

Mainzer Beiträge zur  
Kulturanthropologie / Volkskunde



WAXMANN

Mirko Uhlig, Michael Simon,  
Johanne Lefeldt (Hrsg.)

# Sinnentwürfe in prekären Lebenslagen

Interdisziplinäre Blicke auf  
heterodoxe Phänomene des Heilens  
und ihre Funktionen im Alltag

# Mainzer Beiträge zur Kultur­anthropologie / Volkskunde

herausgegeben von  
der Gesellschaft für Volkskunde in Rheinland-Pfalz e. V.

Band 9



Waxmann 2015  
Münster • New York

Mirko Uhlig, Michael Simon,  
Johanne Lefeldt (Hrsg.)

# Sinnentwürfe in prekären Lebenslagen

Interdisziplinäre Blicke auf  
heterodoxe Phänomene des Heilens und  
ihre Funktionen im Alltag



Waxmann 2015  
Münster • New York

### **Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

### **Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie / Volkskunde, Band 9**

ISSN 1864-6387

ISBN 978-3-8309-3205-5

© Waxmann Verlag GmbH, Münster 2015

[www.waxmann.com](http://www.waxmann.com)

[info@waxmann.com](mailto:info@waxmann.com)

Umschlaggestaltung: Pleßmann Design, Ascheberg

Umschlagbild: Die Aufnahme zeigt Altargegenstände vor einer Schwitzhütte, deren Initiatoren für ihre Ritualarbeit schamanische und buddhistische Konzepte kombinieren, Belgien im Spätherbst 2012 © Mirko Uhlig

Druck: Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier, säurefrei gemäß ISO 9706



Printed in Germany

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, verboten.

Kein Teil dieses Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

# Inhalt

<i>Mirko Uhlig, Michael Simon, Johanne Lefeldt</i> Zur Einführung .....	7
<i>Bernd Rieken</i> Psychoanalytische Körperpsychotherapie und indigener Schamanismus – Unterschiede und Gemeinsamkeiten .....	9
<i>Mita Banerjee</i> „Nimm dein Pony aus meinem Garten“: Formen des Heilens in Louise Erdrichs „Love Medicine“ und Jonathan Wacks „Powwow Highway“ .....	21
<i>Oliver Müller</i> Spuren des Schamanischen und der Geistheilung im fiktionalen Film .....	33
<i>Michael Simon</i> Schamanen in der Eifel – eine literaturanthropologische Spurensuche .....	53
<i>Mirko Uhlig</i> Trübe, dunkle Monde? – Feldnotizen und Überlegungen zu gegenwartsschamanischen „Ratgebern“ in der Eifel .....	67
<i>Johannes Müske</i> Volksmedizin als kulturelles Erbe: Populäres Heilwissen zwischen „Aberglaube“ und „lebendiger Tradition“ in der Schweiz .....	89
<i>Florian G. Mildenberger</i> Heilströme und Heildrähte – Medikale Subkulturen im Bereich der Geistheilung in der Adenauerära .....	107
<i>Anne-Christin Lux</i> Mythos Morlok. Historisches Wirken und gegenwärtige Inszenierung einer „Heilerdynastie“ .....	129
<i>Uwe Schellinger</i> Scharlatan und Wohltäter: Der „Wunderheiler von Schutterwald“ im Fokus von Öffentlichkeit, Justiz und Wissenschaft .....	155
<i>Dagmar Hänel</i> „Maria hat geholfen“ – Heterodoxe Konzepte von Heilung in Kontexten christlicher Religion, Religiosität und Spiritualität .....	181

<i>Christoph Leder</i> Über die Wiederentdeckung der Religiosität in der psychiatrischen Versorgungslandschaft .....	195
<i>Martina R. Mühlbauer</i> Singen und Heilen: Antworten aus prekären Lebenslagen – Eine Feldforschung aus der „Stadt der Musik“ Wien .....	221
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren .....	237

## Zur Einführung

Geistiges, mediales oder auch energetisches Heilen, in der Literatur nicht selten unter dem durchaus diskussionswürdigen Konzept einer „Laienmedizin“ zusammengefasst, stellt kein Relikt voraufklärerischer Zeiten dar. Vielmehr gehört es als vitaler Bestandteil neben den Methoden der akademischen Medizin auch in der sogenannten Spätmoderne zum Kanon lebensweltlich erprobter Gesundheitspraktiken.

Das Thema selbst erscheint in der öffentlichen Wahrnehmung kontrovers und wird gerne polarisierend diskutiert: Einerseits ist in diesem Zusammenhang schnell von Scharlatanerie und Betrügereien die Rede, andererseits wird auf die großartigen Heilerfolge dieser Verfahren in zahlreichen Einzelfällen verwiesen, die den Verdacht schüren, dass hier von der klassischen „Schulmedizin“ probate Hilfestellungen ignoriert oder sogar unterdrückt werden.

Seit April 2012 läuft an der Universität Mainz im Fach Kulturanthropologie/ Volkskunde mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft ein Forschungsprojekt zu den alltagsweltlichen Aushandlungen des oben genannten Kulturphänomens. Die Untersuchungen konzentrieren sich dabei auf forschungspraktischen Erwägungen auf Gebiete der deutschen und der benachbarten belgischen Eifel, um durch die Fokussierung auf überschaubare Einheiten eine differenzierende Konturierung lokaler Bedingtheiten und lebensgeschichtlicher Implikationen des Sujets im Sinne einer „dichten Beschreibung“ zu ermöglichen. Im Bewusstsein, dass durch solch einen zwangsläufig eher partikularen „Blick in die Tiefe“ durchaus deutungsrelevante Aspekte abseits des eigenen Forschungs(zeit)raums verschwimmen können, wurde bereits in der Frühphase der Projektplanung über eine Tagung nachgedacht, um etwaigen interpretativen Kurzsichtigkeiten vorbeugen und die eigenen, bis dahin erhobenen Befunde in einem geografisch sowie zeitlich weiter gefassten Rahmen einordnen und überdenken zu können. Neben Beiträgen aus dem eigenen Fach sollte die Veranstaltung einem interdisziplinären Dialog dienen und darüber hinaus jedem bzw. jeder am Thema Interessierten eine aktive Teilnahme ermöglichen. Insgeheim hofften wir, dass sich so auch Personen aus dem „alternativmedizinischen“ Feld für unsere akademischen Anstrengungen erwärmen und die wissenschaftlichen Beiträge durch eigene Erfahrungen aus der Praxis kontrastieren würden.

So waren vom 12. bis 14. September 2013 die Türen des Fakultätssaals der Universität Mainz für all diejenigen geöffnet, die sich über heterodoxe Phänomene des Heilens im Alltag austauschen und informieren wollten – ob nun als Referierende, Diskutierende oder Zuhörende. In der Mitte der Betrachtungen stand der Mensch auf der Suche nach Heil und Heilung. Leitaufgabe der drei Tage war es, sich aus historischer wie gegenwärtiger Perspektive um Antworten auf die Frage nach dem „Sitz“ der besagten Phänomene im Leben zu bemühen – und das jenseits

tendenziöser Simplifizierungen. Es ging darum nachzuvollziehen, wie aus der Sicht von Betroffenen und Akteuren in krisenhaften Situationen des menschlichen Daseins sinnvolle Handlungsentwürfe entstehen, gesellschaftlich bedingt verhandelt und umgesetzt werden.

Als Vortragende konnten wir neben kulturanthropologisch-volkskundlich arbeitenden Kolleginnen und Kollegen Vertreter der Geschichts-, Psychotherapie-, Kultur- und Literaturwissenschaften, der Medizingeschichte sowie der Ethnologie gewinnen. Der vorliegende Band versammelt alle im September 2013 gehaltenen Referate – bis auf zwei Ausnahmen: Seinen als Eröffnungsvortrag angedachten Tagungsbeitrag über „Krankheit in der Welt des europäischen Mittelalters: Buße, Strafe oder Prüfung Gottes?“ musste Mathias Schmidt vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universitätsklinik Aachen leider absagen. Daneben war es Ehler Voss aufgrund neuer beruflicher Herausforderungen nicht möglich, sein Vortragsmanuskript über „Deutungen von Krankheit und Heilung bei Justinus Kerner“ rechtzeitig für den Druck einzureichen. Hier bleibt zu hoffen, dass seine anregende Gedankenskizze bei späterer Gelegenheit ausgearbeitet erscheinen wird.

