

# — die Psychotherapeutin

■  
Psychotherapie und Sozialpsychiatrie  
11: Herbst1999

Herausgegeben von Beatrice Alder, Basel  
Ulrike Hoffmann-Richter, Basel  
Ursula Plog, Berlin  
Unter Mitarbeit von Johanna Lalouscheck, Wien  
Almuth Massing, Göttingen  
Mariele Ritter-Gekeler,  
Müllheim/Baden  
Angela Schürmann, Lübeck

Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag



## die Psychotherapeutin

erscheint halbjährlich im Mai und im November  
in der Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag gemGmbH,  
Thomas-Mann-Straße 49a, D-53111 Bonn

Herausgegeben von Beatrice Alder

Buchhandlung Das Narrenschiff GmbH  
Postfach 611, CH-4051 Basel

Dr. Ulrike Hoffmann-Richter (geschäftsführend)

SUVA, Fluhmattstr. 1

CH-6002 Luzern

e-Mail: uhr@datacomm.ch

Dr. Ursula Plog

Tagesklinik Reinickendorf

Romanshorner Weg 165, D-13407 Berlin

Sekretariat

Marianna Streuli-Bussmann

SUVA, Fluhmattstr. 1

CH-6002 Luzern

Tel.: 041 419 54 58

Fax: 041 419 59 28

Einzelpreis: DM/sFr. 25,-; ÖS 183,-

Abonnement: jährlich DM/sFr. 45,-; ÖS 329,-

Bestellungen nehmen der Verlag sowie alle Buchhandlungen entgegen.

### Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Psychotherapeutin: Zeitschrift für Psychotherapie.–

Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453

ISBN 3-88414-292-5

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1999

Alle Rechte vorbehalten

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck und Bindung: Clausen & Bosse, Leck



## die Psychotherapeutin

freut sich über die Zusendung von Manuskripten. Dies können klinische Beiträge sein ebenso wie theoretische Aufsätze, Buchbesprechungen, Kongreßberichte, Veranstaltungshinweise und anderes mehr.

Die Publikationssprache ist deutsch, Übersetzungen aus anderen Sprachen sind sehr willkommen. Das Lektorat liegt bei der geschäftsführenden Herausgeberin.

Sprachliche Gleichberechtigung von Mann und Frau wird vorausgesetzt, ohne daß der Sprache Gewalt angetan wird. Dies bedingt einen bewußten und kreativen Umgang mit der Sprache.

Postadresse für Beiträge ist diejenige der geschäftsführenden Herausgeberin.

## Inhalt

Editorial:	
Wunder in der Wissenschaftsgesellschaft	4
Heilserwartungen	
<i>Asmus Finzen</i>	8
Haben Placebos Effekte?	
<i>Klaus Schonauer</i>	20
Valium als Metapher	
Eine Printmedienanalyse zur metaphorischen Verwendung von Valium als Prototyp eines Tranquilizers	
<i>Ulrike Hoffmann-Richter, Evelin Nagel Novosel</i>	46
»Wir haben eine Brückenfunktion«	
Interview mit Lucie Trevisan	60
Psychoanalytische Sternstunde – Übertragung als Widerstand	
<i>Ulrike Bondzio</i>	69
Ohnmacht – Allmacht	
Zur Strukturlogik der Esoterik	
<i>Chantal Magnin und Marianne Rychner</i>	79
»... das ist so eine verzweifelte Situation, ... dass man der jungen Frau den Weg in den Tod ebnen muss.«	
Beihilfe zum Suizid für psychisch Kranke? – Eine Videoanalyse	
<i>Jennifer Hartog und Ulrike Hoffmann-Richter</i>	97
Patiententötungen durch Pflegekräfte – Anspruch und Belastung des Pflegepersonals im Umgang mit Leiden und Sterben	
<i>Dirk Richter</i>	111
Sterbenachhilfe	
<i>Friedemann Pfäfflin</i>	115
Forum	
Bücher	123
Die Autorinnen und Autoren	127
die Psychotherapeutin / Edition Das Narrenschiff	128

## Wunder in der Wissenschaftsgesellschaft

Editorial



Ulrike Hoffmann-Richter

Wer die Presse aufmerksam verfolgt, findet fast täglich neue Berichte über unglaubliche Fortschritte: Die Entdeckung des Genortes einer Erbkrankheit wird es in Kürze möglich machen, das Gen zu verändern und den Ausbruch der Krankheit zu verhindern. Die Applikation winziger Elektroden in Neuronen soll dazu führen, dass in Zukunft Sinnesorgane wie das Gehör oder die Netzhaut ersetzt werden können: Taube werden hörend; Blinde sehend. In analoger Weise könnten ganze Gliedmaßen nahezu perfekt ersetzt werden. Das Klonen von Stammzellen soll in naher Zukunft dafür sorgen, dass Organe nicht mehr verpflanzt werden müssen, weil sie einfach »nachwachsen«. Und über das Auftriggern von EEG-Wellen können Patienten, die vollständig gelähmt sind, mit ihrer Umwelt sprechen, Briefe schreiben und auf andere Weise kommunizieren. Wissenschaftlicher und technischer Fortschritt verkündigen ein reales goldenes Zeitalter. Wunder sind überflüssig geworden.

Was in der Wissenschaftsgesellschaft geschieht, ist logisch ableitbar, beweisbar, überprüfbar und wiederholbar. Selbst für alltägliche Kleinigkeiten weisen wissenschaftliche Erkenntnisse den Weg: Wie eine Zahnbürste zu gebrauchen, Kaffee zu trinken oder Wäsche zu waschen sei (Frühwald 1997). Scheinbar im Widerspruch dazu wird selbst in der seriösen Presse über wundersame Begebenheiten berichtet. Im Zeit-Magazin erschien beispielsweise am 11.3.1999 mit Titelphoto ein Bericht über die »Begegnung mit einem Stigmatisierten«:

George Hamilton blutet immer wieder an Händen und Füßen – den Wundmalen Christi. So wie ihm ergeht es weltweit rund 25 Menschen. Sein Arzt schließt höhere Gewalt nicht aus, andere halten den Schotten für »plemplem«, die Kirche will mit ihm nichts zu tun haben. Begegnungen mit einem rätselhaften Phänomen (Luyken 1999).

Die Fortschritte der modernen Medizin werden selbstverständlich eingefordert: Viagra für den Sex; die Pille als Schwangerschaftsschutz; Neuroleptika und Antidepressiva gegen Psychosen; die »Glücksspieler« um sich »besser als gut« zu fühlen; Virostatika gegen Aids und für das Ausheilen von Leukämien. Herzoperationen für den dritten Lebensabschnitt; Schmerzbehandlung; Überleben nach schweren Schädel-Hirn-Traumata. Zugleich wird eben diese hoch technisierte Medizin angeschuldigt unmenschlich zu sein, weil sie die Kranken nicht sterben lasse; unerträgliches



Leiden verlängere, weshalb Sterbehilfeorganisationen für den »Gnadentod« kämpfen müssten.

Diese Haltung ist paradox. Oder doch nicht? Berichte über immer neue Erkenntnisse und Errungenschaften haben die Vorstellung geweckt, die Möglichkeiten der Naturgesetze seien beliebig erweiterbar, wenngleich nicht außer Kraft zu setzen. Aber wer weiß schon, was im Rahmen der Naturgesetze noch möglich ist, und wo ihr Spielraum aufhört? Das Unglaubliche ist glaubhaft geworden, weil es die Wissenschaft jetzt – oder in naher Zukunft – beweisen kann. Aus Glauben wird Wissen. Aus dieser Erfahrung scheint es nicht abwegig, getrost zu glauben, was sich (noch) nicht erwiesen hat: die Wirkung von alternativmedizinischen Methoden, esoterischen Verfahren, Gedankenübertragung, Geistheilung.

Max Webers Verdikt von der Entzauberung der Welt durch die Wissenschaft hat sich noch einmal verändert: »...dass man...alle Dinge – im Prinzip – durch Berechnen beherrschen könne« (1919/1988, 594). Dass man wissen könne, wie eine Straßenbahn fährt, wenn man wolle, erscheint plausibel. Die Visualisierung von Hirnfunktionen; die Übertragung riesiger Datensätze über Kontinente... ist das weniger. Prinzipiell scheint es zwar »keine geheimnisvollen unberechenbaren Mächte (zu geben), die da hineinspielen« (1988, 594); aber wer weiß das schon so genau? Vielleicht sind diese Mächte existent (Außerirdische; übertragene Gedanken...), nur in ihrem Ursprung und ihrer Wirkungsweise noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen. Die Fortschritte wissenschaftlicher Erkenntnis sind in diesem Jahrhundert so umfangreich, dass sie einer Wiederverzauberung Vorschub leisten. Alles scheint machbar, nichts unmöglich. Anscheinend Wunderbares wird in gutem Glauben eingefordert.

Der Glaube an Wunder gehört nicht der Vergangenheit an. Wunder haben eine andere Bedeutung bekommen. Nach dem Lexikon ist das Wunder eine »außerordentliche Begebenheit, die man sich nicht erklären kann, die dem naturgesetzlichen Lauf der Dinge angeblich widerspricht und die vom frommen Glauben auf das Eingreifen übernatürlicher Mächte (Gottes) zurückgeführt wird« (Philosophisches Wörterbuch 1974/720; Encarta 97). »Nach katholischer Auffassung werden metaphysische Prinzipien... nicht durchbrochen, auch die physischen werden nicht aufgehoben, sondern von Gott kraft seiner Allmacht für einen bestimmten Fall an ihrer Auswirkung gehindert.« (1974/720) Historiker, Wissenschaftshistorikerinnen und Philosophen haben sich in den vergangenen Jahren auf die Spur der Wunder im Mittelalter gemacht und ihre Bedeutung in der jeweiligen Zeit beschrieben. Zunächst war das Wunder nichts, was gegen die Naturgesetze geschah, denn diese wurden nicht in ihren Wirkungsweisen gegenüber anderen Kräften abgegrenzt (Le Goff 1990). Das Wunder war geradezu etwas Natürliches. Es entsprach der Beschreibung Augustins: »Wie

könnte auch etwas wider die Natur sein, was nach Gottes Willen geschieht, da doch der Wille des großen Schöpfers die Natur jedes geschaffenen Dinges ist?» (A. Augustinus Vom Gottesstaat 1955, Zürich, Bd. 2, XXI, 8, S. 698 nach Daston 1998/18). Lorraine Daston untersucht die Vorzeichen, Prodigien (Zeichen, die den Willen Gottes offenbaren und kommende Ereignisse ankündigen) und Wunder in den Schriften des 16. und 17. Jahrhunderts. Sie betrachtet die Beschäftigung mit ihnen als Vorgeschichte der Unterscheidung von Tatsache und Beweis. Sie arbeitet die Unterschiede zwischen natürlichen, über- und außernatürlichen Ursachen für Wunder heraus; und sie zeigt die Differenzierung zwischen weltlichen oder Naturwundern und religiösen Wundern. In der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts geht der Zeichencharakter der Wunder verloren. Prodigien und Omen werden zu ersten objektiven Tatsachen der Naturphilosophie. In der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts wird das Wunder und seine Bedeutung definiert, um zum »reinen Beweis« zu werden, der weder einer Interpretation noch weiterer Bestätigung bedarf. Das Interesse am Beweis der Wunder verlagert sich zur Suche nach Beweisen für Wunder (Daston 1998).

Heute ist Glauben kein eigenständiger Wert, auch keine Voraussetzung für, sondern der Vorzustand des Wissens geworden. Unterschieden wird nicht mehr zwischen Wunder (Außer- oder Übernatürlichem) und Beweis, sondern zwischen Geschehendem und Machbarem. Die Wissenschaft ist für die Machbarkeit zuständig, und sei sie noch so unglaublich. Nicht das geschehende, sondern das machbare Wunder ist gefragt. Ja es wird geradezu eingefordert. Auf diesem Hintergrund wächst die Unzufriedenheit über die Fortexistenz von Schmerz und Leid. Die Pflicht zur Gesundheit (Herzlich 1991), so scheint es, wird die Aufforderung nach sich ziehen, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, ehe die Gebrechen zu groß werden. Das Recht zum Sterben wird dann zu einer Pflicht. Mit Verletzungen zu leben, ist nicht mehr vorgesehen. Sie zeugen davon, dass sich Teile des Lebens der Kontrolle und der Gestaltung entziehen.

Noch eine Anmerkung zum Schluss: Dieses Heft konzentriert sich auf die »Heilserwartungen«. Heft 12 wird sich mit dem »Glück«; Heft 13 mit der »Gewissheit« bzw. Ungewissheit auseinander setzen.

## Literatur

- Daston, L.: Wunder und Beweis im frühneuzeitlichen Europa. In: Smith, G.; Kroß, M. (Hg.): Die ungewisse Evidenz. Für eine Kulturgeschichte des Beweises. (1998) Berlin: Akademie Verlag, S. 13-68
- Encarta 97. Enzyklopädie. CD-Rom. Microsoft (1993-1996)
- Frühwald, W.: Zeit der Wissenschaft. Forschungskultur an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. (1997) Köln: DuMont
- Le Goff, J.: Das Wunderbare im mittelalterlichen Abendland. In: ders.: Phantasie und Realität des Mittelalters. (1990) Stuttgart: Klett-Cotta, S. 39-63
- Herzlich, C.: Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, U. (Hg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen (1991) Heidelberg: Asanger, S. 293-302
- Luyken, R.: Blüten wie Jesus. Begegnung mit einem Stigmatisierten. In: Die Zeit. Magazin Nr. 11, 11.3.1999, S. 20-24
- Philosophisches Wörterbuch. Begründet von H. Schmidt; neu bearbeitet von G. Schischkoff (1974) Stuttgart: Alfred Kröner
- Weber, M.: Wissenschaft als Beruf (1919) in: ders.: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, 7. Aufl. (1988) Tübingen: Mohr, S. 582-613

## Heilserwartungen

Asmus Finzen

### Zusammenfassung

Als selbstverständlich vorausgesetzt wird, dass die Medizin die Ursachen der zu behandelnden Krankheiten kennt und sie deshalb heilen kann. Der klinische Alltag zeigt, dass die Vorstellungen einer steten ursächlichen Behandlung zu kurz greifen. Der »Zustand gläubiger Erwartung« ist eine wichtige Voraussetzung für jedweden Heilungsprozess. Er gehört zu den unspezifischen Wirkfaktoren, die dafür sorgen, dass Psychotherapie, aber auch Placebos oder esoterische Verfahren Wirkung zeigen. Aber Heilserwartungen kennen keinen Sättigungsgrad. Wenn die Angebote der modernen Medizin versagen, setzt sich die Suche bei alternativen und Naturheilverfahren fort. Grenzen der Behandlung sind nicht vorgesehen.

»Wer heilt, hat Recht«. Voller Trotz hat Paracelsus (1965) diesen Satz der Zunft der zeitgenössischen akademischen Ärzte entgegengeschleudert. Kein anderes Zitat des Theophrastus Bombastus von Hohenheim hat vergleichbare Spuren in der Geschichte der Medizin hinterlassen. Allenfalls sein »die höchste Arznei aber ist die Liebe« ist ähnlich populär und – man muss es hinzufügen – ähnlich unwissenschaftlich.

»Wer heilt, hat Recht«. Kann man die Wahrheit dieser Aussage bestreiten? Paracelsus hat sie vor 500 Jahren der verkrusteten scholastischen Medizin entgegengehalten, die sich auf Aristoteles berief, nicht auf die Beobachtung der Natur. Die Ärzte sollten sich gefälligst aus den Bibliotheken zu den Kranken begeben, forderte er in drastischen Worten. Paracelsus (1965) gilt als einer der Begründer der modernen wissenschaftlichen Medizin, wenn auch möglicherweise zu Unrecht. Er ist zugleich Kronzeuge der Homöopathen, der Naturheilkundigen, der Schamanen, der Geistesheiler und anderer Scharlatane.

Diese doppelte Ahnherrenschaft, so widersprüchlich sie scheint, hat mit dem Eingangszitat zu tun. Aus der Perspektive der Kranken ist unbestreitbar, dass Recht hat, wer sie heilt. Aber die Feststellung ist zwingend, dass sich von diesem Satz keine vernünftige, verstandesmäßig begründbare Heilkunde herleiten lässt, keine Medizin. Heilung hat mit Krankheit zu tun und mit Gesundheit – ebenso viel, möglicherweise noch mehr mit den

Vorstellungen der Menschen von Krankheit und Gesundheit. Diese aber decken sich in keiner Gesellschaft mit den Lehren und Modellen der jeweils geltenden Heilkunde.

Das gilt selbstverständlich auch für die Gegenwart und die moderne Medizin. Ein Blick in die Zeitungen und Zeitschriften, das Fernsehen oder die Ratgeberabteilungen der großen Buchhandlungen, die von alternativmedizinischer Literatur überquellen, legt nahe, dass dies heute sogar in besonderer Weise gilt – und zwar sowohl für die körperliche wie für die seelische Gesundheit.

Heilung hat mit Krankheit und Gesundheit zu tun, aber auch mit den Erwartungen an den Heiler. Bei Heilung geht es außer um das Tun der Heiler um Heilserwartungen, um die vertrauensvolle, verzweifelte, die gläubige Hoffnung der Heilungssuchenden. Wir gehen zu einem Heilkundigen, damit er uns hilft, uns heilt; und wenn es ihm gelingt, sind wir dankbar und zufrieden – und das mit Recht.

Spätestens seit Beginn der Neuzeit aber geht es bei der Heilkunde um einen wiederholbaren, vernünftig und verstandesmäßig begründbaren, überprüfbaren Prozess. Es geht um das, was wir heute wissenschaftliche Medizin nennen. Ich will das an einem Beispiel verdeutlichen:

Wenn ein Hilfesuchender an einer Krankheit leidet, die wir auf der Grundlage vorbezeichneter diagnostischer Regeln als Scharlach erkennen, dann ist es richtig, ihn mit einem gegen Streptokokken wirksamen Antibiotikum zu behandeln, weil die krankhafte Ausbreitung dieser Streptokokken im Körper die Krankheit Scharlach verursacht hat. Jede andere Maßnahme ist falsch. Allenfalls ließe sich bei leichteren Formen im Vertrauen auf die Widerstandskraft der Kranken die Entscheidung vertreten zu warten und gar nichts zu tun wie in der Zeit, als noch keine Antibiotika zur Verfügung standen. Dieser Entscheidung hätte jedoch eine Risiko-Nutzen-Abwägung vorauszugehen, in der die bekannten Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung gegen die bekannten Risiken der Krankheit abgewogen werden müssen.

In der modernen wissenschaftlichen Medizin gibt es – zumindest theoretisch – definierte oder doch potenziell definierbare Krankheiten mit bekannten oder doch erforschbaren Ursachen und daraus abzuleitenden Methoden der Behandlung. Die Behandlungsmethoden sind im Idealfall »ursächlich«, wie in unserem Beispiel. Die Therapie packt entsprechend das Übel an der Wurzel – in unserem Beispiel durch Abtötung der Streptokokken.

## Symptome kurieren

Im weniger idealen, aber häufigeren Fall greift sie an irgendeiner Stufe in den mehr oder weniger bekannten, aber ursächlich nicht vollumfänglich geklärten Krankheitsprozess ein. Beispiele dafür sind die manisch-depressive Krankheit, die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, der Diabetes, die Gicht oder die Hypertonie. Ungünstigenfalls lindert die Behandlung bei ungeklärtem oder weit fortgeschrittenem Krankheitsprozess nur die Symptome einer Krankheit, wie Schmerzen bei metastasierendem Krebs oder primär chronischer Polyarthrit. Eine Vielzahl von Zwischenstufen der geschilderten Möglichkeiten bestimmt den Alltag der zeitgenössischen Medizin.

Im Gegensatz zum weit verbreiteten positiven Vorurteil der Öffentlichkeit befinden sich die Krankheiten mit geklärten Ursachen und kausalen Behandlungsmöglichkeiten in der Minderheit. Das große Verdienst der modernen Medizin besteht darin, dass sie uns ermöglicht, zahlreiche Krankheiten zu erkennen, abzugrenzen, zu diagnostizieren und weitreichende Einblicke in ihre Abläufe zu nehmen, um auf diese Weise früher und wirksamer in den Krankheitsprozess einzugreifen. Auch dafür ist die Schizophrenie ein gutes Beispiel, ebenso wie der Diabetes oder die Hochdruckkrankheit, die, wenn sie unbehandelt bleibt, längerfristig Herz- und Nierenerkrankungen nach sich zieht.

In unserem Bemühen Krankheit zu erkennen, zu definieren und zu diagnostizieren, sind wir weit gekommen. Allerdings täuschen die modernen Klassifikations- und Diagnosesysteme wie beispielsweise die ICD 10 (Internationale Klassifikation der Diagnosen) der WHO einen Erkenntnisstand vor, der in Wirklichkeit nicht vorhanden ist. Die ICD beschreibt die Krankheiten. Sie ergründet sie nicht. Sie sieht in vielen Fällen von den jeweils herrschenden Vorstellungen von ihrer Verursachung ab oder geht, wie bei den psychischen Störungen, aus pragmatischen Gründen bewusst über sie hinweg. Die Grenzen therapeutischer Möglichkeiten sind enger als wir uns das erhoffen. Die selbstkritische Betrachtung der modernen Medizin offenbart eine breite Kluft zwischen Heilserwartungen und Heilungschancen. In der vorwissenschaftlichen Medizin des Abendlandes war dies eine Selbstverständlichkeit. Das Bewusstsein sterben zu müssen, rangierte in der Wertskala des mittelalterlichen Menschen vor der Hoffnung auf Überleben. Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts war Krankheit selbstverständliche Vorboten des Todes. So heißt es in der Wegleitung für Patienten des Londoner Guys Hospital von 1815: »Da die Krankheit üblicherweise dem Tod vorangeht, sollte sie ernstlicher Anlass sein, über das Leben nachzudenken und sorgfältig zu prüfen, ob man auf den großen Wechsel vorbereitet ist.« (Coe 1970)

In den nachfolgenden anderthalb Jahrhunderten hat sich Entscheidendes geändert. Im Zeichen des Aufschwungs der wissenschaftlichen Medizin war der Tod nicht mehr Schicksal, sondern Herausforderung: »De la mort collective au devoir de guérison« überschreibt Claudine Herzlich (1984) folgerichtig ihre Sozialgeschichte der Medizin. Krankheit geht keineswegs mehr üblicherweise dem Tod voran; ihre Überwindung wird zur gesellschaftlichen Pflicht. Aber diese Verpflichtung überfordert die Menschen. Viel öfter als das ihrem Selbstbild entspricht, kommt die moderne Medizin nur an das Symptom heran.

### Der Mythos der Machbarkeit

Die moderne Medizin hat den Tod verdrängt. Sie pflegt den Mythos der Machbarkeit und weckt entsprechende Erwartungen: Wenn nur das Richtige zum rechten Zeitpunkt getan wird, ist Heilung möglich. Oder ihre Möglichkeit ist »just around the corner«, wird beim nächsten Entwicklungsschritt der Medizin erreichbar oder zumindest greifbar sein. Obwohl immer noch gilt, dass der Tod das sichere Ende des Lebens ist, verbreiten Zweifel am Mythos der Machbarkeit Angst und Schrecken. Eine gemeinsame Lebenslüge von Medizin und Zivilisation verleugnet die Normalität der Endlichkeit des Lebens.

Nur so sind die verheerenden psychologischen Wirkungen der Aids-Epidemie zu erklären, deren Opfer zehnmals seltener sind als jene durch Unfall oder Selbsttötung, hundertmal geringer als die von Krebs oder Herztod. In der Gestalt von Aids ist eine Krankheit sichtbar geworden, die »unheilbar« ist, eine Krankheit, vor der der Machbarkeitskult der Medizin – vorerst – versagt. Das öffentliche und veröffentlichte Entsetzen darüber ist nur dadurch zu erklären, dass die Tatsache erfolgreich verdrängt wird, dass in unserem Kulturkreis jährlich jeder 70. Mensch an Aids stirbt, jeder 40. in Afrika oder in Indien.

Objektiv kann die Medizin ihre Heilungsversprechen wieder und wieder nicht einhalten. Diese Erfahrung führt aber nicht etwa zu Ernüchterung – zu dem Bewusstsein, dass die Heilkunst ihre Grenzen hat. Die Lebenslüge der Medizin wird nicht entlarvt. Sie wird einfach verkehrt. Die Medizin kann ihre Versprechungen nicht etwa deshalb nicht einhalten, weil sie etwas falsch macht, sondern weil sie unhaltbar sind. Sie vermittelt ein falsches Bild vom Möglichen. In der direkten Konfrontation würde keine Ärztin, würde kein Arzt die Grenzen medizinischen Handelns bestreiten – auch und gerade gegenüber den ihn anvertrauten Kranken nicht. Aber nach außen vermitteln sie ein anderes Bild: Wenn wir uns noch mehr bemühen, noch mehr Mittel zur Verfügung haben, noch mehr forschen, noch

bessere Technik noch besser beherrschen, wenn die Genterapie erst etabliert ist, dann können wir noch mehr leisten; dann ist Hoffnung; dann gibt es vielleicht doch keine Grenzen.

Was in der Öffentlichkeit ankommt, ist dieses hoffnungsvolle Bild in Gestalt eines Versprechens, an dem die Medizin scheitern muss. Das paradoxe Ergebnis besteht nun nicht darin, dass die hoffenden Kranken und die Gesunden, die einmal krank werden könnten, am Mythos der Machbarkeit zweifeln. Viel mehr suchen sie nach Fehlern, nach Sündenböcken; und die sind leicht auszumachen. Wir allen kennen die Klagen über die seelenlose Hochleistungsmedizin, über die kalte Technik, die fehlende Ganzheitlichkeit der vorherrschenden Schulmedizin. Genau diese Eigenschaften sind es, die die Leistungsfähigkeit der gegenwärtigen Medizin bedingen, die das Leben vieler Menschen retten und das vieler anderer verlängern, wiewohl meist nicht mit dem Ergebnis der Heilung und oft um den Preis bleibender Behinderungen.

Anders als zu Beginn unseres Jahrhunderts sind es nicht die Leistungen der Medizin, die ihr Bild in der Öffentlichkeit prägen, sondern ihr Unvermögen bei unverminderten Hoffnungen und anscheinend unbeirrbarem Fortschrittsglauben. Die Enttäuschung von der modernen Medizin führt deshalb zur Suche nach einer Alternative. Dafür bietet sich, wie sollte es anders sei, die Alternativmedizin an.

### Alternativmedizin, die neue Hoffnung

Es ist nicht ganz greifbar, was das denn ist, die Alternativmedizin. Bemerkenswert ist, dass sie etwa im berühmten klinischen Wörterbuch von Psyhyrembel (1994) nicht vorkommt. Da sie sich als Alternative zur Schulmedizin versteht, müsste sie eine Heilkunde sein, die auf die (natur-)wissenschaftliche Begründung ihres Handelns verzichtet. Tatsächlich ist dies weitgehend der Fall. Aber nicht durchgehend. Regeln der Hygiene, der Diätetik, der allgemeinen Lebensführung werden übernommen und in Abgrenzung von der Schulmedizin zu einer tragenden Säule der Naturheilkunde entwickelt.

Kompliziert wird die Angelegenheit dadurch, dass ein Teil der Alternativmedizin sich auf eine alternative Physik, eine alternative Chemie, ja eine alternative Mathematik stützt und so in Konkurrenz zur »falschen« naturwissenschaftlichen Begründung der Schulmedizin tritt. Ein Beispiel dafür ist etwa die sogenannte orthomolekulare Psychiatrie, die die Ursache der Schizophrenie im Mangel von bestimmten Vitaminen und Spurenelementen sieht.

Solche Systeme sind für den wissenschaftlichen Laien nicht durch-



schaubar. Er wird vor eine Glaubensfrage gestellt. Er muss entscheiden, wem er glaubt: Der Schulmedizin, die die herrschende Lehre vertritt oder diesem Zweig der Alternativmedizin, der von Scharlatanen und Monomanen – ich weiß, meine Sprache zeugt von Voreingenommenheit – mit großem Engagement propagiert wird. Die Entscheidung das Richtige zu glauben, wird schwieriger, wenn, wie im Falle der orthomolekularen Psychiatrie, ein Nobelpreisträger für Chemie, Linus Pauling, im hohen Alter und im Zeichen von familiärer Betroffenheit, die Seite der Alternativen vertritt.

Als alternative Naturwissenschaft versteht sich im Übrigen auch die Homöopathie mit der Lehre von den großen Verdünnungen ihrer Wirksubstanzen. Kein »Schul«-wissenschaftler wird begreifen, wie eine Arznei denn wirken soll, die weniger als ein Molekül pro Liter Flüssigkeit enthält – weniger als vielfältige andere Spurenelemente in Form von Verunreinigungen. Dennoch bestreiten die Vertreter der Homoöopathie vehement, dass es sich bei ihrer Lehre um eine Glaubensangelegenheit handle. Sie vertreten eine andere Wissenschaft mit anderen Axiomen als die etablierten – als unsere – Naturwissenschaften.

Die Homöopathie befindet sich im Übrigen in einer besonderen Situation. Viele ihrer Anhänger verstehen sie aufgrund ihrer zweihundertjährigen Tradition im Gefolge Samuel Hahnemanns (1757-1843) als eine »alternative Schulmedizin«, die, vor allem in Deutschland, weitreichende Geltung beanspruchen kann und auch bei zahlreichen Ärztinnen und Ärzten Anerkennung findet. Die Zusatzbezeichnung Homöopathie ist offiziell anerkannt und steht auf zahlreichen Praxisschildern von Allgemeinärzten und Internisten, die für sich in Anspruch nehmen eine »weiche« Medizin zu betreiben.

Eindeutiger ist die Situation im Hinblick auf Verfahren, die sich Aromatherapie, astrologische Medizin, Bachblütentherapie, Edelsteintherapie oder Geistheilung nennen, die auf Rutengänger, Wahrsager, Exorzisten, Schlangenbeschwörer oder Gesundheitsrückgreifen. Wenn sie nicht schlichte Betrüger sind, sind sie Schamanen, Gurus oder Scharlatane. Sie arbeiten mit den Ängsten und mit dem Glauben der Menschen, die sich ihnen anvertrauen. Wissenschaftlich gesehen ist ihre Behandlungsmethode die Suggestion.

Es ist nicht sonderlich logisch, alle diese Verfahren, Methoden und Schulen unter einem Dach zusammenzufassen. Inhaltlich und historisch haben new-age- und esoterisch inspirierte Verfahren wenig mit solchen zu tun, die sich von Volksmedizin und Volksaberglauben herleiten, noch weniger mit Homöopathie oder der modernen Naturheilkunde. Dennoch werden sie alle vom Dach der Alternativmedizin gedeckt, wenn nicht in ihrem Selbstverständnis, dann doch in ihrem Gegensatz zur Schulmedizin und im Bild der Öffentlichkeit. Die Attraktivität der Alternativmedizin ist

groß und umsatzträchtig. Ihre Attraktivität wächst, je mehr das Vertrauen in die Medizin schwindet. Zwei Untersuchungen aus den letzten Jahren, eine deutsche (Angermeyer 1994) und eine schweizerische (Bürgi et al.) belegen diese wachsende Attraktivität; und sie zeigen, dass sie anders als erwartet bildungsabhängig ist: Je besser der Ausbildungsstand der Befragten, desto stärker die Anziehungskraft der Alternativmedizin.

### Die Dosis macht das Gift

In der Naturheilkunde, die die gesunde Lebensführung und »naturgemäß« Heilverfahren in den Mittelpunkt stellt, begegnen sich Alternativmedizin und Schulmedizin. Ihre Wege trennen sich bei der Einschätzung »natürlicher« Heilmittel und Arzneien. Da ist nicht nur die unterschiedliche Antwort auf die Frage nach der Wirksamkeit natürlicher, in der Regel pflanzlicher oder mineralischer Heilmittel, sondern auch und vor allem die nach den unerwünschten Wirkungen. Die Medizin verlangt den wissenschaftlichen Wirkungsnachweis. Die Alternativmedizin versteht sich als Erfahrungsmedizin: positive Erfahrungen mit einem Medikament genügen ihr als Wirksamkeitsnachweis.

Für die Alternativmedizin sind »künstliche« »chemische« Medikamente vom Übel. Sie setzt auf pflanzliche Heilmittel, die für die wissenschaftliche Medizin jenseits der zahlreichen harmlosen Tees und Tropfen vielfältige bekannte und unbekannte Gefahrenquellen enthalten. So unangefochten der Leitsatz der Medizin ist, dass wirksame Medikamente auch unerwünschte Wirkungen haben, so unangefochten ist auch, dass dieser Satz nicht umkehrbar ist. Ein Medikament ist nicht nebenwirkungsfrei, weil es unwirksam ist; und ein wirksames Medikament ist nicht ungefährlich, weil es »rein pflanzlich« ist.

Zur Erinnerung: Einige unserer wirksamsten Gifte sind pflanzlichen Ursprungs, Sokrates' Schierlingsbecher ebenso wie das Pfeilgift der Amazonasindianer. Im Übrigen sind Alkohol in allen seinen Zubereitungen und Tabak rein pflanzlich. Dennoch sind sie die beiden Massenkiler par excellence. Opium und Cannabis sind rein pflanzlich. Sie mögen nicht so gefährlich sein, wie das gelegentlich dargestellt wird. Aber sie sind gefährlich genug. Quecksilber und Schwefel sind natürliche Elemente. Dennoch sind mit ihrer Hilfe seit Paracelsus (1965) Hunderttausende im Namen der Heilkunde umgebracht worden. Dass Quecksilber und Schwefel neben allen anderen Elementen Grundlage der Chemie sind, unterstreicht nur die Absurdität der Unterscheidung zwischen natürlich und chemisch.

Aber das ist nur die eine Seite. Unabhängig davon, ob eine Substanz giftig ist oder nicht, ob sie chemisch wirksam ist oder nicht, kann sie den-

noch günstig auf den Krankheitsverlauf einwirken. Zum einen macht die »Dosis das Gift« – ein weiteres Paracelsus-Zitat. Zum anderen wirkt die Hoffnung auf Hilfe. Im Hinblick auf Medikamente ist dieses Phänomen als »Placebo« bekannt, als segensreiche Wirkung einer Substanz, die diese Wirkung gar nicht haben kann – sei es nun Zucker oder Salz, sei es nun Gift oder Nicht-Gift.

### Ein Zustand gläubiger Erwartung

»Placebo« ist ein lateinisches Wort. Placebo heißt: Ich werde nützen; es heißt auch: Ich werde gefallen, ich werde angenehm sein. In Psyhyrembels (1994) klinischem Wörterbuch heißt es dazu kurz und trocken: »Scheinmedikament; unsorgsame indifferente Substanz. Anwendung a) um einem subjektiven Bedürfnis nach medikamentöser Therapie zu entsprechen; b) im Rahmen der klinischen Erprobung neuer Medikamente (Doppelblindversuch).« Dies ist eine grandiose Unterschätzung des mächtigsten der unspezifischen Wirkfaktoren der Medizin. Sie hat möglicherweise damit zu tun, dass die Placebo-Wirkung von Medikamenten in jüngerer Zeit in der Tat weniger als therapeutische Chance als als auszuschaltendes Problem in der Arzneimittelforschung betrachtet worden ist.

Weil alle Medikamente Placebo-Wirkungen haben, positive und negative, erwünschte und unerwünschte Wirkungen, die mit der Chemie der Substanz absolut nichts zu tun haben, musste die Forschung nach Wegen suchen, bei der Erprobung neuer Medikamente den Placebo-Effekt auszuschalten oder doch wenigstens zu kontrollieren. Arzneimittelforschung wird heute deshalb überwiegend im Rahmen von Doppelblindversuchen durchgeführt. In dieser Versuchsordnung weiß weder der Arzt noch der Patient, ob Letzterer nun mit dem alten oder dem neuen zu erprobenden Medikament behandelt wird, ob er eine biochemisch wirksame oder eine unwirksame Substanz einnimmt.

In der Forschung ist der Placebo-Effekt somit ein Störfaktor. Das mag dazu beigetragen haben, dass auch seine bewusste Nutzung zu therapeutischen Zwecken in der Medizin – der wissenschaftlich begründeten Heilkunde – in den Hintergrund getreten ist. Das müsste uns erstaunen, weil die Placebo-Wirkung die Prüfung neuer therapeutischer Substanzen ja nicht wegen ihrer negativen Wirkungen stört, sondern wegen ihrer positiven. Und diese kann beträchtlich sein. Bei der Depressionsbehandlung beispielsweise spricht man davon, dass jeweils ein Drittel der Gesamteffizienz einer therapeutischen Substanz auf ihre Placebo-Wirkung, ein Drittel auf ihren Tranquilizer-Effekt und nur das letzte Drittel auf ihre spezifische antidepressive Wirkung zurückzuführen sei. Bei anderen psy-

chischen Störungen mag ihr Effekt weniger gewaltig, bei körperlichen Erkrankungen deutlich geringer sein. Aber er ist vorhanden.

Dass der Placeboeffekt in der Medizin – im Gegensatz zur Alternativmedizin – dennoch so wenig Beachtung erfährt, hängt gewiss auch damit zusammen, dass seine bewusste Nutzung im Zeichen des Anspruchs der Kranken auf Aufklärung und unter dem Aspekt des Zustimmungsvorbehalts jeglicher Therapie durch die Kranken ethisch anrühlich geworden ist: Es ist nicht zulässig, ein »unwirksames« Medikament zu verabreichen oder ein nach rationalen Kriterien unwirksames Verfahren einzusetzen, ohne über dessen Unwirksamkeit aufzuklären. Die Aufklärung aber zerstört jenen Zustand der »gläubigen Erwartung« (Freud 1904) der eine Grundbedingung der Wirksamkeit des Placebos ist.

Dennoch spielt das Placebo im Alltag der Medizin eine entscheidende Rolle, oft ohne dass uns dies bewusst ist. Denn nicht nur das Medikament ohne spezifische Wirksubstanz hat einen Placebo-Effekt. Das chemisch spezifische Pharmakon hat ihn ebenso, wie das unspezifische pflanzliche Mittel. Beide wirken besser, wenn ihre Verabreichung mit Hoffnung, mit einem »Zustand gläubiger Erwartung« verknüpft ist, als wenn sie mit Vorbehalten, Skepsis und Angst eingenommen werden.

Das Vertrauen in den Arzt, seine begütigenden Worte, sein Trost, seine Zuversicht sind so wichtig wie die von ihm verschriebenen Medikamente. Der ungarisch-englische Psychoanalytiker und Psychotherapeut Michael Balint (1957) hat in seinem berühmten Buch über den Arzt, den Patienten und seine Krankheit von »der Droge Arzt« gesprochen.

In diesem Zusammenhang wird sichtbar, dass es hier um mehr geht, als das, was wir gemeinhin unter Placebo verstehen. Es geht auch um Psychotherapie, die bewusst oder unbewusst ausgeübt werden kann. Gewiss, beide, Placebo und unspezifische Psychotherapie, beziehen ihre Wirksamkeit im wesentlichen aus ihrem suggestiven Charakter. Ihre bewusste Nutzung zu solchem Zweck ist möglicherweise sogar manipulativ. Dennoch sei davor gewarnt, ihre Wirksamkeit gering zu schätzen oder zu meinen, sie verharre an der Oberfläche.

Wir wissen verhältnismäßig wenig über unspezifische therapeutische Effekte in der Medizin. Sicher ist jedoch, dass sie auf dem Wege über die Psychophysiologie die Widerstands- und Abwehrkräfte der Kranken stärken und Selbstheilungskräfte des Organismus fördern. Es entsteht der Eindruck, dass wir es hier mit einem fließenden Übergang zwischen »klassischem« Placebo-Effekt und unspezifischer Psychotherapie zu tun haben, über den verhältnismäßig wenig bekannt ist, über den mehr zu erfahren aber gewiss lohnen würde.

Der traditionelle Arzt wirkt in seiner Berufsrolle als Familienarzt oder als Spezialist gleichsam konstitutionell psychotherapeutisch. Er ist

immer auch eine psychotherapeutische Institution, wengleich sein therapeutisches Wirken im Wesentlichen im gerade dargestellten Sinne unspezifisch ist. Er ist immer auch Heiler. Im Zeichen der Technisierung und der Spezialisierung der modernen Medizin hat diese institutionell psychotherapeutische Seite an Gewicht verloren. Sie wird auch von Seiten der Ärzte nicht mehr selbstverständlich gelebt. Aber sie ist keinesfalls verschwunden. Insbesondere bei den Hausärzten ist sie nach wie vor von großem Gewicht.

### Alternativmedizin und unspezifische Psychotherapie

Aber im Zeichen des durch den naturwissenschaftlichen und technischen Fortschritt begründeten Machbarkeitsmythos der modernen Medizin ist die Rolle des Heilers mehr und mehr auf die Alternativmediziner übergegangen, auf die Naturheilkundler, die Heilpraktiker, die Akupunkteure, die Magnetopathen, die Pendler und die Rutengänger und die Geistheiler. Sie alle bedienen sich außer ihrer diversen Mixturen einiger der ältesten und wirksamsten Methoden der Psychotherapie: Des Zuhörens, des Ratgebens, der Suggestion und der Manipulation. Sie tun das meist, ohne dies zu deklarieren, vermutlich oft ohne sich dessen bewusst zu sein. Wer an die Wirksamkeit seiner Tees und seiner Blütenextrakte glaubt, suggeriert deren Wirksamkeit viel überzeugender als der bewusste Scharlatan.

Alle diese Überlegungen gelten für die Körpermedizin und die körperlichen Krankheiten. Sie gelten aber auch für die psychischen Störungen. Die Tatsache, dass ein beträchtlicher Teil der Alternativmedizin bewusst oder – noch häufiger – nicht bewusst mit psychotherapeutischen Methoden arbeitet, kann das nur unterstreichen.

Natürlich kann man keine Schizophrenie heilen, indem man die Wirksamkeit eines Bachblütenextraktes suggeriert. Natürlich kann man keine Depression auflösen, indem man vertrauensvoll Melissentee trinkt. Aber in beiden Fällen und in vielen anderen, kann die Behandlung beruhigend und entspannend wirken, unterstützen und trösten. Sie kann den Kranken helfen, mit ihrem Leiden zu leben und sich aktiv mit ihm auseinander zu setzen. Sie kann, wenn sie lange genug andauert und wenn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Homöopathen, dem Bachblüten-therapeuten, dem Geistheiler und dem Kranken besteht, diesen über die Zeit bringen bis spontan Besserung eintritt. Dies wiederum ist eine bedeutende therapeutische Leistung.

## Rationale Grundlagen der Therapie in Medizin und Alternativmedizin

Diese Überlegungen haben eine Reihe unterschiedlicher Konsequenzen. Zum einen bleibt der Paracelsus'sche Satz »Wer heilt, hat Recht« unangefochten. Zum anderen ist es notwendig, einige Überlegungen darüber anzustellen, wie man allgemein-medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Methoden vernünftig und verstandesmäßig begründen kann. Nur eine rationale Therapie ist nachvollziehbar, wiederholbar und damit lehrbar.

Für den einzelnen Kranken ist es wichtig, dass er geheilt wird. Für die Heilkunde aber ist es genau so wichtig, dass sie weiß, auf welche Weise sie diese Heilung bewirkt hat. Nur dann wird sie beschreibbar, erklärbar, wiederholbar und lehrbar. Dafür müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein: Die Krankheit oder das Krankheitssyndrom muss abgrenzbar sein. Das Therapieverfahren muss nachvollziehbar und begründet sein. Außerdem muss klar sein, dass zwischen dem Behandlungsverfahren und der Heilung ein Zusammenhang besteht. Nur wenn das möglich ist, werden wir im Stande sein, Therapie, in unserem Zusammenhang vor allem psychiatrische Therapie, rational zu begründen.

Wenn wir das tun, wird auch der Unterschied zwischen Medizin und Alternativmedizin klar. Die scheinbare Verwischung der Grenzen zwischen den beiden hat damit zu tun, dass beide auch auf unspezifische therapeutische Effekte setzen, beispielsweise auf den Placebo-Effekt, und nicht-spezifische psychotherapeutische Faktoren. Beiden gemeinsam ist aber auch, dass sie es versäumen, ihre Grenzen ausreichend explizit zu machen. Beide setzen stillschweigend »zum Zwecke der Heilung auf den Zustand der gläubigen Erwartung«, wie die primitive und die antike Medizin das getan hat; ein Zustand, der, wie Freud (1904) schreibt, »uns heute noch das nämliche leistet«.

