte und Notizen:

1. Skepsis eines Zuhörers gegen das Angebot, die Erfahrung eines Stellvertreters zu machen, da er selbst noch nie eine Aufstellung gesehen habe. Nach der Aufstellung zeigte er sich beeindruckt vom Ergebnis.
2. Das Bild: Subjektivität steht zwischen Arzt und Patient, Hahnemann würdig lächelnd im Hintergrund. Macht wurde nicht benutzt, den Arzt zu stärken, sondern blieb ein Gegenüber, mit dem kokettiert werden konnte.
3. Es wurden Äquivalente des Placebo-Effektes erkennbar gemacht, „vor dem wir alle Angst haben“. Erleichterung darüber, dass sich die Macht gegen das Placebo durchsetzen konnte.
4. Man muss nicht gleich gegen Autoritäten schießen, auch wenn man sie als solche erkennt.
5. Es wurde zu hart mit der Stellvertreterin der Macht umgegangen.
6. Was sich abspielt ist wie in einer Familie, es gibt Autoritäten und Rivalitäten.
7. Jeder stellt seine Subjektivität heraus.
8. Es findet immer wieder ein Ausgleich statt. Das darf nicht zu lange dauern.
9. Frage in der Diskussion nach der Aufstellung: Spielt die eigene Person des Stellvertreters für die anderen Stellvertreter eine

Rolle, z. B. ob diese Person einem an sich sympathisch ist oder nicht? Frage des subjektiven Faktors bei Aufstellungen. Deutliche Hinweise auf Relativierung dieser Tatsache.

10. Anhaltende Nachwirkung der Beziehung der Stellvertreter zueinander: Ihre Wahrnehmung voneinander in der Aufstellung bleibt noch eine kürzere oder längere Zeit erhalten und bestimmt ihre Kommunikation.
11. Spielt der Habitus, die Ausstrahlung etc. der Stellvertreter für deren Auswahl eine Rolle?

O: Es ist hier wichtig, Aufstellen reflektiert Bilder. Was jetzt hier kam, reflektiert Ihre Frage. Inwieweit ist da Subjektivität drin, wenn sie sagt, in ihrer Rolle als Subjektivität spiegelt sie ein bisschen was von ihrer Rolle als Ärztin. Das ist für mich ein Thema, das man hier nur anreißen kann. Ich finde es persönlich wichtig, in der Aufstellungsarbeit davor nicht die Augen zu verschließen, ohne die Aufstellung als negativ darzustellen und zu sagen, das können wir alles gleich bleiben lassen. Es ist ein Befragungsmodus in meinen Augen. Vielleicht sehe ich das zu stark, aber als Befragungsmodus kann es eine unheimliche Kraft entfalten, wie ein Gedicht oder eine Musik. Das ist mir näher und vertrauter als zu fragen, wo Hahnemann steht.

T: Ich möchte auch was sagen zum Befragungsmodus. Ich habe eine ganz andere Fragestellung für mich an die Aufstellung gehabt, und ich war enttäuscht, dass es nicht so definiert wurde. Und dann habe ich akzeptiert: Es geht um sein Anliegen. Und jetzt im Nachhinein stelle ich fest, auch durch die Wortmeldungen, dass es auch auf mein Anliegen eine Antwort gibt. Das, glaube ich, ist das, was ich an so offenen Sachen schätze.

T: Für mich war die Frage auf einer übergeordneten Ebene. Wie gehen wir mit diesen völlig unterschiedlichen Subjektivitäten um? Halten wir aus, sie stehen zu lassen, und finden wir in der Art und Weise, wie wir damit umgehen, und wie sie sich in ihrer Eigendynamik bewegen, ein Muster der Beweglichkeit in ihrer Eigenheit, und nicht endlich ein Neues, Festes, das eine Zeit gelten kann, bis es wieder etwas Neues gibt? Das finde ich ganz interessant in der Art und Weise, wie wir uns dieser meiner persönlichen Frage, warum ich eigentlich hierher gefahren bin, mit unheimlicher Berührungsangst und dem Bedürfnis einer gewissen zögerlichen Beweglichkeit als Arzt nähern, ich sage das jetzt mal so. Mit einer ziemlichen Berührungsangst, oder der Sorge, wie lange halte ich es aus, alleine stehen zu bleiben und jetzt nicht schnell eine Antwort zu finden, die mir Sicherheit gibt. Und wie gehe ich mit der Aggressivität zum Beispiel um. Das

ist für mich eine große Frage, wenn man sich mit der auseinander setzt, findet man vielleicht zu einem dynamischen Muster.

O: Was für eine Form kann das haben, dieses Auseinandersetzen? Ich höre jetzt so ein bisschen, es ist was für mich passiert, man kann nicht so ein doppeltes und dreifaches Anliegen machen, das war jetzt Zufall, dass das so war, es hätte aber auch anders sein können.

T: Wenn ich das jetzt schon gut wüsste, hätte ich gleich gesagt, die Form braucht es, aber ich weiß es selber nicht so genau. Ich denke nur, dass die Form etwas ist, was entstehen muss, dadurch, dass viele Eigentümlichkeiten einfach eine Weile miteinander in Konfrontation gehen dürfen, ohne dass sie sich sofort umarmen, oder gegenseitig abgrenzen und auseinanderdividieren. Ich denke, wenn wir den Prozess nicht aushalten und die Offenheit nicht beibehalten, dann nehmen wir uns jede Chance für echte Kreativität. Es zeigt sich, dass bestimmte Fragen weiterer Klärung bedürfen, z. B. das Verhältnis von Macht und Gesetz.

T: Über den ersten Teil möchte ich nicht viel sagen. Ich habe den Mut bewundert, dass ihr euch hier hinsetzt und so gar nicht wisst, was ihr eigentlich für eine Zielvorstellung habt. Vielleicht war das auch zu früh abgebrochen. Als es wirklich interessant war, war es leider zu Ende. Was mich interessiert, das ist die Frage der Heilung. Jetzt ist da der Arzt, die Ärztin, die sich in Beziehung setzen oder in Beziehung gesetzt werden zu den Kranken unter dem Aspekt der Heilung. Man nennt es Genesung. Wo steckt meine Subjektivität und die des Patienten, steht die im Weg, ist die hilfreich?

Die Macht ist für mich etwas, die nur vergrößert, verstärkt werden kann, denn ohne Macht kann es keine Heilung geben. Die Macht des Heilers bringt ja überhaupt den Patienten erst zum Heiler. Diese Macht wird heute ganz einseitig, wissenschaftlich mechanistisch verstanden und interpretiert, und wie diese Macht in dieser einseitigen Weise missbraucht wird, wissen wir ja alle. Aber nur weil Macht auch missbraucht werden kann, kann man sie doch nicht einfach abstempeln als etwas Negatives. Im Gegenteil: Wir brauchen viel mehr Macht, um Heil zu verbreiten. Wie kommen wir zu einer Macht, die Heil verbreitet, anstatt dass wir uns von unserer Subjektivität daran hindern lassen.

B: Die Thematik ist hier drin in dem Stapel (*Bezug auf einen Fragenkatalog, der im Inszenierungs-Dialog noch hätte aufgegriffen werden können*).

T: Er hat es mir gerade schon vorweggenommen. Ich fand auch den ersten Teil interessant, das seien alles Einführungen in die Homöopathie. Das finde ich nicht, das sind Themen, die

sind alle noch nicht geklärt, was ist Gesetzmäßigkeit, was ist Regelmäßigkeit, was sagt ... was sagt Kent, was ist das Heilen, was will der Patient, was habe ich für Vorstellungen, was ich bewirken kann. Das sind doch Fragen, die immer wieder auftauchen und nicht geklärt werden. Ich finde auch bei dem Wort „Macht“, dass man nicht das Substantiv nehmen sollte, sondern das Adjektiv „mächtig“. Das hat eine ganz andere Bedeutung als Macht, wenn etwas mächtig ist, dann sieht man das positiv, und wenn man „Macht“ nimmt, ist es negativ. Ich denke, wenn wir mächtig sind, ist das phantastisch, wenn wir mächtig vorangehen und mächtig ändern und mächtig arbeiten. Das noch einmal zur Macht.

B: Wenn man den Gadamer liest, dann kann man den § 1 des Organons nicht mehr unterschreiben, wegen des einen Wörtchens „macht“, das geht dann nicht mehr. Es geht um die Verborgenheit der Gesundheit und die Wiederherstellung der Gesundheit, schreibt Hahnemann auch. Aber es liegt nicht in unserer Macht, und das machen wir auch nicht, das kann man nicht machen in dem Sinn. Das ist eine Thematik, die nicht mehr so ausgeführt werden kann. Wenn man die Subjektivität mit reinnimmt, kommt das Thema Macht zum Vorschein, aber eigentlich ist Heilen etwas anderes. Im Sinn der Wiederherstellung der Gesundheit.

O: ... Bei solchen Themen wie Macht gehe ich immer ganz rüde auf die sprachliche Ebene: Wo kommt es her? Nicht um zu sagen, dass man es nicht mehr benutzt, sondern: Was kann uns das sagen. Da ist natürlich „machen“ dahinter. Wenn wir aus Substantiven Verben machen, dann wird die ganze Szenerie klar. Hans Jürgen Heringer hat mal gesagt: „Ein Verb ist, wie wenn man in einem dunklen Raum ein Licht anmacht.“ [6] Plötzlich ist Szene da. Zum Machen gehört einer, der macht und etwas, das gemacht wird, also mindestens 2 Mitspieler. Und dann gehören noch die Fakultativen dazu, wann, wer, wohin usw. Wenn man diese Instrumentarien der Sprache mal öffnet, sieht man, was man die ganze Zeit schon mitschleppt. Einfach das so ein bisschen anzuschauen und zu schauen, was man damit machen kann. Dann kommt heraus: Ich bin Heiler, ich heile, das ist ein aktiver Prozess, ein Unterstützungsprozess usw. Kann hilfreich sein, muss nicht sein.

T: Ich weiß nicht, ob das stimmt, ich habe gehört, dass das Wort Macht nicht von „machen“ kommt oder mit machen zusammenhängt, sondern mit Vermögen, also mit Können.

B: Ich wollte nur sagen, was meine heimliche Sehnsucht war bei der Aufstellung: Dass die Subjektivität zum Arzt geht. Das war so eine heimliche Sehnsucht, dann war ich erst mal so kurz enttäuscht, dass sie das nicht gemacht

hat, und dann ging es so, wie es dann geworden ist.

T: Sie hatten ja vorher die Entmystifizierung der Homöopathie im Blick, die Homöopathie ist ja nicht bewiesen und Sie wollten mit diesem Spiel sagen, was Homöopathie ist. Wenn man jetzt den Oberbegriff sucht, was ist die Heilung, ist es der Arzt, ist es die ... was ist es? Ist es ein Naturgesetz, oder das Simile?

O: Das öffnet riesige Felder. Humberto Maturana, ein chilenischer Biologe, der großen Einfluss in der modernen Philosophie und in der Biologie gehabt hat, hat irgendwann gesagt: Erklärungen sind Schnuller, irgendwann ist einfach gut. Das öffnet viel. Das klingt heftig, ist aber gut gemeint. Mein Eindruck ist, es rundet sich jetzt.

B: War das jetzt dein Schlusswort? Ich habe eigentlich schon alles gesagt, was ich sagen wollte, ich möchte nur noch die Hoffnung anschließen, dass es für alle etwas in Bewegung gesetzt hat, und ich habe ein gutes Gefühl dabei, dass sich etwas verwirklichen lässt. Ich freue mich auf ein Wiedersehen, ich bleibe noch hier bis morgen. Da werden wir uns vielleicht noch austauschen können.

4. Ausklang

Im Rückblick auf die gemeinsame Inszenierung scheint uns am wichtigsten zu sein, dass sie zu einer der produktivsten Haltungen philosophischen und therapeutischen Handelns Anregung sein kann, nämlich, dem Staunen Raum zu geben. Dies würde z. B. bedeuten, auf dem methodischen Weg der Inszenierung dem Vertrauten als Unvertrautem, Neuem, Fremdem zu begegnen, und dadurch Möglichkeiten zu schaffen, gewohnte Unterscheidungen und Sicherheiten wie neu – und damit auch als neu entscheidbar – zu erleben. Teilweise waren entsprechende Möglichkeiten im Prozess der Inszenierung und der Auseinandersetzung dazu zu entdecken.

Dem Begreifen des Subjektiven scheint eine Schlüsselrolle zuzukommen in einem Prozess, der sowohl über die Grenzen der Homöopathie hinausgeht, als auch die Notwendigkeit der Begrenzung aufzeigt. Gerade vor dem Hintergrund des Subjektiven erscheint eine klare Begrifflichkeit unumgänglich, wenn wir nicht der Beliebigkeit anheim fallen sollten. Polemischerweise ließe sich fragen, ob dies Hahnemann meinte, indem er formulierte: „Im gesunden Zustand des Menschen waltet die geistartige Lebenskraft (Autokratie) unumschränkt. Als Dynamis belebt sie den materiellen Körper (Organismus) und hält alle seine Theile – in Gefühlen und Tätigkeiten – in bewundernswürdig harmonischem Lebensgang. So kann sich unser inwohnender, vernünftiger Geist dieses lebendigen, gesunden Werkzeugs

frei zu dem höheren Zwecke unsers Daseins bedienen.“ [5, § 9, S. 53]

„Unser Ichbewußtsein verweigert der Naturwissenschaft und Technik das Psychologisch-Sein und das Theologisch-Sein und wundert sich dann darüber, dass sie seelenlos und gottlos sind. Umgekehrt zeichnet es die Rückwärtsgewandtheit mit den Titeln religiös, naturverbunden, sinnbezogen aus - während sie doch die gezielte Abkehr von der Religion, der Natur, dem Sinn (ursprünglich = Richtungssinn!) des wirklichen Lebens ist. So sind wir doppelt entrückt: erstens von Mythos und Natur, weil die objektive Seele aus ihnen gewichen ist und sich in die Technik verlagert hat, zweitens von der Technik als unsrer heutigen Natur und Mythologie, weil wir an der Natur hängengeblieben sind.“ [4]

Halten wir die Spannung, die sich zwischen diesen beiden Zitaten zeigt, subjektiv aus, um noch klaren Verstandes zu sein und nicht Erfahrung auf sich beruhen lassen zu müssen? Bewirken gar am Ende unsere Vorstellungen mehr als die Arzneimittel selbst, wie dies Zimmermann an einer Stelle seiner Ausführungen beim ICE 5 andeutet? Oder setzen wir auf diese Weise gar als Behandler die Wirkung unserer Arzneimittel außer Kraft? Warum soll nicht jener dynamische Prozess, den Hahnemann im Theorieband seiner chronischen Krankheiten andeutet, nicht umgekehrt wirken, vom Behandler zum Patienten, indem er den Kummer durch eine andere Emotion ersetzt, sozusagen analog der Gegenübertragung, die sich als solche nicht durch ein Arzneimittel bannen lässt oder diese gar verfälscht? Ist es dann damit getan? Sind wir selbst wirksam homöopathisch oder wenden wir die Homöopathie nur an? Inwiefern müssen wir selbst pathologisch werden, um heilsam zu sein?

„Hahnemann war ein Meister der Selbstvergiftung“ so Peter Sloterdijk.

Hahnemann: „Allein die krankhaft gestimmte Lebenskraft bringt die Krankheiten hervor.“ [5, § 12] und damit auch homöopathische Heilungen? Fragen über Fragen blieben offen. Die Bruchlinien und Verwerfungen obiger Ausführungen mögen genug Zeugnis der Natur des behandelten Gegenstandes sein, des Subjektiven und seiner Faktoren.

Literatur

- [1] Baitinger H: Körperliche und seelische Krankheit. In: Döring-Meijer H (Hrsg.): Systemaufstellungen. Geheimnisse und Verstrickungen in Systemen. Ein dynamischer Beratungsansatz in der Praxis. Paderborn: Junfermann; 2004: 113 ff.
- [2] Gadamer HG: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1993.
- [3] Gadamer HG: Wahrheit und Bewußtsein. MP3-Datei. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- [4] Giegerich W: Das Begräbnis der Seele. In: Die technische Zivilisation, *Psychische und Geistige Körperwelt*, Eranos Jahrbuch 1983, V. 52, pp. 211-276 (Insel Verlag)
- [5] Hahnemann S: Organon der Heilkunst. Neufassung der 6. Auflage mit Systematik und Glossar. Von Josef M. Schmidt. München: Elsevier; 2003.
- [6] Heringer HJ: Einführung in die Praktische Semantik. Heidelberg: 1977.
- [7] Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 5). Der subjektive Faktor Arzt bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf. Audio-CD/MP3-Datei. Köthen (Anhalt): InHom; 2005.
- [8] Maturana, H, Varela F: Der Baum der Erkenntnis. München: Goldmann; 1987.
- [9] Schmidt, JM: Taschenatlas Homöopathie in Wort und Bild: Grundlagen, Methodik und Geschichte. Heidelberg: Haug; 2001.
- [10] Simon FB: Gemeinsam sind wir blöd?! Heidelberg: Carl Auer; 2004.
- [11] Sloterdijk P: Die Andersheilenden: Über einige Aspekte der Homöopathie im Lichte des philosophischen Therapiegedankens der Neuzeit (Festrede). In: 200 Jahre Homöopathie: Festakt in der Paulskirche zu Frankfurt am Main, veranstaltet vom Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte. Heidelberg: Haug; 1996.

Biographische Notizen zu den Autoren

Hans Baitinger

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Psychotherapie. Dozent in der Weiterbildung Homöopathie (Landes-Ärztchamber Bayern und Landesverband Bayern des DZVhÄ). Akzente auf der psychotherapeutischen und philosophischen Begleitung von Arzt und Patient. Im Philosophen Matthias Ohler hat er einen kreativen und erfahrenen Begleiter gefunden.

Am Stadtpark 95
D-90409 Nürnberg
Mail: rundbriefe@baitinger-therapie.de
Web: www.baitinger-therapie.de

Matthias Ohler, M. A.

Philosoph, Linguist, Berater, Musiker. Geschäftsführer der Auer & Ohler GmbH Heidelberger Kongressbuchhandlung und von MatO Records. Publikationen zu Wissenschafts- und Erkenntnistheorie.

Mühlweg 11
D-69253 Heiligkreuzsteinach
Mail: info@matthias-ohler.de
Web: www.matthias-ohler.de

Die Globalisierungsfalle – Patient als Therapeut, Therapeut als Patient, und die Arznei zerkugelt* sich

Ein Spiel mit Modellen: Mangialavori und Sankaran im Vergleich – und der Versuch einer Meta-Ebene

* Wiener Idiom für „biegt sich vor Lachen“

Verwirrt durch die Vielzahl an homöopathischen Schulen und auf der Suche nach mehr Klarheit, führte ich vor etlichen Jahren Interviews, man könnte sagen „Anamnesen,“ mit einigen originellen Homöopathie-Modell-Autoren wie Karl-Josef Müller und Massimo Mangialavori, da mich das Phänomen des Therapeuten als des bislang wenig beachteten Dritten im Bunde von Patient und Arznei interessierte. Ich war neugierig, ob und wie sich aus der „Anamnese“ des Therapeuten nachvollziehen ließ, wie er dazu gekommen war, sich gerade der Homöopathie zu widmen und welchen Zugang zur Homöopathie er – bedingt durch seine Eigenart – entwickelt hatte. Mit anderen Worten: Wenn sich im Modell sein Konstrukteur wiederfinden lässt und später auch die Anwender, die aus einer Vielzahl von Möglichkeiten dieses eine Arbeitsmodell wählen, dann müssen die Ergebnisse mit den Anwendern zu tun haben.

Meine Freundin und Kollegin Jutta Steinacker hat sich vor zehn Jahren für Rajan Sankarans Methode entschieden, ich habe mich vor zehn Jahren für Massimo Mangialavoris Methode entschieden. Es lag also nahe, uns selbst als Anwenderinnen unter die Lupe zu nehmen. Wir begannen daher bei manchen unserer PatientInnen zwei Anamnesen zu erheben und sie zu filmen. Wir waren uns bewusst, dass wir unsere PatientInnen durch einen doppelten Filter wahrnahmen: einerseits durch unsere Unterschiede als Individuen, andererseits durch unsere sehr unterschiedlichen Methoden. Tatsächlich ergab sich daraus, dass wir von ein und derselben Patientin oft zwei Geschichten hörten. Diese Geschichten schienen manchmal wenig miteinander zu tun zu haben und führten daher auch zu anderen arzneilichen Ähnlichkeitszuschreibungen. An einer unserer Erfahrungen möchte ich Sie heute teilhaben lassen. Es geht mir dabei nicht darum, die – womöglich als einzig richtig postulierte – Verordnung zu zeigen oder um irgend eine andere Wahrheit, sondern um ein sanftes Rütteln an ein paar Paradigmen, die mir durch die Entwicklung der letzten Jahre nicht mehr haltbar scheinen.