Die Realisation dieses Publikationsprojektes wäre ohne die finanzielle Unterstützung anderer nicht möglich gewesen. Es ist uns ein Anliegen, all denjenigen zu danken, die das Vorhaben gefördert haben, konkret der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Johannes Gutenberg-Universität Mainz sowie der Gesellschaft für Volkskunde in Rheinland-Pfalz e. V. Für ein Projekt wie dieses benötigt man aber nicht nur Geld, sondern auch die Hilfe freundlicher Kolleginnen und Kollegen, die ganz wesentlich zum Erfolg der hier dokumentierten Tagung beigetragen haben und denen daher ebenso zu danken ist. Namentlich nennen möchten wir vor allem Thomas Schneider für seine organisatorischen Bemühungen, die Studierenden des Faches Kulturanthropologie/Volkskunde Ina Kuhn, Verena Pschorn und Jennifer Stahl für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung der Veranstaltung sowie Sebastian Scharte, der während der drei Tage moderierend durch das Programm führte. Ein abschließender Dank gebührt schließlich allen Besucherinnen und Besuchern der Tagung, die durch ihre Wortmeldungen so manche, für uns Forschende sicherlich auch unbequeme Diskussion in Gang gesetzt haben. Eine dialogisch ausgerichtete Wissenschaft sollte sich solchen kontroversen Gesprächen nicht entziehen, auch wenn sie auf wunde Punkte der eigenen Wissensvermittlung aufmerksam machen. Deshalb könnte mitunter moniert werden, dass sich die Bemerkungen und Anregungen des Plenums – in dem sich übrigens tatsächlich Personen aus den untersuchten Heilbereichen befanden – nur spärlich in den hier präsentierten Ausführungen niederschlagen. Mit Sicherheit ist aber davon auszugehen, dass sie in zukünftigen Texten der hier versammelten Autorinnen und Autoren angemessene Berücksichtigung finden werden.



## Psychoanalytische Körperpsychotherapie und indigener Schamanismus – Unterschiede und Gemeinsamkeiten

In Norbert Elias' fulminanter Schrift „Über den Prozess der Zivilisation“ können wir nachlesen, wie im Europa der Neuzeit die Kontrolle der menschlichen Affekte mehr und mehr rigidere Formen angenommen hat (vgl. Elias 1992). Er beschreibt das unter anderem am Beispiel der Tischsitten, vor allem anhand der Verwendung von Messer und Gabel (vgl. Elias 1992, Bd. 1, 110–174). Ein markantes, wenn-gleich weniger breitenwirksames Beispiel für den Zivilisationsprozess dürfte auch das von Gerhard Schulze – wie Elias ebenfalls ein Soziologe – sogenannte „Hochkulturschema“ sein, welches in erster Linie durch eine „Zurücknahme des Körpers“ charakterisiert sei, etwa „konzentriertes Zuhören, stilles Betrachten, versunkenes Dasitzen“ (Schulze 1996, 143).

Das ist eine gewisse Crux, denn der Mensch ist an sich, wenn ich es einmal so formulieren darf, ein „bewegliches“ Wesen. Das legt bereits die evolutionsbiologische Perspektive nahe, weil über Zehntausende von Jahren hinweg unsere Vorfahren mobile Jäger und Sammler waren und wir nicht nur kulturelle Wesen sind, sondern auch ein Produkt der biologischen Evolution. Auch aus medizinischer Sicht ist Bewegung ratsam; der Körper altert weniger rasch, Herz-Kreislaufkrankungen treten seltener auf, und man fühlt sich insgesamt gesünder, wenn man Sport treibt. Darüber hinaus zeigt die entwicklungspsychologische Perspektive, dass der Mensch der Gegenwart imstande ist, sich zeitlebens – und nicht nur im Übergang Kindheit/Erwachsenenalter – weiterzuentwickeln. Daneben existieren aus moderner psychologischer Sicht aber auch Elemente der Kontinuität, was im Wechselspiel mit der Entwicklung als Ich-Identität bezeichnet wird (vgl. Erikson 2005).

Fehlende Entwicklung oder Erstarrung werden demgegenüber als ein Problem betrachtet, und das vor allem aus psychotherapeutischer Sicht. Sigmund Freud spricht vom Wiederholungszwang (vgl. Freud 1998, 17), Alfred Adler vom Streben nach übersteigerter Größe, Perfektion und Gottähnlichkeit (vgl. Adler 2008, 62). Das sind allzumal Phänomene, die in keinem fruchtbaren Boden wurzeln. Der Freudsche Wiederholungszwang bedeutet ja, dass man merkwürdigerweise die immer gleichen Handlungen wiederholt, sich zum Beispiel Liebespartnerinnen oder -partner vom gleichen Zuschnitt wählt, mit denen es dann doch wieder nicht klappt. Und der Adlersche Perfektionsdrang führt ebenfalls in die Sackgasse, weil die Ansprüche so riesengroß sind, dass man nicht imstande ist, Tätigkeiten zu beginnen oder gar zu Ende zu bringen. Auch andere Formen seelischer Entgleisungen führen in die Erstarrung. Das gilt für die Depression, bei der jegliche Kräfte erlahmen, genauso wie für die Angstneurose, welche die Betroffenen daran hindert, Dinge in Angriff zu nehmen.

Um wieder beweglicher zu werden, begeben sich Betroffene zuweilen in eine Psychotherapie. Dass man dabei mit Worten seelisches, aber auch körperliches Leid heilen oder lindern kann, gehört zu den erstaunlichsten Phänomenen im Gesundheitsbetrieb der industrialisierten Welt des 20. und 21. Jahrhunderts, das sich nicht recht in den schulmedizinischen Mainstream einzufügen vermag. Denn dieser rechnet mit quantifizierbaren Größen, die sich nach dem Vorbild der klassischen Physik und den ihr innewohnenden methodischen Prinzipien kausaldeterministischer Muster richten. Allerdings ist die Vorstellung, dass es allein Worte wären, welche Heilung ermöglichten („talking cure“) (vgl. Freud & Breuer 1895, 23), ein wenig laienhaft, denn es geht vor allem um emotionale Prozesse, das heißt um die Gefühle, welche mit den Worten verbunden sind, und es geht ferner um die positive Emotionen hervorrufende Beziehung bzw. Bindung zwischen Therapeut und Patient.

Indes kann es auch in einer Psychotherapie zu Formen der Erstarrung kommen; bis zu einem gewissen Grad ist das, zumindest in der Psychoanalyse, intendiert, denn die eingewurzelten pathologischen Beziehungsmuster sollen ja durchgearbeitet werden, weswegen man sie emotional wiedererleben muss und im Anschluss daran erst verbal bearbeiten kann. Insofern hat Karl Kraus durchaus recht, wenngleich auf nicht intendierte Weise, als er meinte, die „Psychoanalyse ist jene Geisteskrankheit, für deren Therapie sie sich hält“ (Fieguth 1978, 227). Doch in einigen Fällen kann die Therapie auch in die Sackgasse führen, wenn der abstinent-distanzierte Analytiker unbeweglich hinter der Couch sitzt, der Patient regungslos auf ihr liegt und sich ansonsten nicht viel tut. In solchen Fällen kann es mitunter angeraten sein, durch körpertherapeutische Interventionen, vulgo Berührungen, den Prozess wieder in Fluss zu bringen. Allerdings gibt es nur wenige Befürworter und Praktiker auf dem Gebiet, dagegen viele Skeptiker und vehemente Gegner. Das hat mit Freuds Empfehlungen zur Behandlungstechnik zu tun, denn er meinte, der Analytiker solle sich abstinent verhalten, indem er sich „den Chirurgen zum Vorbild“ nehme, „der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt“ (Freud 1996, 380) und „undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen [soll], als was ihm gezeigt wird“ (Freud 1996, 384). Diese Empfehlungen hängen mit dem Fehlverhalten von Analytiker-Kollegen zusammen – Jung und Ferenczi hatten Liebesbeziehungen mit Patientinnen –, gehen aber auch auf das naturwissenschaftliche Erbe in der Psychoanalyse zurück. Der wissenschaftliche Mainstream in der heutigen Psychoanalyse, etwa moderne Objektbeziehungstheorien (z. B. Mann 1999) oder die relationale Psychoanalyse (z. B. Mitchell 2005), sind zwar vom Ideal des anonymen Analytikers Freudscher Prägung abgerückt, doch an der Körpertherapie scheiden sich bis heute die Geister. So spricht Thea Bauriedl dezidiert von der „Unvereinbarkeit zwischen Psychoanalyse und Körpertherapie“ (Bauriedl 1998, 342). Sie glaubt, vor allem in den Arbeiten Tilmann Mosers Formen sexuellen Missbrauchs zu erkennen, und warnt daher vor Therapeuten, „die körperliche Berührungen oder gar sexuelle Beziehungen mit ihren Patienten für die Methode der Wahl ansehen“ (Bauriedl 1998, 362). Letzteres ist reichlich absurd, weil es keinen Analytiker gibt, der sexuelle Beziehungen als Methode der Wahl betrachtet. Abgesehen davon übersieht Bau-