Die Förderung einer »naturgemäßen« Lebensweise, eine ausgewogene Ernährung, die Mäßigung bei Essen und Trinken, die Meidung von Zivilisationsgiften, sind im Übrigen nicht Privilegien der Alternativmedizin. Sie sind Bestandteile jeder vernünftigen Heilkunde, möge sie sich nun auf wissenschaftliche Grundlagen berufen oder nicht. Das mag die Abgrenzung zwischen Medizin und Alternativmedizin zusätzlich erschweren.

Ich kann mir vorstellen, dass manche Leserin, mancher Leser seine Ungeduld mit meinem Text kaum mehr zu zügeln vermag: Wie komme ich dazu, über Therapie zu schreiben, ohne die Krankheitsursachen zu erwähnen? Wo bleibt das mittlerweile hundert Jahre alte Paradigma der wissenschaftlichen Medizin, dass wirksame Behandlung die Erforschung der Krankheitsursachen voraussetzt! Ich habe in meinen einleitenden Sätzen

darauf verwiesen, dass dieses Paradigma wohl dem Selbstbild der Medizin entspricht, dass es mit ihrer Wirklichkeit aber wenig zu tun hat. Die Suche nach der »notwendigen und hinreichenden Krankheitsursache« (Schlich 1996) ist weltweit der zentrale Motor medizinischer Forschung. Aber die Heilkunst würde kläglich dastehen, wenn sie sich auf die Behandlung solcher Krankheiten beschränken würde, deren Ursachen wir kennen und die wir »kausal« behandeln können. Eine solche längst überholte Betrachtungsweise verdeckt im übrigen die Vielschichtigkeit körperlichen und psychischen menschlichen Leidens und der Chancen hilfreichen Handelns.

## Literatur

- Angermeyer, MC: Einstellung der Bevölkerung zu Psychopharmaka. Determinanten der Compliance mit psychopharmakologischer Behandlung. In: Naber, N, Müller-Spahn, F (Hg.): Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1994: 112-123
- Balint: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett Verlag, 1957
- Bürgi M, Sommer JH, Theiss R.: Alternative Heilmethoden. Chur, Zürich: Verlag Rüegger, 1994
- Coe RM: Sociology of Medicine. New York: London, 1970
- Freud S: Die Freudsche Psychoanalytische Methode. Studienausgabe. Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik. Frankfurt: S. Fischer, 1982: 99-106
- Herzlich C, Pierrel J: Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison. Paris: Edition Payot, 1984
- Paracelsus T: Medizinische Schriften. Werke Bd. 1. Darmstadt : Wiss. Buchgesellschaft, 1965
- Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage. Berlin, New York: de Gruyter, 1994
- Schlich, Th: Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In: Borck, C. (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag, 1996: 201-229

## Haben Placebos Effekte?

■  
Klaus Schonauer

### Zusammenfassung

Erst die etwa zur Mitte des 20. Jahrhunderts ausgereifte Möglichkeit, Therapieeffekte mit überindividuell gültigen Hypothesen über Wirkungen ihrer metabolischen Substrate zu erklären, begründet das systematische Interesse an den auf diesem Wege nicht erklärbaren Anteilen dieser Effekte und damit die Placeboforschung. Historisch wie methodologisch lassen sich innerhalb der Placeboforschung zwei Phasen differenzieren: Die erste beginnt als Grundlagenforschung, untersucht soziale, psychologische und demographische Variablen der beteiligten Patienten, Ärzte und ihrer Interaktion als mögliche Determinanten des Placebo-Problems. Die zweite Phase entsteht aus der Einführung der Doppelblindprüfung in die Therapieforschung, wo diese sich zu einem Standardverfahren entwickelt. Der Beitrag schildert die Vorgeschichte und einige Auswirkungen dieser Entwicklung und beschreibt einige überraschende Desiderate der Placeboforschung. Er fokussiert das als »Schein-« oder »Leermedikament« verabreichte Placebo selbst und diskutiert die Frage, ob seine sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten, seine Farben, Formen, Namen und Aromen in systematischer Weise determinierend an den mit seiner Anwendung assoziierten Effekten beteiligt sind. Im Hinblick auf die empirisch am besten untersuchte dieser Qualitäten, die Farbe, mündet die Diskussion in ein verhaltenes »möglicherweise«.

### Gibt es einen Placebo-Effekt?

Die diesem einleitenden Abschnitt vorangestellte Frage mag befremdlich wirken angesichts eines Phänomens, das klinisch ubiquitär verbreitet ist und empirisch häufig repliziert wurde. Die ihr inne wohnenden Zweifel haben aber fraglos ein empirisches Fundament, und man kann sagen, dass es fünf Jahrzehnte nach der Einführung des Placebo-Paradigmas in die klinische Forschung (Pepper 1945) heute wichtiger – und auch eher möglich – ist, diese Frage ernsthaft zu diskutieren als in den Pioniertagen der Placeboforschung. Ein beinahe fragmentarisches »Stück« Diskussion dieser Frage



soll in die Thematik dieses Aufsatzes einführen. Beantwortet werden soll und kann sie hier (anders als die Frage, die den gesamten Beitrag überschreibt) nicht.

In der klinisch-therapeutischen Forschung hat das Placebo-Paradigma zur Doppelblindprüfung, einem quasi-experimentellen Näherungsverfahren geführt, das den Zusammenhang zwischen therapeutischen Interventionen und beobachteten Veränderungen empirisch validieren kann. Diese Validierung wird dadurch angestrebt, dass man bei der Gestaltung von Versuchsanordnungen dasjenige therapeutische Agens, für dessen Wirksamkeit ein (1) überindividuell gültiges theoretisches Fundament angenommen wird (und welches quasi-experimentell überprüft werden soll), (2a) für die Versuchsteilnehmer unmerklich, (2b) so präzise als möglich isoliert und (3) jeweils eine Versuchsbedingung in An- und Abwesenheit des therapeutischen Agens gewissermaßen »kürzend« miteinander vergleicht. Dieser Vergleich erschließt präzisere Einschätzungen des Zusammenhangs zwischen der therapeutischen Intervention und den abhängigen Variablen, mithin validere Aussagen über das therapeutische Agens (dessen An- und Abwesenheit die unabhängige Variable regiert) und das angenommene überindividuelle theoretische Fundament seiner Wirksamkeit.

Das unter (2a) genannte Charakteristikum dieser am Placebo-Paradigma orientierten Forschungsmethode soll den Einfluss subjektiver Faktoren der Versuchsteilnehmer, ihrer Einstellungen, Erwartungen und Ängste als Varianzquelle minimieren. Im Forschungsjargon führt es zur »Verblindung« der Versuchsteilnehmer. Es begründet zugleich die ethische Problematik dieser Methode. Häufiger als angenommen bietet es methodische Schwierigkeiten (Margraf et al. 1991), da die Versuchsteilnehmer, wengleich unaufgeklärt, nicht selten in der Lage sind Placebo und Verum als solche zu erkennen. Therapieerfahrene depressive Patienten »erkennen« trizyklische Antidepressiva an deren anticholinergen Nebenwirkungen (White et al. 1992), Raucher »erkennen« Nikotinpflaster zweifelsfrei an ihrem charakteristischen (und offenbar unnachahmlichen) Geruch. Auch »Identical Matching Placebos« von Oralmedikamenten können von Versuchspersonen und (»blinden«-) Versuchsleitern allein aufgrund von zum Teil sehr subtilen Unterschieden wie Körnung, Randschliff, Dicke und Farbton überzufällig häufig erfolgreich differenziert werden, wie Blumenthal et al. (1974) experimentell gezeigt haben.

Weitere Schwierigkeiten bereitet die oben unter (2b) genannte Präzision, mit der das therapeutische Agens in der Versuchsanordnung isoliert werden sollte, vor allem außerhalb der Pharmakotherapie, wie in der Psychotherapieforschung (Prioleau et al. 1983), oder beim Versuch, die Methode zur Prüfung der Akupunktur (Leinmüller 1996) oder auch chirurgischer Therapieverfahren einzusetzen. Die gewichtige ethische Proble-

matik im letztgenannten Bereich wird sehr anschaulich am Beispiel der Ligatur der arteria mammaria interna, die in den Fünfzigerjahren häufig bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung in der Absicht durchgeführt wurde, das myokardiale Durchblutungsvolumen durch artefizielle Steal-Effekte zu vergrößern. Das Verfahren erfreute sich großer Beliebtheit, bis sich im Rahmen einer randomisierten Interventionsstudie herausstellte, dass allein die zur Gefäßdarstellung erforderliche Hautinzision, also eine beängstigend präzise Placebovariante des Eingriffs, katamnestic zu den gleichen Ergebnissen führte (Johnson 1994).

Zweifel an der Existenz eines Placebo-Effekts hängen aber vor allem mit dem oben unter (3) aufgeführten Charakteristikum der Doppelblindprüfung zusammen: Der Vergleich zweier Versuchsbedingungen, die sich nur durch die Präsenz eines therapeutischen Agens unterscheiden, ermöglicht zwar validere Aussagen über die Wirksamkeit dieses Agens, nicht aber über Art und Umfang des Einflusses der in der Placebo-Bedingung konstatierten Variablenausprägungen. Mit anderen Worten: Die Beobachtung eines »Placeboeffekts« erlaubt empirisch keine Aussage über seine Ursachen, vor allem nicht den Schluss, »das« Placebo oder die Gesamtheit der in der Placebo-Versuchsbedingung konstatierten Prozeduren habe diesen Effekt verursacht oder auf eine andere als kausale Weise genetisch (im formalen Sinn) beeinflusst. Das Placebo-Konzept ist in dieser Frage alles andere als eindeutig. Im klinischen Alltag wird häufig unterstellt, Placebos würden Placebo-Effekte verursachen. Die Definitionen des Begriffs (Blanz 1991) implizieren nicht unbedingt eine derartige Beziehung. Die in der Placeboforschung vermutlich einflussreichste Definition Shapiros (1964: 57) enthält immerhin den Hinweis: »A placebo effect is defined as the changes *produced by* placebos.« (Hervorhebung K.S.)

Nun ist aber ein solcher Zusammenhang zumindest terminologisch durchaus bereits im Begriff angelegt, denn »Effekte« sind eo ipso Wirkungen von »Ursachen«, beide Begriffe sind wechselseitig formal korreliert. Die Konzeption eines »Effekts« setzt im Grunde voraus, dass zugleich auch mindestens eine Konzeption seiner »Ursache« besteht. Ernst und Resch (1995) haben dafür plädiert, zwischen »true and perceived placebo effects« zu differenzieren. McDonald et al. (1983) haben die Hypothese diskutiert, dass die in gruppenstatistischen Untersuchungen dem Placeboeffekt zugeschriebenen Varianzanteile zum großen Teil als bei Messwiederholungen obligate unsystematische Regression zum Mittelwert (»regression to the mean«), mithin als koinzident und quasi »ursachenlos« gedeutet werden müssten. Wollte man Placeboeffekte im engeren Sinne im Rahmen quasi-experimenteller Untersuchungen beobachten, so bräuchte man mindestens »dreiarmlige« randomisierte Versuchspläne, die neben einer Verumbedingung nicht nur eine Placebobedingung, sondern auch eine Versuchs-

bedingung ohne jede Intervention mit reiner Messwiederholung enthalten müssten. (Auch dies wäre nur ein Näherungsverfahren, da auch Messungen Interventionscharakter haben.) Diese Voraussetzung ist aber zumindest bei denjenigen Untersuchungen, die im Zusammenhang mit der Effektstärke von Placebophänomenen immer wieder zitiert werden, in aller Regel nicht erfüllt (Kienle 1995).

Man übersieht leicht, dass die Frage, ob Placebos Placeboeffekte verursachen, eigentlich nie im Mittelpunkt der Placeboforschung gestanden hat. Auf der Suche nach den Determinanten solcher Effekte war das Interesse am Placebo ›selbst‹, an seiner Struktur und seinen Qualitäten, immer eher marginal. Dieses relative Desinteresse erscheint auch durchaus verständlich und insgesamt plausibel, denn nach wie vor spricht viel dafür, dass diese Effekte – soweit sie Effekte i.e.S. und nicht koinzidente Ereignisse sind – wesentlich durch die Interaktion der an ihnen beteiligten Individuen determiniert werden, dass mithin die Kapseln, Lösungen, Einreibungen, Injektionen, die sie einander verabreichen, dabei eher die Nebenrolle von ›Accessoires‹ spielen dürften. Dennoch ist es erstaunlich, dass sich im reichhaltigen Korpus der Placebo-Literatur nur einige wenige Arbeiten finden, die die sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten dieser Accessoires, ihre Farben, Aromen, Namen, Formen etc. näher und vor allem auf empirische Weise betrachten. Denn was sollte am Placebo selbst wirken, wenn nicht diese?

Der vorliegende Aufsatz mündet weiter unten in den Versuch einer Übersicht über experimentelle Untersuchungen, bei denen diese Qualitäten als unabhängige Variablen in klinisch-pharmakologischen Studien verwendet wurden. Die Nebenrolle des Placebos soll sozusagen daraufhin untersucht werden, ob sie möglicherweise ›tragenden‹ Charakter hat, genauer: ob den Ausprägungen dieser Qualitäten nicht nur akzidentelles, sondern auch signifikantes Gewicht zukommt. Der interaktionelle Aspekt des Placebo-Problems soll dabei nicht gänzlich vernachlässigt, jedoch gewissermaßen auf das Placebo als möglichen Interaktanten fokussiert werden.

### Zur Vorgeschichte der Placeboforschung

Für die mit viel Mühe und empirischer Disziplin in der organisch-chemischen Analytik verankerte Pharmakologie des 20. Jahrhunderts erschien es gleichzeitig interessant wie bedrohlich, dass eine kleine, runde, weiße Tablette, die ausschließlich pharmakologisch inerte Substanzen enthielt, auf ein organisch morphologisches Missempfinden einen Einfluss haben könnte, der in einigen Fällen ebenso groß oder gar größer sein konnte als bei der Anwendung der pharmakologisch spezifischen Therapie der Wahl.

Nun stimulieren erstaunliche Phänomene, die zwar experimentell replizierbar, im Rahmen des tradierten wissenschaftlichen Deutungsrahmens aber nicht hinreichend erklärbar sind, die für die praktische wissenschaftliche Forschung offenbar besonders fruchtbare Kombination von Interesse und Bedrohung, die eine umfassende Erklärung des noch Ungeklärten als besonders dringlich erscheinen lässt. Dementsprechend begann die systematische Erforschung dieses wahrscheinlich seit dem 18. Jahrhundert bekannten Phänomens (Blanz 1991) auch erst zu einem Zeitpunkt, zu dem diese Kombination von Interesse und Bedrohung erstmals wirksam werden konnte. Die Frage: »Warum wirkt eine kleine, weiße, runde Tablette, die aussieht wie eine Aspirintablette auch dann, wenn sie keine Acetylsalicylsäure enthält?« war erst für eine Pharmakologie theoretisch interessant, die in der Lage war, die Wirkung von Arzneimitteln systematisch mit den darin enthaltenen Inhaltsstoffen in Zusammenhang zu bringen. Mit anderen Worten: Die systematische Placeboforschung beginnt erst mit dem Moment, in dem der Placebo-Effekt für die Pharmakologie ein Problem wird. Das war in einigen Ansätzen zunächst in den Zwanzigerjahren des 20. Jahrhunderts der Fall, den eigentlichen Beginn der Placeboforschung datieren jedoch alle Autoren übereinstimmend mit der Publikation von Oscar Henry Peppers Aufsatz »A Note on the Placebo« im »American Journal of Pharmacology« im Jahr 1945.

»Placebo« ist die erste Person Singular, Futur I, Indikativ des lateinischen Verbums »placere«, zu deutsch: »ich werde gefallen« bzw. »ich werde wohlgefällig sein«. Der älteste überlieferte Nachweis dieser etwas ungewöhnlichen Verbform findet sich im Psalm 116 der »Vulgata«, der lateinischen Ur-Übersetzung des alten Testaments. Der neunte Vers dieses Psalms lautet: »Placebo domino in regione vivorum.« Entscheidend für die weitere Geschichte des Etymons »placebo« scheint nun die Verwendung dieses neunten Psalmverses in der christlichen Totenliturgie des Spätmittelalters zu sein. Shapiro hat diese Geschichte von allen Placeboforschern wohl am genauesten verfolgt und dabei auch einige Primärquellen eingesehen. Nach seiner Darstellung taucht das Wort »placebo« als Lehnwort in der englischen Sprache zuerst im zwölften Jahrhundert als Liturgiebegriff der christlichen Totenvesper auf, in der die entsprechende Passage aus Psalm 116 eine wichtige Rolle spielte. Über die spätere Säkularisierung des Begriffs schreibt Shapiro:

»The placebo took on a secular meaning in the fourteenth century, and its connotation gradually became decisive during the next several centuries. It was used to describe a servile flatterer, sycophant, toady, and parasite. This usage derives from the depreciation of the professional mourners who were paid to »sing placebos« at the bier of the deceased in substitution for the family, whose role it was originally.« (Shapiro 1964:53)

Kissel und Barrucand (1964) verweisen auf einige Belegstellen der spätmittelalterlich höfischen Literatur, in denen die von Shapiro skizzierte säkulare Bedeutung von ›placebo‹ in literarischen Kontexten wiederzufinden ist. Den ihrer Recherche nach bis zum 18. Jahrhundert verbreiteten umgangssprachlichen Gebrauch von ›placebo‹ fassen sie folgendermaßen zusammen:

»Bref, en langage courant, le mot placebo a plusieurs sens, fréquemment employés jusqu' au XVIIIe siècle; il peut désigner les vêpres des morts, la flatterie, le caractère flatteur, le courtisan, ou l'intrigant, enfin il signifie parfois un effort de conciliation (...).« (Kissel & Barrucand 1964:6)

Die erste englischsprachige Erwähnung des Wortes ›Placebo‹ in auch medizinischem Kontext fand Shapiro in Motherbys 1795 erstmalig herausgegebenem »New Medical Dictionary«, wo man unter dem Stichwort ›Placebo‹ liest:

»A commonplace method or medicine calculated to amuse for a time, rather than for any other purpose.« (zit. nach Shapiro 1964:53)

In dem von Joseph Fox 1803 herausgegebenen »A New Medical Dictionary« schließlich wird die Placebo-Definition erstmals in der englischsprachigen Literatur auf den medizinischen Kontext beschränkt als »(...) an epithet given to any medicine adapted more to please than benefit the patient.«(zit. nach Shapiro 1964:53)

Die von Shapiro selbst unter »Berücksichtigung aller historischen und heuristischen Kriterien« vorgeschlagene Definition lautet:

»A placebo is defined as a therapeutic procedure (...) which is given deliberately to have an effect, or (...) which unknowingly has an effect on a patient, symptom, disease or syndrome, but which is objectively without specific activity for the condition being treated.« (Shapiro 1964:57)

Das Placebo als Pille, als Spritze, Salbe oder Klistier erhält die Potenz seiner Wirksamkeit aus der langen und zum Teil geheimnisvollen Geschichte der Auseinandersetzung zwischen Leidenden und Heilenden. Die Geschichte des Etymons ›placebo‹ lässt zumindest vermuten, dass die Rolle des Heilenden dabei zu derjenigen der »professional mourners« (Shapiro) im Spätmittelalter immer noch eine enge Beziehung hat: Diese Beziehung gründet in der Zusicherung einer empathischen Dienstleistung, einer durch professionellen Erfahrungsvorsprung ermöglichten Arbeit am Gefühl. Von dem Moment an, in dem ein Arzt einem Patienten ein als heilsam deklariertes Objekt, eine Pille, eine Spritze, eine Salbe oder ein Klistier verabreicht, setzt er sich selbst zu der Trauer, Wut, Angst und Hoffnung, die der Ausbruch eines Leidens oder einer Krankheit in der Welt des Patienten hervorgerufen hat, in eine professionelle Beziehung. Allgemeiner: Die Anwendung von Medikamenten jeglicher Art impliziert den Vollzug einer kulturell kodifizierten, in der Regel aber nicht als solche deklarierten, Arbeit am emotionalen Aspekt von Krankheit.

Die für die weitere Diskussion entscheidende Frage ist die nach der Rolle des ›verabreichten‹ – so nennt der klinische Jargon diese Interaktionsform – Objekts bei dieser Arbeit: Ist es ein akzidentell ›materialisierendes‹ Accessoire, so unbedeutend wie das Papier, auf dem ein Geldschein gedruckt ist für seinen Wert oder begründet es diesen zumindest mit, nach dem Vorbild älterer, aus Gold geprägter Münzen?

### Spezifität des pharmakologisch Unspezifischen?

Netter unterscheidet in ihrem Entwurf einer »Systematik der am Placeboeffekt beteiligten Faktoren« prinzipiell zwischen »Bedingungsfaktoren« und »situativen Einflussfaktoren« und zählt zu den Ersteren, wie das folgende Zitat zeigt, auch solche, die hier als »sinnlich wahrnehmbare Qualitäten« bezeichnet wurden:

»Das Medikament M in Form eines Placebos P oder einer Substanz X oder Y wirkt unter gleichzeitiger Anwesenheit verschiedener Bedingungsfaktoren (...) und zusätzlicher Einwirkung situativer Einflussfaktoren (...) auf den Organismus der Versuchsperson (...). Unter den Bedingungsfaktoren sind Attribute des Präparates wie Farbe, Form, Größe, Anzahl und Geschmack zu verstehen, sowie auch Dosis, Dauer, Applikationsart und zugehörige Instruktion, um welche Art von Präparat es sich dabei handelt. Die situativen Einflussfaktoren (...) umfassen Faktoren des Behandlungsmilieus wie Krankenhaus, Allgemeinpraxis, Familie, Merkmale des Therapeuten, Einnahmebedingungen (allein oder in Gruppen) und soziale Einflüsse der zur Behandlung und zum Patienten positiv oder negativ eingestellten Menschen.« (Netter 1986:62)

Bei einer näheren Untersuchung des Einflusses sinnlich wahrnehmbarer Qualitäten von Pharmaka auf ihre Wirkung stoßen wir auf ein Problem, das mit dem ersten der oben im Zusammenhang mit der Doppelblindprüfung beschriebenen methodischen Charakteristika zusammenhängt. Es ist das der »überindividuellen Gültigkeit« des theoretischen Rahmenkonzepts, das zur Annahme einer Wirksamkeit des zu prüfenden therapeutischen Agens geführt hat. Bei der Doppelblindprüfung werden Veränderungen als über interindividuelle Messwiederholungen hinweg stabile Varianzen ermittelt. Varianzanteile, die einzelnen Individuen zuzuordnen sind, sollen hingegen eliminiert werden. (Diesem Ziel dient vor allem die Randomisierung der Versuchsteilnehmer.) Diese Beschränkung ist sinnvoll, da ja auch überindividuell anwendbare therapeutische Verfahren gesucht und überprüft werden sollen. Sie ist möglich, weil uns ein Korpus von gesicherten Hypothesen über den menschlichen Intermediärstoffwechsel und von zumindest empirisch fundierten Struktur-Wirkungs-Relationen phar-

makologischer Substanzgruppen zur Verfügung steht, die allesamt überindividuelle Gültigkeit reklamieren können. Ein vergleichbares überindividuelles Theoriegebäude steht uns aber im Hinblick auf mögliche Wirkungen sinnlich wahrnehmbarer Qualitäten von Pharmaka nicht zur Verfügung. Wir wissen wenig über mögliche Effekte von »grün«, »bitter«, »kirschgroß« oder »Brausetablette«. (Gleichwohl erschließt sich aber jedem, der über diese Frage nachdenkt, sogleich ein Schatz spekulativer Annahmen.) Durchaus denkbar wäre aber auch, dass hier individuelle Determinanten eine wesentlich größere Rolle spielen, so dass sich vielleicht kaum überindividuelle Prinzipien beschreiben lassen.

In der allgemeinen Zeichentheorie oder Semiotik, die für das Placebo-Problem als theoretischer Bezugsrahmen möglicherweise grundsätzliche Bedeutung hat (Schonauer 1994), wird das Problem der Genese überindividuell gültiger Relationen zwischen Zeichen und ihrer Bedeutung als Entwicklung von Kodes beschrieben. Kodes sind überindividuell gültige Relationsgefüge zwischen Zeichen und Zeichenbedeutungen. Typischerweise werden sie (wie z.B. das Morsealphabet oder der nautische Flaggensignalcode) durch administrative und zweckrational motivierte Konventionen stabilisiert, bisweilen aber durch wesentlich variantere Prozesse des Zeichenaustauschs, deren iterativer Vollzug mit der Zeit ein labiles, aber kulturell oder interaktionell dennoch »verkehrsfähiges« Relationsgefüge erzeugt. So bilden sich beispielsweise auf dem Bekleidungssektor Konventionen aus, die es ermöglichen, bestimmte Konstellationen als »elegant«, »sportlich«, »rustikal«, »sexy« oder »salopp« zu kodifizieren. Auch im Bereich der Pharmanamen haben sich einzelne Konventionen stabilisiert, die es beispielsweise ermöglichen Lokalanästhetika (>...cain<) oder Beta-Rezeptor-Liganden (>...ol<) zu markieren. Überhaupt sind Pharmanamen durch konventionalisierte Wortbildungsregeln erkennbar und von anderen Markenartikelnamen unterscheidbar (Lötscher 1987, Schuhmacher 1969).

Diskrete Vorzeichen vergleichbarer Konventionalisierungen bei der Farbgebung von Medikamenten haben Schonauer und Klar (1999) ermittelt. Sie untersuchten eine Stichprobe von 2871 deutschen Oralmedikamenten und verglichen deren Farbverteilung in verschiedenen therapeutischen Gruppen. Sie fanden beispielsweise, dass rot in der Gesamtstichprobe mit 3,2 % als seltenste, unter den Hämatotherapeutika aber mit 22 % als häufigste nichtweiße Grundfarbe repräsentiert war. Analoge Verteilungsunterschiede fanden sie für die Farbe blau (20 %) bei Medikamenten zur Behandlung von Atemwegserkrankungen (Gesamtstichprobe 6,3 %). Möglich, wenn auch als Ergebnis einer empirischen Befragung wenig wahrscheinlich (deCraen et al. 1996) wäre, dass dieser – quantitativ notabene diskreten – Prädilektion für die Farben rot und blau bei Medikamenten zur Behandlung von Bluterkrankungen und Atemwegserkrankungen eine

bewusste, »warenästhetische« (Haug 1980) Strategie etwa von pharmazeutischen Produktdesignern zugrunde liegt, bei der beispielsweise eine Relation zwischen dem Medikament, und seinem Indikationsbereich aufgebaut (»rot wie Blut«, »blau wie Luft«) werden soll. Schließlich könnte diese Prädilektion aber auch Ausdruck eines günstigen, und – vorsichtig formuliert – Placebo-ähnlichen Einflusses der Farbe auf die therapeutische Wirkung sein.

Diese Annahme ist fraglos spekulativ. Sie soll hier beispielhaft zum Ausgangspunkt der in der Überschrift dieses Abschnitts formulierten Frage zurückführen: Die mit der Anwendung von Placebos assoziierten Effekte werden in der Placeboforschung traditionell als »non-specific effects« bezeichnet. Streng genommen wären diese Effekte aber nur dann unspezifisch, wenn sie tatsächlich mit den »verabreichten« Placebos nichts zu tun hätten. (Dann wären sie im Lichte der eingangs angestellten Überlegungen aber auch keine Placebo-Effekte im engeren Sinne.) Könnte man nun Zusammenhänge zwischen bestimmten Qualitäten der Placebos und derartigen Effekten herstellen, so wäre das die Grundlegung einer nicht-pharmakologischen Spezifität. Die pharmakologische Unspezifität pharmakotherapeutischer Placebos, die definitionsgemäß ja ausschließlich inerte Substanzen enthalten, impliziert ja nicht, dass diese auch in jeder anderen Hinsicht unspezifisch sein müssen. Der positive Gegenbeweis einer anderen, psychischen, sozialen, kulturell vermittelten »Spezifität« steht, wie die Kritiker des Placebo-Konzepts zu Recht betonen, nach wie vor aus. Das psychologische Konstrukt der »Suggestion«, ist bislang sicher eine der entwickeltsten Annäherungen an eine solche Spezifität. Die im Folgenden dargestellten Befunde sind als Diskussionsmaterial zur Prüfung der Frage gedacht, ob die im Zusammenhang mit sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten von Pharmaka (und Placebos) beobachteten Effekte so etwas wie eine semiotische Spezifität begründen könnten.

### Das Placebo-Problem in semiotischer Perspektive

Kodes entstehen durch Konventionen, diese sind Relationsgefüge von Zeichen und Zeichenbedeutungen. Sie können administrativ von oben verfügt werden, was im technischen Kommunikationsbereich häufig vorkommt, sie können sich aber auch »bottom up« durch iterative Deutungsvorgänge im Alltag mitunter geradezu autopoesisch entwickeln. Diese letztgenannten Vorgänge sind für die Entwicklung dessen, was wir »Kultur« nennen, elementar. In der allgemeinen Zeichentheorie werden sie ganz allgemein als »Semioseprozesse« beschrieben. Eco hat einen ihrer grundlegenden Mechanismen als »Inferenz« beschrieben:



»Wir können vom Rauch auf Feuer, von einer Pfütze auf Regen, von einer Spur im Sand auf die Fährte eines Tieres schließen [›inferire‹] und so fort. All dies sind Fälle von Inferenzen, und unser Alltag wimmelt geradezu von inferenziellen Akten dieses Typs.« (Eco 1975: 29, Übers. v. K.S.)

Ein weiterer Spezialfall solcher Relationsgefüge, genauer: eine ihrer möglichen Vorstufen, ist das im Kontext der sozialpsychologischen Lerntheorie entwickelte Konzept der ›Attribution‹, die Six (1983:122) als »Interpretationsprozess der Erfahrungswelt« definiert, »durch den der Einzelne sozialen Ereignissen und Handlungen Gründe bzw. Ursachen zuschreibt«.

Um echte Semioseprozesse, so schränkt Eco aber ein, handele es sich bei diesen Akten aber nur dann, wenn die Verbindungen und Assoziationen, die sie implizieren, »kulturell anerkannt und systematisch kodifiziert« (Eco 1975:30; Übers. v. K.S.) seien. Die medizinischen Symptomlehren als dem diagnostischen Prozess zugrunde liegende Relationsgefüge, geben hierfür anschauliche Beispiele. Ihre theoretische Betrachtung ist historisch der Ausgangspunkt der medizinischen Semiotik (Schonauer 1986). Die psychiatrische Psychopathologie ist um einiges vager als etwa die Semiologie von Anfallserkrankungen in der Neurologie, diese aber ihrerseits weniger präzise als die dermatologische Effloreszenzenlehre. Keines dieser Systeme erlaubt aber zweifelsfreie Schlüsse. Selbst Relationsgefüge, die auf zweifelsfreien Zuordnungen beruhen, wie z.B. die menschlichen Sprachen, die fest umschriebenen Phonemsequenzen distinkte semantische Einheiten zuordnen, lassen aber Deutungsspielräume und ›verlangen‹ von demjenigen, der mit ihnen umgeht, eine aktive Deutungsleistung, einen generativen Beitrag zur Sinnproduktion. Umstritten ist nun, ob Kodesysteme, die keinerlei Deutungsspielräume lassen oder erwarten, die sozusagen ›rein mechanisch‹ funktionieren, wie etwa der genetische Kode, der Nukleinsäuresequenzen distinkte Aminosäuren bei der Proteinsynthese zuordnet, Gegenstand semiotischer Betrachtungen sein können. Auch die Interaktion zwischen Rezeptoren und ihren Liganden, oder auch Modelle der Neurotransmission ließen sich möglicherweise im Lichte semiotischer Paradigmen betrachten (Hoffmeyer 1996).

Im Folgenden soll es aber um die sehr viel ›basalere‹ Frage gehen, ob es empirische Hinweise dafür gibt, dass sinnlich wahrnehmbare Qualitäten von Pharmaka und Placebos deren Wirkung auf eine im oben entwickelten Sinne ›systematisch‹ beeinflussen können.

Die von Kissel und Barrucand (1964) gegebene Empfehlung, als Abführmittel verordnete Placebos sollten möglichst braun sein, Schlafmittel-Placebos hingegen sollten möglichst bitter schmecken, eröffnet bereits ansatzweise einen Zugang zu einem Relationsgefüge zwischen sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten von Placebos (und anderen Arzneimitteln) und ihren physiologischen Wirkungen. In den Diskussionen im Umfeld des

Placebo-Problems kursieren nicht eben wenige solcher Zugänge, die ebenso plausibel wie spekulativ sind. Sie alle implizieren die Annahme, dass Patienten beim Gebrauch von Medikamenten von bestimmten sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten auf mögliche Wirkungen schließen und dass diese Schlüsse, seien sie nun bewusst oder unbewusst, inferenziell oder attributiv vollzogen, ihrerseits wieder eine Auswirkung auf die tatsächlichen Effekte haben können. Tabelle 1 (S. 32/33) gibt einen Überblick über einige Einzelergebnisse empirischer Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten von Placebos und anderen Arzneimitteln und ihrer Wirkung zum Gegenstand haben.

Tabelle 1 ist, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu reklamieren, doch das Ergebnis einer recht umfassenden Literaturrecherche. Bemerkenswert erscheint, dass alle Studien älteren Datums sind und offensichtlich aus einer Zeit stammen, zu der im Kontext des Placeboproblems Grundlagenforschung betrieben wurde, die über das Paradigma der Doppelblindprüfung hinausging. Sieben der elf in ihrer synoptisch dargestellten Studien prüfen die Farbe als potenziellen Bedingungsfaktor (i.S. Netters, s.o.) von Placeboeffekten. Sechs dieser Studien sprechen – mit unterschiedlicher Signifikanz – für einen solchen Einfluss. Nur zwei Studien stehen jedoch untereinander in einem empirischen Verhältnis, das es ermöglichen würde eine Hypothese bezüglich einer *bestimmten* Wirkung einer *bestimmten* Farbe zu replizieren. Kuschinsky (1975) konnte der Farbe blau sedierende Effekte, Lucchelli et al. (1978) hypnotische Effekte zuordnen, woraus sich die Hypothese einer dieser Farbgebung möglicherweise zuzuordnenden Inhibition zentralnervöser Funktionen ableiten ließe. Zwei weitere zeigen in replizierender Weise einen positiv korrelierenden Zusammenhang zwischen der Menge angewendeter Placebos und ihren Wirkungen und stabilisieren die Hypothese eines Zusammenhangs, den man als Analogon einer Dosis-Wirkungs-Relation beschreiben könnte. Alle genannten Studien weisen aber den Mangel auf, dass sie sich auf global subjektive Selbsteinschätzung als einzige Erhebungsmethode beschränken. Jeweils eine weitere sinnlich wahrnehmbare Qualität wird in drei weiteren Studien als unabhängige Variable operationalisiert.

Insgesamt wird schon bei einer orientierenden Betrachtung deutlich, dass es auf dem Boden dieser Daten nicht möglich ist, überindividuell gültige Relationsgefüge im oben skizzierten Sinne zu stabilisieren. Auch wenn einige Befunde durchaus dafür sprechen, dass sinnlich wahrnehmbare Qualitäten von Placebos und anderen Pharmaka ihre Wirkung beeinflussen können, so sind diese Befunde sicher noch viel zu punktuell um einzelne dieser Qualitäten als ›Bedingungsfaktoren‹ von Placeboeffekten im Sinne der oben zitierten Definition Netters empirisch zu isolieren. Zur Frage, ob Placebos im engeren Sinne Ursachen von Placeboeffekten sein

können, leisten die Daten im Grunde keinen signifikanten Beitrag. Die Tabelle 1 gibt im Hinblick auf diese Frage eher eine Art ›Patchwork‹ wieder. Dabei muss man aber auch einräumen, dass die Datenlage insgesamt ausgesprochen unsystematisch ist. Im Grunde genommen ist keine der zitierten Studien mit dem expliziten Ziel entworfen worden die ›semiotische‹ Dimension des Placebo-Problems systematisch zu untersuchen. Vielmehr bleiben sie auf den – nicht selten ja auch erfolgreichen – Versuch beschränkt, mit sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten assoziierte Varianzanteile empirisch wahrscheinlich zu machen. Im Hinblick auf die Farbe etwa kann man durchaus sagen, dass die genannten Studien einen Einfluss recht evident erscheinen lassen. Über seine Natur, seine eventuelle semiotische ›Spezifität‹ erlauben sie aber kaum ein Urteil.

Die in Tabelle 1 referierten Ergebnisse zeigen zwar sehr deutlich, dass sogenannte ›unspezifische‹ Qualitäten wie Farbe, Geschmack, Applikationsform, -ritualisierung und -ort, Materialmenge und möglicherweise (wenn auch in der referierten Arbeit experimentell ohne Bestätigung) die Namensgebung quantitativ durchaus wichtige Einflüsse auf Medikamentenwirkungen haben können, sie reichen jedoch bei weitem nicht aus, um die hier besonders interessierende Frage nach der kulturellen Kodifizierung dieser Einflüsse zu beantworten. Immerhin lassen sich aber bereits aufgrund dieser relativ spärlichen Ergebnisse drei elementare, wenn auch voneinander nicht völlig unabhängige Faktoren modellieren, die offenbar den Einfluss dieser zeichentheoretisch besonders relevanten Qualitäten auf die Wirkung von Arzneimitteln wesentlich bestimmen. Dieser Einfluss hängt davon ab, ob und wie sehr:

1. ein bestimmtes Pharmakon durch seine sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten die bisherige Lerngeschichte des Kranken im direkten oder indirekten Umgang mit Pharmaka bestätigt. So wird ein durchschnittlicher Tabletten- oder Drageekonsument erwarten, dass sein Präparat rund und einfarbig ist, dass es in einer im Vergleich zu anderen Konsumgütern schlichten Verpackung verkauft wird und dass sein Name dem Bauplan zur Bildung von Medikamentennamen gehorcht. Er wird weiter davon ausgehen, dass intravenöse Applikationen nur bei schweren Erkrankungen sinnvoll sind, dafür aber besser helfen und dass Schlaftabletten eher klein, Antibiotika oder Tabletten gegen Verdauungsbeschwerden eher groß im Durchmesser sind;
2. ein bestimmtes Pharmakon die Modellierung von Ähnlichkeit oder zumindest die Erzeugung einer komplementären Struktur zwischen dem Krankheitsgeschehen und dem Heilmittel ermöglicht. Eine braune Tablette – so die Empfehlung von Kissel und Barrucand (1964) – eignet sich wohl deshalb besonders gut als Abführmittel, weil ihre Farbe zum erwünschten Effekt in einer unübersehbaren Ähnlich-

Autoren	Unabh. Variable	Abh. Variable	Messmethode	Stichprobe	Resultat	Besonderheiten
Lienert (1956)	Geschmack: Gabe von 1. coffeinhaltigem Bittermittel/ 2. coffeinfreiem Bittermittel (Placebo) Instruktion (1. u. 2.): »Sie erhalten Coffein in der Wirkungsmenge von 1 großen Schale Mokka«/3. wie 1./4. wie 2. Instruktion (3. u. 4.): »Sie erhalten ein Placebo«	Auftreten von anregenden Wirkungen	Selbsteinschätzung nach Symptomliste	1.:67/ 2.:52/ 3.:69/ 4.:52 (Psychologiestudenten)	Häufigkeit des Auftretens subjektiv anregender Wirkungen in v.H. 1.:58 % 2.:48 % 3.:36 % 4.:17 %	Geschmack nur als mit der eigentlichen Zielvariable (Instruktionstyp) konfundierende Variable berücksichtigt
Lasagna, Laies & Dohan (1958)	Menge: 7 Tage je 1x Gabe einer gelben Tablette, als »Appetit-anreger« und »Muntermacher« deklariert	Appetit/ Energie	subjektive Selbsteinschätzung der Pat.	34 stationär wegen Lungen-tuberkulose behandelten Pat.	lineare Zunahme des Wohlbefindens mit Dauer der Behandlung ->Kumulation	Ergebnis wurde bei 2. Kollektiv mit unausgewählter chronischer Erkrankung repliziert
Shannon & Isbell (1963)	Injektionsritual: 4 Treatmentstufen: 1. Injektion eines Lokalanästhetikums in die Mundschleimhaut (Zahnarzt) 2. Injektion von physiol. Kochsalzlösung/3. Nadeleinstich ohne Injekt./4. nur Ankündigung u. Vorbereitungsritual der Inj./5. keine Behandlung	Serum-Cortisolspiegel vor und nach der Behandlung (als Indikator für »Stress«)	enzymatisch im Labor	1.:52/ 2.:50/ 3.:50/ 4.:54/ 5.:60	in den Stufen 1-4 hoch-signifikante Zunahme (p<0,001) des Serum-cortisolspiegels, zw. den Gruppen 1-4 keine signifikante Differenz, in Gruppe 5 keine Cortisolzunahme	in den Stufen 3-5 ist keine Doppelblind-Anordnung möglich
Kissel & Barrucand (1967)	Farbe: Gabe von Placebos und Schlafmitteln verschiedener Farben	Schlaf ja/nein	Selbsteinschätzung des Pat.	1	Proband schlief nur nach gelben Präparaten, gleichgültig, ob Placebo oder Verum	Einzelfallstudie
Schindler (1967)	Farbe: 1. Gabe von Placebo mit der zuvor bestimmten Lieblingsfarbe der Probanden vergl. mit/2. Pseudo-Placebos (Viamintabletten) in Einheitsfarbe	Besserung von Schlafstörungen, Verdauungs-, Menstruationsbeschw. Migräne, Hypertonie, Ang.Pector.	Selbsteinschätzung der Pat.	155 (88w, 67m, 14-38J.)	Subjektive Besserung bei Lieblingsfarbe größer als bei Einheitsfarbe	quantitative Ergebnisse und statistische Kennwerte nicht dokumentiert, PseudoPlacebos mit Placebos verglichen

Gowdey, Hamilton & Philp (1967)	Farbe: 1. Gabe von 1 grünen u. 1 gelben Gelatinekapsel vergl. mit: 2. Gabe von 1 roten u. 1 weißen Gelatinekapseln	Konzentration u. Problemöseverhalten --> Auftreten u. Neben-wirk.	Mathem.-Aufgaben lösen vor u. nach Einnahme/Selbsteinschät.	24 (Medizinstudenten)	bei Farbkombination rot/weiß signifikant (p=0,05) schlechtere Leistung bei Rechenaufgaben	nur Farbkombinationen berücksichtigt
Cattaneo, Lucchelli & Filippucci (1970)	Farbe: Gabe von Placebos, als Hypnotikum deklariert, 22 Uhr Kapseln, 1x blau, 1x rot an zwei aufeinander folgenden Tagen in randomisierter Reihenfolge	Einschlafzeit, Schafdauer, Schlafqualität, morgendliche Störwirkungen	Selbsteinschätzung	120 Pat. mit Varicosis in präoperativer Behandlungsphase	Farbe keine signifikante Varianzquelle	Untersucher/Interviewer ebenfalls fehlstruiert
Schapira, McClelland, Griffiths & Newell (1970)	Farbe: 3x7 Tage 15mg Oxazepam tgl., jew. 1 Woche in grünen o. gelben o. roten Tabletten in randomisierter Reihenfolge	Angst, somat. Begleitsymp., Depressivität, phobische Symptome	Selbst- u. Fremdeinschätzung (Symptomliste)	48 ambulante Pat. (*anxiety states*), 27w, 21m	Farbe signifikante Varianzquelle (Fremdrating) bei phobischen Symptomen. Grün mit hohem anxietytischem Effekt assoziiert	Fremdrater im Hinblick auf Farben »verblindet«
Morris & O'Neal (1974)	Name: Gabe von Placebos 1. mit bekannten Medikamentennamen; 2. mit Phantasiennamen	Konzentration, manuelle Geschicklichkeit	Testbatterie	64 (männliche Studenten)	keine signifikanten Unterschiede zwischen 1. u. 2.	Phantasiennamen waren wie Medikamentennamen gebildet
Kuschinsky (1975)	Farbe/Menge: Gabe von 1 o. 2 blauen, von 1 o. 2 rosa Kapseln, alle mit Hinweis: sedierende o. stimulierende Wirkungen sind möglich	Aktivitätsgrad	Selbsteinschätzung	Zahl und Geschlecht nicht referiert	blaue Kapseln eher sedierend, rosa eher stimulierend, Effekt kovariert mit Menge	Studie wird ohne bibliografischen Verweis referiert
Lucchelli, Cattaneo & Zattoni (1978)	Farbe: Gabe von 300mg Hepabarbital o. Placebo als Hypnotikum an 2 konsekutiven Nächten (crossover) in blauer o. orangefarbener Gelatinekaps.	Einschlafzeit, Schafdauer	Selbsteinschätzung	96 Pat. (48m/w) präoperativ vor elektivem Eingriff	Placebo/Verum u. Farbe signifikante Varianzquelle, blau effektiver als orange	

Tabelle 1: Sinnlich wahrnehmbare Qualitäten von Pharmaka und Placebos als unabhängige Variablen in quasi-experimentellen Untersuchungen

keitsbeziehung steht. Auch die Prädilektion für die Farbe rot bei Hämatotherapeutika ließe sich in diesem Zusammenhang deuten. Eine besonders gute schmerzlindernde Wirksamkeit der Placeboinjektionen ›in loco dolente‹ im Vergleich zur systemischen intramuskulären Injektion für die Traut und Passarelli (1959) plädiert haben, könnte auch durch diesen Faktor erklärt werden. Die Ausbildung von Heilungsritualen in der magischen Volksmedizin folgt besonders häufig diesem Prinzip;

3. die Gesamtheit der sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten eines bestimmten Pharmakons für den Kranken angenehm, wünschenswert und ästhetisch befriedigend ist. Die gute Effektivität der oralen Placeboapplikation in einer Kapsel mit der vorher bestimmten Lieblingsfarbe des Kranken im Vergleich zu einer Standardfarbe illustriert diesen Zusammenhang recht eindrucksvoll (Schindel 1967).