Der Beobachter ist nicht objektiv

Der TITEL unseres Kongresses, „Der subjektive Faktor Arzt“, setzt etwas als gegeben voraus, das eine deutlich andere Sicht der Rolle des Arztes bedeutet, als Hahnemann sie hatte.

„Diese individualisierende Untersuchung eines Krankheitsfalles ... verlangt von dem Heilkünstler nichts als Unbefangenheit und gesunde Sinne ...“ – dies ist eine Forderung, die wir heute als nicht einlösbar betrachten, als Illusion, als überholt [1, § 83].

Hahnemann überholen?

In diesem Zusammenhang fiel mir bei der Vorbereitung ein Ausspruch ein, der unserem seligen Kaiser Ferdinand nachgesagt wird. Als er 1848 davon erfuhr, dass die französische Revolution im Gange war, soll er verwundert gefragt haben: „Ja, dürfen´s denn das?“

Dürfen wir Hahnemann in Frage stellen?

Wollen wir Hahnemanns Aufforderung: „Macht's nach, aber macht's genau nach“ treu bleiben, haben wir die Wahl, dies auf einer oder auf zwei Ebenen zu tun:

- Auf der Ebene der ERGEBNISSE seines Denkens und Experimentierens, dann folgen wir seinen Prämissen, und bleiben im Kontext seiner Zeit. Eine dieser Prämissen ist, es existiere ein „vorurteilloser Beobachter“ mit „unbefangenen Sinnen“ [1, § 6, § 83].

Oder auch:

- Auf der Ebene der ART und WEISE, wie er gedacht und geforscht hat – Altes in Frage stellend, kreativ, differenzierend, dann übernehmen wir auch seinen PROZESS und führen ihn in unserer Zeit weiter.

In einem der wichtigsten philosophischen Werke des 20. Jahrhunderts, „Sein und Zeit“ schrieb Martin Heidegger, dass das Niveau

einer Wissenschaft sich daran misst, wie weit sie fähig ist, periodische Revisionen ihrer Grundbegriffe, die durch den Wandel des erkenntnis-theoretischen Beziehungsrahmens notwendig werden, zuzulassen, ohne sich aufzulösen [2].

Das gilt auch für unsere Homöopathie, und einer jener revisionsbedürftigen Begriffe ist der des „objektiven Beobachters“.

Einstein soll zu Werner Heisenberg 1926 gesagt haben: „Erst die Theorie entscheidet darüber, was man beobachten kann.“

Beobachter und Beobachtetes sind nicht trennbar, wie Heisenberg in der Quantenphysik zeigte. Provokanter formuliert: „Objektivität ist die Wahnvorstellung, Beobachtungen könnten ohne Beobachter gemacht werden. Die Berufung auf Objektivität ist die Verweigerung von Verantwortung – daher auch ihre Beliebtheit. Das Fundament der eigenen Urteile scheint dadurch außerhalb von mir zu liegen und nichts mit meinen Vorlieben und Interessen (*U S-K: Und ich würde hinzufügen: Prägungen*) zu tun zu haben [4].

Da Subjektivität nun als unvermeidlich erkannt ist, stellt sich die Frage, ob dies nur ein Malheur oder nicht vielleicht auch eine Quelle von – subjektiv verlässlicher, weil im Subjekt reproduzierbarer – Information ist.

Wir könnten unsere Subjektivität auch beschreiben als Resonanz des Beobachters auf das, was ihm sein Gegenüber entgegenbringt – und in diesem Sinne sind natürlich beide Beobachter ihres jeweiligen Gegenübers, Therapeut und Patient. Auch unsere Patienten reagieren auf uns, und wenn man sie danach fragt, dann kann man ganz wichtiges Feedback bekommen, wie Sie hören werden. Diese Resonanz findet auf jeden Fall statt, unbewusst oder bewusst. Resonanz ist bewusstseinseinsfähig, und diese Fähigkeit ist kann geschult und nutzbringend angewendet werden.

Das ist ein Aspekt, den ich heute etwas beleuchten möchte.

Das individuelle Arbeitsmodell

Der andere, mich nicht weniger beschäftigende Aspekt ist die Unterschiedlichkeit unserer homöopathischen Arbeitsmodelle. Homöopathie ist schon lange nicht mehr gleich Homöopathie, und gerade in den letzten Jahren schießen homöopathische Schulen aus dem Boden wie Pilze nach dem Regen.

Auch hier ist es wiederum kein Zufall, welcher Homöopath welche Schule begründet und welcher Schule wir, die wir mit vielen Wahlmöglichkeiten konfrontiert sind, uns anschließen.

Wenn ich Ihnen sage, dass ich seit zehn Jahren nahezu ausschließlich bei Mangialavori meine Fortbildungen gemacht habe, dann sagt das etwas über mich aus, wenn ich meine Gründe dafür nenne. Meine Kollegin Jutta Steinacker, die Sie heute noch hören und sehen werden, hingegen fährt seit ungefähr ebenso langer Zeit zu Sankaran nach Indien, und ihre Begründungen dafür sagen etwas über sie aus.

Meine Gründe waren:

- **Der wissenschaftliche Anspruch** Mangialavoris, durch den ich hoffte, der Schulmedizin etwas Klares, Eigenes, höchsten wissenschaftlichen Kriterien Genügendes entgegenzusetzen zu können. Als eine, die an der Universität Homöopathie unterrichtete, war mir dies wichtig, weil ich meinte, dann würde man mich und meine Homöopathie ernst nehmen müssen.
- Dazu gehörte **die Präzision der Aufzeichnung**: Wie wichtig die Wortwahl der Patienten ist, war vor einigen Jahren noch keineswegs so bedeutsam wie es mittlerweile von mehreren homöopathischen Schulen gesehen wird.
- **Das lange Follow-up** von mindestens zwei, oft aber auch 8 bis 10 Jahren mit dem Anspruch, **eine einzige Arznei** für die chronische Situation, aber auch in Akutsituationen zu verwenden, d. h. die **praktische Bewährung als Basis** für das, was gelehrt wurde.
- Das **Hinterfragen von tradierten „Wahrheiten“** war für mich nicht so sehr ein böser Tabubruch gegenüber den alten Meistern. Vielmehr freute es mich zu verstehen, wie manche Dogmen sich als Produkte der Bedingungen eine bestimmten Zeit entwickelt hatten.
- Eröffnen eines **riesigen Materia-medica-Spektrums**, von dem ich bislang nur geträumt hatte.
- Vertiefung des Begriffs der Ähnlichkeit weg von einer Liste von oft sehr oberflächlichen Symptomen hin zu einer Ähnlichkeit von Strategien und Prozessen zwischen Patient und Arznei, also **ein dynamisches Konzept von Ähnlichkeit** statt eines statischen Mosaiks von Symptomen. Es war ein einziges intellektuelles Vergnügen mit der Aussicht auf praktische Bewährung.

Ich nahm in Kauf, dass ich in den ersten Jahren keineswegs wesentlich erfolgreicher war, dass sich die Umsetzung schwierig gestaltete, und ich musste erkennen, dass ich nicht nur eine Menge an Wissen zu erwerben hatte, sondern auch an mir und meiner Kompetenz in der Gesprächsführung zu arbeiten hatte.

Ich möchte Sie bitten, zu überlegen, was Ihre wichtigsten Kriterien sind für die Wahl Ihrer homöopathischen Weiterbildungen. Was suchen Sie? Was spricht Sie an? Wo bleiben Sie? Wo laufen Sie gleich wieder weg?

Unser Experiment: zweifache Anamnese

Meine Kollegin Jutta Steinacker und ich hatten die Idee, ein Experiment zu machen, etwas, das uns interessant schien, anregend, lehrreich. Wir beschlossen, PatientInnen zu filmen, und zwar innerhalb einer Woche zwei Erstanamnesen von ein und demselben Patienten, derselben Patientin. Wir verglichen die Informationen, die wir erhielten, wir verglichen unsere Eindrücke von den Patienten, wir trafen zunächst jede für sich aufgrund ihrer eigenen Anamnese eine vorläufige Therapieentscheidung.

Welche Arznei der Patient oder die Patientin dann letztlich bekam, beschlossen wir gemeinsam – manchmal einigten wir uns leicht, manchmal setzte sich diejenige durch, die sich ihrer Verordnung sicherer war und das bessere Plädoyer hielt.

Von den 5 Patienten, die wir auf diese Weise bisher begleitet haben, habe ich bewusst eine ausgesucht, während deren Behandlung ich deshalb viel gelernt habe, weil sie nicht glatt und eindeutig verlief. Außerdem wollte ich Ihren inneren Suchprozess nicht durch eine langweilig eindeutige, wenn auch vielleicht geniale, Verordnung lähmen.

Wichtig ist zu erwähnen, dass die Patientin schon vorher bei anderen Homöopathen in Behandlung war, das heißt, sie wusste ungefähr, was auf sie zukommen würde, was insofern bedeutungsvoll ist, als es dadurch nicht wahrscheinlich ist, dass das Erstgespräch eine besonders revolutionäre Wirkung – Placebo oder Nocebo – haben würde.

Natürlich können Sie sagen, die Patientin ist nach *einer* Anamnese schon nicht mehr derselbe, so wie man nicht zweimal im selben Fluss baden kann – ich bitte Sie, diesen unvermeidlichen Mangel für unseren Zweck zu vernachlässigen.

Ich möchte Sie einladen, Ihre Aufmerksamkeit während der Videos auf mehreren Ebenen mitlaufen zu lassen:

- Was sind Ihre Gedanken, Gefühle, Empfindungen, wie reagieren Sie auf die Patientin ?
- Was scheint Ihnen der rote Faden zu sein, welche wichtigen Themen tauchen in diesem biografischen Ausschnitt aus dem Leben der Patientin während der Anamnesen auf?

- Was wäre Ihr Feedback zu den beiden Arten der Gesprächsführung?
- Und natürlich: Was hätten Sie verordnet?

Die erste Anamnese

Maria, Anfang 30: *eine etwas untersetzte, stämmige ungeschminkte junge Frau, die wirkt, als sei sie körperliche Arbeit gewöhnt, ihr Gang ist eher männlich, auffallend auch die Behaarung der Unterarme.*

Ich habe viele unterschiedliche Schmerzen, eine Verkalkung in der linken Schulter, früher habe ich viel Volleyball gespielt und schwere Lasten gehoben auf dem Bauernhof ... Dann habe ich Tischlerin gelernt.

? Wie sind die Schmerzen?

Es sticht im Gelenk ..., der Schmerz strahlt in die Brust aus, und ich bin total verspannt.

? Nähere Beschreibung?

Es ist ein feines Stechen im Schulterbereich ..., wie dünne Nadeln, manchmal in Ruhe, manchmal nach oder während Bewegung, ...

? Wie lange schon?

Schon seit ein paar Jahren durch die Schmerzen verspanne ich mich dann noch mehr, ständig tut irgendwas weh

? Was tut noch weh?

Im linken Hinterkopf, jeden Abend ... beim Hinlegen krieg ich dann keine Luft mehr durch das linke Nasenloch, das Auge fühlt sich entzündet an, es brennt, aber man sieht von außen nichts ..., es ist pulsierend rund um das Auge Besonders wenn ich auf der linken Seite liege, nach dem Aufstehen ist es dann weg ...

Im Hinterkopf ist es ein Stechen.

Die Antworten sind relativ kurz und knapp und ich muss viel nachfragen. Ich habe das Gefühl, dass die Patientin zwar bereit ist, zu erzählen, aber nicht viel Raum einnehmen will, so als würde sie mich belästigen, wie jemand, die nicht gewöhnt ist, sich auszubreiten oder gehört zu werden.

? Wie das in der Schulter?

Ja, dieselbe Art von Stechen wie in der Schulter ...

? Welche Schmerzen noch?

In der rechten Hüfte, da fehlt ein Stück, ich habe eine Dysplasie ..., manchmal ist es sehr entzündet, es zieht dann runter beim Oberschenkel fast bis zum Knie ... Mehr nach Bewegung, ich tanze sehr gern ..., ich tanze seit zwei Jahren (die Fünf Rhythmen – eine Art therapeutischen Tanzens) ..., im Kreuzbein und in der Hüfte tut es weh ... ich habe schon chinesische Kräuter dagegen genommen und von einem Homöopathen Rittersporn bekommen.

? Wie tanzen Sie?

Exzessiv ..., ich bewege mich irrsinnig gern, wenn ich nicht tanze, bin ich unruhig und

unausgeglichen, wie zum Aus-der-Haut-fahren, einfach nicht in meiner Mitte ...

? Wie ist das dann, wenn Sie nicht tanzen?

Ich denke ohne Ende, es rattert im Kopf, ich kann es nicht abstellen, auch nicht in der Nacht, ich schlafe schlecht ...

? Träume, Gedanken?

Tagesreste was mich tagsüber beschäftigt, warum es mir dauernd schlecht geht, frage ich mich ...

? Antworten?

Weil ich keine leichte Kindheit hatte, mein Vater ist Alkoholiker, die Ehe der Eltern war nicht gut, sie haben viel gestritten ..., mein Zimmer war über der Küche ..., ich fühlte mich hilflos ..., wütend auf meinen Vater ...

Wenn er nicht getrunken hat, dann war er oft jähzornig ..., sehr verletzend zu mir, hat Dinge gesagt wie: „Schau nicht so blöd“

? Wie war das für Sie?

Manchmal habe ich überlegt, die Polizei zu rufen, er wurde handgreiflich gegen die Mutter, selten gegen mich ..., ich habe Hass aufgestaut gegen meinen Vater ...

Einerseits bin ich sehr wütend, aber er hatte vor einem halben Jahr einen Herzinfarkt, und er ist ein armer alter Mann, der auch eine schlimme Kindheit hatte

? Ihre Kindheit?

Die Eltern hatten keine Zeit, Kinder waren zweitrangig, ich war einsam, Habe mich viel in der Gegend herumgetrieben und eine Ersatzfamilie gefunden bei meiner Nachbarin, ich habe mich um ihren Sohn gekümmert ...

? Sonstige Krankheiten – auch früher?

Kinderkrankheiten ...

Mit 14 erstes Mal Grippe ..., sonst nichts

? Ängste, Träume?

Ein Alptraum, der sich wiederholt hat: Wir wohnen in der Nähe der Kirche, es gab einen hohen Kirchturm ..., ich hatte Angst, dass der Kirchturm auf unser Haus fallen würde ...

? Verhältnis zur Kirche?

Ich war klassisch katholisch erzogen,, musste in die Kirche gehen, weil alle in die Kirche gehen ..., ich wollte nicht und habe mich in mein Zimmer eingesperrt. Dann war meine Mutter sauer und hat mir die Tür fast eingetreten

? Mutter?

Sie hatte wenig Zeit ... Ich hatte kein Vertrauen zu ihr, sie hat mein Tagebuch gelesen ...,

ich kann meine Eigenart nicht leben, sie sah mich nicht als eigenständiges Wesen ...

? Mehr darüber?

Ich habe eine höhere Schule besucht in der nächst größeren Stadt und auch abgeschlossen.

Dann wollte ich Kindergärtnerin werden,

Ich war oft verkühlt, oft geschwollene Mandeln ..., total verschnupft.

Während der Menstruation hatte ich starke Krämpfe mit Fieber und Erbrechen, ich muss mich immer noch zurückziehen während der Menstruation, ich brauche dann Ruhe und die

Wärmeflasche, aber im Vergleich zu früher ist es viel besser,

? Sonstige Krankheiten?

Einmal eine große Operation: Mit 16 Jahren hatte ich einen Zwilling am Steißbein ..., bis das nach der Operation wieder gut war, hat es ein Jahr und zwei Wochen gedauert, Man konnte den Daumen in die Wunde legen (schlechte Wundheilung) ...

Einmal habe ich mir eine Nadel in den Fuß pfeilgrade eingetreten ...,

? Das Schlimmste derzeit?

Ich bin total verspannt im Nacken und oberen Rücken ..., wie ein Druck, ich kann mich dann nicht aufrichten ...

? Was für eine Art von Druck?

(Geste)

Kennen Sie das Gerät, das bei Ikea getestet, den Widerstand ...

? Wie geht der Test bei Ihnen aus?

Ich geb nicht nach.

? Was hat Einfluss?

Bei Bewegung wird es besser ...

? Was war noch wichtig in Ihrem Leben?

Ich bin als Kind missbraucht worden, mit 8 oder 9, ein paar Jahre lang, ich hatte das völlig verdrängt, mit 14 sind plötzlich Bilder aufgetaucht ..., es war anstrengend ...,

ich habe es meiner Ersatzmama erzählt, ich war nicht sicher, ob sie mir geglaubt hat,

? Wie hat sich der Missbrauch ausgewirkt?

Sicher auf meine Sexualität, ich lebe mit einer Frau zusammen.

? Ihre Beziehungen?

Beziehungen sind wichtig, weil man viel voneinander lernen kann, was ich jetzt lernen muss, ist meine Grenzen ziehen, schauen, was will ich, und was will ich nicht ...,

oft merke ich es zu spät, werde unruhig und fühle mich ausgenützt,

? Ihre Reaktion darauf?

Massiver Rückzug, Weggehen,

? Lebenssituation jetzt?

Zur Zeit bin ich arbeitslos, ich war Werkstättenleiterin bei einem EU-Projekt ..., für Langzeitarbeitslose, die psychische Probleme hatten, ich habe sie tischlerisch angeleitet, ... es war spannend, etwas aufzubauen, ich habe alles eingerichtet ..., habe dann aber nach zwei Jahren gekündigt

? Warum?

Immer wieder Probleme mit Chefs und Chefinnen

? In welcher Weise?

Ich habe viel zu wenig gesagt, was ich gern haben würde ..., dann macht es „pumm“ in mir und dann geht nichts mehr, ich habe dann schlaflose Nächte und spüre, dass ich etwas verändern muss ...

Ich kann wenig Ärger spüren, manchmal kenne ich Hass: Ich würde dann gern mit einem Messer einstechen, so oft es geht, in den Rücken

? Wie gehen Sie mit Konflikten um?

Sie bringen mich aus dem Gleichgewicht, oft habe ich ein Gefühl, als wäre ich unterlegen ... von Anfang an ..., auch in der Arbeit, auch bei Vorgesetzten, ... ich kann meine Eigenart nicht leben ...

? Noch andere Beschwerden?

Meine Venen. Vor eineinhalb Jahren wurde mir eine Krampfader entfernt ..., meine Mutter hat das auch stark, dicke Venen ... die pulsieren und werden schwer und warm ..., ich werde dann an den Fußgelenken dicker ...

? Noch einmal die derzeitigen Beschwerden?

Kopfweh, stechend über dem Auge, linke Hüfte tut weh, obwohl röntgenologisch unauffällig, es ist wie ein entzündetes Brennen. Mein Magen und Darm sind sehr empfindlich, wenn ich nervös bin, habe ich Durchfall ...

? Was macht nervös?

Unsicherheit, eine existentielle Unsicherheit, ich fange im September einen Kurs an, würde gern was mit Musik machen, das ist meine große Leidenschaft, bin mit meiner Ersatzmama auf Jazzkonzerte gefahren ..., das war total beeindruckend ..., die Umgebung, die Leute ...

Die Kindergartenschule hat mich überfordert ..., man sollte autoritär sein und was darstellen, ich wollte nicht Theater spielen, wenn's mir nicht gut ging, ...

? Nahrung?

Ich liebe Sushi, Spinat, gern Zimt und Vanille, und ich mag nichts Bitteres oder Scharfes ...

Phasenweise viele Blähungen, auch schmerzhafte

?Träume?

Alpträume: meistens Verfolgung, Zweiter Weltkrieg ...

?Ängste?

Manchmal wegen meiner Freundin, sie hat MS, seit über 10 Jahren und es wird schlechter, ich mache mir Sorgen, wie das wohl weitergeht,

Mein Lebensmotto ist, dass alles Sinn macht, das hat mich schon oft am Leben erhalten, Ich frage gern und viel, will Dinge ganz genau wissen, schau viel im Internet nach ...

? Welche Themen zum Beispiel?

Ich würde gern mehr meine geistigen Fähigkeiten entwickeln, dass der Geist die Materie überdauert, wenn mich was fasziniert, erzähl ich's gern ...

Ich weiß, dass sich in mir mehr abspielt, als ich zeige, das ist ein Schutz von früher ..., es ist zu Hause nie um die Dinge gegangen, die mir wichtig waren, wir waren eine Schweigefamilie.

Ich wollte ursprünglich Therapie machen und studieren ..., Afrikanistik und Völkerkunde, aber ich habe finanzielle Sicherheit gebraucht, ... habe ein Semester Ergotherapie gemacht,

aber Prüfungen setzen mich sehr unter Druck, es war zu viel zu lernen

? Die letzte Arbeitsstelle?