riedl aber „die wichtigste These der analytischen Körpertherapie: Die Berührung dient der Entsexualisierung“ (Moser 2001, 22). Das wird dann klar, wenn man sich vor Augen hält, dass es eine heilsame Erfahrung sein kann, körperlich berührt zu werden, ohne dass „etwas passiert“, das heißt ohne dass es zu realen Grenzüberschreitungen kommt. Dazu ein Beispiel aus eigener Praxis:

Herrn Murauer – so möchte ich ihn nennen – absolvierte zwei Therapien mit je zwei Stunden pro Woche bei mir, die erste um die Jahrtausendwende, die zweite 2008 bis 2010, jeweils ungefähr zwei Jahre lang. Ende der 1990er Jahre studierte er Medizin an der Universität Wien, litt aber unter vehementen Selbstwertproblemen und hatte Angst, den Studienabschluss zu verfehlen. Seine Probleme standen in Zusammenhang mit der Mutter, denn sie war dort abwesend, wo er sie benötigt hätte, und sie war dann präsent, wenn er sie nicht brauchte. Mit anderen Worten: Sie war einerseits lieblos und egoistisch, kannte aber andererseits keine Grenzen und wollte sein Leben bis ins kleinste Detail bestimmen. Daher absolvierte er die erste Therapie, die in Hinblick auf das vordergründige Therapieziel von Erfolg gekrönt war: Er wurde mit sehr guten Noten zum Doktor der Medizin promoviert.

Einige Jahre waren vergangen, Herr Murauer konnte mittlerweile eine gut gehende Facharztpraxis für Psychiatrie sein Eigen nennen, aber er war dadurch nicht glücklicher geworden. Zwar war er wohlgelitten und hatte ein hohes fachliches Ansehen bei seinen Patienten, doch belastete ihn ausgerechnet dieser Umstand, weil er eine große Diskrepanz zwischen professioneller und privater Rolle feststellen musste, denn er fühlte sich außerhalb der Ordination ziemlich hilflos und minderwertig. Das hatte fraglos mit seiner Mutter zu tun, die ihn stets kritisierte, nie mit ihm zufrieden war und, seit er Geld verdiente, immerfort materielle Zuwendungen von ihm erwartete, obgleich es ihr finanziell nicht schlecht ging. Aber es kam noch etwas anderes hinzu, das nun endlich – in der zweiten Therapie – bearbeitet werden konnte: Sex empfand er als schmutzig, Frauen, die er begehrte, konnte er nicht lieben, und Frauen, welche er liebte, nicht begehren. Hintergrund war ein sexueller Missbrauch im Alter von fünf oder sechs Jahren durch einen nahen Verwandten. Gegenüber diesem Vorfall hatte er in der Analyse bisher emotionalen Abstand gehalten, wiewohl wissend, dass er der Aufarbeitung bedurfte. Irgendwann war die Zeit dafür jedoch reif, wie das folgende, von mir verfasste Stundenprotokoll deutlich macht:

„Heute hatte er zwei Erlebnisse, zunächst eine Patientin, die vom Vater unsittlich am After berührt worden war. Und in der U-Bahn sah er einen Vater, der sich bösartig gegenüber seinen kleinen Kindern verhielt. All das löste heftige Emotionen aus. Wir thematisieren erneut den Missbrauch: Die Wut auf die Mutter, die ihn nicht beschützte, und dann der Umstand, dass er sich an niemanden wenden konnte, nachdem es geschehen war. Aber ich spüre, es ist auch ein körperlicher Schmerz. Ich schlage vor, dass er sich auf den Bauch legt. Dann sage ich, dass ich eine körpertherapeutische Intervention machen möchte; wenn er das nicht wolle oder es zu viel werde, möge er mir das mitteilen. Ich lege die eine Hand auf sein Gesäß, die andere auf den Rücken, circa fünf Minuten lang. Anschließend schildert er, wie es ihm damit ergangen ist: Es sei ungewohnt, Angst und Unbehagen hätten sich zunächst eingestellt, dann aber

das Gewähr-Werden, nicht ausgeliefert zu sein, sondern sagen zu können, wenn es ihm missfalle. Nun kommt die Erinnerung – erstmals bewusst – an den brennenden Schmerz von damals und daran, dass er den Penis des Verwandten im After auch heute noch spürt, wenn er an den Missbrauch erinnert wird. Meine eher erahnte Intention: Was der Täter damals aufgerissen bzw. geöffnet hat, möchte ich wieder schließen.“

Dann eine Woche später:

„Seit der letzten Stunde fühle er sich nach außen distanzierter, die Gefühle strömten nicht mehr so hinaus, und die der anderen trafen ihn auch nicht mehr so. Eine Borderline-Patientin habe ihn wegen eines Medikaments bedrängt, er sei standhaft geblieben, [...] und es sei relativ emotionslos über die Bühne gegangen. Er [...] bemerke außerdem einen entspannteren Umgang mit seiner Mutter. All das irritiere ihn auch, denn es sei neu. Er führt es auf die letzte Stunde und die Körpertherapie zurück. Wahrscheinlich sei bis zu einem gewissen Grad geschlossen worden, was vorher offen gewesen.“ (Rieken 2011b, 317 f.)

In den folgenden Monaten gelang es ihm, sich von seiner Mutter in hinreichender Weise abzugrenzen und sie in ihre Schranken zu weisen, ohne dass es zum Bruch mit ihr gekommen wäre. Vor allem aber fand er zu einem natürlicheren Umgang mit der Sexualität und ging eine Bindung zu einer Frau ein, die er nicht nur liebte, sondern mit der er auch ein befriedigendes Geschlechtsleben hatte und die er einige Zeit später heiratete. Darüber hinaus verlor sich weitgehend die Angst, welche er vor anderen Menschen hatte, denn das Misstrauen wurzelte im Missbrauch, und so war seine stete Befürchtung, von den Personen seiner Umgebung hintergangen und auf ähnliche Weise ausgenutzt zu werden, wie es ihm nicht nur mit dem männlichen Verwandten ergangen, sondern auch vonseiten der Mutter geläufig war.

Der Fallausschnitt macht deutlich, dass Berührungen auf der Couch auch und gerade bei sexuellem Missbrauch heilsam sein und den Fluss der Therapie beschleunigen, möglicherweise sogar erst hinreichend ermöglichen können. Indem ich meine Hand auf Herrn Murauers Gesäß legte, wurde symbolisch jene Wunde geschlossen, welche durch den Verwandten aufgerissen worden war. Und indem ich die andere Hand auf der Wirbelsäule platzierte, bemühte ich mich darum, symbolisch sein Rückgrat zu stärken.

Man könnte sich jetzt fragen, wie es dabei um die Abstinenz des Analytikers bestellt ist. Darauf kann ich mit Günter Heisterkamp antworten, dass diese „keine Frage des physikalischen Abstandes, sondern der psychischen Verfassung“ sei (Heisterkamp 1998, 20). Als körpertherapeutisch arbeitender Individualpsychologe versteht er Abstinenz „als eine um den Individuationsprozess des Patienten zentriert bleibende Mit-Bewegung“ und fehlende Abstinenz „als eine Entgleisung des therapeutischen Dialogs in eine Be-Nötigung, in der sich Patient und Therapeut in ihrem labilen oder labilisierten Selbstwertgefühl wechselseitig auf Kosten des anderen zu stabilisieren versuchen“ (Heisterkamp 1998, 20).