Nun ist es wichtig zu betonen, dass die Wirksamkeit dieser drei Faktoren sich auch dann (oder sogar gerade dann) entfaltet, wenn die Erfüllung ihrer Voraussetzungen vom Kranken gar nicht bewusst wahrgenommen werden. Die Reihenfolge der drei Faktoren ist gleichzeitig eine hypothetische Einschätzung des Ausmaßes ihrer Bedeutung für die Beeinflussung von Medikamentenwirkungen. Diese vorläufig hypothetische Einschätzung soll anhand einer Diskussion einiger Beispiele für Konfliktfälle zwischen den drei Faktoren, die in Abbildung 1 noch einmal zusammenfassend dargestellt sind, nun ausführlicher begründet werden:

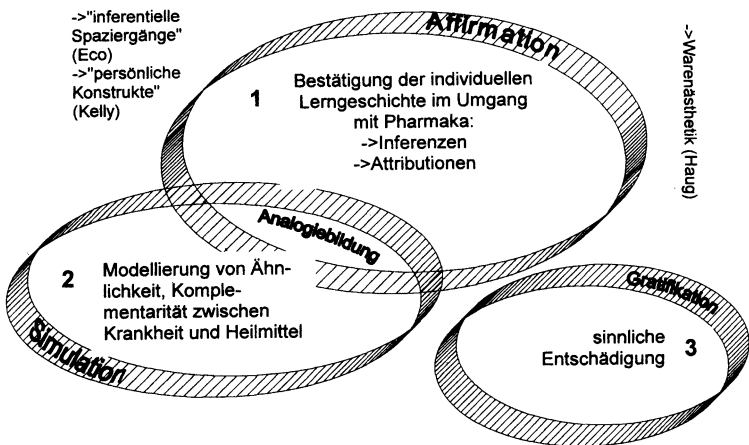


Abb. 1: Sensorische ›Strukturatoren‹ (Koch) der Pharmakotherapie, drei mögliche Faktoren und theoretische Konzepte in ihrem Umfeld

Ein anschauliches Beispiel für einen Konflikt zwischen den Faktoren 1 und 3 liefert die ›bittere‹ Pille. Obwohl ein bitterer Geschmack in der abendländischen Kultur allgemein als unangenehm eingestuft werden dürfte, so kann man daraus nicht unbedingt schließen, dass er die Wirksamkeit eines Pharmakons ungünstig beeinflussen muss, wie es der alleinige Einfluss von Faktor 3 eigentlich erwarten lassen würde. Ganz im Gegenteil kann man eher von einer günstigen Beeinflussung der Wirksamkeit ausgehen, weil ein bitterer Geschmack gemäß dem im Faktor 1 wirksamen Zusammenhang in der abendländischen Kultur und damit in der Lerngeschichte von kranken Angehörigen dieser Kultur durchaus als besonders typische Eigenschaft besonders wirksamer Medikamente wiedererkennbar ist. Analoges gilt für den wohl noch unangenehmeren Injektionsschmerz als vom Kranken aus gesehen inferenziellen Indikator für die besondere Wirksamkeit intravenös applizierter Pharmaka und für das besonders problematische Gebiet der »Placebochirurgie«.

Ein Konflikt zwischen den Faktoren 1 und 3, der zu Gunsten von Faktor 3 entschieden wird, ist die Einführung ›warenästhetischer‹ Innovationen bei der Gestaltung neuer Fertigarzneiprodukte (z.B. bei bunt gesprenkelten Kreislauftabletten, die in den 70er Jahren eingeführt wurden). Grob vereinfachend kann man sagen, dass dieser Konflikt in den letzten Jahren immer häufiger geworden ist, je mehr sich die Gestaltung von Pharmaka an die ›Warenästhetik‹ von anderen Konsumgütern angenähert hat. Den historischen Ausgangspunkt dieser Entwicklung kann man erahnen, wenn man sich die Schwierigkeiten bei der Einführung von Aspirin vor Augen führt, das wegen seiner damals unüblichen Tablettenform – ›Antipyretika‹ waren bis dahin vornehmlich in Pulverform gehandelt worden – nach dem Zeugnis Eichengrüns (1949) in den ersten Monaten von den deutschen Konsumenten offenbar nur sehr zögernd angenommen wurde.

Schindel teilt in seiner Untersuchung einige weitere Beobachtungen mit, die das Zusammenspiel der drei hier skizzierten Faktoren noch einmal am Beispiel der Farbwirkung recht anschaulich, wenn auch unsystematisch illustrieren:

»Interessant waren Erfolge der Behandlung klimakterischer Blutdrucksteigerungen mit Reserpin. Nach Verabreichung des Präparates in der bevorzugten Farbkapsel war durchschnittlich eine größere Blutdrucksenkung nachweisbar, als in einer Kapsel, deren Farbe als unsympathisch bezeichnet wurde. Bei Menstruationsbeschwerden wurden rote Placebo-Kapseln meist abgelehnt, auch wenn rot zu der bevorzugten Farbe gehörte. Auch bei intestinalen Beschwerden fand rot wenig Anklang, während bei anginösen Beschwerden rot gerne akzeptiert wurde (vielleicht weil Nitroglyn, eine rote, Nitroglycerin enthaltende Tablette mit prolongier-

tem Effekt, ein häufig verordnetes Medikament darstellt).« (Schindel 1967:912)

Ob nun diesen Prozessen des Zuordnens und des Wiedererkennens ein Mechanismus unterliegt der, wie Eco (1975: 30) für Semioseprozesse fordert, kulturell respektiert und systematisch kodifiziert ist, kann aufgrund des nur spärlich vorliegenden Materials vorläufig nicht entschieden werden. In der bereits zitierten Empfehlung von Kissel und Barrucand (1964), Abführplacebos sollten möglichst braun sein und salzig schmecken, Einschlafplacebos hingegen möglichst bitter, wird jedoch immerhin implizit, wenn auch ohne empirische Belege, die Gültigkeit eines pharmakologischen Farb- und Geschmacks-kodes unterstellt.

Wenn solche Kodes existieren und die sich aus ihnen entwickelbaren Modelle als adäquat erweisen sollten, so dürfte ihre Existenz eng mit einem Mechanismus zusammenhängen, den Koch im Rahmen seiner Theorie des »sozio-semiotischen Strukturalismus« beschrieben hat:

»Der biophysische Mechanismus, der es auf irgendeiner Stufe erlaubt Unendlichkeiten bzw. relativ größere Mengen von Diskreta bzw. Verhältnissen in übersichtlichere ökonomischere Verhältnisse zu überführen, soll Strukturator bzw. Struktur genannt werden.« (Koch 1971: 4)

Überträgt man das Prinzip dieses ›Strukturators‹ auf die Wirksamkeit der drei in Abbildung 1 zusammengefassten Faktoren, so resultiert daraus folgende Präzisierung:

Sinnlich wahrnehmbare Qualitäten von Medikamenten können in dem Maße deren Wirkungen beeinflussen, in dem sie sich dazu eignen, die Komplexität des Krankheitsgeschehens zu strukturieren:

1. dadurch, dass sie das bisher angesammelte, ebenfalls zu großen Teilen sinnlich wahrgenommene und durch sensorische Qualitäten strukturierte Wissen über die Auseinandersetzung von Leiden und Heilen zum aktuellen Geschehen in eine feste, affirmative Beziehung setzen (Faktor 1);
2. dadurch, dass sie dem bedrohlich Neuen, Unordnung stiftenden der Krankheit etwas Komplementäres oder Ähnliches an die Seite stellen, das mit ihm zusammen eine neue, überraschende und damit mächtige Ordnung inauguriert (Faktor 2);
3. dadurch, dass sie aversive krankheitsassoziierte Empfindungen mit schönen und angenehmen Empfindungen tröstend entschädigen (Faktor 3).

Um diese Präzisierungen in Form von operationalen Begriffen festzuhalten, könnte man den Faktor 1 als ›Affirmation‹, den Faktor 2 als ›Simulation‹ und den Faktor 3 als ›Gratifikation‹ bezeichnen (Abbildung 1).

Die durch solche bewusst oder unbewusst vollzogenen Strukturie-



rungen übermittelten antizipierenden Verweise von Placebos sind am ehesten Richtungsverweise auf den Ort oder das vektorielle Vorzeichen ihrer möglichen Wirkungen. Sebeok bezeichnet das Placebo darum als »attenuated indexical symbol« oder als ein »sign which has a symbol for its indirect interpretant« (Sebeok 1979: 132).

### Strukturgewinn durch ›arousal‹: Das Experiment von Schachter und Singer

Schachter und Singer (1962) haben den Einfluss der konkreten Situation, in der ein Medikament verabreicht wird, auf seine möglichen Wirkungen und deren subjektive Wahrnehmung und Deutung durch die Probanden in einer experimentellen Untersuchung überprüft. Sie verwendeten neben einer pharmakologisch spezifischen und hochwirksamen Substanz, nämlich dem Nebennierenmarkhormon Adrenalin, bei zwei parallelisierten Probandengruppen auch pharmakologisch unspezifische Placebos. Methodisch erscheint diese Studie deshalb besonders bemerkenswert, weil in ihr nicht nur die Effekte der Anwendung einer pharmakologisch aktiven Substanz mit denen einer pharmakologisch inerten Substanz verglichen werden, wie es im Rahmen der Placebo-Forschung ja durchaus üblich ist, sondern weil darüber hinaus auch zahlreiche situative Details dieser Anwendung systematisch und für die Probanden unmerklich verändert werden und damit als unabhängige Variablen mit in diesen Vergleich einbezogen werden können.

Schachter und Singer untersuchten die Wirkung der subkutanen Injektion einer Einzeldosis Adrenalin bzw. physiologischer Kochsalzlösung (=Placebo) bei 184 gesunden männlichen College-Studenten in insgesamt sieben verschiedenen Treatmentstufen zu je 23 bis 27 Probanden. Allen Probanden wurde erklärt, es handle sich dabei um eine Studie, die den Einfluss eines Vitaminpräparates namens ›Suproxin‹ auf die Sehschärfe zum Untersuchungsgegenstand habe. Die Probanden wurden in den verschiedenen Treatmentstufen auf unterschiedliche Weise über mögliche Nebenwirkungen des verabreichten ›Suproxins‹ aufgeklärt, bei dem es sich ja entweder um Adrenalin oder um physiologische Kochsalzlösung handelte: Ein Teil der Probanden, die unwissentlich eine Adrenalininjektion bekamen, wurde adäquat über die zu erwartenden Nebenwirkungen aufgeklärt, wie Herzklopfen, Händezittern und Wärmeempfindungen (=Aufklärungsstufe: ›informed‹). Einem anderen Teil dieser Probanden wurden hingegen mögliche Nebenwirkungen angekündigt, die aufgrund der bekannten spezifischen Wirkungen von Adrenalin überhaupt nicht zu erwarten waren, wie Juckreiz, Kopfschmerz, (=Aufklärungsstufe: ›misinformed‹). Eine

weitere Gruppe der mit Adrenalin behandelten Probanden, sowie alle mit der Placebo-Injektion behandelten Probanden wurden gar nicht über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt (=Aufklärungsstufe: »ignorant«).

Ein besonderes Augenmerk der Versuchsplanung lag nun auf der systematischen Veränderung der Situation, in der die Probanden nach der Verabreichung der Substanz auf das angekündigte Experiment, nämlich einen Sehtest zu warten glaubten. (Die gesamte Studie war ihnen ja als Untersuchung über die Auswirkung eines ›Vitaminpräparates‹ auf die Sehschärfe angekündigt worden.)

Jeder Proband wurde einzeln in einen Warteraum geführt, in dem außer ihm noch eine weitere, ihm ebenfalls als ›Proband‹ vorgestellte Person auf den angekündigten Sehtest wartete. Diese Person war aber in Wirklichkeit ein Mitarbeiter der Forschungsgruppe, dessen Aufgabe es war, die angebliche Wartezeit mit vorgegebenen, standardisierten Aktionen und Äußerungen möglichst drastisch durch die »Produktion von emotions-induzierenden Kognitionen« (Schachter und Singer 1962: 383) auszugestalten. Dieser Mitarbeiter produzierte entweder durch einfallsreiche und situationskomische Slapstickaktionen mit verschiedenen, im Warteraum verteilten Requisiten eine euphorische Atmosphäre, oder aber er drückte deutlichen Ärger über die Sinnlosigkeit und die Zumutungen des angeblichen Experimentes aus. Während dieser als ›Wartezeit‹ deklarierten eigentlichen Einwirkungszeit der verabreichten Substanzen wurde jeweils der eigentliche Proband von unsichtbaren Beobachtern daraufhin eingeschätzt, inwieweit er sich von der situativen Ausgestaltung durch den Pseudoprobanden beeinflussen ließ und sich an den euphorischen bzw. ärgerlichen Aktionen beteiligte oder sogar selbst welche initiierte. Darüber hinaus gab jeder Proband in einer vierstufigen Skala eine Selbsteinschätzung seines körperlichen und emotionalen Befindens während dieser Phase.

Insgesamt gingen also in dieses hochkomplexe experimentelle Design von Schachter und Singer drei unabhängige, systematisch veränderte Variablen ein, nämlich (1) die subkutan injizierte Substanz (Adrenalin/Kochsalzlösung), (2) die Aufklärungsstufe (»informed«/»misinformed«/»ignorant«), (3) die kognitiv-emotionale Ausgestaltung der als Wartezeit deklarierten Einwirkungszeit (Euphorie/Ärger). Von den abhängigen Variablen, die im Rahmen dieser Studie berücksichtigt und bestimmt wurden, erscheinen vor allem zwei als wesentlich, nämlich (4) das Auftreten von angekündigten oder – je nach Aufklärungsgrad – nicht angekündigten Nebenwirkungen, quantitativ durch Selbstbeurteilungen der Probanden (auf Rationalskalenniveau) bestimmt und (5) die kognitiv-emotionale Anpassung der Probanden an die – je nach Milieu ausgestaltete – Wartesituation, quantitativ durch Selbstbeurteilungen (auf Rationalskalenniveau) und durch Verhaltensbeobachtungen (auf Intervallskalenniveau) bestimmt.

Dabei zeigt sich, dass das Auftreten von Nebenwirkungen sowohl vom Aufklärungsgrad als auch von der Ausgestaltung der Wartesituation relativ unabhängig war, und fast ausschließlich mit der injizierten Substanz variierte. Signifikante Unterschiede ergaben sich nur im Vergleich mit den Placebobehandelten und den adrenalinbehandelten Vergleichsgruppen.

Im Hinblick auf die emotionale Anpassung der Probanden an die Wartesituation ergab sich ein wesentlich differenzierteres Bild. Es zeigt sich, dass der Grad und die Richtung dieser Anpassung sowohl mit dem Aufklärungsgrad als auch mit den situativen Merkmalen der Wartesituation variierten, entgegen der Arbeitshypothese von Schachter und Singer, jedoch kaum mit der Pharmakologie der injizierten Substanz. Sowohl in der ›ärgerlichen‹ wie auch in der ›euphorischen‹ Wartesituation reagierten die adäquat über Nebenwirkungen informierten Adrenalin-Probanden signifikant weniger mit eigenem Ärger bzw. mit eigener Euphorie als die gar nicht oder falsch informierten Adrenalin-Probanden. Die emotionale Reaktivität der Placebo-Probanden lag quantitativ zwischen derjenigen der richtig und der gar nicht informierten Adrenalinprobanden.

Schachter und Singer deuteten die konsistent unterschiedlichen Grade der Manipulierbarkeit bei den verschiedenen Probandengruppen etwa folgendermaßen: Sie argumentierten, dass zumindest bei den Adrenalinprobanden durch die Injektion einer pharmakologisch hochwirksamen Substanz, die zudem noch spezifisch das sympathische Nervensystem stimuliere, eine deutliche Steigerung des allgemeinen Erregungs- und Aufmerksamkeitsniveaus ausgelöst, dass mithin ein Zustand provoziert worden sei, der im Kontext der psychophysiologischen Forschung gemeinhin als »arousal« oder als »sympathetic activation« bezeichnet wird. Ereigneten sich in einem solchen Zustand der allgemeinen Aufmerksamkeitserhöhung deutliche körperliche, emotionale oder kognitive Veränderungen, oder würden solche Veränderungen durch situative Veränderungen der Umgebung induziert, so Schachter und Singer weiter, dann sei die Wahrscheinlichkeit, mit der diese Veränderungen zu wirksamen, das Verhalten und das Erleben determinierenden Faktoren werden könnten, direkt davon abhängig, ob die Veränderung aufgrund der verfügbaren Erfahrung und Information für den Probanden erklärbar sei oder nicht, oder allgemeiner: ob die Veränderung seine bisherige Hypothesenbildung, die Gesamtheit derjenigen seiner Überzeugungsaggregate, die Kelly (1986) als »persönliche Konstrukte« beschrieben hat, eher in Frage stelle oder eher bestätige. Mit anderen Worten: Der ›Innovationsgrad‹ einer Veränderung verhält sich direkt proportional zur emotionalen ›Plastizität‹ des von ihr Betroffenen.

Jospe (1978) hat besonders die explanatorische und integrative Potenz dieser Hypothese für das heterogene Feld der Placebo-Forschung hervorgehoben. Zusammenfassend schreibt er dazu:

»When people are in a state of arousal, they may experience very disparate emotional states or no emotional states at all, depending on the concurrent cognitions. This emotional plasticity leads people to search for cognitive sources that could be causally associated with their experienced physiological state and that could provide a label for it. A person taking a tablet, for example, is in a state of arousal (...) and has learned to associate pill taking with relief of some sort (...). As a result of complex conditioning processes, visceral changes are initiated. These changes may be relatively undifferentiated physiologically and almost always take place contiguously with some set of cognitions (e.g., ›This will make you feel better‹ or whatever the instructions, expectations of other communications or perceptions, tacit or not, in the schema are). The Placebo effect can then, according to such a view, be interpreted as having three components: physiological arousal, emotionally relevant cognitive or situational factors, and a perceived causal link between these factors. A person who is not aware that he or she is being treated cannot exhibit the placebo effect; this is surely axiomatic.« (Jospe 1978: 144)

Die Produktion von ›arousal‹ ist möglicherweise eine elementare Funktion vieler der im Rahmen der Auseinandersetzung zwischen Leidenden und Heilenden ausgebildeten und zu einem hohen Grade auch ›kulturell kodifizierten‹ Rituale: Die Beschwörungsformeln von Medizinmännern und Schamanen, das Aufziehen einer Spritze (deren anschließende Entlüftung ja sogar zum Filmtopos avanciert ist), sämtliche Injektionsvorbereitungen inklusive des bakteriologisch fast wirkungslosen Auftupfens von alkoholischer Lösung auf die Injektionsstelle, die Rituale des Rezeptierens, das Einreiben von äußerlich wärmenden Salben bei Gelenksbeschwerden, die ›therapeutische‹ Blutdruckmessung, die diagnostisch unergiebigte Auskultation im sogenannten ›Kassendreieck‹ und ganz besonders die phenolischen, bitteren, klinischen Gerüche, Geschmacksrichtungen, Farben und Namen der verordneten Arzneien, all dies sind hochsignifikante, kulturell tradierte, ständig aber auch mit bislang schwer einzuschätzendem ›Durchsatz‹ sich verändernde Signifikate, die alle in eine gemeinsame Botschaft münden, die etwa lautet: Achtung, jetzt geschieht etwas Wichtiges, hier formt sich eine raumzeitlich sichtbare und begrenzte, dennoch hermetisch geheimnisvolle, zur Struktur des Leidens in vielerlei Hinsicht analoge Gestalt des Heilens. Oder analytischer und mit den Worten Kochs:

»Strukturgewinn bedeutet Ordnungsgewinn, Ordnungsgewinn ›rettet die Welt.« (Koch 1971: 7)

Man kann dieses zwar theoretisch integrative, ansonsten aber recht abstrakte Modell an einem praktischen Beispiel auf den Boden des klinischen Alltags zurückholen. Dieses Beispiel hat für die soziale Realität von

Pharmaka in der gegenwärtigen Medizin durchaus einige praktische Bedeutung, weil es recht häufig vorkommt. Gemeint ist die Anwendung von sogenannten ›unreinen‹ Placebos.

Dies sind nach Müller-Oerlinghausen (1986: 89) Arzneispezialitäten, die pharmakologisch definierte Substanzen enthalten, die (im Gegensatz zu ›Pseudo-Placebos‹) durchaus erwiesenermaßen pharmakologische Wirkungen entfalten können. Diese Wirkungen haben jedoch mit dem erwünschten therapeutischen Effekt, der die Anwendung zweckrational motiviert, nichts zu tun. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist die Einreibung von wärmenden und hyperämisierenden Salben bei degenerativen oder auch bei entzündlichen Gelenkbeschwerden. Diese Einreibungen haben auf die zugrunde liegenden degenerativen Gelenkprozesse und auch auf die objektiv messbare Schmerz Wahrnehmung keinerlei Effekte, wirken also im pharmakologischen Sinne weder ›kurativ‹ noch ›symptomatisch‹. Ja bei entzündlichen Gelenkerkrankungen sind sie möglicherweise dazu angetan, diese zu verschlimmern. Dennoch ist die Anwendung dieser Salben bei Ärzten wie Patienten nach wie vor sehr beliebt. Beliebte wiederum kann sie nur dann sein, wenn sie auch effektiv ist. Die Effektivität dieser Therapie lässt sich mit dem in diesem Kapitel erarbeiteten Drei-Faktoren-Modell recht präzise deuten und erklären:

Zunächst einmal ist die Erzeugung von äußerer Wärme und die Verstärkung der Hautdurchblutung (›Hyperämie‹) an einer lokal begrenzten Körperregion ein deutlicher, ungewöhnlicher und durchaus angenehmer Reiz, der eine Anhebung des Aufmerksamkeitsniveaus zuverlässig zur Folge haben dürfte (=Faktor 3). Darüber hinaus ist die Region, an der dieser Reiz sich ereignet, genau die Region, auf die sich auch die innerlich empfundene morphologische Störung nach außen projiziert. (Aus diesem Grund wurden z.B. auch sogenannte Nitro-Pflaster zur Behandlung der ›Angina Pectoris‹ gern direkt über dem Herzen getragen, obwohl der in ihnen enthaltene Wirkstoff gar nicht direkt in dieses Organ diffundieren kann und dort auch gar nicht seine pharmakologische Wirkung entfaltet.) Mithin besteht eine signifikante, in diesem Fall indexikalische Ähnlichkeitsbeziehung zwischen Krankheit und Heilmittel (=Faktor 2). Darüber hinaus entspricht die Annahme, dass die gewählte Therapie bei Gelenkbeschwerden hilfreich sein könne, durchaus einer weit verbreiteten und durch diese neue empirische Erfahrung wiederum autoreflexiv bestätigten Zuordnung: Wärme heilt (=Faktor 1).

Müller-Oerlinghausen (1986:89) hat die Vermutung geäußert, dass ›unreine‹ Placebos möglicherweise prinzipiell wirksamer sein könnten als reine, also pharmakologisch vollkommen inerte Placebos. Dieser – empirisch bisher kaum untersuchte – Befund ließe sich im Rahmen unseres Modells dadurch erklären, dass ›unreine‹ Placebos ja durchaus pharma-

kologische Wirkungen entfalten. Diese sind für den erwünschten physiologisch-therapeutischen Effekt zwar zunächst völlig irrelevant, eignen sich jedoch vorzüglich zur Induktion von ›arousal‹. Damit ermöglichen sie dem Kranken – als Sonderleistung im Vergleich zu reinen Placebos einen physiologischen Einstieg in denjenigen Prozess, den wir hier herauszuarbeiten versucht haben: Strukturgewinn.

### Haben Placebos Effekte?

Schweizer und Rickels haben auf die aus ihrer Sicht beklagenswert hohe Effektivität von Placebos in der Therapie der generalisierten Angststörung hingewiesen. Diese habe nämlich dazu geführt, dass in 15 Jahren in Amerika nur ein einziges neues Anxiolytikum zugelassen worden sei, welches die in diesem Fall ungewöhnlich hohe Hürde, besser als Placebo sein zu müssen, überwunden habe. Die Autoren kommen zu einem drastischen Fazit:

»The development of new treatments for generalized anxiety disorder increasingly has been sabotaged by a high placebo-response rate.« (Schweizer & Rickels 1997: 30)

Die Einführung der Doppelblindverfahren in die klinische Prüfung dürfte vermutlich tatsächlich eine erhebliche Anhebung der von Neusubstanzen zu überwindenden Schwelle geführt haben. Zumindest in dieser Hinsicht wäre es – wenn auch in ungewöhnlichem und daher wohl eher missverständlichem Zusammenhang – möglich, von einem »Placebo-Effekt« zu sprechen, nämlich dem auf die Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Innovationen. Ob es aber sinnvoll und der empirischen Datenglage angemessen ist, diejenigen Veränderungen, die sich im Zusammenhang mit Interventionen ereignen, die als »therapeutisch« deklariert und zugleich bekannter therapeutischer Prinzipien ledig sind, unter einem homogenisierenden Oberbegriff zusammenzufassen, der wie der Begriff »Placebo-Effekt« einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zumindest suggeriert, erscheint zumindest fraglich. Unsere Kenntnisse über den Einfluss alternativer Varianzquellen bei messwiederholenden Interventionsstudien (wie z.B. Spontanverlaufsänderungen, subjektive Bias der Befindensänderung ohne Befundänderung, durch genetische Variabilität oder Polymorphismen induzierte individuelle Metabolisierungsunterschiede, systematische Messartefakte) sind dafür bislang vermutlich zu fragmentarisch. Schweizer und Rickels vermeiden es, obwohl sie das empirische Gewicht des Placebo-Problems als außerordentlich hoch einschätzen, im Zusammenhang mit diesem Problem von einem »Effekt« zu sprechen und bevorzugen den Begriff »placebo response«, über die sie explizit schreiben: »The placebo

response is a heterogenous and multifactorial phenomenon.« (Schweizer & Rickels 1997: 31) Um dieser Problematik terminologisch gerecht zu werden, erscheint es in der Tat wenig sinnvoll, in der Einzahl und mit bestimmtem Pronomen von »dem Placeboeffekt« zu sprechen (vgl. Schonauer 1997). Zweifellos gibt es ein Placebo-Problem und auch Placebo-Phänomene, vorläufig scheint aber offen, ob es gerechtfertigt ist für diese ein allgemeingültiges Erklärungsmodell anzunehmen.

Dieser Überlegungen ungeachtet haben Placebos aber insofern Effekte (im Plural), als sie als Ursachen von Wirkungen erlebt werden. Diese können in verschiedenen Einzelfällen unterschiedlicher Natur und Ausprägung sein. So spricht z.B. viel dafür, dass sie analgetische Effekte haben, die unter Umständen sogar durch inaktive Endorphin-Liganden antagonisiert werden können (Levine et al. 1978, ter Riet et al. 1998). Neben der Analgesie sind die Sedierung und möglicherweise auch die Anxiolyse weitere Domänen derartiger Effekte, die insgesamt eine Art zentralnervöser Inhibition theoretisch als *einen* Effekt von Placebos zumindest möglich erscheinen lassen. Demgegenüber gibt es aber auch Hinweise auf zentralnervös stimulierende Effekte von Placebos, für die etwa die Arbeit Lienerts (1956) oder auch die hier ausführlicher diskutierte Untersuchung von Schachter und Singer (1962) Hinweise liefern. Schließlich gibt es bekanntermaßen kaum ein Organsystem oder einen pathophysiologischen Zusammenhang, für die nicht irgendwann »Placeboeffekte« beschrieben worden wären. Diese Ubiquität begründet zugleich Faszination und theoretische Skepsis.

Die in den Fokus dieses Aufsatzes gerückte Frage, ob sich derartige Effekte zumindest teilweise durch Eigenschaften des Placebos »selbst« im Rahmen überindividuell gültiger, kode-ähnlicher Relationsgefüge erklären lassen, kann aufgrund der vorliegenden Datenlage nicht bejaht werden. Auch wenn in der Summe zahlreiche Hinweise auf einen Einfluss sinnlich wahrnehmbarer Qualitäten von Pharmaka auf deren Wirkung bestehen, so reichen diese Hinweise bislang dennoch nicht aus, um diese Qualitäten als »Bedingungsfaktoren« von Placebo-Effekten zu beschreiben und damit eine Art semiotischer Spezifität dieser Effekte zu begründen. Andererseits ist die Datenlage in dieser Frage ausgesprochen fragmentarisch und unsystematisch, und rechtfertigt mit Leichtigkeit eine rhetorische Figur, die am Ende empirischer Übersichtsversuche häufig bemüht wird, und mit der etwa auch de Craen et al. ihre Übersicht über die empirisch bislang am besten untersuchte sinnlich wahrnehmbare Qualität, die Farbe, beschließen:

»Research contributing to a better understanding of the effect of coloured medication is certainly warranted.« (de Craen et al. 1996)

## Literatur

- Blanz, Mathias (1991): Placebos: Medizinhistorische Aspekte und Definitionsansätze. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 59: 361-370
- Blumenthal, David S.; Burke, Robert; Shapiro, Arthur K. (1974): The Validity of »Identical Matching Placebos«. *Archives of General Psychiatry* 31: 214-215
- Cattaneo, Angelo D.; Lucchelli, Paolo E.; Filippucci, Giorgio (1970): Sedative Effects of Placebo Treatment. *European Journal of Clinical Pharmacology* 3: 43-45
- DeCraen, Anton J.M.; Roos, Pieter J.; DeVries, A. Leonard; Kleijnen, Jos (1996): Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *British Medical Journal* 313:1624-1626
- Eco, Umberto (1975): *Trattato di semiotica generale*. Mailand (Bompiani)
- Eichengrün, Arthur (1949): 50 Jahre Aspirin. *Die Pharmazie* 4: 582-584.
- Ernst, E.; Resch, K.L. (1995): Concepts of true and perceived placebo effects. *British Medical Journal* 311: 551-553
- Johnson, Alan G. (1994): Surgery as a placebo. *The Lancet* 344: 1140-1142.
- Gowdey, C.W.; Hamilton, J.T.; Philp, R.B. (1967): A Controlled Clinical Trial Using Placebos in Normal Subjects - A Teaching Exercise. *Canadian Medical Association Journal* 98:: 1317-1322
- Haug, Wolfgang Fritz (1980): *Warenästhetik und kapitalistische Massenkultur Band 1*. Berlin (Argument)
- Heider, Franz (1958): *The psychology of interpersonal relations*. New York (Wiley)
- Hoffmeyer, Jesper (1996): *Signs of meaning in the universe*. Bloomington (Indiana University Press)
- Jospe, Michael (1978): *The Placebo Effect in Healing*. Lexington (Heath)
- Kelly, George A. (1986): *Die Psychologie persönlicher Konstrukte*. Paderborn (Junfermann)
- Kienle, Gunver Sophia (1995): *Der sogenannte Placeboeffekt – Illusion Fakten Realität*. Stuttgart (Schattauer).
- Kissel, P.; Barrucand, D. (1964): *Placebos et effet placebo en médecine*. Paris (Masson)
- Koch, Walter A. (1971): *Varia Semiotica*. Hildesheim (Olms)
- Kuschinsky, Gustav (1975): Wirkungen und Indikationen von Placebo. *Deutsches Ärzteblatt* 72: 663-667
- Lasagna, Louis; Laties, Victor G.; Dohan, J. Lawrence (1958): Further Studies on the »Pharmacology« of Placebo Administration. *Journal of Clinical Investigation* 37: 533-537
- Leinmüller, Renate (1996): Eine Placebo-Nadelung ist nicht möglich. *Deutsches Ärzteblatt* 93: B1527-1528
- Levine, Jon D.; Gordon, Newton C.; Fields, Howard L. (1978): The Mechanism of Placebo Analgesia. *The Lancet* 23.9.1978: 654-657
- Lienert, Gustav A. (1956): Die Bedeutung der Suggestion in pharmakopsychologischen Untersuchungen. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie* 3: 418-438
- Lötscher, Andreas (1987): *Von Ajax bis Xerox*. Zürich (Artemis)
- Lucchelli, P.E., Cattaneo, A.D., Zattoni, J. (1978): Effect of Capsule Colour and Order of Administration of Hypnotic Treatments. *European Journal of Clinical Pharmacology* 13: 153-155.
- Margraf, J.; Ehlers, A.; Roth, W.T.; Clark, D.B.; Agras, W.S.; Taylor, C.B. (1991): How »blind« are double blind studies? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 184-187



- McDonald, C.; Mazzuca, S.; McCabe, G. (1983): How much of the Placebo ›Effect‹ is really statistical regression? *Statistics in Medicine* 2: 417-427
- Morris, Louis A.; O'Neal, Edgar C. (1974): Drug Name Familiarity and Placebo Reaction. *Journal of Clinical Psychology* 30: 280-282
- Müller-Oerlinghausen, Bruno (1986): Anwendung von Placebos in der ärztlichen Praxis. In: Hippus, H.; Überla, K.; Laakmann, G.; Hasford, J. (Hg.): *Das Placebo-Problem*. Stuttgart (G. Fischer), S. 87-92.
- Netter, Petra (1986): Systematik der am Placeboeffekt beteiligten Faktoren und Beispiele für ihre statistischen Wirkungen und Wechselwirkungen. In: Hippus, H.; Überla, K.; Laakmann, G.; Hasford, J. (Hg.): *Das Placebo-Problem*. Stuttgart (G. Fischer), S. 61-73.
- Pepper, Oscar H.P. (1945): A Note on the Placebo. *American Journal of Pharmacy and the Sciences Supporting Public Health* 117: 409-412
- Prioleau, L; Murdock, M.; Brody, N. (1983): An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences* 6: 275-310
- Schachter, Stanley; Singer, Jerome (1962): Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional States. *Psychological Review* 379-399.
- Schapira, Kurt; McClelland, H.A.; Griffiths, N.R.; Newell, D.J. (1970): Study on the Effects of Tablet Colour in the Treatment of Anxiety States. *British Medical Journal*
- Schindel, Leo (1967): Placebo und Placebo-Effekte in Klinik und Forschung. *Arzneimittelforschung* 17: 892-917.
- Schonauer, Klaus (1986): *Signal-Symbol-Symptom – Alte und neue Aspekte der medizinischen Semiotik*. Münster (MakS).
- Ders. (1994): *Semiotic Foundations of Drug Therapy - The Placebo Problem in a New Perspective*. Berlin (Mouton DeGruyter)
- Ders. (1997): *Das Placeboproblem*. In: M. Bühring, F.H. Kemper (Hrsg.) *Naturheilverfahren*, Bd. I. Berlin (Springer), S. 1.09.1-1.09.14
- Schonauer, Klaus; Klar, Michael (1999): The colors of relief – an empirical contribution to ›pharmacosemiotics‹. *Recherches Sémiotiques / Semiotic Inquiry* 18: (im Druck).
- Schuhmacher, W.W. (1969): Zur Typologie der Markenartikelnamen. *Linguistics* 47, 68-72
- Schweizer, Edward; Rickels, Karl (1997): Placebo Response in Generalized Anxiety: Its Effect on the Outcome of Clinical Trials. *Journal of Clinical Psychiatry* 58 (suppl. 11): 30-38.
- Sebeok, Thomas Albert (1979): *The Sign and its Masters*. Austin (University of Texas Press).
- Shannon, I.L.; Isbell, G.M. (1963): Stress in dental patients. *Dental Digest* 69: 459-461
- Shapiro, Arthur K. (1964): A Historic and Heuristic Definition of the Placebo. *Psychiatry* 27: 52-58
- Six, Bernd (1983): ›Attribution‹. In: Frey, D.; Greif, S. (Hg.): *Sozialpsychologie*. München (Urban & Schwarzenberg), S. 122-135
- ter Riet, Gerben; de Craen, Anton J.M.; de Boer, Anton; Kessels, Alphons G.H. (1998): Do Endorphins Mediate Placebo Analgesia? A Critical Commentary. *Forschende Komplementärmedizin* 5, Suppl. 1: 12-14.
- Traut, E.F.; Passarelli, E.W. (1959): Placebos in the evaluation of treatment in rheumatic diseases. *Illinois Meica Journal* 115 (4): 181-183.
- White, K.; Kando, J.; Pharm, D.; Park, T.; Waternaux, C.; Brown, W.A. (1992): Side effects and the ›blindability‹ of clinical drug trials. *American Journal of Psychiatry* 149: 1730-1731

## Valium als Metapher

Eine Printmedienanalyse zur metaphorischen Verwendung von Valium als Prototyp eines Tranquilizers



Ulrike Hoffmann-Richter, Evelin Nagel Novosel

### Zusammenfassung

Valium gehört zu den wenigen bekannten Medikamentennamen unter den Psychopharmaka. Es erscheint in sechs untersuchten Zeitungen und Zeitschriften zwischen 1994 und 1996 etwa zehnmal pro Jahrgang. Dabei wird der Begriff in 151 von 156 Artikeln lediglich erwähnt. Einmal wird Valium Hauptthema, dreimal Nebenthema. Zu fast einem Viertel handelt es sich um eine eindeutig metaphorische Verwendung. Valium ist in ihnen – noch mehr als insgesamt weit überwiegend negativ konnotiert. Es steht nicht mehr für ein Medikament, sondern für eine Alltagsdroge, die an der Wahrnehmung schwieriger Lebenssituationen hindert oder vor ihr bewahrt. Die Wirkung besteht nach den Erwartungen nicht in angenehmem und angstfreiem Leben, vielmehr in Leere, Sterilität und Lebensferne. Rückwirkungen auf die soziale Repräsentation von Tranquilizern müssen in Betracht gezogen werden.

Valium steht für den Prototyp eines Benzodiazepins, ja gar der Tranquilizer. Es wurde 1958, gegen Ende der Hochphase der Entwicklung von Psychopharmaka, die sich etwa zwischen 1948 und 1958 erstreckte, zum Patent angemeldet (vgl. Sternbach 1983; Sternbach in Linde 1988; Finzen 1998). Selbst ein sehr aggressiver Bengalischer Tiger des Zoos in San Diego konnte mit Hilfe von Librium, das unmittelbar vor Valium als erstes Benzodiazepin entwickelt worden war, gezähmt werden. So war es nicht verwunderlich, dass sich übergroße Erwartungen an die klinische Wirkung der Benzodiazepine knüpften. 1960 wurde Valium bereits als Medikament auf dem Markt zugelassen. Es fand schnell Akzeptanz und löste 1969 Librium als meistverordnetes Medikament ab, was Valium bis weit in die 70er Jahre blieb. Auch die Presse reagierte entsprechend aufmerksam.

Tranquilizer sind bis heute die am häufigsten verordneten Psychopharmaka. Neben Schmerz-, Schlaf- und Abführmitteln gehören sie zu den meist verwandten Medikamenten überhaupt. Als Beruhigungsmittel mit einer schnell wirkenden, angstlösenden und schlafanstoßenden Komponen-

te werden sie sehr gerne eingenommen. In ihrer Frühzeit als »Happy Pills« propagiert, sind sie in Verruf geraten. Sie gelten als Pillen, die scheinbar glücklich machen, weil sie die Probleme des Alltags in weite Ferne rücken lassen. Heute steht im Vordergrund das Wissen um das schnell entwickelte Abhängigkeitspotenzial. 1998 wurde – angestoßen durch die Food and Drug Administration der USA – auch in der Schweiz diskutiert, ob Rohypnol, aber auch Valium nicht zu den Suchtmitteln gerechnet werden müssen und nicht mehr als Arzneimittel verordnet werden sollten (NZZ 10.01.1995 (Nr. 104), »... die Schweiz sei nicht nur einer der weltweit größten legalen Verarbeiter von psychotropen Stoffen wie Valium, Rohypnol oder Dormicum«). Angermeyer und Mitarbeiter haben in einer Repräsentativbefragung (1993) gezeigt, dass die Bevölkerung nicht zwischen verschiedenen Psychopharmaka-Gruppen unterscheidet. Vielmehr besteht die Vorstellung, dass Psychopharmaka allgemein – entsprechend dem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil von Tranquilizern – sedierten, möglicherweise Angst minderten, aber unspezifisch wirkten, keinen speziellen Indikationsbereich hätten und vor allem in kurzer Zeit zu Abhängigkeit führten. Die Arbeit über »Tranquilizer in der Zeitung« von Finzen, Wick, Alder und Hoffmann-Richter (1999) hat diese Vorstellung durch die Printmedienanalyse über Tranquilizer in der Zeitung bestätigt. Die Arbeit ist Ausschnitt eines Gesamtprojektes über Psychiatrie in der Zeitung. Sechs seriöse, meinungsführende deutschsprachige Tages- und Wochenzeitungen, von denen zwei bis drei Jahrgänge auf CD-ROM vorliegen, wurden nach dem Auftauchen psychiatrischer Themen und Begriffe aus dem Bereich Psychiatrie untersucht und auf dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse von Bevölkerungsbefragungen interpretiert. Hierbei zeigte sich, dass äußerst selten über Neuroleptika berichtet wird (Hoffmann-Richter et al. 1999), häufiger über Antidepressiva (Hoffmann-Richter et al. 1998) und Tranquilizer (Finzen et al. 1999). Nur sehr ausgelesene Medikamente werden wiederholt erwähnt. Valium und Prozac (Finzen et al. im Druck) sind dominierend. Beide werden zudem häufig metaphorisch verwendet. Die vorliegende Arbeit befasst sich deshalb mit der Metaphorisierung von Valium, seinem Bedeutungswandel und der möglichen Rückwirkung auf das Medikament, die Gruppe der Tranquilizer und Psychopharmaka.

## Methodik

Seit 1994 liegen einige deutschsprachige Printmedien im Volltext auf CD-ROM vor. Damit wurde es möglich, Themenbereiche über Suchbegriffe lückenlos zu erfassen. Im Gegensatz zu konventionellen Suchmethoden ist der jeweilige Suchbegriff deshalb auch in unerwarteten Zusammenhängen

auffindbar: Tranquilizer oder Valium im Wirtschaftsteil, im Sport oder in der Politik. Die Analyse bezieht sich auf die Jahrgänge 1994-1996. Für diese Jahrgänge liegen die Neue Zürcher Zeitung, die Frankfurter Allgemeine Zeitung, die Süddeutsche Zeitung, die Berliner Tageszeitung (taz), der Spiegel und die Zeit auf CD-ROM vor.