Zuletzt war ich dauernd krank, habe schlecht geschlafen und musste mich zwingen. Ich hatte das Gefühl, ich kann meine Ideen nicht einbringen. Der Projektleiter war zwar in Teilzeitkarenz, wollte dauernd mitreden, aber war nie da ..., er weiß nichts und fordert nur,, Ich bin die Ausführende, er versteht mich überhaupt nicht, und ich ihn auch nicht ...

? Was tun Sie dann?

Rückzug ..., ich fühle mich unverstanden

Meine Analyse

Ein wichtiges Thema schien mir

die bedrohte Integrität:

- Missbrauch,
- die von der Mutter fast eingetretene Tür,
- das Tagebuch, das nicht respektiert wird,
- Gewalt zu Hause
- Der Traum, dass der Kirchturm auf ihr Haus fällt (dem Haus, einem Symbol für die Träumerin, droht Zerstörung)
- Verfolgungsträume
- in Beziehungen keine guten Grenzen setzen,
- kein Platz für Individualität (*zweimal erwähnt sie, dass sie ihre Eigenart nicht leben kann*)

ihre Strategie:

- sowohl im körperlichen (Menstruation) als auch im seelischen Bereich:
Rückzug, Vermeidung, Ausweichen, Weggehen, Kündigen ...
- Sie fühlt sich zu schwach um ihre Eigenart durchzusetzen, sie fühlt sich unverstanden und grübelt ...
- Exzessiv tanzend kann sie sich Erleichterung verschaffen

ihre Strategie in Beziehungen:

- Sie erwähnt auf die Frage, was Beziehungen für sie bedeuten, „dass man voneinander lernen kann“ (nicht etwa Liebe, Hingabe ...), sie sucht eine Frau, Männer hat sie als bedrohlich erlebt, sie sucht das möglichst Sichere und zwar eine geschwächte Frau (MS), so dass sie in der Beziehung zweifellos zumindest in körperlicher Hinsicht die Stärkere ist.

Die Beschwerden sind hauptsächlich stechend

- *Stechen (wie Nadeln, wie Messer) ist eine Empfindung, die eine Verletzung der körperlichen Integrität widerspiegelt,*
- stechende Schmerzen linke Schulter,
- stechende Schmerzen im Hinterkopf, verbunden mit verstopftem linken Nasenloch beim Liegen am Abend; Liegen auf der linken Seite verschlimmert
- Nadel in den Fuß eingetreten ...
- Fantasie: jemandem ein Messer in den Rücken stechen

Weitere Beschwerden

- Entzündetes Brennen der linken Hüfte, schlimmer nach exzessivem Tanzen, strahlt aus in Oberschenkel und Knie,
- brennende Schmerzen im linken Auge: Liegen auf der linken Seite verschlimmert, Aufstehen aus dem Bett bessert,
- Verspannung Nacken und Rücken, ein Druck, Bewegung bessert ...
- Durchfall bei Nervosität (Angst vor Versagen bei Prüfungen)

- Venenbeschwerden (Congestion, pulsierend, Schweregefühl), Stau an den Fußgelenken
- exzessives Bewegen bessert Psyche (Ventilwirkung, abreagieren von Stau)
- Menstruationskrämpfe, Wärme bessert, Ruhe und Rückzug bessern

Frühere Beschwerden

- Dermoid am Steißbein mit langsamer Wundheilung

Meine Mittelwahl

Ich war mir sicher, die Themen der Meeresarzneien nach Mangialavori zu erkennen:

- Immaturity (meine Eigenart nicht leben)
 - Distance (Sicherheitsabstand halten)
 - Safe environment (Rückzug statt Konfrontation)
- (nachzulesen in den Seminarskripten der Schule „KOINÉ“ von M. Mangialavori)

Die wahrscheinlichste Arznei schien mir *Badiaga* zu sein, zwar ein Süßwasserchwamm, dessen Themen jedoch nach Mangialavoris Erfahrung die der Meeresarzneien sind:

Badiaga, as long as compensated: stout and strong appearance,
Distance, grudge, spasmodic retraction (Rückzug)
(in circumstances, where they have to face something that they cannot endure easily, they have a quick and effective mechanism for leaving the possible danger)
Badiaga usually chooses someone who is much weaker than them because then they can play the role of the strongest
Ailments from anticipation, stagefrigh

In Reference Works:

Tumors benign (dermoid)

Lying on side agg.

Lying agg

Swelling inflammatory (Hüfte) (Schwellungen der Venen, Knöchel, Stau)

Eyes, pain during headache

Respiration obstructed while lying

Pain: stitching, shooting. {48> 230> 0} [25]

Pain: stitching, shooting: cervical region. {15> 79> 0}

Pain: stitching, shooting: cervical region: moving, on. {0> 13> 0} [1058]

Pain: stitching, shooting: cervical region: moving, on: head. {0> 8> 0}

Pain: stitching, shooting: dorsal region. {20> 162> 0} [25]

PAIN: STITCHING, SHOOTING: DORSAL REGION: BENDING SHOULDERS BACKWARD. {0> 1> 0} [25]

Pain: stitching, shooting: dorsal region: scapulae. {36> 120> 0} [1058]

Pain: stitching, shooting: dorsal region: scapulae: right. {4> 24> 0} [1058]

Pain: stitching, shooting: dorsal region: scapulae: right: under. {1> 2> 8}

PAIN: STITCHING, SHOOTING: DORSAL REGION: SCAPULAE: RIGHT: UNDER: THROWING SHOULDERS BACK, AGG. BY. {0> 1> 0}

Pain: stitching, shooting: dorsal region: scapulae: below. {5> 37> 0}

General: lower limbs. {53> 596> 0} [25]

General: lower limbs: hips. {69> 259> 0}

General: lower limbs: knees. {64> 340> 0}

Männliche Behaarung bei Frauen:

FACE; HAIR; chin, women in, on (5) : buth-aust.Mang, puls.Mang, nat-m.Mang, ol-j.HalH, sel.Mang
FACE; HAIR; lip, upper, in women (12) : calc.KentC, cortico.StphH, hydrog.ShrC, med.Ptk, nat-m.KentC, ol-j.HalH, psor.KentC, sep.CrkCt, sulph.KentC, syc-co.Pat, thuj.KentC, thyr.CrkCt

In diesen beiden Rubriken ist zwar *Badiaga* nicht vertreten, aber relativ viele Meeresarzneien, so dass es legitim scheint, zu erwägen, dass der vergleichsweise schlecht geprüfte Süßwasserchwamm dieses Symptom auch haben könnte

Verlangen: SUSHI!!

Erstanamnese mit Dr. Jutta Steinacker

7 Tage nach der ersten Erstanamnese, vor der Arzneieinnahme:

Ich habe heftige Beschwerden in der linken Schulter, Verkalkungen von Haltungsschäden, ich glaub, ich bin in Schonhaltung gegangen, Nacken, Schulter verspannt links mehr als rechts, jeden Abend ist die linke Kopfseite empfindlich, linke Nase geht zu, um das Auge herum wie Brennen, wie eine Entzündung, die Spannung geht vom Nacken über die ganze linke Körperhälfte, und in der Hüfte fehlt ein Stück, rechts, da habe ich eine Dysplasie,

ich tanze gerne ... es ist schwierig, wenn ich mich nicht bewegen kann, ich habe Beschwerden beim Gehen und Liegen, ich bin sehr behaart und das belastet mich, ich habe starken Bartwuchs, ich zupfe jeden Tag die Haare aus,

mein Immunsystem ist auch nicht so gut, habe eine Verdickung der Mandeln links und der Lymphknoten links unter der Achsel, ich hatte auch schon einige Operationen .. einmal habe ich mir eine Nadel im Fuß eingetreten, und dann hatte ich noch einen Zwillingsansatz am Steißbein (*Dermoid*), das ist ein Jahr lang nicht zugeheilt. Der Blinddarm ist auch draußen, und die Krampfader links sind operiert, manchmal ist der Fuß abends dicker,

? Was von allem ist am schlimmsten?

Schlimm ist, ständig Schmerzen zu haben, jeden Tag tut was anderes weh, es schränkt mich in meiner Bewegungsfreiheit ein, manchmal bin ich verzweifelt, vom Wesen her bin ich eher introvertiert und ruhig, ich brauche viel Bewegung.

? Introvertiert?

Es ging zu Hause nie darum, was wer fühlt in unserer Familie. Wir sind eine Schweigefamilie, es ging nie darum, wie ich mich fühle ...

(eine Geste: mit beiden Händen so, als würde sie etwas nach unten drücken)

Es geht bei mir alles hinein, alles spielt sich innen ab ...

? Was heißt das?

Es spielt sich viel in meinem Kopf ab, fühl mich völlig aus der Mitte

(Geste: Bewegung der Hände parallel vor dem Körper, so als würde sie etwas von links nach rechts schieben ...)

? Was heißt „aus der Mitte?“

Unruhig, kurz vor dem Aus-der-Haut-fahren ...

? Was ist aus der Haut fahren?

Aggressiv, ich drücke gern Wimmerln (*österr. für Pickel*) aus, selbstverletzend,

? Mehr zu: aus der Haut fahren?

Spannung, Druck, etwas muss geschehen, dass es leichter wird

? Was ist Druck?

Unwohl fühlen, hässlich sein, zu dick, enormer Druck ... Gefühl, als würde der Kopf zerspringen, ich komme nicht zur Ruhe, etwas könnte explodieren, überspannt

? Explodieren?

Wie früher – durch Reden kam nix raus, hab viel für mich behalten ...

das ist verwurzeln.

? Verwurzeln?

Die Urkraft

? Was ist die Urkraft?

Wenn man die in sich trägt, kann einen nicht so leicht etwas umwerfen,

ich glaube, dass ich das von der Psyche her habe, denn ich habe schon viel erlebt, und ich kann trotzdem ein halbwegs normales Leben führen, alles äußert sich körperlich, mein Lebensbaum ist die Trauerweide, man kann sie noch so zurückschneiden, sie treibt immer wieder aus ...

Energie ist da, aber sie ist eingesperrt ...

? Was heißt eingesperrt?

In mir drinnen, nicht so nach außen,

? Geste?

Komprimiert, erzeugt Druck ... statisch verhärtet wie ein Schutzpanzer, drinnen wund,

? Mehr?

Als müsste man ein kleines Pflänzchen schützen, man muss etwas drum herum bauen, damit es sich entwickeln kann.

? Eingesperrt?

Dann ist es kein Schutz mehr, sondern Absperrung, man kann mit anderen nicht mehr in Kontakt treten ...

? Eingesperrt?

Man kann die Gefühle nicht nach außen bringen, alles ist so komplex, keiner versteht's, dann kommt die Resignation ...

Ein Gefühl der Hilflosigkeit, das kenn ich gut von früher, mein Vater war Alkoholiker, er hat die Familie terrorisiert, ich musste zusehen und konnte nichts tun.

? Aus der Mitte?

Keine Energie haben, die Energie verpufft, kann sie nicht zentrieren ...

? Mehr dazu?

Wie nach einem Urlaub, man ist ausgeruht, nichts kann einen erschüttern oder aus dem Gleichgewicht bringen, und wenig Energie haben, das ist wie ein Grashalm im Wind, die Wurzeln fehlen, die Basis, die Urkraft,

ich bin schon früh aus meiner Familie weggegangen, die Nachbarin war eine Ersatzmama, sie hat mich überallhin mitgenommen.

? Wurzeln fehlen?

Ich weiß nicht, was meine Aufgabe ist, ich habe vieles gemacht, nichts länger als 2 Jahre ... ich würde gerne konstanter sein im Beruf, suche mir immer schwierige Dinge aus, schwierige Kollegen, habe oft Wickel mit den Chefs, ich kann mich nicht verwurzeln, weder im Job noch sonstwo, mit 8 Jahren wurde ich missbraucht,

ich habe lang niemandem etwas davon gesagt, habe es total verdrängt, der Druck war dann so groß, es musste raus, ich habe mich schuldig gefühlt.

? Was ist da raus? (*Geste*)

Lebensfreude

? Mehr?

Man kann das Leben selbst beeinflussen, nicht wie ein Grashalm im Wind, man kann beschließen, was man will.

? Das Gegenteil?

Ausgeliefert sein und keinen Einfluss haben.

? Was heißt diese Geste „nach außen“? (*mit beiden Händen nach oben öffnend*)

Bewegung, lustvoll, Genuss, berührt mich sehr (*weint*)

Träume, Wünsche, der Tanz des Lebens

viel Liebe geben und bekommen, Dinge tun, die einem gut tun, es ist fast nicht auszuhalten, ...

? Geste? (*legt sich beide Hände auf den Bauch*)

Es schnürt ein ... Zusammenziehen in Magen und Kehle ...

? Mehr darüber?

Schutz für das kleine Pflänzchen ...

?

Zusammenziehen schützt und hemmt ...

Die offene Geste – da könnte ich stundenlang heulen, lebendig ...,

(*heult bei dieser öffnenden Geste*)

? Lebendig?

Intensiv, es ist beim Tanzen zu spüren, alles ist im Fluss, Vertrauen, alles ergibt sich, so wie es gut ist, ... Leichtigkeit ..., Glücksgefühle, high

? Mehr?

In sich sein und viel Energie haben, alles ist entspannt und ruhig in mir, totaler Friede, offen aber nicht verletzlich, im Urvertrauen, ...

In der linken Schulter habe ich jetzt plötzlich stechende Schmerzen ..., ein Punkt, von dem es ausstrahlt zur Brust und in den Arm, plötzlicher Stich, weiß dann nicht wie ich liegen soll, schränkt mich total ein, würde mich gern viel ausgelassener bewegen, Gefühl gegen eine Mauer zu rennen.

? Gegen eine Mauer?

Jemand zeigt mir die Grenzen, ich habe das Gefühl, ich renne dauernd mit dem Kopf wo an, hemmt, schränkt ein, als würde ich wo dagegen rennen, wollte schon als Kind viel lesen, es war nicht möglich, Bücher waren zu teuer, ich war sehr neugierig, ich konnte mich nicht schützen, mein Bruder war gemein, hab versucht mich zu wehren, hatte so eine Wut, meine Mutter hat gesagt, geh sei vernünftig, du bist doch ein Mädchen ... eine Energie spürte ich, ich wusste nicht wohin damit, hätte mich gern verteidigt, gewehrt (*Gesten!!!!*)

? Verteidigen?

Schützen, bevor man verletzt wird, ...

abstoppen, sich wehren, nein sagen und Selbstbewusstsein haben ..., sich verteidigen ...,

? Handbewegung?

Das ist Kampf, sehr körperlich und gewalttätig, (*macht eine Faust*)

Wut ausleben, Stärke zeigen, sich nicht unterkriegen lassen, Kampf gegen Ungerechtigkeit,

? Was ist Stärke?

Muskelanspannung, brutal – geht bis aufs Blut, nicht aufgeben,

überleben heißt sich durchsetzen, richtige Entladung wie bei einem Gewitter, wenn Blitz wo einschlägt, als könnte man sich gegenseitig umbringen, tief sitzender Hass, totale aufgestaute Wut ... blinde Wut ... ich würde mit dem Messer kämpfen, jemandem ein Messer hineinrennen ...,

? Träume?

Ein Wiederholungstraum: Der Kirchturm fällt um und genau auf mein Zimmer, bin hilflos ausgeliefert, weiß nicht ob ich zerquetscht werde ...

? Freizeit?

Tanzen, Wald, Natur, beruhigt, bringt meine rotierenden Gedanken zur Ruhe, ich brauche Zeit für mich, harzig feuchte Wiesen ..., barfuss durch die Wiese gehen, sehr geborgen

? Tiere?

Bin mit Katzen aufgewachsen, einen Lieblingkater, habe gern Hunde, Katzen, die merken Stimmungen, sehr weich, das Verspielte der Katzen, Tiere heben unsere Beschränkungen auf

02.08.05

Traum. Vom Wasser: Ich stehe auf einer hohen Leiter, versuche, eine Jalousie zu montieren, ich habe Angst, ins Wasser zu fallen, ich bin als Kind stundenlang in der Regentonne gesessen und wollte nicht mehr heraus, (*trägt einen Schmuck*)

das Shivaauge von einer Schnecke, der Kreiselschnecke, diese Schnecke hat einen Deckel, wenn sie den schließt, kann sie sich vor Gefahren schützen, ... niemand bringt den Deckel auf, erst wenn sie tot ist.

Die Spirale ist ein Lebenssymbol (*zeigt die Spiralbewegung nach oben, ist offensichtlich engagiert in dem, was sie erzählt*).

? Bis aufs Blut?

Heiß, pulsierend, dickflüssig, etwas Gewaltiges, ein Raubtier, Kriege, alte Stämme, die jagen, wo man sich nicht nur abgeballert hat: Sich gegenseitig verletzen mit dem Messer ist ein ehrlicher Kampf, direkte Konfrontation, den Gefühlen freien Lauf lassen, befreiend.

? Was heißt das?

Direkt, energievoll, ohne viel Nachdenken, ohne Blockaden, die Urkraft der Instinkte

? Urkraft?

Eine große innere Kraft, eine alte Kraft, etwas, das den Menschen ausmacht, was eine Persönlichkeit ausmacht, großes inneres Vertrauen und Einsamkeit, unbeirrt seinen eigenen Weg gehen, man muss das tun, egal ob es die anderen verstehen.

? Instinkte?

Tierisch, ich bewundere die Tiere, das ist ungefiltert, Wölfe und Bären, der Wolf steht mir nahe, faszinierende Augen, alt, Sanftheit und Bestimmtheit, faszinierend und er ist ein Rudeltier, lebt in der Gemeinschaft

?

Sich gegenseitig beschützen, gegenseitig Verantwortung übernehmen, passiert instinktiv, ich streife gern allein herum, im Wald, in der Natur

? Kämpfe?

Mit den Zähnen bis aufs Blut, so lange, bis einer stirbt, das hat Kraft, auch wenn es einen das Leben kostet, kann sehr einsam sein ...

Überzeugt von meiner Badiaga-Idee gelang es mir, mich durchzusetzen und die Patientin erhielt BADIAGA MK.

Verordnung: *Badiaga MK*

Der Fallverlauf, 6 Wochen später

„Ich habe mich nach der Arznei total allein und unruhig gefühlt, allein, ... ungeschützt, einmal habe ich in der Tanztherapiegruppe eine Musik ausgesucht und gespielt, eine Musik, die mich sehr berührt, und ich war total gekränkt, dass einige im Raum überhaupt nicht hingehört haben, sondern einfach gequatscht haben. Normalerweise bringe ich in so einer Situation keinen Ton heraus und ziehe mich total zurück. Aber an dem Abend hab ich das unbedingt sagen müssen, dass ich verletzt war ... Das war eigentlich sehr erstaunlich für mich.

In den letzten Tagen waren die Schmerzen schlimm, wund und pulsierend ..., wenn massiert und berührt dann besser, ich hatte das Bild, ich kann es lindern, indem ich hineinsteche, und dann kommt etwas heraus, und das ist die totale Erleichterung ... wie ein Stau, als würde es sich alles stauen, und durch das Hineinstechen würde es sich lösen ...

Träume: Nichts ...

Ich fühle mich extrem ungeschützt, wenn ich unsicher bin, dann kommt schnell links im Gesicht der Druck und Krampf und das Pulsieren ..., Draufliegen und Draufdrücken macht es besser ...

Die Rippengeschichte hat sich auch verstärkt ... es ist wie verschoben und kann nicht mehr zurückrutschen ... eine Spannung

FEEDBACK der Patientin über die beiden Anamnesen

„Die Gespräche waren irrsinnig unterschiedlich so, wie Sie gefragt haben (U S-K), das kenne ich schon, das war nicht neu, J. St. hat mehr mit Bildern gearbeitet mit Wörtern ... sie bohrt irrsinnig nach, das ist spannender, das mit den Bildern auch, weil es neu war, hat es mir irgendwie mehr Mut gegeben, die Vorstellung, diese Möglichkeit gibt es also auch

Bei Ihnen (U S-K) hab ich, ehrlich gesagt, das Gefühl gehabt, dass Sie distanziert sind. Das einzige Mal, wo ich das Gefühl gehabt hab, Sie sind berührt, war, wie ich das von der Nadel erzählt hab, die ich mir eingestochen habe, und es war mir auch zu schnell, ich bin sowieso schon eine langsame, und ich brauche Zeit, und das hat bei Ihnen nicht so gepasst.“

Ich war überrascht von dem negativen Feedback der Patientin, ich hatte mich selbst durchaus empathisch und nicht distanziert gefühlt.