Was mich an diesem Beispiel wirklich erstaunt hat, ist der große Erfolg. Es ist ja nun keinesfalls so, dass Psychotherapien immer mit gutem Erfolg beendet werden. Manchmal werden sie abgebrochen, manchmal passen Analytiker und Patient nicht recht zusammen, und mitunter ist dieser so schwer beeinträchtigt, dass trotz großen Aufwands nur minimale Veränderungen erzielt werden können, etwa bei schweren Persönlichkeitsstörungen. In der vorliegenden Fallgeschichte liegen die Verhältnisse aber ganz anders. – Man muss sich das einmal vorstellen: Ich lege fünf oder zehn Minuten lang die Hand auf den Körper des Patienten, und er verändert sein Leben. Die Verstrickungen mit der Mutter lösen sich auf, vor allem aber wird es für ihn möglich, in einem nicht mehr ganz jungen Alter erstmals eine befriedigende Liebesbeziehung zu erleben, in der Sexualität ihren legitimen Platz hat, während zuvor Liebe und Sex getrennt waren. Einschränkend muss allerdings hinzugefügt werden, dass man den therapeutischen Prozess nicht auf die körpertherapeutische Intervention reduzieren kann. Ohne eine langfristige Vertrauensbeziehung wäre diese gar nicht möglich gewesen. Und dennoch handelt es sich um eine Schlüsselszene, deren Erfolg fast an Magie grenzt, so unglaublich klingt das Ganze.

In der empirisch-nomothetischen Psychotherapieforschung werden vier Wirkfaktoren genannt, die den Therapieerfolg begünstigen: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Therapiebeziehung sowie Problembewältigung und motivationale Klärung (vgl. Grawe 1998). Demnach wurden während der Stunde, in der die körpertherapeutische Intervention stattfand, Ressourcen aktiviert, das Problem wurde aktualisiert (u. a. der sexuelle Missbrauch), und darüber hinaus spielte die Therapiebeziehung, wie bereits angedeutet, eine Rolle. Offensichtlich war der Patient überdies fähig, das Problem zu bewältigen, und seine Motive, warum er die Therapie aufnahm, waren bereits geklärt. Aber all das ist noch keine befriedigende Antwort auf die Frage, warum es in der speziellen Stunde zu einem derartig durchschlagenden Erfolg gekommen ist. Ich denke, eine mögliche Antwort darauf könnte lauten: Der Patient glaubte an den Erfolg der Therapie. Wir wissen aus der Systemtheorie Paul Watzlawicks um die Bedeutung der selbst erfüllenden Prophezeiungen (vgl. Watzlawick, Beavin & Jackson 1985, 95 f.). Wer als Praktiker bzw. als professionell Tätiger erfolgreich sein will, muss von der Richtigkeit dessen, was er tut, überzeugt sein, und genauso verhält es sich mit seinen Klienten. Diese benötigen Vertrauen in die Fähigkeiten desjenigen, dem sie sich anvertrauen. Die Psychotherapie gehört wie die Medizin oder die Klinische Psychologie zu den Handlungswissenschaften, und diese vermitteln nicht nur theoretisches, sondern auch praktisches Wissen, an das sich die Studierenden halten können. Im Gegensatz dazu stehen die Deutungswissenschaften; sie müssen nicht mit direkten praktischen Konsequenzen ihrer Theorien rechnen und brauchen diesbezüglich keine Verantwortung zu übernehmen, was den Vorteil hat, dass sie größere Distanz gegenüber ihrem Gegenstand entwickeln können. Sie tun sich daher leichter mit konstruktivistischen Überlegungen, aber auch der überzeugteste Dekonstruktivist wird voller Sorge einen Arzt aufsuchen, wenn er ernsthaft erkrankt ist, verbunden mit der Hoffnung, dass ihm geholfen wird. Und wenn das der Fall ist, ist es nicht ausgeschlossen, dass er zumindest in Erwägung zieht, der Heiler könnte ein Stück weit die Realität erkannt haben (vgl. Simon 2008, 40).

Wie schaut es aber nun mit der Realität hinsichtlich des körperpsychotherapeutischen Fallbeispiels aus? Hat ausschließlich der Glaube geholfen, oder existieren ferner Entsprechungen in der sogenannten Wirklichkeit? Bereits eingangs wurde der Psychoanalytiker Tilmann Moser zitiert, der die Auffassung vertritt, es gehöre zu den Grundlagen der analytischen Körpertherapie, dass die Berührung der Entsexualisierung diene. Der Patient hatte aufgrund seiner Vorgeschichte, nämlich des sexuellen Missbrauchs und seiner emotional übergriffigen Mutter, die Auffassung verinnerlicht, dass er stets damit rechnen müsse, ausgenutzt zu werden. Doch durch die körpertherapeutische Maßnahme konnte er eine „emotional korrigierende Erfahrung“ machen (Alexander 1950): Nicht jede Form von Nähe, welche nicht selber herbeigeführt wird, bedeutet Gefahr, nicht jedes Angreifen oder jeder Griff ist ein Übergriff. Dabei spielt sicher auch das Vertrauen in den Therapeuten eine große Rolle, womit wir wieder in die Nähe der selbst erfüllenden Prophezeiungen gelangen. Wie dem auch sei: Den Realanteil bei der Intervention wird man kaum zur Gänze leugnen können, wenn man die Überlegungen von Tilmann Moser für plausibel hält. Gleichzeitig ist aber auch jener Anteil zu berücksichtigen, auf den konstruktivistische Theoretiker großen Wert legen, nämlich die Rolle des Glaubens.

Dieser hat auch im Schamanismus wesentliche Bedeutung, dem wir uns nun zuwenden wollen (das Folgende nach Rieken 2011a; vgl. Rieken 2014). Die Frage, was ein Schamane genau ist, wird in der Forschung unterschiedlich diskutiert, doch mehrheitlich wird er als eine Person definiert, „die durch spirituelle Begabung oder eine spezielle Ausbildung in der Lage ist, als Mittler zwischen ihrer Gruppe von Menschen und den übernatürlichen Mächten zu fungieren“ (Hultkrantz, Ripinsky-Naxon & Lindberg 2002, 10). Um diesen Aufgaben gewachsen zu sein, sind spezielle Fähigkeiten und eine besondere Ausbildung notwendig, die eine grundlegende Verwandlung zum Ziel hat. Dazu zählen in der Regel (nach Müller-Ebeling 2002, 15): 1.) Berufung durch die jenseitige Welt in Form von Krankheiten, Visionen, Träumen, aber auch aus eigenem Antrieb, etwa infolge sozialer Ausgrenzung. 2.) Lehrzeit bei anderen Schamanen, um die Strukturen der unsichtbaren Welt kennenzulernen, Krankheiten diagnostizieren und therapeutische Maßnahmen ergreifen zu können. Dazu ist es 3.) notwendig, sich die Fähigkeit anzueignen, in Trance zu fallen, sie willentlich zu steuern und sie willentlich auch wieder verlassen zu können. 4.) Öffentliche Prüfung, um die erworbenen Fähigkeiten zu demonstrieren. 5.) Schwur, dieselben zum Wohle der Allgemeinheit einzusetzen.

Diese eher nüchterne Aufzählung deutet bereits an, dass einst nicht jeder zum Schamanen berufen wurde und dass es spezifischer Persönlichkeitsmerkmale und biografischer Besonderheiten bedurfte, die gewisse Ähnlichkeiten mit denen von Psychotherapeuten aufweisen. So wirkten Schamanen oftmals von klein auf „unausgeglichen und nervös [...] und waren verschlossenen, ernsten Wesens, nachdenklich bis vergrübelt, nicht verspielt und heiter wie andere Kinder“ (Müller 2006, 51). Die Berufung erfolgte in der Regel während und nach der Pubertät, zumeist zwischen 15 und 30, und sie war von Krisen begleitet, zumal Ausbildung und künftiger Beruf Entbehrungen, Mühsal und Qual mit sich brachten (Müller 2006, 51; 54). Die Initiation war verbunden mit einer Isolierung von der Umwelt, oftmals war eine tiefgreifende Veränderung des Anwärters erforderlich, indem er sich auf

Jenseitsreisen begab und sein altes Wesen töten musste, um einem neuen Platz zu machen, das, von Grund auf verwandelt, seiner veränderten beruflichen Tätigkeit entsprach (vgl. Kraft 1995, 20–33; Müller 2006, 54–61).