Die 18 verfügbaren Zeitungs- und Zeitschriftenjahrgänge wurden nach dem Stichwort »Valium« durchsucht. Die erfassten Texte wurden quantitativ und qualitativ analysiert und interpretiert. Quantitativ bedeutet in diesem Zusammenhang Aufschlüsselung der Anzahl der Beiträge und ggf. der Nennungen pro Beitrag, Klassifizierung des Umfangs, Zuordnung zu Ressorts und Themenbereich und zu formalen Textkategorien. In der qualitativen Analyse wurden die einzelnen Beiträge auf ihren Stellenwert untersucht, das heißt ob der Suchbegriff als Hauptthema, als Nebenthema behandelt wurde oder lediglich erwähnt; wie er durch den Autor direkt oder indirekt bewertet wird (positiv, positiv im Kontext, sachlich (neutral), negativ im Kontext oder negativ). Die Bewertung »im Kontext« bezieht sich dabei auf indirekte Wertungen, die sich aus dem Textzusammenhang herleiten. Im Rahmen der qualitativen Analyse wurde der metaphorischen und modulatorischen<sup>1</sup> Verwendung von Valium und seiner Bedeutung näher nachgegangen. Die vorliegende Arbeit fasst das Gesamtergebnis über das Suchwort Valium kurz zusammen (vgl. Med. Diss Nagel Novosel). Sie beschränkt sich dabei auf die Daten, die für die Analyse von Valium als Metapher relevant sind. Im Folgenden werden die Metaphern einzeln betrachtet, nach Ressorts und Themen sowie Bedeutungszusammenhang (Kollokation) analysiert, interpretiert und erste Schlussfolgerungen daraus gezogen.

## Ergebnisse

Die untersuchten 18 Jahrgänge der sechs Tages- und Wochenzeitungen enthalten 155 Artikel mit dem Suchwort Valium, das in diesen Artikeln insgesamt 187-mal vorkommt. Die Anzahl der Artikel pro Zeitung differieren ausgeprägt: An der Spitze stehen taz und Süddeutsche Zeitung mit 14 bis 15 bzw. elf bis zwölf Artikeln pro Jahr. Die NZZ liegt mit 24 Artikeln vor dem Spiegel mit 20, der FAZ mit 18 und der Zeit mit 15 Artikeln insgesamt. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Gesamtzahl, die Anzahl der Artikel mit metaphorischer Verwendung und die prozentuale Verteilung.

Zeitung	Anzahl Artikel gesamt	Anzahl Artikel mit Metapher	%
taz	44	14 (17*)	32 %
Süddeutsche Zeitung	34	10	30 %
Spiegel	20	2	10 %
NZZ	24	4	17 %
FAZ	18	3	17 %
Zeit	15	3	20 %
gesamt	155	36	23 %

Tabelle 1: Valium in den untersuchten Zeitungen der Jahrgänge 1994 bis 1996

\* in einem Artikel sind zwei Metaphern, in einem Artikel drei Metaphern enthalten

Somit enthalten von 155 Artikeln 36 Artikel Valium als Metapher. Es kommt insgesamt 39-mal in eindeutig metaphorischer Verwendung vor. In weiteren zehn Artikeln wird aus der Verwendung nicht eindeutig ersichtlich, ob es sich um eine metaphorische oder modulatorische Verwendung handelt. Die übrigen Verwendungen teilen sich nochmals in nur 65-mal faktische und 73-mal modulatorische Verwendung auf. Auffallend ist weiterhin, dass in den 155 Artikeln nur einmal Valium Hauptthema wird, dreimal Nebenthema. 151-mal wird der Begriff lediglich erwähnt. Daraus ist schon zu entnehmen, dass die Informationen insgesamt spärlich sind: Überwiegend befassen sich die Artikel mit Abhängigkeit und Folgen des Konsums im Kontext von Tranquilizern allgemein oder einer Aufzählung, in der Valium auftaucht. Wiederholt wird Valium als schlechte Alternative zu Cannabis, Baldrian und anderen pflanzlichen Schlaf- oder Beruhigungsmitteln erwähnt. Mehrfach geht es um falsche oder zu häufige Verordnung, zweimal bei alten Menschen. Als Indikationen werden die Aids-Therapie, OP-Vorbereitung, die Behandlung nach Herzinfarkt und die Behandlung von Angst, nicht aber Schmerzen erwähnt. Valium wird auch für die Behandlung von Tieren eingesetzt. Einmal taucht es als Sedierungsmethode von Schweinen vor der Schlachtung auf. Wiederholt geht es um wirtschaftliche Aspekte, insbesondere das 100-jährige Roche-Jubiläum und das Auslaufen des Valium-Patentschutzes. Auch im Kontext von fahrlässiger Körperverletzung bzw. fahrlässiger Tötung wird Valium erwähnt.

Daraus geht schon hervor, dass die Wertung überwiegend negativ ist: Sechsmal eindeutig negativ, 129-mal negativ im Kontext, das macht insgesamt 135-mal von 187 Nennungen. Lediglich 33-mal wird Valium neutral verwendet und noch seltener positiv: 16-mal positiv im Kontext, dreimal nur eindeutig positiv.

Der Kontext, in dem Valium auftaucht, ist also insgesamt vom Thema der Abhängigkeit und negativen Begleiterscheinungen geprägt. Auf diesem Hintergrund müssen die folgenden Metaphern betrachtet werden.

In die Untersuchung gingen nur die 36 Artikel ein, die semantisch eindeutig zuzuordnen sind.

### Valium als Metapher

Die 36 untersuchten Artikel mit der reinen Verwendung von Valium als Metapher werden in Tabelle 2 aufgeführt. Der Tabelle ist auch die Anzahl der Metaphern pro Zeitung, die Ressortverteilung, die Zuordnung nach Themenbereichen, der Stellenwert sowie Wertung und Textart zu entnehmen.

Art.	Zeitung	Ressort	Themenber.	Stellenwert	Wertung	Textart
4	taz	Vermischtes/ Aktuelles	Politik	erwähnt	negativ im Kontext	Kommentar
5	taz	Radio/TV Programme	Gesellschaft	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
8	taz	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
13	taz	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
17	taz	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
18	taz	Radio/TV Programme	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
20	taz	Lokales	Gesellschaft	erwähnt	positiv im Kontext	Bericht
22	taz	Radio/TV Programme	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
25	taz	Sport	Sport	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
26	taz	Diverses	Politik	erwähnt	negativ im Kontext	Kommentar
29	taz	Lokales	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
38	taz	Inland	Recht	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
42	taz	Lokales	Gesellschaft	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
44	taz	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
52	SZ	Lokales	Kultur	Hauptthema	negativ im Kontext	Sonstiges
59	SZ	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
62	SZ	Sport	Sport	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht

Art.	Zeitung	Ressort	Themenber.	Stellenwert	Wertung	Textart
63	SZ	Lokales	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
68	SZ	Radio/TV Programme	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
69	SZ	Gesellschaft	Gesellschaft	erwähnt	positiv im Kontext	Bericht
70	SZ	LeserInnen-briefe	Politik	erwähnt	negativ im Kontext	Kommentar
74	SZ	Sport	Sport	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
75	SZ	Sport	Sport	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
78	SZ	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
87	Spiegel	Kultur/ Feuilleton	Kultur (Kabarett)	erwähnt	negativ im Kontext (ironisch)	Kritik
97	Spiegel	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext (ironisch)	Kritik
101	NZZ	Wirtschaft	Wirtschafts-politik	erwähnt	negativ im Kontext	Bericht
105	NZZ	Sport	Sport	erwähnt	negativ im Kontext	Kommentar
108	NZZ	Radio/TV Programme	Gesellschaft	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
116	NZZ	Ausland	Politik	erwähnt	negativ im Kontext (ironisch)	Kommentar
128	FAZ	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext (ironisch)	Kritik
136	FAZ	Wirtschaft	Wirtschaft	erwähnt	negativ im Kontext	Kommentar
140	FAZ	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	negativ im Kontext	Kritik
143	ZEIT	Inland	Politik	erwähnt	negativ im Kontext	Kommentar
147	ZEIT	Kultur/ Feuilleton	Kultur	erwähnt	positiv im Kontext	Kritik
154	ZEIT	Gesellschaft	Recht und Forensik	erwähnt	sachlich-neutral? (ironisch)	Bericht

Tabelle 2: Valium als Metapher in den Artikeln

Valium als Metapher verteilt sich breit auf die unterschiedlichsten Ressorts. Am häufigsten taucht es in den Ressorts von Kultur und Feuilleton auf (zehnmal), sechsmal im Sport, je fünfmal in Radio/Fernsehen und Lokalressorts; je dreimal in Gesellschafts-, Wirtschafts- und Inlandsressorts, und je einmal in Briefen, Vermischtes/Aktuelles bzw. Diverses und Ausland. Bei den Themenbereichen sticht die Kultur mit 17-mal deutlich hervor; je fünfmal finden sich Metaphern im thematischen Kontext von Politik, Gesellschaft und Sport; je zweimal im Kontext von Recht und Wirtschaft. Die Wertung ist hier wie für die Gesamtverwendung des Begriffs Valium eindeutig: 32-mal erfolgt die Verwendung negativ im Kontext, ein Mal neutral, aber ironisch und dreimal positiv im Kontext.

»Eine Art Valium Tablette«

Einige Metaphern erinnern daran, dass es sich bei Valium um ein Medikament handelt. Sie sind jedoch eher in der Minderzahl:

(143)... *und wer als Kanzlerkandidat im Verdacht steht, morgens statt Adrenalin doch lieber Valium zu sich zu nehmen, hat es schwer gegen einen Helmuth Kohl.*

(128)... *wirken Marthaler-Abende wie eine Valium-Kur in der warmen, weichen Kuschelecke voll süßer Lieder und berauschendem Gesang*

(136)... *ist in Wirklichkeit eine Art Valiumtablette...*

Die Metaphern haben zwar noch Anklänge an ein Medikament, lassen die Leserin jedoch hören, dass Valium nicht das richtige Medikament ist. Es ist ein Medikament mit der falschen Wirkung bzw. einer Wirkung, die an der Wahrnehmung der Wirklichkeit hindert. Einige weitere Beispiele verweisen auf das Phänomen der Gewohnheitsbildung, die im übrigen eher im faktischen oder modulatorischen Gebrauch angesprochen wird, vereinzelt jedoch auch in der metaphorischen Verwendung anklingt:

(44)... *als hätte man eine Packung Valium mit einer Flasche Sekt auf Ex runtergespült...*

(78) *England ist auf Valium, Amerika auf Prozac, aber hier sind die Menschen noch Menschen.*

(52) *Buko-Pharma-Kampagne – Theaterboss mit »Ich bin von Kopf bis Fuß auf Valium eingestellt« – Infos und Straßentheater gegen Medikamentenmissbrauch und Missbrauch von Benzodiazepinen.*

Einige weitere Metaphern enthalten in ihrer Bedeutung Hinweise auf Valium als Medikament wie auf die Gewohnheitsbildung:

(101)... *dass Roche-Manager kein Valium schlucken*



*(116) Als Berlusconi polemisch verkündete, bei einem Sieg des Centro Sinistra habe Italien vielleicht zum letzten Mal frei gewählt, empfahl ihm Prodi Valium.*

In all diesen Beispielen wird deutlich, dass Valium zwar ursprünglich ein Medikament war, es aber vielfältige Verwendungsweisen im Alltag gibt und Valium ähnlich Aspirin auch so eingenommen wird. Dabei kommt es zur Abhängigkeit. Menschen, die Valium brauchen, sind nicht ganz lebensstüchtig, wenn nicht gar von der Wirklichkeit zunehmend entfernt.

### *Gegensatzpaare – Ironie*

Das erste der beiden letzten Beispiele leitet zu einer weiteren Gruppe von Valium-Metaphern über, in denen Valium in einem Gegensatzpaar als Negativpol auftaucht, zumeist mit ironischer Komponente:

*(140) Würden sie's witzig spielen, könnten sie über der Leerstelle Mann einschlafen. So lassen sie nur selbst mit erlesenem Schwung ihre Valium-Peitschen aufs Publikum herniedersäuseln, Schaubühnen-Sadismus.*

*(59) Die Stimme kickst und knarrt und knorzt, brüllt und bollert. Eine Megäre und Sekunden später sackt sie zusammen: Ein mickriges, verkates Mäuschen nach einem dionysischen Valium-Fest. Die ganze Frau – ein Irrwitz.*

*(62)... auch wenn vieles an diesem Frühlingstag geeignet war, die Sinne zu verklären. Ein Treffer gegen die »Valium-Hölle« (Eintracht Trainer Körbel über seine Abwehr).*

*(63) Sechs Jugendliche verbringen zusammen einen todlangweiligen Sonntag Nachmittag. Damit sie sich nicht mehr fühlen wie »ein Wattedaustausch mit Valium getränkt«, fangen sie an mit einem Revolver zu spielen – eine echte Stimmungskanone, so zu sagen.*

*(38)... der Name des Paragrafenwerkes ist ein Monstrum, der Gegenstand aufregend wie eine Valiumdosis.*

*(22) Dabei ist Schwester S. (Nachname Engel) so engagiert und bemüht wie es sich das Deutsche Gesundheitswesen nur wünschen kann. »Wird gemacht!« – »Na klar!« und – »Kein Problem«, sagt Stefanie und wandelt dann mit dem Temperament einer Valium durch die sterile Krankenhauskulisse.*

*(17) Dort spielt die ausladende Verwechslungskomödie im tristen Beton-Ambiente – und statt im Kaufmanns- im Mafia-Milieu. In reizvollem Bruch erklingt dazu Barock-Musik und die Valium-Erotik weiblicher Flugdurchsagen.*

Valium ist in diesen Metaphern nicht nur der negative Pol gegenüber Beschreibungen des Lebendigen (dionysisches Fest, Stimmungskanone, Temperament, Erotik), sondern etwas wie ein Fehlgriff, ein Irrtum oder eine Leerstelle.

Nur in zwei der 36 Metaphern-Zitate finden sich Anklänge an die frühen Erwartungen der »Glücks-Pille«:

(147) *»Ich sehe die Frauen, wie sie wirklich sind: Strahlend, vollkommen«, und wie Valium-verzaubert lustwandeln selbst die Schwestern über den Anstaltsrasen.*

(13) *In zwölf Vignetten stellen sich die Anleger der Swimming Pools in Bel Air vor. Sie sehen ihre Hispanischen Gärtner wie hinter Glas, stets unter einem Valium-Schleier.*

Das letzte Beispiel ist dabei jedoch zwiespältig. Der Valium-Schleier ist nicht einfach positiv und ein Schutz gegen die nüchterne Welt. Er deutet an, dass sich hier jemand vor der Wirklichkeit zurückzieht.

#### *Schlechtes Theater*

Das letzte Beispiel enthält auch Anklänge an eine Inszenierung – als ob es so etwas wie »die Wirklichkeit« gar nicht gäbe, sondern lediglich einen selbst konstruierten Lebensraum oder auch den persönlichen, inszenierten Auftritt. Noch deutlicher wird dieser Aspekt in der metaphorischen Verwendung des Valiums beim Vergleich mit einem Schauspieler oder einer Theater- oder Fernsehrolle. Hierfür liegen gleich mehrere Beispiele vor:

(154) *Wolfgang Merkis agiert wie Al Pacino unter der Wirkung einer kleinen Menge Valium.*

(97) *Helmut Lohner dagegen, der Alpenkönig, gibt sich so weiche und würdevoll, als trüge der grundgute Gebirgsfürst den Beinamen Valium.*

(18) *Im Abspann der eher gemächlichen ersten Folge... ist unter vielen anderen Lukas Mendel, bis dahin eine Art Thomi Orner auf Valium, im Bett mit Pauls Frau Viktoria zu sehen.*

(68) *»Bekannte Schauspieler in ungewöhnlichen Rollen« kündigte die ZDF-Ansagerin an – wir sahen aber nur Klaus-Jürgen Wussow als trantütigen Polizisten, der aussah wie Prof. Brinkmann auf Valium.*

#### *Steril, leblos, lebensfern*

Deutlicher noch wird diese Facette in den Metaphern, in denen Valium für fehlende Lebendigkeit, Sterilität, Leere oder Leblosgkeit steht:

(78) *Hier braust das Leben, Tag und Nacht. Hier hat niemand Zeit*

*rumzusitzen und Trübsal zu blasen. England ist auf Valium, Amerika auf Prozac, aber hier sind die Menschen noch Menschen.*

*(8) Sie spielt Mozart, als hätte diese Musik etwas mit seinem Lieblingsgericht zu tun, dem Kapaun, einem kastrierten Hahn, den er vorzugsweise plattiert aß, d.h. ohne Knochen: Dazu servierten Midori und ihr Partner Robert McDonald ein Gläschen Valium.*

Wie im Beispiel der oberen Zehntausend aus Kalifornien steht in diesen Metaphern Valium für das Leben, das nicht stattfindet. Es ist »kastriert«, »ohne Knochen«. Die Assoziation ist dabei offensichtlich keine zu Armut, Elend oder zur Drogenszene, sondern zu Reichtum oder der Unerträglichkeit eines Lebens im Überfluss.

### *Trügerische Ruhe*

Einzelne der klassischen Metaphern, in denen Valium auftaucht, sind gar abgewandelte Metaphern-Zitate. In ihnen erscheint – in Überzeichnung der Beispiele für die Leblosigkeit – Valium als Inbegriff trügerischer Ruhe: Als sei mit Hilfe des Valiums nicht nur das Leben gewichen, sondern eine Situation vorgetäuscht, deren mangelnde Erkenntnis Gefahren in sich birgt.

*(136) Der laute Ruf Jacques Chiraques nach einem »dritten Weg« zwischen Vollkasko-Sozialismus und der Ellenbogengesellschaft ist in Wirklichkeit eine Art Valium-Tablette, mit der die Politik eine verunsicherte Bevölkerung ruhig stellen will, während sie gleichzeitig unpopuläre Maßnahmen vorbereitet.*

*(70) Angesichts der ... Haushaltslücken ... wäre es naiv zu glauben, dass das Wohnungsgeld eine echte Hilfe für bedürftige Familien wird. Es wird das Valium bleiben, das die Bürger schon bisher allenfalls vom Aufschrei abhält.*

Die politisch beabsichtigte »trügerische Ruhe«, in der das französische bzw. deutsche Wahlvolk mit politischen bzw. finanziellen Maßnahmen gehalten werden soll, könnte sich jedoch zugleich als Realität erweisen: Es bleibt unklar, ob die Erkenntnis des »Trostpflasters« oder »Valiums« für mehr Lebensnähe sorgt oder eine andere Wirklichkeit erkennen lässt. Es scheint so, als verrücke sich die Wirklichkeit – oder als sei im Kontext von Valium nicht immer klar, wie die Wirklichkeit nun beschaffen sei. Für diesen Aspekt spricht eine weitere Metapher, in der die Wirklichkeit, »Ordentlich«, die Droge und Sensationssuche zum eigentlichen Leben wird:

*(5) Als die Süddeutsche Zeitung 1989 einen Chefredakteur für ihr neu zu gründendes Magazin suchte, ging Lebert nach München und schuf nach dem Motto: »Ordentliches Thema, ordentlicher Aufmacher und*

*ordentliche Photos sind Valium für die Leser«, eine erfolgreiche Beilage.*

*»Valium für die Reform«*

Valium steht in all diesen Metaphern dafür, dass die Wirklichkeit, sei sie nun lebendig oder nüchtern, nicht ungebremst anbrandet. Valium – oder wofür es steht – erscheint dabei selten als die geeignete Droge. Dies wird noch hörbarer in den Beispielen, in denen Valium in klassischen Metaphern für etwas anderes steht, beispielsweise Opium oder die Liebe:

*(108) Valium fürs historische Gedächtnis*

*(87) Applaus ist das Valium des Künstlers*

*(52) Ich bin von Kopf bis Fuß auf Valium eingestellt*

*(26) Andererseits ... wird Politik längst in Ausschüssen und Unterausschüssen gemacht, aus denen dann aktenweise Rechtsverordnungen und Gesetze purzeln. Der Plenarsaal demnach nur: Bühne für Hokuspokus, Selbstdarstellung und .... Valium fürs Wahlvolk?*

*(4) Eine Debatte über die große Steuerreform mit einer Ankündigung zu eröffnen, die keine neue Politik verheißt, ist Valium für die Reformdebatte...*

Die Schlagerliebe wird in einem Beispiel durch Valium ersetzt, angesichts der Werbung gegen Medikamentenabhängigkeit ist die Metapher offensichtlich ironisch gedacht. In allen übrigen Beispielen wird die klassische Metapher der Religion als »Opium fürs Volk« moduliert. Valium erscheint also als gezielt eingesetzte Droge um die Betroffenen in Ruhe zu versetzen und zum Schweigen zu bringen.

Eine weitere Gruppe, in der das Valium in klassischer Weise zur Metapher wird, besteht nicht aus Zitaten. Hier geht es auch nicht darum, dass Valium »Ersatz« für Opium, Liebe oder anderes wird. Vielmehr steht Valium selbst für den dämpfenden, abhängig machenden, abstumpfenden Charakter der zitierten Angebote:

*(70) ... das Wohnungsgeld... wird... das Valium bleiben, das die Bürger schon bisher allenfalls vom Aufschrei abhält*

*(42) Begreifen, dass Kinder Raum und Zeit für ihr Spiel brauchen. Begreifen sogar, dass sie nicht zum Ballast verkommen dürfen, den man nach dem Abholen aus der »Einrichtung« einfach vor der »Glutze« platziert. Kinder sind für das – in der Regel angebotene – »Valium« der Bildschirme viel zu schade...*

*(29) Dieser letzte Film ist auch mein zweiter Preisträger für Kino als Valium*

Eine einzige positiv bewertete Ausnahme macht die Metapher, in der für Kinder in Notarzt- und Rettungswagen ein Teddybär zur Verfügung steht:  
*(69) Er sitzt schmuseweich in jedem Notarzt- und Rettungswagen des roten Kreuzes und wird kleinen Patienten als bäriges Valium geschenkt.*

Doch auch in diesem letzten Beispiel bleibt offen, ob nicht eine leise, negativ getönte Ironie mitklingt: Was bedeutet es, wenn Kinder, beispielsweise nach einem Unfall oder im Kontext eines Familiendramas einen Teddybär in die Hand gedrückt bekommen?

### Diskussion

Valium ist der eindeutig am häufigsten erscheinende Medikamentennamen in den untersuchten Zeitungen: Es ist 187-mal in den drei Jahrgängen der sechs untersuchten Tages- und Wochenzeitungen in 155 Artikeln vorhanden. Das bedeutet, dass etwa zehnmal pro Jahrgang der Name Valium fällt. Es scheint also, als handle es sich um ein bekanntes, gängiges Medikament, dessen Indikation, Wirkung, ggf. Wirkungsweise und Nebenwirkungen bekannt sind. Dies ist jedoch nicht der Fall: Nur in 65 der 187 Erwähnungen wird der Begriff als Fachbegriff verwendet. Nur einmal wird Valium Hauptthema in 155 Artikeln, nur dreimal zusätzlich Nebenthema. Zu zwei Dritteln wird der Begriff entfremdet, das heißt modulatorisch oder metaphorisch verwendet. In den 39 Metaphern, die unseres Erachtens ein verschärftes Bild der Bedeutung von Valium zeichnen, wird das Benzodiazepin zur Droge, die viel konsumiert wird, die Erwartungen aber nicht erfüllen kann, zu baldiger Abhängigkeit führt; das Leben leer und leblos oder steril macht, gelegentlich auch in trügerischer Ruhe wiegt.

Wenn die metaphorische Verwendung von Valium die soziale Repräsentation des Medikamentes wie unter dem Vergrößerungsglas einfängt, hat sich seit der Zulassung des Benzodiazepins vor knapp 40 Jahren nicht eine Ernüchterung und Anpassung an die Möglichkeiten des Medikaments gegenüber den hohen Anfangserwartungen breit gemacht. Die Indikation des langwirksamen Benzodiazepins für akute körperliche und psychische Angst- und Erregungszustände, seine gute Wirksamkeit, aber begrenzte Effektivität werden nicht wahrgenommen. Sie werden möglicherweise zu selten genutzt und in der Öffentlichkeit nicht anerkannt. Vielmehr scheint Valium noch negativer besetzt als Tranquilizer insgesamt. Einige Hinweise sprechen dafür, dass Valium als Prototyp des Tranquilizers die soziale Repräsentation der Öffentlichkeit von den Psychopharmaka im Allgemeinen prägt. Dies ist nach den Feststellungen von Angermeyer und Mitar-

beitern (1993, 1996) ein sehr beunruhigender Gedanke: Es bedeutet, dass Valium längst kein Medikament mehr ist, sondern eine Droge und ein kulturelles Phänomen: Bestimmte Bevölkerungsgruppen (die oberen Zehntausend in Kalifornien), bestimmte Nationen (»England ist auf Valium«), scheinen damit zu leben; es wird missbraucht, um bestimmte Menschen in trügerischer Ruhe zu wiegen.

Während Prozac in den USA zur realen Glücksspiellehre ohne die Gefahren der Abhängigkeit geworden ist, steht Prozac in Europa als Metapher für die Idee des Glücks. Dieses wird skeptisch betrachtet. Die Ironie begleitet die Glücksmetapher. Ungebrochenes Glück wird nicht erwartet. Trotzdem bleibt in der Idee ein Funke der Möglichkeit von »Glück auf Rezept« (vgl. Finzen et al. im Druck). Valium ist demgegenüber verflacht. Es ist zum Inbegriff der Sterilität und Leblosigkeit geworden. Aber es ist auch weniger gefährlich. Gegenüber dem Begriff der Tranquilizer ist die Nähe zu Suizid und Verbrechen weniger augenfällig. Im Vordergrund steht das Verstummen, die mangelnde Teilhabe am Leben, Verflachung von Sexualität und Lebendigkeit.

Wenn sich jedoch in diesem Zusammenhang die Frage stellt, in welcher Weise das Bild von Valium Rückwirkungen auf die Vorstellung des Medikaments Valium, der Benzodiazepine und Tranquilizer insgesamt hat, besteht wenig Hoffnung, dass Benzodiazepine in absehbarer Zeit in der Öffentlichkeit als das verstanden werden können, was sie sind: Eine Substanzgruppe von Tranquilizern; eine Medikamentengruppe im Bereich der Psychopharmaka mit eng begrenztem Indikationsbereich, aber schneller und effizienter Wirkungsweise. Die Nützlichkeit des Valium wird nicht daran gemessen, was ohne ein ähnlich wirksames Medikament in vielfältigen Angst und Unruhe auslösenden Situationen zu tun sei, sondern am Missbrauch: Valium erscheint nicht als Medikament in der Hand des Spezialisten für gezielte Situationen. Es ist ein Kulturgut, das neben Kaffee, Nikotin und Alkohol zur feineren Alltagsdroge geworden ist.

### Anmerkung

- 1 Unter »Modul« versteht Erving Goffman (1996/55ff.) »das System von Konventionen, wodurch eine bestimmte Tätigkeit nachgebildet ist, von den Beteiligten aber als etwas anderes gesehen wird«. Dabei kann eine Modulation auch mit einer fachbegrifflichen Verwendung zusammenfallen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Erkrankung einer Schizophrenie in einem Theaterstück.

## Literatur

- Angermeyer MC, Held T, Görtler D.: Pro und Contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 1993, 43: 286-292
- Angermeyer MC, Matschinger H.: Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 94: 326-335
- Finzen A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. *Psychiatrie Verlag* (1998) 299-306
- Finzen Asmus, Ulrike Hoffmann-Richter, Florian Wick, Barbara Alder: Prozac – ein Medienereignis. *Fortschritte der Psychiatrie und Neurologie* 1999, im Druck
- Goffman, E.: Rahmenanalyse
- Hoffmann-Richter Ulrike, Florian Wick, Barbara Alder, Asmus Finzen: Tranquilizer in der Zeitung. Eine Medienanalyse. *Psychiatrische Praxis* 26 (1999) 194-198
- Hoffmann-Richter Ulrike, Florian Wick, Barbara Alder, Asmus Finzen: Neuroleptika in der Zeitung. Eine Medienanalyse. *Psychiatrische Praxis* 26 (1999) 175-180
- Linde, O.K. (Hrsg.): *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit*. Tilia-Verlag, Klingenmünster, 1988
- Nagel Novosel, E.: Valium in der Zeitung. Eine qualitative und quantitative Inhaltsanalyse ausgewählter deutschsprachiger Printmedien. *Med. Diss. Basel* in Vorbereitung
- Sternbach, L.H.: *Die Benzodiazepin-Story*. Editiones Roche, Basel, 1986

## »Wir haben eine Brückenfunktion«

Interview mit Lucie Trevisan

### Zusammenfassung

Die Apothekerin und Großrätin Lucie Trevisan führt seit 30 Jahren eine Apotheke. Ihr Hauptanliegen ist, dass die Menschen aus dem Quartier ungeniert die Apotheke betreten. So können neben dem Medikamentenbedarf Gespräche über Alltagsbeschwerden, Tabuthemen, Fragen und Informationswünsche angebracht werden. Gegebenenfalls steht ein separates Zimmer zur Verfügung. Alte Menschen können sich ihr tägliches Dosett richten lassen, wenn sie vielerlei Tabletten einnehmen müssen. Das Angebot reicht von Tees und Salben fürs Wohlbefinden über Gesundheitsvorsorge bis zur Therapiebegleitung. Das Medikament ist eingebettet in persönlichen Kontakt und Fachberatung.

### Beruflicher Werdegang

*Wie lange sind Sie schon Apothekerin und was macht die Arbeit für Sie interessant?*

Ich wurde 1969 diplomiert. Dieses Jahr bin ich 30 Jahre im Beruf. Schon als Studentin habe ich Stellvertretungen gemacht, sodass ich mit einer gewissen Berufserfahrung starten konnte. Ich habe dann einen Berufskollegen geheiratet und mit ihm seine väterliche Landapotheke im Aargau übernommen. Das war eine sehr gute Erfahrung. Da kann man die Patienten und Kunden nicht einfach ins nächste Sanitätsgeschäft schicken. Das Potenzial der Apotheke hieß es auszuschöpfen. Arzt und Apotheker waren wirkliche Anlaufstellen. Leider war die Ehe nicht erfolgreich, und ich habe für fünf Jahre im Aargau die pharmazeutische Leitung für eine Apotheke übernommen. Das war eine der größten Apotheken in der Schweiz, in einem Shopping-Center. Mit diesen Erfahrungen gerüstet, habe ich nach einer Apotheke in Eigenverantwortung gesucht. Dann stand die Apotheke zum Verkauf, gegenüber der ich aufgewachsen bin. Schon als Kind habe ich gesagt, ich werde mal Apothekerin. Dann musst du aufs Gymnasium gehen, hat meine Mutter gesagt. Nach der Matur habe ich die Pharmazie gewählt. In dem kleinen Institut hat man sich gut gekannt. Das war wirklich eine



runde Sache. Dass ich dann diese Apotheke als eine unter 32 Bewerbern und Bewerberinnen übernehmen konnte, war ein kleines Märchen. In diesem Quartier verwurzelt zu sein, war von Vorteil.

### Beratung

Was für mich am Beruf besonders interessant und schön ist, das ist natürlich der Kontakt mit Kunden und Patienten. Wir sind eine Anlaufstelle, besonders wenn wir in Quartieren oder in Dörfern platziert sind. Viele Kollegen sehen ihren Beruf eher in der Versorgung der Bevölkerung, indem sie jederzeit und so schnell wie möglich den Patienten das richtige Medikament vermitteln. Für mich ist das viel mehr. Ich möchte gerne eine Anlaufstelle sein, wohin man mit jeder Frage rund um die Gesundheit ohne Anmeldung gehen kann. Wir haben einen großen Vorteil gegenüber den Ärzten: An der Straße gelegen, kann jeder und jede einfach eintreten, etwas fragen, das kostet nichts.

*Und was sind das für Fragen, mit denen die Leute kommen?*

Eine wichtige Frage ist: Muss ich zum Arzt? Probleme mit dem eigenen Befinden müssen nicht mit einer Krankheit zu tun haben. Die einen fragen die Nachbarin, die anderen die Mutter. Und eine Option ist die Apotheke. Menschen mit konkreten Beschwerden wollen wissen, wie weit die Apothekerin helfen kann. Womöglich haben sie keinen Hausarzt. Manche Leute kommen mit Verletzungen, die wir entweder verbinden, oder wir müssen sie in die Notfallstation schicken. Wir haben auch ein Labor und einen Raum, in dem wir mit Patienten alleine sein können. Blutdruckmessen oder die Begleitung einer Pharmakotherapie bei ärztlicher Behandlung sind weitere Beratungstätigkeiten. Niemand soll die Apotheke mit einem Medikament verlassen, von dem er nicht weiß, wofür es hilft, in welcher Dosierung, und wie lange es angewendet werden soll. Darum habe ich auch ein relativ großes Team.

### Bedürfnisse

Natürlich gibt es auch andere, die nicht gefragt werden möchten, weil sie vielleicht zu viel konsumieren. Die sind bei uns nicht in der richtigen Apotheke. In diesem Quartier gibt es einen großen Anteil von Senioren, die in ihren eigenen Wohnungen und Häusern sehr alt werden, regelmäßig zum Arzt gehen und sich ein Leben lang pflegen. Das hat nichts mit Luxus zu tun, sondern mit Sorge-Tragen. Sie brauchen eine spezielle Zuwendung, bis

sie wissen, wie sie mit ihren vielen Medikamenten oder mit einem bestimmten Medikament umgehen müssen. Die einen müssen plötzlich mit Inhalatoren umgehen; den anderen füllen wir ein Wochendosett. Da arbeiten wir mit den Ärzten zusammen. An einem fixen Wochentag erhalten sie ihr neu gefülltes Dosett. Und wir fragen nach, wie es geht. Eine Person hat eindeutig eine Abhängigkeit. Da haben wir mit dem behandelnden Arzt besprochen, dass sie jetzt psychiatrische Hilfe braucht. Aber sie lehnte das ab. Jetzt haben wir mit Hilfe des Dosetts und vereinten Kräften erreicht, dass sie die Dosis nicht mehr steigert.

*Haben Sie auch Methadonbezüger?*

Nein. Wenn ich Methadonbezüger hätte, würde ich mich um sie kümmern wie um meine Senioren. Sie könnten nicht einfach nach hinten gehen, ihren Becher kippen und gehen. Und ihre Bedürfnisse passen schlecht zu denen der Senioren. Die bekommen Angst. Sehr gute Erfahrungen habe ich mit drogenabhängigen Patienten, die ihr Methadon in der Psychiatrischen Klinik oder beim Hausarzt erhalten.

*Und warum kommen die zu Ihnen?*

Weil sie sonst noch Medikamente haben, insbesondere die Dreifach-Aids-Therapie. Methadon und andere Medikamente mit Suchtpotenzial sind sehr aufwendig. Es liegt in der Natur dieser Abhängigkeit, dass die Grenzen ausgereizt werden. Diese Tricks muss man kennen. Ein großes Team ist da eher hinderlich.

*Klagen die Leute auch über Nebenwirkungen? Oder fragen sie danach?*

Ja, das ist klar, das gehört zum Angebot. Wir sind die Fachleute fürs Medikament. Und wir informieren die Patienten natürlich nicht nur über die Einnahme, sondern auch über vorhersehbare Nebenwirkungen. Dazu gehört das Steuern eines Fahrzeuges. Außerdem besteht das unausgesprochene Angebot, jederzeit vorbeizukommen und zu fragen. Unsere Senioren haben oft zwei oder drei chronische Erkrankungen, die sie mit den richtigen Medikamenten nicht an ihrem Wohlbefinden hindern. Aber wenn sie dann zusätzliche Beschwerden haben, sagen wir einen harmlosen Kopfschmerz, eine Erkältung, ist die Frage, wie das zu den anderen Medikamenten passt.

## Wohlbefinden

*Von den Medikamenten besteht ein fließender Übergang zu den Dingen fürs Wohlbefinden, z.B. eine wärmende Salbe oder Öl für die Haut... Wie gehen Ihre Kunden damit um?*

Da haben wir ein breites Angebot. Wohlbefinden kann sehr wichtig sein. Wenn sich jemand wohl fühlt in seiner Haut, dann wird er eher bereit sein eine kleine Störung ohne Medikament zu ertragen. Ich habe schon Frauen weinen sehen, weil ihnen die Fingernägel brechen oder weil die Haare ihrer Meinung nach nicht mehr so üppig sind. Da muss eine Grundbelastung vorhanden sein. Wenn eine Frau sich gut fühlt, wird sie sich weniger schnell aus der Bahn werfen lassen. Dazu gehört auch das Gewicht. Auf der anderen Seite ist auch das Selbstwertgefühl wichtig. Und ein rechtes Übergewicht wird für Herz, Kreislauf und Gelenke zur Belastung. Schlafstörungen werden ebenfalls geklagt. Ich fürchte, dass Reformhäuser und Drogerien eher leichtfertig mit solchen Themen umgehen. Vor allem wenn wir die Familien kennen, können wir das Gespräch suchen und herausfinden, ob sich eine Depression anbahnt. Auch momentane Eindrücke sind wichtig, z.B. Menschen, die aus dem geringsten Anlass plötzlich Ausbrüche haben. Ich lasse solch einen Menschen sich einfach mal ausleeren. Dann sage ich, aber Sie sind sich schon bewusst, dass das kein echtes Problem ist, also der Anlass ist ja nichtig. Manchmal kommt es dann zum Vorschein, das Problem, und möglicherweise lässt sich Hilfe aufzeigen.

Als Apothekerverband haben wir eine Studie in Auftrag gegeben. Danach wissen wir, dass 80-90 % der Leute einer einzigen Apotheke treu sind. 80 % der bis 60-Jährigen und 90 % der über 60-Jährigen gehen, außer in speziell begründeten Fällen, immer in die gleiche Apotheke. Das gibt uns die Möglichkeit die Leute wieder zu sehen und festzustellen, ob sich etwas verändert hat. Wir haben natürlich auch Tabuthemen. Ein Tabuthema ist z.B. die Inkontinenz der Frau.

*Auch hier bei Ihnen ist das ein Tabuthema?*

Ja, das ist ein Thema, das ich von mir aus ansprechen muss. Dabei ist bekannt, dass über 60 % der Frauen über 50 Jahren damit Probleme haben. Ich habe immer Themen in meine Apotheke. Dabei arbeite ich mit einem professionellen Dekorateur zusammen. Zur Inkontinenz habe ich auch Schaufenster machen lassen, schöne Photos von einer Frau zwischen 60 und 70 mit ihrer Tochter. Während dieser Zeit habe ich in der Apotheke die Muster von Einlagen ausgelegt, sodass Frauen sich die Muster nehmen können ohne zu fragen. Broschüren informieren über Becken-Boden-Gymnastik, und Sie glauben nicht, wie diese Broschüren und Muster verschwinden. Fürs Gespräch ist es nicht immer günstig, so wenn drei Männer

herumstehen. Die erste Botschaft ist, Inkontinenz ist was Häufiges. Dadurch sind schon 50 % der Belastung weg.

Mit den Schlafstörungen scheinen viele Patienten bei ihren Hausärzten nicht zu landen. Sie erzählen mir z.B., wenn ich ins Bett gehe, kann ich nicht aufhören zu denken, es denkt immer weiter. Da ist es wichtig, die eigenen Grenzen zu kennen. Wir haben Präparate wie z.B. das Johanniskraut, das ich anbieten kann, wenn ich sicher bin, dass es einfach im Moment eine Stresssituation ist. Ein klassisches Beispiel ist der Umzug. Da können die Frauen einfach nicht mehr schlafen. Hochqualifizierte Präparate sind richtig extrahiert und standardisiert. Aber wenn ich ein solches mitgebe, möchte ich hören, wie es wirkt. Die Barriere wächst, wenn ich den Eindruck erhalte, dass professionelle Hilfe nötig ist – es sei denn, es ist bereits eine Not-situation eingetreten.

### Konsum

*Beobachten sie auch einen Trend, für immer mehr Zipperlein ein Medikament zu holen?*

Ich denke nicht, dass das ein neues Problem ist. Es hat bereits mit der industriellen Herstellung von Medikamenten begonnen. Ich sehe zwei Tendenzen. Erstens kann ich mir kein Unwohlsein mehr leisten. Fit sein ist gefragt. Das hat nicht nur mit dem Druck der Arbeitgeber zu tun. Junge Menschen möchten ihr Privatleben bewusst gestalten. Sie sitzen nicht zu Hause. Wohlbefinden ist für Arbeit und Freizeit gefragt. Die zweite Tendenz halte ich für neu: Jede Chemie wird abgelehnt. Ein Schnupfen wird eher zum Anlass genommen sich ins Bett zu legen. Manchmal werden die Grenzen nicht mehr gefunden, vernünftigerweise den Rat eines Arztes zu suchen. Die Antwort der Pharmaindustrie sind die Phytopharmaka. Es wäre sehr wichtig, in den Schulen mit einer Gesundheitserziehung zu beginnen, die sämtliche Medikamente und Stimulantien und den Umgang damit mit einbezieht.

*Ich habe einen jungen Mann erlebt, der Drogen konsumierte und psychotisch wurde. Er war noch relativ jung und machte den Eindruck, dass er mit den Drogen anders umging, als ich das bis dahin gehört hatte: Er wusste genau, wann er zu Ecstasy ein Pfeifchen rauchen durfte, wie sich die Stimmung verändert; wie er sich wieder abturnt. Das klang nicht so, als würde die Erfahrung der Psychose dafür sorgen, dass er aufhört. Er meinte, er müsste besser Dosierung, Kombination und Zeit herausfinden.*

Im Moment sehe ich mit Besorgnis auf das Gesundheitswesen und den Umgang mit Medikamenten. Die Gesetzgeber sind nicht mehr bereit, so

strikte zu sein. Auch sie unterliegen Verlockungen von Liberalisierung und Kommerzialisierung. Wir werden die Anforderungen, die wir an uns ethisch stellen, für uns selbst bestimmen müssen. Ich erwarte, dass längerfristig eine Gegenbewegung nach Ordnung rufen wird. Es ist nicht einfach, sich in diesem rasch wandelnden Umfeld zurechtzufinden. Gegenüber dem Medikament im Warenhaus oder im Coop ist die Apotheke das Fachgeschäft. Aber die Rolle der Apothekerin hat sich sehr gewandelt. Noch im letzten Jahrhundert stellte sie die Arzneimittel selbst her. Dann fing die Industrialisierung an. Von 1950 bis 1970 musste die Infrastruktur aufgebaut werden, um die Flut der neuen Medikamente zu bewältigen. Die Pharmagrossisten sind Selbsthilfeorganisationen der Apotheker. Es gab ja noch keine EDV. Erst weitere 20 Jahre später hatte man das langsam im Griff und konnte sich verstärkt der Beratung zuwenden.

### Abhängigkeit

Inzwischen haben wir viele Patienten, die eine ärztlich verordnete Sucht entwickelt haben. Zu mir kommen fast keine älteren Menschen, die nicht irgend ein Psychopharmakon einnehmen. Eigentlich kann ich das nicht verstehen. Es geht unseren älteren Bürgern in der Schweiz besser als je. Sie haben nicht nur eine AHV, sie haben eine Pensionskasse. Die meisten können sich leisten, auch wenn sie nicht mehr verdienen, in ihrem Haus weiter zu bleiben. Sie können reisen. Sie sind gut angezogen. Ich habe immer Freude, wenn ich ältere Menschen sehe, die sich selbst pflegen. Denn sobald das jemand nicht mehr tut, geht es ihm schlecht. Sie kommen adrett, gut frisiert, gut gekleidet, gut genährt, aber jeder hat sein Seresta. Und ganz viele schlafen nicht mehr ohne Schlafmittel. Freilich brauchen ältere Menschen weniger Schlaf. Und die meisten gehen sehr früh zu Bett. Man kann offenbar nicht sagen, du musst halt erst um 24.00 Uhr ins Bett gehen. Du wachst wahrscheinlich um 05.00 Uhr auf. Dann kannst du aufstehen. Die Nacht ist für ältere Menschen anscheinend ein Problem.