Meine Kollegin und ich waren uns einig, dass *Badiaga* nicht ausreichend gewirkt hatte, um – angesichts der anhaltenden Schmerzen – dabei zu bleiben. Da in der zweiten Erstanamnese wesentlich deutlicher der Aspekt der Aggression zum Vorschein gekommen war (wohlgemerkt vor der *Badiaga*-Einnahme), hakten wir die „Meeresarzneien“ (einschließlich der Süßwasserarzneien) ab und suchten im Sankaranschen Tierreich, wobei die Patientin selbst die Wölfe angeboten hatte.

Zweite Verordnung

LAC LUPINUM (WOLFSMILCH C200)

Generalities; STIFFNESS, rigidity; Muscles

Generalities; TENSION; internally

Delusions, imaginations: repudiated: relatives, he is repudiated by. {0> 5> 0} [204]

Delusions, imaginations: separated: mind and body are. {0> 14> 0} [204]

DELUSIONS, IMAGINATIONS: VICTIM, SHE IS A. {0> 1> 0} [204]

Kill, desire to. {13> 42> 0} [204]

Masochism. {0> 5> 0} [204]

Suspiciousness, mistrustfulness. {18> 36> 68} [204]

Suspiciousness, mistrustfulness: afternoon. {1> 3> 0} [204]

Sympathetic, compassionate. {11> 50> 0} [204]

Talk, talking, talks: indisposed to, desire to be silent, taciturn. {55> 233> 0} [204]

Headpain:

General: night: agg. {36> 129> 0} [204]

General: forehead. {134> 402> 0} [204]

General: forehead: extending: vertex, to. {0> 25> 0} [204]

General: forehead: eyes: behind. {5> 59> 0} [204]

General: forehead: eyes: behind: left. {0> 3> 0} [204]

General: sides: left. {54> 176> 0} [204]

General: temples. {68> 383> 0} [204]

Pressing. {116> 309> 0} [204]

Pressing: sides. {19> 114> 0} [204]

Pressing: temples. {62> 186> 0} [204]

Eye:

Pain: burning, smarting, biting. {102> 231> 0} [204]

Back:

Pain: dorsal region. {37> 348> 0} [4]

Pain: dorsal region: scapulae. {22> 328> 0} [204]

Pain: lumbar region, lumbago. {115> 345> 0} [204]

Pain: lumbar region, lumbago: extending to: abdomen. {1> 22> 0} [204]

Stiffness. {53> 236> 0} [204]

Stiffness: cervical region. {101> 138> 0} [204]

Stiffness: cervical region: right. {1> 12> 0} [204]

Extremities:

General: upper limbs. {41> 579> 0} [204]

General: upper limbs: left. {10> 83> 0} [204]

General: upper limbs: shoulders. {59> 337> 0} [204]

General: upper limbs: shoulders: extending to: chest. {0> 10> 0} [204]

Milchthema: Kopfschmerzen ...

Verlauf nach der zweiten Gabe: Anruf am nächsten Tag: extreme Kopfschmerzen, kaum auszuhalten, musste ein Schmerzmittel nehmen

WARTEN ...

Nach einigen Tagen Schmerzen etwas besser ...

WARTEN ...

Theoretischer Einschub

Gemeinsam ist beiden Methoden (Mangia-lavori / Sankaran), dass in ihnen der LEIB unterschieden wird vom Körper. Der Körper ist die biochemische, materielle Basis, die uns allen gemeinsam ist. Leib hingegen ist unsere Körperlichkeit, wie wir sie jeweils individuell sinnhaft erleben.

Alle unsere Erfahrungen „leiben sich ein“, sind eingepägt in unsere Zellen, drücken sich aus in unserer Haltung, unserer Mimik und Gestik, ohne dass uns dies bewusst ist. Wir können viel vergessen, unser Leib nicht.

Er ist der Speicher unserer Geschichte, aber nicht einer neutralen Biografie von Fakten, sondern immer schon von bewerteten Erlebnissen, so wie wir es damals erlebt und bewertet haben, so ist es abrufbar.

Im Ansatz kennen wir das seit Hahnemann. Wir haben immer schon notiert, wenn Schmerzen brennend oder stechend oder bohrend waren, wir haben uns immer schon gefreut über ein Bild, das der Patient zu beschreiben begann mit den Worten „Es ist, als ob ...“

In der Psychotherapie war Wilhelm Reich der erste, der sich mit dem Festhalten und Lösen von gefrorenen Emotionen beschäftigte, seither gibt es verschiedenste körperorientierte Psychotherapien.

Die homöopathischste unter ihnen scheint mir jene des Jungianers Arnold Mindell sein, die „Prozessorientierte Psychologie“ [6]. Mindell sagt sinngemäß, Krankheitssymptome sind verloren gegangene Ausdruckskräfte, die keinen anderen Weg gefunden haben, als sich über den Körper zu melden, *wenn man nun den Weg des Körpers ernst nimmt und das Symptom verstärkt* (Mindell nennt das „Amplifizieren von Körpersymptomen“), dann kann man die Bedeutung von Krankheit erfahren [6]. Nichts anderes macht Sankaran, wenn er bei Gesten, Schmerzen und damit assoziierten Bildern verweilt.

Wollte man der Sankaran-Methode eine Bewegung zuordnen, so wäre dies: Aus einer Fülle trichterförmig zu einer zentralen Schnittstelle führen – entlang der vom Patienten geäußerten Begriffe, ziemlich straff.

Sankaran lässt den Patienten nicht aus, er treibt ihn in die Enge einer einzigen Empfindung, um dort tranceartig zu verweilen, bis sich darunter wieder etwas öffnet, das oft nahezu unbewusst ist. Die Beschreibung dieser zentralen Empfindung sowie die Zuordnung zu einem Miasma erfolgt dann ziemlich schematisch und eindeutig.

Eine eindeutige Arzneiwahl!

Das ist herrlich, das haben wir seit 150 Jahren schmerzlich vermisst, noch nie gab es so klare und mit so viel Sicherheit vorgetragene Verschreibungen – viele davon sind tatsächlich wirksam. Interessant sind Modelle allerdings meiner Meinung nach immer dort, wo sie versagen, und ich denke, dass die Stärke dieser Methode, nämlich ihre eindeutige Nachvollziehbarkeit, gleichzeitig auch ihre Schwäche ist – ein Mangel an Komplexität gegenüber einer komplexen Patientenrealität ... und bislang relativ kurze Follow-ups, was nicht vorwerfbar ist, denn diese Herangehensweise ist neu. Die sichere und eindeutige Verordnung könnte zu einem gewissen Fundamentalismus verleiten – so als gäbe es nur eine „richtige“ Arznei, die es zu finden gilt. Und schwupps – schon landen wir wieder vor Heisenberg, denn der Therapeut scheint bei korrekter Anwendung der Methode zwangsläufig zu jener Arznei zu kommen, die „objektiv“ das einzige dem Patienten entsprechende Arzneimuster verkörpert.

Mangialavoris Methode mutet vielfach gegenständig an: Mangialavori lässt unendlich viel Raum, arbeitet – zumindest in der Erstanamnese – nur mit dem, was vom Patienten kommt, ohne jedes Insistieren, er nimmt sich völlig zurück, so dass sich, wie er sagt, das Universum Patient ungehindert entfalten kann.

Dann hat man eine Fülle von oft sehr überraschenden Informationen und manchmal keine Ahnung, welche Arznei der Patient brauchen könnte. Daraus gilt es Themen und Prozesse zu benennen: Manchmal ist das leicht und eindeutig, manchmal äußerst mühsam. Im Unterschied zu Sankaran kann man sich hier sehr viel leichter verirren, ist man selbst sehr viel mehr gefordert an den eigenen Wahrnehmungen und Projektionen zu arbeiten, der Analyseprozess erscheint viel differenzierter – eben komplex wie der Name der Methode.

Da Mangialavori nicht mit Videos arbeitet, sondern Patienten nur – wenn auch sehr genau – beschreibt, kann man sich als Seminar-TeilnehmerIn von den Patienten nur innere Bilder machen. Das empfinde ich als großen Nachteil.

Was die Wissenschaftstheorie betrifft, so bezieht sich Mangialavori oft auf die beiden

schon erwähnten Neurobiologen und Neurophysiologen Maturana und Varela:

In ihrer Theorie der autopoietischen Systeme haben sie einen Aspekt in den Vordergrund gestellt, unter dem die lebenden Systeme hinsichtlich des Beziehungsnetzes betrachtet werden, das sie determiniert: „Die Beziehung ist der Stoff des Systems“, schrieben Humberto Maturana und Francisco Varela in ihrem bekanntesten Text „Autopoiesis und Erkenntnis“ [5]. In diesem wird die Auffassung vertreten, dass der traditionelle Ansatz der biologischen Wissenschaften, der auf der immer feineren Unterscheidung einzeln abgegrenzter Vorgänge beruhte, dazu führte, das Phänomen, auf das man sich bezog, auszulöschen, obwohl die grundlegende Charakteristik alles Lebendigen gerade darin besteht, ein interagierendes System zu sein. Autopoiesis ist daher gleichbedeutend mit Organisation: Alles, was lebt (und überlebt), ist strukturiert ... Jedes lebende System ist in gewisser Hinsicht zur Selbstbeobachtung in der Lage, insoweit es durch eine (relativ) stabile Ordnung gekennzeichnet ist und dazu tendiert, diese beizubehalten [3].

Jedes lebende System ist determiniert durch seine Struktur, das heißt – wir sind von außen prinzipiell nicht gezielt beeinflussbar, sondern reagieren immer im Sinne der eigenen Struktur.

Ich kann nicht steuern, wie meine Worte wirken, jeder liest oder hört, was er liest oder hört.

Ich kann niemanden wütend machen. Jeder der wütend wird, macht sich selbst wütend. Aber wenn ich die Struktur eines Systems kenne, kann ich es „entsprechend“ (= ähnlich) anstoßen – nicht beliebig, sondern so, wie es seiner Struktur entspricht.

Kein Wunder also, dass meine Überlegungen zur bisher unterschätzten Rolle des Therapeuten als dem zweiten lebenden System, das mit dem ersten (dem Patienten) interagiert, in Mangialavoris methodischem Feld angeregt wurden.

Als Psychotherapeutin ist meine Aufmerksamkeit ohnehin geschult für den Prozess, der in der Interaktion zwischen Klient und Therapeutin entsteht, vielleicht mit ein Grund, dass mir Mangialavoris Denken von Anfang an nahe und einladend schien.

Follow-up von Maria, 6 Wochen nach Wolfsmilch

Das Gespräch führte ich (U S-K), wobei ich besonders darauf achtete, viel Raum und Zeit zu lassen, da ich das Feedback nach dem ersten Gespräch sehr ernst genommen hatte.

23.09.05

Die Patientin wirkte wesentlich lockerer, bewegte sich mehr und lachte oft:

„Die Schmerzen haben sich weitgehend normalisiert, es tut nur noch ein bisschen weh, ich kann wieder uneingeschränkt tanzen. Die Hüfte ist auch um einiges besser, ... die linke Schulter sticht noch – auch in Ruhe ..., auch das Auge ist zur Ruhe gekommen, morgens brennt die Nase innen

Ich kann mich besser entspannen ... wenn der Nacken besser entspannt ist, dann ist auch der Schmerz um das linke Auge besser.

Ein Teil der Unsicherheit ist weg - finanziell ist ein Wunder geschehen: Meine Eltern haben sich entschlossen, den Acker zu verkaufen und ich bekomme Geld, das ist entlastend.

Psychisch bin ich ausgeglichener als vorher ..., meine Psychotherapeutin hat festgestellt, dass ich mehr in Kontakt bin mit ihr ..., weniger ängstlich ..., bestimmter, dass ich schneller sage, wenn mir was nicht passt, nicht mehr so viel Angst, dass das andere aggressiv machen könnte

Es ist erleichternd, wenn ich sagen kann, was ich mir denke ...

Vielleicht sollte ich etwas über meine Beziehung sagen: Ich bin mit einer Frau zusammen, schon viereinhalb Jahre. Was schwierig ist, ist, dass sie MS hat ..., sie geht schon schlecht und hat Probleme mit der Harnblase ..., meine Wünsche sind nur eingeschränkt möglich, ich stelle ständig Forderungen aus ihrer Sicht und setze sie unter Stress, aber ich muss sehen, dass ich nicht auf der Strecke bleibe ..., ich verstehe, dass ihr einiges nicht möglich ist, dass sie Angst hat, unter Leute zu gehen ...

Ich mache Dinge jetzt auch allein, ich fühle mich hilflos, wenn ich zuschauen muss, wie es ihr schlechter geht, das tut weh ...

Manchmal frage ich mich: Ist es noch eine Beziehung oder ein Dienstleistungsbetrieb, ich arbeite im Garten, viel Arbeit, mir wird das zuviel ...

Ich habe das Schutzsymbol (die Kreisel-schnecke) abgelegt, ich glaube, dass ich es nicht mehr brauche, ich kann in der Therapie jetzt auch Übungen im Liegen machen, früher hätte ich mich da unsicher und völlig ausgeliefert gefühlt, es wäre schwer gewesen, mich auf mich zu konzentrieren, ich hätte meine Psychotherapeutin immer misstrauisch im Blick gehabt.

? Wie geht es mit den aggressiven Impulsen?

Die Spannung hat nachgelassen, ich fühle mich friedlicher, kann mich mehr so annehmen wie ich bin.“

Wir vereinbarten, dass sie keine weitere Arznei nehmen sollte, und dass sie bei Wiederkehren der Beschwerden oder in einer Akutsituation zunächst *Badiaga MK* nehmen sollte (dies zur nochmaligen Überprüfung der Arznei).

Einen Tag vor meiner Fahrt nach Köthen rief mich die Patientin an, um mir mitzuteilen, dass sie seit zwei Tagen einen heftigen respiratorischen Infekt hatte und – wie besprochen – am Vortag *Badiaga MK* aufgelöst genommen hatte – bisher ohne Besserung. Ich empfahl ihr, die zweite Arznei (*Lac lupinum* – sie wusste nicht, um welche es sich handelte) zu nehmen.

Am Tag meines Vortrags (der Kosmos hatte offenbar Einsicht in meinen Wunsch, etwas mehr als nur offene Fragen zu bieten) rief sie mich an, um mir zu sagen, dass es ihr wesentlich besser ging.

Was das Ganze soll?

Ich glaube, dass jede und jeder von uns wertvolle Erfahrungen hat. Homöopathielehrer mögen zwar geniale Schöpfer genialer Modelle sein, dennoch haften ihren Kreationen Subjektivität an.

Im Versuch des Nachmachens dessen, was Lehrer vorgeben, im Gelingen und besonders im Scheitern ist unsere Kreativität, unser Forschen gefragt. Scheitern heißt möglicherweise nicht, dass wir etwas zu wenig gut nachmachen, sondern dass ein bestimmtes Modell nicht so universal gültig und brauchbar ist, wie es für den Autor der Methode scheint.

Ich denke, dass wir gut daran tun, uns immer mehr zu vernetzen und auszutauschen: Wenn zehn von uns je einen Fall von *Badiaga* oder *Lac lupinum* „haben“ und diese Fälle eindeutig sind und lang und gut nachbeobachtet, dann werden wir mehr von diesen Arzneien verstehen.

Dann kann sich langsam klären, was die gemeinsame Basis unserer Methode ist, was an Arzneimittelbildern lehrbar und konsistent ist, und was jener Teil ist, der in der Subjektivität des Therapeuten bleibt und sich in der einzigartigen Begegnung mit Patienten ausdrückt – in einem vielleicht viel größeren Maß, als wir das heute sehen können. Das soll nicht verunsichern und an der Homöopathie zweifeln lassen, es soll vielmehr anregen, das eigene Potenzial zu potenzieren und nicht nur die Arznei. Jedenfalls entspräche dies meiner Vision von einer künftigen, guten Ausbildung in Homöopathie.

Literatur

- [1] Hahnemann S: Organon der Heilkunst. 6. Auflage, 1982, Hippokrates Verlag.
- [2] Heidegger M: Sein und Zeit. Zitiert nach der italienischen Ausgabe von Mangialavoris Buch „Praxis“
- [3] Mangialavori M: Notes from the second three-year International Postgraduate Course in Bologna (Italy); 1st Session: 25 Oct – 2 Nov 2002: Remaining in a safe environment: The Sea Remedies. Matrix 2003.
- [4] Maturana HR, Pörksen B: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2002.
- [5] Maturana H / Varela F: Autopoiesis und Erkenntnis. Zitiert nach der italienischen Ausgabe von Mangialavoris Buch „Praxis“
- [6] Mindell A: Der Leib und die Träume. 7. Auflage. Paderborn: Junfermann; 2005.

Zur Autorin

Geboren 1954, Beschäftigung mit der Homöopathie seit 1978, in den letzten zehn Jahren vorwiegende Weiterbildung bei Massimo Mangialavori. 1999-2001 Lehrauftrag für Homöopathie an der Universität Wien und Leitung der homöopathisch-gynäkologischen Ambulanz an der komplementär-medizinischen Abteilung der Gynäkologie an der Universitätsklinik in Wien, zahlreiche Vorträge und Publikationen, 2004 Supervision der deutschen Übersetzung des ersten Buches von M. Mangialavori: „Praxis“.

Dr. med. Uta Santos-König
 Ärztin für Allgemeinmedizin,
 Homöopathie und Psychotherapie
 Albertplatz 8a
 A-1080 Wien
 Mail: info@santos-koenig.at

Der Arzt als subjektiver Faktor in der Homöopathie

In diesem Beitrag wird die Subjektivität unserer ärztlichen Handlungsweise und ihr Anteil am Heilerfolg beleuchtet. Auch wenn wissenschaftliche Medizin nur durch Objektivierung machbar ist, kann der kranke Mensch doch nur als Ganzes behandelt werden. Es geht um das nicht-objektivierbare Subjekt. Nach Gadamer sollten wir uns der Unterschiede zwischen Medizin und Heilkunst bewusst werden. Die Persönlichkeit des Arztes prägt von Anfang bis Ende die Begegnung mit dem Patienten. Was beim Patienten das Höchste ist, kann beim Arzt nicht nur ein Störfaktor sein.

Der „subjektive Faktor“ hat in allen Streitgesprächen, die in den letzten Jahren in der Homöopathie stattgefunden haben, immer wieder eine herausragende Rolle gespielt. Der Begriff „Faktor“ allerdings greift schon stark vor in die Ausführung des Themas. An einen Faktor denkt man zumeist, wenn eine Rechnung aufgemacht wird, wenn etwas Berechenbares vorliegt, etwas Objektivierbares.

Das Vorliegen von etwas Berechenbarem oder Objektivierbarem will ich aber für unser homöopathisches Thema in Frage stellen. Deshalb werde ich statt vom „subjektiven Faktor Arzt“ im Folgenden vom „Arzt als Subjekt in der Homöopathie“ sprechen.

Der Begriff „Subjekt“ bzw. „subjektiv“ ruft geradezu nach seinem Gegenpart „Objekt“ bzw. „objektiv“, der erscheint auch sogleich im Einladungsschreiben, in dem wir – homöopathische Ärzte – als „Anwender einer objektiven Methode“ angesprochen werden, zugleich aber auch als „Bemühte und Berufene mit subjektiver Erfahrung und Empfindung“.

„Die Homöopathie,“ heißt es weiter, „ist – vergleichbar mit der Psychotherapie – eine medizinische Methode, die nicht einzelne Teile des Patienten, sondern den ganzen Patienten betrachtet und behandelt. Sie ist daher auch auf den ganzen Einsatz der ärztlichen Persönlichkeit angewiesen“.

Damit ist das Thema in seiner ganzen Spannung ausgebreitet: einerseits Objektivität und Methode, andererseits Subjektivität und Persönlichkeit. Was verstehen wir in unserer normalen Sprache unter „subjektiv“? Etwas Persönliches, für die einzelne Person Gültiges, nichts Allgemeingültiges. Was unter „objektiv“? Etwas Sachliches, etwas Unvoreingenommenes.

Eigentlich kann man denken, ist das Thema, soweit es eine Frage in sich birgt, leicht zu beantworten: Wir sollten als Ärzte so unvoreingenommen, so objektiv wie möglich unseren Patienten entgegentreten, aber immer uns dessen bewusst sein, dass wir als Menschen subjektive Wesen sind, was wir in Rechnung stellen und möglichst klein halten sollten.

Wenn das Persönliche doch einmal die gebotene Sachlichkeit überlagert, sollten wir uns das einander nachsehen, weil es jedem von uns passieren kann. Außerdem arbeiten wir daran, uns dessen immer so bewusst wie möglich zu sein, deshalb sind wir ja hier und haben uns zu dieser Tagung versammelt.