Parallelen zur psychoanalytischen Ausbildung sind durchaus vorhanden, denn auch sie ist verbunden mit einer Isolation von der Umwelt, indem man sich jahrelang auf die Couch begibt und auch viel Zeit zum Verarbeiten zwischen den Stunden benötigt. Der Kandidat tritt ebenfalls eine Reise an, die ihn zwar nicht ins Jenseits führt, aber in das „weite Land der Seele“ (Schnitzler 1979, 71), wo er unheimlichen Mächten begegnet und eine Verwandlung erlebt, die ihn befähigt, mit sich sowie mit seiner künftigen Klientel und ihren „Dämonen“ besser als bisher umzugehen. Als Psychoanalytiker nimmt er, ähnlich wie der Schamane, eine Sonderstellung ein; er hat zwar seine seelischen Wunden produktiv verwandelt, indem er sie als Therapeut zum Nutzen der Gemeinschaft einsetzt, aber oftmals bleibt er bis zu einem gewissen Grad ein Gezeichneter, da die aus der eigenen Lebensgeschichte resultierende seelische Not nie vollständig geheilt werden kann. Außerdem besteht die therapeutische Arbeit auch darin, das Leiden des Patienten zumindest teilweise zu übernehmen, sodass er prinzipiell gefährdet bleibt und es auch sein muss (vgl. Jung 2006, 175). Für Schamanen galt früher Ähnliches, und möglicherweise war deren Tätigkeit eine noch größere Bürde, denn „die Last ihres Amtes und die Verantwortung, die sie für die Ihren trugen, drückten sie sichtlich nieder. Hager und abgezehrt, oft müde und erschöpft von der steten physischen wie geistigen Überanstrengung, bewegten sie sich langsam, manchmal geradezu schleppend, scherzten und lachten nicht, wirkten in sich gekehrt, nachdenklich, ernst, ja finster, hielten sich im Alltag eher fern von den anderen“ (Müller 2006, 99).

Betrachten wir die Sozialisation eines Schamanen nun etwas genauer, und zwar hinsichtlich der Frage, welche Bedeutung der Glaube an die Richtigkeit seines Tuns für ihn hat. Dazu eignet sich im Besonderen ein autobiografischer Bericht, den Franz Boas aufgezeichnet hat (das Folgende nach Rieken 2014). Es handelt sich bei dem Schamanen-Anwärter um einen Angehörigen der Kwakiutl-Indianer namens Giving-Potlatches-in-the-World, der als Magier Qā'selīd genannt wurde (vgl. Boas 1930, 1–41). Qā'selīd „desired to learn about the shaman, whether it is true or whether it is made up and (whether) they pretend to be shamans“ (Boas 1930, 1). Um das herauszufinden, nimmt er an einer schamanistischen Behandlung teil, bei welcher der Heiler an einer Stelle am Körper des Patienten, wo der Sitz der Krankheit vermutet wird, zu saugen beginnt und anschließend ein mit Blut behaftetes Federbüschel aus seinem Mund herausnimmt. Dieses hat er indes zuvor hineingegeben, erklärt aber nun, er habe die Krankheit herausgesogen. Qā'selīd ist zwar irritiert, erklärt sich dann aber doch bereit, sich einer schamanistischen Ausbildung zu unterziehen. Bald nimmt er selber die praktische Tätigkeit auf, und da er Erfolg hat und von der Bevölkerung als großer Heiler betrachtet wird, führt er fortan die schamanistischen Riten pflichtgemäß durch, verteidigt seine Methode mit der blutigen Feder gegenüber anderen Praktiken und ist stolz auf seine Erfolge, während er sein ursprüngliches Ziel, die Schamanen als Betrüger zu enttarnen, zur Gänze aufgegeben hat. Das ist umso erstaunlicher, als Qā'selīd, wie Harry Whitehead herausfand, keineswegs ein typischer, indigener Indianer war, sondern durch-

aus in der westlichen Kultur seine Wurzeln hatte und mit bürgerlichem Namen George Hunt hieß. Zwar war seine Mutter Angehörige des in Alaska ansässigen Tlingit-Volkes, doch sein Vater war Engländer, arbeitete als Händler im Auftrag der Hudson's Bay Company und brachte ihn mit den Errungenschaften der europäischen Zivilisation in Berührung (vgl. Whitehead 2000; Whitehead 2009).

Claude Lévi-Strauss erklärt in seinem Aufsatz „Der Zauberer und seine Magie“ (Lévi-Strauss 2012, 183–203) die Wandlung Qā'selīds vom Skeptiker zum praktizierenden Schamanen damit, dass Heiler, Patient und Gruppe in ein gemeinsames System eingebettet seien, bei dem sozial akzeptierte Symbole – in dem Fall unter anderem das blutige Federbüschel als Manifestation der Krankheit – auch jene emotional ergreifen würden, welche nicht notwendigerweise daran glaubten. Folgerichtig schreibt Lévi-Strauss, Qā'selīd sei nicht deswegen ein großer Schamane geworden, weil er seine Patienten geheilt habe. Vielmehr habe er deswegen Erfolg mit seinen Therapien gehabt, weil er von der Gruppe und den Kranken als großer Schamane angesehen worden sei (vgl. Lévi-Strauss 2012, 198). Diese Auffassung hat sicherlich ihre Berechtigung, aber es wird linear argumentiert („Wenn – dann“), statt von einem wechselseitigen Bedingungsgefüge auszugehen, zumal zu Beginn der Heiltätigkeit – wie der Text deutlich macht – tatsächliche Erfolge vorhanden waren, die erst dazu führten, dass die Bevölkerung Qā'selīd als großen Schamanen anzusehen begann.

Ein anderer Aspekt in Lévi-Strauss' Überlegungen ist zwar ebenfalls ähnlich einseitig wie der vorige, da gleichfalls linear argumentierend, aber nicht weniger interessant. Er postuliert nämlich eine weitgehende Identität zwischen Psychoanalyse und Schamanismus, womit er die von älteren Wissenschaftlern vorgenommene Pathologisierung des Schamanismus geradezu umkehrt. Der einzige Unterschied zwischen beiden Heilverfahren bestehe nur darin, „dass bei dem Heilverfahren eines Schamanen der Zauberer spricht und die Abreaktion *für* den Kranken vollzieht, der schweigt, wohingegen in der Psychoanalyse der Kranke spricht und *gegen* den Arzt, der ihm zuhört, abreagiert“ (Lévi-Strauss 2012, 201). Das ist zwar eine inzwischen veraltete Vorstellung von Psychoanalyse, weil sie die wechselseitige Verflechtung im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen, das heißt den Umstand vernachlässigt, dass im therapeutischen Setting ein interaktionales Feld hervorgebracht wird, an dem Therapeut und Patient gleichermaßen beteiligt sind, doch ist der Hinweis, dass der Heilungsprozess hier wie dort mit Abreaktion oder emotionaler Entladung zu tun habe, plausibel.

Es ist indes – damit Lévi-Strauss folgend und ihm gleichzeitig widersprechend – vor allem der interaktionelle Aspekt, welcher strukturelle Gemeinsamkeiten zwischen Schamanismus und Psychotherapie erklären hilft. Denn ähnlich wie Qā'selīd anfänglich ein Skeptiker war und sich zum Praktiker wandelte, ergeht es oftmals psychotherapeutischen Ausbildungskandidaten, die erst im Laufe der Lehranalyse sich davon überzeugen, dass es nicht nur um interessante Theorien geht, sondern auch um die Wirksamkeit therapeutischer Methoden, die nun am eigenen Leibe erfahren werden. Das hat aber nicht nur mit individueller Erfahrung zu tun, sondern erklärt sich auch aus dem interaktionellen Geschehen zwischen dem Lehranalytiker, der in der Regel von der Richtigkeit seines Tuns überzeugt ist, und seinem



Kandidaten. Dieses wechselseitige Geschehen ist gleichzeitig emotional hoch besetzt und lässt sich auf kognitivem Wege nicht hinreichend verstehen. Aus der Perspektive der Wissenschaft handelt es sich dabei um ein Problem, denn diese trachtet danach, durch eine distanzierte, „objektive“ Haltung Einsicht in ihren Untersuchungsgegenstand zu erreichen, aber genau das ist in dem Fall nicht möglich, weil man sich auf den Prozess als Subjekt einlassen muss, um ihn zu verstehen. Damit stoßen wir an die Grenzen des wissenschaftlich Möglichen, soweit dieses dadurch definiert ist, dass Distanz zum Objekt vorhanden sein muss, das man erforschen will. Damit wird aber nicht subjektivistischer Willkür das Wort geredet, sondern nur dem Umstand Rechnung getragen, dass es Phänomene gibt, die man allein auf kognitivem Wege nicht hinreichend verstehen kann. Es würden zum Beispiel auch Dimensionen des Verstehens fehlen, wollte man die Liebe empirisch erforschen, ohne jemals selber die Macht der Liebe am eigenen Leibe erfahren zu haben.