#### *Wie erklären Sie sich die häufige Einnahme von Seresta?*

Das kann ich mir eben nicht gut erklären. Viele sagen, sie seien so nervös; sie halten das sonst nicht aus. Ist es das gute Leben, das man nicht aushält ohne ein Psychopharmakon? Nach einer Studie der Psychiatrischen Klinik allerdings soll sich dieser Konsum noch im normalen Bereich bewegen.

#### *Und was ist der normale Bereich?*

Ich bin überzeugt, dass uns eines Tages jemand vorwerfen wird, wir hätten unsere alten Leute systematisch unter Psychopharmaka gehalten.

*Bestätigen kann ich, dass alte Menschen, die mit einer psychischen Erkrankung in die Klinik kommen, nicht selten eine Benzodiazepinabhängigkeit haben.*

Ich möchte dem nicht Vorschub leisten. Aber Sie können sich nicht vorstellen, wie das ist. Die Angst ist so groß am Wochenende nicht genügend Seresta zu haben, dass sie auch ohne Rezept in die Apotheke kommen. Die Abhängigkeit ist dann eigentlich eine psychische. Ich sage jetzt einfach meine Meinung: Man kann sich auch entlasten. Wenn mit zunehmendem Alter die Leute schwierig werden, gibt man ihnen Seresta. Dann hat der Arzt vielleicht nicht alle drei Tage mit seinem Knie oder seinem Zipperlein zu tun, sondern nur alle drei Wochen.

## Hilfe

*Eigentlich ist das Medikament in vieles andere eingebettet – Kontakt, Beratung und Möglichkeiten zum Gespräch.*

Es ist schon ein riesiges Spektrum: vom Erhalten des Wohlbefindens, seiner Verbesserung bis zum effektiven Lindern von Leiden oder gar es so erträglich machen, dass es nicht mehr ständig in Erscheinung tritt. Bei manchen Beschwerden würde eine Verhaltensänderung das gleiche erreichen, so bei gewissen Formen des Bluthochdruck, der mit einer salzarmen Diät, Gewichtsabnahme und Bewegung unter Kontrolle zu bringen wäre. Da muss man das pragmatisch sehen und sagen, ja gut, besser wir geben ihnen ein Medikament als dass Folgeerkrankungen auftreten. Aber auch die Medikamente selbst bieten eine breite Palette. Ich kann heute einen Menschen am Grenzbereich des Wohlbefindens beraten und morgen braucht er Rezeptpflichtiges. Auch berufspolitisch beschäftigen wir uns inzwischen mit Prävention. Wir haben z.B. mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin eine Studie zu Tabakkonsum und Entwöhnung durchgeführt. Bei der Tabaksentwöhnungsaktion konnte man einfach kommen und sich über die Möglichkeiten von Nikotinkaugummis etc. beraten lassen. Von der Akzeptanz her war das ein sehr guter Erfolg. Natürlich hielt sich die Zahl der Aussteiger in Grenzen.

## Das Medikament ernst nehmen

*Von Michael Balint stammt der bekannt Satz, dass es nicht genügt, ein Medikament anzubieten. Der Kontext ist entscheidend.*

Es ist auch sehr wichtig, dass der Mensch, der ein Medikament braucht, das Medikament ernst nimmt. Manche Menschen wollen ihre Störung baga-

tellisieren; das Medikament erst recht. Da werden Arzneimittel zum Konsumgut. Das ist jene Tendenz, die mit dem Markt ins Gesundheitswesen gekommen ist. Die Pharmaindustrie befördert diesen Trend. Sie möchte am liebsten die ganzen Medikamente im Supermarkt haben und mit der Begehrlichkeit der Leute spielen.

*Hat sich denn da in Ihrer Erfahrung in den letzten 30 Jahren etwas geändert?*

Sehr. Die Werberichtlinien sind für Medikamente gefallen. Früher durfte man überhaupt nicht werben. Zuerst hatten wir dann die Werbung in den Printmedien, und jetzt darf auch in den elektronischen Medien geworben werden. Als nächstes sollen die Absatzkanäle liberalisiert werden. Die EPA-Apotheke ist ein erster Schritt. 20 Apotheken sollten in der Schweiz als Selbstbedienungsecke eingerichtet werden. Das ist fürs Erste durchbrochen. Ein weiteres ist dieser Versandhandel mit Medikamenten. Die Versandhandelsfirma gehört einer Krankenkasse, die ja in einen Interessenskonflikt seltener Güte kommt. Sie soll die Kosten eindämmen und will zugleich schauen, dass ihr Unternehmen läuft. Für uns gehört zum Medikament die Fachberatung. Wenn ich zum Beispiel Alter und Erscheinung eines Mannes oder einer Frau sehe, frage ich mich, ob sie oder er ein Hochdruckproblem haben könnte. Dann werde ich natürlich, wenn sie das Schnupfenmittel Neocitran will, fragen ob es für sie ist. Ich sage, Sie sind sicher informiert, oder ich möchte Sie informieren, dass dieses Medikament für Personen mit Bluthochdruck nicht geeignet ist. Fast jedes zweite Mal kommt die Antwort, nein, das wusste ich nicht.

Also ich habe mich z.B. zwei Winter lang einfach geweigert, zum Grippemittel Neocitran einen Bernhardinerhund ins Schaufenster zu stellen. In der Fernsehreklame kommt ein Bernhardinerhund mit einem Fässchen gewackelt. Darauf steht Neocitran. Dieser Plüsch-Hund ist ganz süß, den kann man in jeder Größe haben. Das ist eine Verharmlosung höchster Güte, wenn ich ein potentes Kombinationspräparat so niedlich präsentiere. Ich habe auch im Umgang mit der Industrie meinen Sonderstatus. Ich verkaufe ein Präparat und empfehle es, wenn ich es gut finde. Und ich empfehle und verkaufe es in der Weise, die ich für richtig halte. Ich unterschreibe auch nicht für Umsätze. Ich werde ganz sicher nicht Grippemittel an Leute verkaufen, nur weil ich einen Umsatz unterschrieben habe, die das gar nicht brauchen.

## Wir haben eine Brückenfunktion

*Gibt es auch Menschen, die kommen, weil sie mit Ihnen sprechen wollen?*

Ja, wir haben ältere Personen, die kommen eigentlich jeden Tag. Einige haben einen Bezug zu jemandem im Team. Das muss nicht immer ich sein. Ich fördere das sehr, wenn ich sehe, dass sich da eine Beziehung im Team mit einer jungen Apotheker-Kollegin oder mit einer Pharmaassistentin anbahnt. Wichtig ist einfach, dass im Team jeder seine Grenzen und seine Kompetenzen kennt. Wie mein Team jetzt zusammengesetzt ist, kann ich sicher sein, dass sich die Einzelnen melden, wenn sie an ihre Grenzen kommen. Das ist schon sehr wichtig. So sind wir für gewisse Leute zu einem Fixpunkt im Quartier geworden. Man kann unterschiedliche Vorstellungen vom Berufsbild der Apothekerin haben. Ich denke, wir haben eine Brückenfunktion zwischen biochemischen Grundlagen und therapeutischer Hilfe. Dazwischen sind Wissen, Information, Beratung und zuverlässige Produkte ausgebreitet.



## Psychoanalytische Sternstunde – Übertragung als Widerstand

Ulrike Bondzio

### Zusammenfassung

Anhand einer Fallvignette aus einer psychoanalytischen Therapie wird der Frage nach dem Zusammenhang von Übertragung und Widerstand nachgegangen. Inwiefern kann von einer solchen Verbindung gesprochen werden und wie äußert sie sich im Rahmen einer Psychoanalyse? Zur theoretischen Aufarbeitung werden Texte Sigmund Freuds und Jacques Lacans einer Lektüre unterzogen. Erstaunlicherweise lassen sich in diesem Kontext aber auch Bezüge zu einem literarischen Text Heinrich v. Kleists herstellen, die sowohl die Fallvignette als auch die herangezogenen Texte Freuds und Lacans bereichern.

Eine Sequenz aus der Praxis:  
Wie kommt es zu Sternstunden?

Als Sternstunde wird ein Moment, meist von kurzer Dauer bezeichnet, in dem jemandem ein Licht aufgeht, er sich schlagartig eines Zusammenhangs, einer Bedeutung bewusst wird. Aber es ist auch eine Phase, und daher der Bezug auf die Sterne, in der diese günstig stehen, das Schicksal zu wenden. Also nur etwas für Astronomen und Astrologen?

Es gibt in fast jeder Psychoanalyse eine Zeit, die sternstundenhafte Züge trägt. Auffallend ist, dass von diesen Momenten in der Nachträglichkeit gesprochen wird, sofern es sich um die Sternstunden auf Seiten der Analysanten handelt. Die AnalytikerIn wird zunächst Schweigen bewahren, ob der Momente, in denen ihr hinter der Couch oder während des Skizzierens der einen oder anderen Äußerung der Analysanten im Nachklang die Ohren übergangen und sich eine Sternstunde ereignete. Nur – das Hören wird nach einer Sternstunde der AnalytikerIn nicht mehr dasselbe sein. Nachträglich ist es möglich den Weg, die Bahn des Sterns zu beschreiben bis er, einem Meteor gleich in das Denken und Sprechen einfällt.

Die Sternstunde, von der hier die Rede sein soll, fand im Rahmen einer Analyse statt, die seit zwei Jahren lief. Unmittelbar voraus gingen ihr

Monate, in denen die Analysantin ausschließlich von ihren akademischen Prüfungen sprach. Mir als Analytikerin fielen, nach vermeintlich unfruchtbar bleibenden Skandierungen und Interventionen, in denen es um die Verschiebung des Signifikanten Prüfung ging, nach wenigen Minuten hinter der Couch die Augen zu. Ich konnte nach unzähligen Analysestunden, in denen der Signifikant durch nichts aufzulösen schien und in denen ich den ausführlichsten Beschreibungen administrativer Formalia ausgesetzt war, dieser Rede nur noch im Dämmerzustand beiwohnen. Ich ging jedoch dem Sprechen zuweilen durchaus auf den Leim, da ich – wie mir in der Nachträglichkeit scheint –, als anwesend und zuhörend von der Analysantin wahrgenommen wurde. Mein Eindruck war: Von mir wird erwartet vermeintlich schlechten Prüfungsleistungen meine Absolution zu erteilen. Ein Wunsch, der mir von der Struktur her in den zwei Jahren der Analyse bereits bekannt geworden war. Ich hegte hingegen den Wunsch diesem Sprechen mein Ohr zu entziehen. Nicht nur langweilte es mich nach etlichen Sitzungen, in denen meine Interventionen nicht anzukommen schienen. Sondern, allein ob meiner Anwesenheit, derer sich die Analysantin bei Begrüßung und Verabschiedung durch Blicke zu versichern suchte, wurde ich gebraucht. Die Geste des Zahlens erlangte eine Bedeutung, die ihren Ursprung zugeständenermaßen in meiner stundenlang währenden eigenen Beruhigung haben mochte: Sie zahlt dafür, meine Ohren mit dem immer selben Lamento, der immer selben Litanei zu traktieren. Freuds Formulierung der Stundenmiete<sup>1</sup> kam mir in den Sinn und löste Unbehagen aus. Dieser Begriff verstärkte mein Empfinden, dass ich in all den Stunden in denen es ausschließlich um Prüfungskalamitäten ging, zu einem Objekt im analytischen Raum geworden war. Ich hatte meinen Platz hinter der Couch wie der Sessel, der Tisch, die Lampe, der Stuhl, die sich im Praxisraum befanden. Mit einem betrachtenden Blick aus der Vogelperspektive stellte sich die psychoanalytische Situation so dar: Ich fiel innerhalb weniger Minuten in einen Dämmerzustand, der von der gleichschwebenden Aufmerksamkeit weit entfernt war. Der Signifikant Prüfung fungierte dabei wie das Pendel eines Hypnotiseurs. Kam er mir zu Ohren, setzte er mein analytisches Hören zu Gunsten eines Hörens, das nicht gewillt war zu hören, außer Kraft. Die Analysantin hingegen hielt ihre Rede.

Nun, nach dem Moment der zur Sternstunde wurde (und an dem einiges zur Prozesshaftigkeit des Ubw zu erkennen ist), scheint mir weniger, dass ich dämmerte, als dass es mir dämmerte. Doch ich möchte in der Chronologie bleiben. Mitten in das seit Wochen, Monaten anhaltende unverrückbare Sprechen der Analysantin fielen drei Wochen, in denen ich verweist war, Ferien machte. Während dieser Zeit – auch dazu sind Ferien da, ließ ich mir die Situation dieser Analyse hin und wieder gegenwärtig werden. Ich erwachte, nachdem dies in völlig anderer Umgebung einige Male

stattgefunden hatte, hinsichtlich dieser Analyse aus meinem Zustand des hypnotisierten Hörens. Zu dem Zeitpunkt wusste ich nicht, konnte ich nicht wissen, was dieses Revue passieren lassen und mein Erwachen aus der Trance für den weiteren Verlauf dieser Analyse bewirken, welche Veränderung es in der konkreten analytischen Situation bringen würde.

Ich kehrte aus dem Urlaub heim und die Analysantin erschien zu dem vorher vereinbarten Termin um ihre Analyse fortzusetzen. In der ersten Stunde nach meinen Ferien berichtete sie neben erneuten Prüfungsschwierigkeiten von einem Traum, der mir zu Ohren brachte, dass sie vermutlich ohne sich dessen bewusst zu sein, ihre Analyse auch während meiner Abwesenheit fortgesetzt hatte. Oder anders: Das Unbewusste macht keinen Urlaub, weder das der Analytikerin noch das der Analysanten. Sie berichtete, dass sie in der Nacht zuvor von ihrer Tante geträumt habe, die sie als Kind sehr verehrt und gemocht habe. Im Traum schon fiel ihr ein und auf, dass die Tante an sich tot, vor Jahren gestorben und nun plötzlich wieder da war und, wie sie sagte, lebendig und gesund aussah.

Ich ließ diesen Traum ohne jegliche Deutung, ohne jegliche Nachfrage oder Kommentierung. Für mein Ohr lag alles derart an der Oberfläche, dass sich Worte meinerseits erübrigten. Alles was ich hätte sagen können, würde die Wochen vor meinem Urlaub und die analytische Jetzt-Situation auf einen Punkt gebracht haben, der nur hätte verschließen können, was in den vorigen Wochen eine Öffnung erfahren hatte. Mein Dämmerzustand hatte sich aufgelöst und mein Hören zur gleichschwebenden und schweigenden Aufmerksamkeit zurückgefunden. Ich skandierte in dieser Sitzung ihr Sprechen von zwei Fällen von Klausuren, in denen sie meinte versagt zu haben. In den ›zwei Fällen‹ hörte ich die Wörter: ›In Zweifeln‹.

Die nächste Stunde eröffnete sie mit dem Geständnis, dass sie es leid sei sich dem universitären Gehabe auszusetzen, sie den Umgang der ihr dort widerfuhr als Demütigung empfand. Ich hatte ihr, auf das Klingeln hin entgegen meiner sonstigen Gewohnheit nicht sofort die Tür öffnen können. Auch in dieser Stunde war ihr Thema das der Prüfungen und der nun zu erwartenden Prüfungsergebnisse. Waches Schweigen meinerseits, in dem ich in dem Signifikanten ›Ergebnis‹ auch die Wendung von ›sich ergebn‹ hörte. Skandiert brachte ich ›die Ergebnisse‹ als ›Er geb Nüsse‹ in die Verschiebung. Ihr fielen seit Monaten erstmals dazu Erinnerungen aus Kinderzeiten ein, in denen ihr Vater in die Rolle desjenigen eintrat, der Kopfnüsse verteilte. Kopfnüsse – dieser Signifikant war eine Charakterisierung meiner spärlichen Interventionen und Skandierungen. Sie brachte darin zum Ausdruck wie diese von ihr verstanden wurden und was sie bewirkten: In ihrem Sprechen knackte und ächzte es. Ihre Stimme drang flach und fast ohne jegliche Intonation an mein Ohr. Es war eine Flachheit, die mei-

nem Ohr zu hören gab, wie sehr sie darum bemüht war, die darunter liegende Tiefe auszuloten und zu meiden. Ich beendete diese Sitzung nach 35 Minuten. Ob der Meteor noch in dieser Stunde, oder in der dazwischenliegenden Zeit von einer zur anderen Analysestunde zur Landung ansetzte und ihr so eine Sternstunde bescherte, vermag ich nicht zu sagen. Die nächste Stunde eröffnete sie mit einem langen Schweigen, in dem sie ein ums andere mal im Seufzen mit einem Anfang des Sprechens rang.

In Sternstunden, dies ihre Formulierung, hatte sie in den eigenen vier Wänden ihre depressive Position verlassen. Auch ohne ihre Worte zu hören, hätte die Stimmlage und erneut vorhandene Intonation der Stimme mir zu Gehör gebracht, dass etwas mit ihr passiert war. In dieser als Katharsis zu bezeichnenden Aufwallung von der sie sprach, war ich verflucht worden, die Psychoanalyse in einem Anfall von Frustration, Enttäuschung in Bausch und Bogen verdammt worden. Dem Schimpfen, Fluchen war Weinen gefolgt. Die Auflösung der Verzweiflung fand sie im Lachen und der Erkenntnis, was ihr ihre Analyse bedeute. Diese Formulierung hatte ich zuvor, in den zwei vergangenen Jahren, selten von ihr gehört.

### Theoretische Reflexionen

Wenn ich im Folgenden von der Übertragung als einem Widerstand in der psychoanalytischen Kur spreche, so haben wir es mit einem Widerstand zu tun, den Freud in seiner Schrift Hemmung, Symptom, Angst topisch dem Ich zuordnet.

»Bei weiterer Vertiefung merken wir vielmehr, dass wir fünf Arten des Widerstandes zu bekämpfen haben, die von drei Seiten herkommen, nämlich vom Ich, vom Es und vom Über-Ich, wobei sich das Ich als die Quelle von drei in ihrer Dynamik unterschiedenen Formen erweist. Der erste dieser drei Ichwiderstände ist der vorhin behandelte Verdrängungswiderstand, über den am wenigsten Neues zu sagen ist. Von ihm sondert sich der Übertragungswiderstand, der von der gleichen Natur ist, aber in der Analyse andere und weit deutlichere Erscheinungen macht, da es ihm gelungen ist, eine Beziehung zur analytischen Situation oder zur Person des Analytikers herzustellen und somit eine Verdrängung, die bloß erinnert werden sollte, wieder wie frisch zu beleben. Auch ein Ichwiderstand, aber ganz anderer Natur, ist jener, der vom Krankheitsgewinn ausgeht und sich auf die Einbeziehung des Symptoms ins Ich gründet. Er entspricht dem Sträuben gegen den Verzicht auf eine Befriedigung oder Erleichterung. Die vierte Art des Widerstandes – der des Es – haben wir eben für die Notwendigkeit des Durcharbeitens verantwortlich gemacht. Der fünfte Widerstand, der des Über-Ich, der zuletzt erkannte, dunkelste, aber nicht immer

schwächste, scheint dem Schuldbewusstsein oder Strafbedürfnis zu entstammen; er wersetzt sich jedem Erfolg und demnach auch der Genesung durch die Analyse.«<sup>2</sup>

Freud hatte es mit Übertragungsphänomenen erstmals in der Behandlung der Anna O. zu tun. Breuer, mit dem zusammen er sie unter Hypnose behandelte, war vor diesem Phänomen geflohen, indem er Anna O. als Patientin an Freud übergab. Überdies trennten sich aufgrund dieses Falles die freundschaftlichen und kollegialen Wege der Beiden. Sie waren hinsichtlich des Umgangs mit der zum Arzt aufgetretenen Zuneigung zu unterschiedlicher Auffassung, als dass eine weitere gemeinsame Behandlung der Patientin möglich gewesen wäre. Die Darstellung jener Phänomene, mit denen Freud und Breuer es während ihrer Behandlung der Anna O. zu tun hatten, und die Freud später in seinen Schriften ›Übertragung‹ nennen wird, finden wir in den, noch mit Josef Breuer veröffentlichten Studien über Hysterie.

Bevor mit Freud und Lacan von der Übertragung als Widerstand zu sprechen ist, sei darauf hingewiesen, dass Freud die Differenzierung von positiver und negativer Übertragung im Rattenmann einführt. Positiv und negativ bezeichnet hier die Natur der übertragenen Affekte und nicht den günstigen oder ungünstigen Widerhall der Übertragung auf die Behandlung. Gemeinsam ist ihnen, dass die Übertragung sowohl in positiver als auch negativer Form in den Dienst des Widerstandes tritt.

Man kann sich fragen, inwiefern eine positive Übertragung für die psychoanalytische Arbeit von Analysant und AnalytikerIn ein Widerstand sein kann. Laplanche und Pontalis nennen zu Recht exemplarisch die ›Gefälligkeitsträume‹, von denen die Analyse zeigt, dass sich in ihnen der Wunsch erfüllt, den Analytiker/die Analytikerin zu befriedigen, seine/ihre Deutungen zu bestätigen.<sup>3</sup> Lacan gibt in seinem ›Seminar XI. Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse‹ zu bedenken, dass die Übertragung an sich ein Affekt ist, der in seiner positiven Variante zwar die Liebe, in seiner negativen jedoch nicht einfach entgegengesetzt den Hass meine, sondern die Ambivalenz.

»Positive Übertragung ist, wenn derjenige, um den es geht, also der Analytiker, nun! wenn man ihm gut ist, negative, wenn man ihn nicht aus den Augen lässt.«<sup>4</sup>

Vonseiten der Praxis lassen sich zu den eingangs bei Freud genannten zwei weitere Funktionen des Widerstands nennen, deren Erfüllung der Übertragung obliegt. Freud zählt die Übertragung zunächst ganz eindeutig zu den Haupthindernissen in der psychoanalytischen Kur, die sich dem Erinnern des verdrängten Materials widersetzen. Der Übertragungsmechanismus setzt in dem Moment ein, in dem besonders wichtige verdrängte Inhalte enthüllt zu werden drohen. So fungieren sie einerseits als Wider-

stand und zeigen andererseits die Nähe zum verdrängten Material an. Ich möchte im Rahmen der theoretischen Reflexionen vor allem auf Freuds Text ›Zur Dynamik der Übertragung‹ (1912) und Lacans Kommentar im Seminar I. ›Freuds technische Schriften‹ hinweisen. Lacan stellt dort die Frage, von wann an es Übertragung in der psychoanalytischen Kur gibt. Und er sagt:

»Wenn das Bild, das das Subjekt fordert, sich für das Subjekt mit der Realität, in der es angesiedelt ist, vermischt.«<sup>5</sup>

Mit der Übertragung zu arbeiten heißt, dem Analysanten den Unterschied der beiden Ebenen von Anspruch und Realität zu zeigen, Imaginäres und Reales voneinander abzulösen. Um diese Ablösungsarbeit vollbringen zu können, bedarf es der Schleifen, Knoten, Schlingen, Wiederholungen des Sprechens. Für Freud ist in ›Die Dynamik der Übertragung‹ diese unabwendbar mit dem Widerstand verbunden. Sie ist zum einen die Region, wo sich der Widerstand deutlich geltend macht, zum zweiten tritt genau im Widerstandsmoment die Übertragung ein, weil sie drittens auch dem Widerstand Genüge tut. Dies ist ein Vorgang, der sich im Laufe einer Analyse ungezählte Male wiederholt.

»Je länger eine analytische Kur dauert und je deutlicher der Kranke erkannt hat, dass Entstellungen des pathogenen Materials allein keinen Schutz gegen die Aufdeckung bieten, desto konsequenter bedient er sich der einen Art von Entstellung, die ihm offenbar die größten Vorteile bringt, der Entstellung durch Übertragung.«<sup>6</sup>

Mit Lacan haben wir die Frage beantwortet von wann es Übertragung gibt und wozu sie, sehr allgemein gesprochen, in der Praxis der Psychoanalyse dient. Bei Freud finden wir eine vorläufige Antwort auf die nahe liegende Überlegung, woran es liegt, dass sich die Übertragung so vorzüglich zum Mittel des Widerstandes eignet. Freuds Antwort ist derart plastisch, dass ich ihn in Form des Zitats zu Wort kommen lasse:

»Es ist ja klar, dass das Geständnis einer jeden verpönten Wunschregung besonders erschwert wird, wenn es vor jener Person abgelegt werden soll, der die Regung selbst gilt. Diese Nötigung ergibt Situationen, die in der Wirklichkeit als kaum durchführbar erscheinen. Gerade das will nun der Analytierte erzielen, wenn er das Objekt seiner Gefühlsregungen mit dem Arzte zusammenfallen lässt.«<sup>7</sup>

### Literarischer Exkurs zu Kleist

Auf der Suche nach einem Stück Literatur, in dem Momente von Übertragung als Widerstand auffindbar sind, fiel mir Kleists Aufsatz über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden ein. Ein Text, den Kleist

1805/06 verfasste und an einen Freund adressierte. Als ich meinem Einfall folgend begann den Text erneut zu lesen, war ich überrascht. Warum fiel mir dieser Text ein? Bevor ich diese Frage beantworte und damit den Kontext zum Thema dieses Textes herstelle, werde ich Passagen davon in Erinnerung rufen.

»Wenn du etwas wissen willst und es durch Meditation nicht finden kannst, so rate ich dir [...], mit dem nächsten Bekannten darüber zu sprechen. Er braucht nicht eben ein scharfdenkender Kopf zu sein, auch meine ich es nicht so, als ob du ihn darum befragen solltest: nein! Vielmehr sollst du es ihm selber allererst erzählen. Ich sehe dich zwar große Augen machen, und mir antworten, man habe dir in früheren Jahren den Rat gegeben, von nichts zu sprechen, als nur von Dingen, die du bereits verstehst.

[...] Oft sitze ich an meinem Geschäftstisch über den Akten und erforsche, in einer verwickelten Streitsache, den Gesichtspunkt aus welchem sie wohl zu beurteilen sein möchte. Ich pflege dann gewöhnlich ins Lichte zu sehen, als den hellsten Punkt, bei dem Bestreben, in welchem mein innerstes Wesen begriffen ist sich aufzuklären. Oder ich suche, wenn mir eine algebraische Aufgabe vorkommt, den ersten Ansatz, die Gleichung, die die gegebenen Verhältnisse ausdrückt, und aus welcher sich die Auflösung nachher durch Rechnung leicht ergibt. Und siehe da, wenn ich mit meiner Schwester davon rede, welche hinter mir sitzt, und arbeitet, so erfahre ich, was ich durch vielleicht stundenlanges Brüten nicht herausgebracht haben würde. Nicht, als ob sie es mir, im eigentlichen Sinne sagte; denn sie kennt weder das Gesetzbuch, noch hat sie den Euler, oder den Kästner studiert. Auch nicht als ob sie mich durch geschickte Fragen auf den Punkt hinführte, auf welchen es ankommt, wenn schon dies letzte häufig der Fall sein mag. Aber weil ich doch irgend eine dunkle Vorstellung habe, die mit dem, was ich suche, von fern her in einiger Verbindung steht, so prägt, wenn ich nur dreist damit den Anfang mache, das Gemüt, während die Rede fortschreitet, in der Notwendigkeit, dem Anfang nun auch ein Ende zu finden, jene verworrene Vorstellung zur völligen Deutlichkeit aus.

[...] Ich glaube, dass mancher große Redner, in dem Augenblick, da er den Mund aufmachte, noch nicht wusste, was er sagen würde. Aber die Überzeugung, dass er die ihm nötige Gedankenfülle schon aus den Umständen, und der daraus resultierenden Erregung seines Gemüts schöpfen würde, machte ihn dreist genug, den Anfang, auf gutes Glück hin, zu setzen.

[...] Ein solches Reden ist wahrhaft lautes Denken. Die Reihen der Vorstellungen und ihre Bezeichnungen gehen neben einander fort, und die Gemütsakten für eins und das andere, kongruieren. Die Sprache ist alsdann keine Fessel, etwa wie ein Hemmschuh an dem Rade des Geistes, sondern wie ein zweites, mit ihm parallel fortlaufendes Rad an seiner Achse. [...]

Wenn daher eine Vorstellung verworren ausgedrückt wird, so folgt nicht der Schluss, dass sie auch verworren gedacht worden sei; vielmehr könnte es leicht sein, dass die verworrenst ausgedrückten grade am deutlichsten gedacht werden. [...] Denn nicht wir wissen, es ist allererst ein gewisser Zustand unser, welcher weiß.«<sup>8</sup>

Warum also fiel mir dieser Text Heinrich von Kleists ein? Auf meiner Suche nach einem Stück Literatur wurde ich von den, mit dem Phänomen Widerstand nahe verwandten Fragen geleitet, warum jemand anfängt zu sprechen und auch, warum jemand im Sprechen inne hält oder zu sprechen aufhört. Eine Frage, die nur in Form der Spekulation, mit Hilfe eines Phantasmas beantwortet werden kann, sofern es sich nicht um das eigene, sondern um das Sprechen eines anderen handelt. Ich unterstelle Freud, dass es ihm um die Lüftung dieses Geheimnisses ging, als er den Begriff des Widerstandes in die Terminologie der Psychoanalyse einführte. Kleist plädiert in diesem Aufsatz, den ich hier in verkürzter Form zitiert habe, für ein Sprechen, das sich über Widerstände hinwegsetzt. Etwas radikaler formuliert: Für Kleist und seinen Wunsch nach einem freien und unbedachten Sprechen scheinen Widerstände nicht zu bestehen. Ihm dient das Sprechen in der Anwesenheit eines Anderen, zur Klärung der Gedanken, der Verworrenheiten und unterliegt keinerlei widerständigen Effekten durch einen Dritten.

Freuds Satz »Was immer die Fortsetzung der Arbeit stört, ist ein Widerstand«<sup>9</sup>, scheint Kleist vom Phänomen her bekannt gewesen zu sein, nur wählt er zur Auflösung der Denk- und Sprechhemmung den Weg des Sprechens in Anwesenheit eines Anderen, um diese zu lösen.

»Es liegt ein sonderbarer Quell der Begeisterung für denjenigen, der spricht, in einem menschlichen Antlitz, das ihm gegenübersteht; und ein Blick, der uns einen halbausgedrückten Gedanken schon als begriffen ankündigt, schenkt uns oft den Ausdruck für die ganze andere desselben.«<sup>10</sup>

Er beschreibt hier ein Geschehen und eine Erfahrung, in der dem Anderen ein Wissen unterstellt wird, über das der Sprechende nicht, noch nicht verfügt. Im Kontext der Psychoanalyse wird dieses Phänomen Übertragung genannt, auch wenn dort der Andere nicht sichtbar ist.

### Die Maschen des Sprechens

»In den bestgedeuteten Träumen muss man oft eine Stelle im Dunkel lassen, weil man bei der Deutung merkt, dass dort ein Knäuel von Traumgedanken anhebt, der sich nicht entwirren will, aber auch zum Trauminhalt keine weiteren Beiträge geliefert hat. Dies ist dann der Nabel des Traums, die Stelle, an der er dem Unerkannten aufsitzt. Die Traumgedanken, auf



die man bei der Deutung gerät, müssen ja ganz allgemein ohne Abschluss bleiben und nach allen Seiten hin in die netzartige Verstrickung unserer Gedankenwelt auslaufen. Aus einer dichterem Stelle dieses Geflechts erhebt sich dann der Traumwunsch wie der Pilz aus seinem Mycelium.«<sup>11</sup>

Ganz ähnlich wie die Beschreibung Freuds zum Nabel des Traums, zum Traumtrumm, wie Lacan es nennt, ist die Übertragung im Verhältnis zum Widerstand im Sprechen zu orten. Für das Sprechen in der Analyse befindet sich dieser Ort irgendwo auf dem Weg zur je eigenen Wahrheit des Subjekts. Ausgangspunkt dieses Sprechens ist die Dimension der Unwissenheit, die die Öffnung hin auf die Übertragung ermöglicht. Unwissenheit als die Unmöglichkeit bestimmte verdrängte Wünsche ins Sprechen zu übersetzen. Diese nehmen als Signifikantenmaterial Formen an, die von ihrem eigentlichen Sinn abgefallen und in einer neuen Organisation wieder aufgenommen sind, durch die hindurch sich ein anderer Sinn ausdrücken kann.

Der Widerstand, mit dem Auftauchen der Übertragung parallel gehend, kann als Rekonstruktion der Symptomlösung dienen. Die unbewusste Vorstellung situiert sich an ihrer Übertragungsspitze. Der Widerstand, der dafür Sorge tragen möchte, dass die unbewusste Vorstellung nicht bewusst wird, ermöglicht es, den verdrängten Wunsch in seiner Qualität und Quantität zu erkennen.

Lacan hat für diesen Vorgang, der sich innerhalb einer psychoanalytischen Kur als Wiederholung bemerkbar macht, ein Schema kreiert, in dem der Punkt O und O' die vorhin angesprochene Übertragungsspitze bezeichnet. Die Übertragung meint dort eine Funktion der doppelten, mehrfachen Dimensionen des Sprechens. Sein Kommentar zu diesem Schema spricht von der Hinderlichkeit und der Dynamik der Übertragung:

»Wenn die Echos des Diskurses sich zu schnell dem Punkt O' nähern – d.h. wenn die Übertragung sich zu intensiv gestaltet – stellt sich ein kritisches Phänomen ein, das den Widerstand hervorruft, den Widerstand unter der schärfsten Form, in der man ihm begegnen kann – dem Schweigen. Die Übertragung wird zum Hindernis, wenn sie zu stark ist.«<sup>12</sup>

Diese Worte verdeutlichen das Verhältnis von Widerstand und Übertragung und erklären zudem die Ansicht Lacans, in Anlehnung an Freud, warum die Übertragung jenes Mittel ist, mit dessen Hilfe die Kommunikation des Unbewussten sich unterbricht, schließt. Wo die Maschen des Sprechens enger werden, es zu Verhedderungen, zum Stolpern kommt situieren sich Übertragung und Widerstand, die in ihrer paradoxalen Verbindung gleichermaßen Hemmnis und Fördernis sind.

## Anmerkungen

- 1 vgl. Stud. Ausg. Ergänzungsband, S. 186 »In betreff der Zeit befolge ich ausschließlich das Prinzip des Vermietens einer bestimmten Stunde. Jeder Patient erhält eine gewisse Stunde meines verfügbaren Arbeitstages zugewiesen; sie ist die seine, und er bleibt für sie haftbar, auch wenn er sie nicht benützt.«
- 2 Stud. Ausg. Bd. VI, S. 298
- 3 vgl. S. 558
- 4 S. 130
- 5 S. 302
- 6 Stud. Ausg. Ergänzungsband, S. 163 f.
- 7 ebd., S. 164
- 8 S. 93 ff.
- 9 Stud. Ausg. Bd. II, S. 495
- 10 S. 94
- 11 Stud. Ausg. Bd. II, S. 503
- 12 Lacan: Sem. I., S. 356

## Literatur

- Das Vokabular der Psychoanalyse. Hrsg. von J. Laplanche und J.-B. Pontalis. Frankfurt a.M. 1972.
- Freud, Sigmund: Zur Dynamik der Übertragung. In: Stud. Ausg. Ergänzungsband, S. 157-168. Frankfurt a.M. 1975.
- ders.: Zur Einleitung der Behandlung. In: Stud. Ausg. Ergänzungsband, S. 181-203. Frankfurt a.M. 1975.
- ders.: Die Traumdeutung. Stud. Ausg. Bd. II. Frankfurt a.M. 1982
- ders.: Hemmung, Symptom, Angst. In: Stud. Ausg. Bd. VI., 228-308. Frankfurt a.M. 1982.
- Kleist, Heinrich von: über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden. in: Der Zweikampf. Die heilige Cäcilie. Sämtliche Anekdoten. Über das Marionettentheater und andere Prosa. Stuttgart 1993, S. 93-99.
- Lacan, Jacques: Seminar I., Freuds technische Schriften. Weinheim 1990.
- ders.: Seminar XI., Die vier Grundbegriffe der Psychoanalyse. Weinheim 1987.

## Ohnmacht – Allmacht

Zur Strukturlogik der Esoterik

Chantal Magnin und Marianne Rychner

### Zusammenfassung

Esoterische Theorie und Praxis sind sowohl auf dem Therapie- und Gesundheitsmarkt als auch auf Büchertischen und in Alltagsgesprächen zunehmend präsent. Um die gesellschaftliche und individuelle Bedeutung dieses Phänomens fassbarer zu machen, soll im Folgenden der dem manifesten Inhalt zugrunde liegende latente Sinn esoterischer Deutung herausgearbeitet werden. Als Grundlage der Interpretation dienen in erster Linie Aussagen von Personen, die sich im esoterischen Feld bewegen. Unter Anwendung des Verfahrens der »objektiven Hermeneutik« werden ausgewählte Textstellen Sequenz für Sequenz analysiert. Der folgende Text beruht auf Auszügen aus einer Arbeit, welche die Autorinnen am Soziologischen Institut der Universität Bern verfasst haben.<sup>1</sup>

»Unser Zeitalter schickt sich offenbar an zu erkunden, was das Psychische jenseits des Bewusstseins ist. Die Frage jedes spiritistischen Zirkels ist: Was ereignet sich, wenn das Medium sein Bewusstsein verloren hat? Die Frage jedes Theosophen ist: Was werde ich auf höheren Stufen des Bewusstseins, d.h. jenseits meines heutigen Bewusstseins, erfahren? Die Frage jedes Astrologen ist: Was sind die wirkenden Kräfte und Bestimmungen meines Schicksals jenseits meiner bewussten Absicht? Die Frage jedes Psychoanalytikers ist: Was sind die unbewussten Triebfedern der Neurose? Das Zeitalter will die Seele erfahren.«<sup>2</sup> Mit diesen Worten diagnostizierte Carl Gustav Jung zu Beginn der dreißiger Jahre ein Phänomen, welches nicht zuletzt er selbst nach Kräften förderte und verkörperte: die alternativ-religiöse Suche nach geheimnisvollen Zeichen der Seele und des kollektiven Unbewussten, nach der Funktionsweise des Schicksals. Eine ähnliche »Überhandnahme« des Interesses für seelische Erscheinungen, Spiritismus, Astrologie, Theosophie, Parapsychologie habe die Welt, so Jung, seit dem ausgehenden 16. und dem 17. Jahrhundert nicht mehr gesehen. C.G. Jung selbst war bekannter Exponent des Eranos-Kreises in Ascona, wo er Vorträge über spirituelle Phänomene hielt.

Weniger wohlwollend als Jung reflektierte Theodor W. Adorno nach

dem 2. Weltkrieg in seinem Aufsatz »The Stars Down to Earth«<sup>3</sup> ähnliche Tendenzen, für die er den Glauben an die Astrologie exemplarisch unter die Lupe nahm: Wie auch in seinen Studien zum Autoritären Charakter<sup>4</sup> analysierte er den Glauben an die magische Verknüpfung menschlichen Schicksals mit den Sternen als häufig anzutreffendes Element des »autoritären Charakters«, eines Typus, der in besonderem Maße dem Faschismus zuneigende Deutungen zu übernehmen und autoritäre Strukturen zu akzeptieren bereit ist.

Heute äußert sich das »Interesse für seelische Erscheinungen« erneut, der Wunsch nach Erklärungen der übersinnlichen Art kommt insbesondere in einem breiten Angebot von entsprechenden Kursen zum Ausdruck, im komplementärmedizinischen Bereich, auf dem Buchmarkt und an zahlreichen esoterischen Kongressen.

Was ist nun die Funktion des in diesen Angeboten sich manifestierenden esoterischen Deutungsmusters und welche Logik liegt ihm zugrunde? Während »Esoterik« im ursprünglichen Sinn soviel wie geheimes Wissen bedeutet, oder Wissen, das von innen her erschlossen wird, sind esoterisch-spirituelle Praktiken heute alles andere als geheim: Die auf dem Markt angebotenen Waren und Dienstleistungen, die zu »Ganzheitlichkeit«, Harmonie, Gesundheit und Glück verhelfen sollen, sind prinzipiell allen zugänglich und oberflächlich betrachtet sehr vielfältig. Sie weisen jedoch etliche gemeinsame Elemente auf: Den Glauben an die Wiedergeburt sowie die Bestrebung, sinnlich nicht wahrnehmbare »Energien«, »Kräfte« und »Welten« entweder mittels technischer Hilfsmittel oder durch übersinnliche Fähigkeiten – als eben doch wahrnehmbare – plausibel zu machen. Diese Phänomene sollen überdies zu Heilungszwecken genutzt werden, indem sie auf individuelle Lebenslagen bezogen werden.

Der auf Anhub als eklatant erscheinende Widerspruch, wonach das vorgebliche Geheimwissen über den Markt – den öffentlichen Austausch von Waren gegen Geld – angeboten wird, ist näher betrachtet keiner, stellt er doch nur einen Aspekt des grundlegenden Paradoxons dar, welches das ganze esoterische Feld durchzieht und dessen Hintergründe und unterschiedliche Erscheinungsformen wir hier zu beleuchten versuchen.

Eine erste und deshalb allgemein gefasste Antwort auf die Frage nach der gesellschaftlichen und zugleich individuell-biografischen Funktion von Esoterik sei hier bereits vorweggenommen: In Anlehnung an den Soziologen Ulrich Oevermann interpretieren wir die zunehmende Beschäftigung mit Esoterik als eine mögliche Folge des lebenspraktischen Dilemmas von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung, das »angesichts der gesteigerten Individuierungschancen der gegenwärtigen Moderne zum Zerreißen gespannt«<sup>5</sup> ist. Oevermann beschreibt zwei idealtypische Reaktionsweisen auf dieses, das Individuum vielfach überfordernde Dilem-

ma: »Die Rückkehr zu Religiosität und Mystik einerseits« sowie »die Selbst-Subsumtion unter avantgardehafte sozialwissenschaftliche Konzepte andererseits«. Das esoterische Weltbild vereinigt die von Oevermann postulierten Alternativen, die Flucht vor dem Dilemma in die Mystik mit – in ebenso entschiedener Weise – der Flucht nach vorn in die Selbst-Subsumtion unter pseudorationale Systeme, die von ihren AdeptInnen als zukünftige wissenschaftliche Erkenntnisse im Sinne von »Grenzwissenschaften« verstanden werden. Tatsächlich gelingt es AutorInnen von esoterischen Bestsellern, »TherapeutInnen« und Vortragenden oftmals, die mystische Ablehnung der modernen »materiellen« Welt mit einem avantgardistisch anmutenden, pseudowissenschaftlich legitimierten Zukunftsentwurf zu verbinden, ihre Klientschaft damit zu faszinieren und so das Geschäft zum Florieren zu bringen. Nun wäre es aber voreilig, die Esoterik-Welle deshalb unter den Stichworten Geldmacherei und Scharlatanerie abzuhaaken. Fruchtbarer ist vielmehr die Frage, warum die emotional geprägte Suche nach alternativen Weltdeutungen ausgerechnet in diese Richtung zielt.

Um das Phänomen greifbarer zu machen, haben wir mit der Methode der objektiven Hermeneutik Teile des esoterischen Feldes rekonstruiert, indem wir Einzelfälle analysiert und die für die Esoterik typischen Deutungsmuster herausgearbeitet haben. Dieses methodische Vorgehen beinhaltet eine präzise Textauslegung sowohl im Hinblick auf den Inhalt als auch auf die Strukturiertheit des Textes und damit die analytische Unterscheidung in die subjektiven Intentionen der Handelnden und den darüber hinausreichenden Gehalt des Textes. Die subjektive und die objektive Ebene werden aufeinander bezogen, wie auch die analysierte Handlung – das Interview – und dessen Entstehungskontext. Schritt für Schritt werden Texte auf ihre möglichen Bedeutungen hin befragt mit dem Ziel, deren Strukturlogik herauszuarbeiten. Die von den Handelnden nicht beabsichtigte latente Bedeutung des Textes, bzw. der vertexteten Handlung gilt jedoch nicht als metaphysisches Zeichen der Seele, sondern sie repräsentiert eine über das Individuum hinausgreifende und damit soziale Bedeutungsstruktur, die in der konkreten Identitätsformation zum Ausdruck kommt. Inwiefern ist nun die Reproduktion von esoterischen Gesellschafts- und Selbstbildern mit bestimmten Fallstrukturtypen verbunden – oder anders gefragt: welche Fallstrukturtypen reproduzieren typischerweise esoterische Weltbilder? Nicht eine vollständige Rekonstruktion aller von den Interviewten erwähnten esoterischen Überzeugungen und Praktiken standen für uns deshalb im Vordergrund, sondern vielmehr die Wechselwirkung zwischen latenter Sinnstruktur ihrer Äußerungen, dem daraus ersichtlichen, nur teilweise von »esoterischen« Inhalten geprägten Deutungsmuster, subjektiv gemeintem Sinn und realer gesellschaftlicher Position. Anhand einzelner Ausschnitte aus unserer Untersuchung wer-

den diese Ausführungen konkretisiert und Erkenntnisse daraus vermittelt. Auf einzelne Sequenzen aus den Interviews folgt jeweils unsere Interpretation. Aus Platzgründen können wir nur mit ausgewählten Stellen und deren Interpretation exemplarisch aufzeigen, auf welche Weise wir die Fallstrukturen rekonstruiert haben.