Natürlich ist der „Arzt als Subjekt“ in der Gesamtmedizin als Thema schon ausführlich behandelt worden. Unter den schulmedizinischen Kollegen hat sich besonders Karl Jaspers, Psychiater und Philosoph in Heidelberg und Basel, in den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts mit diesem Thema gründlich befasst, als er Stellung nahm zu dem Psychosomatiker Viktor v. Weizsäcker. Dieser hatte sich die Einführung des Subjekts in die Medizin zur Aufgabe gemacht und das Subjekt sowohl des Kranken wie des Arztes ins Zentrum des ärztlichen Tuns zu stellen gefordert. Nach Viktor v. Weizsäcker vermag das Subjekt des Arztes allein dem Subjekt des Kranken wirklich zu begegnen.

Jaspers antwortet in „Wahrheit und Bewahrung“ [3]: „Arzt bin ich durch Sachkunde, und Sachkunde setzt Objektivierung, Objektivierung die Distanzierung voraus. Begründet handeln kann der Arzt nur, soweit Objektivierung gelungen ist. Ohne Objektivierung ist kein Erkennen und kein zweckhaftes Eingreifen möglich.“

Er sagt aber auch: „Wissenschaftliche Medizin reicht nur soweit, als sie etwas Objektives, ein Etwas vor Augen bekommt und dem Eingriff zugänglich macht.“ Und weiter: „Kein Mensch kann als Ganzes objektiviert werden.“

•

Jaspers hält eine Krankheit für etwas Objektives und damit für Wissenschaft und Eingriff zugänglich.

Kein Mensch aber, d. h. auch kein kranker Mensch, kann als Ganzes objektiviert werden, d. h. der Arzt muss nach Jaspers über die Wissenschaft hinausgehen, wenn er nicht nur eine Krankheit, sondern einen kranken Menschen behandeln will. Jaspers fährt fort: „Die durch lange Erfahrung ermöglichte Beobachtung und

Erwartung, die ihre Gründe nicht restlos bewusst gegenwärtig hat, ermöglicht die auf Grund der Wissenschaft alle Wissenschaft überschreitende ärztliche Kunst.“ Hier sind mir die Worte von der „alle Wissenschaft überschreitenden ärztlichen Kunst“ wichtig. Also: Die ärztliche Kunst gründet auf der Wissenschaft, überschreitet sie aber.

Jaspers weiter: „Wahr ist, dass Arzt und Patient in einer übergreifenden menschlichen, nicht wissenschaftlich begründeten Verbindung stehen, um aus ihr heraus das eigentlich Sinnvolle zu tun. Falsch ist, das Nichtobjektivierbare dann doch in eine neue Wissenschaft einbeziehen zu wollen.“

Das sagt Jaspers als streng schulmedizinisch denkender Psychiater gegenüber der damals aufkommenden Psychotherapie.

Zusammengefasst heißt das: Wissenschaftliche Medizin ist nur durch Objektivierung vollziehbar, der kranke Mensch kann aber als Ganzes nicht objektiviert werden – ein unlösbares Problem? Für die wissenschaftliche Medizin ja, wenn die darin aufgeworfene Frage nicht einseitig beantwortet und der beschriebene Problemkreis nicht einfach verlassen wird. Unsere schulmedizinischen Kollegen halten an der Objektivierung als Richtschnur ihres ärztlichen Denkens und Handelns fest, müssen daran festhalten, sonst können sie nicht mehr ihr Tun als wissenschaftlich begründet ansehen, sodass ihnen allzu oft – zumindest in der Praxis – der kranke Mensch zum kranken Organ, zur „Galle“, zum „akuten Abdomen“ wird. Notwendigerweise, da nur ein Organ, bestenfalls eine Krankheit zum Objekt werden kann, nicht jedoch der kranke Mensch.

Dieser Ausweg aber ist der Homöopathie versperrt, wenn sie Homöopathie bleiben will, da es ja gerade zu ihrem Wesen gehört, dass sie den Kranken als Ganzes, als ein Subjekt in seiner ganzen Individualität versteht, dass sie nicht eine Krankheit, sondern einen kranken Menschen behandelt.

So ist die Homöopathie sozusagen durch ihre Eigenart gezwungen, auf der Höhe des Problems zu bleiben. Es ist auch ihr Verdienst innerhalb der Gesamtmedizin, diese Sicht auf den ganzen kranken Menschen bewahrt zu haben und sicherlich kein geringer Grund ihrer Anziehungskraft für Ärzte und Patienten.

Worum geht es? Es geht sozusagen um das nichtobjektivierbare Subjekt. Wir können heute nicht mehr wie noch in der Aufklärung des 18. Jahrhunderts uns als unvoreingenommene Beobachter sehen, die nicht von persönlicher Sicht und Wertung bestimmt sind. Wir wissen,

dass wir den kranken Menschen nicht zum Objekt machen können, ohne ihn im Ganzen zu verfehlen. Wir wissen auch, dass der Arzt als Subjekt nicht objektiv sein kann. Er kann es nur in einem wohlverstandenen Sinne versuchen, so unvoreingenommen wie möglich zu sein.

In Meyers Lexikon, Auflage von 1987 [4], kann man unter „objektiv“ nachlesen: „gegenständlich, sachlich, tatsächlich, unvoreingenommen, von der Sache bestimmt, das den Tatsachen Entsprechende, eine Aussage, die den Anspruch auf Allgemeingültigkeit erhebt.“ Und unter „subjektiv“: „von persönlichen Wertungen bestimmt, nicht allgemeinverbindlich“.

Weiter heißt es: „Das Subjekt-Objekt-Problem ist ein zentrales Problem der Erkenntnistheorie und des abendländischen Denkens überhaupt. Es besteht in der Frage, wie die prinzipiell zweigliedrige Relation zwischen erkennendem Subjekt und zu erkennendem bzw. erkannten Objekt zu bestimmen ist sowie ob, und gegebenenfalls inwieweit, das Subjekt die Erkenntnis des Objekts beeinflusst. Durch Descartes wurde das Problem durch seinen Zweisubstanzualismus („res cogitans“, „res extensa“) verschärft und damit die Wirklichkeit in die beiden unvermittelten Bereiche von Subjekt und Objekt geschieden.“ Zum Schluss heißt es: „Durch die Entwicklung der modernen Naturwissenschaft, insbesondere der Quantenphysik, wird nur noch ein methodischer Dualismus von Subjekt und Objekt angenommen.“

Ich verstehe den letzten Satz so, dass die Vorstellung von zwei Wirklichkeitsbereichen, die einander als Subjekt und Objekt gegenüberstehen, aufgegeben worden ist, und nur in der Methodik als aufrecht erhalten gesehen wird. Die dualistische Lösung scheint demnach ein Irrweg zu sein, das Problem wird aber in die Methodik verschoben.

Damit wird für uns die Frage bedeutsam: Ist die Homöopathie eine Methode? In der griechischen Grundbedeutung des Wortes ist sie ein „Nachgehen, ein Weg zu etwas hin“. In diesem Sinne ist die Homöopathie eine Methode, sie ist ein Weg, das homöopathische Heilmittel in der Verwirklichung des Ähnlichkeitsprinzips zu finden. Schlägt man in dem schon zitierten Lexikon nach, so liest man: „Methode ist ein nach Mittel und Zweck planmäßiges Verfahren, das zu technischer Fertigkeit bei der Lösung theoretischer oder praktischer Aufgaben führt.“

In diesem Sinn ist die Homöopathie keine Methode, sie ist kein „planmäßiges Verfahren“, das wäre einem Individuum nicht gemäß, seiner Individualität, um die es in der Homöopathie geht, nicht entsprechend. Oder doch?

„Technische Fertigkeit“ – Homöopathie eine Technik?

Ich denke, die Homöopathie ist etwas Schöpferisches. Das Einmalig-Individuelle jedes einzelnen Falles muss jeweils neu eine Entsprechung finden. Das Unerschöpfbare des Individuellen entzieht sich jedem Plan, das Einzigartig-Eigenartige entzieht sich jeder Methode, die objektiv sein will.

Hans-Georg Gadamer, Philosoph und Nachfolger von Jaspers in Heidelberg, sagt dazu: „Wir stehen alle unter dem Antrieb unserer eigenen Selbstgewißheit und Selbstvergewisserung, die mit Wissenschaftlichkeit und Objektivität verbunden ist.“

In „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ [1] schreibt er: „Es wäre wünschenswert, wenn man sich der Unterschiede bewußt würde, die zwischen wissenschaftlicher Medizin und eigentlicher Heilkunst bestehen, letztlich ist das der Unterschied, der zwischen dem Wissen der Dinge im allgemeinen und den konkreten Anwendungen dieses Wissens auf den einmaligen Fall besteht. Das ist aber“, fährt er fort, „ein Urthema der Philosophie und des Denkens. Offenkundig läßt sich das eine, das Wissen im allgemeinen, lernen, das andere läßt sich nicht lernen, sondern muß durch eigene Erfahrung und durch eigene Urteilsbildung langsam reifen.“

Am Anfang des Zitats spricht Gadamer von dem „Antrieb unserer eigenen methodischen Selbstgewißheit und Selbstvergewisserung“. Dieser Antrieb, der unserem Bedürfnis nach Heilungsgewissheit entspricht, gilt für jeden Arzt. Er gilt für den homöopathischen Arzt um so mehr, als er nicht in einem quasi selbst funktionierenden System aufgehoben ist, sondern sich jedes Mal neu allein auf seine Kunst gestellt sieht.

•

Wie viel Sicherheit braucht der Arzt, um der Angst zuvorzukommen, nicht zu genügen, das Bild, das er von sich hat oder anderen gegenüber abgibt, nicht zu trüben? Wie viel Sicherheit braucht er, um der Angst zu entkommen, zu versagen?

Dies scheint mir zentral mit der Persönlichkeit des Arztes, mit dem Arzt als Subjekt verbunden zu sein. Die Persönlichkeit des homöopathischen Arztes prägt die Begegnung mit dem Patienten, die Gesprächsführung, die Auffassung der Symptomatik und ihre Bewertung, die Arzneiwahl, die Beurteilung des Behandlungsverlaufs, um nur das Wichtigste herauszugreifen. Im Grunde prägt sie – die Persönlichkeit des Arztes und damit die Subjektivität des Arztes – alles vom Anfang bis zum Ende der Begegnung von Arzt und Patient.

Manche Kollegen machen sich zu Recht darüber Sorgen, dass mit dieser Subjektivität auch aller Willkür Tür und Tor geöffnet ist und die rationale Basis der Homöopathie zugunsten spekulativer Tendenzen etwa verlassen werden kann.

Das ist nicht auszuschließen, jedoch dem Prinzip der Individualität geschuldet, dem wir ja gerade in der Homöopathie höchsten Rang geben. Es ist für den homöopathischen Arzt der entscheidende Zugang zum Patienten. Sollte das, was beim Patienten das Hochrangigste ist, beim Arzt nur ein Störfaktor sein?

Die Individualität ist nicht ohne ihre Schatten, nicht ohne die Subjektivität zu haben. Das eigene Erleben, die Begabung, die Ausbildung, die Erfahrung, die Defizite und die Präferenzen, die Kultur, die ganze eigene Welt des homöopathischen Arztes spielen hinein. Das versteht sich eigentlich von selbst. Alle unterliegen der je eigenen Subjektivität.

Dennoch gibt es in dieser Hinsicht unter den Homöopathen große Unterschiede. Es gibt den mehr „objektiven“ Verschreiber, der sich möglichst nur auf die genaue Beobachtung und Anhörung des Patienten und auf die im Prinzip jedem zugänglichen Informationen der *Materia medica* stützt.

Und es gibt den mehr „subjektiven“ Verschreiber, der seine ganze Persönlichkeit in der Begegnung mit dem Patienten einsetzt und sein ganzes Einfühlungsvermögen und seinen Einfallsreichtum zur Geltung bringen will.

Ich beschreibe hier Idealtypen, die in der Realität natürlich ineinander vermischt sind. Besser ist es wohl vom „objektivistischen“ Verschreiber zu sprechen, denn objektiv kann im strengen Sinne niemand sein. Ebenso ist vom „subjektivistischen“ Verschreiber zu sprechen, denn niemand bleibt nur subjektiv, wenn er sich auf einen anderen Menschen einlässt. Beide Typen haben ihre jeweils eigenen Stärken und Schwächen.

•

Der „subjektivistische“ Homöopath wird im persönlichen Kontakt mit dem Patienten seine große Chance sehen. In der Anamnese wird er vielleicht mit seiner Kontaktfreudigkeit und Spontaneität den Patienten „anstecken“ können, so dass ein offeneres Gespräch, als es sonst möglich wäre, zustande kommt. Wenn er allerdings in der Behandlung die Übersicht verliert, wird er vielleicht in Willkür oder Panik wilde genialische Verschreibungen machen oder auch verzweifelte, die sich an das Nächste klammern.

Der „objektivistische“ Arzt wird seine Stärke im genauen Auffinden von Symptomen in den Repertorien und Arzneimittellehren entfalten.

Die Kehrseite könnte hier sein, dass er nicht den Weg zum Patienten findet und das Eigentliche ihm verborgen bleibt.

In der Verlaufsbeurteilung werden jedoch beide gleichermaßen der großen Versuchung ausgesetzt sein, sich etwas zurecht zu legen, was gar nicht erfolgt ist, der eine vielleicht aus zu großem Selbstbewusstsein, der andere aus zu geringem. Dies ist wohl der heikelste Punkt in der Homöopathie, bloße Symptombeseitigung mit echter Heilung zu vermengen.

Hier müsste eigentlich noch ein dritter Idealtypus eingeführt werden, der Skeptiker. Nach der Grundbedeutung des Wortes ist das jemand, der betrachtet, der umherschaut. So wie der „subjektivistische“ Verschreiber nicht ohne genaues Beobachten, Zuhören und profunde Arzneimittelkenntnisse homöopathisch arbeiten kann, so ist beim „objektivistischen“ Verschreiber jede Entscheidung während der homöopathischen Arbeit letztlich eine persönliche. Welches Symptom ihm als charakteristisch gilt, welches als unverzichtbar oder nur als bestätigend, welches Symptom in die Repertorisation aufgenommen und welches nur zur Differenzierung herangezogen wird, hängt von der Eigenart des Homöopathen ebenso ab wie von der des Patienten.

Selbst bei der halbquantitativen Methode der Repertorisation spielt Subjektives in die Entscheidung hinein, wenn mehrere Arzneien mehr oder weniger gleichrangig miteinander konkurrieren. Irgendein qualitatives Moment, das sich der quantitativen Auszählung entzieht, wird dann den Ausschlag geben: eine früher gemachte gute Erfahrung, eine Vorliebe, etwas, das mehr Sicherheit bietet oder etwas, das mit einer leisen Ahnung verbunden ist.

Das Subjekt-Objekt-Problem, wurde gesagt, hat sich in die Methodik verschoben. So ist es kein Wunder, dass es seine Fortsetzung findet in Personen, die einander entgegenstehende Methoden vertreten.

Der Homöopath, der seine Aufgabe in der regelrechten Anwendung einer Technik sieht, wird große Schwierigkeiten haben, einen Kollegen zu verstehen, der sie in der Kunst erblickt, einer anderen menschlichen Wirklichkeit zu entsprechen, und umgekehrt.

Eigentlich stehen sich diese Einzelnen in einer großen Tradition gegenüber, in der Tradition des Subjekt-Objekt-Problems, ich zitiere: „des zentralen Problems der Erkenntnistheorie und des abendländischen Denkens überhaupt.“

Karl Jaspers konstatiert in „Wahrheit und Bewährung“ [3], dass „für uns endliche menschliche Wesen das Bewußtsein in der Spaltung von

Subjekt und Objekt, des Denkenden und des Gedachten stattfindet.“

Es gibt eine Vielzahl von homöopathischen Methoden, so unterschiedliche wie z.B. die von v. Bönninghausen, Vithoulkas, Sankaran, Sehgal etc. Die gleiche Begeisterung, mit der über die Wirksamkeit der einen Methode berichtet wird, wird oft von anderer Seite über eine ganz andere zum Ausdruck gebracht. Dies spricht nicht für die Objektivität der gewählten Methode, sondern für die Eigenart des jeweiligen Homöopathen, der sie bevorzugt.

Es fällt auf, dass die Vielfalt der homöopathischen Methoden nicht in Bezug gesetzt wird zur Vielfalt, unter der sich die Individualität der Patienten zeigt, und nicht als Möglichkeit wahrgenommen wird, bei den Patienten jeweils verschiedene Methoden zu versuchen, je nach Eigenart des Falles und seiner methodischen Zugänglichkeit. Es wird meist nur eine bestimmte Methode bevorzugt und diese bei den unterschiedlichsten Patienten durchgehalten. Die methodische Vielfalt in der Homöopathie kommt so nicht als Reichtum an Möglichkeiten den einzelnen Patienten zugute, sondern bleibt ins Belieben des so oder so eingestellten Behandlers gestellt.

Ist nach allem die Homöopathie der Subjektivität ausgeliefert? Ich glaube nicht. Die Homöopathie gründet auf genaues Beobachten, Sammeln, Ordnen. Sie ist in den Grundlagen Sachkunde, eine lehr- und lernbare Heilkunde. Und ich gehe davon aus, dass die Forderung, die Behandlung auf rationaler Basis „nach deutlich einzusehenden Gründen“ zu richten, von jedem homöopathischen Arzt zu erfüllen angestrebt wird.

Dennoch ist die Homöopathie in der Hauptsache keine objektive Methode und damit keine Wissenschaft im modernen naturwissenschaftlichen Sinn. Sie ist zwar Wissenschaft dort, wo sie sichtet und sammelt, vor allem dort, wo sie Grundlagen wie in den Arzneimittelprüfungen bereitstellt. Aber wo es zum Eigentlichen kommt, zur Verwirklichung des Ähnlichkeitsprinzips (gemäß dem § 153 des Organon) ist sie es nicht mehr [2].

Das Ähnlichkeitsprinzip ist mit der Wissenschaft in der heute vorherrschenden Art nicht vereinbar. Die Wissenschaft arbeitet mit Gleichem, nicht mit Ähnlichem. 2 und 2 ist gleich 4, nicht ähnlich 4. Dieser Unterschied zwischen gleich und ähnlich liegt allem Unterschied zwischen Wissenschaft und Homöopathie, zwischen Methode und Kunst zugrunde.

Die Homöopathie ist keine objektive Methode. Sie führt nicht mit Sicherheit zum Richtigen,

wie es in der Wissenschaft der Fall ist, wenn alle Voraussetzungen gegeben und alle Regeln und Gesetzmäßigkeiten befolgt sind. Die schulgerechte Anamnese, die Gewichtung der Symptome und ihre Repertorisation nach allen Regeln der Kunst reichen nicht aus, um das Simile mit Sicherheit zu finden, auch wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind.

Woran liegt das? Um noch einmal mit Jaspers zu sprechen: „Der Kranke ist nicht nur Fall eines Allgemeinen, sondern Individuum.“ Das Einmalig-Individuelle ist der Wissenschaft nicht zugänglich, weil nicht objektivierbar. Die Wissenschaft wird mit ihrer auf Nachweisbarkeit und Reproduzierbarkeit ausgerichteten Methode immer das Individuelle verfehlen.

Dennoch gibt es in der Homöopathie so etwas wie Technik. Die Bandbreite des technischen Geschicks, mit der ein Homöopath seiner Aufgabe nachgehen kann, ist groß. Einige erreichen dabei ein meisterliches Niveau, andere erliegen einer Gefahr, die jede Technik birgt: sich aus der Wirklichkeit etwas herauszunehmen, was ihr spezifisch zugänglich und zu ihrem Instrumentarium passend ist.

In der Homöopathie können dies bestimmte Begriffe in der Frage- und Anamnesetechnik sein, verfügbare im Repertorium stehende Rubriken, bestimmte Formulierungen der Arzneimittellehren, alles, was auf sicheren Boden führt, aber vielleicht nur Partikuläres vom Ganzen trifft.

Bei der strikten Anwendung einer Technik besteht die Gefahr, dass nur Objektivierbares herausgegriffen wird, was den Patienten zum Gegenstand vorher bestehender Vorstellungen und Kenntnisse macht. Es können alle Regeln und Gesetzmäßigkeiten angewendet werden, woraus dann die richtige Verschreibung folgt, sozusagen die folgerichtige.

Es gibt aber in der Homöopathie oft „folgerichtige“ Verschreibungen, ohne dass eine wahre Besserung beim Patienten eintritt. Sollte dabei die Reduzierung von etwas Hochkomplexem und im Flusse des Lebendigen Befindlichem auf etwas Einfaches, Festlegbares, mit dem sich arbeiten lässt, sozusagen sauber arbeiten lässt, eine Rolle spielen? Gibt es dadurch zu viele Verschreibungen, die dem Ganzen nicht entsprechen?

Was führt aus dem Subjekt-Objekt-Problem heraus? Soviel Subjektives wie nötig, soviel Objektives wie möglich? Das ist bereits homöopathischer Alltag. Ich glaube, es gibt einen Bereich des Ganzen, der nicht in Subjekt und Objekt zerfällt, einen Bereich des Ganzseins oder – medizinisch gesprochen – des Heilseins. Unsere Vorstellungsweisen von Subjekt und

Objekt verfehlen diesen Bereich und bleiben so im Problem stecken.