Wenden wir uns nun der Frage zu, was es mit dem blutigen Federbüschel auf sich hat, das als Krankheitsverursacher erkannt und angeblich aus der kranken Person herausgesaugt wurde, obwohl es der Schamane zuvor an jenem Ort platziert hat, wo er den Sitz der Krankheit identifiziert. Das erscheint ja doch etwas rätselhaft oder merkwürdig! Mit dieser Frage hat sich bereits Lauri Honko in seiner Dissertation über Krankheitsprojekteile befasst. So schreibt er, dass sich die Schamanen von westlicher Seite den Vorwurf eingehandelt hätten, sie seien Betrüger. Darum gehe es aber nicht, so Honko, weil es sich um einen Teil des überlieferten Rituals handele und der Gegenstand auf richtige Weise im richtigen Moment vorzuführen sei. Bei manchen Völkern, etwa den Dakota-Indianern, werde sogar ein und dasselbe Objekt immer wieder gezeigt und bei Nicht-Verwendung öffentlich ausgestellt. Man könne auch sagen, es habe symbolische Funktionen und diene der Veranschaulichung, ähnlich der Oblate beim christlichen Abendmahl (vgl. Honko 1959, 204–207; 229). Honko bezeichnet die Projektilerklärung daher treffend als ein „psychotherapeutisches Veranschaulichungsmittel“ (Honko 1959, 204).

Die Auffassung, dass ein Geschoss von einem Magier oder von einer sonst wie böswilligen Person abgeschossen wird, in ein Opfer dringt und Siechtum hervorruft oder gar den Tod bringt, mag uns merkwürdig oder absurd erscheinen, ist aber eine weitverbreitete archaische Krankheitserklärung. Verständlicher wird das, wenn man sich vorstellt, dass man als Patient zum Beispiel von einem Fremdkörper, der heftige Schmerzen verursacht, oder von einem faulen Zahn befreit wird und der Arzt ihn uns zeigt. Dann wird sich wahrscheinlich eine ähnliche Erleichterung einstellen wie beim leidenden Menschen in indigenen Kulturen, der des Krankheitsprojektils ansichtig wird. Analoges gilt für die Psychotherapie, wenn belastende Erlebnisse, die bisher verdrängt wurden, durchgearbeitet werden und der Patient ein Gefühl der Befreiung von etwas bisher Bedrückendem oder Vergiftendem erfährt. Dabei muss der Psychotherapeut – ähnlich wie der Schamane das Projektil – die pathogenen Muster in sich aufnehmen und auch wieder ausscheiden. Zwar „saugt“ der Therapeut nicht am Patienten, aber es ist seine Aufgabe, die Krankheit herauszulocken. Oftmals kommt es dann zur Übertragungsneurose, die, wenn sie durchgearbeitet wird, dem Patienten „gezeigt“ werden kann wie das Projektil dem

Klienten des Schamanen (vgl. Ellenberger 1996, 35). Die Gemeinsamkeit zwischen der schamanistischen und der psychotherapeutischen Tätigkeit besteht in dem Fall also darin, dass ein „Fremdkörper“ in den Patienten eingedrungen ist, den es zu „extrahieren“ gilt. Im Fall der Psychotherapie handelt es sich dabei unter anderem um problematische Internalisierungen, zum Beispiel „introjizierte Objekte“, die, wenn sie überwiegend aggressiv sind, als „böse“ Introjekte aufgefasst werden und insofern phänomenologische Gemeinsamkeiten mit den Projektilen des Schamanismus aufweisen. Auf diesen Zusammenhang deutet auch die Etymologie des Substantivs „Introjektion“ hin, da es sich ableitet aus lat. „intro“ = „hinein“ und lat. „iacere“ = „werfen“, „schleudern“.

Abschließend soll noch der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit Parallelen mit der im ersten Teil erwähnten Fallgeschichte existieren. Eine Gemeinsamkeit oder zumindest Ähnlichkeit könnte darin bestehen, dass es hier wie dort um ein Projektil geht, das schädliche Wirkungen hervorgerufen hat, im Falle des Patienten um den Penis des Verwandten, der in seinen After eingedrungen ist. Und tatsächlich war es so, dass im Zuge der Wiederbelebung des traumatischen Ereignisses der Patient heftige Schmerzen gespürt hat, ähnlich wie er es damals als Kind erlebte. Eine weitere Ähnlichkeit könnte in der körpertherapeutischen Maßnahme bestehen. Genauso wie der Schamane seine Hand auf eine sensible Körperstelle legt, in der er die Ursache des Leidens verortet, habe ich es auch getan. Zwar habe ich kein Projektil herausgeholt und konnte dieses daher auch nicht zeigen, aber die entsprechende Maßnahme bestand darin, dass ich gewissermaßen die offene und physisch schmerzende Wunde, die das Eindringen des Penis verursacht hatte, schließen konnte, indem ich die eine Hand auf das Hinterteil legte, die andere auf die Wirbelsäule, um gleichsam das Rückgrat zu stärken. Offensichtlich tangieren körpertherapeutische Maßnahmen archaische Schichten, die bereits bei den Schamanen als Vorgängern der Psychotherapeuten gewirkt haben.

Das ist deswegen interessant, weil Schamanismus und Psychoanalyse auf gänzlich unterschiedlichem Boden erwachsen sind. Der Schamanismus ist in eine Gesellschaft eingebunden, für die Orientierung an der Gemeinschaft große Bedeutung hat, was sich unter anderem darin zeigt, dass Heilungen öffentlich stattfinden können. Die Psychoanalyse ist hingegen eine Frucht neuzeitlicher Individualisierungsprozesse, deren Ideal die Selbstverwirklichung ist. Das hat viel mit der Fähigkeit zu innerer Abgrenzung zu tun, während Menschen in traditionellen Gesellschaften offener für Einflüsse aus der Umwelt sind, was vor allem der Glaube an die Wirksamkeit der Magie zeigt, der dort weite Verbreitung findet. Das ist wohl auch ein Grund dafür, dass Heilverfahren weitaus kürzer sind, als es gemeinhin im psychotherapeutischen Prozess der Fall ist. Die Menschen sind gewissermaßen poröser und damit empfänglicher für Einflüsse von außen, während die Individualisierungsprozesse der Moderne zu Grenzen zwischen innen und außen geführt haben. Diese aufzuweichen, erfordert einen längeren Prozess und eine so intime Beziehung zwischen dem Heiler und seinem Patienten, wie sie in traditionellen Gesellschaften kaum vorstellbar ist.