Denise Bernasconi<sup>6</sup>, die Leiterin eines esoterischen Zentrums

Auf Denise Bernasconi wurden wir anlässlich eines Esoterik-Kongresses aufmerksam. Dort hielt sie vor großem Publikum mehrere Vorträge. Ein von ihr initiiertes esoterisches Zentrum war mit einem Aurafotografie-Stand präsent. Ihre Spezialgebiete sind das Fotografieren und Interpretieren der menschlichen Aura, Reiki, Geistheilung, Hellsichtigkeit und Rückführungen in frühere Leben. Sie ist 65 Jahre alt, mehrfache Mutter und Großmutter. Während der letzten zwanzig Jahre besuchte sie verschiedene HeilerInnenkurse. In den im Folgenden interpretierten Interviewausschnitten sind die Interviewerinnen mit M bzw. R gekennzeichnet, die Interviewte mit B.

*M: Wie ist denn das Zentrum überhaupt geworden? Also zu dem, was es jetzt ist?*

Die Interviewende übernimmt hier bereits die zuvor, am Anfang des Interviews von Bernasconi eingeführte gewährend-passive Redeweise und damit deren Perspektive. Sie stellt die Frage in einer Weise, als wäre das Zentrum gewissermaßen organisch, unabhängig von Menschenhand gewachsen, durch Kräfte und nach Regeln, die ihm selbst innewohnen.

*B: Jaa, das, mein Anfangen wo ich gewohnt habe, hat man mir einfach die Leute gebracht aus der Nachbarschaft, dieser geht es nicht gut, dort nicht, nachher haben sie ihre Freunde mitgebracht ...*

Bernasconi nimmt die Frage zum Anlass den Beginn ihrer esoterischen Karriere zu erzählen. Sie setzt das Zentrum mit sich selbst gleich. Dabei beschreibt sie sich aber nicht als handelndes Subjekt, das diesen Vorgang aktiv mitbewirkt hat: Man brachte ihr kranke Menschen. Wie sie die dazu notwendigen Fähigkeiten erworben hat, erwähnt sie nicht, obwohl sie mehrere HeilerInnenkurse besucht hat. Vor diesem Hintergrund impliziert ihre Aussage, dass sie über eine außeralltägliche Gabe verfügt, denn sonst hätte »man« ihr nicht »einfach die Leute gebracht«. Sie wurde ohne ihr Zutun zur Heilerin. Bernasconi stellt sich so dar, wie Jesus im Matthäusevangelium beschrieben wird: »Man brachte Kranke mit den verschiedensten Gebrechen und Leiden zu ihm, Besessene, Mondsüchtige und Gelähmte, und er heilte sie alle. Scharen von Menschen aus Galiläa, der Dekapolis,

aus Jerusalem und Judäa und aus dem Gebiet jenseits des Jordan folgten ihm.«<sup>7</sup>

Jesus zeichnet sich durch eine außerordentliche Gabe aus und wird deshalb von den Leuten zu ihrem charismatischen Führer gemacht: Von ihm erhoffen sich die Menschen Heilung und Erlösung. Gemäß ihrer Schilderung wurde sie wie Jesus von der Nachbarschaft als Heilerin erkannt. Von da an beginnt die Institutionalisierung ihrer Funktion:

*und eh so habe ich afa schaffe, zuerst alles mit Einzelsitzungen*

Interessant ist ihre Ausdrucksweise »schaffe«, also arbeiten. Diese verweist darauf, dass Bernasconi ihre Tätigkeit als Arbeit im modernen Sinn begreift. Die außeralltägliche Gabe wurde ihr zwar in den Schoß gelegt, aber sie vermehrt damit nicht den Ruhm Gottes oder sonst einer übergeordneten Instanz, sondern bestreitet ihren Lebensunterhalt. Die Heilerin-Figur verfügt über eine Doppelidentität: eine diesseitige und eine jenseitige. Als Heilerin repräsentiert sie – wie auch Jesus – die Verbindung diesseitiger mit jenseitigen Kräften. Auch Jesus ist Gott und Mensch zugleich. Beide verkörpern selbst die Erlösung, die Versöhnung mit der übergeordneten Instanz – in der Esoterik ist dies der Kosmos: Seine Gesetze wirken durch ein Medium, hier Bernasconi, was den zu Heilenden zu Gute kommt. Dies kann nur funktionieren, wenn die zu heilenden Leute ihr Leid als Ausdruck übersinnlicher Mächte deuten, mit denen Bernasconi in direkter Verbindung steht. In der esoterischen Literatur werden Krankheiten denn auch als Zeichen kosmischer Gesetze gedeutet, die das Individuum lehren sollen Verhaltensweisen zu verändern, die womöglich in einem vergangenen Leben wurzeln. Diese Deutung von Krankheit und Gesundheit wird in Abgrenzung zur Schulmedizin vollzogen und bildet oft – z.B. beim esoterischen Klassiker Thorwald Dethlefsen<sup>8</sup> – den Ausgangspunkt zur Herleitung des esoterischen Weltbildes.

### Institutionalisierung als Heilerin

Bernasconi verkörpert das Versprechen Menschen zu heilen. Sie beschreibt, wie sich ihr Wirkungsbereich allmählich vergrößert:

*und dann haben die Leute gefragt, könntest du nicht uns ein bisschen lehren, was du machst, und da habe ich gesagt, ja doch, kommt, und daraus habe ich jetzt etwa vor zwei Jahren oder schon etwas mehr abgeben müssen, die Einzelsitzungen <mh>, weil das hat ein Volumen angenommen, wo, wo wir längstens nicht mehr gewachsen gewesen sind <mh> und immer hat es geheißen, tu doch andere (1 unverst. Wort) bilden lassen und sie jetzt la witererschaffe.*

Sie erzählt, wie Leute mit der Bitte an sie herangetreten seien ihre Fähigkeiten an andere weiterzuvermitteln. Als sie einwilligte, wurde sie zur Lehrerin, die im Falle von Überlastung »Einzelsitzungen« an ihre SchülerInnen abgeben konnte. Zuerst seien Leute aus der Nachbarschaft gekommen um sich heilen zu lassen, dann ließen sich einige bei Bernasconi ausbilden, wovon ein Teil nach der Ausbildung mit ihren Techniken in ihrem Zentrum zu arbeiten begann. Offenbar wird das Zentrum immer größer (Dies ist in der Tat der Fall: Zwei Jahre nach dem Interview bestehen bereits zwei Zentren). Bernasconi hat sich als Heilerin samt ihrer Gefolgschaft erfolgreich institutionalisiert. Ihre zuvor als übernatürlich beschriebene Gabe ist demnach auf andere Menschen übertragbar. Dank dieses Übertragungsmechanismus ist die Erfolgsgeschichte des Zentrums überhaupt erst möglich. Er steht aber im Widerspruch zur Selbstdarstellung von Bernasconi als einzigartige Heilerin mit übersinnlichen Kräften. Ist der Zugang zum Übernatürlichen lernbar? Verkörpert Bernasconi die Verbindung zum Übernatürlichen deshalb noch glaubwürdiger, weil ihr die außergewöhnliche Gabe – im Gegensatz zu ihrer Gefolgschaft – in den Schoß gefallen ist? Verbürgt die Gefolgschaft, indem sie sich außergewöhnliche Fähigkeiten aneignet, die Existenz der von Bernasconi postulierten, übernatürlichen Phänomene?

Bernasconi ist die strukturelle Verankerung ihres Charismas gelungen: Als Heilerin-Figur unterscheidet sie sich durch ihre außeralltägliche Gabe von der Normalität. Ihre Gabe verspricht Heilung, was durch die Etablierung einer Gefolgschaft verbürgt wird. Die Existenz der Gefolgschaft beweist, dass die Heilungstechniken von Bernasconi funktionieren, weil die Gefolgschaft im Gegensatz zu Bernasconi die Techniken gelernt, also rational nachvollzogen, willentlich angewendet hat. Durch die Gefolgschaftsbildung kann ein neues, in sich rationales System aufgebaut werden, das zwar auf einer irrationalen Quelle – dem Zugang zum Übernatürlichen durch das Medium – beruht, aber nicht immer wieder von neuem aus dieser Quelle gespeist werden muss. Ihre aktive Selbstdarstellung als erfolgreiche Heilerin ist die Voraussetzung ihrer Anerkennung als Medium während zugleich der Verzicht sich als handelndes Subjekt darzustellen, ihrer Funktion als Medium im Sinne der passiven Verbindung zum Übernatürlichen entspricht: Auf diese Weise wird sowohl ihr außeralltägliches Heilerin-Dasein als auch ihre Herrschaft legitimiert. Der Organismus wächst und organisiert sich von selbst. Als Schutzpatronin wacht Bernasconi darüber.



## Sich selber besser werden

Als Schutzpatronin des Wachsenden sorgt Bernasconi dafür, dass sich die Individuen im Organismus zurechtfinden. Wenn jedem Individuum im großen sozialen Organismus ein Platz zusteht, wie wird der richtige erkannt? Oder befindet sich der Mensch bereits bei der Geburt am Platz, der für ihn bestimmt ist? Welch zentrale Bedeutung diese Sinn-Fragen haben, zeigt sich daran, dass Bernasconi davon zu reden beginnt, ohne dass die Interviewerin danach gefragt hätte:

*M: Das ist also nicht unbedingt so, dass diese Leute, die zu dir haben kommen wollen, also unbedingt dann bei dir sein wollen, sie gehen auch gern zu anderen, die du eben gelehrt hast?*

*B (hauchend): Auf jeden Fall also, nie – ich bin so glücklich, wenn wir eine Gruppe sind. Ich erzähle jetzt vom letzten Jahreskurs. (...) . Was ich spüre und was für ein großes Geschenk es ist, es ist, wird jedes mehr sich selber.*

Die Interviewerin fragt, ob die Gefolgschaft die Hilfesuchenden ebenso zufriedenstellen kann wie Bernasconi selbst. Anstatt darauf zu antworten, spricht sie von ihrer eigenen Zufriedenheit. Sie ist glücklich in einem Team arbeiten zu können. Sie erzählt unaufgefordert vom Jahreskurs, wo die künftigen Teammitglieder ausgebildet werden. Die Belohnung für die Ausgebildeten, das »Geschenk«, freut auch die Lehrerin: Jedes wird mehr sich selber. Das Lernziel besteht demnach in erster Linie darin, noch mehr sich selber zu werden, als man es bereits ist. Dahinter steckt die Idee, dass eine selbstverwirklichte Person besser heilen kann als eine entfremdete. Der Formulierung – sich selber mehr werden – liegt die Logik zugrunde, dass zwar jedes Individuum bereits dort ist, wo es hingehört. Aber es muss diesen Ort akzeptieren. Bernasconi verhilft den Teilnehmenden dazu, den zugewiesenen Platz im Organismus zu akzeptieren, scheinbar zu finden im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung. Es ist also nicht so, dass jedes Ereignis vorbestimmt ist, in diesem Fall wäre die Tätigkeit Bernasconis als Kursleiterin sinnlos, sondern nur der Platz des Einzelnen im Organismus. Was aber impliziert »sich selber werden«, eine weit über das esoterische Milieu hinaus verbreitete Ausdrucksweise? Zur weiteren Entschlüsselung kontrastieren wir das »sich selber werden« mit seinem Gegenteil: Jedes wird immer weniger sich selber, geht sich immer mehr verlustig. Dies entspricht der Diagnose von Entfremdung. Doch wie soll sie überwunden werden? Wenn das durch gesellschaftliche Bedingungen entfremdete Individuum den Versuch aufgibt, seine äußeren Lebensverhältnisse seinen Bedürfnissen entsprechend umzugestalten – wie dies eine gesellschaftspolitische Deutung von Entfremdung implizieren würde – muss es sich um sich

selber zu werden, den entfremdenden Strukturen vollständig anpassen oder sich von diesen befreien. Die zweite Möglichkeit ist paradox, besteht doch Gesellschaft darin, dass Menschen wechselseitig aufeinander bezogen handeln und nicht erratische Blöcke oder freischwebende Atome sind, die ausschließlich den Naturgesetzen unterworfen sind. Diese Variante kann nur scheitern. Bei der ersten Möglichkeit handelt es sich um den Versuch, das dialektische Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft aufzuheben. Die dem Projekt der Aufklärung entsprungene Idee eines autonomen Individuums, das seine Verhältnisse selber bestimmt, wird zu Gunsten der Idealvorstellung einer letztlich totalitären Gesellschaft verabschiedet. Die »Entfremdung« als gemeinsamer negativer Bezugspunkt des aufklärerisch-emanzipativen wie des esoterischen Weltbildes erklärt die Beliebtheit esoterischer Praktiken innerhalb alternativ-linker Kreise, obwohl sich das diesen Praktiken zugrunde liegende organizistische Weltbild letztlich emanzipatorischen Bestrebungen entgegenstellt.

### Erfahrung ohne Objekt

Wie Bernasconis Weltsicht mit ihrer eigenen Biografie zusammenhängt, soll hier auszugsweise, anhand ihres Glaubens an die Wiedergeburt dargestellt werden. Es ist dieser Glaube, der die Platzanweisung im sozialen Organismus legitimiert. Weshalb jemand an einem bestimmten Platz zu sein hat, liegt in seinen früheren Leben begründet. Sie erzählt, wie sie dazu kam, an die Wiedergeburt zu glauben:

*R: Woher ist denn das Wissen gekommen, jetzt, über die letzten Leben? Ist das von außen oder von <nein, nein> innen gekommen?*

*B (unterbricht): Ich habe meine Leben erfahren, wo, wo mir das – also ich habe noch nie gehört gehabt davon, <mhm> habe nicht gewusst, dass es das gibt und fange plötzlich an – sagen wir, ich weiss jetzt gerade ein Ereignis – fange an zu brüllen, an zu schreien, wühle mich in die Kissen hinein und habe gesagt: was ist jetzt das?*

Bernasconi beginnt zu erzählen, wie sie die erste Erfahrung mit ihren verschiedenen Leben machte. Doch anstatt den begonnenen Satz – »wo mir das« zu vollenden, schiebt sie eine Sequenz ein, welche sich auf den biografischen Ausgangspunkt des Begonnenen bezieht, und zwar darauf, dass sie damals nichts von der Existenz der Wiedergeburt gewusst habe, als sie von ihren früheren Leben erfuhr. Diese Voraussetzung ist so wichtig, dass sie den Satz unterbrechen muss. Nach dieser Klärung setzt sie den begonnenen Satz fort: Sie wurde von Gefühlsausbrüchen überwältigt, denen sie keine Ursache zuordnen konnte: »Was ist jetzt das?« In der Folge schränkt

sie den Rahmen dessen ein, worum es sich bei diesen Dingen handeln könnte, denen sie passiv ausgeliefert war:

*Das ist nicht ein Film, und das ist nicht ein Traum, das ist genauso real, wie, wie es jetzt – oder wie wenn ich vor -zig Jahren, damals mit zwanzig oder damals mit dreißig, habe mir, habe mir einfach gesagt: das ist eine Realität, das ist eine Wirklichkeit, welche ich erlebt habe, und dann nachher, so fünf, zehn Jahre später habe ich nachher Buechli gefunden, wo es geheißen hat: Rückführung und bin es natürlich gerade ga luege und habe dann nachher den Vergleich ziehen können: aha. Es (gibt?) also auch andere, die solche Sachen erfahren.*

Dass sie explizit festhält, dass es sich weder um einen Film noch einen Traum gehandelt haben könne, impliziert, dass sie etwas gesehen und/oder gehört hat. Sie wählt bezeichnenderweise keine dieser beiden Möglichkeiten, deren Inhalte fiktiv sind, sondern hält ihre audiovisuelle Erfahrung im Gegensatz dazu vorerst einmal für Realität. Eigenartig daran ist, dass sie bei der Feststellung, dass es sich um Realität handelt, nicht weiß, welcher Art diese Realität ist. Sie schließt die bewusste Erinnerung an frühere Ereignisse in ihrem Leben aus. Bernasconi hat eine Erfahrung ohne Objekt gemacht. Sie hat Bilder gesehen oder Töne gehört, von denen sie nicht weiß, worauf sie sich beziehen. Nach einer bestimmten Zeit, immerhin handelt es sich um fünf bis zehn Jahre, habe sie in einem »Büchlein« die Erklärung für ihr Erlebnis gefunden. Es handelt von »Rückführung« als Technik, mit der angeblich in frühere Leben gegangen werden kann. Ihr esoterisches Zentrum bietet diese Technik ebenfalls an. Dass so etwas wie die Technik »Rückführung« überhaupt existiert, liefert Bernasconi die Bestätigung dafür, dass es die Wiedergeburt gibt. Dank dieser Bestätigung kann sie ihrer Erfahrung ohne Objekt endlich ein Objekt – ein früheres Leben – zuordnen.

Durch die Interpretation dieser biografischen Verknüpfung und in Anlehnung an die Analyse des Schamanen-Komplexes durch den Ethnologen Claude Lévi-Strauss kann die strukturelle Funktionsweise der Heilerin Bernasconi weiter präzisiert werden. Lévi-Strauss macht geltend, dass die heilende Wirkung im Dreieck Schamane-Publikum-Kranker darauf zurückzuführen sei, dass der Schamane dem Kranken sowie dem Publikum das fehlende Teil Interpretation – den Grund einer Erfahrung – im sinnstrukturierten System liefert. Das Paar Zauberer-Kranker verkörpere einen Antagonismus, der jedem Denken eigen sei: »Der Kranke ist reine Passivität, Selbstentfremdung, so wie das Nichtformulierbare die Krankheit des Denkens ist; der Zauberer dagegen ist reine Aktivität, Selbstverströmung, so wie die Affektivität die Nährerin der Symbole ist.«<sup>9</sup> Diese Pole ergänzen sich strukturell. Das Heilverfahren basiert auf der Verbin-

dung der beiden Pole. Der Schamane liefert dem nach Sinn suchenden Publikum den fehlenden Teil im sinnstrukturierten Bezugssystem, sodass das soziale Universum erneut als ein zusammenhängendes wahrgenommen wird. Konstitutiv für die Wirksamkeit des Schamanen ist in struktureller Hinsicht dessen Pathologie, die sich in der passiv empfundenen und aktiv weitervermittelten Erfahrung ohne Objekt ausdrückt. Der Schamane verfügt über zu wenig Objekte, die er den überzähligen Eindrücken zuordnen könnte, es sei denn, er bezieht sich auf »Übersinnliches«, das er als Medium weitergeben kann.

### Die suchende Rationalistin

Die interviewte Susanne Engler bildet im Schamanen-Komplex den Gegenpol zu Bernasconi: Sie sucht Sinn und Erfahrung. Engler hat Jahrgang 1964 und ist Absolventin eines Phil. 1-Studiums. Sie meditiert gelegentlich bei Denise Bernasconi im Zentrum und hat den Vortrag Bernasconis besucht, den wir weiter unten ebenfalls interpretieren werden. Auf die Frage nach der Beurteilung des Zentrums und des Angebots von Bernasconi antwortet sie:

*E: Mhm, also ich kenne sie persönlich.*

Ohne die Frage direkt zu beantworten, betont Engler ihr ganz persönliches Verhältnis zu Bernasconi selbst. Die von der Interviewerin in einem vorangehenden Teil des Interviews im Zusammenhang mit dem Kursangebot im Zentrum angesprochene Marktbeziehung, welche Max Weber als die unpersönlichste überhaupt bezeichnete<sup>10</sup>, weil es sich um eine generalisierte, personenunabhängige Tauschbeziehung handelt, wird hier von Engler als im Zusammenhang mit Bernasconi irrelevant dargestellt. Das Thema »Esoterik«, von der Interviewenden auf das unpersönliche Waren- oder Vortragsangebot von Bernasconi eingegrenzt, deutet Engler in eine Frage der persönlichen Beziehung um und grenzt sich dadurch von anderen Zuhörer/innen des Vortrags oder von Klient/innen ab, die den Zugang zur Heilerin nur über den Markt haben. Unmittelbar anschließend sagt sie:

*Und ich denke – sie kommt mir so vor wie eine weise alte Frau, ich mag sie von dem her auch sehr gut.*

Den Satz mit dem Verb »denken« beginnend, worauf die Äußerung der subjektiven Meinung folgen könnte, wechselt Engler plötzlich zu einer anderen Formulierung: Bernasconi *scheint* (»kommt mir so vor wie...«) eine weise alte Frau zu sein, was impliziert, dass Bernasconi etwas ganz anderes auch noch sein könnte. Damit relativiert sie, dass sie Bernasconi persön-

lich kennt, wüsste sie doch sonst, ob diese tatsächlich eine weise alte Frau ist: Engler ist sich aber nicht sicher, ob Wesen und Erscheinung übereinstimmen. Bei Bernasconi handelt es sich demnach um einen ›Star‹, der zwar unnahbar ist, aber dank Verbreitung intimer Details zum Publikum eine scheinbar persönliche Beziehung unterhält. Trotz partieller Einbindung in das pseudo-rationale System ist Engler keine Gläubige, sonst würde sie nicht distanziert sagen, es »kommt mir so vor«; als Gläubige wäre sie vielmehr überzeugt davon, dass Bernasconi eine weise alte Frau ist; ihre Formulierung zeugt denn auch von einer Ahnung Englers, der Suggestivität der nur scheinbar »weisen alten Frau« erlegen zu sein. Sie bleibt also – gerade entgegen ihrem anfänglichen Versuch eine persönliche Beziehung zu Bernasconi als Kern ihres Interesses zu postulieren – letztlich Konsumentin.

Das Image oder die Identität von Bernasconi als »weise alte Frau« ist weiter klärungsbedürftig. Die Bedeutung von Weisheit kann erschlossen werden, indem wir ihr als Gegensatz »Unerfahrenheit« entgegenstellen. Weisheit ist aus praktischer Lebenserfahrung gewonnenes Verstehen um Ursprung, Ziel und Sinn des Lebens. In Krisen sind weise Menschen hilfreiche Orientierungsinstanzen. Dank großer Erfahrung ist eine weise Person, die wie alle anderen der widersprüchlichen Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung unterworfen ist, nicht aus der Ruhe zu bringen, sondern zeichnet sich gerade dadurch aus, dass sie in der Lage ist mit neuen Situationen besser als andere umgehen zu können, sich in Krisensituationen zu bewähren. Jede Entscheidungs-Situation ist in sich offen und zeigt verschiedene Handlungsmöglichkeiten auf. Die weise Person verkörpert die Fähigkeit Entscheidungen auch in schwierigen oder in neuen Situationen souverän zu treffen. Sie schöpft aus der Quelle der Erfahrung und kann sie in neuen Situationen umsetzen. Weisheit enthält damit auch das Versprechen, fehlende Stücke im Sinn-System zu liefern. Wie bereits dargestellt, verfügt Bernasconi im Übermaß über solche. Engler sucht bei Bernasconi, nach dem Sinn, nach Erfahrung aus weiblich konnotierten Bereichen, den sie als »weise alte Frau« im Überfluss zu vergeben hat.

Engler, so ergibt die weitere Interview- Interpretation, lernt Intimität herzustellen. Ihr Versuch dabei weiblich konnotierte emotionale Erfahrungen zu machen, gipfelt schließlich in der Paradoxie, dass bereits bestehende persönliche Beziehungen, zu deren Gestaltung sie die bei Bernasconi erlernten Techniken beizieht, gerade dadurch instrumentellen Charakter annehmen: Die Herstellung von Intimität unter Anwendung bestimmter Techniken macht erstere letztlich kontrollierbar und vergrößert – entgegen ihrer Absicht – die emotionale Distanz.

## Bernasconi und ihr Publikum

Auf welchen spezifischen Mechanismen, so stellt sich die Frage, beruht die Suggestivität von Bernasconis Wirkung auf ihr Publikum? Wie kommt es, dass z.B. die wissenschaftlich gebildete Susanne Engler von Bernasconis Vortrag in der erwähnten irrationalen Art und Weise beeindruckt ist? Wir haben den Vortrag, auf den sich Englers Aussagen (vgl. auch weiter unten) im Interview beziehen, auf Band aufgenommen und die Eröffnungssequenz interpretiert. Die Vortragende wendet sich an den gefüllten Saal an der Basler Esoterikmesse:

*B: Guten Abend miteinander*

Bernasconi begrüsst hier mehrere Personen, der Rahmen könnte sowohl ein öffentlicher als auch ein privater sein. Es kommt kein Gruß zurück, auch nach einer zweisekundigen Redepause von Bernasconi nicht. Es handelt sich demnach um einen öffentlichen Vortrag. Trotzdem beginnt Bernasconi den Vortrag in einer Weise, die eher einem privaten Rahmen angemessen wäre:

*Es ist mir gerade so durch den Kopf*

Bemerkenswert an diesem ersten Satz nach der Begrüßungsformel ist die Redewendung mit »Es«, das Bernasconi durch den Kopf (gegangen) sei. Im Gegensatz dazu hätte sie die eigene Person aktiver darstellen können, zum Beispiel mit einer Formulierung wie: »Ich habe mir gerade so überlegt.« Ihre Wortwahl entspricht der bereits im Interview rekonstruierten Fallstruktur, wonach sie sich weniger als aktiv handelndes Subjekt denn als passives Medium präsentiert. Der Satz drückt ebenfalls aus, dass ihr zufällig und spontan etwas in den Sinn gekommen ist, dass kein geplanter oder gar strukturierter Vortrag zu einem bestimmten Thema zu erwarten ist. Nach wie vor scheint es sich eher um den Beginn eines lockeren Gesprächs unter Bekannten im privaten Rahmen als um einen öffentlichen Vortrag zu handeln. Bernasconi erzeugt damit den Eindruck, dass sie sich vor dem Publikum »Zuhause« fühlt; sie unterscheidet tendenziell nicht zwischen öffentlichem und privatem Bereich. Damit suggeriert sie ein persönliches Verhältnis zum Publikum und erzeugt bei ihren ZuhörerInnen, zum Beispiel bei Susanne Engler »so das Gefühl von: ich nehme dich so an, wie du bist«<sup>11</sup>. Der halbe Einleitungssatz wird plötzlich – ohne dass der Satz formal beendet wird – unterbrochen von einer präzisen Angabe:

*1974*

Das »es«, das Bernasconis Kopf durchquert, orientiert sich an der Zeit, als wäre es ein Zug, der durch ihr Leben fährt, um plötzlich anzuhalten: 1974. Was geschah dann?

*wo mein Interesse sich ganz stark gewendet hat in Richtung: was ist Aurafeld?*

Vor zwanzig Jahren – so erzählt Bernasconi dem Publikum – hat sich also ihr Leben einschneidend verändert. Nach wie vor bezeichnet sie sich nicht als handelndes Subjekt: Das Interesse selber ist es, welches aktiv geworden ist und wissen wollte, was »Aurafeld« sei. Der fehlende bestimmte oder unbestimmte Artikel vor dem Wort »Aurafeld« impliziert, dass es sich dabei nicht um einen konkreten, sondern entweder um einen abstrakten Begriff oder um einen persönlichen Namen handelt, da nur diese im Singular ohne Artikel gebraucht werden können. Dies steht im Widerspruch zum Begriff selber, der durch »Feld«, den zweiten Teil des Wortes, als ein konkreter definiert ist. Diese Widersprüchlichkeit, erzeugt beim Publikum den Eindruck, dass es sich beim »Aurafeld« um etwas Mysteriöses handeln muss, über dessen Hintergründe Bernasconi Bescheid weiß. Hätte Bernasconi nämlich gefragt: »Was ist das Aurafeld?« oder »Was ist ein Aurafeld?« würde dies das Publikum weniger befremden und kaum in ihren Bann ziehen. Bernasconi muss damals, als sie sich dafür zu interessieren begann, – auch das zeigt dieser Satz – bereits davon ausgegangen sein, dass »Aurafeld« tatsächlich existiert, ansonsten hätte sie sich für die Frage interessiert, ob es ein Aurafeld gebe. Doch sie wusste von dessen Existenz bereits ohne zu wissen, was es ist. Und das im Jahr 1974. Aber was geschah genau im Jahr 1974, in welchem sich ihr Interesse »ganz stark gewendet« hat? Dies lässt Bernasconi vorerst offen und spezifiziert »Aurafeld« näher. Sie hält damit die Spannung aufrecht, die erzeugt wurde durch die genaue Nennung der Jahrzahl 1974:

*Was ist das, die Energie, die uns umgibt?*

Obwohl sie weiß, dass »Aurafeld« eine die Menschen – wir gehen davon aus, dass sie mit »uns« alle Menschen meint – umgebende »Energie« sei, weiß sie trotzdem nicht, was es ist: »Was ist das?« Einerseits geht sie davon aus, dass es sich um »Energie« – ein der modernen Naturwissenschaft entstammender Begriff – handelt, andererseits weiß sie nicht, was es ist. Meint sie mit »Was ist das?« etwa: was bedeutet es? Oder: warum überhaupt sehe ich die Aura? Sie sagt jedoch: »was ist das?« Diese Formulierung weist auf eine bereits in der Interpretation des Interviews dargestellte pathologische »Erfahrung ohne Objekt« hin und ist zugleich ein rhetorischer Trick. Sicher ist jedenfalls, dass damals neue Fragen in ihr Leben getreten sind:

*als ich begonnen hatte, diesen Fragen intensiv nachzugehen.*

Diese Einleitung kündigt ein großes Wissen an: Wer seit 1974, also seit 20 Jahren einer Frage – derjenigen nach dem die Menschen umgebenden

»Aurafeld« – intensiv nachgeht, hat etwas dazu zu sagen: Das Publikum darf nach wie vor gespannt sein. Die eine Frage mutiert zudem in obiger Sequenz unvermittelt zu mehreren Fragen, was wiederum darauf hinweisen könnte, dass Bernasconi mehr Erfahrungen macht, als sie zu benennen vermag. Der Satz wird jedoch unbeendet abgebrochen, und Bernasconi fährt fort:

*Wenn ich damals oder jemand anderes über dieses Thema einen Vortrag gehabt hätte, ich glaube, dass sich der Saal nicht so füllen mochte, wie das heute ist. Wir sind 94. Es sind 20 Jahre vergangen. Wir können uns ungefähr vorstellen, wie es in 20 Jahren aussieht, he.*

Nun wird klar, weshalb sie »1974« als Ausgangspunkt ihrer Beschäftigung mit »Aurafeld« erwähnt hat: Das Datum initiiert eine Erfolgsstory, einen seit 20 Jahren andauernden quantitativen Wachstumsprozess einer Gefolgschaft, die sich um das Thema »Aurafeld« schart. Was vor 20 Jahren noch kaum jemanden interessiert hat, füllt nun den Saal. Die Aussage ist nicht nur eine rückblickend-beschreibende, es ist in erster Linie eine in die Zukunft gerichtete: Bernasconi suggeriert, dass der begonnene Wachstumsprozess in gleicher Weise weitergehe und unterstellt dadurch das Vorhandensein eines gleichförmigen Fortschritts-Automatismus. Die Vorstellung eines in die Zukunft gleich wie in der Vergangenheit wirkenden Automatismus' wird hervorgerufen durch die beiden kurzen, konstatierenden Hauptsätze: »Wir sind 94. Es sind 20 Jahre vergangen«, die an eine Fernsehendung oder an eine Werbeveranstaltung erinnern, wo etwas oder der Auftritt von jemandem angekündigt wird, von dem das Publikum bereits ahnt, wer oder was es sein wird, und wo der Höhepunkt in der Realisierung des Angekündigten besteht. In Verbindung mit der einfachen Addition  $74+20=94$  legt diese Ankündigungsrhetorik nahe, dass die Addition auf die gleiche regelmäßige Weise weitergehe, dass also 20 Jahre nach 1994 das Interesse für »Aurafeld« automatisch in gleicher Weise wie in den vergangenen 20 Jahren angewachsen sein werde. Das Zustimmung heischende »he« am Ende der Sequenz verstärkt noch die Suggestivität der Prophezeiung vom automatisch eintretenden Fortschritt in Form eines Anwachsens von Gefolgschaft und Publikum. Bernasconi gibt damit dem Publikum zu verstehen Bestandteil eines sinnvollen Prozesses zu sein, der in der Vergangenheit wurzelt und auf eine blühende Zukunft verweist.

Nachdem Bernasconi in einer weiteren Sequenz die grundlegende Frage nach der Identität – »Wer bin ich?« – stellt, fragt sie weiter:

*Was ist das, was für viele jetzt schon so klar sichtbar ist, aber noch nicht ganz verstanden.*

Auch hier schwingt eine Vorstellung von automatisch eintretendem Fort-



schritt in einem quantitativen Sinne mit: Die Worte »schon« und »noch nicht ganz« implizieren, dass es mit der Zeit noch soweit kommen wird, dass alle ein von ihr erneut erwähntes, aber nicht präzisiertes »Etwas« – ist es »Aurafeld«? – klar sehen werden: Bernasconi unterstellt, dass immer mehr Leute »Erfahrungen ohne Objekt« machen werden, wie sie selbst. Wer und wieviele es sind, lässt Bernasconi offen. Die Passivkonstruktion, wonach »es noch nicht ganz verstanden« sei, verweist zudem auf eine eigentümliche Vorstellung von »verstehen« nicht als einer individuellen Erkenntnis im Sinn einer reflexiven Auseinandersetzung, sondern als einem Prozess ohne handelndes Subjekt. Sobald dieser Prozess beendet sein wird, wird das mysteriöse »Etwas«, das vermutlich »Aurafeld« ist, von dem man aber nach wie vor nicht weiß, was es ist, als eine zukünftige, kollektive Erlungenschaft »verstanden« werden.

Und nun spricht Bernasconi nicht mehr nur im eigenen Namen, sondern in dem aller Versammelten:

*Das lockt, das zieht in uns allen*

Die, in deren Namen Bernasconi redet – ist es das anwesende Publikum oder die ganze Menschheit? –, werden als Heimgesuchte dargestellt, die es von außen lockt und in denen etwas zieht. Aber was es ist, weiß das Publikum noch immer nicht. Bernasconi spricht weiter:

*Ich glaube, ein wichtiger Punkt davon ist, dass wir die Gelegenheit hatten – vielleicht über viele Leben – unser irdisches Bewusstsein, also gegen diese Richtung von nur auf das Erde-Überleben gerichtet, dürfen wir jetzt schon lösen, gegenüber einem Leben hier. Und das bringt Freiheit in unseren Gefühlen und unseren Gedanken.*

Die Sequenz ist sehr fragmentarisch strukturiert. Es sind die einzelnen Satzbestandteile, die Bedeutungen vermitteln. Das Publikum erfährt, dass es eine »Gelegenheit« hatte. Eine Gelegenheit kann man am Schopf packen, oder man kann sie verpassen. Dem Begriff begegnet man sehr häufig im Rahmen der Produktwerbung: »Zugreifen, einmalige Gelegenheit! 3 für 2«. Reflexartig muss sich die potenzielle Käuferin fragen, ob sie die angepriesene Ware kaufen soll oder nicht. Die von Bernasconi erwähnte »Gelegenheit« ist in der Vergangenheit angesiedelt. Das konsumgewohnte Publikum sieht sich automatisch mit der Frage konfrontiert, ob die vergangene Gelegenheit wohl ergriffen oder endgültig verpasst worden ist. Die Satzkonstruktion erzeugt vorerst eher den Eindruck sie verpasst zu haben, da es auf Antrieb kaum bemerken kann, worum es geht. Das auf diese Weise hervorgerufene diffuse Gefühl etwas verpasst zu haben, erzeugt als Kompensation dazu den Wunsch, das noch nicht Begriffene nachzuholen. Dadurch wird das Publikum empfänglicher für das in den Satzfragmenten

aufscheinende Heilsversprechen: Wir dürfen etwas »lösen« und zwar »jetzt schon«. Dieser Ausdruck erzeugt von neuem den Reflex jetzt zuschlagen zu müssen, bevor es zu spät ist, bevor die angepriesene Ware nicht mehr verbilligt zu erwerben ist. »Lösen« wird assoziiert mit dem Lösen von Problemen, die etwas zu tun haben mit dem »Erde-Überleben«, das als Last erscheint. Sie können zwar erahnen, dass Bernasconi ein Ablösen von etwas Irdischem meint, sie sagt jedoch nur »lösen« und preist damit auf diffuse Weise an, dass »jetzt schon« Krisen und Probleme gelöst werden können. Ihre Verwendung des Wortes »dürfen« verweist darauf, dass zuvor jemand die Erlaubnis dazu geben musste. Wer aber diese Autorität ist, bleibt ungewiss. Ist es Bernasconi selber, die als charismatische Figur und damit als Autorität Krisenlösung anbietet? Sie redet jedoch von »wir« und impliziert damit, selber gemeinsam mit dem Publikum auch etwas »lösen« zu »dürfen«.

Bei dem Teil des Publikums, der angesichts der Unklarheit des bisher Gesagten noch nicht am Verstand der Vortragenden zweifelt, muss eine diffuse Hoffnung auf irgendeine »jetzt schon« eintretende Krisenlösung und der Eindruck eigenen Ungenügens und Unwissens über mysteriöse Vorgänge zurückbleiben. Oder wie es die an diesem Vortrag anwesende Susanne Engler ausdrückt: »Und sie hat es auf so einem hohen Niveau gebracht, dass es schwer verständlich gewesen ist.«<sup>12</sup> Nachdem Bernasconi einige ihrer Erfahrungen ohne Objekt plastisch geschildert hat und diese im gleichen Atemzug rationalisiert – zum Beispiel die geheimnisvolle Aura und deren Fotografierbarkeit – kommt sie auf die Reinkarnationslehre zu sprechen, die sich besonders gut als pseudorationales Modell zur Integration von Erfahrungen ohne Objekt eignet:

*Oder wir stehen plötzlich vor einem früheren Leben, sehen ganz klare Bilder und wissen nicht, was ist es? Und die, alle die Erleben ziehen automatisch unser ganzes Gedankengut und gefühlsmäßig an: Ich will wissen, was das ist. Früher noch reichte es, wenn man gesagt hat, glaube einfach, nimm es einfach an und glaube. Heute nicht mehr.*

Was sie zweifelsfrei als »frühere Leben« identifiziert und damit rationalisiert und erklärt, ist gleichzeitig nach wie vor das Unerklärliche: »was ist es?« Damit suggeriert sie dem Publikum, dass es sich bei Erlebnissen, die schwer ins eigene Sinnsystem einzuordnen sind, um frühere Leben handelt. Dass ihre unerklärlichen Erlebnisse ihr »Gedankengut und gefühlsmäßig« anziehen, weist auf das Vorhandensein magischen Denkens oder eines Beeinflussungswahns hin, welcher »Erlebnisse« als Objekte außerhalb der eigenen Identität wahrnimmt, dann aber beseelt und ihnen die Fähigkeit zuschreibt, aktiv die als passive Objekte beschriebenen menschlichen Gedanken und Gefühle »anzuziehen« und dies erst noch »automatisch«. Sol-

ches Erleben ist der als beseelt empfundenen Umwelt ebenso ausgeliefert, wie es sie zu beherrschen wähnt. Dass man – wie Bernasconi weiter ausführt – früher nur glauben musste und es heute wissen wolle, impliziert einerseits wiederum das bereits festgestellte Fortschrittsdenken und andererseits die in der ganzen Sequenz enthaltene Widersprüchlichkeit etwas als unerklärlich zu beschreiben und es gleichzeitig vollständig rational erklären zu wollen. Ihr von einer Gleichzeitigkeit aufgelöster und allmächtiger Identität geprägtes Muster präsentiert sich in einer späteren Sequenz des Vortrags explizit und in reinsten Form, wo laut Bernasconi das »Ich als All-Einheit in der Nichtschöpfung verschwindet«.

### Pseudorationalität und suggestive Techniken

Bernasconis Fallstruktur als pathologische Identität, welche zugleich die Quelle des Irrationalen, den Zugang zum Übernatürlichen darstellt, und dabei eine die Heil-Methoden verbürgende Gefolgschaft zu erzeugen vermag, indem die Lernbarkeit dieser Methoden intersubjektive Gültigkeit und scheinbar rationale Nachvollziehbarkeit herstellt, wirkt überzeugend auf ein über die enge Gefolgschaft hinausreichendes Publikum. Diese charismatische Wirkung auf ein Publikum stellt deshalb ein in sich rationales System dar. Auf diese Weise ermöglicht die pathologische Identität die Institutionalisierung als glaubwürdiges Medium. Bernasconi bietet als Allmächtig-Ohnmächtige dem Publikum eine Identifikationsmöglichkeit: Sie hat sich scheinbar von der postulierten Determinierung – oder Ohnmacht – gelöst und verspricht dem Publikum dasselbe: Die – wie Bernasconi fälschlicherweise meint – aufgehobene Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung suggeriert Freiheit von verinnerlichten Zwängen und von Entfremdung, die Hoffnung aktiv zu leben, anstatt passiv »gelebt zu werden«, wie Bernasconi an anderer Stelle sagt. Sie erzeugt Glaubwürdigkeit, indem sie erfolgreich ist: Sie bietet besonders Frauen – und anderen strukturell Benachteiligten – eine ideale Projektionsfläche: Wer eigene Ohnmacht als Selbstverwirklichung umdeutet, wer sein Schicksal nicht in die eigenen Hände nimmt, wird durch Identifikation mit kosmischen Kräften scheinbar allmächtig.

In diesem Muster der Identität von Allmacht und Ohnmacht zeigt sich die grundlegendste Form des Paradoxons, als dessen Facetten die für das esoterische Feld konstitutiven Widersprüche aufscheinen, und die deshalb faszinieren, weil in ihnen scheinbar eine Alternative zur rationalisierten Moderne enthalten ist, in Tat und Wahrheit aber die entfremdenden Seiten dieser Moderne im pseudorational-geschlossenen System erst verabsolutiert werden: als Erklärbar-Unerklärbares, als Sichtbar-Unsichtba-

res, als Ganzheitlich-Fragmentiertes, als Geheimwissen, das zugleich auf dem Markt angeboten wird, sich von Letzterem distanziert und zugleich dessen Strukturlogik repräsentiert und damit auch reproduziert.