Vielleicht hat Jaspers diesen Bereich gemeint, als er von der „übergreifenden menschlichen Verbindung“ sprach, in der Arzt und Patient stehen.

Das gesammelte Zuhören in der homöopathischen Anamnese wird zu einem Zugehören, das Sprechen des Patienten findet seine Entsprechung im Arzt (und durch den Arzt im Simile). Diese Zugehörigkeit ist möglich durch eine von vornherein gegebene Zusammengehörigkeit, in der jede Subjektivität und Objektivität aufgehoben ist.

Ein gutes Gespräch – nicht ich führe das Gespräch, auch der Patient führt es nicht. In einem solchen Gespräch beansprucht kein Subjekt die Führung, kein Objekt muss Widerstand leisten. Es führt sich.

Das Heilmittel – es findet sich. Oder finde ich es?

Im homöopathischen Alltag sage ich: Ich hab's gefunden! – und ich bin glücklich. Wieso bin ich das? Weil es nicht selbstverständlich ist, weil ich nicht darauf rechnen kann, es in jedem Fall zu finden. Es ist mir geglückt. Karl Jaspers spricht vom „glücklichen Griff“ in der ärztlichen Heilkunst. Ich möchte in der Homöopathie eher vom glücklichen Einfall sprechen. Einem Einfall, der so plötzlich kommt, dass man manchmal gar nicht weiß, wie und woher er gekommen ist. Wie ein frischer Wind bläst er allen Nebel weg und klärt die Sicht.

Der klärende Einfall kann nicht passiv erwartet werden. Wenn überhaupt, kann er nur kommen, wenn man mit dem Patienten und seiner Sache intensiv beschäftigt ist, z. B. bei einem bestimmten Wort im Gespräch, beim Blättern in den Mitschriften früherer Sitzungen, beim Nachschlagen einer Einzelheit im Repertorium oder beim Lesen der Arzneien in einer Rubrik. Plötzlich ordnen sich zwanglos die charakteristischen Symptome auf eine Arznei hin. Ohne gründliche Arzneikenntnisse allerdings ist dies nicht möglich.

Mir kommt es so vor, als ob man sich einerseits mit der Symptomatik des Patienten immer mehr anreichert und andererseits die in Frage kommende Materia medica immer mehr in sich anregt, und plötzlich springt ein Funke über, der alles bisher eventuell lang und mühsam Erarbeitete in einer Idee, die einleuchtet, zusammenfasst.

In meiner Praxis kommt es häufig vor, dass das auf diese Weise gefundene Mittel stimmt, weniger häufig stimmt das durch Repertorisation oder andere Symptomenkombinationen

gefundene Mittel. Liegt es an der Herauslösung der charakteristischen Symptome aus dem Gesamtzusammenhang und ihrer bloßen Aufsummierung in der Repertorisation?

Gewöhnlich bin ich die längste Zeit bei einem Fall mit dem Sichten und Nachschlagen von Symptomen, mit den Repertorien und Arzneimittellehren beschäftigt, bis es – wenn es glückt – zum Zusammenklang der charakteristischen Symptome des Patienten mit denen einer Arznei kommt.

•

Ich möchte das Mittel, das sich aus solch einem Zusammenklang ergibt, das „stimmige“ Mittel nennen, im Unterschied zum „richtigen“. Das „richtige“ Mittel folgt aus dem Sichten nach allen Regeln und Gesetzmäßigkeiten. Es ist das folgerichtige Mittel.

„Richtigkeit“ in diesem Sinne meint hier die Korrektheit des regelrechten Verfahrens bis zur Verordnung, nicht die Bestätigung durch einen Heilungsverlauf. „Stimmig“ ist das Mittel, wenn etwas Zusammenstimmendes zusammenkommt, die charakteristischen Symptome des Patienten im Einklang mit denen einer Arznei sind.

Die „Richtigkeit“ eines Mittels kann an etwas Vorgegebenem, Bekanntem abgelesen werden, die „Stimmigkeit“ muss immer wieder neu aus dem Zusammenklang der Symptomenbereiche von Patient und Arznei vernommen werden.

•

Man kann auf die Stimmigkeit nicht rechnen, man kann nur auf sie gut vorbereitet sein, aber sie gibt oft den Weg frei zum Simile, wenn das vermeintlich richtige Mittel nicht stimmt. Jedes der beiden Mittel, das stimmige und das richtige, könnte das Simile sein. Für beide ist Platz im Spielraum des Ähnlichen, aber nicht zugleich, denn meist sind sie nicht dasselbe Mittel.

Das wirkliche Simile erweist sich erst in der Heilung des Patienten, in der deutlichen Wende seines Befindens.

Mir persönlich ist das stimmige Mittel das größere Anliegen angesichts des meist selbstverständlichen Vorrangs des richtigen. Es erhebt sich aber die Frage, ob die Stimmigkeit nicht im höchsten Grade subjektiv ist, dadurch, dass sie an die Person des Arztes gebunden ist und gewissermaßen von seiner Zustimmung abhängig zu sein scheint.

Die Antwort lautet: Nein, die Stimmigkeit ist weder nur „subjektiv“ noch nur „objektiv“, sie ist schöpferisch.

Sie zerfällt nicht in das Subjektive bzw. Objektive, sondern wahrt die Ganzheit. Das Finden des homöopathischen Simile ist ein schöpferischer Akt.

Ich sehe in der Homöopathie eine Heilkunst, eine Kunst des Zusammenstimmens, eine Kunst der Entsprechung.

Literatur

- [1] Gadamer HG: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1993.
- [2] Hahnemann S: Organon der Heilkunst, 6. Auflage, Paris 1842. Nachdruck Heidelberg: Haug Verlag; 1987-1995.
- [3] Jaspers K: Wahrheit und Bewährung. Philosophieren für die Praxis. München: Piper; 1983.
- [4] Meyers Lexikon. Mannheim: Bibliographisches Institut; 1987.

Zum Autor

Geboren 1939, Privatpraxis in Berlin, kam über die schulmedizinische Dermatologie, die Psychosomatik und die Traditionelle Chinesische Medizin zur Homöopathie, beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Fragen zu den Hintergründen von Erfolgen und Misserfolgen der homöopathischen Medizin.

Dr. med. Dietrich Grunow
Hautarzt, Homöopathie
Hohenzollernplatz 4
D-14129 Berlin

Die Wahrnehmung des Patienten und die eigenen Glaubenssätze

Die Wahrnehmung des „Anderen“, des Patienten, und überhaupt die ganze therapeutische Arbeit ist in großem Ausmaß bestimmt und begrenzt durch die eigenen Vorstellungen, das heißt durch bewusste und unbewusste, positive und negative „Glaubenssätze“. In einem subjektiven Prozess und maßgeblich durch die Auseinandersetzung mit Substanzen (Wesenheiten) in Arzneimittelprüfungen haben sich viele Vorstellungen verändert und weiterentwickelt – und damit auch das Verständnis des Patienten und die therapeutische Arbeit.

Nun, ich möchte **zeigen, in welchem Ausmaß subjektive Prozesse das ganze Verfahren der homöopathischen Therapie verändern können**, so dass Fallanalyse und Mittelwahl ganz anderen Mechanismen folgen und plötzlich die Frage im Raum steht: Ist das noch Homöopathie, was ich mache? Kann und darf ich damit in Köthen, wo Hahnemann gewirkt hat, vor ein Publikum treten? Nachdem ich völlig überraschend angefragt wurde – da niemand von den potentiellen Referenten aus der Schweiz sich freimachen konnte – musste ich mich diesen Fragen kurz und intensiv stellen. Ich habe mich entschieden: Ja, ich kann und ich darf, und ich hoffe, Sie werden es mir nicht übel nehmen.

Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Ein **ewiges Spannungsfeld** in der Homöopathie ist der **Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit**. In diesem Spannungsfeld stehen wir, jeder in seiner Subjektivität. Der Anspruch ist hoch, er ist definitiv höher als in der übrigen Medizin. Es ist der Anspruch zu heilen.

Wir kennen alle **Paragraf 1 des Organon**: „Des Arztes höchster und einziger Beruf ist, kranke Menschen gesund zu machen, was man Heilen nennt“. [1] Und Hahnemann fordert schnelle, sanfte, dauerhafte Wiederherstellung der Gesundheit auf dem kürzesten, zuverlässigsten, unnachteiligsten Wege nach deutlich einzusehenden Gründen.

Die – ich sage jetzt – gewöhnliche Medizin hat nicht den Anspruch zu heilen – zumindest nicht bei chronischen Krankheiten. Die Heilung von einer Angina, von einer Mittelohrentzündung, sogar von einer Pneumonie ist relativ einfach, für den Allopathen mit Antibiotika, für den Homöopathen mit einem gut gewählten akuten Mittel. Das beflügelt aber nur für die ersten Monate und vielleicht Jahre, und dann muss man sich der ungleich schwierigeren Aufgabe stellen: der Heilung von **chronischen Krankheiten**, die Jahre, Jahrzehnte andauern, die komplex und verästelt sind, vielschichtig und hartnäckig, äußerst hartnäckig.

Und hier ist es nicht selten, dass wir uns die Zähne ausbeißen, dass wir **scheitern** trotz immenser Anstrengungen und bestem Willen. Die schmerzliche Erinnerung an ein solches Scheitern will ich nur kurz anhand einer Folie darstellen:

A., Mädchen, 2 Jahre 4 Monate alt, kommt wegen Husten und spricht sehr gut auf *Phosphor* an. Zwei Monate später wird das Kind hospitalisiert wegen eines **nephrotischen Syndroms**. Proteinurie, Oedeme massiven Ausmaßes – die Eltern verweigern die schulmedizinische Behandlung, aber die sorgfältig, anhand guter Symptome gewählten Mittel schlagen nicht an.

Ich erinnere mich an stundenlange Repertorisationen, an Telefonate mit damals verfügbaren Kapazitäten: Dr. M. S. Jus, der damals in meiner Praxis Supervision machte, Dr. Künzli in St. Gallen, Dr. Hauptmann in Augsburg, Dr. Spinedi in Orselina ... In kritischem Zustand wurde endlich mit Erlaubnis der Eltern Cortison gegeben – nach dem 5. Rezidiv auch Endoxan. Vielleicht wirkten all die homöopathischen Mittel bezüglich der rezidivierenden Infekte, bezüglich des seelischen Befindens – aber sie konnten nicht verhindern, dass innert zwei Jahren mindestens 11 Rezidive auftraten und sich prompt die Nebenwirkungen des Cortisons einstellten: Osteopenie, pathologische Frakturen ...

Ich denke, wir alle erlebten und erleben solche teilweise dramatischen Misserfolge. Und diese **Misserfolge fallen auf einen Boden**, auf einen Acker sozusagen, der durchtränkt ist von **Unsicherheit, Widersprüchlichkeit**, um nicht zu sagen **Streit**. Nur einige Beispiele:

- Im ersten Dreimonatskurs in Augsburg 1985 sagte der Kursleiter: Ich habe wahrscheinlich schon den Tod mehrerer Patienten zu verantworten wegen Hochpotenzen – ich arbeite nur noch mit Q-Potenzen. Verständlicherweise verunsichern solche Aussagen einen Schüler am Anfang seiner Weiterbildung. Es tauchen Schuldfragen auf. Und es passiert, dass man eine schlaflose Nacht verbringt, weil nachträglich das Gefühl da ist: Bei diesem Patienten habe ich etwas übersehen, ich

habe ihm eine zu hohe Potenz gegeben, vielleicht überlebt er die Nacht nicht ...

- Ich wollte gerade meinen Mittelgrundstamm bestellen bei **Schmidt-Nagel** in Genf, als es hieß, infolge Wechsels der Besitzverhältnisse seien diese Mittel nicht mehr zuverlässig, es würden da unglaubliche Sachen im Labor passieren – und was ist ein Homöopath wert, was ist seine ganze Arbeit wert, wenn er sich auf seine Mittel nicht verlassen kann?
- Ich versuchte von den Koryphäen Antwort zu bekommen auf die Frage, welches **Modell** nun das richtige ist: das Modell des Konstitutionsmittels (mit Satellitenmittel) von Künzli – oder das Zwiebschalen-Modell von Vithoulkas. Das ist mehr als nur eine akademische Frage, da die ganze Vorgehensweise davon abhängt.
- Später schrieb ich einen kurzen Bericht von meinem Aufenthalt in Bombay, worauf Künzli – den ich sehr achtete und weiterhin achte – antwortete: Diese **indischen Homöopathen** seien Metzger, man sollte ihnen das Handwerk legen ... – ein für den hochangesehenen Lehrer sehr unüblicher Rundumschlag.
- Wir haben die heutige Auseinandersetzung mit Wortführern wie André Saine und Roger Morrison, wozu **Jeremy Sherr** eine schöne Parabel – oder wie es in der Publikation hieß: einen Witz – erzählte: In einer jüdischen Gemeinde entstand ein Streit um die Frage, ob im Sitzen oder im Stehen gebetet werden sollte, und der Streit wurde zunehmend leidenschaftlich, sogar gewalttätig. Da schlug ein alter Mann vor, den weisen alten Rabbi zu fragen, der im Krankenhaus lag. Der Rabbi empfing die Delegationen der Streitenden – und sagte beiden zu deren großer Enttäuschung, weder das Beten im Stehen noch das Beten im Sitzen entspreche der Tradition. Da begannen alle durcheinander zu schreien: „Rabbi, hilf uns, wenn du keine Entscheidung triffst, wird der Streit nie enden, und wir werden uns gegenseitig umbringen..“ „Ja“, sagte da der alte Rabbi, „ja, das ist unsere Tradition ...“

Die Innenwelt eines Homöopathen

Die Innenwelt eines Homöopathen gleicht einem Krater mit brodelnder Lava, und die aufplatzenden Blasen heißen **Hoffnung**: Ich beherrsche jetzt die beste aller Methoden und kann damit Wunder vollbringen.

- **Verheißung**: Künzli bei seiner letzten Supervision in Zürich: Ihr seid Pioniere – macht weiter. Und überall steht: Die Homöopathie ist die Medizin des 21. Jahrhunderts.
- **Glück**: Der Patient sagt: Oh, Ihr Mittel hat ein Wunder vollbracht ...

- **Erfolg**: Schon der fünfte Patient, der ohne Antibiotika von der hartnäckigen gegenwärtig grassierenden Bronchitis genesen ist.
- **Misserfolg**: siehe A. und sein nephrotisches Syndrom
- **Anfechtung**: Stellen Sie sich vor: Sie arbeiten in einem Tal (Wallis), wo jeder jeden kennt, im Tal bricht eine Masernepidemie mit etwa 60 Fällen aus, bald heißt es, alle von diesen Homöopathen, ungeimpft – der dritte Patient fällt in ein Koma, das Fernsehen zeigt die Intensivstation und den abgedunkelten Raum und stellt fest, dass kein Homöopath zu einer Stellungnahme bereit sei. Wer möchte sich in einer solchen Situation nicht in einem tiefen Tunnel verstecken, wie sie in diesem Tal zu Hauf gebohrt werden?
- **Versagen**: immer wieder Wiederholungen der A.-Geschichte, vielleicht nicht so dramatisch, aber Frust und nichts als Frust.
- **Unsicherheit**: Wer hat Recht im Hick-Hack zwischen Schulmedizin und Homöopathie und viel schlimmer, wer hat Recht im Hick-Hack unter den Homöopathen?
- **Selbstzweifel**: Bin ich überhaupt gut genug für diese beste aller Medizinen? Kann ich überhaupt heilen, darf ich überhaupt heilen?
- Und immer wieder **Zweifel**, Zweifel und nochmals Zweifel.

Und in dieser subjektiven Befindlichkeit treten wir unseren Patienten gegenüber – meist ohne etwas davon nach außen dringen zu lassen.

Zweifel, immer wieder Zweifel ...

Eine erste Klammer zum Thema Zweifel: Im Frühsommer 2000 trafen sich die Dozenten des Berner Grundkurses Homöopathie im wunderschönen Hotel Giessbach oberhalb des Brienersees.

D. P., ein äußerst engagierter und wegen seiner lebendigen MM-Vorlesungen beliebter Dozent, stellte die These auf: **Das homöopathische Mittel wirkt nur wie ein Placebo.** Nicht mehr und nicht weniger. Persönlicher Hintergrund für die These: Die Homöopathie hat mich verraten wie eine untreue Geliebte.

Die obigen negativen Gefühle haben offenbar völlig die Oberhand gewonnen, und die Beschäftigung mit evidence based medicine und den Anforderungen an Wissenschaftlichkeit haben die Einzelfälle mit positivem Verlauf entwertet – sie zählen nämlich im Wissenschaftszirkus nichts – was zählt, sind fast ausschließlich doppelblinde randomisierte placebokontrollierte Studien.

Wohin hat dieser Zweifel geführt? Im **Lancet** wurde am 27. August 2005 die sogenannte **Egger-Studie** veröffentlicht, die nachweist, dass die „clinical effects of homoeopathy placebo effects“ sind – unter den Mit-Autoren ist D. P. aufgeführt. Ein Leitartikel verkündete **„The end of homoeopathy“** und „now doctors need to be bold and honest with their patients about homoeopathy's lack of benefit ...“ (Ärzte müssen jetzt mutig und ehrlich sein mit ihren Patienten betreffend das Fehlen eines Nutzens der Homöopathie) [6].

Meine Antwort bei diesem Giessbachtreffen war: Erstens habe ich am eigenen Leib erfahren, dass **Homöopathie wirkt**, und zwar am klarsten und deutlichsten in den **AMP**. Ich beteiligte mich damals seit einigen Jahren an den Gruppen-AMP einerseits von Jürgen Becker und Witold Ehrler in Gerode und Freiburg, andererseits von Jayesh Shah an seinen einwöchigen Seminarien am Thuner- und Vierwaldstättersee.

Andererseits wollte ich versuchen, sicherere Verfahren für die Mittelwahl zu finden, experimentierte mit den Weihe-Punkten und begann im Frühling 2000 mit einer Weiterbildung in den kinesiologischen (neurobiologischen) Methoden von Dr. **Klinghardt** [2].

Hier möchte ich eine zweite Klammer zum Thema Zweifel anbringen:

Bertrand Piccard ist Psychiater und Forscher. Er flog als erster mit einem Ballon um die Welt. „Die Patienten müssen Gewissheiten aufgeben. Die meisten glauben ja, die Gewissheiten stärkten sie, dabei beschwerten sie nur ... **Gewissheiten nützen nichts, interessant ist der Zweifel, der Moment des Fragens.** Wenn man die Antwort nicht kennt, ist man offen. Deshalb ist der Zweifel meine einzige Gewissheit ... Man muss fähig bleiben, alles aufzugeben, was man glaubt ...“ [4].

Beim Giessbach-Treffen wurde von D. P. und anderen folgendes postuliert: Man könnte beweisen, dass homöopathische Effekte reine Placebo-Effekte sind, wenn man bei einem **Star-Homöopathen die Mittel vertauscht**. Also Henny Heudens verschreibt Carcinodin – statt Carcinodin gibt man irgendein beliebiges anderes Mittel, z. B. *Spongia* – der Effekt ist der gleiche, da es kein substanzgebundener Effekt ist, sondern ein reiner Placeboeffekt, der bei den einen mehr wirkt und bei den anderen weniger. Dem ist entgegenzuhalten, und das hat sich mir in der kinesiologischen Arbeit mit äußerster Klarheit gezeigt: **Der geistige Impuls** überlagert – zumindest vorübergehend – die Substanz und **ist stärker**. Ich habe z. B. auf der gleichen Schublade *Lachesis* und *Lycopodium* nebeneinander – es mag selten vorkommen, dass ich mich vergreife. Ich meine *Lycopodium*, lege aber *Lachesis* auf den Patienten. Was ich dann teste, ist 100%ig *Lycopo-*

dium, mein Gedanke verdrängt oder überlagert *Lachesis* – zumindest für eine gewisse, eventuell auch nur kurze Zeit. Das heißt, der obige Versuch könnte gar nichts beweisen, da der bössartige Vertauscher (*Spongia* statt *Carcinodin*) nicht verhindern kann, dass der Patient infolge des Gedankens von Henny Heudens *Carcinodin* erhält (wenn auch nicht als imprägnierte Globuli, aber als geistiger Impuls, der mit Sicherheit eine Wirkung hat).

Außerdem wissen wir ja alle aus Erfahrung, dass sich wohl viele Effekte als **Placeboeffekte** erklären lassen, aber bei weitem nicht alle, wenn wir sprunghafte, sehr deutliche, dauerhafte Veränderungen erleben. Placebos könnten das bewirken, aber nie so oft wie wir es – hoffentlich – erfahren. Es ist dann ähnlich wie bei der **Evolution**, wo die Entwicklung zum Beispiel von Flügeln durch zufällige Mutation nicht ausgeschlossen ist, aber aufgrund mathematischer Wahrscheinlichkeit Milliarden von Jahren brauchen würde ...