## Literatur

- Adler, Alfred (2008). *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie* (1912a). Witte, Karl Heinz; Bruder-Bezzel, Almuth & Rolf Kühn (Hg.). (Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 2). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Alexander, Franz (1950). Analyse der therapeutischen Faktoren in der psychoanalytischen Behandlung. *Psyche*, 4, 401–416.
- Bauriedl, Thea (1998). Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse. Über die Unvereinbarkeit von Psychoanalyse und Körpertherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 14, 342–363.
- Boas, Franz (1930). *The Religion of the Kwakiutl Indians. Part II – Translations*. New York: Columbia University Press.
- Elias, Norbert (<sup>17</sup>1992). *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, 2 Bde. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ellenberger, Henry F. (<sup>2</sup>1996). *Die Entdeckung des Unbewussten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*. Zürich: Diogenes.
- Erikson, Erik H. (<sup>14</sup>2005). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fieguth, Gerhard (Hg.) (1978). *Deutsche Aphorismen*. Stuttgart: Reclam.
- Freud, Sigmund & Breuer, Josef (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig u. a.: Franz Deuticke.
- Freud, Sigmund (<sup>9</sup>1996). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung (1912e). In: *Gesammelte Werke*, Bd. VIII (376–387). Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Freud, Sigmund (<sup>10</sup>1998). Jenseits des Lustprinzips (1920g). In: *Gesammelte Werke*, Bd. XIII (1–69). Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Grawe, Klaus (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heisterkamp, Günter (1998). Der Umgang des Analytikers mit passageren Überschreitungen des Settings durch den Patienten. In: Geißler, Peter (Hg.). *Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis* (11–36). München: Pfeiffer.
- Honko, Lauri (1959). *Krankheitsprojektile. Untersuchung über eine urtümliche Krankheitserklärung* (FF Communications, Nr. 178). Helsinki: Academia Scientiarum Fennica.
- Hultkrantz, Åke; Ripinsky-Naxon, Michael & Lindberg, Christer (2002). *Das Buch der Schamanen. Nord- und Südamerika*. München: Ullstein.
- Jung, Carl Gustav (<sup>2</sup>2006). Die Psychologie der Übertragung. In: Niehus-Jung, Marianne u. a. (Hg.). *Gesammelte Werke, Bd. 16. Praxis der Psychotherapie. Beiträge zum Problem der Psychotherapie und zur Psychologie der Übertragung* (167–319). Düsseldorf: Walter.
- Kraft, Hartmut (1995). *Über innere Grenzen. Initiation in Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse* (Diederichs Gelbe Reihe, Bd. 117). München: Diederichs.

- Lévi-Strauss, Claude (<sup>9</sup>2012). *Strukturelle Anthropologie I*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mann, David (1999). *Psychotherapie. Eine erotische Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mitchell, Stephen A. (2005). *Psychoanalyse als Dialog. Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung*. Gießen: Psychosozial.
- Moser, Tilmann (2001). *Berührung auf der Couch*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Müller, Klaus E. (<sup>3</sup>2006). *Schamanismus. Heiler, Geister, Rituale*. München: C. H. Beck.
- Müller-Ebeling, Claudia (2002). Nicht alle Heiler sind Schamanen. Ein Überblick über die Vielfalt der Heilmethoden. In: Gottschalk-Batschkus, Christine E. & Green, Joy C. (Hg.). *Handbuch der Ethnotherapien. Handbook of Ethnotherapies* (13–16). München: ETHNOMED – Institut für Ethnomedizin e.V.
- Rieken, Bernd (2011a). Zur Vorgeschichte der Psychotherapie. In: Rieken, Bernd; Sindelar, Brigitte & Stephenson, Thomas (Hg.). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie – Pädagogik – Gesellschaft* (1–29). Wien u. a.: Springer.
- Rieken, Bernd (2011b). Körperpsychotherapie. In: Rieken, Bernd; Sindelar, Brigitte & Stephenson, Thomas (Hg.). *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie – Pädagogik – Gesellschaft* (315–319). Wien u. a.: Springer.
- Rieken, Bernd (2014). The Prehistory of Psychotherapy and Its Implications for Psychotherapy Science: Shamanism, Folk Medicine, Philosophy, and Religion. In: Gelo, Omar; Pritz, Alfred; Rieken, Bernd (Hg.). *Psychotherapy Research: General Issues, Outcome and Process*. Wien u. a.: Springer (im Druck).
- Schnitzler, Arthur (1979). Das weite Land. In: *Das dramatische Werk*, Bd. 6 (7–110). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schulze, Gerhard (<sup>6</sup>1996). *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a. M. u. a.: Campus.
- Simon, Michael (2008). Laienätiologien und die Popularisierung medizinischer Diskurse – zwei sinnvolle Konzepte der Medikalkulturforschung? *Bricolage*, 5 (Medikale Kulturen), 39–52.
- Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (<sup>7</sup>1985). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern u. a.: Huber.
- Whitehead, Harry (2000). The Hunt for Quesalid: Tracking Lévi-Strauss' Shaman. *Anthropology and Medicine*, 7, 149–168.
- Whitehead, Harry (2009). Quest for Quesalid: Myth-Making and Rationality in the Initiation of a Shaman. In: Georganta, Konstantina; Collignon, Fabienne & Millim, Anne-Marie (Hg.). *The Apothecary's Chest: Magic, Art and Medication* (129–144). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Press.

## „Nimm dein Pony aus meinem Garten“: Formen des Heilens in Louise Erdrichs „Love Medicine“ und Jonathan Wacks „Powwow Highway“

In Louise Erdrichs Roman „Love Medicine“ steht der junge Protagonist, Lipsha Morrissey, vor einem Dilemma: Er will bewirken, dass sich sein Großvater, Nector Kashpaw, von neuem in seine Großmutter verliebt. Auf der Suche nach der alten Medizin seiner Vorväter gerät Lipsha immerzu in Sackgassen: Niemand kann ihm sagen, wie das genaue Rezept lautet, und als er es endlich findet, kann er die Originalzutaten nirgendwo auftun. Er muss improvisieren und nimmt schließlich statt des Herzens einer kanadischen Wildgans das eines Tiefkühltruthahns, welches er im Supermarkt kauft. Doch Lipshas postmoderne Heilkunst hat fatale Folgen: Der Großvater stirbt an der Medizin, die ihm doch eigentlich nur helfen sollte, sich erneut in seine eigene Frau zu verlieben.

Wie also konnte es zu diesem fatalen Versehen kommen? Denn Lipsha, so fängt Erdrichs Roman an, hat tatsächlich die Gabe: Er hat den „touch“, die Begabung, mit seinen Händen zu heilen:

„I never really done much with my life, I suppose. I never had a television. Grandma Kashpaw had one inside her apartment at the Senior Citizens, so I used to go there and watch my favorite shows. [...] But that was nothing. I know the tricks of mind and body inside out without ever training for it, because I got the touch. It's a thing you got to be born with. I got secrets in my hands that nobody ever knew to ask. Take Grandma Kashpaw with her tired veins all knotted up in her legs like clumps of blue snails. I take my fingers and I snapt them on the knots. The medicine flows out of me. The touch. I run my fingers up the maps of those rivers of veins or I knock very gentle above their hearts or I make a circling motion on their stomachs, and it helps them. They feel much better. Some women pay me five dollars.“ (Erdrich 1993, 230 f.)

Wenn Lipsha also den „touch“ hat, wozu braucht er noch Medizin? Der Großvater, so macht die Erzählung deutlich, ist eine „harte Nuss“, umso mehr, als er sich im Rentenalter in eine andere Frau verliebt hat, in Lulu Lamartine, der Femme fatale in Erdrichs Chippewa-Gemeinschaft. Als es auf dem Wäschetrockner im Keller des Altenwohnheims zu einer leidenschaftlichen Liebesszene kommt, weiß Lipsha, dass er seiner Großmutter helfen und den Großvater vom Liebeswahn heilen muss. Aber das geht nur mit der alten indianischen Medizin: „I couldn't do the touch for Grandpa, though. He was a hard nut. You know, some people fall right through the hole in their lives“ (Erdrich 1993, 231).

Die vermeintliche Rettung aus dem Liebesdilemma ist also, dass sich Lipshas Großmutter durchaus noch an die alten Rezepte erinnert; nur ihre Zutaten gilt es noch zu beschaffen:

„Someplace in the blood Grandma Kashpaw knows things. She also remembers things, I found. She keeps things filed away. [...] Like now. Take the love medicine. I don't know where she remembered that from. It came tumbling from her mind like an asteroid off the corner of the screen.“ (Erdrich 1993, 240 f.)