### Anmerkungen

- 1 Magnin, Chantal/Rychner, Marianne: Ohnmacht – Allmacht. Zur Strukturlogik der Esoterik. Schriftenreihe Kultursoziologie, zu beziehen bei: Institut für Soziologie, Lerchenweg 36, 3000 Bern 9
- 2 Carl Gustav Jung: Das Seelenproblem des modernen Menschen. In: Seelenprobleme der Gegenwart. Psychologische Abhandlungen Band III. Zürich 1931, S. 373.
- 3 Adorno, Theodor W.: The Stars Down to Earth, in: derselbe: Gesammelte Schriften, Band 9/2. Soziologische Schriften II, Zweite Hälfte. Frankfurt a. M. 1975, S. 7-120
- 4 Adorno, Theodor W.: Studien zum autoritären Charakter. Frankfurt a.M. 1973.
- 5 Oevermann, Ulrich: Eine exemplarische Fallrekonstruktion zum Typus versozialwissenschaftlicher Identitätsformation. In: H.-G. Brose und B. Hildenbrand (Hrsg.): Vom Ende des Individuums zur Individualität. Opladen 1981, S. 246.
- 6 Namen hier, wie auch in allen andern Fällen, geändert
- 7 Vers 4, 23-25, in: Die Bibel. Herausgegeben im Auftrag der Bischöfe Deutschlands, Österreichs und für die Psalmen und das Neue Testament auch im Auftrag der Evangelischen Kirche in Deutschland. Stuttgart 1980, S. 1091.
- 8 Thorwald Dethlefsen: Krankheit als Weg. München 1983.
- 9 Claude Lévi-Strauss: Strukturele Anthropologie. Frankfurt a.M. 1967 (1958), S. 197ff.
- 10 Max Weber: Die Marktvergesellschaftung. In: Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen 1980 (1920), S. 382ff.
- 11 Es handelt sich hier um eine Aussage von Engler, die sie im Verlauf des Interviews gemacht hat.
- 12 Materialienband (unveröffentlicht) S. 15, Zeilen 28 und 29. Als Element der Fallstruktur von Susanne Engler zitiert in »Ohnmacht – Allmacht«. (vgl. Anmerkung 5)

■ **»... das ist so eine verzweifelte Situation, ... dass man der jungen Frau den Weg in den Tod ebnen muss.«**

Beihilfe zum Suizid für psychisch Kranke? – Eine Videoanalyse



Jennifer Hartog und Ulrike Hoffmann-Richter

### Zusammenfassung

Sterbebeihelfer fordern für sich ein, dass sie sonst hoffnungslos Kranken oder hoffnungslos Lebenden aus Mitleid zum Sterben verhelfen. Dies sei ein »Gnadentod«. Das »Recht« auf Sterben wird nach den terminal Kranken nun auch für psychisch Kranke eingefordert. Der Beitrag analysiert die Anfangssequenz einer Fernsehdiskussion zur Suizidbeihilfe. Aktueller Anlass war das Angebot der Sterbehilfeorganisation Exit in der Schweiz Ende 1998, einer knapp dreißigjährigen, körperlich gesunden, aber schwer depressiven jungen Frau, zum Tod zu verhelfen.

Sterbebeihelfer erleben sich selbst als Helfende. Zwischen ihnen und dem oder der zum Sterben Entschlossenen entsteht für einige Zeit eine nahe bis sehr enge Beziehung. Thematisiert wurde sie bislang vereinzelt unter der Perspektive der Persönlichkeit der »Helfer«. Gemeinsam ist diesen Beschreibungen die unbewältigte Ohnmachtserfahrung. In der Überzeugung dem Verzweifelten Gutes zu tun, wird der Tod angeboten. Die Sterberfahrung scheint dabei für den »Helfer« individuell unterschiedliches zu bedeuten. Hendin beschreibt den niederländischen Sterbebeihelfer Cohen als einen Menschen, der nach intensiver Nähe suche. Wiederholt habe er davon geschwärmt, wie nah er den Menschen in ihrer Todesstunde gekommen sei (Hendin 1997). In ähnlicher Weise beschreibt Rita Marker Derek Humphry (1993). In einem Gespräch zur Untersuchung der Exitsuizide in Basel bezeichnete einer der Exit-Vertreter einen anderen als »nekrophil«. Diese »Logik« der Sterbebeihilfe blendet die Tatsache aus, dass mit ihren Forderungen die Solidarität der Lebenden zerbricht. Der Konsens über das Grundrecht auf Leben ist aufgehoben (Finzen/Hoffmann-Richter, in Vorbereitung).

## Vorgeschichte der Videoaufzeichnung

Im Dezember 1998 wollte die Schweizerische Organisation Exit einer 29-jährigen jungen Frau zum Suizid verhelfen. Der Kantonsarzt erfuhr davon, als die Familie sich bereits mit dem Suizidwunsch einverstanden erklärt hatte und in einer Zeremonie von der Tochter Abschied nehmen wollte. Sie wurde gegen ihren Willen in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Wochenlange Pressekommentare beschäftigten sich mit den Aktivitäten von Exit und der Frage, ob psychisch Kranke das »Recht« zur Beihilfe zum Suizid hätten. Am 9.3.1999 veranstaltete das Schweizer Fernsehen einen »Zieschtigs-Club« zum Thema. Anwesend waren Pfarrer und Sterbebeihilfer Kriesi, der die Patientin in den Tod hatte begleiten wollen; der Organisationsberater und Theologe Czwalina, der den Kantonsarzt alarmiert hatte; ein Psychotherapeut, der sich bereit erklärt hatte für einen Patienten Kontakt zu Exit aufzunehmen und der Psychiater und Vorsitzende der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, Hubschmid, sowie die Moderatorin. (Zur Sterbehilfeorganisation Exit und zur Situation in der Schweiz sei auf die Publikation Finzen et al. Im Druck verwiesen. Der Zieschtigs-Club ist die wöchentlich Dienstags-Abends ausgestrahlte Diskussionsrunde in DRS 1; sie greift aktuelle Themen auf, genießt eine hohe Einschaltquote und wird schweizweit beachtet und diskutiert.)

## Analyse der Videosequenzen

Die Sendung dauert 70 Minuten. Davon wurden die ersten fünf Minuten transskribiert. Aus Platzgründen kann nicht die ganze Sequenz abgedruckt werden, sondern nur kurze Ausschnitte. Sie geben die ersten Stellungnahmen von Kriesi und Czwalina auf die Fragen der Moderatorin wieder. Die Analyse der Ausschnitte muss sich wiederum auf ausgewählte Aspekte konzentrieren: die Eingangsfragen der Moderatorin; die Bezeichnungen für »die junge Frau«; Kriesis und Czwalinas Schilderung der Situation.

## *Transskription*

Die Transskription der Eingangsfragen der Moderatorin (Mod), der ersten zwei Redebeiträge des Herrn Kriesi (Kri) und des ersten Redebeitrags von Herrn Czwalina (Cwa) wurde mit Hilfe von HIAT (Halbinterpretative Arbeitsstranskription, Ehlich und Rehbein 1976) durchgeführt. Die SyncWRITER-Software ermöglicht die Partitur-Schreibweise mit dem Computer. Wie in den Partituren der Musik werden die verschiedenen Stimmen mit ihrem z.T. simultanen Auftreten in sogenannten Partiturfächern

(Fl.) dargestellt. HIAT bedient sich der literarischen Umschrift. Folgende Transskriptionskonventionen wurden in der unten abgedruckten Transskription verwendet:

° kurze Pause

a/ Reparatur

a... Abbruch

aaa besonders betont

- a-Parthese

a: Dehnung eines Vokals

unterstrichen Schwerpunkt der Satzintonation

Die schweizerdeutschen Redebeiträge wurden mit einer Translationsspur (Übersetzung) versehen um die Verständlichkeit sicherzustellen. Es handelt sich dabei also nicht um eine Simultanübersetzung.

Sprechersigel:

Moderatorin: Mod

Kriesi: Kri

Cwalina: Cwa

Translationsspuren:

Translationsspur Mod: TS-Mod

Translationsspur Kri: TS-Kri

1

Mod Herr Kriesi, viel Lüt gkönt nôt versta:, finde es

TS-Mod *Herr Kriesi, viele Leute können nicht verstehen, finden es verantwortungslos*

2

Mod verantwortigslos, dass Sie einer • junge • drissijährige Frau, wo

TS-Mod *dass Sie einer • jungen • dreißigjährigen Frau, die zwar schwer krank ist*

3

Mod zwar schwer krank isch, psychisch, aber s Labe noch vor sich

TS-Mod *psychisch, aber das Leben noch vor sich hat, Sterbehilfe anbieten wollen.*

4

Mod hat, • wânt Sterbehilfe abüten. Wie sind Sie zu der Überzügig

TS-Mod *Wie sind Sie zu der Überzeugung*

5

Mod gko:, dass es für die jüing Frau kein andere Weg mehr git?

TS-Mod *gekommen, dass es für die junge Frau keinen anderen Weg mehr gibt?*

6 Mod

Kri (hörbares Einatmen) • • Ich ha mit der jungen Frau

TS-Kri *(hörbares Einatmen) • • Ich habe mit der jungen Frau verschiedene Gespräche*

7 Mod	
Kri	verschiedene Gespräche   gha. Sie hat mir ihr ganze Elend
TS-Kri	<i>gehabt. Sie hat mir ihr ganzes Elend geschildert,  Steigende Intonation</i>
8 Mod	
Kri	gschilderet, ihre ganze Werdegang. • Ich ha mit de Eltere
TS-Kri	<i>ihren ganzen Werdegang. • Ich habe mit den Eltern Kontakt</i>
9 Mod	
Kri	Kontakt gha, mit der Muetter, mit de Geschwisterterte, mit dem
TS-Kri	<i>gehabt, mit der Mutter, mit den Geschwistern, mit dem Vater.</i>
10 Mod	
Kri	Vater. Mir händ schriftlich miteinander kommunilziert. Mir händ
TS-Kri	<i>Wir haben schriftlich miteinander kommuniziert. Wir haben   Steigend   Steigend</i>
11 Mod	
Kri	telefoniert miteinander. Mir händ über lange Zit händ mir
TS-Kri	<i>miteinander telefoniert. Wir haben über lange Zeit miteinander • Steigend</i>
12 Mod	
Kri	miteinander •Verbindige gha. Und • s Leid und s Elend von
TS-Kri	<i>Verbindung gehabt. Und das Leid und das Elend von dieser</i>
13 Mod	
Kri	dere junge Frau isch mir <u>derart</u> unter d Hut gange, hat mir d
TS-Kri	<i>jungen Frau ist mir derart unter die Haut gegangen, hat bei mir die</i>
14 Mod	
Kri	Überzügig geweckt, dass sie • <u>will</u> sterbe, dass sie kei
TS-Kri	<i>Überzeugung geweckt, dass sie sterben <u>will</u>, dass sie keine Lebensperspektive</i>
15 Mod	
Kri	Labesperspektive mehr gseht und dass wenn <u>mir</u> ihre net hilft,
TS-Kri	<i>mehr sieht und dass wenn <u>wir</u> ihr nicht helfen, dass sie es selbstverständlich</i>
16 Mod	
Kri	dass sies selbstverständlich <u>selber</u> macht. Das ist eine
TS-Kri	<i><u>selber</u> macht. Das ist eine</i>
17 Mod	
Kri	Überzügig, wo bei mir im Lauf • von etliche Monat gwachsen
TS-Kri	<i>Überzeugung, die bei mir im Laufe von mehreren Monaten gewachsen ist.</i>
18 Mod	
Kri	ischt.



19  
 Mod (Auslassung) Könnnt Sie für eus a chli konkreter schildere, wie  
 TS-Mod (Auslassung) Könnnten Sie uns ein bisschen konkreter schildern, wie es der

20  
 Mod s dere Frau gange isch. Sie saget, äh es isch ihre net guet  
 TS-Mod Frau gegangen ist. Sie sagen, äh es ist ihr nicht gut gegangen. Sie hat

21  
 Mod gange. Sie hat nümme welle laben.  
 TS-Mod nicht mehr leben wollen.  
 Kri Die Frau hat mir  
 TS-Kri Die Frau hat mir geschildert, dass

22  
 Kri geschilderet, dass sie sit • fünf Jahre nit mehr berufsfähig ischt,  
 TS-Kri sie seit • fünf Jahren nicht mehr berufsfähig ist, • dass sie innerlich wie gelähmt

23Kri • dass sie innerlich wie glähmt ischt, • dass sie • a kein einzige  
 TS-Kri ist, dass sie kein einzige Beziehung

24  
 Kri Beziehig • mit einem Ma: hat könne • längere Zit realisiere,  
 TS-Kri zu einem Mann über längere Zeit realisieren konnte,

25  
 Kri dass sie das • irgendwie nüt erlebt. Sie isch nit drusko warum  
 TS-Kri dass sie das irgendwie nicht erlebt. Sie hat nicht herausbekommen

26  
 Kri Die Frau hat mir aus der Kindheit anfang verzähle. Ihre  
 TS-Kri warum. Die Frau hat angefangen mir aus ihrer Kindheit zu erzählen. Ihre

27  
 Kri ganze Schierigkeite von der Pubertät a weg, mit der Erziehig,  
 TS-Kri ganzen Schwierigkeiten von der Pubertät an, mit der Erziehung, mit ihrer • äh

28  
 Kri mit ihrer • äh Ausbildig. Nachher mit der Unfähigkeit, a Bruf  
 TS-Kri Ausbildung. Nachher mit der Unfähigkeit, einen Beruf

29  
 Kri auszübe. Die Frau hat mir • all ihr Erfahrig und Erlabnis mit  
 TS-Kri auszüben. Die Frau hat mir all ihre Erfahrungen und Erlebnisse mit der

30  
 Kri der Klinik verzählt: Das sind für Sie derartige • Horrorleb /  
 TS-Kri Klinik erzählt: Das sind für Sie derartige • Horrorleb / Horrorerlebnisse

- |    |        |   |
|----|--------|---|
| 31 | Kri    | Horrorerlebniss gsi, dass sie mir gesait hat, (hörbares                                     |
|    | TS-Kri | <i>gewesen, dass sie mir gesagt hat, (hörbares Schlucken), sie würde <u>nie</u> mehr im</i> |
| 32 | Kri    | Schlucken) • sie werde <u>nie</u> mehr im Lebe in a Klinik inne ga.                         |
|    | TS-Kri | <i>Leben in eine Klinik hineingehen.</i>  |
| 33 | Kri    | Sie wisse, dass sie das viel kränker gemacht heig, als sie inne                             |
|    | TS-Kri | <i>Sie wüsste, dass das sie viel kränker gemacht hätte, als sie hineingegangen sei.</i>     |
| 34 | Kri    | gange seig. Und sie gsäch <u>gar</u> kei andere Möglichkeit meh als                         |
|    | TS-Kri | <i>Und sie sähe <u>gar</u> keine andere Möglichkeit mehr als dass sie ihr</i>               |
| 35 | Kri    | dass sie ihres Leben düeg beende. Und wenn mir net helfet,                                  |
|    | TS-Kri | <i>Leben beenden täte. Und wenn wir ihr nicht helfen, dann</i>                              |
| 36 | Kri    | dann mach sie s eineweg. Das isch über etliche Monate gange.                                |
|    | TS-Kri | <i>macht sie es trotzdem. Das ist über mehrere Monate gegangen. •</i>                       |
| 37 | Kri    | • Sehr schnell händ dann d Eltere Kontakt mit mir aufgno. Die                               |
|    | TS-Kri | <i>Sehr schnell hatten die Eltern Kontakt mit mir aufgenommen. Die</i>                      |
| 38 | Kri    | Geschwisterte händ dann mir gschriebe. Der Vater au. • I ha                                 |
|    | TS-Kri | <i>Geschwister haben dann mir geschrieben. Der Vater auch. • Ich habe</i>                   |
| 39 | Kri    | dann mit der Muetter telefoniert. • Mir händ dann später                                    |
|    | TS-Kri | <i>dann mit der Mutter telefoniert. • Wir haben dan<del>g</del> später regelmäßig</i>       |
| 40 | Kri    | regelmäßig Kontakt gha via Telefon. Und zum Teil au ganz                                    |
|    | TS-Kri | <i>Kontakt gehabt über Telefon. Und zum Teil auch ganz</i>                                  |
| 41 | Kri    | persönliche Kontakt. Und immer meh hat sich bei mir die                                     |
|    | TS-Kri | <i>persönlichen Kontakt. Und immer mehr hat sich bei mir die Überzeugung</i>                |
| 42 | Kri    | Überzüig verdichtet, da isch ane so verzweifelte Situation, da                              |
|    | TS-Kri | <i>verdichtet, dass es eine so verzweifelte Situation ist, da ist das Leid von einer</i>    |
| 43 | Kri    | sch s Leid von nere Familie, wo sie kei Vorstellig meh hat,                                 |
|    | TS-Kri | <i>Familie, die keine Vorstellung mehr hat, wie man sie lösen könnte.</i>                   |

44	Kri	wie mer des könnte löse. Und was für • <u>mich</u> dann
	TS-Kri	<i>Und was für mich dann hauptsächlich den</i>
45	Kri	<u>hauptsächlich</u> der Ausschlag ge hat, dass au d gesamte Familie •
	TS-Kri	<i>Ausschlag gegeben hat, dass auch die gesamte Familie keine andere Lösung</i>
46	Kri	a kei ander • Lösig meh gseh hat • und • mit <u>mir</u> d Überzügig
	TS-Kri	<i>mehr gesehen hat und mit mir die Überzeugung geteilt hat, dass man dieser</i>
47	Kri	gteilt hat, dass mer dere junge Frau der Weg in d Tod inne
	TS-Kri	<i>jungen Frau den Weg in den Tod ebnen muss.</i>
48	Kri	muss ebne.
49	Mod	(Auslassung) Können Sie eus schildere, was passiert isch und
	TS-Mod	<i>Können Sie uns schildern, was passiert ist und was Sie dann</i>
50	Mod	was <u>Sie</u> dann nachher gmacht hant?
	TS-Mod	<i>nachher gemacht haben?</i>
	Cwa	(räuspert sich) Also, zuerst
51	Cwa	einmal bezweifele ich • äh, dass die Familie • so geschlossen
52	Cwa	dahinter stand, • äh wie Sie das jetzt sagen, Herr Kriesi. Zum
53	Cwa	anderen • vielleicht grundsätzlich: Mir ist es <u>sehr</u> schwer
54	Cwa	gefallen, hierher zu kommen. Und ich hab mir persönlich
55	Cwa	einen Rahmen gesteckt, dass <u>ich</u> • äh <u>nichts</u> über • die Familie
56	Cwa	• in irgendeiner Weise • heute Abend sage. Äh • wenn ich mir
57	Cwa	vorstelle, dass die Tochter diese Sendung mitansieht, wenn ich
58	Cwa	mir vorstelle, dass es tatsächlich <u>ihr</u> nicht gut geht, dann fühle
59	Cwa	ich eine große Verantwortung, dass ich nicht durch irgendeinen
60	Cwa	Satz einen größeren Schmerz zufüge. Auslassung: Thema
61	Cwa	»Verhinderung des Suizids«) Ich habe gestaunt, wie <u>schwer</u> es

62 Mod TS-Mod Cwa	war. • Dass es nicht leicht war. Und ansonsten äh...	Was händ Was haben
63 Mod Ts-Mod Cwa	Sie dann alles gemacht? Also... Sie dann alles gemacht? Also...	Das möchte ich jetzt im
64 Cwa	Einzelnen hier nicht ausführen. Ich habe jedenfalls zunächst	
65 Cwa	einmal geguckt, wer dafür zuständig ist. Und habe mich dort	
66 Cwa	bemüht, • zu bitten, dass es verhindert wird. Und ich denke, •	
67 Cwa	ich repräsentiere sozusagen die Stimme des Volkes, die ich	
68 Cwa	hier ähm • ... Jeder andere würde auch handeln, ja? Und ich	
69 Cwa	bin froh, • dass sagen wir mal im Augenblick äh diese Sache	
70 Cwa	nicht geschehen ist. Weil ich glaube, • dass die • äh <i>Schneller Anschluss</i>	
71 Cwa	gewissensmäßige Behandlung, Ver /, also äh ja das, was die	
72 Cwa	Familie im <u>Nachhinein</u> äh erlebt – auch an psychischer	
73 Cwa	Belastung – gar nicht vorauszusehen ist. Und mich erschreckt	
74 Cwa	auch, wenn Sie sagen, die ganze Familie war dahinter. Das ist	
75 Cwa	eine Situation, die <u>umso</u> vorsichtiger behandelt werden muss.	

### Die Eingangsfragen der Moderatorin

Mod resümiert die zu diskutierende Kasuistik (Fl 1-4) und führt damit zugleich das Thema »Beihilfe zum Suizid« ein, bevor sie Kri ihre Frage stellt (Fl 4-5). Mod stellt das Schockierende dadurch heraus, dass sie die angebotene Sterbebeihilfe mit dem Alter der jungen Frau kontrastiert (*junge, drissigjährige Frau* Fl 2). Beide Charakterisierungen werden durch eine vorher gesetzte Pause betont. Dass die Frau psychisch schwer krank ist, wird durch die Angabe in einem Nebensatz heruntergespielt: *Wo zwar schwer krank isch* (Fl 3). Das Adjektiv *psychisch* (Fl 3) erscheint als Nachtrag zur Krankheitserwähnung innerhalb des Nebensatzes. Die angebotene Sterbebeihilfe kontrastiert mit der Lebenserwartung einer Dreißigjährigen (*s Laben no vor sich hat* Fl 3).

An der Formulierung der Frage an Kri fällt auf, dass Kri und nicht die Dreißigjährige als Akteur auftritt (*Wie sind Sie zu der Überzügig gko*, Fl 4). Statt nach den Beweggründen der jungen Frau zu fragen, fragt Mod nach der Entwicklung der Überzeugung bei Kri. Schon der Gebrauch des Ausdrucks *Überzügig* legt nahe, dass Kri in den Vorbereitungsgesprächen für die Fernsehsendung mit Mod eingehend von seinen Überzeugungen gesprochen hat, die er in seinem Redebeitrag mit Steigerungen einbringen wird. Möglicherweise ist diese Verwendung bei Mod also ein Zitat aus den Vorgesprächen mit Kri oder aus dem Exit-Informationsmaterial.

### Bezeichnungen für die »junge Frau«

Die drei uns hier interessierenden Gesprächsteilnehmer bezeichnen die junge Frau in unterschiedlicher Weise. Während Mod sie eine *junge, drissigjährige Frau* nennt (Fl 3), greift Kri die Bezeichnung *junge Frau* am Anfang (Fl 6 und 13) und am Ende (Fl 47) seines Redebeitrags auf. Ansonsten spricht er distanzierend nur von *der Frau* (Fl 21, 26, 29). Er tut dies gerade dann, als es um ihre ganz persönliche Erfahrung geht, die Kri so nahe mitbekommen hat, wie er selbst schildert. Wollte man professionell nicht von einer *Patientin* sprechen wäre *Klientin* wohl die passende Bezeichnung gewesen. Czwalina spricht nur einmal von ihr und bezeichnet sie dabei als *Tochter* (Fl 57). So steht die junge Frau im Kontext zu ihrer Familie. Möglicherweise klingt zusätzlich an, wie Czwalina die Übertragungsbeziehung zu ihr sieht. Auf keinen Fall aber bleibt sie isoliert und distanziert *die Frau*.

### Die Situationsschilderung Kriasis

Kri baut seine Situationsschilderung zum ersten Mal eindrucksvoll auf Fl 6-18 auf. Die Aufzählung der vielfältigen Kontakte legt nahe, dass es sich um eine intensive Beziehung handelt (Fl 6-12). Tatsächlich aber erfährt man nichts über die Inhalte. Es bleibt bei der Behauptung einer Kette von Kontakten: *verschiedene Gespräche* (Fl 7), *mit de Eltere Kontakt gha* (Fl 8-9), *mit der Muetter* (Fl 9), *mit de Gschwischterte* (Fl 9), *mit dem Vater* (Fl 10). Die Art des Kontaktes wird angeführt (*schriftlich kommuniziert*, Fl 10, *telephoniert*, Fl 11). Quantitativ wurde viel geredet: *über lange Zit* (fl 11), *ganze Werdegang* (Fl 8). Die einzige qualitative Kennzeichnung erscheint im Vorfeld des ganzen Werdegangs: *Elend* (Fl 7). Weil es sich um die einzige Charakterisierung mitten in technischen Einzelheiten handelt, ist sie einprägsam.

Der Rhythmus wird bei Kri zum entscheidenden prosodischen Element. Kris Redebeitrag steuert auf den Höhepunkt in Fl 12-14 zu. Seine einzeln aufgezählten Unternehmungen reiht er rhythmisch aneinander: Statt einer zu erwartenden fallenden Intonation am Ende der Äußerung auf Fl 7, 10 und 11 steigt sie. Bei der Hörerin entsteht der Eindruck einer hohen Aktivität, über die sie allerdings nichts Inhaltliches erfährt. Die hohe Aktivität suggeriert die intime Vertrautheit mit der Familie, die wiederum nicht belegt wird. In Bezug zum Inhalt wirken die Äußerungen Kris in gleicher Länge auf Fl 6-12 wie eine Liturgie. Bis Kri zu seinen einschlägigen Erfahrungen kommt, ist die Hörerin rhythmisch eingelullt: Die Charakterisierung der Situation der Frau als *Elend* (Fl 12) erfährt eine Steigerung (*s Leid und s Elend*, Fl 12). Die *Überzügig* (Fl 14), die bei Kri *geweckt* (Fl 14) wurde, ist nicht das Ergebnis einer rationalen Urteilsbildung, sondern Resultat einer irrationalen, unmittelbaren, (über)sinnlichen Erfahrung. In Verbindung mit dem Liturgie-ähnlichen, Trance induzierenden Rhythmus gleicht das Bekenntnis der geweckten Überzeugung einem Erweckungserlebnis. Passend dazu ist die Qualität der übersinnlichen Erfahrung an die Zeit gebunden: Nachdem die *Überzügig* *geweckt* wurde (Fl 14), ist sie *im Lauf von* ° *etlichen Monaten gewachsen* (Fl 18). Die kleine Sprechpause vor der Zeitangabe signalisiert deren Bedeutung.

Ganz im Gegensatz zur aufgebauten Dramaturgie lassen sich im Redebeitrag Kris kaum Affekte ausmachen. Affektbetont ist lediglich die Stelle, an der er seine hautnahe Erfahrung beschreibt: Die Tiefe seiner sinnlichen Erfahrung (*derart unter d Hut gange*, Fl 13) wird – auch syntaktisch – zur Willensstärke der jungen Frau in Beziehung gesetzt (*dass sie* ° *will sterbe*, Fl 14).

Kris zweiter Redebeitrag kann als Steigerung seines ersten analysiert werden. Kri listet die Gründe auf, die für den Suizidwunsch sprechen:

- *sit fünf Jahr nit meh berufsfähig* (Fl 22);
- *innerlich wie gelähmt* (Fl 23);
- *a kei einzige Beziehig mit einem Ma:* (Fl 23-24);
- *ihre ganze Schwirigkeite von der Pubertät aweg* (Fl 27);
- *mit der Erziehig* (Fl 27);
- *mit ihrer Ausbildig* (Fl 28);
- *nachher mit der Unfähigkeit, a Bruf auszübe* (Fl 28-29);
- *all ihre Erfabrige und Erlabnis mit der Klinik* (Fl 29-30).

Die neuerliche Steigerung erreicht Kri dadurch, dass er nicht nur über die junge Frau berichtet, sondern sie auch zu Wort kommen lässt, wenngleich in indirekter Rede (Fl 31-36). Ihre Aussagen sind aber sehr allgemein und führen nicht zu einer genauen Vorstellung von der jungen Frau bei den Hörern. Die Litanei der Kontakte mit der Familie aus Fl 6-12 werden

zwischen Fl 37-41 fast wörtlich wiederholt. Als Steigerung erscheint der *persönliche Kontakt* (Fl 41). Ihn hätte man eigentlich als etwas Normales erwartet.

Die *Überzügig*, die bei Kri in Fl 14 erstmals *geweckt* worden war und in Fl 18 *gewachsen* ist, *verdichtet* sich auf Fl 42. Der Höhepunkt der Überzeugung entsteht, nachdem nicht nur die junge Frau sondern *d gesamte Familie* (Fl 46) verzweifelt ist. Dies führt dazu dass die gesamte Familie mit Kri *d Überzügig geteilt hat* (Fl 47). Wenn aber die Familie mit Kri die Überzeugung teilt, ist der Vertreter von Exit nicht mehr nur Zuhörer, sondern Akteur. Er erscheint neuerlich als aktiv handelnde Person, an deren Überzeugung sich die andern anhängen. Und in diesem Moment wird der Suizidbeihelfer erstmals unpersönlich (*man*, Fl 47) und zugleich zwingend (*muss*, Fl 48). Wer bestimmt, dass man der jungen Frau den *Weg in d Tod inne muss ebne* (Fl 47-48)? Üblicherweise ebnen die erfahrenen Mitglieder einer Gesellschaft den jüngeren den Weg ins Leben (die Ausbildung, den Beruf, an einen Arbeitsplatz, in eine Familie), nicht aber in den Tod.

### Die Situationsschilderung Czwalinas

Während Mod und Kri bis zur Wortwahl zu schneller Verständigung gekommen zu sein scheinen, tritt Cwa als Kontrapunkt auf den Plan: *Also, zuerst einmal bezweifle ich...* (Fl 50-51);... *zum anderen... mir ist es sehr schwer gefallen, hierher zu kommen,* (Fl 52-54). Sein Anfang wirkt nicht nur abgrenzend, sondern fast schroff. Von Rhythmus oder Dramaturgie ist hier kaum etwas auszumachen, Den beiden ersten folgt eine dritte Abgrenzung: *dass ich ° äh nichts über ° die Familie ° in irgendeiner Weise ° heute abend sage* (Fl 55-56). Seine Pausen an unüblichen Stellen deuten darauf hin, dass er nach Worten sucht, womöglich in dem Bemühen, dass die Abgrenzung nicht noch schroffer ausfällt als sie erscheinen muss. Auch das Anliegen in der zweiten Frage der Moderatorin weist er zurück: *Das möchte ich jetzt im Einzelnen hier nicht ausführen* (Fl 62-63).

Bei wiederholter Lektüre tritt aber eine andere Seite hervor: die Rücksichtnahme auf sämtliche beteiligten Personen und Parteien. Zuerst geht es ihm um die Familie: *... bezweifle ich ° äh, dass die Familie ° so geschlossen dahinter stand* (Fl 51-52); *dass ich ° äh nichts über ° die Familie ° in irgendeiner Weise ° heute abend sage* (Fl 55-56). Seine Rede zielt nicht auf den Nachweis des persönlichen Kontaktes mit der Familie, sondern auf deren Schutz: *Äh ° wenn ich mir vorstelle, dass die Tochter diese Sendung mitansieht, wenn ich mir vorstelle, dass es tatsächlich ihr nicht gut geht, dann fühle ich eine große Verantwortung* (Fl 56-59). Es geht ihm um die – um seine – *Verantwortung* (Fl 59). In die Familie eingeschlossen ist die *Tochter*

(Fl 57). Sie ist nicht mehr neutral, keine Einzelperson, sondern Teil der Familie. Mit angesprochen ist aber auch, dass die Sendung ein Publikum hat. Vor ihm muss die Familie mit der Tochter geschützt werden. Aber auch dem Publikum gegenüber fühlt sich Cwa verantwortlich (*Mir ist es sehr schwer gefallen, hierher zu kommen*, (Fl 53-54). Die Antwort selbst richtet sich, wenngleich als Abgrenzung, an Kri, den er persönlich anspricht (*wie Sie das jetzt sagen, Herr Kriesi*, (Fl 52) und an die Moderatorin. Trotz dreifacher Abgrenzung tritt Cwa mit seinem Redebeitrag also in Interaktion mit den Beteiligten.

Auch inhaltlich muss Distanzierung nicht bloße Abgrenzung bedeuten. Sie ist Teil professionellen Handelns. Bei Cwa zeigen sich mehrere Hinweise für professionelle Distanz: Er stellt die Geschlossenheit der Familie im Umgang mit dem Suizidwunsch der Tochter in Frage (*bezweifle ich ° äh, dass die Familie ° so geschlossen dahinter stand*, (Fl 51-52). Er will über die Familie in der Öffentlichkeit nichts aussagen, obwohl ihm die Konzeption solch einer Diskussionsrunde bewusst ist. Der Schutz der Familie geht vor (*dann fühle ich eine große Verantwortung, dass ich nicht durch irgendein Satz einen größeren Schmerz zufüge*, Fl 58-60). Und gerade wenn die Familie einen einheitlichen Wunsch geäußert hätte, gäbe dies in dieser Situation Anlass zur Zurückhaltung (*dass... was die Familie im Nachhinein erlebt – auch an psychischer Belastung – gar nicht vorauszusehen ist... Das ist eine Situation, die um so vorsichtiger behandelt werden muss*, Fl 70-75). Aus professioneller Sicht ist ein heftig oder eindeutig vorgetragener Wunsch also kein Grund, diesem nachzukommen.

Trotz dieses Ringens um professionelle Distanz ist bei Cwa die affektive Beteiligung deutlich zu hören: *Mir ist es sehr schwer gefallen, hierher zu kommen* (Fl 53-54); *ich hab mir persönlich einen Rahmen gesteckt* (Fl 54-55); *dann fühle ich eine große Verantwortung* (Fl 58-59); *dass ich nicht... einen größeren Schmerz zufüge* (Fl 59-60); *Und ich bin froh, ° dass... diese Sache nicht geschehen ist* (Fl 68-69); *Und mich erschreckt auch, wenn Sie sagen, die ganze Familie war dahinter* (Fl 72-74). Seiner Rede ist das Ringen um Formulierungen, die angemessene Wortwahl anzuhören: Selten findet er einen weitertragenden Rhythmus; wiederholt werden Worte und Sätze abgebrochen, korrigiert (*die ich hier ähm ° ... jeder andere...*, Fl 67; *Weil ich glaube, ° dass die ° äh gewissen Behandlung, Ver/, also äh ja das, was die Familie*, Fl 69-71); Pausen treten an unüblichen Stellen auf. Ganz offensichtlich hat Cwa dasselbe noch nicht oft gesagt. Es handelt sich keineswegs um ein Ritual oder eine Liturgie, sondern vielmehr um eine einmalige, schwierige Situation (*mir ist es sehr schwer gefallen*, Fl 53-54), der er sich aber stellt (*Verantwortung*, Fl 59).

Dabei ist Cwa darum bemüht, sein Handeln nicht als etwas Ungewöhnliches (*ich repräsentiere sozusagen die Stimme des Volkes*, Fl 66-67),



Heldenhaftes (*jeder andere würde auch handeln*, Fl 67-68) oder übernatürlicher Erkenntnis entsprungen (*Ich habe jedenfalls zunächst einmal geguckt, wer dafür zuständig ist. Und habe mich dort bemüht, ° zu bitten, dass es verhindert wird*, Fl 63-66) darzustellen. Vielmehr kehrt er – womöglich leicht überzeichnend – die Normalität hervor (*jeder andere würde auch handeln*, Fl 67-68).

Interessanterweise spricht Cwa in seinem ersten Redebeitrag ausdrücklich nicht von Suizid oder Sterbehilfe. Stattdessen umschreibt er die Handlung, die er unterbunden hat mit folgenden Ausdrücken:

- *wer dafür zuständig ist* (Fl 64);
- *dass es verhindert wird* (Fl 65);
- *diese Sache nicht geschehen ist* (Fl 69).

Diese Sache scheint unbenennbar zu sein. Aber auch diese Nichtbenennung hat ihren Grund. Wie sich in der Diskussion später herausstellen wird, hält Cwa diese Sache nicht für einen geplanten Suizid oder Beihilfe dazu, sondern für eine Straftat. Cwa will diese Sache zunächst einmal nicht benennen, wengleich er für sich selbst weiß, was er darunter versteht.

### Diskussion – der organisierte Tod

Kriesi wirkt allenfalls auf den ersten Eindruck als vertrauenerweckender Vertreter der Sterbehilfeorganisation. Bei genauem Zuhören haben seine Prosodie, seine Wiederholungen etwas Zwingendes, das skeptisch stimmt. Inhaltlich hat er kaum etwas zu sagen. Aus der Analyse wird sichtbar, dass seine Redebeiträge geradezu durch inhaltliche Leere und affektive Blässe hervortreten. Die Argumente, die er für die Gewichtigkeit des Suizidwunsches der jungen Frau anführt, sind nicht stichhaltig: Sie ist in den vergangenen Jahren weder im Beruf noch in der Familie noch in einer Partnerschaft zurechtgekommen. Auf wieviel Prozent der Bevölkerung dürfte dieser Zustand zu bestimmten Zeiten des Lebens zutreffen? Seine primär zwingende Rede ist überdies monologisierend und nur mit mangelhaftem Bezug zu den Adressaten.

Demgegenüber wirkt Czwalina zunächst schroff und zurückweisend, zeigt sich dann aber von Anfang an im Gespräch mit allen Beteiligten, die er auch persönlich anspricht oder sich auf sie bezieht. Seine affektive Beteiligung ist ebenso hörbar wie sein Ringen um professionelle Distanz. Nicht der Show-Effekt (der Hinweis auf die eigene gewachsene Überzeugung und die intime Beziehung zur diskutierten Familie) steht im Vordergrund, sondern die Verantwortung gegenüber der Betroffenen und dem Publikum der Sendung. Die junge Frau ernst nehmen bedeutet nicht ihr

Beihilfe zum Sterben zu leisten. Und Suizidbeihilfe ist nicht die einzige Möglichkeit helfend zur Seite zu stehen, im Gegenteil. Krisis Verhalten zeigt sich im Verlauf der Diskussion immer mehr als Mitagieren mit der Patientin, während Czwalina um professionelle Distanz und therapeutische Hilfe bemüht ist – in Abgrenzung von der Öffentlichkeit. Die aufgeführten Kriterien des Lebenswertes der Klientin erweisen sich als erschreckend alltäglich und banal: Die Nekrophilie als Ausweg entpuppt sich in verschiedener Hinsicht als Versuchung: im Anklang an ein Erweckungs-Erlebnis, im Argument der Ästhetik, von der später die Rede ist, in der scheinbaren Einstimmigkeit, in der der Entschluss gefasst wurde – aus dem Erlebnis des »Elends« – und in der Möglichkeit des organisierten Todes als »Lösung« des Problems. Die Sterbebeihilfe aus »Mitleid« erinnert an die nationalsozialistische Argumentation für die Euthanasie (Finzen 1996; Pfäfflin 1999). Schoevers und Mitautoren ziehen den Vergleich mit der Todesstrafe, wenn sie argumentieren, ein Unschuldiger Toter sei einer zuviel (1998). Sollte das nicht ebenso für am Leben Zweifelnde gelten, die unter anderen Umständen gerne weiterleben würden?

## Literatur

- Ehlich, K.; Rehbein J.: Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT), Linguistische Berichte 45 (1976), 21-41
- Finzen, A.: Massenmord ohne Schuldgefühl. Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter auf dem Dienstweg. (1996) Bonn: Edition Das Narrschiff im Psychiatrie Verlag
- Finzen, A. u.a.: Beihilfe zum Suizid. Die Situation in der Schweiz, den Niederlanden; Oregon und den Northern Territories, Spektrum, im Druck
- Finzen, A.: Hoffmann-Richter, U.: Vom Recht auf Krankheit zur Pflicht zum Sterben-Müssen, in Vorbereitung
- Hendin, H.: Seduced by Death. Doctors, Patients and the Dutch Cure. (1997) London: Norton
- Marker, R.: Deadly Compassion. The Shocking True Story of Ann Humphy's Suicide. A Wife's Response to Her Husband's Bestseller Final Exit. Avon Books New York 1995
- Pfäfflin, F.: Sterbenachilfe. In: die Psychotherapeutin 11 (1999), S. 115
- Schoevers, R.A.; Asmus, F.P.; Van Tilburg, W.: Physician-Assisted Suicide in Psychiatry: Developments in the Netherlands. Psychiatric Services 49 (1998) 1475-1480

## ■ Patiententötungen durch Pflegekräfte – Anspruch und Belastung des Pflegepersonals im Umgang mit Leiden und Sterben

■  
Dirk Richter

In den vergangenen Jahren ist es immer wieder zu Tötungen von Patienten durch die sie betreuenden Pflegekräfte gekommen. Die Orte Wuppertal, Wien oder Gütersloh stehen als Synonyme für schreckliche Taten. Bei den Taten handelte es sich überwiegend um Serientötungen, d.h. mehrere Patienten der betreffenden Abteilung wurden von der gleichen Pflegekraft getötet. In der Regel wurde von den Pflegekräften das Motiv des Mitleids mit den Patienten als Rechtfertigung für die Tat angegeben. Bei den getöteten Patienten handelte es sich zumeist um sehr alte, mitunter auch um sehr kranke Menschen (Maisch 1996, Beine 1998). Die folgenden Ausführungen haben das Ziel den Kontext für diese Taten näher zu beleuchten. In diesem Zusammenhang ist zum einen auf die Erwartungshaltungen der Umwelt der Pflegenden, der Patienten und der Pflegenden selbst hinzuweisen. Zum anderen ist auf die Arbeits- und Belastungssituation der Pflegenden einzugehen.

Es gehört zu den Gemeinplätzen der Kulturkritik der modernen Gesellschaft, dass über den Bedeutungsverlust des Todes und des Leidens geklagt wird. In der Tat haben sich die Einstellungen und sozialen Praktiken des Umgangs mit Sterben und Leiden in den vergangenen Jahrzehnten dramatisch verändert (Nassehi & Weber 1989). Die früher selbstverständliche Sinngebung des Todes als soziales Ereignis ist heute allenfalls noch in ländlichen Regionen ansatzweise zu erfahren. Stattdessen findet Sterben und Leiden im Rahmen institutioneller Bedingungen, vor allem im Krankenhaus statt.

Zu dieser räumlichen Veränderung kommt noch ein zweiter Aspekt hinzu, nämlich die lebensverlängernde medizinische Praxis. In vielen Fällen ist der Tod heute kein quasi natürliches Ereignis mehr, sondern wird unter medizinischen und pflegerischen Anstrengungen so lange wie möglich herausgezögert. Bis ins finale Stadium hinein wird unter dem Einsatz von Hochtechnologie noch umfangreiche Diagnostik und Therapie betrieben.

Ein vergleichbarer technischer Aufwand wird auch für den Umgang mit Leiden und Schmerz betrieben. Die moderne Palliativ- und Schmerzmedizin setzt heute Opiate und andere Betäubungsmittel gegen starke und terminale Schmerzen ein. Bis vor wenigen Jahren war diese Praxis aufgrund

des Suchtpotenzials der eingesetzten Präparate undenkbar. Darüber hinaus werden auch Angstzustände und depressive Verstimmungen der Patienten psychopharmakologisch behandelt. So richtig diese Behandlung im Sinne der Schmerzfreiheit des Patienten auch ist, sie nährt die Erwartung von Seiten des Patienten und seiner Angehörigen, dass Schmerzen prinzipiell beherrschbar sind.

Auf das behandelnde Personal, Pflegekräfte wie Mediziner, wirkt sich diese Behandlungspraxis ambivalent, wenn nicht widersprüchlich aus. Einerseits besteht die Verpflichtung lebensverlängernde Maßnahmen zu betreiben. Mit diesen Maßnahmen sind unweigerlich auch Leiden und Schmerzen verbunden. Andererseits wird man mit Erwartungen von Patienten und Angehörigen konfrontiert, das Leiden so gering wie möglich zu gestalten und Schmerzen zu beherrschen.

Insbesondere Pflegekräfte haben häufig den Eindruck zwischen den Stühlen, nämlich zwischen den Ansprüchen der Medizin und den Erwartungen der Patienten und Angehörigen zu sitzen. Machen sie sich zu den Anwälten der Patienten im Sinne der Aufrechterhaltung der verbleibenden Lebensqualität, so werden Konflikte mit den behandelnden Medizinerinnen heraufbeschworen. Unterstützen sie den – zumeist sinnlosen – diagnostischen und medizinischen Aufwand bei den schwerst- und terminalkranken Menschen, so sehen sie die Beziehung zum Patienten in Gefahr.

Pflegekräfte sind in der Regel ›näher‹ am Leiden des Patienten als andere medizinische Professionen. Diese Nähe zum Patienten ist zum einen durch die berufliche Tätigkeit der Pflege selbst bestimmt, zum anderen ist die Beziehung zum Patienten auch mit einem hohen Anspruch bei vielen Pflegenden verbunden. In diesem Beruf wird gemeinhin der Anspruch vertreten, eine ›ganzheitliche‹ Pflege zu leisten, die eine besondere – und letztlich utopische – Beziehungsqualität zwischen Pflegekraft und Patient anstrebt (Richter 1998). Pflegekräfte sehen sich somit aus verschiedenen Richtungen einem hohen Erwartungsdruck ausgesetzt: Mediziner erwarten Unterstützung hinsichtlich Diagnostik und Therapie, Patienten und Angehörige erwarten Unterstützung hinsichtlich der Lebensqualität und der eigene Berufsstand erwartet eine maximal umfassende Pflegepraxis.

Diesem Erwartungsdruck halten einige Pflegenden nicht stand. Die gutachterlichen Protokolle der Prozesse gegen die Pflegekräfte weisen aus, dass Patiententötungen sehr häufig durch hoch qualifizierte, vor allem aber durch hoch engagierte Pflegekräfte verübt wurden (Beine 1998, Maisch 1997). Hinzu kamen jedoch in den meisten Fällen auch psychische Problemlagen: viele der Täter waren sozial isoliert und konnten keine stabilen Beziehungen aufbauen und halten. Bei anderen wiederum wurde die Selbstunsicherheit durch Geltungsdrang und Dominanzstreben kompensiert.