Die eigenen Glaubenssätze

Eine weitere Klammer zum Thema Zweifel und Selbstzweifel betrifft die eigenen bewussten und unbewussten **Glaubenssätze**.

Nach einem ersten Kurs „Psychokinesiologie nach Klinghardt“ wollte ich das Gelernte umsetzen – aber es gelang einfach nicht, ich musste sozusagen die Übung immer wieder abbrechen. Beim zweiten Kurs trat wieder so eine Krise auf, und die Kursleiterin vermutete einen Glaubenssatz im Stil: Ich kann das nicht, ich darf das nicht.

So wird es für das Subjekt Arzt zu einer entscheidenden Aufgabe, eigene einschränkende Glaubenssätze herauszufinden und zu überwinden. Kann ich heilen? **Darf ich heilen?** ist das nicht ein Sakrileg gegen eine göttliche Ordnung? Ein Anspruch, der mir nicht zusteht? Kann ich ein guter Homöopath sein? Darf ich das sein?

Wenn wir uns verstecken hinter: „Ich heile nicht, ich gebe nur ein Mittel als Impuls für die Lebenskraft des Patienten, die Verantwortung liegt beim Patienten und dessen Lebenskraft“, so ist das keine echte Hilfe, denn die Fragen bleiben: Welches Mittel? Welcher Impuls? Welche Verantwortung habe ich?

Glaubenssätze können jeden Heilungsimpuls abblocken, seien sie vom Arzt oder vom Patienten. Beispiele für Glaubenssätze sind: „Eine MS ist nicht heilbar.“ „Wir werden älter, also werden wir auch kränker.“ „Homöopathie kann bei Krebs nichts ausrichten.“ Für das Subjekt Arzt und für das Subjekt Patient bleibt die Überwindung einschränkender Glaubenssätze eine Lebensaufgabe – immer notwendig und nie wirklich fertig.

Psychokinesiologie nach Klinghardt und chinesische Medizin

Nun, wohin haben mich die subjektiven Entwicklungslinien und die Zweifel geführt, die ich oben angesprochen habe? Die Neurobiologie nach **Klinghardt** hat mir ein **Testsystem** in die Hand gegeben, auf welches ich im Detail nicht weiter eingehen möchte. Nur soviel zum Verständnis: Ich praktiziere meist den Armlängentest. Ich stehe am Kopfende des Bettes, auf welchem der Patient in für mich bequemer Höhe in Rückenlage liegt, die Arme hochgestreckt. Durch Ziehen der Arme vom Körper weg nach oben und Vergleich der Daumenstellungen können beliebige Tests ausgeführt werden, mit oder ohne auf den Patienten aufgelegte Mittel. Der Test kann in gleicher Weise auch im Sitzen gemacht werden.

Anfangs nutzte ich die Methode, um eine nach ganz klassischen Gesichtspunkten erstellte **Differentialdiagnose einiger Medikamente** zu überprüfen. Ist es das Mittel A, das sich aufgrund der Hierarchisierung, Repertorisation und Nachlesen in der AML am klarsten bei den auffallenden Symptomen durchzieht? Sind es die Mittel B oder C, die bei den allerauffallendsten Symptomen auch vorkommen, aber insgesamt viel weniger geprüft und bekannt sind? Oder die Mittel D oder E, die bei der Analyse vielleicht mehr intuitiv als „stimmig“ aufgetaucht sind bezüglich einiger zentraler Elemente des Falls. Die kinesiologicalen Techniken erlaubten im Klinghardt-Testsystem im allgemeinen einen klaren Entscheid für eines der Mittel von A bis E.

Im Zuge von Arzneimittelprüfungen veränderte sich das Verfahren grundlegend in Richtung größerer Offenheit. Nach der **Verreibprüfung von Sulfur** im November 2000 begann ich etwas, was ich vorher weit von mir gewiesen hätte: Ich las mir nicht mehr aufgrund einer klassischen Analyse mit Repertorisation einige Mittel zum Testen aus, sondern ließ den Patienten „auswählen“ aus meinem ganzen Arsenal, das von Woche zu Woche wuchs.

Andererseits erweiterte ich das übernommene System von Klinghardt vor allem in Richtung der **chinesischen Medizin**. Was war geschehen: Bei der C2-Verreibung nahm ich plötzlich einen außerordentlichen Wohlgeruch wahr – wie eine Geruchshalluzination, die lustigerweise einige weitere Verreiber in der unmittelbaren Umgebung auch hatten. Dann kamen ganz starke innere Bilder: Ich marschiere in einer Karawane irgendwo auf der Seidenstrasse nach Osten, voller Vorfreude und verführt von den Klängen, den Düften, dem Lächeln des Ostens. Eigentlich war ich nach Freiburg gefahren, um endlich mehr über die Psora zu erfahren, und jetzt kamen Sätze wie „Die **Psora** bedeutet, dass genetisch, das heißt auf Energieebene vererbt, nicht mehr genug Nierenenergie, Nieren-Chi vorhanden ist in zwei Aspekten: nicht

mehr ausreichend (Quantität) und nicht mehr rein genug (Qualität). Das bedeutet, dass diese Energie nicht mehr – wie eigentlich vorgesehen – ausreicht für ein ewiges Leben. Eine Folge der Psora ist also der Tod des physischen Leibes.“ Bei weiteren Verreibestufen kamen Bilder und Texte zum Element Erde, welches das Nieren-Chi nähren und vermehren kann (Sulfur kann es nur reinigen) und zur Drachenkraft.

Verreibprüfungen der Elemente

Damit trat ein neues Projekt in den Vordergrund, das von einer kleinen Gruppe schon in einer ersten Runde vorangetrieben worden war: die **Verreibprüfungen der Elemente**. Ab Frühling 2001 beteiligte ich mich an einem zweimaligen Durchgang durch die Elemente Erde, Wasser, Luft, Feuer und Raum-Quintessenz – mit großem persönlichem Gewinn und dauernder Erweiterung der Arbeitsmethode. An dieser Stelle möchte ich Erika Huser und Susan Maag danken, denn sie haben die Elementverreibungen organisiert und angeleitet und sind daran, in einem immensen Aufwand die Tonprotokolle abzuschreiben. Erika Huser ist Apothekerin in Chur, Susan Maag Heilpraktikerin in Aadorf, Ostschweiz.

Ganz bedeutsam wurde auch eine **Verreibprüfung von „Ursus“** unter Leitung von Witold Ehrler und Norbert Merz in Mainz im Sommer 2001. Sie half mir, der Intuition zu vertrauen.

Verrieben wurden Zahnreste eines Höhlenbärs. Dabei entstand folgender Text: „Ich bin das **Prinzip der Intuition** selbst. Die Ansprüche der Menschen machen mich müde. Ich bekomme schon im Sommer Verlangen nach dem Winterschlaf ... Intuition heißt, in jedem Moment aus seinem Inneren zu schöpfen und zu leben. Es gibt keinen Moment vorher und keinen Moment nachher. Die Intuition ist der Moment. Der Moment, wo etwas auftaucht und wieder erlischt. Wenn du hinschaust, ist es schon vorbei. Wenn du genau den Ort schaust, wo es aufleuchten sollte, verpasst du es. Es taucht auf an einem Ort, wo kein Sehen ist, wo kein Hören ist, wo kein Riechen ist. Es ist ein innerer Raum, tief drinnen in den Eingeweiden, eingehüllt in Dunkelheit ... Einzig notwendig ist die Achtsamkeit diesem inneren Raum gegenüber – wo nichts und niemand hinkommt als mein langsamer tiefer Atem im Winterschlaf. Er erhält in euch diesen Raum. Daher euer Urvertrauen zu meiner Kraft, daher der Erfolg des Teddybären als Tröster und als Halt für Kinder in einer haltlosen Welt ...“

Für die praktische Arbeit erwies sich die Beschäftigung mit der **Raum-Quintessenz** als speziell fruchtbar. Ich habe mir bei den Verreibungen folgende Sätze aufgeschrieben:

„Die Quintessenz ist eine Matrix, in der alle Antworten gespeichert sind. So entscheidet die Art der Frage.“ „Die Quintessenz ist das wissende Feld, das **All-wissende Feld**. In diesem Feld ist das Wissen schon da – der menschliche Geist kann es entdecken, wiederentdecken, und das menschliche Herz kann es fruchtbar machen für alle Wesen. Dieses Wissen ist unbeschränkt, auch hier gibt es Räume von unbeschreiblichen Dimensionen, teils gefüllt mit den ‚Wissenschaften‘, und darüber hinaus Räume des abstrakten Wissens, der Metaphysik, der Mystik und der Musik.“ ... „Der Raum ist das All-Durchdringende, das All-Umfassende, das All-in-Einem.“ „Eine grundlegende Dynamik der Quintessenz ist die Transzendenz.“

Holarchie und Stufenmodelle

Ein wichtiger Referenzpunkt bei den Quintessenz-Verreibungen wurde für mich **Ken Wilber**, der amerikanische Denker, der auch als „der Einstein der Bewusstseinsforschung“ bezeichnet wird [7]. Von **Arthur Koestler** stammt der Begriff des **Holons** und der **Holarchie** [3]. Die ganze Wirklichkeit ist aus Teilen zusammengesetzt. Ein Holon ist immer ein Ganzes + gleichzeitig ein Teil eines größeren Ganzen: Es ist ein Ganzes/Teil. Alle Holons haben verschiedene definierte Eigenschaften. Eine davon ist der Drang zur Selbst-Transzendenz. Durch diese Selbst-Transzendenz entstehen Holarchien, das heißt natürliche Hierarchien. Es sind Ordnungen zunehmender Ganzheit, z. B. Elementarteilchen – Atom – Molekül – Zellstruktur – Zelle – Organismus ... Dabei werden Ganzheiten Teile neuer Ganzheiten.

Damit sind wir bei einem Thema, das mir zunehmend wichtig wurde: Es geht um Stufen, oder Tiefe, eigentlich aber um Holarchien, um natürliche Hierarchien. Wir haben in der modernen Medizin und in der Homöopathie verschiedene **Stufenmodelle**. Ich möchte hier ganz kurz, mehr so im Vorbeigehen, drei vorstellen.

1. Das **vertikale Heilsystem von Dietrich Klinghardt**, abgeleitet aus der Fünfkörperlehre des Tantra-Yoga (vgl. Anhang 1) [2]. Das ist sicher ein sehr intelligentes Modell. Was mich als Homöopathen wurmt, ist die Einordnung der Homöopathie als Heilsystem nur auf der 3. Ebene (mentaler Körper), während andere Therapien Wirkung auch aus der 4. Ebene (Traumkörper) entfalten. Entscheidend ist, dass eine wirksame Behandlung auf einer höheren Ebene auf alle darunter liegenden Ebenen gleichfalls heilend wirkt – nicht aber umgekehrt. „Wenn ein Patient therapeutisch auf einer dieser fünf Ebenen behandelt wird, hat jeder therapeutische Durchbruch einen raschen und starken Effekt auf die darunter liegenden,

aber nur einen schwachen und/oder langsamen Effekt auf die höher liegenden Ebenen.“

2. Das System der **C-Stufen von Witold Ehrler**, wobei C sich auf den Kohlenstoff bezieht als Hauptbestandteil unseres irdischen Seins (vgl. Anhang 2).
3. Das System von **Rajan Sankaran**, welches sieben Stufen umfasst [5]. Es ist offensichtlich, dass wir auf unterschiedlichen Stufen unterschiedliche Arzneimittel herausfinden. Die Art des Suchens wird anders sein, schon die Art des Fragens, der ganzen Anamnese. Das erklärt auch die sehr unterschiedlichen Ratschläge von Sankaran bezüglich Anamnese bei seinem Erkennen der verschiedenen Ebenen und dem Vorantasten zumindest zur fünften. Auf der dritten pflegte er zu sagen, die Beschwerden des Patienten seien völlig gleichgültig, und häufig wisse er gar nicht, warum er gekommen sei. Interessant waren nur die „delusions“, die wahnartigen (unbewussten) Verkennungen der Realität, die Konstruktion einer eigenen Wirklichkeit. Auf der Ebene der „sensations“ wird aber gerade die Hauptbeschwerde ins Zentrum gestellt und bis in die tiefsten Tiefen ausgelotet, da sie der einzige Schlüssel ist zum Verständnis des Patienten und seines Arzneimittels.

Ein Beispiel aus der Praxis ...

Der subjektive Faktor Arzt definiert sich also ganz entscheidend durch die **Art der Frage** und durch die Ebene – Stufe, auf welcher die Frage gestellt beziehungsweise die Antwort gesucht wird. Ich möchte dazu ein **Beispiel** aus der „eigenen Küche“ bringen:

Patientin 1944 geboren, vier Kinder, Diagnosen und Beschwerden: Schwindel, Gangunsicherheit: fühlt sich auf dem Velo sicherer als zu Fuss. Schwindel beim Sehen von bewegten Gegenständen. Schlaflosigkeit. Depression. Chronische Kopfschmerzen. Gliederschmerzen, dauernd irgendwo Schmerzen, Narbenschmerzen, Rückenschmerzen. Hypertonie. Wechseljahrsbeschwerden, u. a. Wallungen, Wadenkrämpfe. Nervosität. Erschöpfung. Herzschmerzen mit Kraftverminderung und Kälte im linken Arm. Rezidivierende Zystitis. Rezidivierende Sinusitis. Asthma. Dysphagie bei Struma multinodosa und subklinischer Hyperthyreose. Behandlung seit 1998, viele Symptome wesentlich besser, im Moment im Vordergrund Rückenschmerzen, Zahnprobleme.

Beim **Testen** finde ich, nach Klinghardt, „unten“ angefangen: Belastung mit elektromagnetischen Strahlen; Belastung mit Giftstoffen (Toxämie); als Störfelder den Zahn 22, die linke Kieferhöhle, die Narbe der Appendekto-

mie, den Zahn 23, die Narbe der Unterbindung. Auf Ebene der Organ-Energien: die linke Niere. Auf der übergeordneten Ebene der versteckten, verborgenen Störfelder: die rechte Niere. Über das Klinghardt-System hinaus, auf der Ebene der chinesischen Sondermeridiane: das Chong Mai. Auf der Ebene der chinesischen Wandlungsphasen oder Elemente, und zwar im Sinne der Überwältigung: eine Überwältigung des Wassers durch das Feuer (das Feuer verdampft das Wasser) – bei der nächsten Untersuchung eine Überwältigung der Erde durch das Wasser (das Wasser überschwemmt die Erde).

Auf noch höherer Stufe, die für mich möglich wurde durch die QE-Verreibungen, finde ich beim Testen tiefere „individuelle“ Mittel (die in anderen Modellen wahrscheinlich als Konstitutionsmittel bezeichnet würden) und tiefere „kollektive Mittel“, die der Idee des Miasmas entsprechen.

Das ganze lässt sich als **Holarchie** darstellen. Je höher ein Thema in der Holarchie, umso wirksamer ist das dazugehörige Mittel. Wenn ich auf der Ebene des Störfeldes Appendixnarbe frage, finde ich *Natrium sulfuricum*. *Natrium sulfuricum* löscht gleichzeitig die Störfelder „Zahn 23“ und „Narbe Unterbindung“. Es ist also durchaus ein valables Mittel mit einer gewissen heilenden Kraft – diese ist aber beschränkt, die Nierenenergie und die Pathologien bei den Wandlungsphasen-Kräften werden davon nicht beeinflusst. Anders das individuelle Mittel auf höchster Stufe, *Ammonium carbonicum*: Es beeinflusst alle darunterliegenden Faktoren positiv – nachkontrollierbar im kinesiologischen Test. Und wenn ich jetzt nochmals die Blinddarmnarbe ins Zentrum nehme und frage: Welches Mittel ist das bessere, *Natrium sulfuricum* oder *Ammonium carbonicum*, dann zeigt sich *Ammonium carbonicum* als das wirksamere und bessere auch für die Narbe. Aber es wäre nie möglich, dieses Mittel auf der Ebene der Narbe zu finden. So entscheidet, wie oben schon dargelegt, die Ebene, auf der die Frage gestellt wird (vgl. die schematische Darstellung im Anhang 3).

Ich verstehe, wenn mein jetzt kurz umrissenes System fremd anmutet und Widerstände hervorruft, da es sich so weit vom klassischen Weg mit Repertorisieren und Gabe im allgemeinen eines einzigen Mittels über sehr lange Zeit in großen Abständen entfernt hat. Ich will niemandem und mir auch nicht eine Diskussion einbrocken, was jetzt richtig und falsch und was besser und schlechter ist.

Es geht mir nur darum, zu zeigen, was **der subjektive Faktor Arzt** ausmachen kann. Plötzlich findet man sich im ehrlichen Bemühen, die Methode zu verbessern und sanftere, sichere Heilung zu erreichen, auf einem ganz anderen Weg. Plötzlich eröffnen sich neue Möglichkeiten. Ich möchte auch nicht insistie-

ren, diese Methode als Homöopathie zu bezeichnen. Bei der letzten Raum-Verreibung tauchte als Name „**holarchische Medizin**“ auf. André Saine meinte wohl zu Recht, dass man allzu unterschiedliche Methoden namentlich abgrenzen sollte.

Ich möchte dazu – zum Thema holarchische Medizin – folgende Thesen aufstellen:

1. Die Lebenskraft ist verstimmt auf verschiedenen Ebenen. Diese Ebenen bilden eine Holarchie (= eine natürliche Hierarchie).
2. Je tiefer die Ebene, die von einem dynamisierten Heilmittel aufgrund seiner Ähnlichkeit berührt wird, umso stärker und durchschlagender ist der Heilungsimpuls.

Ein Beispiel für eine Holarchie im Bereich menschlicher Krankheit ist im Anhang 4 aufgeführt. Die Forschung konzentriert sich naturgemäß auf die Methoden zum Herausfinden von Heilmitteln der „höheren“ persönlichen und kollektiven Ebenen, was von der Erkenntnis und Definition dieser Ebenen und von der Art der Fragen danach abhängt.

Zusammengefasst: Es geht mir darum, aufzuzeigen, dass es bei einer guten Behandlung um **Tiefe** geht, dass die **Ebene wichtig** ist, dass es überhaupt verschiedene Ebenen gibt, und dass also alles von der Art der Frage abhängt. Auf welcher Ebene frage ich nach dem Mittel. Auf welcher Ebene versuche ich meinen Patienten zu verstehen. Wie wichtig die Frage ist und wie viel die Frage ausmacht, findet sich wunderschön dargestellt im norwegischen Märchen von der Zottelhaube.

Das Märchen von Zottelhaube

Es ist ein vielschichtiges Märchen mit einer langen Vorgeschichte – ich möchte mich beschränken auf den Schluss.

Eine Königin will unbedingt ein Kind, und – weil sie die Instruktionen einer weisen Bettlerin nicht befolgt – sie bekommt gleich zwei: Zuerst **Zottelhaube**, „ein Mädchen, das hatte einen Rührlöffel in der Hand und ritt auf einem Bock. Es war grässlich und garstig, und kaum war es auf der Welt, so rief es Mama ...“ Das nachfolgende zweite Mädchen übertraf zum Glück an Schönheit alles Bekannte.

Die wehrhafte und abenteuerlustige Zottelhaube rettet ihre verunstaltete Schwester aus den Händen der Trollhexen, die ihr einen Kalbskopf aufsetzten. Jetzt soll Hochzeit gefeiert werden: Der König heiratet die schöne Schwester, das geht aber nur, wenn der Königssohn Zottelhaube heiratet.

Der Prinz reitet dem schönen Paar nach, und neben ihm Zottelhaube, „die auf ihrem Bock

dahertrabte mit dem Rührlöffel in der Faust, und der Prinz sah mehr aus, als ob er zu einem Leichenbegängnis sollte statt zu seiner eigenen Hochzeit. So betrübt war er und sprach nicht ein Wort. „Warum sagst du nichts?“, fragte Zottelhaube... „Was soll ich denn sagen?“, antwortete der Prinz. „Du kannst ja fragen, warum ich auf dem hässlichen Bock reite?“ – „Warum reitest du auf dem hässlichen Bock?“, fragte der Königssohn. „Ist das ein hässlicher Bock? Das ist das schönste Pferd, auf dem eine Braut je geritten ist“, sagte Zottelhaube, und in dem Augenblick verwandelte sich der Bock in ein Pferd, wie der Königssohn seiner Lebtag kein prächtigeres gesehen hatte.