An dieser Stelle überfällt Lipsha in gewisser Weise das Problem der Postmoderne: Wie lässt sich die alte medizinische Tradition, welche die Chippewa, so die Überlieferung, so viel besser beherrschen als andere indianische Nationen, mit den Zutaten der heutigen Zeit praktizieren? In gewisser Weise ist Lipshas Idee, die Sache selbst in die Hand zu nehmen und statt strenger Regelbefolgung zur Improvisation zu greifen, der Anfang vom Ende: Aber sie ist gleichzeitig seine einzige Chance:

„But when she mentions them love medicines, I feel my back prickle at the danger. These love medicines is something of an old Chippewa specialty. No other tribe has got them down so well. But love medicines is not for the layman to handle. [...] Choose the right one. You could really mess up your life grinding up the wrong little thing. [...] That's why I took the powers in my own hands. That's why I did what I could.“ (Erdrich 1993, 241)

Zunächst aber gestaltet sich Lipshas Suche nach der Liebesmedizin seiner Vorfahren durchaus vielversprechend; auf seiner Suche – der Suche der Trickster-Figur nach Zeichen oder „tokens“, die ihr den Weg weisen – hat er seine erste Eingebung: Er sieht ein Paar Wildgänse und wird sich bewusst, dass diese Vögel, die sich für ein ganzes Leben aneinander binden, das ideale Vorbild für seinen Großvater sein könnten, dem die Liebe zu seiner Frau abhandengekommen ist:

„So I look up, and I see two honkers. Canada geese, the kind with little masks on their faces, a bird what mates for life. It hits me, anyway. Them geese, they mate for life. And I think to myself, just what if I went out and got a pair? And just what if I fed some part – say the goose heart – of the female to Grandma and Grandpa ate the other heart?“ (Erdrich 1993, 242)

Jetzt, da Lipsha eine Eingebung hatte, der es nur zu folgen gilt, muss er nur noch die Zutaten beschaffen: Um an ihr Herz zu gelangen, muss er die Wildgänse notwendigerweise erschießen. Aber sein Vorhaben geht schief: Zwar hat er von seiner Großmutter ein Gewehr ausgeliehen, aber dann die Wildgänse verfehlt; sie fliegen ihm einfach davon. An eben dieser Stelle nimmt seine Heilkunst, die bislang auf ihrer Suche nach Eingebungen der alten Tradition gefolgt ist, eine fatale Wende: Er greift zur Improvisation. Ein Vogelherz, so sagt er sich, ist nur ein Vogelherz; und Geflügel gibt es auch im Supermarkt:

„My face was aching. I was chilled, so I played with fire. I told myself love medicine was simple. I told myself the old superstitions was just that – strange beliefs. I told myself to take the ten dollars Mary MacDonald had paid me for putting the touch on her arthritis joint. [...] I told myself to go down to the Red Owl store. And here is what I did that made the medicine backfire. I took an evil shortcut. I looked at birds that was dead and froze.“ (Erdrich 1993, 245)

Lipsha entschließt sich also, den Glauben an die Kraft des Heilens über die Zutaten der Medizin selbst zu stellen; ein Tiefkühltruthahn, so hofft er, kann durchaus eine Wildgans ersetzen, wenn man nur fest genug daran glaubt:

„As I walked back from the Red Owl with the rock-hard, heavy turkeys, I argued to myself about malpractice. I thought of faith. [...] So what I'm heading at is this. I finally convinced myself that the real actual power to the love medicine was not the goose heart itself but the faith in the cure. I didn't believe it, I knew it was wrong, but by then I had waded so far into my lie I was stuck there. And then I went one step further. [...] Then I wrapped them hearts with a clean hankie and brung them both to get blessed up at the mission.“ (Erdrich 1993, 245)

Lipshas Versehen, das zum Vergehen wird, ist also zweigeteilt: Es ist nicht nur so, dass er, der er doch den medizinischen „touch“, die Gabe des Heilenden hat, die medizinische „Abkürzung“ des Tiefkühltruthans anstelle eines Gänseherzens nimmt; es ist auch noch so, dass er auf der Suche nach „tokens“ des Heilens auf dem Pfad der indianischen Tugend den Umweg in die christliche Kirche nimmt. Lipshas Hoffnung zum Trotz ist es jedoch nicht so, dass ein zweifaches Minus ein Plus ergibt; den falschen Tiefkühltruthahn auch noch von dem falschen Geistlichen segnen zu lassen, macht ihn nicht zur wilden Gans, die das indianische Rezept der Chippewa doch eigentlich erfordert hätte. Kein Wunder also, dass der Priester zunächst wenig amüsiert ist über dieses „indianische“ Anliegen seines verlorenen Schäfchens:

„He looked at the package, questioning it.  
 ‚It's turkey hearts‘, I honestly had to reply.  
 A look of annoyance crossed his face. ‚Why don't you bring this matter over to Sister Martin‘, he said. ‚I have duties‘. And so, although the blessing wouldn't be as powerful, I went over to the Sisters with the package.“ (Erdrich 1993, 248)

Um die alte Chippewa-Medizin segnen zu lassen, geht Lipsha Morrissey also zum Priester; der, entrüstet über die blasphemischen Implikationen dieser Bitte, verweist ihn an die Schwestern, deren spirituelle Heilkraft jedoch, wie Lipsha sofort bemerkt, schwächer ist als die des Priesters. Doch genauso, wie sich die Abkürzung als Irrweg erwiesen hat, scheitert das Ritual, durch das Lipshas hybride Praxis des tiefgefrorenen Truthahnherzens noch hybrider hätte werden sollen. Die Nonne weigert sich schlichtweg, diese Liebesmedizin zu segnen. Also greift Lipsha noch zu einer weiteren Abkürzung, zu noch einer Improvisation: Er segnet das Truthahnherz kurzerhand selbst:

„[As] I walked out the door I stuck my fingers in the cup of holy water that was sacred from their touches. I put my fingers in and blessed the hearts, quickly, with my own hand.“ (Erdrich 1993, 248)

„I went back to Grandma and sat down in her little kitchen at the Senior Citizens. I unwrapped them hearts on the table, and her hard agate eyes went soft.

She said she wasn't even going to cook those hearts up but eat them raw so their power would go down strong as possible. I couldn't hardly watch when she munched hers. Now that's true love.“ (Erdrich 1993, 248)

Die Liebe der Großmutter zu ihrem Mann auf Umwegen ist so stark, dass sie sogar das Herz eines *tiefgefrorenen* Truthahns roh verspeist. Beim Großvater aber braucht es einen Trick: Er darf die Medizin nicht als Medizin erkennen. Hier muss auch die Großmutter improvisieren:

„She put that heart smack on a piece of lettuce like in a restaurant and then attached to it a little heap of boiled peas.“ (Erdrich 1993, 248)

Der Widerwillen des Großvaters gegen dieses ungewöhnliche Gericht, das doch so nett angerichtet ist, hätte ihm fast das Leben gerettet. Aber nur fast:

„I saw Grandpa picking at the heart on his plate with a certain look. He didn't look appetized at all, is what I'm saying.“ (Erdrich 1993, 249)

Beim Essen ärgert der Großvater die Großmutter, die ihn doch durch die Liebesmedizin hatte zurückgewinnen wollen, so sehr, dass sie ihm aus Wut auf den Rücken schlägt, damit der das Truthahnherz endlich schluckt; doch der Plan geht nach hinten los: Der Großvater erstickt an dem Herz, das ihn doch eigentlich hätte zurück ins Leben mit seiner Frau hätte befördern sollen.

Wäre er auch, so fragt Erdrichs Geschichte in bitterer Ironie, an einem Gänseherz erstickt, das nicht aus dem Supermarkt gekommen wäre? Lipshas Gabe hat ihn verlassen; die Liebesmedizin ist nicht nur seinem Großvater, sondern auch ihm zum Verhängnis geworden: „Maybe I can't admit what I did. My touch had gone worthless, that is true“ (Erdrich 1993, 250).

Wie also wäre Lipsha Morrisseys postmoderne Heilkunst zu verstehen? Und was sagt sie uns über die Politik der zeitgenössischen indianischen Literatur, in der sie vorkommt? Ich möchte hier behaupten, dass sich zeitgenössische „indianische“ Schriftsteller, die sogenannten Native Americans, für die „indianisch“ immer schon eine Fehlbezeichnung war, einem schier unlösbaren Problem gegenübersehen: Sie müssen einerseits mit ihren Romanen Zeugnis darüber ablegen, dass die indianische Kultur keineswegs, wie es die hegemoniale Doktrin vom „verschwindenden Indianer“, dem „vanishing Indian“, behauptet, längst ausgestorben ist; und sie müssen andererseits „alte“, traditionelle Weisheit bewahren, ohne freilich das Vorurteil zu bestätigen, indianische Kultur sei bloß der Vorzeitigkeit verhaftet. Wie also sähe sie aus, eine Form postmodernen Heilens der indianischen Gegenwart?

Insofern steht mein Beitrag vor einem Paradoxon: In einer Zeit, in der jenseits der Literatur in der sogenannten „wirklichen“ Welt die Pharmazie die indianischen Heilpflanzen „entdeckt“ und mithilfe der sogenannten rationalen Phytotherapie