Die Betroffenen mit diesen psychischen Problemlagen wären in anderen Arbeitsfeldern vermutlich nicht auffällig geworden. Das Arbeitsfeld der Pflege mit den oben beschriebenen Charakteristika zeichnet allerdings eine Belastung aus, in der Menschen mit bestimmten psychischen Dispositionen mit Gewalthandlungen und eben auch mit Tötungshandlungen dekomensieren. Tötungsdelikte durch Pflegekräfte sind nicht allein aus der psychischen Struktur der Täter und ebenso wenig allein durch die Arbeitssituation bedingt. Stattdessen muss man bei den Tätern eine psychische Vulnerabilität unterstellen, die in einer Arbeitsumgebung mit physischer und psychischer Extrembelastung dann zu den beschriebenen Taten führte. Patiententötungen geschehen, so meine These, aus der Verschränkung von vulnerablen Persönlichkeiten mit einem besonders belastenden Arbeitsumfeld (Richter & Sauter 1997).

Das bekanntermaßen aus der Psychiatrie stammende Konstrukt der Vulnerabilität wird in der psychologischen Forschung benutzt um das Ausmaß der Verfügbarkeit psychischer Ressourcen zu beschreiben (Jerusalem 1990). Vulnerable Persönlichkeiten verfügen über deutlich weniger psychische und soziale Ressourcen, die zur Bewältigung einer hohen Arbeitsbelastung herangezogen werden können. Dabei kommt es nicht entscheidend auf die >objektive< Arbeitsbelastung an. Andere Mitarbeiter unter den gleichen Stressoren würden nicht in dieser Weise reagieren. Es geht vielmehr darum, wie die Belastung von jeder einzelnen Persönlichkeit erlebt, bewertet und verarbeitet wird.

Die Verschränkung von psychischem Erleben und externen Belastungsfaktoren ist damit ähnlich wie beim sog. Burnout-Syndrom (Burisch 1994) gelagert. Beim Burnout-Syndrom findet man – wie im Umfeld einiger Patiententötungen – ebenfalls Tendenzen zur Dehumanisierung und zur Entwertung der Patienten.

Im Ergebnis sind Patiententötungen auf das Nicht-Passen der Persönlichkeit der Pflegekraft mit der hoch belastenden Arbeitsumgebung zurückzuführen. Dieser Nicht-Passung kann nur durch organisatorische Sicherungsmaßnahmen begegnet werden. Dazu zählen eine verantwortungsvolle Personalauswahl, Supervision für das Behandlungsteam und organisatorische Veränderungen in der Behandlung schwerst- und terminalkranker Menschen.

## Literatur

- Beine, Karl-H.: Sehen – Hören – Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus 1998
- Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 2. Auflage, Berlin: Springer 1994
- Jerusalem, Matthias: Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen: Hogrefe 1990
- Maisch, Herbert: Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 19 (1996), S. 201-205
- Maisch, Herbert: Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. München: Kindler 1997
- Nassehi, Armin und Georg Weber: Tod, Modernität, Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen: Westdeutscher Verlag 1989
- Richter, Dirk: Ganzheitliche Pflege – Trauen die Pflegenden sich zu viel zu? Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 11 (1998), S. 255-262
- Richter, Dirk und Dorothea Sauter: Patiententötungen und Gewaltakte durch Pflegekräfte. Beweggründe, Hintergründe, Auswege. Eschborn: DBfK-Verlag 1997

## ■ Sterbenachilfe

■  
Friedemann Pfäfflin

### Zusammenfassung

Bei Berufsgruppen, die im medizinisch-pflegerischen Bereich tätig sind, ist das Thema »aktive Sterbehilfe« längst kein Tabu mehr, wie eine sorgfältig durchgeführte Befragung Beines (1998) zeigt. Dessen sowie Maischs (1997) Übersicht belegen darüber hinausgehend, dass Serientötungen von Patienten in Intensivstationen und Pflegeheimen vorkommen und es lange braucht, bis dagegen eingeschritten wird. Zur Begründung aktiver Sterbehilfe werden gewöhnlich das »Recht auf den Tod« sowie das »Selbstbestimmungsrecht« von Patienten bemüht. Daneben dienen das »Mitleid mit unheilbar Kranken« und »ökonomische Gesichtspunkte« als weitere Argumentationsfiguren. Der Autor hält die Rede von »aktiver Sterbehilfe« für einen Euphemismus für Tötung. Leid, Leiden und Mitleiden sind nach seiner Auffassung nur um den Preis des Lebens, zu dem sie unverzichtbar gehören, auszugrenzen.

### I.

Die ersten Nachtdienste als Medizinalassistent absolvierte ich in einem konfessionell gebundenen Haus. Da von einem schwerkranken Patienten erwartet wurde, dass er den nächsten Tag nicht mehr erleben würde, wurden seine Angehörigen benachrichtigt und eingeladen die Nacht bei ihm zu verbringen. Wiederholt ging ich ins Krankenzimmer. Der Patient atmete schwer, wand sich, geschüttelt von Hustenattacken, wurde gehalten von seiner erwachsenen Tochter, daneben standen sein Schwiegersohn und sein Enkel. Das Krankenzimmer war erfüllt von seinem heftigen Todeskampf und dem stillen Beistand der Angehörigen. Als ich am anderen Morgen bei der Übergabe davon berichtete, fragte mich der zuständige Oberarzt, warum ich dem Patienten keine »Spritze« gegeben hätte. Ob er explizit die Worte hinzufügte, »um ihn von seinem Leiden zu erlösen«, vermag ich nicht mehr zu sagen, aber sinngemäß zielte seine Frage darauf ab. Ihm schien es selbstverständlich, so zu verfahren; mir dagegen erschien diese Selbstverständlichkeit unglaublich.

Es ist oft beklagt worden, dass Medizinstudenten in ihren ersten Semestern im Anatomieunterricht an der Leiche sozialisiert werden, und es wurde diskutiert, ob dieser Einstieg nicht mit dazu beitrage, dass es in vielen Bereichen unseres Gesundheitswesens so unmenschlich zugehe. Mir erscheint diese Argumentation kurzschlüssig, denn der Unterricht im Präpariersaal kann auch zur Demut Anlass geben. Wer Medizin studieren will, ist darauf vorbereitet; die individuellen Reaktionen auf die Exposition werden unter Kommilitonen und mit den Dozenten reflektiert; man muss sehr viel lernen und hat daneben Zeit sich damit auseinander zu setzen, was Tod und die Konfrontation mit Toten bedeutet, bevor man unmittelbar mit Patienten arbeitet.

Wird man nach dem Examen in die Praxis der klinischen Arbeit entlassen, steht man oft alleine und überfordert vor menschlichen Tragödien. Da könnte der Rat des Oberarztes sich Erleichterung zu verschaffen, indem man beendet, was man mitleidend nicht mehr ertragen kann, verführerisch wirken; heute vermutlich mehr als früher, wo über aktive Sterbehilfe ganz offen diskutiert wird, Angehörige und Ärzte, die sich dazu hinreißen lassen, in manchen Ländern mit einem sicheren Freispruch rechnen können, wenn sie überhaupt vor Gericht kommen. Die Diskussion hat eine ins Selbstverständliche gleitende Note bekommen, die ihrerseits unglaublich ist.

## II.

Die Selbstverständlichkeit ist weit verbreitet, wie aus den von Beine (1998, dort insb. S. 266-338) erhobenen Umfrageergebnissen unter Krankenschwestern und -pflegern, Altenpflegern und Ärzten hervorgeht. Von 7795 Antwortern waren 4616 (59,22 %) der Überzeugung, »dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines leidenden/sterbenden Menschen zu beenden«, und 3251 (41,71 %) bejahten die Frage danach, ob die Gesetze in der Bundesrepublik entsprechend den niederländischen Regelungen, die unter bestimmten Umständen aktive Sterbehilfe straffrei stellen, geändert werden sollten (explizit verneint wurde die Frage allerdings nur von 36,59 %, während 21,71 % unentschieden waren).

Gefragt nach den besonderen Umständen, die aktive Sterbehilfe rechtfertigen könnten, rangierte an erster Stelle die Berufung auf das *Selbstbestimmungsrecht* eines ausweglos Kranken, der dies in freier Willensentscheidung selbst fordert (bejaht von 4205 bzw. 53,94 % der Befragten). Bei den Antwortalternativen über Patienten, die zu solch einer freien Willensentscheidung nicht mehr fähig sind, deren Angehörige aber mit aktiver Sterbehilfe für den unheilbar Kranken und voraussichtlich bald ster-



benden Patienten einverstanden sind, lag die Zustimmung deutlich niedriger (1691 bzw. 21,69 % der Befragten).

Obwohl nicht explizit entsprechend formuliert, war mit dieser Frage das »*Mitleidsmotiv*« angesprochen bzw. das »*Motiv, den Kranken von seinem Leiden zu erlösen*«. In abgeschwächter Form gilt dies wohl auch für die folgende Frage, die zur Diskussion stellte, ob aktive Sterbehilfe erlaubt werden sollte bei geistig verwirrten/psychisch kranken, zu einer freien Willensentscheidung nicht mehr fähigen, intensiver Betreuung und Pflege bedürftigen Patienten, die nie wieder gesund und leistungsfähig werden und deren Angehörige mit der aktiven Beendigung von deren Leben einverstanden sind (bejaht von 471 bzw. 6,04 % der Befragten).

Nur 60 Personen bzw. 0,77 % der Befragten bejahten die Frage nach *ökonomischen Rechtfertigungsgründen*. Die Behauptung, der zuzustimmen bzw. die abzulehnen war, lautete: »In Anbetracht der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung müssen wir schon aus Gründen der Fairness gegenüber der Solidargemeinschaft der Versicherten dahin kommen, irreversible Leidenszustände zu beenden.«

Man mag aus den Ergebnissen schließen, dass das Wissen um sowie die Auseinandersetzung mit der Tötung Geisteskranker in der NS-Zeit zu einer Sensibilisierung geführt hat, die es verbietet, so blanken Utilitarismus explizit kundzutun. So direkt mag keiner sagen, was viele dennoch vermutlich denken und was bei den hohen Zahlen aktiver Sterbehilfe, die aus den Niederlanden berichtet werden, hintergründig wahrscheinlich mitspielt. Allerdings hat sich eine Verschiebung ergeben: Nicht mehr die psychisch Kranken und Behinderten stehen heute im Zentrum der Diskussion um Sterbehilfe, sondern vor allem die chronisch und unheilbar Kranken der somatischen Medizin.

Zwei große, parallel und unabhängig voneinander entstandene Studien haben in den vergangenen Jahren die aktuelle Diskussion über Patiententötungen zusammengefasst. Maisch (1997, vgl. Pfäfflin 1998) schrieb seinen Bericht zu einer Zeit, als er selbst schon von einem unheilbaren Leiden gezeichnet war, und setzte sich darin mit dem neuen kriminologischen Phänomen von Serientötungen auf Intensivstationen sowie geriatrischen Stationen in Krankenhäusern, in Alten- und Pflegeheimen und schließlich auch mit den Entwicklungen in den Niederlanden auseinander. Das Kernstück seiner Abhandlung sind die mit »Innenansichten« überschriebenen Kapitel 7 und 8, in denen er Lebensläufe, Persönlichkeitsstrukturen, Entwicklungen zur Tat und Beweggründe einzelner Täter, die er selbst in zwei Schwurgerichtsverfahren begutachtet hatte, darstellte.

Beines (1998) Arbeit, die an Hand von Presseberichten und Gerichtsakten ebenfalls einen Überblick über die seit 1954 bekannt gewordenen

Fälle von Serientötungen in Einrichtungen der Alten- und Gesundheitspflege gibt, kommt das Verdienst der eigenen, bereits zitierten umfangreichen und detailgenauen Einstellungsbefragung zu, die er im Kontext vorausgegangener Umfrageergebnisse seit Anfang der 70er Jahre diskutiert um dadurch Trends nachzuzeichnen. Die Diskussion dieser Umfrageergebnisse stellt das Kernstück seiner Arbeit dar, während die Darstellung der biografischen Entwicklungen und Konflikte von Täterinnen und Tätern sehr an der Oberfläche bleibt, weshalb es sich empfiehlt, Maischs Arbeit parallel zu jener von Beine zu lesen.

Dessen Hinweis darauf, dass die meisten Opfer von Serientötungen nicht moribund oder besonders gequält waren, sondern dass die innere Befindlichkeit der Täterinnen und Täter entscheidend war für die Tötungshandlungen, gibt im Hinblick auf die Tötungsbereitschaft von Mitarbeitern des Gesundheitswesens und vor dem Hintergrund der hohen Zahl Unentschiedener besonders zu denken.

### III.

Filme scheinen ein besonders probates Mittel zu sein öffentlich für aktive Sterbehilfe zu werben. In der Regel individualisieren sie das Problem und appellieren an das Mitleid der Zuschauer.

In der frühen bundesrepublikanischen Filmgeschichte war es der 1950 unter der Regie von Willi Forst abgedrehte Streifen »Die Sünderin« mit Hildegard Knef in der Hauptrolle (Katholisches Institut für Medieninformation 1995). Sie spielt eine junge Frau, die in den Nachkriegsjahren aus unerquicklichen und politisch ehemals gefährdeten bürgerlichen Verhältnissen zur Prostituierten wird. Als ein Betrunkener ins Nachtlokal torkelt und übel behandelt wird, nimmt sie sich seiner an und entdeckt in diesem suizidalen, an einem Hirntumor leidenden Maler ihre große Liebe, die ihr Leben radikal verändert. Hingebungsvoll umorgt sie ihn, erspart später dem zunehmend Erblindenden, der nur noch unverkäufliche, verworrene Bilder zu Stande bringt, die damit verbundene Kränkung und materielle Not, indem sie Verkäufe seiner Werke vortäuscht, tatsächlich aber sich selbst wie früher immer wieder verkauft. Als er schließlich ganz erblindet ist, vergiftet sie ihn mit jenem Gift, das sie ihm bei seiner Rettung abgenommen hatte. Anschließend vergiftet sie sich selbst.

Der heute vergessene erste Nachkriegsfilm Willi Forsts wurde zum größten Skandal des deutschen Films; nicht jedoch, weil, wie vielfach vermutet wurde, der nackte Busen der Protagonistin für Bruchteile von Sekunden zu sehen war, sondern vielmehr wegen der Verherrlichung des Suizids der Protagonistin – damals noch als Selbstmord unter Strafandro-

hung stehend – sowie wegen der Verherrlichung der Tötung aus Mitleid, womit die »Euthanasie«-Debatte wiederbelebt wurde. Demonstrativ zogen sich die Kirchen aus der »Freiwilligen Selbstkontrolle der Filmwirtschaft« (bis zu deren Reorganisation) zurück, freilich mit dem Effekt, dass der Film ein Kassenschlager wurde, der die »Erlösung« eines anderen von unerträglichem Leiden verherrlichte.

Das Vorbild des Streifens »Die Sünderin« ist in Wolfgang Lieben-einers auch heute in seiner Suggestivkraft kaum übertroffenem Erfolgsfilm »Ich klage an« aus dem Jahr 1941 zu sehen, der, ohne das Wort »Euthanasie« an einer einzigen Stelle zu erwähnen, der aufkeimenden Beunruhigung in Teilen der deutschen Öffentlichkeit über die Vergasung psychiatrischer Patienten entgegenwirken sollte, und dem dies auch gelang. In den außer-ordentlich eindrucksvollen Einstellungen und Dialogen kommen alle Argumente gegen die Tötung unheilbar Kranker zur Sprache um schließlich im Namen der Selbstbestimmung der Kranken, im Namen der Humanität, des Mitleids, des Fortschritts und anderer hehrer Ziele entkräftet zu werden. Die verschiedenen Drehbuchentwürfe und Filmfassungen, der Zeitpunkt der Freigabe des Filmes sowie die Texte der Rezensionen wurden auf höchster Ebene mit den Spitzen des NS-Staates abgestimmt um unter anderem die Kritik Graf Galens, des Bischofs von Münster, geschickt abzufedern (Roth 1985, 1986). Mit der Vertagung der in der Zeit von 1938 bis 1941 geführten internen Diskussion über die Legalisierung der Morde an Patienten auf die Zeit nach dem Kriege verschwand auch das im Entwurf bereits paraphierte »Gesetz über die Lebensbeendigung bei unheilbar Kranken und Lebensunfähigen« in den Schubladen, während in Wirklichkeit die Tötung von Patienten, die als unheilbar krank oder »lebensunwert« eingestuft worden waren, zumindest in vielen psychiatrischen Kliniken zum Alltag gehörte (Aly 1985, Roth u. Aly 1983, v. d. Bussche 1989, Pfäfflin et al. 1994).

#### IV.

Wenn man in Diskussionen über Sterbehilfe die NS-Zeit erwähnt, bringt man sich gewöhnlich ins Abseits.

Die meisten Gesprächspartner haben es satt, sich darüber auseinander zu setzen. Zu Recht verweisen sie auf Differenzen zur heutigen Zeit: Damals herrschte Diktatur, heute leben wir in einer Demokratie. Selbstverständlich handelte es sich bei der Tötung Geisteskranker um Verbrechen, die zudem überwiegend ohne Wissen der Öffentlichkeit begangen wurden, heute sei etwas Vergleichbares nicht möglich; im Gegenteil stünden heute psychisch Kranke und Behinderte unter besonderem Schutz.

Auch der Hinweis auf die aktuellen Serientötungen wird rasch zurückgewiesen: Eindeutig handele es sich dabei um Verbrechen, die deshalb juristisch geahndet werden müssten und auch werden. Das habe doch nichts damit zu tun, dass man ernsthaft über aktive Sterbehilfe nachdenken könne und müsse, ja dass es sich dabei um eine Aufgabe handele, vor der die hochtechnisierte Medizin ihre Augen nicht mehr verschließen könne, zumal sie die chronischen Leidenszustände durch ihre Maßnahmen erst schaffe. Bei Beachtung des aktuell geäußerten oder zuvor, z.B. in Form einer notariell beglaubigten Patientenverfügung, geäußerten Willens eines Kranken habe dessen Selbstbestimmungsrecht Vorrang vor Skrupeln, die letztlich nur dazu beitrage, das Leiden des Kranken zu verlängern.

Wahrscheinlich ist es klüger, man unterlässt den Hinweis auf die NS-Zeit. Denn die dadurch ausgelöste affektive Abwehr ist in der Regel so stark, dass sie ein weiteres ruhiges Gespräch verhindert.

Warum ist die Abwehr so stark? Weil tatsächlich die Erfahrungen aus der NS-Zeit lehren könnten, *wohin es führt, wenn man einmal die Unantastbarkeit des Lebens zur Disposition stellt*, ungeachtet dessen, dass die politischen Rahmenbedingungen heute ganz andere sind. Die Argumentationslinien gleichen sich mit zwei Ausnahmen aufs Haar. Die Ausnahmen betreffen erstens rassehygienische Argumentationen, die in Deutschland derzeit von niemand Ernstzunehmendem vorgetragen werden, und zweitens die Zielgruppen; in der NS-Zeit waren es vornehmlich psychisch Kranke und Behinderte, während es jetzt vornehmlich um chronisch körperlich Kranke und Alte geht.

Ähnlich bzw. deckungsgleich mit der alten Diskussion sind dagegen unter anderen folgende Punkte:

1. Auch damals begann die Diskussion über und der praktische Einstieg in aktives Töten an schwer missgebildeten Neugeborenen, ganz analog der Neuauflage dieser Diskussion durch den australischen Moralphilosophen Singer (1979, Kuhse u. Singer 1985).
2. Auch damals wurde das Terrain durch individuelle, mitleidsheischen- de Darstellungen von Einzelfällen (vgl. die beiden Filmbeispiele) bereitet und als Handlungskonsequenz des Mitleids das Töten empfohlen, (um dadurch die eigene Überforderung durch Mit-Leiden zu beenden).
3. Auch damals dienten die auf das leidende Individuum bezogenen Argumentationsfiguren der Durchsetzung ökonomischer Interessen (vgl. die alten Rechenbeispiele über die Kosten der Behandlung von Geisteskranken und die heutigen Klagen über die Kosten der Intensivmedizin).

Auf die Formulierung »Vernichtung lebensunwerten Lebens«, die programmatisch von Binding u. Hoche (1920) eingeführt worden war, und die dem NS-Unrecht an Patienten den Weg bereitete, kann man offenbar sehr leicht verzichten. Stattdessen spricht man heute davon, das Selbstbestimmungsrecht eines Kranken werde geachtet, wenn man ihm die Spritze verabreicht oder das Atemgerät abstellt. Damit werde sein zuvor kundgetaner Wille respektiert. Übersehen wird dabei, dass bereits Binding u. Hoche mit der Trias von Freiheit des Einzelnen (= Selbstbestimmungsrecht), Mitleid gegenüber dem sterbenden und unheilbar kranken Menschen und mit ökonomischen Interessen der Allgemeinheit das »Recht auf den Tod« (Jost 1895) begründeten.

## V.

Die Einschaltung von Ethikkommissionen und vergleichbaren Gremien in Entscheidungen zur Sterbehilfe soll legitimieren, dass das Recht auf Leben zur Disposition gestellt wird. Wie solche Gremien umgegangen und von der Praxis überholt werden, lehren die Erfahrungen aus der NS-Zeit und die niederländischen Erfahrungen gleichermaßen. Kann man wirklich das Recht auf das Leben tauschen gegen ein (Selbstbestimmungs-)Recht auf den Tod? Verspielt man damit nicht das Recht auf Leben?

Nach langjähriger intensiver Beschäftigung mit Akten aus Erbgesundheitsgerichtsverfahren sowie aus Heil- und Pflegeanstalten, Psychiatrischen Universitätskliniken sowie Kinderkliniken des »Dritten Reiches« vermag ich von jener Wirklichkeit nicht mehr zu abstrahieren, wann immer die Diskussion auf »aktive Sterbehilfe« kommt, ein Euphemismus für Tötung bzw., sofern die Zustimmung des Getöteten nicht vorliegt, Mord.

Wenn Schwestern, Pfleger und Ärzte heute auf Intensivstationen oder in Pflegeheimen zu Tätern werden, kann man sich mit ihrer Biografie, ihrer Überlastung und ihren Konflikten auseinander setzen, wie Maisch dies in beispielhafter Weise getan hat um sie zu verstehen, auch wenn man ihre Taten verurteilen muss. Verstehen mag man auch den unheilbar kranken Patienten, der eine Patientenverfügung hinterlegt und darin aktive Sterbehilfe für sich fordert, doch muss man dieses Ansinnen nicht billigen. In beidem, dem Töten wie der Forderung getötet zu werden, spiegelt sich eine Absage an das Leben, das in unserer Zeit fast ausschließlich als Funktionieren-Können konzeptualisiert ist. Leid, Leiden und Mitleiden sollen darin keinen Platz haben. Wer meint, sie ausgrenzen zu können, kann es nur um den Preis des Lebens.

## Literatur

- Aly, Götz (1985) Der saubere und der schmutzige Fortschritt. Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 2: 9-78, Rotbuch Verlag, Berlin
- Binding, Karl u. Hoche, Alfred (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Meiner, Leipzig
- Beine, Karl-Heinz (1998) Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Lambertus, Freiburg i. Br.
- Bussche, Hendrik van den (Hrsg.) (1989) Medizinische Wissenschaft im »Dritten Reich«. Kontinuität, Anpassung und Opposition an der Hamburger Medizinischen Fakultät. Dietrich Reimer, Berlin, Hamburg
- Jost, Adolf (1895) Das Recht auf den Tod. Soziale Studie. Dieterich'sche Verlagsbuchhandlung, Göttingen
- Katholisches Institut für Medieninformation und Katholische Filmkommission (Hrsg.) (1995) Lexikon des Internationalen Films, S. 5416-5417
- Kuhse, Helga u. Singer, Peter (1985) Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants. Oxford University Press, Oxford, New York, Melbourne (dt.: Muss dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener. Harald Fischer Verlag, Erlangen, 1993)
- Maisch, Herbert (1997) Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler, München
- Pfäfflin, Friedemann (1998) Rezension von Maisch, Herbert: Patiententötungen, sowie Nachruf auf Herbert Maisch. Psychiatrische Praxis 25(2): 96-97
- Pfäfflin, Friedemann, Rüb, Herbert u. Göpfert, Matthias (1994) Die Verflechtung der Universitätspsychiatrie in die nationalsozialistischen Anstaltstötungen am Beispiel der Hamburger Universität. In: Wahl, Gunter u. Schmitt, Wolfram (Hrsg.): Vom Nutzen und Nachteil der Historie. (Wissenschaftliche Beiträge zur Geschichte der Seelenheilkunde, Bd. 1) Verlag Kommunikative Medien und Medizin, Reichenbach, S. 175-194
- Roth, Karl Heinz (1985) Filmpropaganda für die Vernichtung der Geisteskranken und Behinderten im »Dritten Reich«. Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 2: 125-193, Rotbuch Verlag, Berlin
- Roth, Karl Heinz (1986) Filmpropaganda für die Vernichtung der Geisteskranken und Behinderten im »Dritten Reich«. Diss. med. Universität Hamburg
- Roth, Karl Heinz u. Aly, Götz (1983) Die Diskussion über die Legalisierung der nationalsozialistischen Anstaltsmorde in den Jahren 1938-1941. Recht & Psychiatrie 1(2): 51-64
- Singer, Peter (1979, 1993) Practical Ethics. Cambridge University Press, Cambridge (dt.: Praktische Ethik. Reclam, Stuttgart, 1994)

### Bücher



*Lilla Sachse: Heilsame Erfahrungen. Biotop Mosbach: Eine Gruppe als Wegbegleiter durch psychotische Krisen. Nachwort von Ursula Plog. Paramus Verlag Neumünster 1998*

Lilla Sachse ist Psychoanalytikerin. Sie lässt sich nieder, zunächst in Heidelberg und dann im ländlichen Mosbach, auf halber Strecke zwischen den Landeskrankenhäusern Wiesloch und Weinsberg. Zehn Jahre später ist aus der analytischen Praxis das »Biotop Mosbach« geworden: ein Haus als Treffpunkt und Rückzug, eine Praxis für Gruppen- und Einzeltherapie (auch) schizophrener Menschen, ein Verein psychoseerfahrener Menschen. Ein Zentrum für Selbsthilfe, nein mehr: ein Zentrum für Selbsttherapie. Wo sind sich in unseren Tagen schon einmal Psychoanalyse und Realität so nahe gekommen?

Das Buch beschreibt ganz handfest, wie psychotische Krisen sich anbahnen (was nicht so neu ist), wie sie von den Psychoseerfahrenen und der Analytikerin gemeinsam ausgemacht werden (was schon spannender ist), wie die Teilnehmer innerhalb und außerhalb der Gruppe mit den psychotischen Krisen einzelner Teilnehmer umgeht (das ist wirklich fast unglaublich) und wie die Analytikerin das Geschehen in ihr theoretisches Modell

einordnet (das reizt zur Auseinandersetzung).

Im Biotop Mosbach gehen Menschen ein und aus, die sich Großteils seit Jahren kennen und einschätzen können, wem sie vertrauen und wer ihnen besonders nah ist. Psychotische Krisen, die sie fast alle schon erlebt haben, können sie aneinander und an sich selbst in diesem Umgang frühzeitig erkennen. Manchmal nützt das sehr viel. Manchmal gehen die Dinge trotzdem ihren Gang.

In der analytischen Gruppe ist wenig von Gruppenmatrix, Übertragung auf die Gruppe und so weiter zu spüren. Mehr geht es um den Einzelnen in der Gruppe. Essen oder trinken können dazugehören, jeder soll sich doch so behaglich fühlen, wie es eben geht. Ebenso wichtig wie die Interaktion und die Dynamik in der Gruppe ist das, was außerhalb der Gruppe abläuft: Flirts und Ausflüge, Telefonmarathons und frisch gekochte Suppe (nicht so eine »Päcklesuppe«). Für den Durchschnitts-Alltags-Psychiater ereignen sich da unerhörte Dinge. Die Gruppenteilnehmer diskutieren ihre Medikation, holen telefonisch Rat bei der Analytikerin ein, suchen die Compliance bei ihren KollegInnen zu beeinflussen, gewähren aktiv Ruhe in Krisen, besprechen Notfallinterventionen mit Ärzten nach. Und zwischendurch ist auch mal wieder die eine oder der andere im LKH, das ist eben so, es sind keine Vorzeige-Edel-Patienten mit sauber geputzten Modellpsychosen, sondern man kennt sie aus den Kliniken der voll versorgenden Psychiatrie. Hier im »Biotop« wird ihnen etwas zugetraut, und es zeigt sich, wie heilsam sie mit

sich und den anderen umgehen. Eine Gesundheitsreform, die den Namen wirklich einmal verdient.

In mehreren Kapiteln reflektiert Lilla Sachse, was sie denn da in der Gruppe und im Biotop erlebt. Sie ist den englischen Analytikern verpflichtet, Winnicott schwebt durch das Biotop, und Melanie Klein lugt um so manche Ecke. Der Klein'sche Schritt von der schizoid-paranoiden Position zur depressiven Position spielt eine Rolle. Aber diese älteren Begrifflichkeiten stellen kein Korsett dar für Lilla Sachse. Der Umgang mit den Gruppenteilnehmern ist völlig anders als beim Kleinianischen Deutungsbarock. Grundlage ist szenisches Verstehen und die Bedeutung des Handlungsdialogs. Das reflektierte Tun ist wirksamer als die verbale Deutung. Das Vorgehen von Lilla Sachse in der Gruppe mit psychoseerfahrenen Menschen entspricht dem Stand moderner psychoanalytisch-psychiatrischer Behandlung. Grundlage ist die Beziehung und was sich konkret abspielt (einschließlich der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse). Hintergrund ist die Psychodynamik, also die Ergründung der Bedeutung von Verhalten und Erleben im individuellen, subjektiven biografischen Kontext.

Psychosen können eine späte Folge sein von frühen Entwicklungsstörungen. Lilla Sachse liefert eine Reihe von Beispielen, die dieses theoretische Modell untermauern. Bei der Lektüre wurde mir deutlich, wie auch mich diese Sicht in meinem psychiatrischen Alltag einengt. Die immer wieder angesprochenen Mütter müssen/werden sich erneut an den Pranger gestellt fühlen. Mit den Vätern rechnet Lilla

Sachse sowieso kaum, sie spielen ihre schwache Rolle in autoritärer Verzerrung oder in weichlicher Unzuverlässigkeit. Bei den Fallbeispielen sind die Mütter im Blickfeld: Sie halten ihre Säuglings-Söhne »in einer symbiotischen Omnipotenz fest« oder stürzen den kleinen Mann in den Zwiespalt »zwischen der kraftlosen, ängstlichen Mütterlichkeit seiner Mutter und seiner unbändigen Gier nach der guten, freigiebigen Brust«. Für die Säuglingstöchter sieht's auch nicht viel besser aus. Es geht hier weniger um die einzelnen Beispiele und ob es in den Familien schrecklich zugeht oder nicht. Aber man könnte Sachses Blickwinkel sinnvoll erweitern: wie kann denn eine Mutter mit dem Kleinkind umgehen, wenn sie nicht die erforderliche Sicherheit in der Beziehung zu ihrem Partner hat? Die Triade Mutter-Vater-Kind ergibt als Ganzes einen Sinn, nicht indem immer wieder allein die Mütter benannt werden.

Die Angehörigenbewegung wird nicht wirklich beruhigt sein, wenn statt »schizophrenogener Mütter« die »Frühstörungen erzeugenden Eltern« auftreten. Darauf wird in der Verlags-einleitung zu Recht verwiesen. Aber es ist nicht die Aufgabe einer psychoanalytischen Projektstudie, das Problem von Schuld und Beteiligung in Familiensystemen zu lösen. Es hilft auch nicht weiter, harmonisierend auf die heilsamen Möglichkeiten der »Übertragungsfamilie« in der Großgruppe zu verweisen – Ursula Plog stellt diese romantische Verbrämung in ihrem Nachwort zu Recht in Frage. Es kommt vor, dass Beziehungen schlecht funktionieren, kränken und schweren Schaden anrichten. Leider



wirkt sich das in frühen Stadien der Persönlichkeitsentwicklung besonders extrem aus. Wir werden damit leben müssen.

Das »Biotop Mosbach« wird wie alle großen Projekte von diesen Anmerkungen nicht beschädigt. Wir werden von Lilla Sachse eingeladen uns berühren zu lassen und zu staunen. Wie (fast) alle großen Projekte entstand das Biotop ohne öffentliche Hand, ohne PsychPV und ohne personenbezogene Bedarfsermittlung. Vielleicht lernt man deshalb so viel davon.

■  
Ingo Engelmann, Buchholz

■  
*Grieser, Jürgen (1998):  
Der phantasierte Vater. Zur  
Entstehung und Funktion des  
Vaterbildes beim Sohn. 284 S.,  
DM 48,- Edition diskord,  
Tübingen 1998.*

Dieses Buch beinhaltet eine umfassende Zusammenstellung der nach den Jahren hoher Bedeutsamkeit der frühen Mutter-Kind-Erfahrungen erneut und neu hervortretenden Theorien zur Bedeutsamkeit des Vaters in der Entwicklungsgeschichte von Söhnen. Dabei geht es Grieser weniger um die realen Beziehungserfahrungen als vielmehr um deren phantasmatische Ersetzungen, Ergänzungen und Überarbeitungen, deren regressive und prospektive Aspekte für die Entwicklung der Vater-Sohn-Beziehung bzw. deren Verinnerlichung und Bildung des Vaterimago beim Sohn von der frühesten Kindheit bis hin zur Adoles-

zenz. Im Bemühen um Vollständigkeit werden Vertreter der Triebtheorie, der Objektbeziehungstheorie, der Selbstpsychologie und auch verschiedene Soziologen zu den unterschiedlichsten Fragestellungen zitiert. Auf diese Weise gelingt dem Autor eine interessante – gut leserliche – Darstellung vielfältiger Interpretationsmöglichkeiten, die aber eigene Stellungnahmen und Gewichtungen vermissen lässt.

So finden sich beispielsweise Ergebnisse empirischer Untersuchungen wie zur Situation von Söhnen ohne Väter, uninterpretiert neben komplexen theoretischen Überlegungen – eine unkritisch wirkende Aneinanderreihung. Dies geht zudem auch auf Kosten manch hochinteressant scheinender psychoanalytischer Studien, die innerhalb der Reihe aller, kurz erwähnt, unterzugehen drohen, wenn der Leser nicht – im Eigeninteresse – auf die Literaturangaben zurückgreift.

Die Stärke des Buches liegt insbesondere in der Veranschaulichung von Theorie durch teilweise ausführliche Betrachtungen von prominenten (verinnerlichten) Vater-Sohn-Beziehungen und deren vermeintliche Bedeutsamkeit für das (kreative) Leben der Söhne.

So befasst sich der Autor in Kapitel III mit der »Konstruktion der Vaterimago bei Freud« und stellt Verbindungen her zwischen autobiografischem Material und der Entwicklung der Oedipustheorie. Dabei greift er nicht nur zurück auf die Beziehung Freuds zu seinem Vater, sondern auch deren versuchte Weiterentwicklung in der Auseinandersetzung mit dem psychoanalytischen Kollegen über jeweils spezifische theoretische Erkenntnisse,

die dann wiederum in Zusammenhang gestellt werden können mit dem jeweiligen Entwicklungsstand der Vaterimago. Es wird gezeigt, wie die Schlüsselszene einer Enttäuschung am Vater, die innerlich nicht zugelassen werden kann, Phantasieobjekte hervorbringt und in der Folge Fantasien, spezifische Interessen und Theorieentwicklungen prägt. Ähnliche Aufarbeitungen findet man zu Picasso, Hölderlin, Sartre, Kafka etc.

Der Bedeutung der in der Entwicklung hochproblamtischen Phase der Adoleszenz wird sowohl anhand der Beispiele als auch einzelner, langer Zeit unbeachtet gebliebener Themen ausreichend Rechnung getragen. Kapitel wie »Zur Aggression zwischen Vater und Sohn«, »Das Schweigen zwischen Vater und Sohn«, »Versuche

das Schweigen zu durchbrechen«, die Verwerfung» und die Bezugnahme zum gesellschaftlichen Kontext »Von der Vater-Sohn-Beziehung zur Kulturtheorie« etc. werden der Ausweitung psychoanalytischer Theorie über die frühen Entwicklungen hinaus gerecht und berücksichtigen die spezifischen Schwierigkeiten von Adoleszenten und ihren Vätern heute.

Griesers Buch hat einen hohen Informationsgehalt und ist in dieser Hinsicht zweifellos wertvoll für Therapeuten, vor allem, wenn sie mit Jugendlichen arbeiten. Um beim Lesen aber nicht zum oberflächlichen Konsumenten zu werden, bedarf es einer eigenen Be- und Verarbeitung des vorgelegten Materials.

■  
Astrid Kloth, Sulzburg

## Die Autorinnen und Autoren

- Dipl.-Psych. Ulrike Bondzio  
Ottenser Hauptstrasse 44  
D-22765 Hamburg  
Psychoanalytikerin in eigener Praxis
- Prof. Dr. Asmus Finzen  
Psychiatr. Universitätsklinik Basel  
Wilhelm Klein-Strasse 27  
CH-4025 Basel  
Nervenarzt und Psychotherapeut,  
Sozialpsychiater; Stv. ärztlicher  
Direktor der Klinik
- Dr. phil. Jennifer Hartog  
Waldhofstrasse 62  
D-79108 Freiburg  
Sprachwissenschaftlerin
- lic.phil. Chantal Magnin  
Quartiergasse 17, CH-3013 Bern  
Historikerin und Soziologin
- Evelin Nagel Novosel  
Maiengasse 16  
CH-4056 Basel  
Psychiaterin und Psychotherapeutin  
in eigener Praxis
- Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin  
Universität Ulm  
Sektion Forensische Psychotherapie  
Am Hochsträß 8  
D-89077 Ulm  
Psychiater und Psychoanalytiker;  
Leiter der Sektion
- Dr. Dirk Richter  
Westfälische Klinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Postfach 8020  
D-48046 Münster  
Soziologe
- lic.phil. Marianne Rychner  
Winkelriedstrasse 34  
CH-3014 Bern  
Historikerin und Soziologin
- Dr. Dr. Klaus Schonauer  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Albert-Schweitzer-Strasse 11  
D-48149 Münster  
Arzt f. Psychiatrie; Sprachwissen-  
schaftler; Oberarzt
- Lucie Trevisan  
Neubad-Apotheke  
Neubadstrasse 138  
CH-4054 Basel  
eidg. dipl. Apothekerin in eigener  
Apotheke, Grossrätin

## Die Psychotherapeutin

versteht sich • als Publikationsforum vornehmlich für Frauen,  
• als schulen- und fachübergreifend, • praxisorientiert und  
theoriebewusst und • aus dem Blickwinkel von Frauen.

Sie ist offen für Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Sprach- und Literaturwissenschaften, Kultur- und Sozialgeschichte u.a.m.

Psychotherapie wird verstanden als therapeutische Arbeit mit Konzepten der Psychoanalyse, der humanistischen Psychologie, der Systemtheorie und Verhaltenstherapie und anderen rational begründeten Methoden.

Die Psychotherapeutin bietet ein Diskussionsforum zur Frage, was Psychotherapie ausmacht und wie sie praktisch wirken kann; zu Kritik, zu neuen Fragestellungen und theoretischen Neuansätzen. Dazu bedarf sie der Auseinandersetzung mit Leserinnen und Lesern, der aktiven Beteiligung von Autorinnen und der inhaltlichen und materiellen Unterstützung.

### Die Themen seit 1994

Heft 1 (1994): Psychotherapie und Psychiatrie

Heft 2 (1995): Psychotherapie in Institutionen

Heft 3 (1995): Psychotherapie und Recht

Heft 4 (1996): Verletzliche Beziehungen (vergriffen)

Heft 5 (1996): Psychotherapeutin werden

Heft 6 (1997): Psychotherapie fürs Leben –  
Leben für die Psychotherapie

Heft 7 (1997): Fremde in der Psychotherapie

Heft 8 (1998): Wieviel Alltag braucht die Psychotherapie?

Heft 9 (1998): Das Böse

Heft 10 (1998): Geschichte und Geschichten

**Herausgeberinnen:**

Beatrice Alder, Basel; Ulrike Hoffmann-Richter, Luzern;  
Ursula Plog, Berlin

**Mitarbeiterinnen:**

Johanna Lalouschek (Wien), Almuth Massing (Göttingen), Mariele Ritter-Gekeler (Müllheim/ Baden), Angela Schürmann (Lübeck).  
Autorinnen wenden sich bitte an die geschäftsführende Herausgeberin:  
Dr. Ulrike Hoffmann-Richter, SUVA, Fluhmattstr. 1, CH-6002  
Luzern. Telefon 0041/61/32 15 770; E-Mail: uhr@datacomm.ch

**Erscheinungsweise und Bestellungen**

Die Psychotherapeutin erscheint halbjährlich im Juni und November in der Edition Das Narrenschiff. Das Einzelheft kostet DM 25,- oder sFr. 25,- oder öS 351,- zuzüglich Versandkosten.  
Bestellungen über den Buchhandel oder den Psychiatrie-Verlag, Thomas-Mann-Str. 49a, D-53111 Bonn,  
Tel.: 0049/228/7 25 34-0; Fax 0049/228/7 25 34-20  
E-Mail: verlag@psychiatrie.de; <http://www.psychiatrie.de/verlag>

**Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag**

Die Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag wird von Beatrice Alder und Asmus Finzen herausgegeben. Sie macht es sich zur Aufgabe, anspruchsvolle wissenschaftliche Texte zur Sozialpsychiatrie, Psychiatriesozio-logie, Psychiatrie- und Psychotherapiegeschichte, -philosophie und -politik zu veröffentlichen.  
Herausgeberin und Herausgeber fühlen sich zeitkritischer Vernunft verpflichtet. Sie streben die Verbreitung von Büchern an, die jenseits von Zeitgeist und modischen Strömungen Bestand haben.

Die neuesten Titel in der Edition Das Narrenschiff:

ANGERMEYER/ZAUMSEIL: Verrückte Entwürfe (1997)

MARNEROS: Sexualmörder (1997)

MÜLLER: Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? (1998)

FINZEN: Das Pinelsche Pendel (Sozialpsychiatrische Texte 1: 1998)

DÖRNER/PLOG: 1968. Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Republik (Sozialpsychiatrische Texte 2: 1999)

JÜRGEN MÜLLER: Der Pazient als Psychiater. Oskar Panizzas Weg vom Irrenarzt zum Insassen. **Neuerscheinung** Herbst 1999

Fordern Sie für weitere Informationen das Verlagsverzeichnis an.

**Wenn Sie  
die Psychotherapeutin abonnieren  
oder ein Einzelheft bestellen wollen,**

brauchen Sie nur diese Seite auszufüllen und an den  
Psychiatrie-Verlag zu schicken. Das Abonnement verlängert  
sich automatisch um das nächste Kalenderjahr, wenn es nicht  
bis zum 30. September gekündigt wird. Natürlich nimmt auch  
jede Buchhandlung Ihre Bestellung entgegen.

- Ich abonniere die Psychotherapeutin  
zum Preis von 45,- DM/sFR oder 360,- ÖS  
für zwei Ausgaben im Jahr ab Heft: .....
- Ich möchte das Projekt die Psychotherapeutin  
mit einem Förderabonnement  
für 100,- DM/sFR oder 800,- ÖS unterstützen
- Ich bestelle folgende Einzelhefte für 25,- DM/sFR  
oder 195,- ÖS zzgl. Versandkosten (Anzahl / Ausgabe):  
.....  
.....
- Ich hätte gerne ein Verlagsverzeichnis

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Anschrift anzugeben:

Vor- und Nachname: .....

Straße: .....

Land, Plz, Ort: .....

Unterschrift .....

Bitte einsenden

an den Psychiatrie-Verlag, Thomas-Mann-Str. 49a, D-53111 Bonn  
oder an Ihre Buchhandlung