Mit weiteren Fragen des traurigen und wortkargen Prinzen verwandelt sich der hässliche Kochlöffel in einen wunderbaren Silberfächer – und die graue Haube in die blankste Goldkrone. Zottelhaube bringt es fertig, dass er schlussendlich auch nach ihr selbst fragt: „Warum bist du so grau und hässlich von Angesicht?“ – „Bin ich hässlich, ich bin noch zehnmal schöner als meine Schwester ...“ Und so hatte der verzagte Prinz eine zehnmal schönere Gemahlin als sein Vater, und entsprechend grandios wurde die Hochzeit gefeiert.

Was schließe ich aus Zottelhaube? Erstens, man muss **fragen**. Zweitens, man darf nicht bei der Frage nach dem Bock oder dem Kochlöffel stehen bleiben. Drittens ist es aber vielleicht nötig, die Fragen nach Bock und Kochlöffel zu stellen, da die wunderschönste Königstochter schlecht auf einem Bock reitet und besser eine Krone trägt als nur eine Haube. Oder hätte die tiefste der Fragen gleich alle Probleme gelöst? Ist es überhaupt möglich, von Beginn an die tiefste Frage zu stellen angesichts von Bock, Kochlöffel und Haube? Sie sehen, am Ende meines Vortrages stehen mehr Fragen als Antworten ...

Schlussfolgerung: Jedes Subjekt Arzt hat eine eigene Geschichte, und manchmal verschlägt es ihn in ganz wunderliche Königreiche ... Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

- [1] Hahnemann S: Organon der Heilkunst. Neufassung der 6. Auflage mit Systematik und Glossar. Von Josef M. Schmidt. München: Elsevier; 2003.
- [2] Klinghardt D: Lehrbuch der Psycho-Kinesiologie: ein neuer Weg in der psychosomatischen Medizin. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Bauer; 1998.
- [3] Koestler A: nach Ken Wilber, s. [7]
- [4] Piccard B: Interview von Mathias Morgenthaler mit Bertrand Piccard, abgedruckt am 17.08.05 in der Zeitung "Der Bund", Bern.
- [5] Sankaran's Tabellen: Homeopathic Medical Publishers; "Die Ebenen des Erlebens und Erfahrens".
- [6] Shang A, Egger M et al.: Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. In: The Lancet, Vol. 366. 27.8.05. 2005: 726-732.
- [7] Wilber K: Eine kurze Geschichte des Kosmos; Spirit Fischer; 1997.

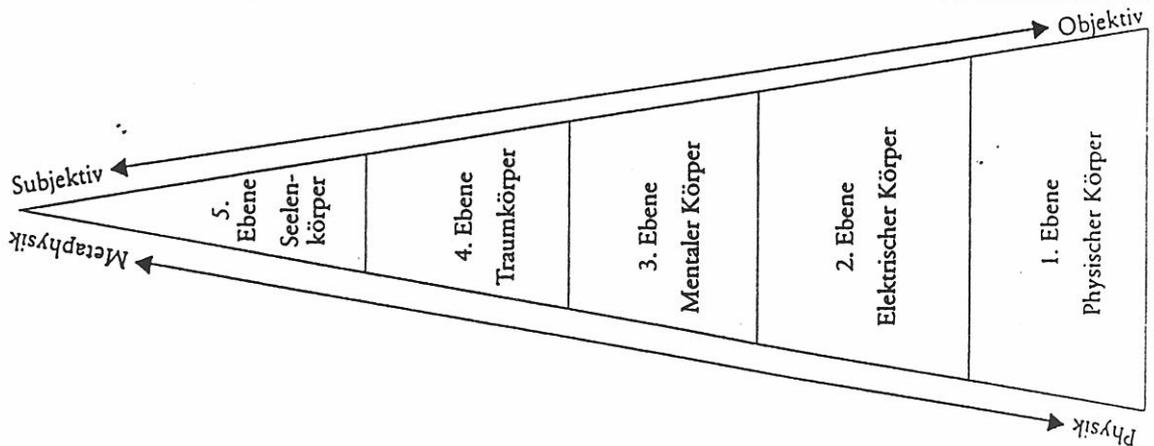
Zum Autor

Einstieg in die Homöopathie bei Dr. Buschauer in Bern und Dr. Künzli in Zürich, dort langjährige Supervision. Teilnahme am ersten Dreimonatskurs in Augsburg 1985. Eigene Praxis ab 1986 in Liebefeld bei Bern mit Schwerpunkt Homöopathie und Akupunktur. Mitglied im Berner Dozentenkollektiv. 1992 und 1997 längere Aufenthalte in Bombay bei R. Sankaran und seiner Gruppe, seitdem Co-Organisator der Berner Kurse von S. Chatterjee. Ab ca. 1994 regelmäßige Teilnahme an Verreibprüfungen, u. a. bei J. Becker und W. Ehrler. Ab 2000 Weiterbildung in kinesiologischen Techniken.

Urs Zimmermann
 Facharzt für Allgemeinmedizin,
 Fähigkeitsausweise Homöopathie und TCM
 Schwarzenburgstraße 148
 CH-3097 Liebefeld
 Mail: praxisgruppeliebefeld@hin.ch

Das vertikale Heilsystem

Die fünf »Körper« des Menschen



Klinghardt, Dietrich:

Lehrbuch der Psycho-Kinesiologie : ein neuer Weg in der psychosomatischen Medizin / Dietrich Klinghardt. – 2. Aufl. – Freiburg im Breisgau : Bauer, 1998 ISBN 3-7626-0510-6

| Die Ebenen und Körper | Unsere Erfahrung auf dieser Ebene | Anatomische Bezeichnung/Konzept | verwandte Wissenschaftsgebiete | Diagnosemethode | medizinische Behandlungsweisen und Heilverfahren |
|------------------------------|---|--|--|---|--|
| 5. Ebene Seelenkörper | Freude Einssein mit Gott | Geist, Seele höheres Bewußtsein | Religion Spiritualität | Wissen Gewahrsein | Selbstheilung Gebet Echte Meditation |
| 4. Ebene Traumkörper | Symbole Trance Medialer Zustand Träume | »No-Mind« das Unbewußte | Mathematik Quantenphysik | Rutengehen Radiästhesie Traumarbeit Intuition PK mit Mudras und Symbolen Familienaufstellung | Hypnotherapie Radionik Schamanismus Jungische Psychotherapie Schamanistische PK Hellingers Systemtherapie |
| 3. Ebene Mentaler Körper | Glaubenssätze Einstellungen Gedanken Innere Haltungen | Verstand (bewußt und unterbewußt) | Psychologie Homöopathie | Psychologischer Test (MMPI etc.), homöopathisches Repertrisieren, psychokinesiologische Diagnostik | Homöopathie Psychotherapie Psycho-Kinesiologie |
| 2. Ebene Elektrischer Körper | Gefühle (wie Ärger, Wut, Angst, Eifersucht) Erregtheit Wachsein »sich gut fühlen« | Nervensystem Meridiane Chakren Aura | Physiologie Traditionelle chinesische Medizin Yoga | Thermogramm EEG, EKG Kinesiologie, R.A.C., Chin. Pulsmessung Kirdian-Fotografie PET-Scan | Körperarbeit/Berührung Akupunktur, Neuraltherapie, Atemtherapie Emot. Entspannung Lachen, Standortwechsel |
| 1. Ebene Physischer Körper | Sinneswahrnehmung (Berührung, Geruch etc.) und Aktion/ Bewegung | Struktur (Organe, Knochen etc.) Biochemie | Mechanik und Chemie | Körperliche Untersuchung, Röntgen-, Laboruntersuchungen | Chiropraktik Operation, Krankengymnastik, Medikamente und Kräuter, Bestrahlung |

DAS SCHICHTENMODELL DER C-4-HOMÖOPATHIE (WITOLD EHRLER)

Der Buchstabe „C“ bezieht sich auf den Kohlenstoff - es geht um eine Schichtung der Welt des Kohlenstoffs, die unsere Welt ist. Die Erforschung dieser Schichtung bewerkstelligt Witold Ehrler durch Verreibeproofungen von Arzneimitteln, wobei bis zur C4 verrieben wird, da sich das Wesen, die Essenz erst auf dieser Stufe zeigt.

Die C0 ist der tote Stoff.

Die C1 ist der Vitalkörper, der belebte Stoff.

Die C2 ist der emotionale Körper.

Die C3 ist der mentale Körper.

Die C4 ist der spirituelle Körper, die Ebene der Essenz, des Wesens.

Die C5 ist überindividuell, umfasst grössere Systeme und auch zum Beispiel die Miasmen als überindividuell wirkende Kräfte.

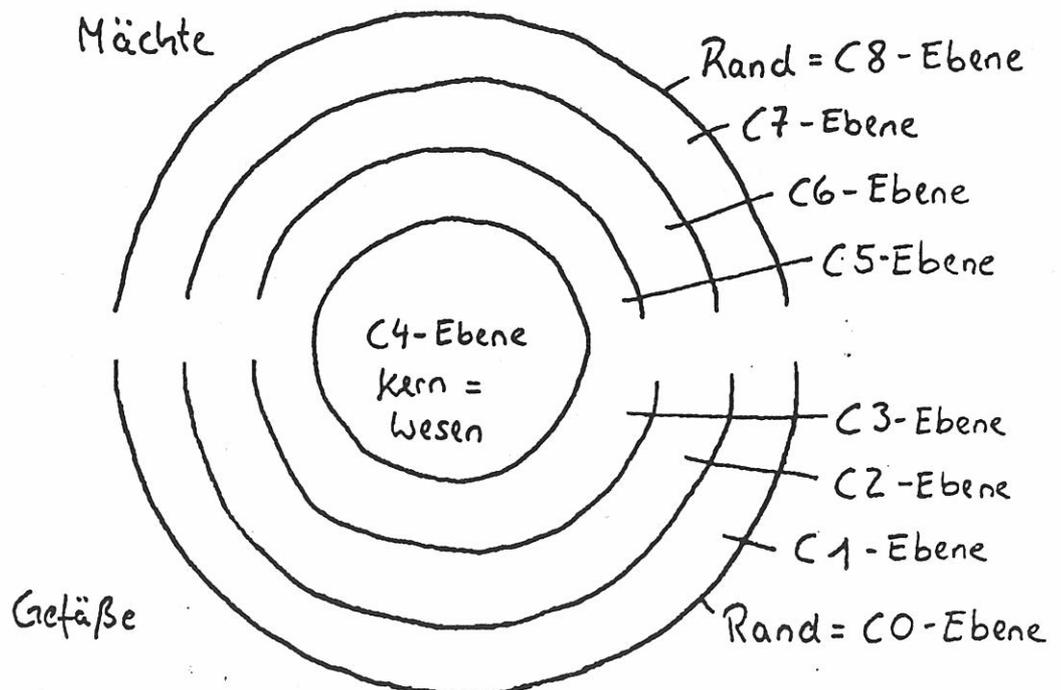
Die C6 entspricht der Kraft, mit der man in Berührung kommen kann in der homöopathischen Arzneimittelprüfung, indem man sich der Kraft einer Substanz aussetzt, die ihrerseits im archetypischen Meer wurzelt.

Die C7 ist die grösstmögliche verwirklichte Kraft (Christuskraft).

Die C8 ist die Grenze, der Rand des ganzen Systems.

Die Ebenen von C0 bis C3 bilden wie ineinanderstehende Schalen (Gefässe), die von den höheren Ebenen (Mächte) überwölbt werden.

Medikamente aus unterschiedlichen Verreibestufen wirken auf unterschiedliche Körper hauptsächlich ein.

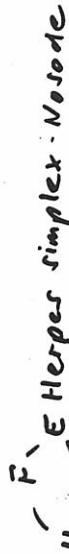


Behandlung B

tiefwirkendes Mittel
- Kollektivebene

Ammonium carbonicum

tiefwirkendes Mittel
- Individuelle Ebene



Sondermeridiane

versteckte Ebene Störung
Organenergien

Störung Organenergie

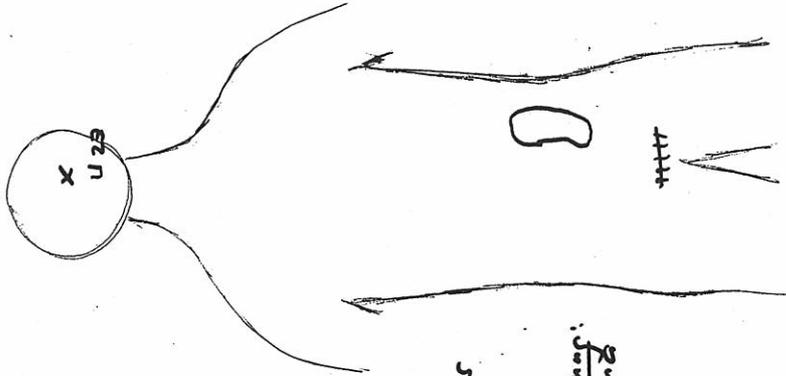
Niere links: Caps

Störfelder

1. Sinus mex. li: caps
2. Zahn 23: lyc
3. Narbe Unterbindung: terebinth

Faktoren, die Regulationsfähigkeit des ANS einschränken

2. Toxämie: Lepra-Nosode



Behandlung A

tiefwirkendes Mittel
- Kollektivebene

Dulcamara

tiefwirkendes Mittel
- Individuelle Ebene



Sondermeridiane

Chong Mai
cupr-phos

versteckte Ebene Störung
Organenergien

Niere rechts
Lycopodium

Störung Organenergie

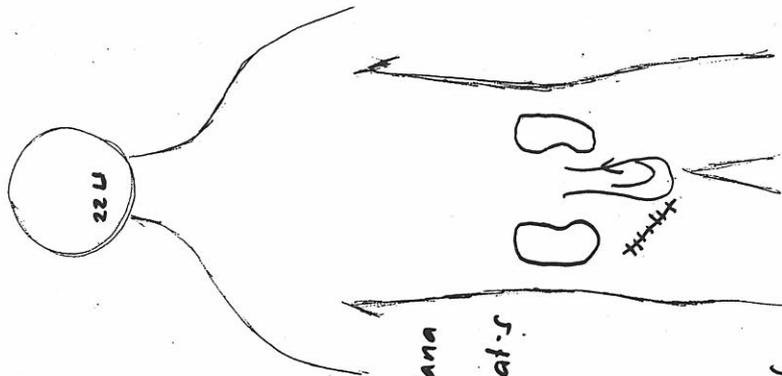
Niere links
Colocynthis

Störfelder

1. Zahn 22: puls montana
2. Narbe Appendix inat-s
3. Narbe Appendix inat-s
- 4.
- 5.

Faktoren, die Regulationsfähigkeit des ANS einschränken

1. Elektromagnetismus Colocynthis



Beispiel für eine mögliche Holarchie (natürliche hierarchische Ordnung)

Hier dargestellt als zunehmende Tiefe (der Behandlungsebene, damit auch der Wirkung des homöopathischen Mittels).

- Auf jeder Ebene gibt es einschränkende Glaubenssätze!
- Auf jeder Ebene gibt es eine Störung der chinesischen „Elemente“ (Wandlungsphasen)!

| | |
|---|--|
| 1. Organe, Gewebe | noch geringe Differenzierung und Individualisierung der Therapie, z.B Schüssler-Salze |
| 2. Faktoren, die die Regulation des ANS blockieren können | häufige Faktoren (Klinghardt): Schwermetalle, Giftstoffe, Allergien (Milch, Weizen), Säure-Basen, Nährstoffmangel, Geopathie, elektromagnetische Felder |
| 3. Störfelder, dominante Herde | die üblichen Störfelder, die aus der Neuraltherapie bekannt sind und dort mit Lidocaininjektionen behandelt werden, z.B. Narben, beherdete Zähne, chronisch entzündete Organe wie Tonsillen, Gallenblase |
| 4. versteckte Störfelder | primär nicht testbar, aber blockieren z.B. die Regulation des ANS |
| 5. Meridiane, Akupunkturpunkte | TCM: Orte, wo der Energiefluss blockiert ist |
| 6. „Organ“-Energien | TCM, Klinghardt (mit Modifikationen: „Dreifach Erwärmer“ = Schilddrüse; „Perikard“ = physisches Herz; „Herz“ = emotionelles Herz) |
| 7. versteckte „Organe“ | bei Klinghardt die „Bröckel“-Ebene, obschon oder weil versteckt, ist es eine tiefere Pathologie als die einfache Störung der „Organe“. „Bröckel“ bedeutet: nicht testbar, aber blockiert bei Aktivierung das ANS |
| 8. Sondermeridiane | TCM: die Sondermeridiane stellen embryonale Formen der Energien dar. Sie sind wie ein tieferes System von Energiekreisläufen als die „Organe“ und dazugehörigen Meridiane |
| 9. „Elemente“ Überwältigung | TCM: die Überwältigung ist eine Umkehrung des physiologischen Ko- oder Hemmungszyklus |
| 10. höhere persönliche Ebenen | mögliche Referenz: Ken Wilber, Entwicklung der Bewusstseinsstufen |
| 11. höhere kollektive Ebenen | kollektive Bewusstseinsfelder; Familien- und Sippenfelder |

Programm ICE 5

5. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 5)
29. September bis 1. Oktober 2005 in Köthen (Anhalt)

Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf

| Donnerstag, 29. 9. 2005 | |
|-------------------------|--|
| 14.30 | Empfang am Kongressbüffet |
| 15.00 – 17.00 | Fernand Debats Die innere Realität des Patienten |
| 17.00 – 17.30 | Pause |
| 17.30 – 19.00 | Gisela Foerster Gedanken zum Konzept von Übertragung und Gegenübertragung in der homöopathischen Praxis |
| 20.00 | Gemeinsames Abendessen |
| Freitag, 30. 9. 2005 | |
| 9.00 – 13.00 | Hans Baitinger und Matthias Ohler Die Inszenierung des Subjektiven - Ein Schaustück BeGreifen in Homöopathie und Heilkunst. Nachdenkliches zum Subjekt des Arztes, der Arznei und der Fälle |
| 10.30 – 11.00 | Pause |
| 13.00 – 15.00 | Mittagspause |
| 15.00 – 16.30 | Uta Santos-König Die Globalisierungsfälle – Patient als Therapeut, Therapeut als Patient, und die Arznei zerkugelt* sich. Ein Spiel mit Modellen: Mangialavori und Sankaran im Vergleich und der Versuch einer Meta-Ebene *Wiener Idiom: biegt sich vor Lachen |
| 16.30 – 17.00 | Pause |
| 17.00 – 19.00 | Dietrich Grunow Der Arzt als subjektiver Faktor in der Homöopathie |
| 20.00 | Cembalo-Konzert |
| Samstag, 1. 10. 2005 | |
| 9.00 – 10.30 | Urs Zimmermann Die Wahrnehmung des Patienten und die eigenen Glaubenssätze |
| 10.30 – 11.00 | Pause |
| 11.00 – 13.00 | Diskussion im Plenum |
| ab 13.00 | Ausklang mit Imbiss und Gelegenheit zur Besichtigung der Ausstellung „Mediziner und Malerei“ |

Veranstalter

Europäisches Institut für Homöopathie (InHom): www.inhom.com
Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ):
www.welt-der-homoeopathie.de

Organisation

Homöopathie- und Wissenschaftsservice Köthen GmbH
Springstraße 28, D-06366 Köthen (Anhalt)
Fon: 03496-303702, Fax: 03496-303706, Mail: info@wiserv-koet.de

Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch

Mit dem Internationalen Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) wurde für die internationale homöopathische Forschung ein Grundstein mit dem Ziel gelegt, einen Raum für den intensiven wissenschaftlichen Austausch unter Kolleginnen und Kollegen zu schaffen.

„Coethen“ – geschrieben wie zu Zeiten Hahnemanns – soll auf die historischen Wurzeln der Homöopathie hinweisen. Der Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) findet seit 2001 einmal jährlich in Köthen (Anhalt) statt. Weitere Informationen: www.inhom.de.

| | Themen / Publikationen | Termine |
|-------|--|-----------------------|
| ICE 1 | Wissenschaftliche Forschung in der Homöopathie und internationale Zusammenarbeit. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2001. | 01.–05.05.2001 |
| ICE 2 | Wissenschaftliche Homöopathie in Europa / Scientific Homeopathy in Europe. Kongressband. Redaktion: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2002. | 19.–21.09.2002 |
| ICE 3 | Die homöopathische Behandlung krebserkrankter Patienten. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2003. | 11.–13.09.2003 |
| ICE 4 | Kindliche Verhaltensstörungen / Behavioral disorders in children. InHom. Köthen (Anhalt) 2004. <i>Audio-CD</i> | 09.–11.09.2004 |
| ICE 5 | Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf. Dokumentation. Herausgeber: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2005. + <i>Audio-CD</i> | 29.09.– 01.10.2005 |
| ICE 6 | Homöopathie im klinischen Alltag. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2006. + <i>Audio-CD</i> | 25.–27.05.2006 |
| ICE 7 | <i>Vorschau</i> Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben | 08.–10. 11.2007 |